

KVTplus Gruppentherapie: Manual für Studientherapeut:innen

PsychotherapiePlus: Augmentation von
kognitiv-behavioraler Psychotherapie mit präfrontaler
Gleichstromstimulation bei Patient:innen mit
Depression

Jan Spies, Simon Bollmann, Sabine Aust, Anne Guhn, Eva-Maria Knies,
Frank Padberg, Eva-Lotta Brakemeier

Document type

Study manual

This version is available at

<https://doi.org/10.17169/refubium-33631>

Year of publication

2022

Terms of use

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International license:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

KVT^{plus} Gruppentherapie

German Center for Brain Stimulation (BMBF gefördert)
(Koordinatoren: Frank Padberg & Malek Bajbouj)

Psychotherapie Plus: Augmentation von kognitiv-behavioraler
Psychotherapie mit präfrontaler Gleichstromstimulation bei Patienten mit
Depression

Manual für die Studientherapeuten

von Jan Spies^{1,5}, Simon Bollmann^{1,4}, Sabine Aust², Anne Guhn², Eva-Maria Knies¹,
Frank Padberg³ & Eva-Lotta Brakemeier^{1,4}

¹ Psychologische Hochschule Berlin

² Charité Universitätsmedizin Berlin

³ LMU München

⁴ Philipps-Universität Marburg

⁵ Freie Universität Berlin



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
I. Einführung	4
II. Ablauf der Gruppentherapie KVT ^{plus}	5
III. Vorgespräche	6
1. Erstes Vorgespräch: Teilnehmermanual Seiten 1 – 25	6
1.a) Weitere Erklärungen zu den Arbeitsblättern	8
2. Zweites Vorgespräch: Teilnehmermanual Seiten 26 - 32	12
IV. Einführungssitzungen (Gruppensitzungen 1 und 2)	14
1. Erste Einführungssitzung: Einführung in die Gruppe und ggs. Kennenlernen	14
2. Ausfüllen der Adhärenz-Skala nach jeder Stunde	16
3. Zweite Einführungssitzung: Einführung des Kiesler Kreises	16
4. Einführung des IMI (Impact Message Inventory)	23
V. Hauptsitzungen (Gruppensitzungen 3 bis 10)	25
1. Erste Hauptsitzung (Sitzung 3)	25
1.a) Kiesler Kreis-Training	25
2. Zweite Hauptsitzung (Sitzung 4)	27
2.a) Eingangsrunde	28
2.b) Situationsanalysen-Training (Videos 2-4)	30
2.c) Abschlussrunde	45
3. Weitere Hauptsitzungen (Sitzungen 5-10)	47
3.a) Zukunftssituationsanalyse	47
3.b) Innere Situationsanalyse	48
VI. Abschlussitzungen (Gruppensitzungen 11 und 12)	50
1. Erste Abschlussitzung	50
2. Zweite Abschlussitzung	50
VII. Allgemeines zur Evaluation	53
VIII. Allgemeines zur Durchführung der Gruppentherapie	55
IX. Umgang mit schwierigen Situationen während der Gruppentherapie	55
X. Ergänzende Literatur	58
Appendix I: Wirksamkeitsfaktoren von Gruppentherapie	59

Abkürzungsverzeichnis

AB	Arbeitsblatt
CBASP	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
DPE	Diszipliniertes Persönliches Einlassen
DO	Desired Outcome (in der Situationsanalyse)
EE	Erwünschtes Ergebnis (in der Situationsanalyse)
IDÜ	Interpersonelle Diskriminationsübung
IMI	Interpersonal Message Inventory
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
KK	Kiesler Kreis
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
PPRF	Patient Performance Rating Form
SA	Situationsanalyse
STM	Studientherapeutenmanual
TM	Teilnehmermanual
VSM	Vulnerabilitäts-Stress Modell

I. Einführung

Dieses Manual dient der einheitlichen Durchführung der Gruppentherapie KVT^{plus} im Rahmen der BMBF geförderten Studie „Psychotherapie Plus: Augmentation von kognitiv-behavioraler Psychotherapie mit präfrontaler Gleichstromstimulation bei Patienten mit Depression“ (WP6 des *German Center for Brain Stimulation*). Diese Studie wird koordiniert von Prof. Dr. Malek Bajbouj, Prof. Dr. Frank Padberg, Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier und Dr. Sabine Aust.

Das Manual haben Jan Spies und Eva-Lotta Brakemeier unter Mitarbeit von Simon Bollmann, Sabine Aust, Anne Guhn, Eva-Maria Knies und Frank Padberg erstellt. Es basiert auf klassischen Gruppentherapiemanualen der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT; Übersicht z.B. Hautzinger, 2013) sowie Strategien des Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; Brakemeier & Normann, 2012; Schramm, Fangmeier & Brakemeier, 2012) und der Interpersonellen Psychotherapie (IPT; Klerman, Weissman, Rounsaville und Chevron, 1984; dt. Version: Schramm, 2010). Sowohl CBASP als auch die IPT sind störungsspezifische Psychotherapien der Depression: CBASP wurde explizit zur Behandlung der chronischen Depression und IPT zur Behandlung der akuten/episodischen Depression entwickelt. Zur Vervollständigung des vorliegenden Manuals haben auch die wichtigen Anmerkungen, Rückmeldungen und Ideen der Teilnehmer an den Study-Visits in München, Tübingen und Freiburg im Februar 2016 beigetragen.

Dieses Studientherapeuten-Manual (STM) soll in Kombination mit dem Teilnehmer-Manual (TM) zum Einsatz kommen. Auf dieses wird regelmäßig verwiesen und es beinhaltet sämtliche Arbeitsblätter (AB) für die Patienten.

II. Ablauf der Gruppentherapie KVT^{plus}

Die Inhalte und wichtigsten Aspekte der KVT^{plus} Gruppentherapie sind in untenstehender Tabelle zusammengefasst.

Wesentliche Aspekte der KVT^{plus} Gruppentherapie

Therapeuten	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens ein erfahrener Gruppen-Therapeut (Psychotherapeut/Arzt) mit Fortbildung in KVT und/oder CBASP: die Teilnahme an mindestens einem Workshop des Projekts (start-up Workshop in Berlin oder study-visit Workshop) ist wünschenswert. • Zusätzlich ein geschulter Co-Therapeut, Teilnahme an einem Workshop ebenfalls wünschenswert (Psychologe/Psychotherapeut/Arzt)
Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Vier bis sechs depressive ambulante Patienten, die an der Studie teilnehmen und die Ein- und Ausschlusskriterien der Studie erfüllen
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • 12 x 100 Minuten Gruppentherapie (ohne Pause) • Zwei Gruppensitzungen pro Woche • Geschlossene Gruppe • Regelmäßige Therapieaufgaben zwischen den Sitzungen
Vorgespräche	<ul style="list-style-type: none"> • Zwei Einzel-Vorgespräche vor Beginn der Gruppentherapie mit mind. einem Gruppentherapeuten (u.a. Vermittlung der Psychoedukation) à 60 – 75 Minuten
Struktur jeder Gruppensitzung	<ul style="list-style-type: none"> • Eingangsrunde • Hauptteil (vgl. Inhalt) • Abschlussrunde mit Besprechung der Therapieaufgaben
Inhalt der Gruppensitzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Zwei Einführungs-Gruppentherapiesitzungen (u.a. zum Aktivitätsaufbau) • Acht Haupt-Sitzungen (Aktivitätenaufbau, Situationsanalysen einschl. Kiesler Kreis-Training, Kognitiver Umstrukturierung, Training sozialer Kompetenzen) • Zwei Abschluss-Gruppentherapiesitzungen, u.a. zur Rückfallprophylaxe
Materialien	<ul style="list-style-type: none"> • Flip-Chart mit verschieden farbigen Stiften • Arbeitsmaterialien für Patienten (Teilnehmermanual, TM) • Therapiemanual für die Studenttherapeuten (STM) • 1-2 Videokameras
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Studienevaluation (u.a. HAMD-21, MADRS, BDI-II, CRQ, s. Anhang) • Evaluationsfragebogen der Gruppe • <i>Patient Performance Rating Form</i> (PPRF; McCullough, 2006) • <i>Interpersonal Message Inventory</i> (IMI-R; Kiesler, 1983) durchgeführt von Personen aus dem Netzwerk der Patienten • Adhärenz Beurteilungsbogen

III. Vorgespräche

Es werden zwei Vorgespräche im Einzelsetting (Dauer: je 60 - 75 Minuten) nach Studieneinschluss durch einen der beiden (oder beide) Gruppentherapeuten durchgeführt. Das erste Vorgespräch dient dabei der Psychoedukation sowie der Erhebung einiger Daten des Patienten. Die Zeit zwischen den Vorgesprächen soll der Patient nutzen, um einige Aspekte seiner Depression in Arbeitsblättern zu verschriftlichen. Das zweite Vorgespräch widmet sich dann der gemeinsamen Auswertung dieser Arbeitsblätter sowie spezifischen Aspekten der Gruppentherapie. Folgende inhaltliche Einteilung sollte dabei umgesetzt werden:

1. Erstes Vorgespräch: Teilnehmermanual Seiten 1 – 25

Im ersten Vorgespräch sollen die obigen Seiten des Teilnehmermanuals durchgegangen werden. Die wichtigen Informationen zu meiner Gruppe (AB S. 4 TM) werden gemeinsam durchgegangen und ausgefüllt. Sodann kann der Ablauf lose durchgesprochen („Auf Seite 5 sehen Sie den Ablauf unserer Gruppentherapie. Einige Begriffe kennen Sie vielleicht bereits, hinter anderen verstecken Sie bestimmte Übungen oder Vorgehensweisen, die wir Ihnen in den nächsten Stunden zeigen werden.“) Seite 6 bis 9 des Teilnehmermanuals werden dahingehend angesprochen, dass diese einen Überblick über die Depression geben, ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Wichtig zu erwähnen ist, dass der Patient sich nicht davon irritieren lassen darf, wenn hier Symptome genannt werden, die er selbst nicht verspürt, oder umgekehrt unter Symptomen leidet, die hier nicht aufgeführt sind. Dies sollte im Sinne einer Entpathologisierung auch explizit verbalisiert werden („Auf diesen Seiten erhalten Sie einige Informationen zur Depression, allerdings besteht hier kein Anspruch auf Vollständigkeit. Sollten Sie in der Auflistung der Symptome etwas lesen, was Sie in der Form noch nicht erfahren haben, oder andererseits Symptome verspüren, die in der Auflistung nicht enthalten sind, ist dies kein Grund zur Beunruhigung“). Der Patient wird gebeten diese Seiten bis zum zweiten Vorgespräch zu lesen und die Arbeitsblätter auf Seite 8 und 9 auszufüllen. Das KVT-Dreieck (AB S. 9 TM) wird, wie in den Study-Visits demonstriert oder

nach eigenem Stil, eingeführt. Wichtig ist hierbei, dass die Patienten ein Grundverständnis der Zusammenhänge vermittelt bekommen. Genauso wird mit dem Fassmodell und dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell (AB S. 10 TM) vorgegangen. Es bietet sich an, dass Fassmodell eingängig zu erklären und auch individuelle Belastungsfaktoren des jeweiligen Patienten einzubauen, da auf dieses Modell erfahrungsgemäß gut in den Gruppensitzungen verwiesen werden kann. Das Arbeitsblatt Kreismodell (AB S. 11-12 TM) kann gemeinsam ausgefüllt werden, es können aber auch beispielhaft einige Personen exploriert und eingetragen werden und der Patient kann die restlichen Personen zuhause eintragen. Das Ziel hinter dem Kreismodell ist einerseits, dass die Gruppentherapeuten einen Überblick über das soziale Netz des Patienten bekommen, andererseits aber auch, wie in den Study-Visits vermittelt, sollten an dieser Stelle mithilfe des Kreismodells auch Vorerfahrungen mit Gruppen abgefragt werden („Jetzt haben wir ja bereits einige Personen in das Kreismodell eingetragen. Im Hinblick auf unsere Gruppentherapie wäre es noch interessant, ob Sie auch Gruppen in Ihrem Kreismodell haben und wenn ja, welche Erfahrungen Sie mit denen gemacht haben“). Es können auch Beispiele genannt werden, um den Patienten bei der Exploration zu unterstützen (Schulklasse, Sportverein, Musikverein – aufgehoben gefühlt, Rivalität, Rückzug, Mobbing?). Anhand der hier genannten Gruppenvorerfahrungen kann nun zu dem Arbeitsblatt *Meine Erwartungen und Befürchtungen in Bezug auf die Gruppe* (AB S. 13 TM) übergeleitet werden. Dieses kann nun ausgefüllt werden oder auch gerne zuhause ausgefüllt werden. Wichtig hierbei ist, dass Erwartungen stets im Format, „Wenn ich dies oder das sage/preisgebe/tue/mache, dann wird die Gruppe so oder so oder so reagieren“. Dadurch ist in der Gruppentherapie die Überprüfbarkeit gegeben. Der Patient sollte an dieser Stelle behutsam darauf vorbereitet werden, dass er in der ersten gemeinsamen Gruppenstunde die Gelegenheit haben wird, diese Befürchtungen mit der Gruppe zu teilen und dass es auch häufiger (als teilweise von Patienten erwartet) vorkommt, dass sich die Befürchtungen der Teilnehmer ähneln. Anhand der Befürchtungen, die der Patient formuliert können Ziele (AB S. 14 TM) direkt abgeleitet werden. Einerseits können hier Ziele für die Gruppe formuliert werden, andererseits können aber auch Ziele für spezifische Problembereiche außerhalb der Gruppe gesammelt werden. Hier können einige Punkte exemplarisch im Vorgespräch besprochen werden, je nach verfügbarer Zeit kann der Patient sodann gebeten werden auch dieses Arbeitsblatt zuhause bis zum zweiten Vorgespräch zu vervollständigen. Das Arbeitsblatt Krisenplan (AB S. 15 TM) wird nun wieder gemeinsam

ausgefüllt, wobei für den oberen Teil an Personen im Kreismodell erinnert werden kann. Der untere Teil wird dem Patienten zentrumsspezifisch diktiert und erklärt. Die folgenden drei Arbeitsblätter *Meine persönlichen Frühwarnzeichen*, *Meine Notfallstrategien*, *Meine hilfreichen Stabilisierungsstrategien* (AB S. 16,17,18 TM) werden nun besprochen und einzelne Beispiele des Patienten gesucht und eingetragen. Auch hier wird der Patient gebeten die Arbeitsblätter zuhause soweit es geht zu vervollständigen, wobei hierbei angemerkt werden sollte, dass es auch ein Ziel der Therapie ist, dass diese Arbeitsblätter im Laufe der Therapie weiter ausgefüllt werden und neue Punkte erlernt und in der Folge ergänzt werden sollen (Insbesondere zu den Abschlusssitzungen sollte wieder auf eine mögliche Vervollständigung dieser Arbeitsblätter verwiesen werden). Das Arbeitsblatt *Meine persönliche Lebenslinie* (AB S. 19 TM) sollte ebenfalls erklärt und in der Folge vom Patienten zuhause ausgefüllt werden. Es hat sich bei diesem Arbeitsblatt bewährt, dass insbesondere sehr gewissenhaften Patienten der Druck genommen wird, die Lebenslinie sehr exakt zeichnen zu müssen, da es sich hierbei ja um ein diagnostisches Mittel für die Gruppentherapeuten handelt und einzelne Ausschläge im zweiten Vorgespräch besprochen und erklärt werden können. Die folgenden Seiten (AB S. 20-25 TM) sollten kurz zusammengefasst werden, wobei der Patient gebeten wird, diese Seiten zuhause in Ruhe zu lesen und in der Folge die ebenfalls erklärten Formulare zu unterschreiben, bzw. auszufüllen. Am Ende des Gesprächs soll der Patient explizit ermuntert werden Fragen zu stellen oder Fragen bis zum zweiten Vorgespräch zu sammeln. Aus Studien ist bekannt, dass eine Einwilligung zur Behandlung oder Commitment to Treatment die Compliance und das Outcome positiv beeinflusst. Allerdings hat eine Unterschrift unter dem Formular selbstverständlich keine rechtliche Bindung.

1.a) Weitere Erklärungen zu den Arbeitsblättern

Zu „Individuelles Entstehungsmodell der Depression“ (AB S. 10 TM)

Die Herangehensweise in diesem Punkt entspricht der in den Study-Visits geübten Vorgehensweise (Fassmodell – Kreismodell – Befürchtungen in Bezug auf Gruppe – Persönliche Ziele inklusive Gruppenziel, Verhaltensziel und interpersonelle Ziele). Zunächst sollte mit dem Patienten gemeinsam ein individuelles Entstehungsmodell seiner Depression erstellt werden. Hierzu kann auf die AB ‚Fassmodell‘/VSM und zum ‚Kreismodell des sozialen Netzwerks‘ im Teilnehmerheft des Patienten zurückgegriffen werden. In Abhängigkeit von

den Vorinformationen die der Patient bereits über Depressionen hat, geht der Therapeut die psychoedukativen Inhalte über die Entstehung der Depression mit ihm durch (Symptome der Depression, das Zusammenspiel von Gefühlen, Gedanken und Verhalten, KVT-Dreieck, AB; vgl. Hautzinger, 2013).

