

PRACA REDAKCYJNA

Ulrich Dockweiler¹, Johann Christoph Dockweiler²

Gruppenpsychotherapeutische Behandlungsansätze in der ambulanten und stationären Rehabilitation von Patienten mit Multipler Sklerose

Psychoterapeutyczne metody w rehabilitacji ambulatoryjnej i szpitalnej pacjentów ze stwardnieniem rozsianym

¹ Z Oddziału Neurologii Kliniki Flachsheide, Bad Salzuflen

² Z Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu w Bielefeldzie



Dr. med. Ulrich Dockweiler
neurolog, psychiatra,
specjalista rehabilitacji,
kierownik Oddziału Neu-
rologii Kliniki Flachsheide,
Bad Salzuflen

STRESZCZENIE

Stwardnienie rozsiane (SM) jest chorobą neurologiczną, która dotyczy osób w wieku aktywności zawodowej i w okresie rozrodczym. Jak w wielu innych chorobach przewlekłych, osoby wymagają bieżącej, skoordynowanej opieki, w tym leków, a także edukacji z uwzględnieniem zasad postępowania w okresie zaostrzenia choroby. Wiele problemów, które pojawiają się w trakcie choroby wymaga aktywnego uczestnictwa osoby z SM i jej rodziny lub innych opiekunów.

Istnieje istotna potrzeba zachęcania do zdrowego trybu życia, lepszej kontroli choroby i przez to złagodzenia jej objawów. Badania w zakresie radzenia sobie i strategii zarządzania SM skupiają się głównie na aspektach poznawczych i radzeniu sobie ze stresem. Z wielu badań wynika, że sposoby radzenia sobie z SM mogą pomóc wyjaśnić różnice w ostatecznym dostosowaniu do choroby. W pracach zwraca się również uwagę na znaczenie wsparcia samorządu i brak skuteczności edukacji, bez jednoczesnego budowania zaufania i umiejętności. W artykule opisano strategie zaangażowania, edukacji i wzmocnienia pozycji osób z przewlekłą chorobą neuro-



Christoph Dockweiler
pracownik naukowy
i doktorant na Wydziale
Nauk o Zdrowiu Uniwer-
sytetu w Bielefeldzie

ABSTRACT

Multiple Sclerosis (MS) is a lifelong neurological disorder that affects persons during their peak work and reproductive years. As in many other chronic diseases, individuals require ongoing care coordination, including medication, disease management and education as well as coping-strategies for addressing acute exacerbations. Multiple issues that emerge during the course of MS and cross specialty lines demand active participation

by the person and his or her family or other caregivers. There is a substantial need for practicing encourage healthy activity, ongoing disease management, improved perception of control and symptom relief. Research in the area of coping strategies for managing MS mainly focuses on cognitive coping styles. Many studies have found that the way patients' cope with MS may help to explain differences in their ultimate adjustment to the disease. Studies also note the importance of self-management support and the lack of effectiveness of education without a concurrent emphasis on building confidence and skills. Strategies to engage, educate, and empower individuals with chronic neurological

logiczna, które są zorganizowane w grupach psychoterapii. Samorządowe programy mogą przyczynić się do zwiększania ich świadomości i umiejętności, aby zapobiec różnym negatywnym skutkom, takim jak np. upadki. Programy mają zachęcać do pozytywnych zachowań zdrowotnych, w tym realizowania ćwiczeń, które mogą mieć pozytywny wpływ na zdrowie oraz jakość życia. Te promujące zdrowie zachowania mogą ostatecznie zwiększyć efektywność i obniżyć koszty opieki medycznej. W związku z tym efekty ekonomiczne powinny być centralnym elementem dalszych badań.

1. Einleitung

Das Auftreten einer Encephalomyelitis disseminata stellt für alle Neuerkrankten eine erhebliche psychische Belastungssituation dar. Während es nach dem ersten Erkrankungsschub und der Diagnosestellung zumeist zu einer vorübergehenden seelischen Anpassungsstörung kommt, gelingt es vielen Patienten, sich vordergründig zu stabilisieren und ihr weiteres Leben unbehelligt fortzusetzen (6, 14). Auch die Notwendigkeit der immunmodulatorischen Therapie wird inzwischen von vielen Patienten als hilfreich aufgegriffen und mit dem Gefühl von Handlungsfähigkeit gegenüber der Erkrankung verknüpft. Mit dem weiteren Auftreten von Erkrankungsschüben oder sich andeutenden sekundär chronisch progredienten Verläufen ergibt sich der Zwang zur Auseinandersetzung mit der Diagnose und dem Erfordernis der Anpassung der Lebensabläufe im privaten, beruflichen wie allgemein sozialen Bereich. Es kommt hier zu einer tiefgreifenden Verunsicherung, zur Infragestellung des Lebenssinns, streckenweise zu ausgeprägt depressiven Symptomen mit zunehmendem Rückzug und Isolation, zum Teil zu ängstlich selbstbeobachtenden Fehlentwicklungen [7, 13]. Die klinische Erfahrung zeigt, dass die Betroffenen dabei in Selbsthilfegruppen wesentliche Stabilisierung erreichen können, dass aber gerade von den Neuerkrankten diese häufig gemieden werden, um einer Konfrontation mit ungünstigen Erkrankungsverläufen auszuweichen.

