

Waldtraut Fetscher

PTSD-PatientInnen in der KBT-Gruppentherapie an psychosomatischen Kliniken – eine quantitative Studie

Überarbeiteter Vortrag in DAKBT-Forschungswerkstatt am 22.02.14 zu einer quantitativen Studie mit dem SB-KBT-G-Stundenbogen im Rahmen einer Masterarbeit an der Donauuniversität Krems.

Zusammenfassung

Eine empirische Studie, die in Zusammenarbeit mit der DAKBT-Forschungswerkstatt entwickelt wurde, dokumentiert die Möglichkeiten eines integrativen Behandlungsansatzes in stationären KBT-Gruppen, der auf die strukturellen Bedingungen der PatientInnen abgestimmt ist. Der Nutzen der KBT, bezogen auf die Therapieanfangsphase, wurde im Hinblick auf PTSD-PatientInnen untersucht.

Summary

An empirical study, which was developed in collaboration with the research laboratory of the DAKBT. It documents the possibilities of an integrative treatment approach in in-patient CMT-groups, which is adapted to the structural conditions of the patients. The benefit of the CMT, based on the initial phase of therapy, was examined in terms of PTSD patients.

1. Einleitung

Die vorgestellte Studie „Differenzierte Untersuchung der Eingangsbeschwerden und des Stundenerlebens von psychosomatischen PatientInnen mit und ohne PTSD-Diagnose in Gruppenstunden der Konzentrativen Bewegungstherapie“ wurde als Masterthese an der Donauuniversität Krems eingereicht. Sie untersucht den Nutzen der KBT-Gruppentherapie mit dem SB-KBT-G-Stundenbogen und

fragt, inwieweit die Abgrenzungsfähigkeit der PatientInnen in der Anfangsphase angeregt werden kann und ob sich damit auch körperbezogenes Selbsterleben stärken lässt. Ausgangspunkt des gesamten Studiendesigns ist die Prämisse, „*dass eine achtsame Arbeit mit dem Körper, bei der es vor allem ums Spüren geht, die beste Form der Körperarbeit mit und für traumatisierte Menschen darstellt. Der Körper ist der*

Ort der Traumatisierung, d. h. wir müssen ihn mit einbeziehen. Jede Traumatherapie, die Erfolg zeitigen soll, wird Wege finden müssen, den Körper mit einzubeziehen“ (Reddemann, 2001, 91f.) Nachfolgend werden Auszüge aus der Gesamtstudie mit ausgewählten Ergebnissen dargestellt.

2. Studiendesign

Als Forschungsdesign der quantitativen Studie wurde die Messwiederholung mit geschlossenen und skalierten Fragen in Form von Fragebatterien gewählt. Die TeilnehmerInnen erhielten vor der ersten KBT-Stunde (Messzeitpunkt 1) eine Fragebogenbatterie, die u.a. auch die diagnostischen Fragebögen PDS/1 und IES beinhaltete. Zum Messzeitpunkt 2 (dritte KBT-Stunde) und Messzeitpunkt 3 (vierte KBT-Stunde) füllten die ProbandInnen jeweils am Ende der Stunde Prozessfragebögen (SB-KBT-G und SEQ) aus. Untersuchungsgegenstand war das subjektive Erleben der PatientInnen von KBT-Gruppenstunden in der Therapieanfangsphase. Im Unterschied zur Studie der DAKBT-FoWe (2011) interessierten in diesem Studiendesign mögliche Unterschiede zwischen PatientInnen mit und ohne PTSD-Diagnose.

Setting

Ausgewählt wurden vier Stationen von psychosomatischen Kliniken in Bayern, an denen KBT in halboffenen Gruppen bei einer vier- bis sechswöchigen Verweildauer angeboten wird. Alle befragten PatientInnen waren KBT-GruppenteilnehmerInnen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes.

Stichprobe

Es wurden insgesamt 77 PatientInnen (MerkmalsträgerInnen) mit vier- bis sechswöchigen stationärem Aufenthalt in deutschen und österreichischen psychosomatischen Kliniken rekrutiert, die aufgrund ihrer psychosomatischen Symptomatik, wie Depression, Angst und somatoformen Störungen, behandelt wurden. Die Daten wurden 2012 zwischen Mai und November erhoben. Bei zwölf (15,6 %) der TeilnehmerInnen war eine Posttraumatische Belastungsstörung vordiagnostiziert, bei weiteren 23 (29,9 %) ergab sich gemäß PDS/1 und IES der Verdacht einer PTSD. Die 42 (54,5 %) TeilnehmerInnen, bei denen keine PTSD diagnostiziert wurde, stellen die Vergleichsgruppe dar. Das Durchschnittsalter der ProbandInnen betrug 47,61 Jahre.