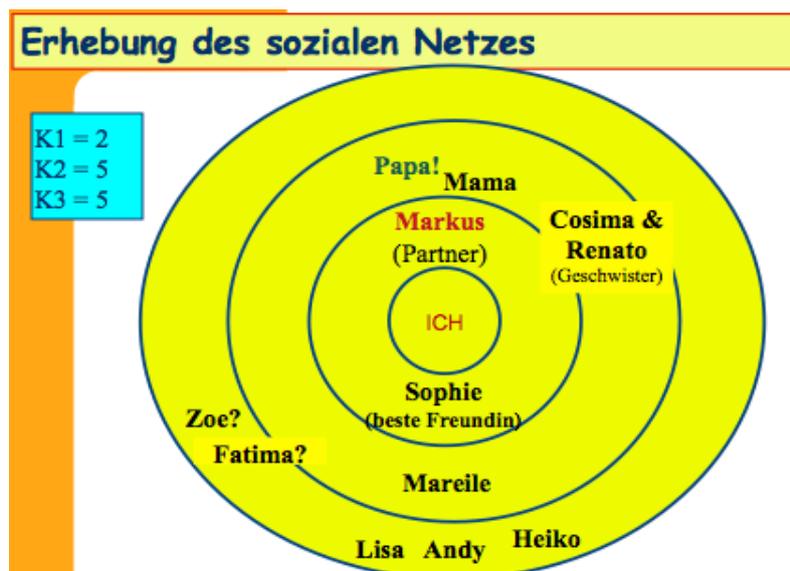
Zum „Kreismodell zur Erfassung des sozialen Netzwerks“ (AB S. 11 TM)

Zur Erhebung des sozialen Netzwerkes sollte auf das Kreismodell aus der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) zurückgegriffen werden (AB). Der Patient wird angeleitet, im ersten Kreis die Personen anzugeben, die in seinem Leben derzeit am wichtigsten sind. Im zweiten Kreis können entsprechend die etwas weniger wichtigen geschrieben werden. Schließlich finden sich im dritten Kreis die Personen wieder, zu denen der Patient zwar in Kontakt steht, die jedoch noch weniger wichtig für ihn sind. Wenn Patienten Schwierigkeiten haben, Menschen zu benennen bzw. die Aufteilung in die drei Kreise vorzunehmen, können folgende Fragen auch hilfreich sein:

- *Wer in Ihrem Leben kann beeinflussen, dass es Ihnen gut geht oder auch dass Sie sich depressiv fühlen?*
- *Mit wem leben Sie zusammen?*
- *Welche Personen sehen Sie im Alltag?*

Auf der darauf folgenden Seite im TM können zu den Namen und den Kreisen noch positive und negative Aspekte sowie falls bereits bewusst bzw. vorhanden Wünsche und Ziele für die Beziehung notiert werden. Dies ist für die Therapeuten eine hilfreiche Information, die auch diagnostische Rückschlüsse im Kennenlernprozess in den Vorgesprächen zulässt.

Ein Beispiel für ein ausgefülltes Kreisdiagramm findet sich hier: Weitere Informationen zum Kreisdiagramm finden sich in Schramm (2011).



Zu Austausch über individuelle Befürchtungen und Erwartungen über Gruppen (AB S. 13 TM)

Ein Ziel der Vorgespräche besteht in der Erhebung von wichtigen Denkschemata (vgl. Brakemeier & Normann, 2012), welche mit der Depression in einem Zusammenhang stehen. In unserem Fall geht es insbesondere um Erwartungen und Befürchtungen in Bezug auf Gruppen. Sie sollen deshalb auch in das Kreismodell inkludiert werden, soweit sie bei den Patienten vorhanden sind. Dabei sollte immer erfragt werden, welche Erfahrungen der Patient bisher mit Gruppen gemacht hat. So können Befürchtungen und Erwartungen in Bezug auf Gruppen gegenwärtig aktuell sein, wie beispielsweise eine Gruppe von „bösen“ Arbeitskollegen. Genauso können bestimmte Gruppenprägungen schon Anfänge in der Kindheit haben, wie beispielsweise in der Schule, wenn der Patient „nie mitspielen durfte“.

Da die Gruppe ein Ort interpersonellen Geschehens ist, werden die Befürchtungen und Erwartungen gleichermaßen auf die Gruppe und die Therapeuten (als Teil der Gruppe) bezogen. In der Einzeltherapie ist es häufig sinnvoll, bei der Übertragungshypothese (CBASP) auf das Geschlecht des Therapeuten im Hinblick auf schwierige Prägungen (CBASP) zu achten. Auch in der ambulanten Gruppe kann es bedeutsam sein, wie die Gruppe bzgl. Männern und Frauen zusammengesetzt ist und ob sie von männlichen Therapeuten oder weiblichen Therapeutinnen oder einem gemischt-geschlechtlichen Team (Idealfall) geleitet

wird. Gibt es Hinweise, dass es geschlechtsspezifisch bedeutsame Prägungen gibt (z. B. „Ich kann Männern nicht trauen“, „Frauen wollen mich dominieren“, „Frauen sind schwach“), kann das bei der Erarbeitung der Befürchtungen und Erwartungen behutsam zum Thema gemacht werden.

Beispiele für Befürchtungen und Erwartungen (Gruppen-Übertragungshypothesen, CBASP)

können wie folgt lauten:

- „Wenn ich mich in der Gruppe öffne, werden mich die anderen Gruppenmitglieder auslachen.“
- „Wenn ich in der Gruppe meine Probleme berichte, werden die anderen Gruppenmitglieder schlecht über mich denken.“
- „Wenn ich in der Gruppe Nähe zu anderen herstellen möchte, werden mich die anderen Gruppenmitglieder ablehnen.“
- „Wenn ich in der Gruppe einen Fehler mache, werden mich v.a. die männlichen Gruppenmitglieder abwerten.“

Beim Formulieren der Befürchtungen und Erwartungen gegenüber der Gruppe ist insbesondere darauf zu achten, dass diese mit „wenn ich“ beginnen. Also mit der Handlung des Patienten und der darauf folgenden Reaktion der Gruppe. Häufig neigen Patienten dazu, eher ihre eigene Reaktion auf Handlungen der Gruppe zu beschreiben wie z.B. „wenn die Gruppe blöd ist, dann werde ich mich zurückziehen“. Dies sollte dann entsprechend angeleitet umformuliert werden.

Die Patienten sollten zum Abschluss der Vorgespräche die wichtigsten Befürchtungen und Erwartungen im entsprechenden Arbeitsblatt festhalten. Am Ende sollte der Patient gemeinsam mit den Therapeuten überlegen, was er von dem Erarbeiteten auch der Gruppe mitteilen möchte. Die Therapeuten betonen, dass es kein Muss ist, die Befürchtungen und Erwartungen einschließlich der Ziele der Gruppe vorzustellen, es sich jedoch als sehr hilfreich erwiesen hat, wenn der Patient mit Offenheit in die Gruppe hinein geht. Bei Patienten mit schweren Traumatisierungen sollte mit dem Patienten vor der ersten Gruppenstunde gut vorbesprochen werden, ob und in welcher Ausführlichkeit die Prägungsgeschichte berichtet wird, um einer Destabilisierung vorzubeugen.

Zu Formulieren von Therapiezielen für die Gruppe (AB S. 14 TM)

Schließlich sollte das Therapieziel bzw. die Therapieziele basierend auf den Übertragungshypothesen thematisiert werden.

Beispiele für Ziele:

- *„Ich möchte während der ambulanten Gruppe lernen, meine Bedürfnisse zu äußern.“*
- *„Ich möchte lernen, mich anderen gegenüber zu öffnen.“*
- *„Ich möchte lernen, mich bei persönlicher Kritik zu wehren.“*
- *„Ich möchte lernen, Nein zu sagen bzw. mich abzugrenzen.“*
- *„Ich möchte lernen, Nähe zu anderen Menschen zuzulassen und aushalten zu können.“*

Zudem sollen auch die eher ‚klassischen‘ KVT-Ziele formuliert werden, wie z.B.

- *„Ich möchte wieder aktiver werden, d.h. wieder Sport machen und mich mehr verabreden.“*
- *„Ich möchte wieder Kontakt zu X aufnehmen.“*
- *„Ich möchte lernen, weniger negativ über mich und die Welt zu denken.“*

Die Therapieziele werden auf dem entsprechenden AB Ziele (S. 14 TM) dokumentiert.

Therapieaufgaben Vorgespräch 1: Die Seiten 1 – 25 des Teilnehmermanuals erneut durchgehen, lesen, ausfüllen und vervollständigen. Mögliche Fragen zu den Inhalten oder den Formalitäten sammeln für das zweite Vorgespräch.

2. Zweites Vorgespräch: Teilnehmermanual Seiten 26 - 32

Im zweiten Vorgespräch sollen die erarbeiteten Punkte durchgegangen und offene Fragen beantwortet werden. Dies dauert erfahrungsgemäß etwas, allerdings ist dies sinnvoll genutzte Zeit, da in dieser Studie an manchen Zentren eine Trennung zwischen Studienkoordinatoren und Therapeuten dahingehend erfolgt, dass die Koordinatoren oder andere Personen die Einschlussvisiten durchführen und die Therapeuten zum ersten Mal in

den Vorgesprächen mit den Patienten in Kontakt treten. Somit dient dieses zweite Vorgespräch dem (anamnestischen) Kennenlernen des Patienten (Lebenslinie, Kreismodell, etc.) und kann einige Zeit in Anspruch nehmen. Hiernach sollte die Einführung in die Situationsanalyse anhand des Arbeitsblattes *Hammerbeispiel* (AB S. 26 TM) und des Arbeitsblattes *Einführung der Situationsanalyse* (AB S. 27 TM) erfolgen und auf die Sammlung von Situationen auf dem Arbeitsblatt *Situationssammlung* (AB S. 29 TM) hingewiesen werden.

Zu Einführung der Situationsanalyse (AB S. 27 TM)

Jeder Studienpatient erhält eine Einführung in den Ablauf der Gruppensitzungen. Hierbei wird kurz auf die Hauptbestandteile der Gruppentherapie eingegangen.

- Hauptbestandteil der Gruppentherapie ist die Situationsanalyse. Jeder Teilnehmer sollte nach Möglichkeit mindestens einmal eine eigene Situation in die Gruppe einbringen. Zudem ist der Kiesler Kreis ein wichtiger Bestandteil der Gruppe. Den Teilnehmern sollte mit Begeisterung von diesen Strategien berichtet werden (Wirkfaktor: Hoffnung vermitteln, Cheerleading), wobei betont wird, dass diese sich als sehr hilfreich in der Behandlung der Depression und insbesondere der Gruppentherapie erwiesen haben.

Auf Basis der Hammer-Geschichte kann mit dem Patienten erarbeitet werden, wie man die Vorkommnisse der Geschichte in Form einer Situationsanalyse aufteilt. Zudem werden im AB S. 29 TM einige Beispielsituationen angeboten, welche sich für Situationsanalysen eignen. Um vertrauter im Umgang mit Situationsanalysen zu werden, soll der Patient fortan Situationen sammeln und im AB S. 30 ff. seines Teilnehmerhefts festhalten, die er dann im Rahmen der Gruppentherapie einbringen und analysieren kann.

Therapieaufgaben: Sammeln von Situationen für die Situationsanalysen

IV. Einführungssitzungen (Gruppensitzungen 1 und 2)

1. Erste Einführungssitzung: Einführung in die Gruppe und ggs. Kennenlernen

Inhalte	<ol style="list-style-type: none">1. Begrüßung der Teilnehmer und Vorstellung der Therapeuten2. Kennenlernen der Teilnehmer untereinander3. Kurze Eigene Vorstellung der Teilnehmer4. Erarbeitung von Gruppen- und Feedbackregeln5. Vorstellung der Befürchtungen in Bezug auf die Gruppe / Gruppen-Übertragungshypothesen und Ziele der Teilnehmer6. Therapieaufgabe: Wahrnehmen von Situationen für SA7. Abschlussrunde
----------------	---

Nach einer herzlichen Begrüßung durch die Gruppentherapeuten mit Vorstellung der Therapeuten erfolgen zum spielerischen Kennenlernen mindestens zwei Aufstellungen im Raum (die Gruppe stellt sich geographisch im Raum auf gemäß der beiden Fragen: *Wo bin ich geboren?* Und: *Wo wohne ich derzeit?*). Bei Bedarf und Interesse können auch andere Fragen durch Aufstellung beantwortet werden (z.B. Aufstellung nach Alter, Anzahl an Geschwistern, Anzahl an eigenen Kindern, etc.). Sollten schwer depressive bzw. chronisch depressive, misstrauische Patienten in der Gruppe sein, sollte auf Aufstellungen, welche persönliche Themen (wie Alter, Kinder) berühren, ggf. verzichtet werden. Danach erfolgt im Stuhlkreis eine kurze Vorstellung anhand der Fragen:

- *Wie heißen Sie?*
- *Warum sind Sie hier? Was ist Ihre Motivation?* (hier anleiten, dass die Motivation wirklich kurz geschildert werden sollte; möglichst keine Schilderungen der kompletten Krankengeschichte zulassen; wenn dies geschieht, empathisch fokussieren, dies kann bereits auch schon in den Vorgesprächen vermittelt werden)

Anschließend ist es wichtig, bereits zu Beginn der ersten Sitzung gemeinsam Gruppenregeln

aufzustellen. Damit dies nicht zu lange dauert, sollten die Therapeuten bei zäher Diskussion die wichtigsten Regeln selbst vortragen und zur Diskussion stellen. Eine wichtige Regel, an die sich vor allem die Therapeuten halten sollten, ist, dass niemand zu etwas gezwungen wird. Alle Übungen sind als Angebot bzw. Einladung zu verstehen, die der Patient auch ablehnen darf. In den Gruppen sollten folgende Regeln auf jeden Fall benannt werden, welche auch als Arbeitsblatt vorliegen, jedoch noch von der Gruppe bei Bedarf ergänzt werden können:

- *Alles, was in der Gruppe besprochen wird, wird vertraulich behandelt.*
- *Die Teilnehmer unterstützen sich gegenseitig.*
- *Niemand soll verletzt werden.*
- *Jeder darf seine eigene Meinung haben und äußern.*
- *Wenn nötig, darf sich ein Teilnehmer innerhalb einer Sitzung eine „Auszeit“ nehmen, sollte aber möglichst wieder in die Gruppe zurückkehren.*
- *Jeder Teilnehmer sollte sich bemühen, den anderen zuzuhören und sie ausreden zu lassen.*
- *Jeder Teilnehmer sollte sich bemühen, auch zwischen den Sitzungen an den Themen daheim weiter zu arbeiten.*

Zudem hat es sich in derartigen Depressionsgruppen auch als hilfreich erwiesen, Feedbackregeln einzuführen, da Feedback bzw. Rückmeldungen geben, Kernteile der Gruppentherapie sind.

Als Anregung dient das AB S. 33 TM zu den Gruppen- und Feedbackregeln.

Auf dieses kann bereits in den Vorgesprächen eingegangen werden, sodass die Teilnehmer bereits Vorwissen mitbringen. Im Hauptteil dieser ersten Sitzung wird das Entstehungsmodell der Depression („Fassmodell“) kurz wiederholt (vgl. Vorgespräch). Anschließend *kann* jeder Patient seine in den Vorgesprächen erarbeiteten Übertragungshypothesen und Therapieziele in der Gruppe vorstellen, wobei die Therapeuten die Patienten sehr empathisch unterstützen. Bei Patienten mit schweren Traumatisierungen sollte mit dem Patienten vor der ersten Gruppenstunde gut vorbesprochen werden, ob und in welcher Ausführlichkeit die Prägungsgeschichte berichtet wird, um einer Destabilisierung oder Dekompensation vorzubeugen.

Die Befürchtungen und Erwartungen in Bezug auf die Gruppe sowie die Therapieziele von

allen Teilnehmern können auf Flipchartblättern notiert werden, die in jeder Stunde für alle gut sichtbar im Raum hängen. Das soll zum einen die Therapeuten unterstützen auf so genannte Hot-Spot-Situationen zu achten und in dem Fall die Verbindung direkt herstellen zu können (z.B. „Herr K, Sie sind gerade sehr laut und erscheinen sehr aufgebracht. Kann es sein, dass gerade eine Befürchtung von Ihnen berührt wurde? Lassen Sie uns gemeinsam mal schauen ...“ Oder: „Frau M, Sie sind heute sehr ruhig und wirken distanziert. Hat das womöglich damit zu tun, dass eine Befürchtung aktiviert wird?“ etc.). Zum anderen soll es den Patienten als Motivation dienen, jede Stunde an ihren persönlichen Zielen zu arbeiten.