Die notwendige Entwicklung von erfolgreichen Coping-Strategien als auch der Aufbau eines angemessenen Krankheitsverhaltens, welches häufig im Gegensatz zu den inneren Normen und Wertvorstellungen steht, bedarf nervenärztlicher und/oder psychotherapeutischer Betreuung und Begleitung. Trotz des bekannten Wissens um psychoneuroimmunologische Zusammenhänge wie auch psychosomatische Aspekte der Multiplen Sklerose [16] erfolgen entsprechende Angebote bisher nur im Rahmen der ärztlichen Führung und Beratung, selten im Rahmen einzelpsychotherapeutischer Behandlung und nur vereinzelt im Rahmen eines manualisierten gruppenpsychotherapeutischen Ansatzes. Dabei wäre gerade über einen solchen Ansatz eine sowohl von der Wirksamkeit her als auch von der Kostenseite her effektive Betreuung möglich. Entsprechende Verfahren werden im Rahmen der Schmerztherapie eingesetzt, wobei hier in

disease that are embedded in psychotherapy groups – as they are described in this article – promise to improve MS-care. Self-management programs may foster awareness and skills to help prevent negative outcomes, such as falls, and encourage positive health behavior, such as exercise and could have a positive outcome on health related quality of life and depression. These health-promoting behaviors may ultimately increase the effectiveness and value per dollar of medical care – therefore economic outcomes should be a central part of further study.

unterschiedlichem Maße neben den psychodynamisch interaktionellen Ansätzen auch edukativ informative Behandlungsansätze eine wesentliche Mitrolle spielen. Verwiesen sei hier auf das von Nickel und Egle [15] publizierte „Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie“ bei somatoformen Schmerzstörungen. Das hier vorgelegte Behandlungskonzept orientiert sich dabei im Aufbau sowie in wesentlichen psychotherapeutischen Grundauffassungen an dem von Nickel und Egle entwickelten Manual. Die hier dargestellten Ansätze werden dabei in der Neurologischen Abteilung der Klinik Flachsheidt sowohl im Rahmen einer ambulanten Betreuung mit der Dauer eines Jahres, als auch im Rahmen der stationären Betreuung mit 3 mal wöchentlichen Gruppensitzungen eingesetzt.

Das hier beschriebene Therapiekonzept soll:

- ein praxisorientierter Leitfaden zur Behandlung von Neuerkrankten oder in der Anfangsphase ihrer Erkrankung stehender Patienten sein mit dem Ziel der Verbesserung der Krankheitsakzeptanz und einer Verbesserung der Behandlungsmitarbeit.
- Es soll ein psychodynamisch orientiertes Gruppentherapieverfahren etablieren unter zusätzlichem Einsatz edukativer und verhaltensorientierter Aspekte.
- Es soll dem Behandler klare Orientierungs- und Handlungsmöglichkeiten geben.
- Es soll pragmatisch sein und die Behandlungssituation von Patienten mit Encephalomyelitis disseminata grundlegend verbessern.

2. Einschlusskriterien für eine Gruppenbehandlung

Es soll sich um Patienten mit einer gesicherten Multiplen Sklerose handeln, die am Beginn ihrer Erkrankung stehen. Dies schließt insbesondere auch Patienten ein, die nach mehreren Erkrankungsschüben keine angemessenen Coping-Strategien entwickelt haben und die zunehmend reaktiv seelische Auffälligkeiten entwickeln im Sinne einer depressiven oder angstgetönten Verarbeitung.

Insbesondere diese Patientengruppe ist gefährdet entweder durch den Einsatz unangemessener und in ihrer Wirksamkeit nicht belegter therapeutischer Verfahren oder auch durch die Verleugnung der Er-

krankung mit Meidung entsprechender Kontroll- und Therapieansätze. Neben einer Verbesserung der seelischen Krankheitsbewältigung und einer Verhaltenskorrektur mit Verbesserung der Wahrnehmung des eigenen Körpers, dessen Ressourcen, Möglichkeiten und Grenzen ist es Ziel, die Behandlungsmitarbeit und damit auch die Langzeitprognose der hier vorliegenden körperlichen Erkrankung günstig zu beeinflussen. In der Regel sollten die einzubeziehenden Patienten eine noch erhaltene Gehfähigkeit aufweisen sowie eine hinreichende Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, verbunden mit der Fähigkeit zur Introspektion und Motivation sowie zur Hinterfragung der eigenen Biographie.

Ausgeschlossen sind Patienten mit psychotischen Grunderkrankungen oder bedeutsamen intelligenzmäßigen Einschränkungen, so dass hier eine Gruppenarbeit nicht realisierbar ist.

3. Individuelle Behandlungsziele

Hauptziel ist die angemessene Krankheitsbewältigung im Sinne der Akzeptanz der körperlichen Erkrankung als ein Teil der persönlichen Realität und die Wahrnehmung der hiermit verbundenen Chancen wie Risiken. Hierin enthalten ist das Ziel einer Verhaltensmodifikation im Sinne der Vermeidung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen und der Förderung der Kompetenz im Umgang mit sich selbst sowie in der Behandlungsbeziehung zum Arzt.

Verbunden ist hiermit die Erwartung einer Verbesserung der Prognose, insbesondere was das Fortschreiten der Erkrankung betrifft, aber auch was die soziale Integration als auch die persönliche Lebensqualität betrifft.

4. Behandlungsumfang und Dauer

- Behandlungsdauer ca. 10 Monate mit 25 Gruppensitzungen
- Frequenz: Die ersten 10 Sitzungen werden in wöchentlichem Abstand durchgeführt, danach in 2-wöchigem Abstand.
- Dauer der Sitzungen: 90 Minuten
- Teilnehmerzahl: 7 bis 10
- Wichtige Regeln: Regelmäßige Teilnahme mit Vermeidung von Fehlzeiten sowie die Aufforderung zur aktiven Teilnahme mit dem Versuch, möglichst alles zu äußern, was an inneren Gedanken, Empfindungen und Bildern in der Gruppe auftritt, mit der Bereitschaft zum gegenseitigen Austausch
- Somatische Behandlung: Fortführung der bestehenden somatischen Behandlung, unabhängig von der Teilnahme an der Behandlungsgruppe.

