



Leseprobe aus: Zorn, Roder, Schemazentrierte emotiv-behaviorale Therapie, ISBN 978-3-621-27708-2

© 2011 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27708-2>

7 Durchführung der SET in der Praxis

7.1 Therapievoraussetzungen

7.1.1 Allgemeine und differentielle Indikationskriterien

Die SET stellt ein störungsspezifisches Gruppentherapieverfahren mit einer klärungsorientiert ausgerichteten didaktischen Vorgehensweise und einer vorrangig schemazentrierten therapeutischen Methodik dar. Insofern setzt eine Gruppenteilnahme die Erfüllung darauf abgestimmter Indikationskriterien voraus. Prinzipiell sind SET-Gruppen für Patienten geeignet, die als Haupt- oder Nebendiagnose eine (oder mehrere) Persönlichkeitsstörung(en) aus den Clustern A, B oder C (DSM-IV-TR) aufweisen. Komorbide akute symptomatische Störungen (Achse I, DSM-IV-TR) stellen keine prinzipielle Kontraindikation dar, sofern deren Ausprägungsgrad nicht so gravierend ist, dass unter therapeutischen Gesichtspunkten eine vorrangige symptomzentrierte Behandlung erforderlich wird. Zur Validierung klinischer (Persönlichkeitsstörungs-)Diagnosen empfiehlt sich der Einsatz der in Abschnitt 1.3 beschriebenen Erhebungsinstrumente. Aus den dort genannten Gründen sind dabei die kombinierten gegenüber den Fragebogenverfahren vorzuziehen. Gleichmaßen können die entsprechenden Angaben auch zur Auswahl von Instrumenten für eine begleitende Therapieverlaufskontrolle herangezogen werden. Falls testdiagnostisch keine Persönlichkeitsstörung, sondern beispielsweise nur ein akzentuierter Stil angezeigt wird, kann eine Gruppenteilnahme dennoch in Erwägung gezogen werden. Dies ist vor allem dann sinnvoll, wenn eine vertiefende Auseinandersetzung mit persönlichkeitsbedingten Schwierigkeiten im Hinblick auf den Gesamtbehandlungsplan angemessen erscheint.

Der Einsatz testdiagnostischer Verfahren kann darüber hinaus entscheidende Hinweise über die Ich-Syntonie der Störung liefern, die ein differentielles Indikationskriterium darstellt. Wird im Antwortverhalten ersichtlich, dass der Betreffende nur in sehr geringem Maße in der Lage ist, sich reflektierend mit seiner persönlichkeitspezifischen Problematik auseinanderzusetzen, ist von einer Gruppenteilnahme – unabhängig vom Vorliegen einer (Persönlichkeitsstörungs-)Diagnose – eher abzuraten. In diesem Fall können die bearbeiteten Inhalte stark konfrontativ wirken, sodass sich erfahrungsgemäß meist keine langfristig tragfähige Behandlungsmotivation aufbauen lässt. Neben dem Ausmaß der Ich-Syntonie muss zur differentiellen Indikationsentscheidung auch das strukturelle Niveau der Patienten berücksichtigt werden. Falls dieses deutlich instabil erscheint, kann die Gruppenteilnahme eine zu große Belastung darstellen und damit kontraindiziert sein. Dies betrifft vor allem Patienten, die unter emotionalem Stress zur Regression bzw. zur psychischen Fragmentierung neigen und somit beispielsweise mit psychosenahen oder kurzfristigen psychotischen Symptomen

reagieren. Daneben sind auch Patienten mit einer erheblichen emotionalen Regulationschwäche und/oder starken dissoziativen Erlebens- bzw. selbstgefährdenden Verhaltensweisen davon betroffen. In diagnostischer Hinsicht treffen solche strukturellen Einschränkungen häufig auf Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu, bei denen darüber hinaus die nachfolgend beschriebenen störungsspezifischen Indikationskriterien zu berücksichtigen sind. Zur Beurteilung des strukturellen Niveaus sollte im Zweifelsfall auch auf fremdanamnestic Angaben zurückgegriffen werden.

7.1.2 Störungsspezifische Indikationskriterien

Über die allgemeinen bzw. differentiellen Indikationskriterien hinaus sind in Abhängigkeit vom Störungsbild weitere Voraussetzungen zu beachten, die die Patienten für eine erfolgreiche Therapie erfüllen sollten.