Abschließend wird ein Ausblick auf die nächste Sitzung gegeben sowie die Abschlussrunde durchgeführt.

Therapieaufgaben: Weiteres Sammeln von Situationen für Situationsanalysen (Vgl. AB S. 29 TM).

2. Ausfüllen der Adhärenz-Skala nach jeder Stunde

Nach jeder Therapiestunde kommt die Adhärenz-Skala zum Einsatz. Diese Adhärenz-Skala ist auf die Hauptsitzungen zugeschnitten, soll allerdings nach jeder Gruppensitzung ausgefüllt werden. Neben dem Ablauf und dem Einhalten der wichtigsten Punkte, können auch besondere Situationen dokumentiert werden. So hat es sich bewährt jede Form von Krisen- oder Einzelgespräch, Terminversäumnissen, Absagen, etc. zu vermerken. Gründe für Einzelgespräche sind persönliche Krisen, Nebenwirkungen der Therapie (Trennungen, Auszug, Konflikte, etc.), Abbruchgedanken, etc.

3. Zweite Einführungssitzung: Einführung des Kiesler Kreises

Inhalte	<ol style="list-style-type: none">1. Körperübung2. Eingangsrunde3. Einführung des Aktivitätenaufbaus anhand der Depressions-Spirale und des Wochenprotokolls durch die Therapeuten
----------------	--

4. Einführung des Kiesler Kreises durch die Therapeuten
5. Veränderungsziele (Stimuluscharakter) für die Gruppe
6. Einführung des IMI durch die Therapeuten und Therapieaufgabe
7. Abschlussrunde

1. Körperübung

Zur Auflockerung beginnt die Stunde mit einer Körper-Übung: Alle Teilnehmer (einschl. der Therapeuten) laufen zunächst *depressiv* durch den Raum und anschließend *nicht-depressiv*, wobei alles erlaubt ist außer zu sprechen. Anschließend wird jeweils reflektiert, wie sich die Körperhaltung auf die Stimmung auswirkt, mit wem man Kontakt bekommt und wie sich die Begegnungen anfühlen. Zur Einleitung dieser Übung kann gerne das Charlie Brown Comic herangezogen werden, entweder als Bild oder als Beschreibung. Auf dieses Comic kann im Laufe der Studie immer wieder verwiesen werden.



2. Themenvorstellung und Eingangsrunde

Danach wird das Thema der Stunde vorgestellt: Einführung des Wochenprotokolls mit dem Ziel des Aktivitätenaufbaus bzw. eines bewussteren Umgangs mit Aktivitäten; Einführung in den Kiesler Kreis (Kiesler, 1983). Daraufhin erfolgt die Eingangsrunde mit den Fragen:

- *Wie haben Sie unsere erste Sitzung empfunden?*
- *Wie kommen Sie heute hierher?* (Auf die Frage „*wie ist Ihre Stimmung?*“ wird an dieser Stelle bewusst verzichtet, da sich der Nutzen dieser Frage durch Verstärkung an der oft ungünstigen Stelle im Rahmen hält und so Zeit eingespart werden kann.)

3. Einführung des Aktivitätenaufbaus

Nun werden die AB ‚*Abwärtsspirale der Depression*‘ und das ‚*Wochenprotokoll zum Aktivitätenaufbau*‘ (TM S. 34 ff.) besprochen und anhand der Beispiele (bereits ausgefüllte Protokolle, einmal eher depressiv, einmal aktiv) erklärt, s.u.

- Das Wochenprotokoll entspricht dem klassischen KVT-Instrument. Ziel ist es, die Patienten bereits ab dem ersten Termin dafür zu sensibilisieren, dass ein wichtiger Bestandteil der Depressionsbehandlung in der Aktivierung besteht:

„Die Erfahrung zeigt, dass es Patienten, die sich in einer depressiven Phase befinden, sehr schwer fällt, ihrem normalen Tagesplan nachzugehen. Häufig kann es besonders schwer sein, Aktivitäten aufrecht zu erhalten, da Passivität und Vermeidungsverhalten vorherrschen. Um Ihre Aktivitätsrate sowie damit verbundene Stimmungseinschätzungen zu dokumentieren, möchten wir Sie bitten, ab der heutigen Sitzung das Wochenprotokoll zu Aktivitäten und Stimmungen auszufüllen. Sie finden dies in Ihrem Teilnehmerheft (AB S. 35 ff.). Außerdem können Sie in das Wochenprotokoll bereits schwierige Situationen eintragen, wenn Sie das bisher noch nicht gemacht haben, die wir dann in den Gruppensitzungen gemeinsam durch Situationsanalysen bearbeiten.“

- Im Verlauf der weiteren Gruppensitzungen wird jeweils in der Eingangsrunde auf das Aktivitätenprotokoll eingegangen. Wie oben beschrieben, ist das Ziel, dass die Patienten für den Aktivitäten- und Aktivierungsanteil ihrer Depression sensibilisiert werden. Der Fokus der Therapeuten liegt dabei einerseits auf einer generellen

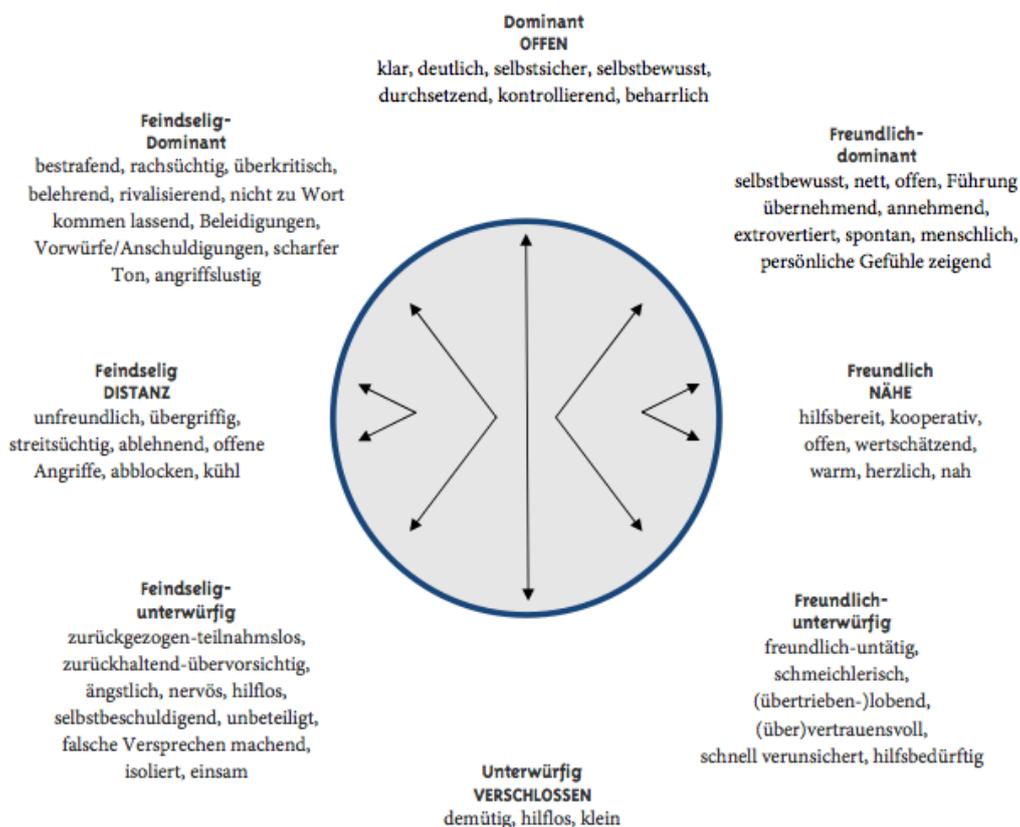
Aktivierung der Patienten - also Durchführung von Aktivitäten, die vor Beginn der depressiven Episode Spaß gemacht haben. Andererseits sollen die Patienten erkennen, dass es einen Zusammenhang zwischen ihrer Stimmung und ihren Aktivitäten gibt. Über das Protokoll können Stimmungshochs und -tiefs identifiziert bearbeitet werden (vgl. Behavioral Activation). Beide Foki können in der Eingangsrunde idealerweise durch geleitetes Entdecken erarbeitet werden. Wenn allen Patienten dieser Zusammenhang deutlich geworden ist und sie diese Erkenntnisse auch in der Praxis gewinnbringend einsetzen können, muss in späteren Gruppensitzungen nicht mehr soviel Zeit, wie in den anfänglichen Sitzungen in die Bearbeitung dieses Bereiches gesteckt werden. Es reicht dann eine explizite Wiederholung und Überprüfung, dass allen Patienten der Zusammenhang nach wie vor klar ist.

4. Einführung des Kiesler Kreises

Danach beginnen die Therapeuten, den Kiesler Kreis (AB S. 40) vorzustellen, wobei dieser beim Sprechen auf einer Flip-Chart angezeichnet werden sollte (nach Brakemeier et al., 2012):

„Wir möchte Ihnen nun ein Modell vorstellen, an dem wir uns gut verdeutlichen können, wie wir auf andere Menschen wirken bzw. wie andere Menschen auf uns wirken. Anstatt Wirkung kann man auch Stimuluscharakter sagen. Dies ist der so genannte Kiesler Kreis, der so heißt, weil der amerikanische Psychologe Donald Kiesler dieses Modell für zwischenmenschliche Beziehungen weiterentwickelt hat. Der Kreis wurde also nicht primär für die Psychotherapie entwickelt. Beim Kreis gibt es zwei Hauptachsen. Auf der waagerechten Achse ist abgebildet, wie viel Nähe der betreffende Mensch ausstrahlt. Auf der rechten Seite der Pol Freundlichkeit, auf der linken Seite der Pol Feindseligkeit. Statt Feindseligkeit können wir auch von Distanz sprechen, statt Freundlichkeit auch von Nähe. Diese wird auch als die Achse der Zugehörigkeit bezeichnet. Die zweite senkrechte Hauptachse spiegelt wider, wie sehr die Beziehung kontrolliert wird bzw. wie offen man sich zeigt. Hier steht oben dominant, was im Sinne Kieslers viel mit Offenheit zu tun hat. Im unteren Fall finden Sie das Wort submissiv, das auch als verschlossen bezeichnet werden

kann. Neben diesen vier Hauptdimensionen sehen Sie vier weitere Dimensionen, welche jeweils Mischformen der vier Hauptdimensionen darstellen.“



Kiesler Kreis aus dem Praxisbuch CBASP (Brakemeier & Normann, 2012)

Patienten können den Kreis besser annehmen und damit arbeiten, wenn die vier Oberbegriffe Nähe vs. Distanz (zusätzlich zu freundlich vs. feindselig) und Offenheit vs. Verschlussenheit (zusätzlich zu dominant vs. unterwürfig) verwendet werden. Vor allem der Begriff feindselig wird von Patienten schwer angenommen. Auch der Begriff dominant, der als neutral bewertet werden sollte, hat im deutschsprachigen Raum eine eher negative Konnotation. Zudem werden Patienten darauf aufmerksam gemacht, dass die Pfeile im Kreis einen Hinweis darauf geben, wie andere Menschen typischerweise auf einen bestimmten Reiz (Stimuluscharakter) reagieren. Kiesler bezeichnet dies als komplementäre

Reaktionstendenzen, d. h. wie wir uns in sozialen Situationen anderen gegenüber mit hoher Wahrscheinlichkeit verhalten.

Es sollte beispielsweise direkt durch die Therapeuten mit einem Patienten demonstriert werden, dass Freundlichkeit beim Gegenüber Freundlichkeit auslöst (durch Lächeln ebenfalls Lächeln beim Gegenüber auslösen). Zudem erarbeiten Therapeuten und Patienten gemeinsam, dass ein feindseliges Auftreten dazu führen kann, dass andere sich auch aktiv wehren – was die Verhaltenstendenz „Feindseligkeit löst Feindseligkeit aus“ verdeutlicht. Auch kann gesagt werden: „Wenn ich mich distanzriere, muss ich mich auch nicht wundern, wenn andere mir auch distanziert begegnen“. Danach wird die senkrechte Achse erläutert, wobei dies durch kurze spielerische Demos anhand einer Gruppensituation (Beispiel: 10 Minuten vor Ablauf der Gruppensitzung in die Abschlussrunde überleiten mittels verschiedener Varianten) verdeutlicht werden soll. Bei jeder der acht Varianten können die Patienten nachfühlen, welche Gegenreaktion das Verhalten des Therapeuten bei Ihnen auslöst:

- Dominanter (neutraler), offener Therapeut: *„Unsere heutige Gruppentherapie ist in 10 Minuten vorbei. Daher sollten wir jetzt zur Abschlussrunde übergehen.“*
- Freundlich-Dominanter (naher-offener) Therapeut: *„Ach, unsere Gruppensitzung ist wieder so schnell verflogen. Ich hab’ es selbst gar nicht mitbekommen. Wir müssen daher jetzt leider zur Abschlussrunde kommen, weil die Sitzung in 10 Minuten endet. Es wäre ja toll, wenn Sie diese Rollenspiele bis zur nächsten Stunde weiter üben.“*
- Freundlicher (naher) Therapeut: *„Ich arbeite so gerne mit Ihnen. Sie machen alle so toll mit und bringen sich super ein.“*
- Freundlich-Unterwürfiger (naher-verschlossener) Therapeut: *„Oh, es tut mir wirklich sehr leid. Ich bedauere es sehr (Blick auf die Uhr).“*
- Unterwürfiger (verschlossener) Therapeut: Sitzt einfach nur da und schaut neutral auf den Boden.
- Feindselig-Unterwürfiger (distanziert-verschlossener) Therapeut: Sitzt genervt und abgewandt da, steht bei Sitzungsende einfach auf und geht raus.
- Feindseliger (distanziert) Therapeut: *“Sie nerven mich alle wahnsinnig. Zum Glück ist die Stunde gleich vorbei.“*

- Feindselig-Dominanter Therapeut (distanziert-offener Therapeut): *„Ich stoppe hier jetzt alles. Ab jetzt sofort Abschlussrunde – in 10 Minuten hab ich Feierabend.“* (mit lauter Stimme)

5. Veränderungsziele für die Gruppe

Nachdem der Kiesler Kreis in dieser Art eingeführt wurde, kann der Therapeut die Patienten in der Gruppe bitten, sich selbst einzuschätzen:

„Was meinen Sie, wie wirken Sie häufig im Kiesler Kreis? Sind Sie eher ein Mensch, der viel Nähe zu anderen zulassen kann, oder eher jemand, der auf Distanz zu anderen Menschen geht bzw. distanziert wirkt? Und sind Sie eher ein Mensch, dem es leicht fällt, offen über sich zu sprechen, oder sind Sie eher ein verschlossener Mensch?“

Einige depressive Patienten (v.a. die chronisch depressiven) ordnen sich als distanziert-verschlossen ein, also bei feindselig - submissiv, allerdings gibt es auch Patienten, die sich eher feindselig-dominant (insbesondere Patienten mit narzisstischen Anteilen) einordnen. Episodisch depressive Patienten ordnen sich ggf. eher als freundlich - submissiv (Patienten mit selbstunsicher - vermeidenden Anteilen) oder sogar freundlich - dominant ein.

Danach stellen die Therapeuten eine weitere wichtige Frage: *„Können Sie sagen, wo Sie in der Therapie durch unsere Unterstützung hinkommen möchten im Kreis?“*. Beispielsweise gibt eine eher selbstunsicher - vermeidende Patientin an: *„Ich möchte schon lernen, mehr Nähe zu Menschen herstellen zu können. Und offen was zu sagen und auch mal meine Wünsche durchzusetzen ist so wahnsinnig schwierig für mich – aber wenn ich da ein bisschen weiter käme, wäre das toll.“*. In dem Fall können die Therapeuten festhalten, dass die Patientin sich als Ziel vor allem in Richtung „freundlich-dominant“ verändern möchte, und darauf hinweisen, dass dabei insbesondere die Situationsanalysen helfen, den Stimuluscharakter zu verändern.

In jedem Fall sollen die Therapeuten den Patienten hier vermitteln, dass ein wichtiges Ziel der Gruppentherapie darin besteht, den Patienten zu helfen, sich ganz ‘frei’ im Kiesler Kreis bewegen zu können. Therapeut: *“Je nachdem, welches Ziel wir Menschen in unterschiedlichen Situationen verfolgen, ist es wichtig, dass wir über die ganze Bandbreite des Kiesler Kreises verfügen – also über eine Flexibilität verfügen.“*. Daraufhin kann nochmals

daran erinnert werden, dass bis zur nächsten Sitzung weitere Situationen aus dem Alltag gesammelt werden sollen, die sehr schwierig waren und die in den Situationsanalysen in den Hauptsitzungen, auch unter Zuhilfenahme des Kiesler Kreises, genauer untersucht werden sollen.