Die Gruppe arbeitet ambulant als geschlossene Gruppe, da nur hierüber der manualisierte Ansatz realisierbar ist.

Im stationären Rahmen sind Modifikationen des Settings notwendig. Hier ist bei einer vierwöchigen Behandlungsdauer keine geschlossene Gruppe realisierbar. Bei drei wöchentlichen Gruppensitzungen werden neue

Patienten jeweils montags aufgenommen. Diese Sitzung dient zur Vorstellung der neuen Gruppenmitglieder, während in den beiden anderen Sitzungen der vorherige Gruppenprozess fortgeführt wird. Hierbei stehen immer wieder die Aspekte eines selbstschonenden Verhaltens in Vordergrund. Da bei diesem Vorgehen der modulare Aufbau des therapeutischen Prozesses nicht gegeben ist, ist es Aufgabe des Behandlers immer wieder die Zielsetzung der einzelnen Gruppenmitglieder zu erfragen und im Blick zu behalten. Auch hier gilt es im stationären Rahmen immer wieder Übungsaufgaben anzuregen, die zum Beispiel in der Zeit der Beurlaubung am Wochenende oder im Klinikalltag zu erproben sind.

5. Theoretische Grundlagen der psychoanalytisch – interaktionellen Gruppentherapie

Insbesondere die psychoanalytisch-interaktionelle Methode nach Heigl-Evers und Heigl [10, 11] eignet sich zur Behandlung psychosomatischer Erkrankungen als auch von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Sie ermöglicht durch das transparentere Therapeutenverhalten und durch die zentrale Ausrichtung auf die aktuelle Interaktion in der Gruppe auch die Behandlung von Patienten mit vorwiegend somatischen Krankheitsmodellen oder mangelnder Symbolisierungsfähigkeit. Die Patienten werden dort abgeholt, wo sie stehen, was ihre Behandlungsmotivation wesentlich erhöht. Eine weitere Modifikation besteht in der Einführung des Prinzips der Antwort sowie der Betonung der Modellfunktion des Therapeuten. Die Antworten innerhalb des Gruppensettings sollen dabei entwicklungsfördernd, klar, nachvollziehbar und für den Patienten möglichst umsetzbar sein.

5.1. Bindungstheoretische Ansätze

Das Auftreten einer bedeutsamen körperlichen Erkrankung, die grundsätzlich nicht heilbar ist und die zu einer lebenslangen Veränderung der Beziehungs- und Bindungsmöglichkeiten des Betroffenen führt, verursacht ein grundsätzliches in Frage stellen aller Lebensprozesse, häufig auch solcher, die die Bindung zu Partnern, Kindern, Eltern, Kollegen oder anderen Bezugspersonen betreffen. Nach Befragung betroffener Patienten führt die Mitteilung, an einer Multiplen Sklerose zu leiden, nicht selten zu einer emotionalen Extremsituation, von der als prägende spontane Reaktionen Gefühle wie Schock, Übelkeit, Nicht-Fassen-Können, Auflehnung und Verwirrung erinnert werden [9, 12]. In dieser existentiellen Verunsicherung gibt lediglich eine für den Therapeuten und den Patienten transparente und grundsätzlich besprechbare Beziehungsgestaltung Halt und Sicherheit. Hieraus folgt [3, 4] für das Therapeutenverhalten, dass dieser die Aufgabe hat, eine sichere Arbeitsbeziehung herzustellen, in der der Therapeut als sichere Basis dient, von der aus Probleme und Schwierigkeiten exploriert werden können. Der Therapeut

ermutigt den Patienten, seine Erwartungen und Vorurteile gegenüber seinen gegenwärtigen Bezugspersonen zu betrachten sowie auch seine Erwartungen und Vorurteile gegenüber seiner Erkrankung als Teil seines Selbsts in Augenschein zu nehmen. Hiermit besteht die Möglichkeit, Fehlwahrnehmungen und Missverständnisse auf dem Hintergrund der Bindungserfahrungen aus der Kindheit und Entwicklungszeit zu überprüfen und Veränderungen einzuleiten.

5.2. Edukative Ansätze

Die Tatsache der existentiellen Verunsicherung durch das Erkrankungsgeschehen sowie nicht zuletzt auch die individuell nicht einschätzbare Prognose der Wirksamkeit der therapeutischen Ansätze führen zu einem Verlust von sicherheitsgebenden Strukturen sowie zu einem Zusammenbruch der inneren Kontrollüberzeugungen. Es ist anzunehmen, dass hierdurch das Aufsuchen wissenschaftlich als nicht wirksam erwiesener Behandlungsansätze wesentlich gefördert wird, ebenso wie das Vermeiden stabiler Behandlungsbeziehungen. Die Bedeutung interner Kontrollüberzeugungen konnte dabei als wesentliches Wirkmoment zum Beispiel beim Umgang mit chronischen Rückenschmerzen [5, 15] nachgewiesen werden. Zur Verbesserung des Umgangs mit der Erkrankung sind daher strukturierende Maßnahmen wie das Informieren und Aufklären des Patienten über das Erkrankungsbild, dessen Verlauf und dessen Behandlungsmöglichkeiten unter Hinzuziehung wissenschaftlich gesicherter Behandlungsstudien erforderlich. Nur so ist es möglich, sich in Wahrung von Eigenständigkeit und Eigenverantwortung für entsprechende therapeutische Maßnahmen wie aber auch eine Verhaltensmodifikation zu entscheiden und damit erneut die innere Überzeugung von Kontrolle den eigenen Erkrankungsprozess betreffend zu gewinnen.