Paranoide Persönlichkeitsstörung. Bei Teilnehmern mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung wirkt die Thematisierung ihres Denksystems häufig außerordentlich konfrontativ und führt damit zu massiven Verteidigungsreaktionen. Dadurch kann in der Gruppe ein erhebliches Spannungs- und Konfliktpotential entstehen, das die inhaltsbezogene Arbeit deutlich erschwert. Zur Beurteilung der Indikation müssen deshalb die prinzipielle Konfliktfähigkeit wie auch das Ausmaß der Ich-Syntonie der paranoiden Denkinhalte geklärt werden. Ist erstere schwach ausgeprägt, letztere dagegen stark, kann eine Gruppenteilnahme nicht empfohlen werden.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung. Das Problem der Ich-Syntonie betrifft vor allem auch Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Sie kommt bei dieser Patientengruppe in der Regel durch eine extreme Kränkbarkeit zum Ausdruck, die häufig dazu führt, dass beispielsweise auf ein zu gering empfundenes Maß an Beachtung oder auf Konfrontationen mit massiven Entwertungen, Angriffen oder mit einer Infragestellung der therapeutischen Beziehung reagiert wird. Eine Indikation zur Gruppenteilnahme ist somit nur gegeben, sofern der Betroffene in Kränkungssituationen in der Lage ist, zumindest ansatzweise eine reflektierende Distanz zu wahren und resultierende Konflikte konstruktiv zu lösen.

Histrionische Persönlichkeitsstörung. Auch Patienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung sind häufig nur eingeschränkt dazu fähig, sich reflektierend mit ihrer aktuellen Situation auseinanderzusetzen. Ausschlaggebend dafür ist die meist sehr starke emotionale Ansprechbarkeit, die in Aktivierungssituationen die Möglichkeit zu vernunftgeleitetem Handeln einschränken und zu emotionalen Überreaktionen führen kann. Auch histrionische Patienten sollten deshalb nur dann an der Gruppe teilnehmen, wenn sie sich von ihrem emotionalen Erleben zumindest ansatzweise distanzieren und sich reflektierend mit ihrem Erleben und ihren Motiven auseinandersetzen können.

Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine besonders sorgfältige störungsspezifische Indikationsstellung wird schließlich bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erforderlich. Die Hauptschwierigkeiten, die einer Gruppenteilnahme häufig

im Wege stehen, stellen zum einen die emotionale Dysregulation, zum anderen die traumaassoziierten symptomatischen Beeinträchtigungen dar. Darüber hinaus treten häufig auch selbstdestruktive oder fremdaggressive Verhaltensweisen sowie die störungstypische »Selbstbehinderung« auf, aufgrund derer erlebte Erfolge (wie beispielsweise therapeutische Fortschritte) selbst wieder zunichtegemacht werden müssen. Da die bearbeiteten Inhalte in der Gruppe jedoch erhebliche emotionale Aktivierungen nach sich ziehen können und dadurch möglicherweise auch traumatisch erlebte Situationen angesprochen werden, erscheint eine Teilnahme nur dann ratsam, wenn die Betroffenen ihre Emotionen aktiv und funktional zu bewältigen in der Lage sind. Gegebenenfalls sollten vor der Teilnahme an einer SET-Gruppe entsprechende Therapiemaßnahmen wie beispielsweise ein Skillstraining im Rahmen einer DBT vorab eingeleitet bzw. erfolgreich absolviert werden. Daneben muss gewährleistet sein, dass die Selbst- bzw. Fremddestruktivität in ihrem Ausmaß beschränkt bleiben, die soziale Akzeptanz nicht grundlegend in Frage gestellt wird und mögliche therapeutische Erfolge (mit entsprechender Unterstützung) auch zugelassen werden können. Des Weiteren gilt es, bei Borderline-Patienten die häufig deutlich eingeschränkte Absprachefähigkeit sowie die oft chronische Suizidalität zu bedenken.

Kann ein Borderline-Patient den äußeren Rahmen einer Therapiegruppe vermutlich nicht einhalten – Hinweise dafür stellen beispielsweise die Neigung zum vorzeitigen Abbruch von Therapiestunden oder ein häufiges Nichterscheinen im Rahmen des vereinbarten Settings ohne Abmeldung dar – ist von einer Gruppenteilnahme dringend abzuraten. Dasselbe gilt umso mehr, wenn er darüber hinaus zu suizidalem Agieren neigt. Beispielhaft dafür ist das unabgemeldete Verlassen des Therapiebereichs nach vorheriger Äußerung von Suizidabsichten bei Mitpatienten oder therapeutisch nicht zuständigen Mitarbeitern. In einer Gruppe führen solche Verhaltensweisen bei allen Teilnehmern erfahrungsgemäß zu einer maximalen Belastung. Wiederholen sich derartige Vorfälle, bricht die Gruppe in der Regel schnell auseinander.

