

# Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen und Psychotherapie im Anschluss an eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung

## Utilization of Self-Help Groups and Psychotherapy After Psychosomatic-Psychotherapeutic In-Patient Treatment

### Autoren

Anke Höflich<sup>1</sup>, Jürgen Matzat<sup>2</sup>, Friedhelm Meyer<sup>1</sup>, Rudolf J. Knickenberg<sup>3</sup>, Franz Bleichner<sup>3</sup>, Wolfgang Merkle<sup>4</sup>, Christian Reimer<sup>5</sup>, Wolfram Franke<sup>6</sup>, Manfred E. Beutel<sup>1</sup>

### Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet.

### Key words

- in-patient psychotherapy
- after-care
- self-help groups

### Zusammenfassung

Bisher ist wenig darüber bekannt, welche Rolle Selbsthilfegruppen alleine oder in Kombination mit Psychotherapie in der poststationären Versorgung spielen. In der vorliegenden Arbeit wurden 2933 Patienten zu ihren Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen und Psychotherapie nach Entlassung aus einer psychosomatischen Fachklinik befragt. Knapp 8% nahmen eine Selbsthilfegruppe (meist in Kombination mit ambulanter Psychotherapie) und insgesamt 68% eine ambulante Psychotherapie in Anspruch. Patienten ohne poststationäre Behandlung waren weniger psychisch belastet und hatten durchweg bessere Ressourcen als Patienten mit poststationärer Selbsthilfegruppe oder Psychotherapie. Selbsthilfegruppenteilnehmer unterschieden sich von Patienten in ambulanter Therapie dadurch, dass sie Gruppen positiver beurteilten und offener für neue Erfahrungen waren. Zudem hatten sie häufiger mit ihren ambulanten Therapeuten über das Thema Selbsthilfegruppen gesprochen. Hier ist auch ein Ansatzpunkt, um zukünftig Selbsthilfeaktivitäten der Patienten stärker zu fördern.

### Abstract

Until now little is known about the role of participation in self-help groups alone or combined with psychotherapy in post-in-patient care. In the present study 2933 patients were questioned about their experience of self-help groups and psychotherapy after discharge from a clinic for psychosomatic medicine and psychotherapy. Nearly 8% of them utilized self-help groups (mostly combined with out-patient psychotherapy), and altogether 68% out-patient psychotherapy following in-patient treatment. Patients without out-patient treatment were psychologically less burdened and had better resources than participants of self-help groups or psychotherapy. Self-help group members differed from patients in out-patient psychotherapy by expressing a more positive opinion of groupwork and higher openness to new experiences. Additionally, they had discussed the topic of self-help groups more frequently with their therapists. This may be a starting-point for promoting more self-help activities of patients in the future.

**eingereicht** 26. Sept. 2006

**akzeptiert** 4. Januar 2007

### Bibliografie

**DOI** 10.1055/s-2006-951953

Online-Publikation:

5. März 2007

Psychother Psych Med 2007;  
57: 213–220 © Georg Thieme  
Verlag KG Stuttgart · New York ·  
ISSN 0937-2032

### Korrespondenzadresse

**Dr. Anke Höflich, Dipl.-Psych.**

Klinik und Poliklinik für Psycho-  
somatische Medizin und Psycho-  
therapie, Klinikum der  
Johannes Gutenberg-  
Universität Mainz  
Untere Zahlbacher Str. 8  
55131 Mainz  
hoeflich@uni-mainz.de

### Einleitung

Ein Großteil der Versorgung psychosomatischer und psychischer Erkrankungen wird in Deutschland von psychosomatischen Akut- oder Rehabilitationskliniken geleistet. Die stationäre Behandlung ist in beiden Settings zumeist multimodal und dauert zwischen 4 und 8 Wochen [1]. Als Indikationskriterien für eine stationäre Behandlung gelten: schwere, chronisch verlaufende psychische Erkrankungen, Beeinträchtigungen in der täglichen Funktionsfähigkeit, mangelnde soziale Unterstützungsmöglichkeiten und mangelnde Verfügbarkeit einer geeigneten ambulanten Psychotherapie am Wohnort der Patienten.

Meist erfolgt am Ende einer stationären Behandlung die Empfehlung zur ambulanten Psychotherapie, um die erzielten Behandlungserfolge zu stabilisieren. Dementsprechend nehmen zwischen 60% und 80% aller Patienten nach Entlassung aus der Klinik eine ambulante Psychotherapie in Anspruch [2–4]. Patienten, die eine ambulante Nachbehandlung beginnen, sind zumeist stärker psychisch belastet und weniger sozial integriert [3,5]. Lamprecht et al. [6] konnten zeigen, dass Patienten von einer ambulanten Nachbehandlung profitieren.

Als Ergänzung zu professionellen Angeboten haben Selbsthilfegruppen in den letzten Jahren in Deutschland an Bedeutung gewonnen und sind,

vor allem im Suchtbereich und im Bereich organmedizinischer Erkrankungen, ein akzeptierter Bestandteil der Gesundheitsversorgung geworden [7]. Schätzungen zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen für verschiedene Erkrankungen gehen davon aus, dass 1–9% der Gesamtbevölkerung [8–12] Erfahrungen mit Selbsthilfe haben. Diese Zahlen schwanken erheblich, unter anderem deswegen, weil jeweils andere Erhebungszeiträume und Populationen zugrunde gelegt wurden.

Auch im Bereich psychischer Erkrankungen gibt es ein breites Angebot an Selbsthilfemöglichkeiten. In einer retrospektiven Erhebung berichteten Höflich et al. [13] eine Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen vor Aufnahme in eine psychosomatische Fachklinik (Lebenszeitprävalenz) bei ca. 12% der Patienten. Meyer et al. [14] ermittelten in einer bundesweiten Erhebung im Jahre 2003 ca. 5000 Selbsthilfegruppen für psychische Störungen. Die Forschung zum Thema Selbsthilfe bei psychischen Störungen [15–17] ist jedoch seit den 80er-Jahren weitgehend zum Erliegen gekommen [18]. So ist wenig darüber bekannt, welche Rolle Selbsthilfegruppen in der poststationären Versorgung spielen. Nur zwei Arbeiten berichten Zahlen zu Inanspruchnahme von Selbsthilfe nach stationärer Psychotherapie. In einer Studie von Mestel et al. [19] nahmen zwischen 14% und 27% der Patienten nach Entlassung aus einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik eine Selbsthilfegruppe in Anspruch. Höflich et al. [20] berichten, dass 15% der von ihnen untersuchten Patienten innerhalb von drei Jahren nach Entlassung aus einer psychosomatischen Akutklinik an einer Selbsthilfegruppe teilnahmen.