6. Behandlungskonzept der manualisierten psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie bei MS-Patienten

Zentrale Idee des Behandlungskonzeptes ist die Notwendigkeit zur Differenzierung der mit dem Auftreten dieser Erkrankung verbundenen Affekte und Reaktionen, so dass letztlich eine Akzeptanz der Erkrankung als zum eigenen Selbst gehörig möglich ist. Hierbei helfen Aspekte des Modelllerns im Rahmen der Gruppe mit der Möglichkeit, sozial adäquate Formen des Umgangs mit der Erkrankung zu entwickeln, Befürchtungen und Ängste angemessen zu verwörtern und mitzuteilen und sich auch mit den Reaktionen der Umwelt auseinanderzusetzen. Es besteht innerhalb des Gruppensettings die Möglichkeit, über die Entwicklung von Kohäsion im Sinne eines Zusammengehörigkeitsgefühls und der Entstehung einer basalen Vertrautheit eigene Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten zu finden, aufzuspüren und zu realisieren und die hiermit verbundenen Wünsche, Hoffnungen zu verfolgen und soweit möglich

zu realisieren. Ziel ist es, über die Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen des eigenen Lebens und Krankseins die Fähigkeit zu entwickeln, Abhängigkeiten einzugehen, Eigenständigkeit zu bewahren und ein selbstbestimmtes Leben zu führen, in dem der eigene Wert nicht durch die krankheitsbedingten Einbußen geschmälert wird. Die Aufmerksamkeit wird dabei auch auf den kommunikativen Aspekt der Erkrankung gerichtet, seine intra- und interpersonelle Bedeutung und Funktion soll erschlossen werden, so dass die Fähigkeit zum in Kontakt treten und Kommunizieren mit dem Körper oder auch der Erkrankung sich entwickelt. So könnte im Idealfall die Erkrankung ein wohlwollender Partner werden, mit dem eine gewisse Kohärenz entsteht, die einen Genesungsprozess im Sinne des Saluto-Genese-Konzeptes [1] erlaubt.

Zu Beginn der Behandlung ist dabei den Patienten ausreichend Raum zu geben, ihre Beschwerden, Beeinträchtigungen und Erfahrungen zu schildern. Hierüber gelingt es, den Austausch in der Gruppe einzuleiten, Vertrauen zum Behandler wie auch zu den Gruppenmitgliedern zu finden. Ziel ist es, sich verstanden und ernst genommen zu fühlen, denn nur auf dieser Basis ist die Äußerung der hiermit verbundenen Affekte, Befürchtungen sowie der eigenen Krankheitshypothesen möglich.

Ausdruck des Behandlungserfolges ist die Fähigkeit zum angemessenen Umgang mit den eigenen körperlichen Leistungsgrenzen, die Wahrnehmung der körperbezogenen Mitteilungen als Hilfsangebot und nicht so sehr als drohendes Krankheitssignal sowie die Fähigkeit zur angemessenen realitätsbezogenen Kommunikation mit der Umwelt über die eigene Erkrankung.

6.1. Behandlungsablauf

- a. Diagnostische Vorphase
- b. Informations- und Motivationsphase mit Aufbau eines Behandlungsbündnisses
- c. Behandlungsphase mit Fokussierung auf die wesentlichen Beziehungs- wie innerpsychischen Konflikte, die durch die Erkrankung aktualisiert werden
- d. Transfer- und Abschlussphase

Die **diagnostische Vorphase** umfasst zwei Einzelgespräche, wobei zu dem zweiten Gespräch gegebenenfalls auch der Partner hinzugezogen werden kann.

Im Erstgespräch gilt es, im Hinblick auf ein inneres Krankheitsmodell des Patienten wesentliche Daten zur Familienanamnese, zu Kindheitsbelastungsfaktoren wie protektiven Faktoren, zum Interaktionsverhalten wie zur Biographie zu erhalten. Von Bedeutung sind hier auch die Erfassung eines zeitlichen Zusammenhangs zwischen dem Auftreten der klinischen Symptomatik und kritischen Lebensereignissen. Von Interesse sind hier die Bewältigungsmöglichkeiten und die Ressourcen des Patienten, die auch im Umgang mit der jetzigen Erkrankung nutzbar sein können.

Schon am Ende des Erstgespräches sollte eine erste Information über Inhalte, Rahmenbedingungen und Verlauf der Gruppentherapie erfolgen.

Am Ende des zweiten Gespräches erhält der Patient ein Informationsblatt über Grundprinzipien der Behandlung.

Die **Informations- und Motivationsphase** umfasst ca. 5–6 Gruppensitzungen. Es wird hier das Schwergewicht auf die Informationsvermittlung zum Krankheitsbild, auf die Förderung der Körperwahrnehmung sowie ein Kennenlernen der Gruppenmitglieder gelegt.

In der **Behandlungsphase** ist das Therapeutenverhalten zurückhaltender, es besteht mehr die Aufgabe für die Probanden, eigene innere Stimmungen wahrzunehmen, diese zuzulassen und in den Gruppenkontext einzubringen. Hierüber sind ein erweitertes und vertieftes Verstehen und auch ein differenzierterer Zugang des Patienten zu sich selbst möglich. Die hier erreichbaren Entwicklungsprozesse ergeben sich durch das Erleben der Beziehungen innerhalb der Gruppe und die hiermit verbundenen Interaktionen. Durch die gleichzeitige Bezugnahme zur biographischen Entwicklung und den Bezug zu den Primärobjecten sowie die Einbeziehung der aktuellen Partnerbeziehungen wird es möglich, eigene Verhaltensformen zu hinterfragen, zu verstehen und es kann der Wunsch entwickelt werden, neue Verhaltensformen auszuprobieren und umzusetzen, vor allem solche, die dem jetzigen Lebens- und Krankheitsgeschehen angemessener sind.