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Bei Cluster-C-Patienten sind ebenfalls verschiedene störungsspezifische Indikationskriterien zu beachten. Bei Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung kann die Neigung zu extremer Rigidität bzw. zur starren Durchsetzung der eigenen Normen so ausgeprägt sein, dass dadurch die allgemeinen sozialen Fertigkeiten, die für die sozial erfolgreiche Bewältigung der Gruppensituation nötig sind, nicht mehr im erforderlichen Maße zur Verfügung stehen. Ebenso kann die Gruppenteilnahme durch den oft sehr geringen Zugang zu den eigenen Emotionen und Motiven erschwert werden. Beide Einschränkungen treten vor allem bei einer hohen Ich-Syntonie der Störung auf. Entsprechend erscheint eine Gruppenteilnahme nur dann empfehlenswert, wenn die interaktiven Konsequenzen der Störung vom Betroffenen gesteuert werden können und die eigenen Emotionen und Motive zumindest ansatzweise zugänglich sind.

Vermeidend-selbstunsichere und dependente Persönlichkeitsstörung. Bei Patienten mit vermeidend-selbstunsicherer und dependenter Persönlichkeitsstörung

stehen dagegen häufig störungsbedingte Compliance-Probleme einer Gruppenteilnahme entgegen. Bei vermeidend-selbstunsicheren Teilnehmern werden durch die Gruppensituation zum Teil erhebliche soziale Ängste aktiviert und diese dann entsprechend zu vermeiden versucht. Gleichzeitig meiden sie aber auch die Auseinandersetzung mit dem Therapeuten, indem sie die entsprechenden Schwierigkeiten nicht artikulieren. In der Gruppensituation kann daraus ein sehr passives Verhalten resultieren, das durch zunehmende Fehlzeiten bis hin zum Therapieabbruch gekennzeichnet ist. Compliance-Probleme sind schließlich auch bei Patienten mit dependenter Persönlichkeitsstörung häufig zu beobachten. Obwohl sie einer Gruppenteilnahme zunächst zwar meist bedingungslos zustimmen, reagieren sie häufig sehr ängstlich und wegen der oft hohen Ich-Syntonie ihrer Störung non-compliant, sobald ihre eigene Kernthematik in der Gruppe bearbeitet wird. Störungsbedingt drückt sich dies jedoch meist indirekt, also beispielsweise über eine Exazerbation einer bestehenden Achse-I-Symptomatik aus. Bei beiden Störungsbildern erscheint eine Gruppenteilnahme also nur dann erfolgversprechend, wenn eine ausreichende Behandlungscompliance vorausgesetzt werden kann. Zu deren Förderung sollte deshalb die individuelle Fallkonzeption besonders sorgfältig erstellt und dabei die zu erwartenden Compliance-Probleme angesprochen werden.

Schizoide, schizotypische, antisoziale, passiv-aggressive und depressive Persönlichkeitsstörung. Patienten mit diesen Persönlichkeitsstörungen stellen im Hinblick auf eine Gruppenteilnahme insofern Sonderfälle dar, als dass zu diesen keine eigenen Fallgeschichten vorliegen, sodass deren »Kernthemen« in der Gruppe nicht explizit bearbeitet werden. Der Verzicht auf entsprechende Fallgeschichten ist dadurch begründet, dass vor allem Patienten mit schizoiden, aber auch mit schizotypischen Persönlichkeitsstörungen Gruppensituationen in der Regel aktiv meiden. Nur in vereinzelten Ausnahmefällen kommt es somit zu entsprechenden Anmeldungen. Ebenfalls sehr selten sind in den für die SET vorgesehenen klinischen Einsatzbereichen Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung anzutreffen, da diese in der Regel meist im Rahmen forensischer Einrichtungen behandelt werden. Von Fallgeschichten zur passiv-aggressiven bzw. depressiven Persönlichkeitsstörung schließlich wurde deshalb abgesehen, weil die entsprechenden Konzepte inhaltlich noch umstritten bzw. empirisch nicht gesichert sind (vgl. Abschn. 1.1). Passiv-aggressive Züge der Teilnehmer können zudem gut in die Besprechung der Strategie Opposition – als deren passive Variante – integriert werden.