In der vorliegenden prospektiven Studie wird untersucht, wie häufig und in welcher Kombination poststationäre Selbsthilfegruppen und Psychotherapie in Anspruch genommen werden und welche Patienten eine Selbsthilfegruppe und/oder Psychotherapie aufsuchen. Da eine geringe Quote an Selbsthilfegruppenteilnehmern zu erwarten war, wurde eine große Stichprobe aus verschiedenen Versorgungsbereichen erhoben.

## Methode



### Patienten

In einer multizentrischen Studie wurden alle Patienten aus vier psychosomatischen Fachkliniken<sup>1</sup> aus den Bereichen Rehabilitation und Krankenhausversorgung bei Aufnahme, bei Entlassung und zur 1-Jahres-Katamnese befragt. Vor Beginn der Studie lag das Einverständnis der Ethikkommission des Universitätsklinikums Gießen vor. Die Behandlung war in allen Kliniken multimodal und schulenübergreifend (tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Behandlungsbausteine). Von Januar 2003 bis Juli 2004 wurden alle Patienten über die Studie informiert und um eine freiwillige Teilnahme gebeten. Es wurden nur Patienten in die Studie aufgenommen, die ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme gaben und über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten. Von den 6090 aufgenommenen Patienten haben sich 4447 Patienten (73,0%) an der Studie beteiligt. Von diesen 4447 Patienten liegen von 88,4% (n = 3931) die Entlassungsbogen vor. An der Katamnese beteiligten sich 2933 der 4447 angeschriebenen Patienten (66,0%).

In der Stichprobe befanden sich 30,7% Männer und 69,3% Frauen, was der in psychosomatischen Kliniken üblichen Geschlech-

terverteilung entspricht. Das durchschnittliche Alter betrug 43,9 Jahre (SD = 11,8). 49,0% der Patienten waren verheiratet, 26,5% waren ledig, und 24,5% waren geschieden oder verwitwet. Von den befragten Patienten hatten 37,3% einen Realschulabschluss, 36,4% einen Hauptschulabschluss und 20,4% Abitur. 5,8% gaben einen sonstigen Abschluss an (z. B. noch in der Schule, Sonderschule). Einer Vollzeitbeschäftigung gingen 45,8% der Patienten nach, 17,0% waren in Teilzeit beschäftigt, 14,5% waren arbeitslos, 4,9% waren berentet und 4,8% befanden sich noch in einer Ausbildung. Ein sonstiges Beschäftigungsverhältnis (z. B. Hausfrau, Wehrdienst) gaben 13,0% der Patienten an. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 6 Wochen (SD = 2,4).

Um zu untersuchen, ob die Ergebnisse repräsentativ sind, wurden Teilnehmer und Nichtteilnehmer der Katamnese hinsichtlich folgender Variablen verglichen: Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss, berufliche Situation, Akut- oder Rehabilitationsbehandlung, Behandlungs-, Erkrankungsdauer, Diagnose, Vorerfahrung mit Psychotherapie, Einnahme von Psychopharmaka, psychische Belastung (GSI des SCL-90-R) bei Aufnahme und Entlassung, Zufriedenheit mit der Behandlung. Aufgrund der sehr großen Stichprobe unterschieden sich Teilnehmer und Nichtteilnehmer der Katamnese erwartungsgemäß statistisch in einer Reihe von Merkmalen. Beispielsweise gab es geringe Unterschiede (ES oder Phi < 0,20) beim Geschlecht und bei der Erkrankungsdauer. Deutlichere Unterschiede (ES oder Phi > 0,20) zeigten sich beim Alter und bei der Dauer der stationären Behandlung. Teilnehmer der Katamnese (M<sub>1</sub>) waren signifikant älter (M<sub>1</sub> = 43,9 Jahre; SD<sub>1</sub> = 11,8; M<sub>2</sub> = 40,6; SD<sub>2</sub> = 12,3,  $t_{[2956,4]} = 8,7$ ;  $p < 0,001$ ; ES: 0,28) und länger in stationärer Behandlung als Nichtteilnehmer (M<sub>1</sub> = 42,3 Tage; SD<sub>1</sub> = 16,5; M<sub>2</sub> = 38,7; SD<sub>2</sub> = 18,5,  $t_{[2769,0]} = 6,5$ ;  $p < 0,001$ ; ES: 0,21). Dass Patienten, die länger in stationärer Behandlung waren, eher bereit sind, sich an der Katamnese zu beteiligen, hängt eventuell mit einer höheren „Bindung“ an die Klinik und einem damit einhergehenden größeren Gefühl der Verpflichtung, an der Untersuchung teilzunehmen, zusammen. Auch könnten sich ältere Patienten stärker an die Selbstverpflichtung, an der Untersuchung teilzunehmen, halten. Die längere Behandlungsdauer hing nicht mit einer höheren psychischen Belastung bei Aufnahme bzw. bei Entlassung zusammen. Es zeigte sich auch kein Unterschied im Symptomverlauf von der Aufnahme zur Entlassung zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern der Katamnese.

### Messverfahren

Die Patienten füllten bei Aufnahme, bei Entlassung und zur 1-Jahres-Katamnese standardisierte Selbsteinschätzungsbogen sowie im Projekt eigens entwickelte Fragen zum Thema Psychotherapie und Selbsthilfe aus. Als standardisierte Verfahren wurden eingesetzt: die deutsche Version des Inventars Interpersonaler Probleme (IIP-D) [21], das Neo-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) [22], der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK) [23], der Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU-22) [24] und die Symptom-Check-Liste (SCL 90-R) [25].

