

Psychodynamische Kurzzeitgruppentherapie der sozialen Phobie: Therapiekonzept und Ergebnisse einer Fallstudie

Hintergrund

- Die soziale Phobie (SP) ist mit Prävalenzangaben von bis zu 12% eine der häufigsten Angsterkrankungen.
- Es mangelt an Behandlungsalternativen zur kognitiven Verhaltenstherapie, sodass der differentiellen Wirksamkeitsfrage von Psychotherapie nicht ausreichend Rechnung getragen werden kann.
- Es wurde ein neues Therapiekonzept zur ambulanten psychodynamischen Kurzzeitgruppentherapie der SP entwickelt.
- Dafür wurde die psychodynamische Kurzzeittherapie der SP im Individualsetting (Leichsenring et al., 2007) für das Gruppensetting adaptiert und dabei wurden gezielt Interventionen zur Förderung gruppenspezifischer Prozess- und Wirkfaktoren implementiert.

Ziele

- Durchführung des Gruppentherapiekonzepts in einer Pilot-Therapiegruppe zur Weiterentwicklung des Manuals
- Erkenntnisgewinn im Hinblick auf Akzeptanz-, Sicherheits- und Durchführbarkeitsaspekte des Konzepts sowie den Einfluss auf die psychische Symptomatik

Therapiekonzept

- Individualphase -

- 3 bis 5 Sitzungen im Einzelsetting zu je 50 min
- biographische Anamnese
- Festlegung von Therapiezielen
- Erarbeitung des zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBKT) des Patienten
- Vorbereitung auf die Gruppentherapiephase, z.B. Klärung organisatorischer Fragen, Informationsvermittlung, Besprechung der Ängste des Patienten vor der Gruppe

- Gruppentherapiephase -

- 20 Gruppensitzungen zu je 90 min
- anfangs 2 Termine pro Woche, spätere Sitzungen im 14-tägigen Rhythmus
- Gruppengröße: 6 bis 10 Patienten

frühe Gruppentherapiephase:

- vorrangiger Einsatz supportiver Interventionen: Ermutigung zur und Anerkennung der Teilnahme
- Vorstellung der ZBKT in der Gruppe, Entdeckung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden

mittlere Gruppentherapiephase:

- vermehrt expressive Interventionen
- Verbesserung des Verständnisses der Patienten für ihre Symptome durch Erkundung zentraler Aspekte der ZBKT und deren Zusammenhang mit der Symptomatik
- Gruppe als Feld der Selbsterprobung zur Überprüfung der ZBKT, Ziel: ZBKT-Reformulierung

späte Gruppentherapiephase:

- Thematisierung des nahenden Therapieendes
- Verstärkung von Verbesserungen und Leistungen
- Besprechung von möglichen Rückfällen

Methode

- Rekrutierung -

- über kooperierende Klinikeinrichtungen und psychosoziale Beratungsstellen, Meldungen in regionalen Zeitungen und Informationsflyer in städtischen Einrichtungen von August bis Oktober 2011

- Einschlusskriterien -

- Vorliegen einer SP (erfasst mit SKID)
- LSAS-Fremdbeurteilungswert > 30
- SP als primäre Diagnose (erfasst mit ADIS-IV)
- Alter zwischen 18 und 70 Jahren

- Ausschlusskriterien -

- Vorliegen einer psychotischen Störung
- besonderes Risiko von Selbstverletzungen
- akute substanzbezogene Störung
- Persönlichkeitsstörungen (ausgenommen Cluster C)
- hirnorganische Störungen
- starke körperliche Beeinträchtigungen
- konkurrierende psychotherapeutische und/oder psychopharmakologische Behandlung

- Messinstrumente -

- diagnostische Untersuchungen vor Beginn der Individualphase (Prä) und nach Beendigung der Gruppentherapiephase (Post)
- primäres Outcome-Maß: LSAS-Fremdbeurteilungswert
- störungsspezifische Inventare: LSAS, ADIS-IV, SPAI
- störungsunspezifische Inventare: BDI, ECR-RD, IIP-D

- Statistische Auswertung -

- Effektstärkenberechnung zur Bewertung des Ausmaßes der Prä-Post-Veränderungen: Prä-Post-Unterschiede als standardisierte und für kleine Stichproben adjustierte Mittelwertdifferenzen (Hedges g)
- Berechnung von Response- und Remissionsraten auf Basis der LSAS-Werte

Ergebnisse

- Deskriptive Statistik -

- 26 Personen wurden auf ihre Eignung zur Studienteilnahme untersucht
- $n = 8$ Patienten (vier weiblich) waren für die Teilnahme geeignet und konnten in die Gruppe eingeschlossen werden
- mittleres Alter: 28.4 Jahre ($SD = 8.0$ Jahre)