Trotz des Fehlens entsprechender Fallgeschichten können im Einzelfall auch Patienten mit diesen Diagnosen in die Gruppen aufgenommen werden. Um sie adäquat integrieren zu können, ist es erforderlich, die klärungs- bzw. schemazentrierten Interventionen so auszurichten, dass sich auch diese in den besprochenen Inhalten wiederfinden können (zum Vorgehen: vgl. Abschn. 7.2). Bei den ersten drei genannten Störungsbildern kann darüber hinaus die Gruppensituation zum Einüben allgemeiner sozialer Fertigkeiten genutzt werden. Im Hinblick auf die störungsspezifische Indikation sollte deshalb vor allem auf das entsprechende Fertigkeiten-

Niveau geachtet werden. Patienten mit schizoider und schizotypischer Persönlichkeitsstörung dürfen sich dabei nicht allzu weit vom Gruppendurchschnitt abheben, um nicht in eine Außenseiterrolle und somit in eine zu starke soziale Konfrontation zu geraten. Bei Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung sind dagegen deren Neigung, aggressiv zu agieren, sowie deren Absprachefähigkeit ausschlaggebend für die Indikationsstellung. Trägt ihr Verhalten potentiell fremdgefährdende Züge bzw. sind sie nicht in der Lage, sich den äußeren Rahmenbedingungen der Gruppendurchführung anzupassen, muss von einer Gruppenteilnahme dringend abgeraten werden.

7.1.3 Schematherapeutische Fallkonzeption und Therapieplanung

Die schematherapeutische Therapieplanung und Fallkonzeption erfolgten nach Abschluss der störungsspezifischen Testdiagnostik bzw. nach der Beurteilung der Indikationskriterien. Gemeinsam mit dem Patienten werden dabei in einem »gruppenvorbereitenden Einzelgespräch« zunächst die im Alltag dominanten Affekte geklärt, spezifische Auslösesituationen ermittelt und darauf aufbauend zentrale Kernschemata, Repräsentanzen und vorherrschende Strategien mit deren korrespondierenden Handlungsplänen ermittelt. In besonderem Maße werden dabei biographische Informationen als Hintergrund für die Genese herangezogen. Zur Beurteilung des vorherrschenden Strategietypus können auch interaktionelle Auffälligkeiten in der Gesprächssituation herangezogen werden. Davon abgeleitet erarbeiten Therapeut und Patient individuelle Veränderungsziele für die Gruppenteilnahme. Die Erstellung der Fallkonzeption soll die Patienten für die Inhalte der bevorstehenden Therapie sensibilisieren und eine vorläufige »Leitlinie« vorgeben, an der sich beide orientieren können. Sie ersetzt jedoch keineswegs die klärungsorientierte bzw. schemazentrierte Arbeit in der Gruppe. Entsprechend wird sie als Heuristik vermittelt, die im Rahmen der Gruppentherapie weiter auszudifferenzieren bzw. zu modifizieren ist. Zum Abschluss der Fallkonzeption wird vor dem Hintergrund der erarbeiteten Informationen noch beurteilt, welche interaktionelle »Kernthematik« des Patienten dessen klinisch-interaktionelle Hauptdiagnose umschreibt. Diese muss nicht zwingend mit der Diagnose übereinstimmen, die den höchsten Ausprägungsgrad bei den eingesetzten Erhebungsinstrumenten aufweist. Deutliche Diskrepanzen ergeben sich beispielsweise häufig bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, deren Operationalisierung in den meisten Erhebungsinstrumenten auf sozial wenig erwünschte Attribute trifft, sodass deren valide testdiagnostische Erfassung generellen Schwierigkeiten unterliegt. In der nachfolgenden Tabelle (s. Tab. 7.1) wird das beschriebene Vorgehen nochmals checklistenartig zusammengefasst.

Tabelle 7.1 Vorgehen bei der Gruppenvorbereitung

Schritt	Inhalt
Überprüfung allgemeiner und differentieller Indikationskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Liegt die Haupt- oder Nebendiagnose einer Persönlichkeitsstörung vor? ▶ Validierung der klinischen Diagnose durch testdiagnostische Verfahren ▶ Falls nur akzentuierter Persönlichkeitsstil: Teilnahme im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans sinnvoll? Motivation gegeben? ▶ Behandlung einer symptomatischen Störung vorrangig? ▶ Beurteilung der Ich-Syntonie des Störungserlebens bzw. des strukturellen Niveaus des Patienten
Überprüfung störungsspezifischer Indikationskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sind die störungsspezifischen Indikationskriterien erfüllt?
Erstellung einer schematherapeutischen Fallkonzeption und Therapieplanung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Erstellen einer schematherapeutischen »Leitlinie« (Kernschemata, Repräsentanzen, Strategien, Handlungspläne) ▶ Festlegen vorläufiger individueller Therapieziele ▶ Ermittlung der klinisch-interaktionellen Hauptdiagnose