Die von der Arbeitsgruppe in einer Pilotstudie entwickelten Fragen zu Psychotherapie und Selbsthilfegruppen beinhalten bei Aufnahme und Katamnese die Inanspruchnahme (z. B. Dauer bzw. Häufigkeit der Teilnahme, Einzel- oder Gruppentherapie, Größe der Selbsthilfegruppe) und die Bewertung (Zufriedenheit, Veränderung psychischer und körperlicher Beschwerden) von Psychotherapie oder Selbsthilfe. Als Hilfestellung wurde der Begriff Selbsthilfe für die Patienten im Fragebogen wie folgt be-

<sup>1</sup> Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale Krankenhaus und Rehabilitation, Heilig Geist Hospital, Frankfurt/Main, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Justus-Liebig-Universität Gießen/Marburg, Rehabilitationszentrum Bad Kissingen der BfA, Rhön-Klinik.

schrieben: „In Selbsthilfegruppen treffen sich Menschen mit ähnlichen Problemen regelmäßig, aber ohne fachliche Anleitung zu Gesprächen“. Bei Entlassung wurde nach einer Beurteilung der Einzeltherapie, der Gruppentherapie und der Gespräche mit den Mitpatienten in der Klinik gefragt.

Daten zu soziodemografischen Merkmalen und die Diagnose (nach ICD-10) wurden aus der Basisdokumentation der Kliniken, angelehnt an die Psy-BaDo [26], entnommen.

### Datenanalyse

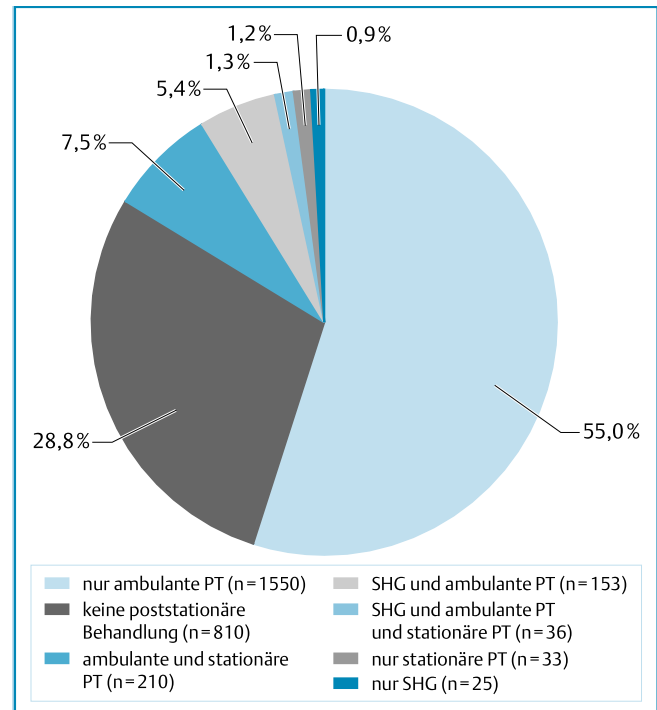
Alle statistischen Analysen wurden mithilfe des Programms SPSS (Statistical Package for Social Sciences) für Windows (Version 11.0) durchgeführt. Zur Prüfung der Hypothesen wurden Varianzanalysen, t-Tests und  $\chi^2$ -Tests berechnet. Im Anschluss an die Varianzanalysen wurden bei Bedarf Games-Howell-Tests [27] gerechnet. Für jedes signifikante Ergebnis wurde angegeben, ob es auf dem 5%-, 1%- oder 0,1%- (Tendenz = 10%) Niveau signifikant ist. Aufgrund der großen Stichproben wurden neben den Signifikanzen auch die Effektstärken oder nach  $\chi^2$ -Tests die Korrelationen (Phi) berichtet. Die Effektstärken wurden nach der Formel:  $d = m_1 - m_2 / \sqrt{(s_1^2 + s_2^2) / 2}$  berechnet. Entsprechend der Einteilung von Cohen [28] wurden Effektstärken und Phi ab 0,20 als bedeutsam bewertet. Zusammenhänge  $< 0,20$  wurden als zu vernachlässigen eingeschätzt.

### Ergebnisse

#### Inanspruchnahme von Psychotherapie und/oder Selbsthilfegruppen ein Jahr nach Entlassung aus einer psychosomatischen Klinik

Ein Jahr nach Entlassung hatten 2817 (96,0%) aller 2933 Katamneseteilnehmer vollständige Angaben zur poststationären Inanspruchnahme von ambulanter oder erneuter stationärer Psychotherapie und Selbsthilfe gemacht. Wie zu erwarten war, zeigten sich eine Reihe von „Behandlungskombinationen“ (● **Abb. 1**). 55,0% der befragten Studienteilnehmer waren nach Entlassung ausschließlich in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, 7,5% waren in ambulanter und auch in erneuter stationärer psychotherapeutischer Behandlung, und 1,2% waren nur in erneuter stationärer Behandlung. Insgesamt haben 7,6% der Studienteilnehmer an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen; die meisten dieser Selbsthilfegruppenteilnehmer (5,4%) waren auch in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, und 1,3% waren in einer Selbsthilfegruppe, in ambulanter und in erneuter stationärer Psychotherapie. Nur 0,9% der Studienteilnehmer nutzten im ersten Jahr nach Entlassung ausschließlich eine Selbsthilfegruppe. 28,8% nahmen poststationär weder eine Psychotherapie noch eine Selbsthilfegruppe in Anspruch.

Das häufigste Setting poststationärer ambulanter Behandlung war eine Einzeltherapie (90,7%). Nur 5% nahmen eine ambulante Gruppentherapie in Anspruch und 4,2% eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie. Eine sonstige Therapie (z. B. Hypnose, autogenes Training) nahmen nur 0,1% der Studienteilnehmer wahr. Die durchschnittliche Dauer ambulanter Therapie betrug zum Zeitpunkt der Befragung 22 Sitzungen (SD = 21, Range = 1 bis 300 Sitzungen). Die mittlere stationäre Behandlungsdauer betrug 11,6 Wochen (SD = 11, Range = 1 bis 52), wobei einzelne Patienten angaben, das ganze Jahr über in stationärer Betreuung gewesen zu sein. Hier muss an Einrichtungen wie betreutes Wohnen oder eine psychiatrische Unterbringung gedacht werden. Genauere Daten dazu liegen leider nicht vor.



**Abb. 1** Poststationäre Inanspruchnahme von ambulanter und stationärer Psychotherapie (PT) und Selbsthilfegruppen (SHG) (n = 2817).