4. Einführung des IMI (Impact Message Inventory)

Schließlich wird das Impact Message Inventory (Kiesler & Schmidt, 1993; deutsche Übersetzung IMI-R; Caspar, 2002) eingeführt. Der IMI erfasst den soeben beschriebenen Stimuluscharakter von Personen im interpersonellen Kontext. Der Fragebogen ist ein Fremdbeurteilungsinstrument, da eine Person (z. B. der Therapeut) diesen für eine zweite Person (z. B. den Patienten) ausfüllt. Wenn dies auch vice versa geschieht, lassen sich die Stimuluscharaktere beider Personen im Kreis einzeichnen. Die Verhaltenstendenzen der acht Dimensionen werden auf einer vierstufigen Skala durch 64 Items erfasst, welche nach Auswertung im Kreismodell abgebildet werden können. Bei der Einführung dieses Fragebogens sollte explizit betont werden, dass der IMI nicht für den therapeutischen Kontext entwickelt wurde. Daher kann er auch gut im allgemeinen privaten Kontext angewendet werden – also z.B. durch Angehörige ausgefüllt werden.

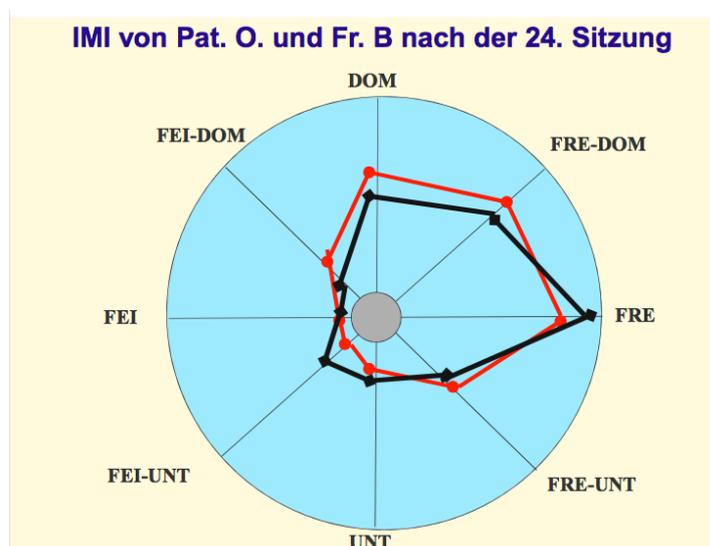
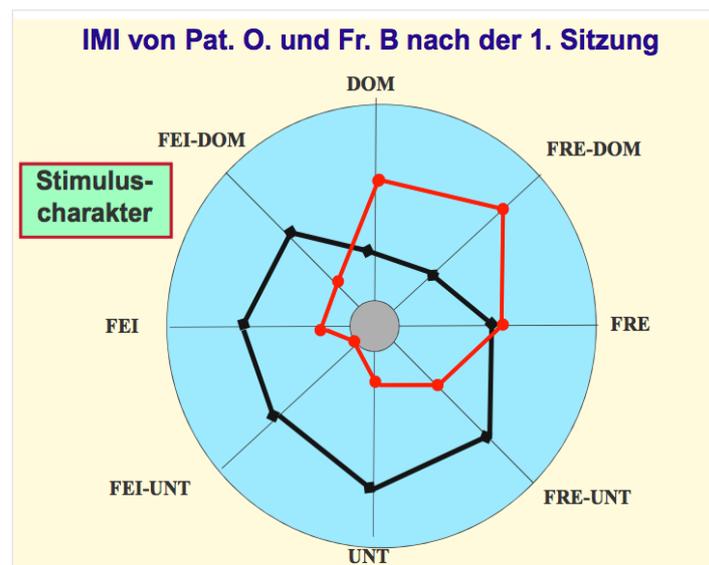
Für die Gruppentherapie sollte nach Möglichkeit die Variante des Ausfüllens durchgeführt werden, in der die Patienten den IMI jeweils über eine Person Ihres Vertrauens (Angehöriger, Freund, Mitpatient oder einer der beiden Therapeuten) ausfüllen und diese Person auch den IMI über sie ausfüllt. Sollte ein Patient partout niemanden finden und diese Schwierigkeiten auch benennen, dann können die Therapeuten/einer der Therapeuten den IMI für diesen Patienten ausfüllen und der Patient füllt den IMI entsprechend über jenen Therapeuten aus. Unsere Erfahrung zeigt, dass die Patienten in der Regel sehr gerne mit dem IMI arbeiten, insbesondere dann, wenn die Therapeuten diesen mit Begeisterung vorstellen. Zudem sollte den Patienten mitgeteilt werden, dass sie die Auswertungen in der nächsten Stunde besprechen können, aber auch dies natürlich nicht müssen. Die Patienten sollten auch darüber informiert werden, dass es das Ziel ist, den IMI am Ende der Therapie nochmals von der gleichen Person des Vertrauens über sich ausfüllen zu lassen und vice versa, um mögliche Veränderungen sichtbar zu machen. Dies kann auch mit Begeisterung als

kleines Experiment für die Patienten beschrieben werden, in dem sie direkt selbst die Ergebnisse zum Ende der Therapie sehen können.

Überblick IMI-Messungen:

- Patient mit einer vertrauten Person nach Sitzung 2 und nach Sitzung 11
(Prä- und Postmessungen)

Die folgenden beiden Abbildungen geben IMI Auswertungen von einem stationären Patienten und seiner Therapeutin vor und nach der Therapie (12 Wochen / 24 Sitzungen) wieder. Diese Abbildungen dienen hier nur zur Illustration für die Therapeuten, sollen jedoch nicht den Patienten gezeigt werden.



IMI Auswertung (Kiesler & Schmidt, 1993; deutsche Übersetzung IMI-R; Caspar, 2002): Ergebnisse der Einschätzung der Therapeutin von einem Patienten (schwarze Linie) und vom Patienten über seine Therapeutin (rote Linie) bezogen auf die Dimensionen des Kiesler Kreis

Abschließend erfolgt ein Ausblick auf die nächste Sitzung sowie die Abschlussrunde einschließlich des Erteilens der Therapieaufgabe.

Therapieaufgaben: Einen Vertrauten suchen und wechselseitiges Ausfüllen des IMI; Nachlesen im Infomaterial über den Kiesler Kreis; Beobachten, ob eigene schwierige oder nicht erwünschte Verhaltensweisen im Kiesler Kreis auffallen. Weiteres Sammeln von Situationen für die Situationsanalysen.

V. Hauptsitzungen (Gruppensitzungen 3 bis 10)

1. Erste Hauptsitzung (Sitzung 3)

Inhalte	<ol style="list-style-type: none">1. Eingangsrunde mit Bezug zum Aktivitätsaufbau und zum IMI2. Kiesler-Kreis-Training3. Abschlussrunde inkl. Take-Home-Message4. Therapieaufgaben: erneut IMI (falls noch nicht geklappt) und Aktivitätenprotokoll. Gerne auch weitere Situationen sammeln.
----------------	---

1.a) Kiesler Kreis-Training

Beim Kiesler Kreis-Training wird eine für die teilnehmenden Patienten (schwierige) interpersonelle Situation (z. B. etwas Gekauftes zurückgeben, sich im Restaurant beschweren oder eine Speise zurückgehen lassen, sich gegenüber nahe stehenden Mitmenschen abgrenzen, eine sich vordrängelnde Person ansprechen, etc.) in den verschiedenen Verhaltensdimensionen des Kiesler Kreises im Rollenspiel spielerisch ausprobiert. Hierbei werden die Patienten für die verschiedenen Rollen zur Teilnahme motiviert. Insbesondere in diesen Stunden hat es sich als sehr hilfreich und belebend erwiesen, wenn auch die Therapeuten und Co-Therapeuten Rollen übernehmen. Das Ziel des

Kiesler Kreis-Trainings besteht in erster Linie darin, das Verhaltensrepertoire der Patienten zu erweitern, indem alle möglichen Reaktionen auf eine gegebene Situation geübt und beobachtet werden. Explizit betonen die Therapeuten, dass dies auf eine *spielerische* Art stattfinden wird, sodass die Hemmung genommen wird, sich auch mal feindselig bzw. feindselig-dominant zu verhalten. Die einzige Regel, die dabei gilt, ist: „Verletzen Sie sich nicht körperlich!“ Gerade bei diesem Training kann sehr gut die Körpersprache miteinbezogen werden, sodass nicht nur das verbale Verhalten, sondern auch Gestik, Mimik etc. variiert werden. In dieser Stunde kann auch ein Ausblick auf die Situationsanalysen gegeben werden, die ja bereits in Vorgespräch 2 vorgestellt wurden: „Wir hatten Ihnen ja im zweiten Vorgespräch bereits die Situationsanalysen vorgestellt und auch angekündigt, dass wir uns damit in den Hauptsitzungen beschäftigen werden. In jeder SA kommt, wie berichtet, ja auch ein Rollenspiel vor, welches diesen kurzen Sequenzen, die wir in dieser Sitzung spielen sehr ähnlich sind.“ Damit bekommen Gruppenteilnehmer frühzeitig ein Gespür für die Länge und das Ziel einer SA.

Beispiel: In einer Kiesler Kreis-Trainingsstunde mit den fünf stationären Patienten (vgl. Brakemeier & Normann, 2012) achteten die Therapeutinnen insbesondere darauf, dass Frau Stolzenbeck, Frau Morgenstern und Herr Ludwig, die sich noch überwiegend submissiv zeigten, dominante Verhaltensweisen üben konnten. Zudem wurde Frau Siegering dabei beraten, wie sie ihr Verhalten ändern könne, um freundlich, nah und herzlich zu wirken. Für Herrn Müller war es eine „spannende Erfahrung“, mal explizit feindselig-dominant sein zu dürfen, was ihm sogar gut tat. Er konnte seine angestaute Wut heraus lassen. Auf dem AB S. 40 (TM) zur Vertiefung des Kiesler Kreises im Teilnehmerheft, sind Adjektive aufgelistet, welche die Patienten im Rahmen dieser Stunde den jeweiligen Kiesler Kreis-Dimensionen zugeordnet haben. Die Therapeuten können hier jederzeit eingreifen, Rollen übernehmen, Shapen, bestimmte funktionale oder dysfunktionale Verhaltensweisen markieren, auf den Kiesler Kreis verweisen oder Patienten anbieten, dass Rollen durchgetauscht werden, um Anregungen oder Anleitungen zu erhalten und Überforderungen zu vermeiden.

2. Zweite Hauptsitzung (Sitzung 4)

Inhalte	<ol style="list-style-type: none">1. Körper- oder Kiesler-Kreis-Übung2. Eingangsrunde mit Bezug zum Aktivitätsaufbau3. Explorationsphase der Situationsanalyse4. Lösungsphase der SA inkl. Fertigkeitentraining mit Rollenspiel5. Abschlussrunde und Festlegen des Patienten, der beim nächsten Mal eine eigene Situation einbringen möchte
----------------	---

Erneut wird zur Auflockerung zum Stundenbeginn die Sitzung mit einer Körper-Übung eingeleitet. Da nun alle Patienten den Kiesler Kreis kennen, kann eine Kiesler Kreis Körperübung durchgeführt werden. Aufgrund der Kürze der Gruppenstunde sollte in jeder Hauptsitzung nur eine Übung durchgeführt werden, welche max. 4 Minuten dauert. Folgende Übungen sind dafür geeignet: Alle Teilnehmer (einschl. der Therapeuten) laufen gemäß einer der vier gemischten Dimensionen (fre-dom, fre-sub, fei-sub und fei-dom) durch den Raum. Bei diesen Übungen wird jeweils reflektiert, wie sich die Körperhaltung auf die Stimmung auswirkt, mit wem man Kontakt bekommt und wie sich die Begegnungen anfühlen. Diese Übungen können in weiteren Stunden variiert werden, indem die Hälfte der Gruppe eine freundlich-dominante und die andere Hälfte eine freundlich-unterwürfige Haltung einnimmt, so dass die Wechselwirkung spürbar wird. In einer anderen Stunde kann dieselbe Übung wiederholt werden mit den Dimensionen feindlich-dominant und feindlich-unterwürfig.

Danach wird jeweils das Thema der Stunde vorgestellt, was in der ersten Hauptsitzung wie folgt lautet: Einführung in die Situationsanalyse. Daraufhin erfolgt die Eingangsrunde mit den Fragen:

- *Wie kommen Sie heute hierher? (Auf die Frage „wie ist Ihre Stimmung?“ wird an dieser Stelle bewusst verzichtet, da sich der Nutzen dieser Frage durch Verstärkung an der ungünstigen Stelle im Rahmen hält und Zeit eingespart werden kann.)*
- *Wie haben Sie unsere letzte Sitzung empfunden? Gab es Situationen, in denen Sie an den Kiesler Kreis gedacht haben?*
- *Haben Sie jemanden gefunden, der den IMI über Sie ausfüllt? Wenn ja, möchten Sie Ihre Auswertung kommentieren oder uns zeigen?*
- *Wie sind Sie mit dem Aktivitätenprotokoll zu Recht gekommen? Wie sehen Ihre Protokolle aus? Was war Ihr angenehmstes Erlebnis in der vergangenen Woche?*

- *Haben Sie eine schwierige Situation, in welcher auch andere Menschen beteiligt sind, die Sie gerne heute hier bearbeiten möchten?*

Ambulante Patienten, kommen häufig mit viel „Erzähldruck“ in die Sitzung. Hier sollte die Therapeuten von Beginn an behutsam begrenzen und verdeutlichen, dass die zur Verfügung stehende Zeit am besten zur Bearbeitung von konkreten Situationen genutzt werden kann. Gleichzeitig unterstützt dies die Patienten darin, sich auf das Hier und Jetzt zu konzentrieren sowie ein konkretes, verhaltensbezogenes Ziel zu fokussieren. Häufig nennen Patienten Ziele, die unkonkret oder passiv sind („*Mal sehen was kommt*“, „*Ich will am Ende mit einem guten Gefühl rausgehen*“). Hier sollte die Therapeuten nachfragen und den Patienten bei der Formulierung eines verhaltensbezogenen Ziels unterstützen (z. B.: „*Ich möchte eine SA besprechen*“, „*Ich möchte mich heute aktiver beteiligen als letzte Sitzung*“, „*Ich möchte heute gut zuhören*“). So wird den Patienten Eigenverantwortung übertragen.

Nach der Eingangsrunde entscheidet die Gruppe gemeinsam mit den Therapeuten, welche Situation aufgegriffen werden soll. Hierbei verdeutlichen die Therapeuten nochmals, dass möglichst jeder Teilnehmer mindestens ein Mal eine persönliche Situation in die Gruppe einbringen sollte. Sollten mehrere Teilnehmer eine Situation einbringen wollen, kann bereits geplant werden, welche Situationen in den nächsten Stunden jeweils bearbeitet werden.

Im Folgenden wird eine exemplarische Gruppenstunde mit dem Inhalt Situationsanalysen-Training praxisnah dargestellt. Es wird empfohlen, die Videoausschnitte 1 bis 5 parallel zum Lesen des Kapitels anzuschauen. Die Situation einschließlich der Videos stammen aus dem Buch: Brakemeier & Normann (2012). Praxisbuch CBASP. Wege aus der chronischen Depression. Weinheim: Beltz Verlag. Zu beachten gilt es, dass dies eine reine CBASP-Gruppenstunde war, die im stationären Setting stattfand. Auf die Unterschiede zu unserer ambulanten KVT^{plus} Gruppe wird jedoch jeweils im Fließtext hingewiesen.

2.a) Eingangsrunde

(Video 1) Das Video zeigt eine exemplarische Eingangsrunde wie sie bereits beschrieben wurde. Die Fragen, welche die Therapeutin stellt, gelten für die aktuelle Studie für die Sitzungen 4 bis 10, wobei nicht von CBASP gesprochen wird.

- *Wie kommen Sie heute hierher, wie ist Ihre Stimmung?* (Anmerkung: In dieser Studie verzichten wir aus genannten Gründen auf die Frage, wie die Stimmung ist; vgl. auch Sipos & Schweiger, 2013).
- *Sind Ihnen schwierige Situationen für die Situationsanalysen begegnet?*
- *Konnten Sie seit der letzten Gruppensitzung bestimmte Strategien anwenden, die wir hier besprochen haben (z.B. vom Kiesler Kreis, der Situationsanalyse)?*
- *Möchten Sie eine Situation als Situationsanalyse einbringen?*
- *Was ist heute Ihr persönliches Ziel – im Sinne eines erwünschten Ergebnisses (Desired Outcome = DO) – in der Gruppe?*

Anhand derartiger Eingangsrunden können die Therapeuten einschätzen, wie die Patienten zu der Therapie kommen, woran sie arbeiten möchten und wie der Lernzuwachs bezüglich der Strategien (Kiesler Kreis, Situationsanalyse) voranschreitet. Durch das Berichten erfolgreicher Situationen erfahren die Patienten positives Feedback durch die Gruppe, wodurch das neue Verhalten positiv verstärkt werden kann. Zudem besteht das Ziel der Eingangsrunde darin, Situationen zu sammeln, die in der Gruppentherapiestunde als Situationsanalysen bearbeitet werden können.