7.1.4 Rahmenbedingungen der Gruppendurchführung

Die SET wurde ursprünglich als Gruppentherapieverfahren mit mittlerer Durchführungsdauer (20 bis 40 Sitzungen) für die Anwendung im diagnostisch gemischten Gruppensetting (Cluster A, B, C, DSM-IV) entwickelt (vgl. Abschn. 5.1). Da die behandelten Inhalte aufeinander aufbauen und Gruppenprozesse und -interaktionen außerdem unter therapeutischen Gesichtspunkten gezielt genutzt werden (vgl. Abschn. 7.3), erfolgt ihre Durchführung als geschlossene Gruppe. In Ausnahmefällen können einzelne Teilnehmer jedoch noch verspätet eintreten. Von einem Therapiebeginn nach der dritten Gruppenstunde ist jedoch abzuraten, da der Prozess der Gruppenbildung bis dahin erfahrungsgemäß bereits fortgeschritten ist, sodass ein »Neueintritt« eine erhebliche Störung bedeuten kann. Dieselbe zeitliche Limitierung gilt auch im Falle einer »probeweisen« Teilnahme, die vereinbart werden kann, sofern sich keine eindeutige Indikation stellen lässt.

SET-Gruppen werden von einem Haupt- und einem Cotherapeuten geleitet. Um für alle Teilnehmer eine geschlechtsspezifische Referenzperson bieten zu können, sind dabei gemischtgeschlechtliche Therapeutenpaare prinzipiell von Vorteil. Im Falle der Teilnahme von (Borderline-)Patientinnen mit sexuellen Traumatisierung

gen in der Vorgeschichte ist es dagegen unabdingbar, dass (mindestens) eine Therapeutin die Leitung (mit-)übernimmt. Aufgabe des Haupttherapeuten ist es, im Sinne einer individuellen Therapieplanung eine Entscheidung über die zeitliche und therapeutische Gewichtung der in den Gruppenstunden behandelten Themen zu treffen. Er strukturiert die Therapiesitzungen inhaltlich unter Berücksichtigung des Gruppenverlaufs und stimmt die therapeutische und die didaktische Vorgehensweise auf die Erfordernisse der konkreten Therapiegruppe ab. Der Cotherapeut unterstützt den Gruppenleiter in seinem Vorgehen, hält sich dabei aber mit eigenen therapeutischen Interventionen eher zurück. Aktiv übernimmt er folgende Aufgaben:

- ▶ Er liest die Fallgeschichten abschnittsweise vor und hält die in der Gruppe erarbeiteten Inhalte auf dem Flipchart übersichtlich und strukturiert fest.
- ▶ Er achtet vermehrt auf Gruppenprozesse und bringt seine Beobachtungen in die Vor- und Nachbesprechung der Gruppenstunden ein.
- ▶ Im Falle schwieriger Therapiesituationen unterstützt er den Gruppenleiter nach Aufforderung durch ein vereinbartes Zeichen (z. B. Blickkontakt) in dessen therapeutischem und didaktischem Vorgehen aktiv mit eigenen Beiträgen und Interventionen. Ein voreiliges Einspringen wie beispielsweise in Redepausen, die vom Gruppenleiter geplant sind, ist dabei allerdings zu vermeiden.

SET-Gruppen umfassen in der Regel sechs bis neun Teilnehmer. Geringere Gruppengrößen sind nicht zu empfehlen, da nicht auszuschließen ist, dass einzelne Teilnehmer gelegentliche Fehlzeiten aufweisen. Eine klinisch angemessene Themenbearbeitung setzt erfahrungsgemäß jedoch eine minimale Teilnehmerzahl von vier bis fünf Patienten voraus. Gruppen mit zehn oder mehr Teilnehmern können ebenfalls nicht empfohlen werden, da in diesem Falle die Gefahr besteht, dass gruppenspezifische Prozesse in Relation zur themenbezogenen Arbeit zu sehr in den Vordergrund rücken. Bei der Durchführung hat sich weiterhin eine Frequenz von zwei Terminen pro Woche bewährt, sodass eine SET-Gruppe in einem Zeitrahmen von 10 bis 20 Wochen durchgeführt werden kann. Unter Berücksichtigung der üblichen Hospitalisierungsdauer in klinischen Institutionen eignet sie sich somit besonders für den Einsatz in teilstationären (z. B. Akuttageskliniken oder Psychotherapeutische Tageskliniken) bzw. spezialisierten stationären Behandlungseinrichtungen (z. B. Psychosomatische Fachkliniken). Sie als verpflichtende Veranstaltung in die Behandlungsprogramme zu integrieren, empfiehlt sich jedoch nur dann, wenn die (beschriebenen) Indikationskriterien bei allen Patienten durchgängig erfüllt sind. Ist dies nicht der Fall – das betrifft in der Regel nicht-spezialisierte teilstationäre Behandlungseinrichtungen wie Akuttageskliniken – hat es sich stattdessen bewährt, sie als ergänzendes Behandlungsangebot für die Patienten mit entsprechender Therapieindikation anzubieten. Sinnvollerweise wird dieses während der (teil-)stationären Behandlungsphase begonnen und nach dem Austritt ambulant weitergeführt und abgeschlossen. SET-Gruppen können aber natürlich auch ausschließlich ambulant durchgeführt werden.