Die überwiegende Mehrzahl zeigte sich mit der Psychotherapie (75,0%) zufrieden. Neutral äußerten sich 15,8%, und nur relativ wenige Teilnehmer (9,1%) waren mit ihrer Psychotherapie unzufrieden.

Von den 214 Selbsthilfeteilnehmern waren 146 (5,2%) auch zum Zeitpunkt der Befragung noch in einer Selbsthilfegruppe aktiv.

● **Tab. 1** zeigt die Merkmale der besuchten Selbsthilfegruppen. Teilnehmer, welche zum Befragungszeitpunkt noch in einer Selbsthilfegruppe waren (aktuelle Teilnehmer) und Teilnehmer, die nach Entlassung in einer Selbsthilfegruppe waren, diese aber bereits wieder verlassen hatten (frühere Teilnehmer), werden getrennt dargestellt.

Wie in ● **Tab. 1** zu sehen ist, gab es große Unterschiede in der Dauer der Teilnahme bei aktuellen und früheren Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe. Aktuelle Teilnehmer hatten eine längere Teilnahmedauer als frühere Teilnehmer (● **Tab. 1**). Es ist bei den aktuellen Teilnehmern auch zu erwarten, dass in vielen Fällen eine weitere Fortsetzung der Selbsthilfearbeit erfolgt, vor allem, da von diesen 4/5 mit ihrer Selbsthilfegruppe zufrieden waren. Damit war der Anteil von Zufriedenen fast doppelt so hoch wie bei den früheren Teilnehmern (45,7%).

Über die Hälfte der Selbsthilfegruppen (57,3%) waren eher offene Gruppen (d. h. es wurden zu jeder Zeit neue Mitglieder aufgenommen). Die Gruppen trafen sich meist (53,5%) wöchentlich und hatten bis zu 12 Mitglieder (83%). In 49,8% der Gruppen wurden keine Fachleute hinzugezogen, 24,9% arbeiteten manchmal und weitere 24,4% häufig mit Fachleuten zusammen. Es handelte sich also um ungeleitete Gruppen. Wie genau die Zusammenarbeit mit Fachleuten aussah, lässt sich aus unseren Daten leider nicht klären.

Eine Zuordnung der Selbsthilfegruppen zu bestimmten Erkrankungen ist schwierig, da sich die Selbsthilfegruppen erwartungsgemäß nicht an der Klassifikation nach ICD oder DSM orientieren [14]. Dementsprechend fielen die meisten Selbsthilfe-

**Tab. 1** Beschreibung der Selbsthilfegruppen (SHG) – getrennt nach Teilnehmern, die nach Entlassung in einer SHG waren, diese aber bereits wieder verlassen haben und Teilnehmern die zum Katamnesezeitpunkt in einer SHG waren

	Gesamt (n = 210 – 214) n (%)	zum Zeitpunkt der Katamnese in SHG (n = 141 – 143) n (%)	nach Entlassung in SHG aber nicht bei Katamnese (n = 69 – 71) n (%)	$\chi^2$	Sign. Phi
<b>Dauer der Mitgliedschaft</b>				$\chi^2_{(3)} = 52,5$	***; 0,50
1 – 3 Monate	59 (27,6)	19 (13,3)	40 (56,3)		
4 – 12 Monate	94 (43,9)	67 (46,9)	27 (38,0)		
13 – 36 Monate	31 (14,5)	30 (21,0)	1 ( 1,4)		
länger als 36 Monate	30 (14,0)	27 (18,9)	3 ( 4,2)		
<b>Gruppentyp</b>				$\chi^2_{(2)} = 0,6$	n. s.
Anonymus-Gruppe	28 (13,3)	18 (12,7)	10 (14,5)		
eher offene SHG <sup>1</sup>	121 (57,3)	80 (56,3)	41 (59,4)		
eher geschlossene SHG <sup>2</sup>	62 (29,4)	44 (31,0)	18 (26,1)		
<b>Häufigkeit der Gruppentreffen</b>				$\chi^2_{(3)} = 6,5$	t; 0,18
wöchentlich	113 (53,3)	69 (48,6)	44 (62,9)		
14-tägig	60 (28,3)	41 (28,9)	19 (27,1)		
monatlich	35 (16,5)	28 (19,7)	7 (10,0)		
seltener	4 ( 1,9)	4 ( 2,8)	0 ( 0)		
<b>Anzahl der Mitglieder</b>				$\chi^2_{(3)} = 7,2$	t; 0,18
bis 6 Mitglieder	77 (36,0)	43 (30,1)	34 (47,9)		
7 – 12 Mitglieder	101 (47,2)	74 (51,7)	27 (38,0)		
13 – 18 Mitglieder	25 (11,7)	17 (11,9)	8 (11,3)		
> 18 Mitglieder	11 ( 5,1)	9 ( 6,3)	2 ( 2,8)		
<b>Wie oft wurden Fachleute hinzugezogen?</b>				$\chi^2_{(2)} = 3,1$	n. s.
nie	106 (49,8)	69 (48,6)	37 (52,1)		
selten	53 (24,9)	32 (22,5)	21 (29,6)		
häufig	54 (25,4)	41 (28,9)	13 (18,3)		
<b>Zufriedenheit</b>				$\chi^2_{(2)} = 39,0$	***; 0,43
zufrieden	146 (69,2)	114 (80,9)	32 (45,7)		
weder/noch	40 (19,0)	23 (16,3)	17 (24,3)		
unzufrieden	25 (11,8)	4 ( 2,8)	21 (30,0)		

<sup>1</sup> d. h. es wurden zu jeder Zeit neue Mitglieder aufgenommen; <sup>2</sup> d. h. es wurden nur gelegentlich neue Mitglieder aufgenommen; \*\*\* p < 0,001; t = p < 0,10; n. s. = nicht signifikant

gruppen (37,6%) unter die Kategorie „nicht eindeutig bezeichnete Gruppen“. In dieser Kategorie finden sich Gruppenbezeichnungen wie „Harmonie“, „Sonntagsgruppe“ oder „Lebensfreude“. Nach der Praxiserfahrung der im Selbsthilfefeld tätigen Fachleute handelt es sich dabei im Wesentlichen um Menschen mit depressiven Störungen oder Angsterkrankungen. Die beiden nächstgrößten Themen waren mit je 13,4% nichtstoffgebundene Sucht und Essstörungen. Krankheitsverarbeitung gaben 8,9% der Selbsthilfegruppen als Thema an. 6,4% nannten Depressionen und 4,5% Ängste als Schwerpunkt ihrer Arbeit. Ängstliche und depressive Beschwerden in Kombination gaben 4,0% an, und ebenfalls 4,0% beschäftigten sich in ihrer Selbsthilfegruppe mit dem Thema Trauer. Die übrigen 7,9% der Teilnehmer nannten sonstige Themen (z.B. Angehörigengruppen, Trennung, Mobbing).