3. Hauptfrage und Hypothesen

Die Forschungsfrage lautete: Auf welche Weise ist die KBT in der integrativen stationären Gruppentherapie bei PTSD-PatientInnen im Unterschied zu psychosomatisch erkrankten PatientInnen hilfreich?

In der folgenden Darstellung der Ergebnisse wird auf drei Hypothesen eingegangen:

- H1: Traumatisierte können in der Therapieanfangsphase die KBT-Angebote besser für sich nutzen als PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik.
- H3: Traumatisierte haben in der Therapieanfangsphase ein geringeres körperbezogenes Selbsterleben als PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik.
- H5: Der Zusammenhang zwischen Diagnose und Nutzenkönnen der KBT-Angebote wird durch den Grad

der interpersonellen Problematik vermittelt. Traumatisierte können sich schlechter abgrenzen als Nicht-Traumatisierte und PatientInnen mit geringerer Abgrenzungsfähigkeit haben einen höheren Nutzen.

4. Ergebnisse

4.1 Hypothese 1: Nutzen-Können

Abbildung 1 zeigt die Mittelwerte der Skalen Nutzen-Können für die 3. und 4. Stunde. In der Grafik zeigt sich, dass PatientInnen mit PTSD-Symptomatik tendenziell einen größeren Nutzen sowohl in der dritten als auch vierten Stunde haben.

Ein Vergleich der Mittelwerte mittels t-Test ergab, dass der Unterschied in der vierten Stunde statistisch signifikant wurde. TraumatpatientInnen ($M = 3.08$, $SD = 0.67$) können die vierte KBT-Stunde signifikant besser für sich nutzen als PatientInnen ohne PTSD ($M = 2.64$, $SD = 0.90$), $t(1, 74) = -2.35$, $p < .05$.

Diese stärkere Tendenz zu der Nutzen-seite in der vierten Stunden macht deutlich, dass die Ergebnisse insgesamt für Hypothese 1 sprechen: PatientInnen mit PTSD-Symptomatik profitieren am Anfang der KBT mehr vom Therapieangebot als PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik (Abbildung 2).

4.2 Hypothese 3:

Körperbezogenes Selbsterleben

Bezüglich der Frage nach den Unterschieden in Bezug auf das körperbezogene Selbsterleben bei den PatientInnen mit und ohne PTSD-Symptomatik am Therapieanfang wurden die Zusammenhänge zwischen der Diagnose, dem körperbezogenen Selbsterleben (SB-KBT-G) und der ablehnenden Körperbewertung (FKB) untersucht.