Es besteht darüber hinaus die Möglichkeit einer sinngebenden Wertung der eigenen Erkrankung im biographischen Kontext mit der Möglichkeit, nicht nur die Einschränkungen und Nachteile gelassener anzunehmen, sondern auch mögliche Chancen für die weitere persönliche wie partnerschaftliche Lebensentwicklung zu nutzen.

Die psychodynamisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie hat als zentrales Anliegen das emotionale Erleben und Wiedererleben früher Beziehungserfahrungen im Hier und Jetzt der Gruppe. Sie ermöglicht soziale Interaktion und interpersonelle Lernvorgänge. Im Unterschied zu analytisch orientierten Gruppentherapieverfahren ist das Therapeutenverhalten jedoch aktiver, es gilt Gruppengeschehnisse für den einzelnen transparent zu machen und die hiermit verbundenen Affekte zu klarifizieren. Es ist wichtig, dem einzelnen Probanden das Gefühl zu geben, gesehen und wahrgenommen zu werden. Der Gruppenleiter sollte besondere Stärken und Fähigkeiten der einzelnen Gruppenmitglieder aktiv ansprechen und hieraus resultierende Möglichkeiten im Sinne des Behandlungsfokus verdeutlichen. Insbesondere wenn innerhalb der Gruppe neue Beziehungs- und Verhaltensmuster durch einen Patienten entwickelt wurden, kann es sinnvoll sein, ihn aufzufordern, diese aktiv im Sinne von Hausaufgaben in das Alltagsleben zu transferieren und in einer der nächsten Gruppensitzungen hierüber zu berichten.

Mit der Bearbeitung der oben genannten wesentlichen Therapieziele und Themen kann es gelingen, das

menschliche Grundbedürfnis nach Kontrolle über den Geschehensablauf zu fördern, indem ich wieder Beziehung zu meinem Körper herstelle und mit ihm in Zwiesprache treten kann. Durch die Entwicklung internaler Kontrollüberzeugungen kann sich das psychische und physische Wohlbefinden steigern, was dann auch die Mitarbeitsfähigkeit im Rahmen der somatischen Behandlung fördert.

Der Übergang von der Arbeits- in die **Transfer- und Abschlussphase** ist fließend. Wesentliche Hilfsmittel sind hier die oben geschilderten Hausaufgaben sowie die Aufforderung, neue Verhaltensmuster zu erproben und die in der Gruppe entwickelten Vorstellungen im realen Lebensumfeld umzusetzen. Damit treten in der Transferphase die Realitäten und die existenziellen Fragestellungen außerhalb der Gruppe in Familie, Arbeitsplatz und Freizeit verstärkt in den Vordergrund. Es gilt hier Eigenverantwortung zu übernehmen, nicht nur für die eigenen Handlungsmöglichkeiten, sondern auch für die medizinische Betreuung, indem der Patient lernt, zunehmend dem betreuenden Arzt Partner zu sein. Es gilt Hoffnung und Zuversicht aufzubauen sowie eine Förderung des Selbstexpertentums. Desweiteren gilt es in der Transferphase die anstehende Auflösung der Gruppe zu bearbeiten und aktiv einen Verabschiedungsprozess einzuleiten. Es gilt zu überprüfen, inwieweit die zu Beginn der Gruppenbehandlung gesteckten und

formulierten Therapieziele umgesetzt werden konnten bzw. was daran gehindert hat, diese Ziele zu realisieren. Es ist möglich, innerhalb dieser Gruppenphase auch neue Ziele zu formulieren, die in der Folgezeit in Eigen- und Selbstverantwortung realisiert werden sollen.

Das Behandlungsende stellt für viele Patienten eine besondere Belastung dar, welche frühere Trennungs- und Verlusterfahrungen aktualisiert und erneut ins Bewusstsein hebt. Die hiermit verbundenen und früher erfahrenen Verlust- und Trennungsängste werden jetzt jedoch modifiziert durch die eingeleitete Entwicklung und die Möglichkeit neuer Lösungswege. Hierhin gehört auch die Möglichkeit, einer Selbsthilfegruppe beizutreten.

7. Empirische Erfahrungen der Konzeptimplementation

7.1. Methodisches Vorgehen

Seit dem Jahre 2002 wurden nun insgesamt 5 ambulante Therapiedurchgänge durchgeführt, wobei ein letzter aktuell läuft. Im Rahmen des dargestellten Therapiekonzeptes wurde eine kohortenbezogene (N=12) pre/post-Evaluation der 2. Gruppe durchgeführt. Ziel der Untersuchung war die Bestimmung der therapeutischen Einflussnahme innerhalb der Behandlungsphase auf patientenbezogene Endpunkte der Lebensqualität, des psychologischen und somatischen Beschwerdegrades. Zwischen den Erhebungszeitpunkten zu Beginn und zum Ende der Therapie lagen 11 Monate. Für die Erhebung wurden unterschiedliche standardisierte und in

der klinischen Praxis getestete Fragebögen eingesetzt (WHO Quality of Life - Kurzversion, Brief Symptom Inventory [BSI], Beck-Depressions-Inventar [BDI] und Beschwerdeliste [B-L]).

Besonderes Augenmerk lag auf der Erfassung der Lebensqualität der Patienten. Grundlage war hierbei die Definition von Lebensqualität als die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems sowie in Bezug auf persönliche Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen. Für Anwendungsbereiche, in denen die Erfassung der Lebensqualität nur eine von mehreren Zieldimensionen bildet (wie in unserem Fall), eignet sich die aus 26 Items bestehende gewählte Kurzversion WHOQOL-BREF.