### Wer nimmt poststationäre ambulante Psychotherapie und/oder Selbsthilfe in Anspruch?

Um zu untersuchen, wer nach Entlassung aus einer psychosomatischen Klinik eine ambulante Psychotherapie und/oder eine Selbsthilfegruppe in Anspruch nimmt, wurden drei Gruppen gebildet. Um ausreichend große und möglichst eindeutige Gruppen zu erhalten, wurden Patienten mit zusätzlicher stationärer Psychotherapie und mit alleiniger Selbsthilfegruppenteilnahme aus den folgenden Analysen ausgeschlossen, sodass sich die nachfolgend definierten drei Gruppen ergaben: Die *erste Gruppe*

umfasste alle Studienteilnehmer, die nach Entlassung keine poststationäre psychotherapeutische Behandlung oder Selbsthilfegruppe in Anspruch nahmen. Die *zweite Gruppe* bestand aus Studienteilnehmern, die nach Entlassung eine ambulante Psychotherapie aber keine Selbsthilfegruppe wahrnahmen. In der *dritten Gruppe* waren alle Studienteilnehmer, die nach Entlassung an einer Selbsthilfegruppe teilnahmen und zudem in ambulanter Psychotherapie waren.

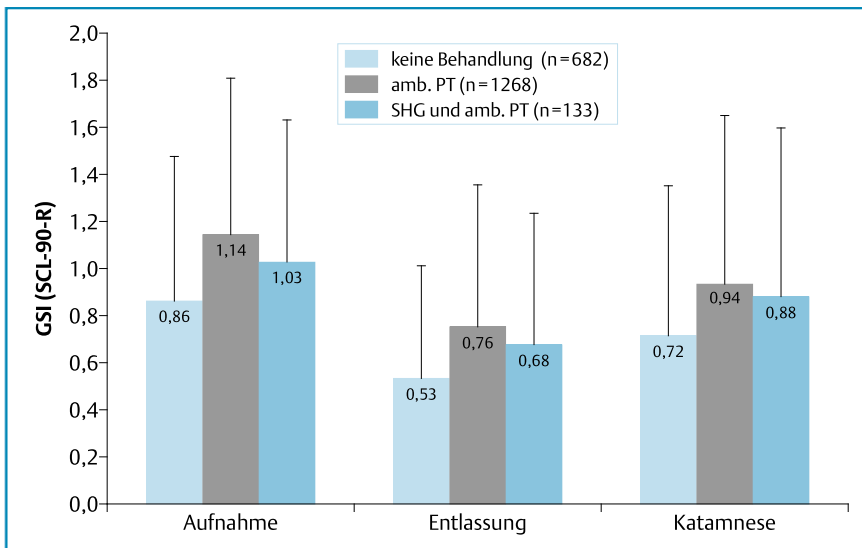
Getestet wurden soziodemografische Variablen, diagnose- und krankheitsbezogene Merkmale, Behandlungsdauer, Beurteilung der stationären Behandlung, Erfahrungen mit Psychotherapie und/oder Selbsthilfegruppen vor Aufnahme, Empfehlung der ambulanten Therapeuten, Kontrollüberzeugung, soziale Unterstützung, Persönlichkeit und interpersonale Probleme.

Es fanden sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den drei Gruppen hinsichtlich der *soziodemografischen Variablen* Geschlecht, Familienstand, Schulbildung und berufliche Situation. Die Varianzanalyse für unabhängige Stichproben ergab jedoch einen signifikanten Unterschied der drei Gruppen beim Alter ( $F_{[2]} = 20,3$ ;  $p < 0,001$ ). Anschließende Games-Howell-Tests ( $p < 0,001$ ) zeigten, dass Studienteilnehmer ohne poststationäre Behandlung ( $M = 46,0$ ;  $SD = 11,5$ ) signifikant älter waren als Studienteilnehmer mit Inanspruchnahme von Psychotherapie ( $M = 43,1$ ;  $SD = 11,7$ ;  $ES = 0,25$ ) oder Selbsthilfegruppen ( $M = 41,4$ ;  $SD = 12,5$ ;  $ES = 0,38$ ).

**Tab. 2** Psychische Erstdiagnosen nach ICD-10 in den drei Gruppen: keine poststationäre Behandlung, poststationäre ambulante Psychotherapie (PT), poststationäre Selbsthilfegruppe und ambulante Psychotherapie (SHG und PT) (n = 2494)

Psychische Erstdiagnose	Gruppe 1 keine Behandlung (n = 806)	Gruppe 2 PT (n = 1536)	Gruppe 3 SHG und PT (n = 152)	$\chi^2$ , Signifikanz	Phi
Depressionen, Dysthymia (F32, 33, F34.1)	438 (54,3)	996 (64,8)	90 (59,2)		
Angst, Angst und Depression, Zwang (F40, 41, 41.2, F42)	75 ( 9,3)	168 (10,9)	16 (10,5)		
Belastungs-, Anpassungsstörungen, PTSD, (F43)	116 (14,4)	115 ( 7,5)	12 ( 7,9)	$\chi^2_{(10)} = 78,6^{***}$	0,18
Somatoforme Störungen (F45)	70 ( 8,7)	101 ( 6,6)	10 ( 6,6)		
Essstörungen (F50)	32 ( 4,0)	84 ( 5,5)	19 (12,5)		
Sonstige	75 ( 9,3)	72 ( 4,7)	5 ( 3,3)		

\*\*\* p < 0,001, PT = poststationäre ambulante Psychotherapie, SHG = poststationäre Selbsthilfegruppe



**Abb. 2** Psychische Belastung (GSI) im Verlauf der Studie für die drei Gruppen: keine poststationäre Behandlung, poststationäre ambulante Psychotherapie (PT), poststationäre Selbsthilfegruppe und ambulante Psychotherapie (SHG und PT) (n = 2083).