Der zeitliche Umfang der einzelnen Gruppenstunden umfasst in der Regel 90 Minuten (Doppelstunden). Da die Gruppenteilnahme für die Patienten in emotionaler

wie auch kognitiver Hinsicht eine nicht unerhebliche Anforderung darstellt und damit auch ein hohes Maß an Konzentration erfordert, empfiehlt es sich, etwa nach der Hälfte der Therapiezeit die Gruppenstunde zu unterbrechen und eine viertelstündige Pause einzulegen. Die Pausen verbringen die Patienten sinnvollerweise ohne therapeutische Begleitung, sodass sie auch zur Förderung der freien Gruppeninteraktionen dienen können. Weiterhin ist es empfehlenswert, die Gruppenstunden nicht unbedingt auf den Abend zu legen, da es nicht ausgeschlossen werden kann, dass einzelne Patienten nach Abschluss der Gruppensitzungen noch eine Einzelsitzung («Krisensitzung») benötigen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn eine in der Gruppe bearbeitete Thematik die Kernproblematik eines Patienten in besonderem Maße betrifft und die Bearbeitungsdauer in der Gruppe nicht ausreicht, um die damit verbundene emotionale Aktivierung im nötigen Maß zu bearbeiten.

7.1.5 Gruppenzusammenstellung unter diagnostischen Gesichtspunkten

Bei der Gruppenzusammenstellung unter diagnostischen Gesichtspunkten sollte der Therapeut vorrangig von den in den Fallkonzeptionen erarbeiteten klinisch-interaktionellen Hauptdiagnosen ausgehen. Diesbezüglich ist in den Gruppen ein möglichst breites Spektrum anzustreben, um thematischen »Einseitigkeiten« bzw. Überrepräsentationen vorbeugen zu können. Dies hilft auch dabei, ein gleichmäßig hohes Interesse- und Aufmerksamkeitsniveau aufrecht zu halten. Ausnahmen von dieser Regel stellen die fünf »Sonderfälle« schizoide, schizotypische, antisoziale, passiv-aggressive und depressive Persönlichkeitsstörung dar. Sofern Anmeldungen von entsprechenden Patienten erfolgen, sollte höchstens ein Viertel der vorgesehenen Gruppentherapieplätze an solche Teilnehmer vergeben werden. Andernfalls ist von einer unzureichenden Integration in die Gruppe auszugehen. Vor allem Patienten mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung können aus einer solchen Außenseiterposition heraus die Gruppe zudem schnell spalten.

Erfahrungsgemäß häufig erfolgt dagegen eine Anmeldung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei diesen muss jedoch sehr genau auf die Einhaltung der störungsspezifischen Indikationskriterien geachtet werden (vgl. Abschn. 7.1.2), um eine Überforderung der emotionalen Regulationsfähigkeit bzw. eine (Re-)Traumatisierung der Betroffenen zu verhindern. Auch Borderline-Patienten sollten nicht mehr als (maximal) ein Viertel der Gruppenteilnehmer ausmachen, da sie ebenfalls zur Subgruppenbildung neigen. Außerdem bringen sie häufig eine Dynamik in das Gruppengeschehen hinein, die vor allem von weniger erfahrenen Therapeuten, aber auch von anderen Patienten schnell als überfordernd empfunden wird. Von Gruppen, die sich überwiegend aus Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen zusammensetzen, ist aus diesem Grund auch dringend abzuraten. Einzelne »schwächere« Patienten mit dieser Diagnose in strukturell eher »starken« Gruppen können hingegen von der Gruppenteilnahme besonders profitieren, da die Gruppendiskussionen und -interaktionen in der Regel an die »gesünderen« Seiten des Patien-

ten appellieren und damit letztlich geeignet sind, individuelle Ressourcen gezielt zu aktivieren. Patienten mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung schließlich sollten ebenfalls nur vereinzelt in SET-Gruppen aufgenommen werden – auch wenn die Ich-Syntonie gegenüber den paranoiden Denkinhalten nur gering ausgeprägt erscheint. Andernfalls sind chronische und therapeutisch schwierig zu handhabende Konfliktpotentiale in der Gruppe zu erwarten, die sich längerfristig deutlich negativ auf die Teilnahmemotivation auswirken können.