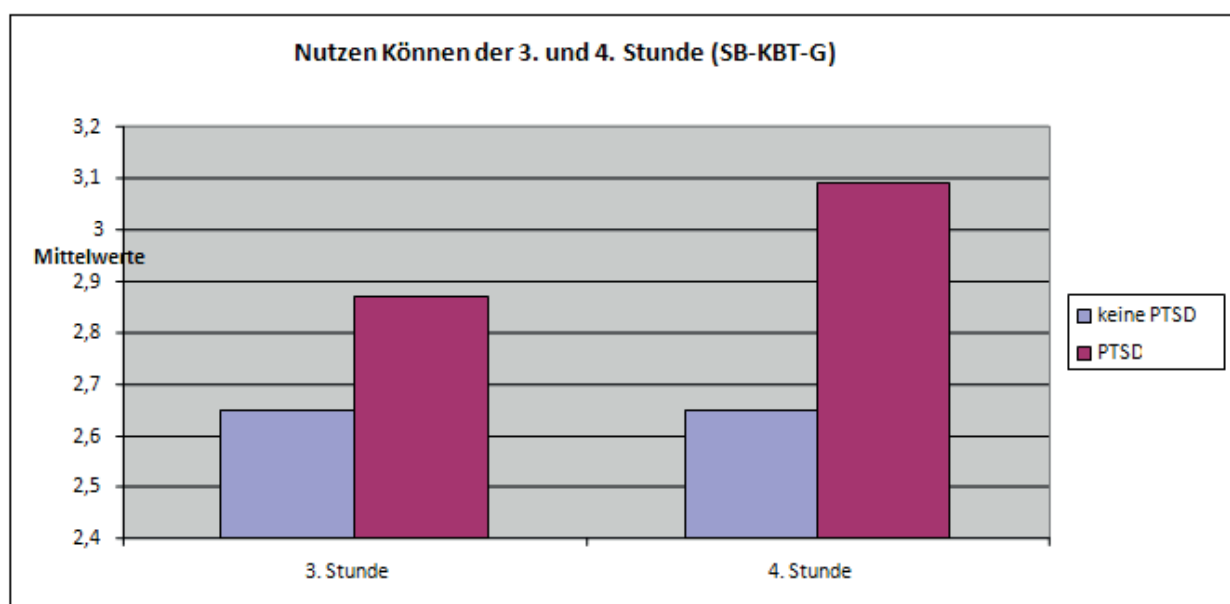


Abbildung 1: Nutzen-Können, 3. und 4. Stunde/SBK-KBT-G

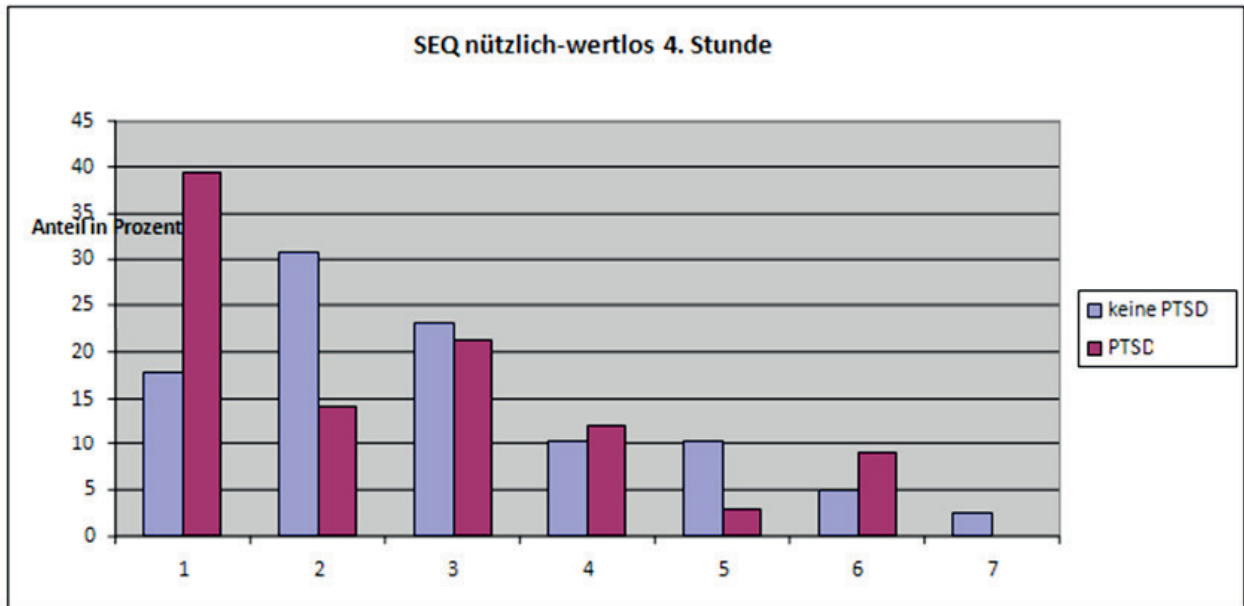


Abbildung 2: Nützlich-Wertlos, 4. Stunde/SEQ

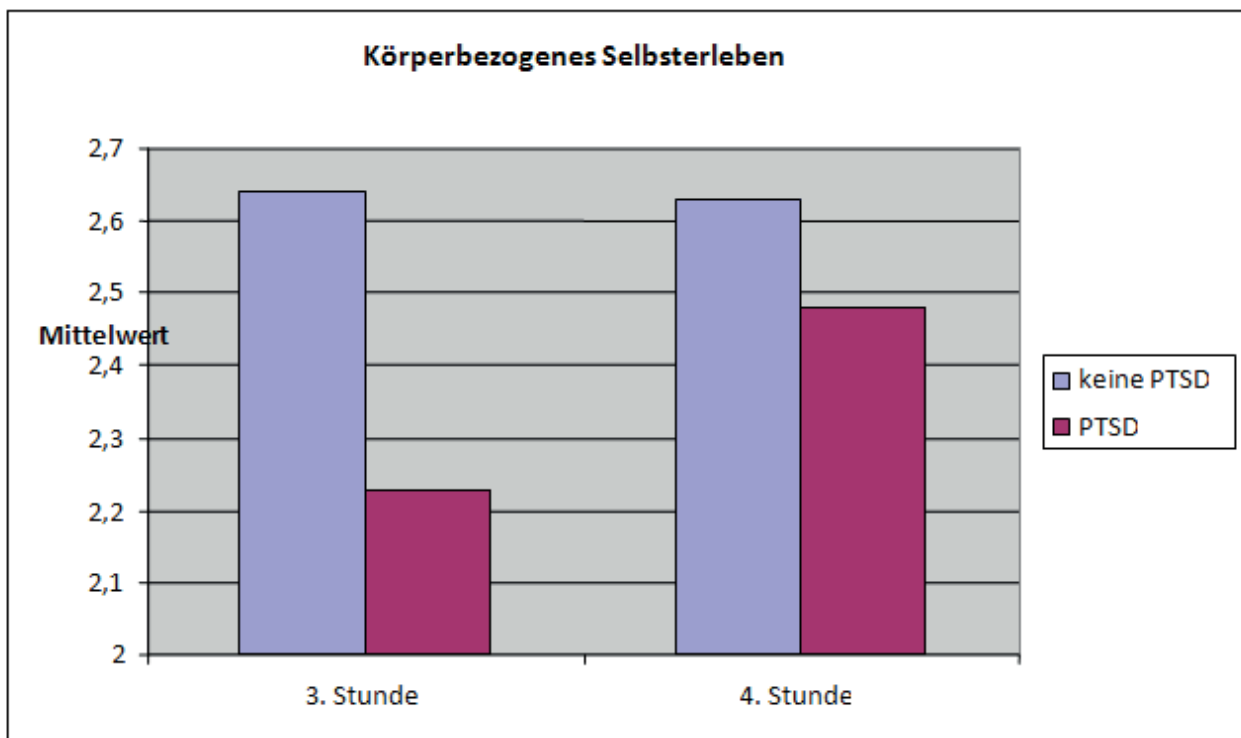


Abbildung 3: Körperbezogenes Selbsterleben, 3. und 4. Stunde/FKB-20

In Abbildung 3 wird deutlich, dass die untersuchten PTSD-PatientInnen der vorliegenden Studie anfangs mit einer hohen ablehnenden Körperbewertung in die Therapie starten. PTSD-Symptome wie anhaltende, kaum beeinflussbare De-

personalisation; starkes Miss- und Intrusionsempfinden zeigen stark beeinträchtigtes körperbezogenes Selbsterleben und verhindern es, den Körper als Einheit zu erleben. Dies stimmt gut mit bisherigen Befunden überein, dass PTSD-PatientIn-

nen eine eingeschränkte Körperwahrnehmung haben, die sich auch nicht so schnell ändern kann und verifiziert Hypothese 3. Interessanterweise ließ sich dieses Muster auch in Form eines Moderationseffektes abbilden.

4.3 Hypothese 5: Die Rolle der interpersonellen Abgrenzungsfähigkeit

In Bezug auf die Frage, ob die interpersonelle Abgrenzungsfähigkeit ein Mediator des Zusammenhangs zwischen Diagnose und Nutzen-Können der vierten Stunde sei, konnte ein signifikanter Unterschied zwischen PatientInnen mit und ohne PTSD-Symptomatik gefunden werden, $t(1,72) = -3.41, p < .001$. Ein Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass PatientInnen mit PTSD-Symptomatik ($M = 2.97, SD = 0.76$) größere Abgrenzungsschwierigkeiten haben als PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik ($M = 2.31, SD = 0.87$).