Bei den *diagnose- und krankheitsbezogenen* Merkmalen fanden sich Unterschiede in den psychischen Erstdiagnosen, der psychischen Belastung und der Einnahme von Psychopharmaka. Teilnehmer ohne poststationäre Behandlung hatten häufiger Anpassungsstörungen als Teilnehmer mit poststationärer Nachsorge. Auffällig war, dass Selbsthilfeteilnehmer gehäuft unter Essstörungen litten (► **Tab. 2**). Die Unterschiede in der Diagnoseverteilung waren mit einem Phi von 0,18 jedoch eher gering. Studienteilnehmer ohne poststationäre Behandlung waren zu allen drei Messzeitpunkten weniger psychisch belastet (GSI des SCL-90-R) als Studienteilnehmer mit poststationärer Teilnahme an Psychotherapie und/oder Selbsthilfe (Games-Howell-Tests  $p < 0,05$  bis  $p < 0,001$ ; ES zwischen 0,23 und 0,45, ► **Abb. 2**). Die Dauer der Erkrankung hatte keinen Einfluss auf die poststationäre Versorgung.

Studienteilnehmer ohne poststationäre Behandlung nahmen im Katamnesezeitraum seltener Psychopharmaka ein (43,9%) als Studienteilnehmer mit poststationärer Psychotherapie (62,5%) und/oder Selbsthilfe (67,3%;  $\chi^2_{[2]} = 78,6$ ;  $p < 0,001$ ), auch wenn der Zusammenhang mit 0,18 knapp unter der Grenze (0,20) für bedeutsame Effekte lag.

Einzelne Unterschiede zeigten sich für die Dauer und das Setting der stationären Behandlung ( $F_{[2]} = 31,1$ ;  $p < 0,001$ ). Studienteilnehmer ohne poststationäre Behandlung ( $M = 38,6$ ;  $SD = 12,8$ ) waren signifikant kürzer in stationärer Therapie als Studienteil-

nehmer mit poststationärer Psychotherapie ( $M = 43,8$ ;  $SD = 17,0$ ; ES: 0,35) oder Selbsthilfegruppe ( $M = 44,7$ ;  $SD = 18,6$ ; ES: 0,38). Nach einer Rehabilitationsbehandlung nahmen signifikant weniger Studienteilnehmer eine poststationäre Psychotherapie oder Selbsthilfegruppe (57,1% bzw. 5,3%) in Anspruch als nach Behandlung in einer Akutklinik (69,8% bzw. 10,2%;  $\chi^2_{[2]} = 113,5$ ;  $p < 0,001$ ; Phi: 0,20).

Auch die *Zufriedenheit mit den Behandlungsbausteinen* Einzeltherapie ( $F_{[2]} = 13,5$ ;  $p < 0,001$ ) und Gruppentherapie ( $F_{[2]} = 8,3$ ;  $p < 0,001$ ) unterschied sich in den drei Gruppen signifikant. Für die Gespräche mit Mitpatienten fand sich kein Unterschied. Anschließende Games-Howell-Tests zeigten, dass Patienten ohne poststationäre Nachsorge ( $M = 2,02$ ;  $SD = 0,99$ ) die stationäre Einzeltherapie als signifikant weniger hilfreich<sup>2</sup> beurteilten als Patienten mit poststationärer Inanspruchnahme von Psychotherapie ( $M = 1,78$ ;  $SD = 0,90$ ;  $p < 0,001$ ; ES: 0,25) oder Selbsthilfegruppe ( $M = 1,78$ ;  $SD = 0,79$ ;  $p < 0,01$ ; ES: 0,27).

Teilnehmer einer Selbsthilfegruppe ( $M = 1,99$ ;  $SD = 0,84$ ) zeigten sich mit der Gruppentherapie zufriedener als Patienten mit anschließender ambulanter Psychotherapie ( $M = 2,22$ ;  $SD = 0,93$ ;  $p < 0,01$ ; ES: 0,26) oder Patienten ohne poststationäre Behandlung ( $M = 2,32$ ;  $SD = 0,98$ ;  $p < 0,001$ ; ES: 0,36).

<sup>2</sup> 1 = sehr geholfen, 5 = geschadet

**Tab. 3** NEO-FFI, FKK, IIP und F-SozU, (bei Aufnahme) in den drei Gruppen: keine poststationäre Behandlung, poststationäre ambulante Psychotherapie (PT), poststationäre Selbsthilfegruppe und ambulante Psychotherapie (SHG und PT) (n = 2446 – 2496)