Im Unterschied zum Video sollten in der KVTplus Gruppe folgende Fragen schwerpunktmäßig gestellt werden:

- *Wie kommen Sie heute hierher?* (Diese Frage dient dazu zu erfahren, ob Patienten etwas besonders belastendes erlebt haben, worauf zumindest kurz empathisch eingegangen werden sollte, wie z.B. Abmahnung bei der Arbeit o.ä.)
- *Haben Sie jemanden für den IMI gefunden, hat das Ausfüllen geklappt und wollen Sie uns das Muster evtl. zeigen?* (Falls dies noch nicht geschehen ist)
- *Wie läuft es mit dem Aktivitätenprotokoll? Lassen sich aus dem Protokoll Rückschlüsse ziehen?*

- Möchten Sie heute eine Situationsanalyse einbringen? (Bzw. wenn bereits eine Reihenfolge festgelegt wurde, an diese erinnern)

Um die Eingangsrunde möglichst kurz und zeitgleich effizient durchzuführen, ist es wichtig, dass die Therapeuten diese klar strukturieren und empathisch die Patienten begrenzen bei längerem Ausschweifen (z.B.: *Ich kann gut verstehen, dass dies ein wichtiges Thema für Sie ist. Da wir jedoch nur eine Stunde Zeit haben für unsere Gruppe, muss ich Sie leider an dieser Stelle ein wenig begrenzen. Was ist denn Ihr Ziel für unsere heutige Stunde? Oder: Lässt sich das Problem nicht auch in Form einer Situationsanalyse bearbeiten?*)

2.b) Situationsanalysen-Training (Videos 2-4)

Der Hauptbaustein der KVT^{plus} Gruppentherapie besteht im gemeinsamen Erarbeiten einer Situationsanalyse (einschließlich kognitiver Umstrukturierung und soziales Kompetenztraining durch Rollenspiele), was als Situationsanalysen-Training bezeichnet wird. Hierbei bringt je Gruppentherapiestunde ein Patient eine für ihn schwierige zwischenmenschliche Situation ein, die Schritt für Schritt unter Mitarbeit der anderen Gruppenteilnehmer bearbeitet wird. Im Anschluss erfolgen verschiedene Rollenspiele, in denen die Mitpatienten und der betreffende Patient neue Verhaltensweisen ausprobieren können, wobei die Therapeuten durch Shaping die Rollenspiele begleiten und den Lernzuwachs unterstützen.

Durchführung der Situationsanalyse. Nach Abschluss der Eingangsrunde und Festlegung auf eine Situation erfolgt deren Bearbeitung anhand der Gruppen-Situationsanalyse. Hierfür wird das Flipchart genutzt und jeder Schritt visuell festgehalten.

Durchführung einer Situationsanalyse in der Gruppe nach Schramm, Fangmeier & Brakemeier (2012):

Verteilung der Rollen bei einer SA in der Gruppe

Therapeut	Leitet durch die SA, strukturiert, hilft, schützt und unterstützt den SA-Patienten, bezieht die Gruppe mit ein
Ko-Therapeut	Schreibt stichwortartig die SA an das Flipchart, gibt Rückmeldung, bringt ggf. Vorschläge ein
SA-Patient	Bringt aktiv sein Beispiel ein, reflektiert Vorschläge der Gruppe
Gruppe	Versucht sich in den SA-Patienten hineinzusetzen, stellt Fragen, bringt Vorschläge ein, überprüft Kriterien der SA in jedem Schritt, wird bei Rollenspielen aktiv

Explorationsphase

<p>1. Situationsbeschreibung (Filmmetapher: „Was war in einem Film in dieser Situation zu sehen?“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Patient beschreibt seine Situation (SA-Patient). • Der Therapeut wiederholt diese zusammenfassend. • Die Gruppe überprüft die Kriterien (Anfangs- und Endpunkt, deskriptiv etc.), stellt ggf. Verständnisfragen
<p>2. Interpretationen (Filmmetapher: „Dies war der innere Film - was ist in Ihnen abgelaufen?“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der Therapeut fragt den SA-Patienten nach seinen Interpretationen. • Der SA-Patient formuliert in jeweils einem Satz, was ihm durch den Kopf ging. <p>(An dieser Stelle ist es sehr wichtig, dass der schreibende Co-Therapeut eine Flip-Chart-Zeile hinter jeder Interpretation freilässt, um hier später die alternative Handlungsinterpretation einzutragen.)</p>
<p>3. Verhalten (Filmmetapher: „Jetzt wurde das Spotlight auf Sie gerichtet - was war nun zu sehen?“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der SA-Patient beschreibt sein Verhalten (und ordnet es ggf. in das Kiesler-Kreismodell ein).
<p>4. Tatsächliches Ergebnis (TE) (Filmmetapher: „Was war in einem Film in dieser Situation zu sehen?“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der SA-Patient gibt das TE an (identisch mit dem Endpunkt der Situationsbeschreibung).
<p>5. Erwünschtes Ergebnis (EE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der SA-Patient gibt (ggf. mit Unterstützung der Therapeuten) ein EE an. Dieser Schritt kann auch unter Einbeziehung der Gruppe im Sinne eines

<i>(Filmmetapher: „Wie hätten Sie sich gewünscht, wie dieser Film weitergeht?“)</i>	<p>Brainstormings erfolgen. Der Therapeut leitet dies an.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle überprüfen die Kriterien (realistisch, erreichbar, im Pat. verankert)
6. Vergleich TE/EE	<ul style="list-style-type: none"> • Der SA-Patient wird aufgefordert, den Vergleich zwischen TE und EE durchzuführen und zu prüfen, ob er erreicht hat, was er wollte.

Lösungsphase

1. Überprüfung der Interpretationen	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird überprüft, ob die Interpretationen in der Situation verankert und förderlich für das Erreichen des EE war. • Der SA-Patient überlegt sich eine alternative Handlungsinterpretation (Schlachtruf, Parole) und wird von der Gruppe unterstützt.
2. Verhaltensänderung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmer versuchen bei der Verhaltensplanung für das Rollenspiel ggf. hilfreiche Positionen auf dem Kiesler-Kreismodell zu finden. • Durchführung einer Rollenspielsequenz, in der der SA-Patient unter Shaping des Therapeuten neue Verhaltensweisen ausprobiert.
3. Lernerfahrung	<ul style="list-style-type: none"> • Der SA-Patient fasst in einem Satz zusammen, was er durch die SA gelernt hat.
4. Generalisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Der SA-Patient formuliert, wie er das Gelernte auf andere Situationen übertragen und anwenden kann. • Danach beziehen alle anderen Tln. die Schritte 3 und 4 auf sich selbst.

Explorationsphase

(Video 2). Zunächst erfolgt die Explorationsphase der Situationsanalyse. Die Schritte 1 bis 4 der Explorationsphase erfolgen genau so, wie sie auch in den ambulanten Einzel-Sitzungen durchgeführt werden. Bei der Bearbeitung in der Gruppe ist es jedoch von Bedeutung, alle Patienten bei der Durchführung der SA einzubinden, obgleich es sich um die persönliche Situation eines einzelnen Patienten, der folgend als SA-Patient bezeichnet wird, handelt. Im Videobeispiel 2 wird deutlich, durch welche Strategien dies erreicht werden kann.

Während der ersten vier Schritte der Explorationsphase, die der Patient Herr Ludwig (= SA-Patient) einbringt, fragt die Therapeutin häufig die gesamte Gruppe, welcher Schritt der SA jeweils ansteht (z. B. Video 2: 0.29, 06.41) und welches die zu beachtenden Kriterien für die einzelnen Schritte der SA sind (z. B. Video 2: 0.37, 08.32, 13.21). Darüber hinaus sollten die Therapeuten immer Raum gewähren für offene Verständnis-Fragen von Seiten der Mitpatienten an den SA-Patienten, wodurch auch die Fähigkeit geübt wird, sich in andere hineinzuversetzen (Empathie-Training; z. B. ab Video 2: 06:05). Die Situationsanalyse wird im Rahmen der dargestellten Gruppentherapieszene wie folgt am Flipchart festgehalten, wobei ein Therapeut schreibt, während der andere weiter exploriert, wodurch Verzögerungen vermieden werden (vgl. *Tabelle 3*). Außerdem hat es sich bewährt, klein zu schreiben (beim Standard-Flipchart-Papier jede Zeile zu nutzen), um in der Lösungsphase nicht hin- und herblättern zu müssen und einen größeren Effekt auf Patientenseite auszulösen. An dieser Stelle sei noch die Empfehlung ausgesprochen, die besprochene Situation auf einen klaren Anfang und ein klares Ende, mit nicht allzu großer Länge zu begrenzen, um eine bessere Durchführbarkeit zu gewährleisten.

Situationsanalyse zum Beispiel von Herrn Ludwig

<p>(1) Situationsbeschreibung <i>(Filmmetapher: „Was war in einem Film in dieser Situation zu sehen?“)</i></p>	<p>Ich steige in Zug ein, der Zug ist voll. Ich stehe neben Frau, schaue grimmig. Tasche steht neben Frau, Frau liest Zeitung. Ich sage nichts, steige nach 30 Minuten aus dem Zug aus.</p>
<p>(2) Interpretationen <i>(Filmmetapher: „Dies war der innere Film - was ist in Ihnen abgelaufen?“)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Ist ja typisch, ich hab’s nicht besser verdient.“ • „Die muss es doch sehen, dass ich Schmerzen habe!“ • „Ich hab’s wieder nicht hingekriegt, ich bin ein Versager.“
<p>(3) Verhalten <i>(Filmmetapher: „Jetzt wurde das Spotlight auf Sie gerichtet - was war nun zu sehen?“)</i></p>	<p>Schaue grimmig, stehe gebückt, stehe angespannt, sage nichts – Kiesler Kreis: feindselig-unterwürfig, verschlossen-distanziert</p>

<p>(4) Tatsächliches Ergebnis</p> <p><i>(Filmmetapher: „Was war in einem Film in dieser Situation zu sehen?“)</i></p>	<p>Ich sage nichts, steige nach 30 Minuten aus.</p> <p><i>(Das tatsächliche Ergebnis entspricht häufig dem letzten Satz in der Situationsbeschreibung und kann dann direkt übernommen werden)</i></p>
<p>(5) Erwünschtes Ergebnis</p> <p><i>(Bedingungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ist das erwünschte Verhalten des Patienten erreichbar, also in ihm verankert?</i> • <i>Ist das Ergebnis realistisch?)</i> 	<p>Ich spreche die Frau an:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) freundlich: „Ich möchte den Platz.“ (2) „Nehmen Sie die Tasche runter.“ (3) „Entschuldigung, ich habe Schmerzen, ich kann nicht stehen.“ (4) Ich mache durch Räuspern oder Husten auf mich aufmerksam. (5) Ich stelle selbst die Tasche runter und setze mich hin.

Einbezug der Gruppe beim Erwünschten Ergebnis

Beim Erarbeiten des Erwünschten Ergebnisses kann das Gruppensetting im Besonderen genutzt werden. Bevor der SA-Patient ein Erwünschtes Ergebnis formuliert, kann zunächst jeder einzelne Mitpatient motiviert werden, sich in die gegebene Situation hineinzusetzen und mögliche erwünschte Ergebnisse – also Möglichkeiten, sich in dieser Situation zu verhalten – zu sammeln.

Ob die Gruppe beim Erstellen des erwünschten Ergebnisses einbezogen wird oder ob direkt mit dem SA-Patient ein erwünschtes Ergebnis erarbeitet wird, können die Gruppenleiter in der jeweiligen Sitzung entscheiden. In die Entscheidung sollten Überlegungen zu den folgenden Faktoren miteinfließen: 1. zur Verfügung stehende Zeit, also wie ist das Zeitmanagement der Stunde und 2. Stringenz der Situationsanalyse, hier hat sich gezeigt, dass teils sehr unterschiedliche Ziele von den Mitpatienten genannt werden und es einiges an Aufwand kostet, die darauffolgenden Diskussionen zwischen den Teilnehmern wieder in produktive Bahnen der SA zu lenken. Diese teils sehr lebhaft Zäsur (vor Allem bei einer sehr inkohärenten Gruppe) sorgt zwar dafür, dass alle Teilnehmer gezwungen sind, sich noch

stärker in den SA-Patienten hineinzusetzen, allerdings geht mit der möglicherweise folgenden Diskussion sehr viel Zeit, aber vor allem auch die Stringenz verloren, die dafür sorgt, dass Patienten möglichst schnell, das Ablaufschema der SA verinnerlichen.

Beispiel: Im Videobeispiel eröffnet die Therapeutin beim Schritt „Erwünschtes Ergebnis“ der SA allen Patienten den Raum, einzubringen, wie sie sich in dieser Situation verhalten würden bzw. was mögliche Reaktionen sein könnten (Video 2: ab 12:34). Herr Ludwig darf sich an dieser Stelle zunächst „zurücklehnen“, während die Gruppenmitglieder Vorschläge einbringen.

Wichtig ist hierbei nochmals die Nachfrage nach den Bedingungen für das Erwünschte Ergebnis, um nur Erwünschte Ergebnisse zu sammeln, die durch das **Verhalten des Patienten erreichbar (also in ihm verankert) und realistisch sind.**

An dieser Stelle erscheint es auch hilfreich, den Kiesler Kreis heranzuziehen (vgl. vorherige Sitzungen), um die genannten Verhaltensmöglichkeiten unter folgenden Fragestellungen einzuordnen: *Lösen diese beim Gegenüber eher Offenheit oder Verslossenheit, eher zwischenmenschliche Nähe oder Distanz aus?* Hierbei lernen die Patienten, die Konsequenzen ihres Verhaltens bei der Erarbeitung des Erwünschten Ergebnisses zu berücksichtigen. Durch das Sammeln mehrerer Verhaltensmöglichkeiten bzw. Erwünschter Ergebnisse wird den Patienten verdeutlicht, dass – entsprechend der acht Kiesler Kreis-Dimensionen – ein breites Verhaltensrepertoire aufgespannt werden kann. So lernen die Patienten statt des häufigen „Schwarz-Weiß-Denkens“ (Zum Beispiel: „Entweder ich brülle zurück oder ich ziehe mich komplett zurück“), mit welchen unterschiedlichen Verhaltensweisen sie theoretisch reagieren könnten. Somit wird direkt an dem häufig stark vorliegenden Gefühl der Hilflosigkeit der Patienten angesetzt, indem verschiedene Einflussmöglichkeiten auf die soziale Situation greifbar gemacht werden. Nach dem Sammeln der möglichen Erwünschten Ergebnisse in der Gruppe und dem Festhalten auf dem Flipchart wird der SA-Patient gefragt, welches Erwünschte Ergebnis für ihn das Passendste ist oder ob er ein weiteres persönliches Erwünschtes Ergebnis formulieren möchte. Hierbei kann der Patient also aus dem nun aufgezeigten Verhaltensspektrum das Ziel wählen,

welches für ihn am besten passt (Authentizität), in ihm verankert ist und realistisch umsetzbar ist.

Bei der gesamten Explorationsphase ist es wichtig, dass die Therapeuten die Gruppe empathisch und gleichzeitig dominant (im Sinne von aktiv führend) durch die Schritte leiten. Dabei sollte einer der Therapeuten jeweils direkt mitschreiben, wenn die Patienten kriteriengerecht Sätze zu den Schritten formulieren (v.a. direkt die Situationsbeschreibung mitschreiben). Bei den Interpretationen sollte der Therapeut lediglich nach den wichtigsten 3 Gedanken fragen, welche dem Patienten am Anfang, in der Mitte und am Ende der Situation durch den Kopf geschossen sind. (Eine Ausnahme kann bei der Inneren Situationsanalyse gemacht werden, da hier ja der Schwerpunkt auf den Interpretationen liegt, können hier auch mehrere Interpretationen gesammelt werden). Diese werden dann direkt ohne Hinterfragen oder Kommentare aufgeschrieben. Beim Verhalten kann Zeit gespart werden, indem direkt das Verhalten im Kiesler Kreis eingeordnet wird. Beim Tatsächlichen Ergebnis sollten die Therapeuten der Gruppe beim ersten Mal den ‚Trick‘ mitteilen, dass der letzte Satz der Situationsbeschreibung meist dem TE entspricht, so dass an dieser Stelle lediglich ein Pfeil vom letzten Satz zum TE gezogen werden kann (ohne Diskussion).

Bedingungen zur Ermittlung des Erwünschten Ergebnisses:

- Ist das erwünschte Verhalten des Patienten erreichbar, also in ihm verankert?
- Ist das Ergebnis realistisch?