Tab. 1: Prä-Post-Effekte: primäre und sekundäre Outcome-Maße

Outcome-Maße	Prä ($n = 8$)		Post ($n = 8$)		Prä-Post-ES Hedges g [95% KI]
	M	SD	M	SD	
Primär					
LSAS	79.6	24.4	59.8	28.4	0.64 [0.29; 1.00]
Sekundär					
ADIS-IV	5.6	1.2	3.8	1.8	1.07 [0.38; 1.82]
SPAI	75.8	12.6	62.3	18.9	0.70 [0.08; 1.33]
BDI	16.6	6.5	13.9	6.9	0.36 [-0.38; 1.10]
ECR-RD					
Angst	78.8	16.7	67.6	18.0	0.57 [0.00; 1.14]
Vermeidung	54.6	16.5	49.1	18.5	0.28 [-0.27; 0.82]
IIP-D					
	14.4	2.8	13.2	3.6	0.32 [-0.55; 1.19]

Anmerkung:

LSAS = Liebowitz Social Anxiety Scale; ADIS-IV = Anxiety Disorders Interview Schedule Adult Version; SPAI = Social Phobia and Anxiety Inventory; BDI = Beck-Depressionsinventar; ECR-RD Angst = Experiences in Close Relationships-Revised Subskala Bindungsbezogene Angst; ECR-RD Vermeidung = Experiences in Close Relationships-Revised Subskala Bindungsbezogene Vermeidung; IIP-D = Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme

- Behandlungsergebnisse: primäre und sekundäre Outcome-Maße -

- signifikanter mittlerer Effekt auf der LSAS (siehe Tab. 1)
- signifikante mittlere bis hohe Effekte auf ADIS-IV, SPAI und ECR-RD Angst
- nicht-signifikante kleine Effekte auf BDI, IIP-D und ECR-RD Vermeidung
- Remission: $n = 1$, Response: $n = 3$

- Akzeptanz, Sicherheit & Durchführbarkeit -

- keine Symptomverschlechterungen (siehe Abb. 1), Krisen, neuen Diagnosen oder sonstige Hinweise auf negative Effekte
- keine Therapie- und Studienabbrüche
- Teilnahme an $M = 17.3$ Gruppensitzungen ($range: 12 - 20$)
- keine fehlenden Daten zu Prä- und Post-Messung

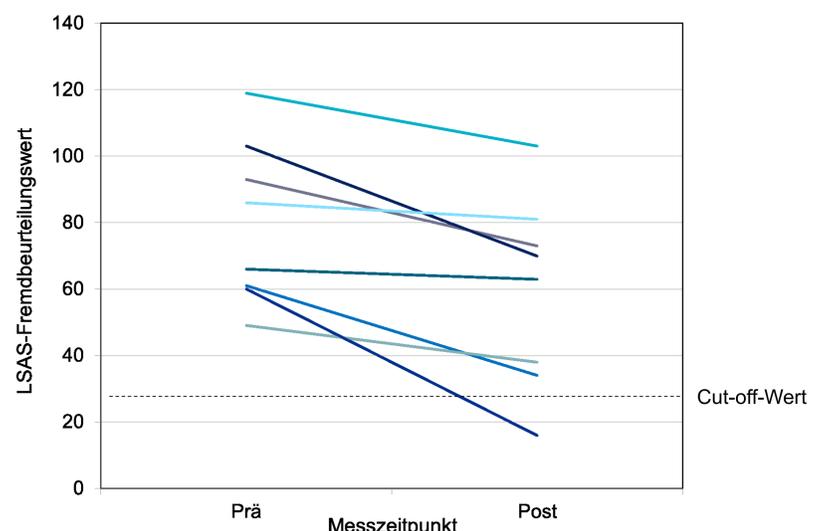


Abb. 1: Individuelle LSAS-Prä- und -Post-Summenwerte ($n = 8$ Patienten).

Diskussion

- Die Fallstudie gilt als wichtiges Element in der Psychotherapieforschung, vor allem im Hinblick auf die Konzept- und Manualentwicklung. Aufgrund der geringen Stichprobengröße ist sie jedoch limitiert in Bezug auf die Generalisierbarkeit der Ergebnisse.
- Der nächste Schritt besteht in der Durchführung einer nicht-kontrollierten, systematischen proof-of-concept Studie zur Untersuchung des Therapiekonzepts in einer größeren Stichprobe. Diese kann Hinweise darauf geben, ob die positiven Pilotstudienresultate bezüglich der störungsspezifischen Symptomatik sowie der vielversprechenden Hinweise auf Akzeptanz, Sicherheit und Durchführbarkeit replizierbar sind.

Literaturangaben und weitere Informationen können bei der Erstautorin erfragt werden.

Kontakt

Romina Gawlytta, M.Sc.
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Jena
Stoystr. 3 | 07743 Jena
romina.gawlytta@med.uni-jena.de