	Gruppe 1 keine Behandlung (n = 781 – 801) M (SD)	Gruppe 2 PT (n = 1514 – 1542) M (SD)	Gruppe 3 SHG und PT (n = 151 – 153) M (SD)	Anova, Signifikanz	Games-Howell Signifikanz	Effekt- stärke
<b>NEO-FFI</b>						
Neurotizismus	2,31 ( 0,68)	2,62 ( 0,62)	2,67 ( 0,59)	$F_{(2)} = 67,9^{***}$	1–2: *** 1–3: *** 2–3: n. s.	1–2: <b>0,48</b> 1–3: <b>0,57</b> 2–3: 0,08
Extraversion	2,06 ( 0,57)	1,93 ( 0,58)	1,92 ( 0,55)	$F_{(2)} = 14,2^{***}$	1–2: *** 1–3: * 2–3: n. s.	1–2: <b>0,23</b> 1–3: <b>0,25</b> 2–3: 0,02
Offenheit	2,30 ( 0,47)	2,33 ( 0,50)	2,43 ( 0,47)	$F_{(2)} = 4,6^*$	1–2: n. s. 1–3: ** 2–3: *	1–2: 0,06 1–3: <b>0,28</b> 2–3: <b>0,21</b>
Verträglichkeit	2,59 ( 0,41)	2,57 ( 0,43)	2,53 ( 0,45)	$F_{(2)} = 1,5$ , n. s.	1–2: n. s. 1–3: n. s. 2–3: n. s.	1–2: 0,05 1–3: 0,14 2–3: 0,09
Gewissenhaftigkeit	2,73 ( 0,48)	2,64 ( 0,53)	2,54 ( 0,58)	$F_{(2)} = 12,9^{***}$	1–2: *** 1–3: ** 2–3: n. s.	1–2: 0,18 1–3: <b>0,36</b> 2–3: 0,18
<b>FKK</b>						
Selbstwirksamkeit	58,88 ( 9,54)	55,48 ( 9,20)	55,22 ( 9,87)	$F_{(2)} = 35,6^{***}$	1–2: *** 1–3: *** 2–3: n. s.	1–2: <b>0,36</b> 1–3: <b>0,38</b> 2–3: 0,03
Externalität	51,57 (11,67)	54,97 (10,73)	54,44 (10,94)	$F_{(2)} = 24,8^{***}$	1–2: *** 1–3: * 2–3: n. s.	1–2: <b>0,30</b> 1–3: <b>0,25</b> 2–3: 0,05
<b>IIP</b>						
Mittelwert Interperso- neller Probleme	1,55 ( 0,49)	1,73 ( 0,48)	1,73 ( 0,50)	$F_{(2)} = 37,8^{***}$	1–2: *** 1–3: *** 2–3: n. s.	1–2: <b>0,37</b> 1–3: <b>0,36</b> 2–3: 0,00
<b>F-SozU</b>						
Mittelwert Soziale Unterstützung	3,92 ( 0,79)	3,74 ( 0,79)	3,61 ( 0,84)	$F_{(2)} = 18,0^{***}$	1–2: *** 1–3: *** 2–3: n. s.	1–2: <b>0,23</b> 1–3: <b>0,38</b> 2–3: 0,16

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ , n. s. = nicht signifikant

Bei den Erfahrungen mit Psychotherapie vor Aufnahme zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede. Studienteilnehmer ohne ambulante Nachsorge (38,1%) hatten vor Aufnahme seltener eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen als Studienteilnehmer mit poststationärer Psychotherapie (64,4%) und/oder Selbsthilfegruppe (74,2%;  $\chi^2_{(2)} = 167,7$ ;  $p < 0,001$ ; Phi: 0,26). Keine bedeutsamen Unterschiede fanden sich bei der Inanspruchnahme von Gruppentherapie, stationärer Behandlung und anderen Verfahren (z. B. Hypnose, autogenes Training) vor Aufnahme.

Patienten, die nach Entlassung eine Selbsthilfegruppe aufsuchten, hatten mehr Vorerfahrungen mit Selbsthilfe (37,3%) als Patienten ohne Nachsorge (6,3%) und Patienten mit poststationärer Psychotherapie (10,2%;  $\chi^2_{(2)} = 131,0$ ;  $p < 0,001$ ; Phi: 0,23).

Auch hatten Selbsthilfeteilnehmer häufiger (74,3%) mit ihrem ambulanten Therapeuten über das Thema Selbsthilfe gesprochen als Patienten, die ausschließlich in ambulanter Therapie waren (32,5%;  $\chi^2_{(1)} = 104,9$ ;  $p < 0,001$ ; Phi: 0,25).

Die Auswertungen der standardisierten Fragebogen zu *Kontrollüberzeugung* (FKK), *Persönlichkeit* (NEO-FFI), *interpersonale Probleme* (IIP) und *sozialer Unterstützung* (F-SozU) finden sich in **Tab. 3**.

Teilnehmer ohne poststationäre Psychotherapie gaben eine höhere Selbstwirksamkeit und eine geringere Externalität an, als

Teilnehmer die nach Entlassung eine Psychotherapie oder Selbsthilfegruppe aufsuchten. Studienteilnehmer ohne poststationäre Behandlung beschrieben sich zudem weniger neurotisch und dafür extravertierter sowie gewissenhafter als Studienteilnehmer mit Inanspruchnahme von Psychotherapie und/oder Selbsthilfe. Auch gaben sie weniger interpersonelle Probleme und eine höhere soziale Unterstützung an (**Tab. 3**). Selbsthilfegruppenteilnehmer waren offener für neue Erfahrungen als Teilnehmer ohne Nachsorge oder Teilnehmer mit poststationärer Psychotherapie.

## Diskussion



In der vorliegenden Studie wurde eine große Patientengruppe zu poststationären Behandlungserfahrungen befragt, um das bisher in der Forschung vernachlässigte Thema der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen zu untersuchen. Wie in einer naturalistischen Studie (keine randomisierte Zuweisung) zu erwarten, gab es eine Vielzahl von Kombinationen der poststationären Behandlung. Insgesamt gaben ca. 68% an, im ersten Jahr nach Entlassung in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung gewesen zu sein. Diese Daten entsprechen den Vorbefunden, die berichten, dass zwischen 60% und 80% der Patienten im ersten

Jahr nach Entlassung eine ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen [2–4]. Insgesamt 10% waren erneut in stationärer psychotherapeutischer Behandlung, zumeist in Kombination mit ambulanter Therapie. 7,6% gaben an, nach Entlassung an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen zu haben. In einer früheren Arbeit [19] fand sich eine deutlich höhere Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen nach einer stationären Rehabilitationsbehandlung bei depressiven Patienten (zwischen 14% und 27%). Diese Zahlen erklären sich daraus, dass diese Klinik ein sehr enges Verhältnis zur Selbsthilfe hat. So kann man auf der Homepage der Klinik nachlesen: „Von Beginn der Therapie an wird eng mit Selbsthilfegruppen, die z.T. in der Klinik selbst stattfinden, zusammengearbeitet. Dies ist Teil unseres Therapieverständnisses der Hilfe zur Selbsthilfe.“ Auch wir fanden für eine eng mit einer Selbsthilfekontaktstelle verbundene Klinik drei Jahre nach stationärer psychosomatischer Akutbehandlung eine Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen bei etwa 15% der Patienten [20]. Wie schon von Höflich et al. [13] dargestellt, wurde Selbsthilfe überwiegend in Kombination mit Psychotherapie genutzt. Dies spricht dafür, dass Psychotherapie und Selbsthilfe einander ergänzende Angebote sind und nicht – wie manchmal befürchtet wird – in Konkurrenz zueinanderstehen. Die Gefahr, dass Patienten aufgrund einer Selbsthilfegruppenteilnahme eine nötige professionelle Behandlung ablehnen, scheint daher gering. Die Zufriedenheit mit beiden poststationären Behandlungsoptionen war erfreulich hoch.