Die Korrelationsanalyse macht deutlich, dass die interpersonelle Abgrenzungsschwierigkeit, gemessen mittels IIP-32 (Item 1, 4, 11, 19, 25), positiv mit dem Nutzenkönnen der 3. und 4. Stunde korreliert (3. Stunde: $r = 0.23, p < 0.05$; 4. Stunde: $r = 0.25, p < 0.05$).

- Beispielsweise lauteten die Item-Fragen:
- Es fällt mir schwer, anderen gegenüber „Nein“ zu sagen (1).
 - Es fällt mir schwer, wenn nötig, standfest zu sein (11).
 - Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eignen (25).

Das lässt den Schluss zu, dass je geringer sich die PatientInnen abgrenzen können, desto besser können sie das KBT-Angebot nutzen.

5. Abschlussgedanke

Der in der Praxis wirksame KBT-Gruppentherapie-Prozess zeigt deutlich: die ressourcenorientierten und auf Stabilisierung ausgelegten KBT-Angebote schaffen in der Therapieanfangsphase eine sichern- de Basis, auf der Traumatisierte ihre Themen bearbeiten können. Je geringer sich PatientInnen abgrenzen können, umso nützlicher erscheint ihnen das KBT-Angebot. In Bezug auf das körperbezogene Selbsterleben konnte in der Studie, wie erwartet, der Zusammenhang des körperbezogenen Selbsterlebens mit der hohen ablehnenden Körperbewertung Traumatisierter nachgewiesen werden.



Waldtraut Fetscher

Autorin: Waldtraut Fetscher MSc
Dipl. Betriebswirtin FH, Psychotherapeutin ECP,
Konzentrierte Bewegungstherapie ÖAKBT,
Traumatherapeutin nach KReST/Besser, EMDR/
Hoffmann; Trainerin für Gewaltfreie Kommunikati-
on nach Marshall Rosenberg.
Seit 2009 in der psychosomatischen Abteilung der
Simsseeklinik, Bad Endorf; eigene Praxis in Wien
und München.
w.fetscher@gmail.com
www.lebens-supervision.com