7.1.6 Einsatzmöglichkeiten einer SET-Gruppe

SET-Gruppen können als Therapiegruppen mit kurzer (ca. 20-stündiger), mittelfristiger (ca. 30-stündiger) oder langer (>40-stündiger) Durchführungsdauer konzipiert werden. Da die Bearbeitung einer Fallgeschichte durchschnittlich fünf bis sechs Gruppensitzungen beansprucht, können in ersterem Fall ca. drei bis vier, bei mittelfristiger Durchführungsdauer ca. fünf und als Langzeitgruppentherapie alle sieben Geschichten bearbeitet werden. Die therapeutische Struktur der SET weist den Vorteil auf, die Bearbeitungstiefe der individuellen Problemstellungen der Teilnehmer über die in Abschnitt 7.3 beschriebenen therapeutischen Methoden beliebig erweitern zu können. Ein solcherart erweitertes Vorgehen kann pro Fallgeschichte einen Zeitaufwand von ca. acht bis zehn Stunden erforderlich machen, sodass von einer maximalen Gesamtdauer der SET von etwa 70 Stunden ausgegangen werden kann. Daneben hat es sich bewährt, die in der Gruppe bearbeiteten Inhalte auch im einzeltherapeutischen Setting aufzugreifen und individuell weiter zu bearbeiten. Intervisitorische Sitzungen zwischen Gruppen- und Einzeltherapeuten helfen in diesem Falle dabei, den nötigen Informationsfluss zu sichern. Weiterhin können die Materialien der SET auch ausschließlich im Einzelsetting eingesetzt werden. Dies kann entweder im Sinne der Vermittlung psychoedukativer Informationen zu den verschiedenen Störungsbildern oder aber zur gezielten Aktivierung einzelner in den Fallgeschichten angesprochener Themenbereiche erfolgen. In ersterem Falle dient dabei das Materialienheft der SET (vgl. Online-Materialien) als Grundlage für die Besprechung persönlichkeitspezifischer Problemstellungen in der Therapie, während in letzterem Falle eine Auswahl der Materialien getroffen werden muss, mit der unter individuellen schemaanalytischen Gesichtspunkten der einzeltherapeutische Prozess am besten zu unterstützen ist.

7.1.7 Auswahl und Reihenfolge der Bearbeitung der einzelnen Fallgeschichten

Bei der Auswahl der Fallgeschichten muss darauf geachtet werden, dass die klinisch-interaktionellen Hauptdiagnosen (vgl. Abschn. 7.1.3) der Teilnehmer in einem ausgewogenen Verhältnis erfasst sind. Was die Reihenfolge der Bearbeitung betrifft, so sollten prinzipiell zwei Überlegungen beachtet werden: Zum einen kann sich diese an

theoretischen Gesichtspunkten orientieren und sich damit am Konzept der Autonomie des Selbst (vgl. Abschn. 5.1) ausrichten. In diesem Sinne empfiehlt sich folgende Reihenfolge der Fallgeschichten:

- (1) dependente Persönlichkeitsstörung
- (2) vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
- (3) zwanghafte Persönlichkeitsstörung
- (4) paranoide Persönlichkeitsstörung
- (5) histrionische Persönlichkeitsstörung
- (6) narzisstische Persönlichkeitsstörung

Zum anderen kann sich die Abfolge auch an der Verteilung der in der Gruppe vertretenen Störungsbilder orientieren. Sinnvollerweise werden damit die Fallgeschichten, in denen sich die meisten Teilnehmer wiederfinden können, zur Förderung der Motivation zu Beginn bearbeitet. In beiden Fällen empfiehlt es sich aber, die Fallgeschichte zur Borderline-Persönlichkeitsstörung erst am Ende der Gruppentherapie zu bearbeiten, da sie im Hinblick auf die emotionale Aktivierung der Teilnehmer erfahrungsgemäß hohe Anforderungen an die Teilnehmer stellt. Eine stabile und tragfähige Gruppensituation, die Sicherheit und Vertrauen vermittelt, ist damit zwingend vorauszusetzen. Diese nimmt in der Regel im Laufe der Gruppentherapie kontinuierlich zu, sodass sie zum Ende hin meist das höchste Ausmaß erreicht.