Beispiel: Herr Ludwig entscheidet sich im Videobeispiel für das erste von den fünf vorgeschlagenen Erwünschten Ergebnissen („*Ich spreche die Frau freundlich an, ob sie den Platz freimachen kann*“; Video 2: 18:46). An dieser Stelle erfolgt bestenfalls nochmals die Prüfung, ist dieses Ergebnis in Herrn Ludwig verankert und ist es realistisch? Zudem sollte auf die Kleinschrittigkeit im Vorgehen geachtet werden.

Ob die Gruppe hier einbezogen wird, oder nicht, sollte nach den oben genannten Kriterien abgewogen werden.

Nach der Festlegung des Erwünschten Ergebnisses wird der Patient im sechsten Schritt gefragt, ob er in der Situation erreicht habe, was er wollte, und wenn nein, warum nicht (Video 2: ab 20:12). Hier wird analog zu der ambulanten SA die Voraussetzung für **negative Verstärkung** geschaffen. Dabei ist ein schlechtes Gefühl beim Patienten essentiell, um die negative Verstärkung möglichst stark werden zu lassen. Aus diesem Grund sollten auch die Gründe, weshalb es nicht geschafft wurde, abgefragt werden.

Beispiel: Auch bei Herrn Ludwig ist im Video klar zu erkennen, dass er darunter leidet, nicht sein Ziel erreicht zu haben (Video 2: ab 20:37). Als Begründung kann er nur nennen: „Ich hab es einfach nicht geschafft, was zu tun.“

Hiermit ist die Explorationsphase der Situationsanalyse abgeschlossen und es folgt die Lösungsphase. Auch hierbei können die Besonderheiten des Gruppensettings genutzt werden.

Lösungsphase

(Video 3) Zu Beginn der Lösungsphase wird nochmals Bezug auf die erhobenen Interpretationen in der beschriebenen Situation genommen. Zur Prüfung, ob diese Interpretationen a) in der Situation verankert sind und b) für das definierte erwünschte Ergebnis hilfreich sind, kann die gesamte Patientengruppe befragt werden (Kriterien auch hier, Zeit und Stringenz), wobei der Schwerpunkt auf b) liegen sollte. Hierbei wird jede der erfassten Interpretationen Schritt für Schritt hinterfragt, am Flipchart abgehakt, durchgestrichen, revidiert oder ergänzt.

Beispiel: Im Videobeispiel motiviert die Therapeutin alle Patienten, die Interpretationen gemeinsam zu prüfen (Video 3: ab 0:18). Durch den Einbezug der Gesamtgruppe und die Reaktionen der Mitpatienten wird für den Patienten Herrn Ludwig im Besonderen deutlich und erlebbar, dass seine Interpretationen in der gegebenen Situation nicht verankert bzw. nicht hilfreich sind. In diesem Fall wird die Interpretation am Flipchart durchgestrichen.

Zur Revision der Interpretationen werden gemeinsam Umformulierungen der Gedanken erarbeitet, welche in der Situation verankert und zielführend für das neue Erwünschte Ergebnis sind. (Wirkfaktor: Kognitive Umstrukturierung nach Beck, Ellis, ...)

Beispiel: Zur Revision der Interpretation „Ich hab’s nicht besser verdient“ fragt die Therapeutin die Gesamtgruppe nach Möglichkeiten der Umformulierung (Video 3: ab 02:07) und hinterfragt, ob dieser Gedanke so der Wahrheit entspricht.

Im Beispiel der Situationsanalyse von Hr. Ludwig werden die genannten Interpretationen wie folgt am Flipchart revidiert, wobei die alte Interpretation jeweils mit roter Farbe durchzustreichen ist:

- Aus: „Ist ja typisch, ich hab’s nicht besser verdient“
wird (Revision): „Ich habe ein Recht auf einen Sitzplatz, vor allem mit meinen Schmerzen!“
- Aus: „Die muss es doch sehen, dass ich Schmerzen habe!“
wird (Revision): „Sie sieht es nicht, ich muss es ansprechen.“
- Aus: „Ich hab’s wieder nicht hingekriegt, ich bin ein Versager“
wird (Revision): „Wenn ich etwas verändern will, muss ich was tun.“ und „Ich muss es heute nicht mehr aushalten, ich kann es ansprechen.“

Im Anschluss an die Revision der Interpretationen können Verhaltensinterpretationen erarbeitet werden, also kurze handlungsweisende Gedanken („Schlachtrufe“), im Sinne von Selbstinstruktionen nach Meichenbaum, die den Patienten darin unterstützen, das Verhalten des Erwünschten Ergebnisses zu erreichen.

Beispiel: Im Videobeispiel findet Herr Ludwig im Zuge der Revision seiner zweiten Interpretation bereits einen derartigen Schlachtruf („Ich kann es sagen!“; Video 3: 05:15), der auf dem Flipchart notiert wird. Im weiteren Verlauf wird durch Einbindung der anderen Gruppenmitglieder zudem „Ich bin es wert!“ als Schlachtruf aufgenommen (Erhebung der Verhaltensinterpretationen; Video 3: ab 09:40).

Nach Revision der Interpretationen erfolgt als nächster Schritt die Revision des Verhaltens. Im Gruppenrahmen wird dies ebenfalls kurz gehalten. Gemeinsam wird hinterfragt, ob das gezeigte Verhalten für das Erwünschte Ergebnis hilfreich ist, und das neue Verhalten wird definiert. Hierbei werden verschiedene Ebenen des Verhaltens berücksichtigt: Körperhaltung, Stimme, Blickkontakt, Inhalt des Gesagten. Häufig ist an dieser Stelle die Frage nach dem Timing wichtig, also zu welchem Zeitpunkt in der bearbeiteten Situation das neue Zielverhalten gezeigt werden soll. Außerdem ist es sinnvoll, den Inhalt des Gesagten in Teilen, z. B. einem Einstiegssatz, vorzubereiten, sodass die Patienten sich in anschließenden Rollenspielen an den konkreten Sätzen orientieren können. Das Zielverhalten wird abschließend im Kiesler Kreis eingeordnet. Hierbei bietet es sich an, neben den Achsen dominant vs. submissiv sowie freundlich vs. feindselig und den Zwischendimensionen v. a. die Begriffe Nähe vs. Distanz und Offenheit vs. Verschlossenheit zu benutzen (vgl. Kiesler Kreis). Durch das Einordnen des gezeigten „alten“ Verhaltens und des „neuen“ Zielverhaltens im Kiesler Kreis und das entsprechende Markieren am Flipchart wird dem Patienten nochmals bildlich veranschaulicht, was sein Ziel ist, also „wo“ im Kreis er „hinkommen“ möchte.

Beispiel: Im Videobeispiel stellt die Therapeutin nochmals kurz das gezeigte „alte“ Verhalten heraus (Video 3: ab 10:31), und zwar unter der Fragestellung, ob es hilfreich für das Erwünschte Ergebnis ist, und sie erfragt das „neue“ Verhalten („Sondern, wie wollen Sie es jetzt machen?“ – Video 3: 11:01). Herr Ludwig definiert anschließend für sich, dass er freundlich und mit Blickkontakt die Frau ansprechen möchte. Zudem gibt er auf Nachfrage zum Zeitpunkt an, die Frau direkt zu Beginn seiner Zugfahrt ansprechen zu wollen (Video 3: 11:31). Die Bedeutung des Timings wird durch die Rückmeldungen der Mitpatienten deutlich: Herr Müller bringt ein, dass durch das direkte Handeln „Kopfkino“, also Grübelschleifen verhindert werden können. Gemeinsam wird der erste Satz definiert, mit dem Herr Ludwig in der Situation das Gespräch mit der Frau eröffnen möchte (Video 3: ab 12:01): „Entschuldigung, könnten Sie den Platz für mich freimachen?“ Das Zielverhalten wird im Kiesler Kreis als freundlich-dominantes Verhalten eingeordnet, wobei gemeinsam überlegt wird, anhand welcher Kriterien dies festgemacht werden kann (Video 3: ab 12:45).

Dieser Schritt kann unter Zeitdruck derart gekürzt werden, dass lediglich kurz gemeinsam überlegt wird, wie sich der Patient im Kiesler Kreis verhalten möchte, um sein Ziel zu erreichen (sollte dies nicht ohnehin schon im Ziel formuliert worden sein).

Rollenspiele mit Shaping durch die Therapeuten (Video 4)

Vorbereitung der Rollenspiele. In Vorbereitung für die Übung des Zielverhaltens im Rollenspiel wird der SA-Patient zum konkreten Setting befragt, um die Situation möglichst realistisch nachzustellen. Die Anzahl der benötigten Personen in der Szene wird ermittelt, und es wird geklärt, wie sich die Personen räumlich zueinander befanden, ob sie standen oder saßen und ob ggf. Stühle oder andere Gegenstände gebraucht werden. Dies dient dazu, die Situation möglichst realistisch zu gestalten sowie allen Gruppenmitgliedern zu ermöglichen, sich in die Situation hineinzusetzen.

Die Situation sollte nicht mehr gespielt werden, wie sie sich tatsächlich zugetragen hat.

Verteilung der Rollen. Im Anschluss erfolgt die Verteilung der Rollen für die folgende Rollenspielübung. Hierbei ist zu empfehlen, dass der SA-Patient zunächst in einer ersten Runde als Beobachter zuschauen darf. Dies ermöglicht ihm, sein Zielverhalten zunächst durch Beobachtungslernen aufzunehmen. Danach sollte er – möglichst in mehreren Durchgängen mit Shaping durch die Therapeuten und Rückmeldung durch die Mitpatienten – sein Zielverhalten üben.

Bei der Verteilung der Rollen wird zunächst offen gefragt, wer sich vorstellen kann, eine Rolle zu übernehmen. Alternativ kann auch der SA-Patient befragt werden, welchen Gruppenteilnehmer er gerne in der Situation sehen würde, vorausgesetzt, die Gruppe geht den Gruppenregeln entsprechend behutsam und rücksichtsvoll miteinander um. Hierbei kann berücksichtigt werden, mit wie viel Aktivität das Übernehmen einer Rolle verbunden ist. Es ist sinnvoll, Patienten, die Rollenspielen zunächst ängstlich entgegenzutreten, zu eher passiven Rollen (z. B. Zugpassagier im Videobeispiel) zu motivieren oder als Beobachter einzusetzen. Auch die Therapeuten können anbieten, in einer ersten Runde eine Rolle zu

übernehmen, sodass die teilnehmenden Patienten zunächst beobachten können, was den Einstieg ins eigene Üben erleichtert. Aus unserer Erfahrung beteiligen sich die Patienten, die schon häufiger dabei waren, zunehmend gerne am Rollenspiel, um ihr Verhaltensrepertoire durch Üben verschiedener Verhaltensweisen im Verlauf der Therapie zu erweitern. Patienten, die schon häufiger dabei waren, können dann auch direkter gefragt werden, ob sie Rollen übernehmen. Alle nicht aktiv im Rollenspiel beteiligten Patienten werden zum genauen aufmerksamen Beobachten angeregt. An dieser Stelle sei nochmal an die Regel verwiesen, dass kein Teilnehmer zu etwas gezwungen werden darf.

Unterstützung. Vor Beginn des Rollenspiels wird für die Person, welche die „Hauptrolle“ übernimmt, also das Zielverhalten der bearbeiteten Situationsanalyse übt, das Erwünschte Ergebnis und das damit verbundene Verhalten nochmals anhand der Flipchart-Anschriebe zusammengefasst. Wie gesagt, kann hier je nach Ziel die Nutzung des so genannten SAG ES Modells (s. Appendix I) sein. Zudem können die hilfreichen Verhaltensinterpretationen („Schlachtrufe“) wiederholt werden, die bei der Umsetzung des Zielverhaltens unterstützend sind. Das nochmalige Definieren des Zielverhaltens gibt den Patienten zum einen Sicherheit, zum anderen kann nach dem Rollenspiel zur Überleitung zum Shaping wiederum auf das Zielverhalten verwiesen werden. In den Rollenspielen wird angestrebt, das Erwünschte Ergebnis durch Zeigen des Zielverhaltens zu erreichen.

Beispiel: Im Videobeispiel 4 übernimmt in der ersten Runde die Patientin Frau Morgenstern die Rolle der Frau im Zug mit ihrer Tasche auf dem Platz rechts neben ihr. Frau Siegering erklärt sich schnell dazu bereit, die Rolle von Herrn Ludwig zu übernehmen. Wichtig ist, vor Beginn des Rollenspiels nochmals kurz zu fragen, ob für alle Beteiligten das Vorgehen klar ist, um Überforderung bei den Patienten zu vermeiden.

Für das therapeutische Vorgehen bei der **Anleitung der Rollenspiele** ist insgesamt zu beachten, dass die Rollenspielteilnehmer nicht überfordert werden. Unterbrechungen des Rollenspiels durch ein Signal der Therapeuten sind möglich, sinnvoll und notwendig,

- um die handelnden Patienten bei Schwierigkeiten zu unterstützen und vor Überforderung zu bewahren,
- um das Ziel bzw. Erwünschte Ergebnis nochmals zu verdeutlichen
- um Patienten zu schützen, falls Verhaltensweisen der Mitpatienten im Rollenspiel bei ihnen ggf. zu Aktivierung der Befürchtungen und Erwartungen Prägungen (CBASP) führen könnten
- um durch Shaping auch einen schwierigen Verlauf zu einem erfolgreichen Ende zu bringen

Nach einem Rollenspiel wird zunächst der Patient, der das Zielverhalten der SA geübt hat, gefragt, wie er sein Verhalten einschätzt bzw. wie es für ihn war, dieses Verhalten zu üben. An dieser Stelle kann auch gefragt werden, ob der Patient sein Erwünschtes Ergebnis erreicht hat. Nach seiner eigenen Einschätzung seiner Wirkung z. B. anhand des Kiesler Kreises wird sein Gegenüber in der Rollenspielsituation befragt, wie das Verhalten des Patienten auf ihn gewirkt hat. Zudem werden alle übrigen Patienten, die primär als Beobachter beteiligt waren, nach Rückmeldungen zum gezeigten Verhalten befragt. Dies erfolgt auf den verschiedenen Verhaltensebenen wie z. B. Blickkontakt, Körperhaltung, Stimme. Die Patienten lernen hierdurch zunehmend genauer zu beobachten, Verhalten im Kiesler Kreis einzuordnen und zwischenmenschliche Wirkungen von Verhalten einzuschätzen. **Die Therapeuten melden abschließend ihre Eindrücke zum gezeigten Verhalten zurück, wobei sie Bezug nehmend auf das Zielverhalten das gezeigte Verhalten formen (Shaping).** Dies kann z. B. anhand folgender Fragen geschehen, wobei an dieser Stelle ein kurzer Verweis auf die Feedback-Regeln hilfreich sein kann:

- „**Wie könnte man dieses Zielverhalten (Hinweis auf freundlich-dominantes Verhalten) erreichen?**“
- „**Was müsste man dazu an dem gezeigten Verhalten noch verändern?**“
- „**Wie könnte man hinsichtlich Stimme, Körperhaltung oder Blickkontakt noch freundlich-dominanter auftreten?**“

Rollenspiel-Variante 1. Im Videobeispiel führt Frau Siegering das erste Rollenspiel schnell durch, indem Sie recht forsch und direkt die Frau auffordert, die Tasche wegzunehmen (Video 4: ab 1:01). Im Anschluss an die gespielte Szene wird zunächst die Patientin Frau Siegering selbst gefragt, wie sie sich empfunden hat bzw. wie es für sie war, das Verhalten zu üben (Video 4: 1:15). Danach geben die Mitpatienten Rückmeldung (Video 4: ab 1:28), welche das Verhalten als feindselig-dominant einordnen (Video 4: ab 01:58). Aus therapeutischer Sicht ist es wichtig herauszustellen, dass Frau Siegerings Verhalten (forsch und direkt) eine Variante darstellt, sich in dieser Situation zu äußern, sie sich jedoch der Wirkung auf das Gegenüber, also der Verhaltenskonsequenz, bewusst sein sollte. Zudem wird nochmals auf das Ziel in Herrn Ludwigs Situation verwiesen, das vor allem ein freundliches Verhalten beinhaltete (Video 4: ab 2:11). Dies bietet die Überleitung zum Shaping durch den Therapeuten anhand folgender Fragen (Video 4: 2:29): „Wie könnte man dieses Zielverhalten erreichen?“, „Was könnte man verändern, dass es freundlicher wird?“ Herr Müller macht Vorschläge und zeigt sich bereit, diese Vorschläge auszuprobieren.

Rollenspiel-Variante 2. In der zweiten Variante des Rollenspiels (Video 4: 3:26-3:49) gelingt es Herrn Müller gut, die Frau freundlicher anzusprechen, was die Mitpatienten in der Nachbesprechung feststellen (Video 4: ab 3:49).

Nachdem Mitpatienten die Rolle des SA-Patienten übernommen haben, ist es sehr bedeutsam, dass noch ausreichend Zeit für das Rollenspiel des SA-Patienten verbleibt. So wird auch im Video Herr Ludwig aufgefordert, seine eigene Rolle auszuprobieren (Video 4: ab 5:36). Frau Siegering erklärt sich sofort bereit, die Rolle der Frau zu spielen.