Ferner wurden soziodemografische Variablen, Zeitpunkt der Diagnostik und erster Symptomatik, mögliche Änderungen in der Standardtherapie sowie Änderungen in der Lebens- oder Arbeitssituation gesondert erhoben. Nach Abschluss der Therapie wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ebenfalls gebeten eine Einschätzung des Therapieverfahrens zu folgenden Aspekten vorzunehmen: a) Die Behandlung hat mir geholfen; b) Ich gehe selbstbewusster mit der MS um; c) Meine Stimmung ist stabiler; d) Ich bin zuversichtlicher mit der MS zu leben.

7.2. Gruppenzusammensetzung

Insgesamt wurde die Gruppenbehandlung mit 12 Teilnehmern im Alter zwischen 34 und 49 Jahren gestartet, zwei Teilnehmer/innen beendeten ihre Teilnahme nach der 2. und 4. Sitzung in der Informations- und Motivationsphase. Eine der Teilnehmerinnen war dabei als Lehrerin Teilzeit beschäftigt und hatte drei Kinder zu versorgen und erklärte, dass sie den Zeitpunkt der Gruppenbehandlung nicht in ihren Tagesablauf integrieren könne. Die andere Teilnehmerin verließ die Gruppe ohne Angabe von Gründen und meldete sich nach 2 maligem Anschreiben nicht erneut. Eine 3. Teilnehmerin nahm an der Gruppe bis zur 23 Gruppensitzung teil und zog sich nach einem Konflikt mit einer anderen Teilnehmerin aus der Gruppe zurück und lehnte die Bearbeitung der Fragebögen zum Abschluss der Gruppentherapie ab, so dass insgesamt von 9 Teilnehmern entsprechende Untersuchungsergebnisse vorliegen.

7.3. Auffälligkeiten im Behandlungsverlaufe

Insgesamt bestanden während des Zeitraumes der Gruppenteilnahme erhebliche gesundheitliche wie allgemein soziale Belastungssituationen. Zwei Teilnehmerinnen wurden ambulant/stationär mit einer oralen Cortisontherapie und mit einer hoch dosierten Infusionstherapie behandelt. Eine Teilnehmerin mit einer sekundär chronisch progredienten Verlaufsform zeigte im Verlaufe des Jahres 2002 eine deutliche Verschlechterung mit Zunahme des Expanded Disability Status Scale (EDSS) von 5,5 auf 6,5,

weshalb eine stationäre Behandlung mit hoch dosierter Cortison-Infusionstherapie durchgeführt wurde, ohne jedoch an dem Fortschreiten der Leistungseinbußen eine Änderung zu bewirken.

Der Gruppenteilnehmer mit einer primär chronisch progredienten Verlaufsform wurde ebenfalls stationär mit einer hoch dosierten Cortison-Infusionstherapie behandelt, wodurch es zu einer Rückbildung der eingetretenen Verschlechterung und Stabilisierung des Zustandes mit einem EDSS von 5 gekommen ist. Eine Patientin wurde jeweils kurzfristig stationär im Rahmen der Endoxanthherapie betreut.

Im sozialen Bereich ergaben sich Veränderungen dahingehend, dass eine Teilnehmerin ihre Umschulung antrat, eine andere ihren Arbeitsplatz verlor und ein Teilnehmer seine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgab und wegen Berufsunfähigkeit berentet wurde. Eine Patientin erkrankte erstmals an einer akuten paranoiden Psychose und musste stationär psychiatrisch betreut werden. Eine weitere Teilnehmerin vollzog die Trennung in ihrer Partnerschaft.

Die Informations- und Motivationsphase war durch einen intensiven Austausch der Gruppenteilnehmer über die subjektiv erfahrenen Symptome und die hiermit verbundenen Ängste und Befürchtungen, vor allem aber auch durch die Frage nach den hiermit verbundenen Rückschlüssen und Konsequenzen gekennzeichnet.

Es galt durch die Gruppenleiter in erheblichen Maße Informationen in die Behandlungssituation einzubringen, insbesondere mit dem Ziel der Verbesserung der Körperwahrnehmung, der angstfreieren Beobachtung des Körpers und der Entwicklung von mehr Kompetenz im Umgang mit den gemachten Beobachtungen. So galt es für mehrere Gruppenteilnehmer zu lernen, wann auftretende Symptome im Sinne eines Schubs zu interpretieren sind und zwingend Kontaktaufnahme zum behandelnden Nervenarzt erforderlich machen. Des Weiteren wurden Informationen über den Erkrankungsverlauf, über notwendige Therapiemaßnahmen und die Bedeutung der immunmodulatorischen Behandlung vermittelt. Breiten Raum nahm die Diskussion um alternative Therapiemethoden ein, welche auf dem Hintergrund unerfüllter Heilserwartungen von einigen Gruppenmitgliedern noch immer aufgesucht wurden. Es galt in dieser Phase auch Vertrauen innerhalb der Gruppensituation zu entwickeln als Voraussetzung zum Wechsel in die eigentliche Behandlungsphase, in welcher dann mehr und mehr Aspekte der persönlichen Lebenssituation zum Thema wurden mit hieraus resultierenden spezifischen Belastungssituationen, welche die Gruppenteilnehmer zunehmend in Beziehung zu ihren fluktuierenden Beschwerden setzten. Hier wurden dann verschiedene Therapieaspekte, wie die Verbesserung der Kommunikation mit der Umwelt (Familie, Partnerschaft, Freunde, Beruf), Anmelden eigener Bedürfnisse und Wünsche, Vertreten eigener