In der Tabelle 7.2 auf S. 123 werden die einzelnen Schritte mit den dazugehörigen Überlegungen bei der Zusammenstellung einer SET-Gruppe nochmals zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 7.2 Schritte und Überlegungen bei der Gruppenzusammenstellung

Rahmen: geschlossenes Gruppenkonzept mit maximal zwei (Doppel-) Stunden (zu je 90 Minuten) pro Woche (plus jeweils 15 Minuten Pause)

Schritt	Fragestellung
1	Durchführungsdauer: <ul style="list-style-type: none">▶ kurz? (ca. 20 Stunden; drei bis vier Fallgeschichten)▶ mittel? (ca. 30 Stunden; fünf Fallgeschichten)▶ lang? (ca. 40 bis 70 Stunden; sieben Fallgeschichten)▶ Individuelle Vertiefung zeitlich berücksichtigen!
2	Anzahl der Teilnehmer? (sechs bis neun empfehlenswert)
3	Platzierung im klinischen Setting? (Integration in Behandlungsprogramm vs. ergänzendes Gruppenangebot mit spezifischer Indikation vs. ambulant)
4	Gruppenzusammenstellung: möglichst breites Spektrum von Patienten mit verschiedenen klinisch-interaktionellen Hauptdiagnosen. Anzahl der Borderline- und der paranoiden Patienten bzw. der »Sonderfälle« beachten!

Tabelle 7.2 (Fortsetzung)

Schritt	Fragestellung
5	Auswahl Fallgeschichten: Orientierung an theoretischen Überlegungen (»Autonomie des Selbst«) vs. Orientierung an den klinisch-interaktionellen Hauptdiagnosen der Teilnehmer. Fallgeschichte zur Borderline-Persönlichkeitsstörung möglichst zuletzt!

7.1.8 Anforderungen an die Gruppentherapeuten

Therapeuten, die mit der SET arbeiten, müssen mehrere Voraussetzungen erfüllen. Unabdingbar erscheint sowohl eine genaue Kenntnis der einzelnen Störungsbilder nach DSM-IV-TR als auch der Störungstheorie der SET, die vor allem auf die äußeren und inneren interaktionellen Aspekte (»Strategien«) bei der Aktivierung störungsspezifischer Schemata und Repräsentanzen abzielt (vgl. Abschn. 5.1). Weiterhin muss der Therapeut in der Lage sein, die theoretischen Konzepte der SET in einer einfachen bzw. möglichst bildhaften und für die Teilnehmer unmittelbar verständlichen Sprache auszudrücken. Vom häufigen Gebrauch theoretischer Fachtermini ist im Gruppengespräch dringend abzuraten. Gleichermäßen erscheint es erforderlich, dass der Therapeut mit der Beschreibung der einzelnen Störungsbilder durch die einzelnen Fallgeschichten (vgl. Kap. 8) vollständig vertraut ist, sodass er jederzeit in seinen Interventionen zwischen den verschiedenen Zielebenen, die durch die Geschichten angesprochen werden, hin- und herwechseln kann. Dies erscheint besonders wichtig, da es im therapeutischen Vorgehen häufig erforderlich wird, aktivierte Schemata und Repräsentanzen individuell bzw. störungsspezifisch zu klären und damit dementprechende Bezüge herzustellen. Weiterhin muss der Therapeut mit seinen eigenen Schemata gut vertraut sein, sodass er eigene (Schema-)Aktivierungen auf interaktionale Strategien des Patienten reflektieren und diese unter therapeutischen Gesichtspunkten steuern kann. Besonders Patienten mit Störungen aus den Clustern A und B können diesbezüglich hohe Anforderungen stellen. Neben einer abgeschlossenen verhaltenstherapeutischen ist deshalb eine schematherapeutische Zusatzausbildung mit entsprechenden Selbsterfahrungsanteilen unbedingt vorzusetzen. Weiterhin sind fundierte Kenntnisse bzw. Erfahrungen in den Bereichen der Gruppenleitung sowie in der schematherapeutischen Einzeltherapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen erforderlich. Da die SET in hohem Maße auch die therapeutische Beziehung zur Einleitung und Konsolidierung von Veränderungsprozessen nutzt, muss der Therapeut die Bereitschaft zeigen, sich auf diese gezielt einzulassen. Therapiemethodisch bedingt (vgl. Abschn. 7.3) übersteigt dies das Ausmaß der üblichen verhaltens therapeutischen Erfordernisse deutlich, sodass dieser Hinweis nicht selbstredend erscheint.