Achtung bei schwierigen Situationen. An dieser Stelle *denken* die Therapeutinnen, dass dies lerntheoretisch nicht die günstigste Variante für Herrn Ludwig werden könnte, da Frau Siegering mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder ein feindseliges Verhalten zeigen wird. Dennoch schreiten sie in dieser Situation nicht ein, da der „Fluss“ der Stunde nicht gestört und Frau Siegering auch nicht gestoppt werden soll. Sie bereiten sich nur darauf vor, bei schwierigen Situationen schnell einzuschreiten.

Zur unterstützenden Vorbereitung von Herrn Ludwig werden ihm die neuen hilfreichen Interpretationen und die neuen Verhaltensweisen von der Flipchart nochmals vorgelesen (Video 4: ab 6:31). Im Video wird anhand seiner Mimik und Gestik deutlich, wie schwer ihm der Übergang in das erste Rollenspiel fällt (Video 4: ab 7:11).

Rollenspiel-Variante 3. Bei Herrn Ludwigs erstem Versuch (Video 4: ab 7:21) reagiert Frau Siegering feindselig, sodass Herr Ludwig „nicht mehr weiterweiß“. An diesen Stellen schreitet die Therapeutin sofort ein (Video 4: 7:40 oder 9:51). Herr Ludwig wird für positive Veränderungsschritte verstärkt und bekommt – am besten durch die Mitpatienten – Hilfestellungen, wie er auf die feindseligen Antworten der Frau reagieren könnte. Am Ende dieser schwierigen Rollenspielsequenz (Video 4: 11:19 – 11:33) macht die Frau den Platz tatsächlich frei, so dass Herr Ludwig Platz nehmen kann, wobei er zunächst nicht erleichtert aussieht. Um Herrn Ludwig den lerntheoretisch so wichtigen „Erleichterungsmoment“ (= negative Verstärkung) zu ermöglichen, regt die Therapeutin nach der Nachbesprechung an (Video 4: 12:36), eine letzte Variante durchzuspielen, in der es Frau Siegering Herrn Ludwig nicht ganz so schwer machen möge. Zuvor erfolgt jedoch Shaping (Video 4: ab 13:13): „Was könnte Herr Ludwig noch besser machen? Wie könnte er noch freundlich-dominanter werden?“ Frau Stolzenbeck spricht die Körperhaltung an, was die Therapeutin aufnimmt, um auf die Kiesler Kreis-Körpertherapie hinzuweisen (vgl. Brakemeier & Normann, 2012). Sie demonstriert, wie durch Körperhaltung ein Auftreten eher submissiv bzw. eher dominant wirken kann. Herr Ludwig richtet sich beim Beobachten mehr auf.

Rollenspiel-Variante 4. In der letzten Variante (Video 4: 14:39 -15:12) gelingt es Herrn Ludwig, klar und deutlich seine Bitte zu äußern, worauf die Frau den Platz mit „Ja, natürlich“ frei räumt. Schon beim Setzen strahlt Herr Ludwig: Hier wird die negative Verstärkung durch den Erleichterungsmoment nun beobachtbar, der durch den Applaus aller anderen noch weiter positiv verstärkt wird. In der Nachbesprechung (Video 4: ab 15:13) geben die Mitpatienten Herrn Ludwig detailliertes positives Feedback. Wie im Gesamtvideo ersichtlich setzen beide Therapeutinnen bewusst neben der negativen Verstärkung bei Schritt 6 der Explorationsphase sehr viel positive Verstärkung durch Applaus ein. An dieser Stelle kann nochmals auf das Ziel hingewiesen werden, bspw., dass dies im Ansprechen und nicht im

Sitzen bestand. Zudem kann noch einmal gefragt werden, wodurch das bessere Ergebnis zustande kam (Freundlich-dominantes Auftreten).

An dieser Stelle sollten die Therapeuten auf die Uhr schauen, um zu sehen, wie viel Zeit noch bis zum Ende der Stunde bleibt. Idealerweise sollten dies vor dem Rollenspiel noch plus/minus 20 Minuten sein. Da für die Abschlussrunde ca. 8-10 Minuten eingeplant werden sollen, können die Therapeuten also abschätzen, wie viele Rollenspiele (in Abhängigkeit der Länge und Schwierigkeit der Situation) realistisch durchführbar erscheinen. **Wenn die Zeit knapp ist, sollte der Indexpatient direkt motiviert werden, ins Rollenspiel zu gehen.**

2.c) Abschlussrunde

(Video 5) Die Abschlussrunde ist für die Gruppentherapie auch aus lerntheoretischen Gründen sehr bedeutsam, da hier jeder Patient aufgefordert wird, zu den folgenden beiden Fragen Stellung zu nehmen:

- *Was nehme ich heute mit („Take-home-Message“)?*
- *Kenne ich so eine Situation auch aus meinem Leben? Kann ich das Gelernte auf Situationen aus meinem Leben übertragen?*

Hier werden also die Schritte 3 und 4 der Lösungsphase einer Situationsanalyse in der Gruppe vollzogen. Im Videoausschnitt wird deutlich, dass jeder Mitpatient aus dieser Stunde etwas gelernt hat und alle – bis auf Frau Siegering – derartige Situationen auch als schwierig empfinden. Frau Siegering (Video 5: ab 6.04) betont, dass sie mit solchen Situationen keine Mühe habe. Die Therapeutin unterstützt sie: „Das ist die Rolle, die Sie kennen, diese eher distanzierte Art“. Frau Siegering bestätigt das, sagt aber auch, dass sie wisse, dass sie daran arbeiten müsse und viel üben wolle. Die Therapeutin formuliert klar das Lernziel: „Sie können für sich etwas einfordern, aber eher auf eine feindselig wirkende Art. Für Sie ist es wichtig zu üben, wie Sie es freundlich hinbekommen, so dass mehr Nähe entsteht.“ (An dieser Stelle könnte die Therapeutin auch die Wichtigkeit dieser Fähigkeiten für den Rest der Gruppe betonen: „Das ist sehr gut, dass Sie damit keine Probleme haben, da Ihre

Mitpatienten dadurch sehr viel von Ihnen lernen können – wie Sie sehen, ist genau dafür die Gruppe sehr geeignet, dass Sie alle voneinander profitieren können.“) Abschließend kann Herr Ludwig sein positives Resümee ziehen (Video 5: ab 7.10) Wichtig ist, dass Herr Ludwig nochmals viel positive Verstärkung erhält. Die Therapeutin weist auf sein verändertes Aussehen hin und auf die Tatsache, dass alle anderen sich mit ihm mitfreuen. Er nimmt wahr, dass die anderen Mitpatienten auch lächeln, was er als schön empfindet.

Schließlich beendet die Co-Therapeutin die Stunde durch Ihr Feedback (Video 5: ab 9.05).

Stundenende. Die letzte Phase der Sitzung ist geprägt vom Zusammenfassen der individuellen Lernerfahrungen der Stunde in Form der Take-Home-Message., wobei der SA-Patient der Stunde als letzter an der Reihe ist, um sich zwischen der Beendigung der SA und seiner Äußerung noch etwas Zeit nehmen kann.

In Abhängigkeit der Intensität der Gruppensitzung sollten die Therapeuten am Ende der Stunde nochmals jedem Patienten entsprechend Aufmerksamkeit schenken. Vor allem Patienten, die sich in akuten Krisen befinden, sollten explizite Angebote für persönliche/telefonische Kontakte zwischen den Sitzungen, oder Einzelgesprächen vor oder nach der nächsten Sitzung gemacht werden.

Therapieaufgaben:

Ausfüllen eines Situationsanalysen-Arbeitsblattes (Anleitung: *Bitte füllen Sie mindestens den ersten Schritt aus und fahren Sie dann soweit Sie kommen fort!*).

Ab der 4. Sitzung werden alle Patienten, auch diejenigen, deren Situationsanalysen nicht behandelt wurden, gebeten ihre Situationsanalysen abzugeben, um möglichst viele Situationsanalysen für den PPRF (Patient Performance Rating Form) zu haben. Auf die ausgefüllten Situationsanalysen gibt es jeweils zu Beginn der folgenden Stunde Feedback der Gruppenleiter in schriftlicher Form am Rand des Arbeitsblattes, siehe AB Situationsanalyse im Teilnehmerheft oder gegebenenfalls auch eine kurze mündliche Rückmeldung, wenn es sich bei den Stundenvorbereitungen ergibt.

3. Weitere Hauptsitzungen (Sitzungen 5-10)

In den weiteren Hauptsitzungen wird analog jeweils eine Situationsanalyse eines Patienten bearbeitet. Damit jeder Patient möglichst einmal dran kommt, empfiehlt es sich zum Beispiel in der ersten Gruppensitzung bereits alle Gruppentermine unter den Teilnehmern aufzuteilen. Sollte sich die Gruppe lieber am Ende jeder Sitzung entscheiden wollen, welcher Patient beim nächsten Mal eine Situationsanalyse einbringt, sollten die Gruppentherapeuten darauf achten, dass alle Patienten einmal eine Analyse einbringen.

Zum Aufwärmen zu Beginn wird jeweils eine Kiesler Kreis Übung (s. oben) durchgeführt. Danach erfolgt jeweils die Eingangs-, Haupt- und Abschlussrunde wie oben beschrieben.

3.a) Zukunftssituationsanalyse

Als Variante zur Situationsanalyse kann natürlich auch eine Zukunftssituationsanalyse durchgeführt werden (s. AB Zukunftssituationsanalyse). Die Zukunfts-Situationsanalyse stellt eine besonders hilfreiche Variante der Situationsanalyse dar, da hier schwierige zukünftige interpersonelle Situationen vorbereitet werden. Das Vorgehen entspricht in vielen Aspekten der Situationsanalyse, allerdings wird die Reihenfolge der Schritte geändert, da nach dem kurzen Umschreiben, wie die zukünftige Situation wahrscheinlich verlaufen wird (z. B. „Gespräch mit meiner Frau beim Abendessen“), direkt das erwünschte Ergebnis formuliert wird (z. B. „Ich möchte ihr sagen, dass ich auch mal nach meinen Vorstellungen kochen möchte und nicht immer von ihr vorgegeben bekommen möchte, was ich kochen soll“). Danach überlegt sich der Patient, welche hilfreichen Interpretationen ihn zu seinem Ziel bringen (z. B. „Mir ist das wichtig. Ich möchte mich auch mal ausprobieren.“/„Ich darf auch meine Bedürfnisse anmelden.“/„Meine Frau weiß wahrscheinlich gar nicht, dass ich mich kreativ ausprobieren möchte, daher gibt sie mir immer vor, was ich zu kochen habe!“) und durch welches Verhalten er das Ziel erreichen wird (z. B. Frau anschauen, laut und klar sprechen, Kiesler Kreis: freundlich dominant). Abschließend soll in Rollenspielen die Situation geübt werden.

3.b) Innere Situationsanalyse

Wenn die Patienten der Gruppe die interpersonelle SA – wie oben dargestellt – verstanden haben, jedoch noch vermehrt über schwierige Situationen ohne Interaktionspartner klagen, kann die so genannte „innere Situationsanalyse“ hilfreich sein. In der KVT^{plus} Gruppe sollte mindestens eine Sitzung zur Bearbeitung einer geeigneten Situationsanalyse mit Schwerpunkt auf Kognitiver Umstrukturierung als ‚Innere Situationsanalyse‘ durchgeführt werden (s. AB Innere Situationsanalyse). Die innere SA ist dadurch charakterisiert, dass keine anderen Personen bei der Situation eine aktive Rolle spielen und das Problem in erster Linie kognitiv/intrapersonell zu suchen ist. Die Durchführung gleicht in vielerlei Hinsicht der interpersonellen SA, entspricht aber letztlich einem erweiterten ABC-Schema (Ellis). Der Unterschied zur interpersonellen SA besteht in erster Linie darin, dass die Revisionen der Interpretationen entscheidend sind und am meisten Zeit in Anspruch nehmen sollten – zumal Rollenspiele hier bei Zeitknappheit entfallen bzw. auch nicht sinnvoll sein können. Bei der jeweiligen Durchführung können die Therapeuten also auf das gesamte Spektrum der kognitiven Arbeit nach Beck (Beck, 1979), Ellis (Ellis 1977), etc. zurückgreifen (vgl. oben Revision der Interpretationen). Zur Verdeutlichung einer inneren SA dient ein Beispiel von einem Patienten (vgl. Brakemeier & Normann, 2012).

Beispiel Innere Situationsanalyse:

Erhebungsphase

Situationsbeschreibung	Es ist 13 Uhr. Ich sitze im Schlafanzug am Frühstückstisch, rühre in meinem Kaffee, starre vor mich hin, schlage die Zeitung auf und lese die Todesanzeigen. Stehe auf, gehe wieder ins Bett und ziehe die Decke über meinen Kopf.
Interpretationen	<ul style="list-style-type: none"> • Ich bin allein. Meine Frau hat mich verlassen. • Ich muss immer alles allein machen. • Vielleicht sollte ich auch lieber tot sein.
Verhalten	s. Punkt 1, Kiesler Kreis: zurückgezogen, verschlossen, distanziert = feindselig-unterwürfig
Tatsächliches Ergebnis	Nach einer Stunde stehe ich vom Tisch auf, gehe ins Bett und ziehe die Decke über meinen Kopf.
Erwünschtes Ergebnis	Ich möchte aktiv werden, zum Beispiel meine Frau anrufen und fragen, ob wir abends zusammen Essen gehen wollen.
EE erreicht?	Nein.
Warum nicht?	Ich habe mich so wahnsinnig allein gefühlt, daher konnte ich mich zu nichts aufraffen, wobei ich ins Grübeln kam und

	Suizidgedanken hochkamen.
--	---------------------------

Lösungsphase

Revision der Interpretationen	<p>„Ich bin allein. Meine Frau hat mich verlassen.“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revision: Ich fühle mich allein, aber ich bin es nicht. Meine Frau ist gerade nur im Urlaub, sie hat mich nicht verlassen. Sie hat gestern angerufen und gesagt, dass sie mich vermisst und sich auf die Heimkehr freut. Zudem habe ich auch andere Menschen – wie auch meine Therapeutin – die für mich da sind. <p>„Ich muss immer alles allein machen.“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revision: Das ist meine Erfahrung von früher, heute stimmt das nicht. Ich kann jetzt auch meine Frau anrufen und mein Kopfkino direkt hinterfragen. <p>„Vielleicht sollte ich auch lieber tot sein.“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revision: Dieser Gedanke taucht immer auf, wenn ich ins Grübeln über mein Alleinsein komme. Aber eigentlich will ich nicht tot sein, ich will mich nicht umbringen, wie mein Bruder es getan hat. Ich will leben und das Leben endlich mehr genießen.
Revision des Verhaltens	Ich überwinde mich nach dem Aufstehen, mir frische Brötchen und eine Zeitung zu kaufen, decke den Tisch schön, frühstücke gemütlich und rufe dann meine Frau an, um zu fragen, ob sie abends mit mir zum Italiener gehen möchte. Ich erzähle ihr auch, dass es mir gerade nicht so gut geht, aber dass ich mich sehr auf sie freue.
Was habe ich gelernt?	Ich muss aktiver werden, wenn ich in so einem Loch bin. Die Gedanken, die dann hochkommen, resultieren aus meinen Erfahrungen, das ist Kopfkino, da muss ich gegen ansteuern.
Ist das Gelernte auf andere Situationen anwendbar?	Ja, auf viele Situationen, in denen ich allein bin. Oder besser: Situationen, in denen ich mich alleine fühle, denn ich habe ja gelernt, dass ich nicht wirklich alleine bin!

Sollte es vorkommen, dass kein Teilnehmer eine Situation einbringen möchte (was in dieser Studie bei guter Vorbereitung und Unterstützung wahrscheinlich selten vorkommen sollte), kann alternativ jederzeit wieder ein Kiesler-Kreis Training durchgeführt werden (Analog zur ersten Hauptsitzung und zur ersten Abschlussitzung).

VI. Abschlussitzungen (Gruppensitzungen 11 und 12)

1. Erste Abschlussitzung

Inhalte	<ol style="list-style-type: none">1. Eingangsrunde mit Bezug zum Aktivitätsaufbau2. Kiesler-Kreis-Training3. Abschlussrunde4. Therapieaufgaben: s.u.
----------------	---

In dieser Sitzung soll nach der Eingangsrunde, die wie beschrieben durchgeführt wird, ein Kiesler Kreis Training, wie geschildert, stattfinden (siehe erste Hauptsitzung). Zudem wird den Patienten, nach der üblichen Abschlussrunde, als Therapieaufgabe zur 2. Abschlussitzung, das erneute Ausfüllen des IMI aufgegeben sowie das erneute Ausfüllen der Arbeitsblätter Frühwarnsymptome, Notfallstrategien und Rückfallprophylaxe. Außerdem werden die Patienten gebeten, das Arbeitsblatt Resümee auszufüllen. In dieses können auch die individuellen Take-Home-Messages der jeweiligen Sitzungen eingetragen und aufgelistet werden.