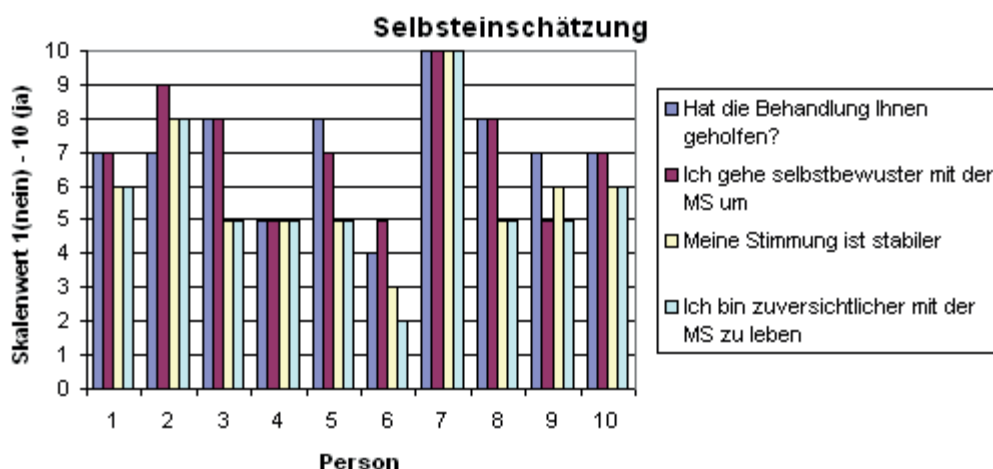


Abbildung 1. Selbsteinschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Grenzen in konkreten Beispielen thematisiert. Teilweise galt es aktuelle Umwälzungssituationen zu bewältigen, wie Trennungssituationen, Arbeitsplatzverlust. Teilweise galt es neue Verhaltensmuster zu definieren und diese auch in der Realität umzusetzen mit nachfolgendem Bericht in der Gruppe hierüber.

Letzteres geschah vor allem in der Transfer- und Abschlussphase. Zwei der Gruppenteilnehmerinnen wurde empfohlen, eine längerfristige ambulante Psychotherapie durchzuführen, wegen hier bestehender MS-unabhängiger neurotisch bedingter Beziehungsstörungen insbesondere im Sinne einer Autonomie-Abhängigkeitsproblematik. Beide Behandlungen wurden noch während der Gruppentherapie aufgenommen. Während zu Beginn der Gruppentherapie nur ein Gruppenteilnehmer schon langjähriges Mitglied einer Selbsthilfegruppe war, gaben zum Ende der Behandlung mehrere Gruppenmitglieder an, sich den Anschluss an eine Selbsthilfegruppe vorstellen zu können, oder sie äußerten den Wunsch sich aktiv um die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe für frisch erkrankte, jüngere Patienten zu bemühen. Von großer Bedeutung war das Miterleben der Verschlechterung der Funktionseinbußen bei einer Teilnehmerin, welche zu Beginn der Gruppenbehandlung noch mit Unterarmgestütze zu den Gruppensitzungen kam, während sie im Verlauf auf die Benutzung eines Rollstuhles für längere Wegstrecken angewiesen war. Das Miterleben dieser fundamentalen Veränderung und das Verbalisieren der hiermit verbundenen Ängste und Befürchtungen stellte letztlich eine große Bereicherung dar, indem einerseits die Angst bei den nicht beeinträchtigten Gruppenteilnehmern deutlich reduziert wurde und andererseits die körperlich beeinträchtigte Gruppenteilnehmerin, welche zu Beginn Befürchtungen bzgl. einer übermäßigen Belastung der frisch erkrankten Gruppenteilnehmer geäußert hatte, ein hohes Maß an Wertschätzung und Anerkennung für die Bewältigung des neuen Erkrankungsabschnittes bekam. Eindrucksvoll war während der Gruppenbehandlung die Entwicklung eines Stolzes bzgl.

der eigenen Leistung im Umgang mit der Erkrankung. Es entstand der Eindruck, etwas Besonderes zu tun, sich insbesondere mit Lebensfragen auseinander zu setzen, in einer Lebensphase in der dies andere Menschen eher vermeiden. Bei vielen Gruppenteilnehmern entstand das Gefühl, gereift zu sein und belastbarer geworden zu sein bzgl. unvorhersehbarer Anforderungen des Lebens, womit sich insbesondere die interne Kontrollüberzeugung verbesserte, als auch die Zuversicht gemeinsam mit anderen den Lebensweg zu bestehen. Dieser Aspekt drückt sich letztlich auch in den Selbsteinschätzungen am Ende der Gruppentherapie aus.

7.4. Skizzierung der quantitativen Ergebnisse

Auf Gruppenebene zeigten sich - trotz zum Teil deutlicher individueller Belastungen der Gruppenteilnehmer - stabile Werte bei den eingesetzten Fragebogenverfahren im Behandlungsverlauf. Dies betrifft sowohl den BDI als auch den WHOQOL, während sich im BSI eine geringfügige Verbesserung zeigt. Im Bereich der Selbsteinschätzung (vgl. Abbildung 1) zeigt sich eine überwiegend positive Bewertung bezüglich der Fragen 1 und 2 (Hat die Behandlung Ihnen geholfen? / Ich gehe selbstbewusster mit der MS um), während die Fragen 3 und 4 (Meine Stimmung mit stabiler / Ich bin zuversichtlicher mit der MS zu leben) mit einem Mittelwert beantwortet werden.

In Übereinstimmung mit dieser positiven Selbsteinschätzung steht die Tatsache, dass 9 von anfänglich 12 Gruppenteilnehmern kontinuierlich am Gruppenprozess teilgenommen haben, einschließlich der Fragebogenuntersuchungen. Lediglich zwei Gruppenteilnehmer haben die Gruppenteilnahme beendet. Damit liegt eine geringe Drop-Out-Rate vor.

Die stabilen Ergebnisse in den Fragebogenverfahren, sind vor allem als beachtlich einzuordnen, da nahezu alle Gruppenmitglieder während der Behandlungszeit mit verschiedenen Belastungsfaktoren – sowohl seitens der Erkrankung also auch der privaten und beruflichen Lebenssituation konfrontiert wurden. Offen bleibt welche

Entwicklung eine nicht psychotherapeutisch behandelte Patientengruppe genommen hätte.

Darüber hinaus ist kritisch anzumerken, dass aus den jetzigen Ergebnissen noch keine erfolgreiche Integration neuer Verhaltensmuster in das Verhaltensrepertoire der einzelnen Gruppenmitglieder abgeleitet werden kann. Vergleichswerte aus anderen gruppen-psychotherapeutischen Behandlungsansätzen können derzeit noch nicht herangezogen werden.

8. Potentiale der psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie bei MS

Die individuellen Behandlungsverläufe und die hierzu referierten Ergebnisse zeigen, dass eine psychotherapeutische Behandlung in den ersten Jahren nach der Diagnosestellung sinnvoll ist, indem sie Hilfen bei der Entwicklung angemessener Coping Strategien gibt. Ergänzend kommt es zu einer Verbesserung der Selbstwahrnehmung mit der Entwicklung verhaltensbezogener Schlussfolgerungen,

welche zu einem ressourcen-schonenderem Umgang mit sich selbst führen. Der Einsatz eines Gruppenverfahrens erscheint hier besonders effektiv als auch kostengünstig im Vergleich zu einer einzels psychotherapeutischen Betreuung. Auch andere Autoren arbeiten in dieser Richtung, wobei insbesondere auf die Publikation von Altmeyer und Tietze (2) sowie von Gözütok et al (8) hinzuweisen ist.

Die hier dargestellten Ergebnisse erlauben keine Aussage darüber, in wieweit die Gruppenteilnehmer dauerhafte und in sich konsistente neue Verhaltensmuster entwickelt haben und ob diese langfristig zu einer Beschwerdereduktion sowie Verbesserung der Lebensqualität als auch Behandlungsverlaufes führen.

Die gemachten Erfahrungen im Rahmen der ambulanten Gruppe bestätigen sich auch im Bereich des stationären Einsatzes des hier skizzierten Verfahrens auch dann, wenn hier einige Modifikationen erforderlich sind und nicht in einer geschlossenen Gruppe gearbeitet werden kann.

Literatur / Piśmiennictwo

- Antonovsky A. *Unrevealing the mystery of health*. San Francisco: Jossey Bass 1987.
- Altmeyer S, Tietze U. *Strukturierte Gruppentherapie bei PatientInnen mit Multiplen Sklerose*. Forum Psychosomatik - Zeitschrift für Psychosomatische MS-Forschung 2002;11:6-19.
- Bowlby J. *Developmental psychiatry comes of age*. American journal of psychiatry 1988;145(1):1-10.
- Bowlby J. *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung: Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter 1995.
- Budde H. *Die Wiesbadener Rückenschule*. Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften Bd./Vol. 491/1994.
- Friedrich H, Belant H, Denecke P, Ziegeler G. *Mit einer chronischen Krankheit leben*. Med Klin 1981;76:574-581.
- Görres HJ, Ziegeler G, Friedrich H, Lücke G. *Krankheit und Bedrohung. Formen psychosozialer Bewältigung der Multiplen Sklerose*. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 1988;34:274-290.
- Gözütok M, Kosfelder J, Langenmayer A. *Differenzielle Indikation zur Gruppenpsychotherapie bei Multiplen-Sklerose-Kranken*. Zeitschrift für Individualpsychologie 2002; 27:217-227.
- Gromann E, Rudd A, Ebers GC. *Giving the diagnosis of Multiple Sclerosis*. Thieme-Stratton 1984;216-222.
- Heigl-Evers A, Heigl A. *Das Göttinger Modell der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen unter besonderer Berücksichtigung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode*. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 1994, 30: 1-29
- Heigl-Evers A, Ott J. (Hrsg.). *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1995.
- Hirschmann J, Zimmermann CW. *Multiple Sklerose - Eröffnung der Diagnose. Stellungnahmen Betroffener: Wann?* Wie?, *Überhaupt?* Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1987;55:279-288.
- Klauer T, Zettl UK, Schneider W. *Krankheitsbewältigung bei Multipler Sklerose. Konzepte, Befunde und Ansatzpunkte psychologischer Intervention*. Psychotherapeut 2004;6(49): 397-406.
- Lassmann H. *Multiple Sclerosis and Autoimmune Encephalomyelitis*. In: Lathja A. (Hrsg.). *Handbook of Neurochemistry and Molecular Neurobiology*. Springer: Berlin 2007;373-404.
- Nickel R, Egle UT. *Therapie somatoformer Schmerzstörungen - Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie*. Schattauer: Stuttgart 1999.
- Strenge H. *Multiple Sklerose* in: Ahrens S, Hasenbring M, Schultz-Venrath U, Strenge H. *Psychosomatik in der Neurologie*. Schattauer: Stuttgart 1995.

Adres do korespondencji / Mailing address:

Dr. med. Ulrich Dockweiler
(corresponding author):
Ltd. Arzt der neurologischen Abteilung
MEDIAN Klinik Flachsheide
Forsthausweg 1, 32105 Bad Salzungen
e-mail: ulrich.dockweiler@median-kliniken.de

Johann Christoph Dockweiler, M.Sc.
University of Bielefeld, School of Public Health
P.O. Box: 10 01 31, 33501 Bielefeld
e-mail: christoph.dockweiler@uni-bielefeld.de