Therapieaufgabe: Erneutes Ausfüllen des AB IMI mit einer vertrauten Person (Anleitung: *Bereits nach der 2. Einführungssitzung hatten Sie ja mit einer vertrauten Person den IMI ausgefüllt. Bis zu unserer nächsten Sitzung bitten wir Sie diesen erneut mit dieser Person auszufüllen.*) Erneute Bearbeitung des AB Frühwarnsymptome, des AB Notfallstrategien, des AB Rückfallprophylaxe. Ausfüllen des AB Resümee.

2. Zweite Abschlussitzung

Inhalte	<ol style="list-style-type: none">1. Eingangsrunde mit Bezug zu den Ergebnissen des IMI bzw. den Frühwarnsymptomen2. Rückfallprophylaxe – Was habe ich durch den Kiesler Kreis, die Situationsanalysen, den Aktivitätenaufbau oder allgemein über Depressionen gelernt?3. Reflektion von Veränderungen der Befürchtungen in Bezug auf die Gruppe / Übertragungshypothese4. Abschiedsrunde
----------------	--

Nach der Eingangsrunde, die dem allgemeinen Stundenaufbau folgt, dient diese letzte Sitzung dem Therapierückblick, der KVT-Rückfallprophylaxe sowie dem Abschied. Folgende Punkte sollen dabei bearbeitet werden:

Therapierückblick:

- Frühwarnzeichen: *Was sind meine individuellen Frühwarnzeichen? Was kann ich machen, wenn ich diese wahrnehme? An wen kann ich mich wenden?*
- Befürchtungen: *Sind meine individuellen Befürchtungen und Erwartungen (Übertragungshypothesen) für die Gruppe eingetreten? Was waren ggf. meine schwierigen Verhaltensweisen in der Gruppe? Was waren schwierige Gruppensituationen? Wie haben wir diese gelöst? Was waren positive, schöne Gruppensituationen? Was habe ich gelernt aus unserem Umgang miteinander? Worauf möchte ich zukünftig weiter achten?*
- Kiesler Kreis: *Welche Verhaltensweisen habe ich vor der Gruppentherapie häufig gezeigt? Kann ich mich jetzt frei(er) im Kiesler Kreis bewegen? Was habe ich gelernt durch den Kiesler Kreis? Worauf möchte ich zukünftig weiter achten bzw. woran möchte ich weiter arbeiten?*
- Situationsanalyse: *Was habe ich gelernt durch die Situationsanalysen? Kann ich jetzt gut realistische und mir verankerte Ziele finden und diese auch besser durch hilfreiche Gedanken und Verhaltensweisen erreichen? Worauf möchte ich zukünftig weiter achten bzw. woran möchte ich weiter arbeiten?*
- Schlachtrufe: *Welche Schlachtrufe konnte ich in der Gruppentherapie für mich entwickeln? Wie kann ich diese weiter für mich nutzen?*

- *Resümee: Was waren meine persönlichen Take-Home-Messages? Wie kann ich diese in mein Leben einbauen?*
- Sollten Patienten resümieren, dass sie gar nicht von der Gruppe profitieren konnten, siehe unten Umgang mit schwierigen Situationen.
- Abschied: Sehr gerne kann das Ende der Gruppe zelebriert werden, z.B. durch einen gemeinsamen Imbiss am Ende etc.

VII. Allgemeines zur Evaluation

- IMI in einer Prä- und Postmessung (durch eine vertraute Person des Patienten, jeweils nach Sitzung 2 und nach Sitzung 11)
- Nach Bedarf: IMI Prä- und Postmessung durch Therapeuten über jeden Gruppenteilnehmer (aber nicht andersrum). Auf diese Variante kann auch zurückgegriffen werden, wenn ein Teilnehmer keine vertraute Person hat oder für den IMI findet.
- Patient Performance Rating Form (PPRF) mit den Kriterien: Prozentsatzkurve Lernfortschritt, Anzahl an ausgefüllten SAs, Anzahl perfekter SAs
- Beurteilungsbogen zur Selbsteinschätzung der Adhärenz (durch einen der beiden Therapeuten nach jeder Sitzung)
- S.u.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
IMI (Umfeld)		X –Prä									X – Post	
IMI (Therapeut)		X									X	
PPRF			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Adh.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

- Studienevaluation (Abbildung aus dem BMBF Vollantrag WP6)

	Einschluss- Visite	Prä- Visite	Woche 1	Woche 2	Woche 3	Woche 4	Woche 5	Woche 6	Post- Visite	Woche 18	Woche 30
Anamnese	x										
HAMD-21	x										
MADRS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
BDI-II		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
ATHF	x										
SHAPS-D		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
SF-36		x							x	x	x
ERQ		x							x	x	x
STAI		x							x	x	x
CTQ		x									
TAS-20		x							x	x	x
CRQ			x	x	x	x	x	x	x	x	x
NPU		x							x		
fMRI		x							x		

VIII. Allgemeines zur Durchführung der Gruppentherapie

Notwendige Bedingungen der Durchführung

Die Gruppentherapeuten sollten in der Psychotherapie mit depressiven Patienten (auch mit CBASP-Strategien) erfahren sein und/oder die Gruppe in enger Studien-Supervision durchführen. Besonders wichtig erscheint, dass die Gruppentherapeuten die Befürchtungen und Erwartungen (*CBASP: Übertragungshypothesen*) der Patienten stets erinnern bzw. präsent haben. Nur so können sie schnell reagieren, wenn die Gefahr von Verletzungen durch Reaktionsweisen von Mitpatienten besteht. In derartigen Situationen müssen Therapeuten sofort eingreifen.

IX. Umgang mit schwierigen Situationen während der Gruppentherapie

In der Gruppe können verschlossene, passive, distanzierte und feindselige Verhaltensweisen von Patienten zu einer besonderen Aufgabe werden, welche die volle Präsenz der Therapeuten erfordern. Ist eine gruppendynamisch schwierige Situation entstanden, gilt es, die Gruppe in diesen Momenten zusammenzuhalten und sie an die gemeinsam formulierten Regeln zu erinnern. Neben der Möglichkeit des Therapeuten einem einzelnen Patienten persönliche Rückmeldungen zu geben, kann auch die Gruppe dazu angeregt werden, Feedback zu geben. Hierzu sollte sie jedoch genau angeleitet werden, da spontane Rückmeldungen mitunter bewertende Aussagen sein können, die das Gegenüber möglicherweise verletzen. Verletzendes oder aggressives Verhalten sollte in jedem Fall sofort durch die Therapeuten unterbrochen werden. Nicht zuletzt aus diesem Grund erscheint es wichtig, bei Therapieanfang die Regeln für das Geben von Feedback ausführlich zu besprechen, beispielsweise durch das Infoblatt zum Feedback. Generell können alle Techniken der KVT-Gruppentherapie zum Einsatz kommen (für eine Übersicht siehe Sipos & Schweiger 2013). In unserer KVT^{plus} Gruppe kann (ab Hauptsitzung 2) zudem in erster Linie der Kiesler Kreis zum Feedback geben heran gezogen werden. Die einfachen Frage: *Was meinen Sie, Herr X, wie wirken Sie wohl gerade im Kiesler Kreis?* Oder: *Wie würden sie Ihr gerade gezeigtes Verhalten im Kiesler Kreis einordnen?* wirken häufig deeskalierend. Dies

kann auch ausgebaut werden, indem die Gruppe miteinbezogen wird: *Was ist hier gerade passiert, bzw. was geht hier gerade vor sich? Wollen wir einmal den Kiesler Kreis zu Hilfe nehmen und sortieren? Frau Y was glauben Sie, wo waren Sie eben auf dem Kiesler Kreis? Und wie hat die Gruppe das wahrgenommen?* Zudem kann – sollte eine schwierige Situation vorliegen – die Verbindung zu den jeweiligen Befürchtungen hergestellt werden (z.B. „*Herr K, Sie sind gerade sehr laut und erscheinen sehr aufgebracht. Kann es sein, dass gerade eine (Übertragungshypothese oder eine) Befürchtung von Ihnen berührt wurde? Lassen Sie uns gemeinsam mal schauen ...*“ Oder: „*Frau M, Sie sind heute sehr ruhig und wirken distanziert. Hat das womöglich damit zu tun, dass eine Befürchtung oder Angst aktiviert wird?*“ etc.).

Das Disziplinierte Persönliche Einlassen (DPE) aus der CBASP-Therapie (vgl. Brakemeier & Normann, 2012) *sollte* in der KVT^{plus} Gruppe nicht zur Anwendung kommen.

Die Therapeuten leiten auch behutsam die Feedback-Runden, unterstützen die Feedbackgeber beim Formulieren der Rückmeldung, validieren gegebenes Feedback und verhindern „Kreuzfeuer“ zwischen den Gruppenmitgliedern. Sehr wichtig erscheint dabei, dass der Feedback-erhaltende Patient durch die Therapeuten unterstützt wird, das Feedback auch anzunehmen. Im gesamten Ablauf des Feedback-Gebens sollte immer wieder auf den Kiesler Kreis zurückgegriffen werden.

In untenstehender *Tabelle* sind noch einmal einige mögliche Situationen und der jeweilige Umgang beschrieben, wie es im Vorbereitungsworkshop erarbeitet wurde.

Tabelle: Umgang mit schwierigen Situationen

<i>Ausufernde Eingangsrunde</i>	In den Vorgesprächen sollten die Patienten in jeglicher Hinsicht gut vorbereitet werden, bspw. damit die Eingangsrunde nicht ausartet, dies wird auch durch den Zeitpunkt des Stimulatoren-Einschaltens erleichtert.
<i>Es meldet sich kein Patient zur Situationsanalyse</i>	Sollte sich kein Patient zu einer SA melden, kann eine Zukunftssituationsanalyse, eine innere Situationsanalyse oder ein Kiesler Kreis Training durchgeführt werden.
<i>Mehrere Patienten möchten ihre Situationsanalyse besprechen</i>	Falls mehrere Patienten ihre SA besprechen wollen, kann beim 1. Mal noch abgestimmt werden, ansonsten sollte eine Festlegung erfolgen. Diese kann bereits in den Vorgesprächen als eine grobe Reihenfolge aufgestellt werden. Erfahrungsgemäß gehen die Patienten aber sehr rücksichtsvoll und höflich bei der Abstimmung vor.
<i>Zeitmanagement bei der Situationsanalyse</i>	Die Situationen in den Situationsanalysen sollten immer ausreichend gekürzt werden mit klaren Anfangs- und Endpunkten, wobei die Patienten stets fokussiert werden sollten.

<p><i>Die Patienten berichten von sehr schwierigen interpersonellen Situationen</i></p>	<p>Bei interpersonellen Situationen, in denen das Gegenüber nicht gemäß Kiesler Kreis reagiert, sondern weiter feindseliges oder dominantes Verhalten zeigt, kann den Patienten folgender Leitfaden mitgegeben werden: Zunächst versuchen, Anliegen freundlich-dominant vorzubringen, bei fehlender oder schwieriger Reaktion des Gegenüber kann das Anliegen dominanter und schließlich auch einmal feindselig-dominant vorgebracht werden. Sollte dies nicht zum Erfolg führen, ist es oft am besten, die Situation zu verlassen, um eine Eskalation oder ein „Runterfallen in ein submissives Verhalten“ zu vermeiden. Dieser Leitfaden sollte von den Patienten durch Beispiele ausprobiert und verinnerlicht werden.</p>
<p><i>Die Zielformulierung im Kiesler Kreis ist unrealistisch</i></p>	<p>Sollte die Zielformulierung im Kiesler Kreis unrealistisch sein, kann diese durch Shaping verändert werden. (Auch hier als Transfer unter Beachtung der beiden Prämissen bei der Erstellung des Erwünschten Ergebnisses in der SA: realistisch und im Patienten verankert)</p>
<p><i>Ein Teilnehmer formuliert in der Abschlussitzung dass er überhaupt nicht von der Gruppe profitiert hat.</i></p>	<p>Hier gibt es mehrere Antwortmöglichkeiten:</p> <p>Bevor eine der untenstehenden Möglichkeiten in Erwägung gezogen wird, können die Therapeuten, die sich gut erinnern, den Patienten auf mögliche Diskrepanzen in seinen Aussagen hinweisen: „Ich erinnere mich noch an die letzten Sitzungen, vor allem an die Sitzung in der Sie Ihre Situationsanalyse vorgestellt haben, da haben Sie doch für sich so klare Take-Home-Messages formuliert und diese dann auch noch generalisiert. Wenn ich mich recht erinnere sagten Sie, dass Sie (kurze Zusammenfassung der genannten Take-Home-Messages). Wie passt das denn mit dem eben Gesagten zusammen, dass Sie nicht profitieren konnten? Hier können auch die anderen Gruppenteilnehmer mit einbezogen werden. <i>Haben die anderen auch den Eindruck, dass Frau F. nicht profitieren konnte?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sollte die Äußerung feindselig formuliert werden und zu einer Störung der übrigen Gruppe führen, kann man den Kiesler Kreis miteinbeziehen. 2. Empathisch validieren z.B. mit „Es tut mir sehr leid, dass Sie das Gefühl haben, nicht von der Gruppentherapie profitiert zu haben. Vielleicht können wir uns im Anschluss an die Gruppe noch einmal kurz beraten, ob ich Ihnen andere Hilfsangebote empfehlen kann.“ 3. Empathisch konfrontieren, z.B. mit „Haben Sie eine Idee woran es liegen könnte, dass Sie das Gefühl haben, nicht von der Gruppentherapie profitiert zu haben, wo es andere Teilnehmer gibt, denen es durch die Gruppe etwas besser geht.“ (Möglicherweise offenbaren sich hier Zusammenhänge zu den Ängsten des Patienten, dem es z.B. nicht gelungen ist, sich der Gruppen gegenüber zu öffnen.

X. Ergänzende Literatur

Beck, A. (2004). Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Beltz Verlag.

Brakemeier, E. L. & Normann, C. (2012). Praxisbuch CBASP. Wege aus der chronischen Depression. Weinheim: Beltz Verlag. *In diesem Buch findet sich jeweils ein individueller Zugangscode zu den Onlinematerialien, die in diesem Manual angeführt sind.*

Ellis, A. & Maclaren, C. (2015). Rational-emotive Verhaltenstherapie. Paderborn: Junfermann.

Hautzinger, M. (2013). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Mit Online-Materialien. Weinheim: Beltz Verlag

Schramm, E., Brakemeier, E. L., Fangmeier, R. (2012). CBASP in der Gruppe: Das Kurzmanual. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Sipos, V. & Schweiger, U. (2013). Gruppentherapie: Ein Handbuch für die ambulante und stationäre verhaltenstherapeutische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Appendix I: Wirksamkeitsfaktoren von Gruppentherapie

Zum Abschluss dieses Manuals möchten wir noch kurz auf Studienergebnisse der Gruppentherapie eingehen. Anbei sind die **Ergebnisse zur Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie** zusammenfassend dargestellt:

- Gruppentherapie ist eindeutig wirksam (McRoberts et al. 1998; De-Lucia-Waack et al. 2004; Burlingame et al. 2004, 2012)
- Gruppentherapie erzielt vergleichbare (oder ein wenig geringere) Effekte als Einzeltherapien (MA: Barlow et al. 2005)
 - ET = GT: bei Angststörungen im Kinder- und Jugendalter (Silvermann et al. 2008) oder bei sozialen Ängsten (Powers et al. 2008) oder bei Depressionen (Burlingame et al. 2003; McRoberts et al. 1998: hier widersprüchliche Befunde, s. unten)
 - ET > GT: bei Bulimie (Thompson-Brenner et al. 2003) und depressiven Störungen bei Erwachsenen (Cuijpers et al. 2008)
- Die Evidenz ist kontinuierlich wachsend
- Bestehen behandlungsökonomische Vorteile? Hierzu ist bisher keine eindeutige Aussage möglich (Breyer et al. 1997; Tucker & Oei, 2007)

Abschließend finden sich **Empfehlungen zu Gruppenpsychotherapien** (nach Hiller, Leibing & Leichsenring)

- Homogene Gruppen und störungsspezifische Gruppen können eher kürzer sein
- Heterogene Gruppen mit weiter gesteckten Behandlungszielen (analytische Gruppen oder zieloffene VT-Gruppen) sollten über längere Zeiträume angeboten werden
- Geschlossene Gruppen zeigen meist eine besonders hohe Kohäsion und sind somit hilfreich für kurze Gruppen
- Ist das Strukturniveau hoch sind eher ambulante Gruppe zu empfehlen
- Ist das Strukturniveau niedrig sollten eher stationäre Gruppen durchgeführt werden
- Das am besten gesicherte Ergebnis: Vorbereitung der Teilnehmer reduziert die Abbruchrate