Sowohl bei Psychotherapie als auch bei Selbsthilfegruppen gab es eine hohe Streuung in der Dauer der Inanspruchnahme. Dies ist aus anderen Studien zur Psychotherapie bekannt [29]. Hier könnte man optimistisch vermuten, dass sich Patienten eben die „Dosis holen“, die sie brauchen.

Patienten ohne poststationäre Behandlung hatten häufiger Anpassungsstörungen. Zudem waren sie zu allen drei Messzeitpunkten weniger psychisch belastet und nahmen seltener Psychopharmaka ein (doch immerhin zu 40%) als Patienten mit poststationärer Psychotherapie- oder Selbsthilfegruppenteilnahme. Dieser Befund entspricht Ergebnissen früherer Studien [3,5], die ebenfalls eine geringere psychische Belastung bei Patienten ohne Nachsorge fanden. Stationäre Krisenintervention bei akuten Belastungsreaktionen ist vermutlich vielfach zur Wiederherstellung psychischer Stabilität ausreichend.

Patienten aus einer Akutklinik nahmen häufiger eine ambulante Psychotherapie oder Selbsthilfegruppe in Anspruch als Patienten aus einer Rehabilitationsbehandlung. Hier könnten unterschiedliche Motivationslagen der beiden Patientengruppen eine Rolle spielen. Hinzu kommt, dass Akutkliniken häufiger wohnortnah liegen. Dadurch sind die Versorgungsstrukturen der Region in der behandelnden Klinik besser bekannt, was die Vermittlung ambulanter Nachsorge erleichtert.

Patienten ohne Nachsorge waren kürzer in stationärer Therapie und äußerten sich weniger zufrieden über die Einzel- und Gruppentherapie dort. Dies mag für einige Patienten ein Grund dafür sein, keine weitere psychotherapeutische Behandlung zu wünschen. Ein anderer Grund für die Nichtinanspruchnahme von Psychotherapie und/oder Selbsthilfegruppe könnte darin liegen, dass die Patienten ohne ambulante Nachsorge eine höhere soziale Unterstützung angaben. Sie können sich damit – falls nötig – eher Hilfe in der Familie oder im Freundes- und Bekanntenkreis holen. Auch zeigten Patienten ohne Nachsorge weniger interpersonelle Probleme und eine höhere Selbstwirksamkeit. Sie beschrieben sich als extravertierter und gewissenhafter und hatten geringere Neurotizismuswerte. Insgesamt lässt sich sagen:

Patienten ohne ambulante Nachsorge sind zu allen Zeitpunkten weniger belastet und haben durchweg bessere Ressourcen als Patienten mit poststationärer Psychotherapie und/oder Selbsthilfe. Dieses Ergebnis mag wenig überraschend sein, es bietet jedoch dem Kliniker Anhaltspunkte für eine stärkere Differenzierung der Behandlungsempfehlung anstelle einer routinemäßigen poststationären Empfehlung zur ambulanten Psychotherapie. Dementsprechend kann eine frühzeitige Besprechung und Planung der späteren Versorgung erfolgen.

Teilnehmer von Selbsthilfegruppen hatten häufiger Vorerfahrungen mit Gruppentherapie, und sie beurteilten Gruppen positiver. Auch zeigten sie sich offener für neue Erfahrungen und hatten häufiger mit ihrem ambulanten Therapeuten über Selbsthilfe gesprochen. Dieses Ergebnis unterstreicht die wichtige Rolle der ambulanten Therapeuten für die Erhöhung von Selbsthilfeaktivitäten ihrer Patienten. Hinsichtlich der Empfehlung einer Selbsthilfegruppe scheint dies am ehesten bei Patienten angebracht zu sein, die sich gut in Gruppen zurechtfinden und aufgeschlossen gegenüber neuen Erfahrungen sind.

Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ist nach unseren Daten unabhängig von der Diagnose, jedoch waren auffallend häufig Patienten mit Essstörungen in Selbsthilfegruppen. Dies könnte am ehesten auf die Verbreitung und Bekanntheit der Overeaters Anonymous, einer spezifischen Selbsthilfegruppe, zurückgehen, sowie auf die bei Betroffenen wie bei Fachleuten generell höhere Akzeptanz von Selbsthilfegruppen bei „Sucht“-Erkrankungen. Die vorliegende Studie basiert auf einem breiten Spektrum an Kliniken aus verschiedenen Versorgungsbereichen und einer großen Fallzahl. Der Rücklauf war zufriedenstellend und aufgrund der durchgeführten Analysen kann man davon ausgehen,

#### Fazit für die Praxis

- ▶ Nach Entlassung aus einer psychosomatischen Klinik nehmen ca. 8% der Patienten eine Selbsthilfegruppe und etwa 68% eine ambulante Psychotherapie in Anspruch.
- ▶ Zumeist werden Selbsthilfe und ambulante Psychotherapie in Kombination genutzt. Es finden sich keine Hinweise darauf, dass Selbsthilfe in Konkurrenz zur Psychotherapie steht.
- ▶ Beide ambulanten poststationären Behandlungsoptionen werden überwiegend positiv beurteilt.
- ▶ Patienten, welche nach Entlassung keine weiterführende Behandlung wahrnehmen, sind deutlich weniger psychisch belastet (z. B. Anpassungsstörungen) und haben in fast allen Bereichen bessere Ressourcen als Patienten mit ambulanter Nachsorge.
- ▶ Teilnehmer von Selbsthilfegruppen unterschieden sich von Patienten in ambulanter Psychotherapie nur in der positiven Beurteilung von Gruppen, in Offenheit, und darin, dass sie häufiger mit ihren ambulanten Therapeuten über das Thema Selbsthilfe gesprochen hatten.
- ▶ Wenn man Selbsthilfeaktivitäten von psychosomatisch erkrankten Patienten fördern möchte, sollte dies vor allem über die ambulanten Therapeuten erfolgen. Allerdings müssten diese dann auch über entsprechende Kenntnisse und Einstellungen bezüglich Selbsthilfegruppen verfügen (siehe hierzu auch das Manual „Hilfe zur Selbsthilfe – Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischen Beschwerden“ [30]). Informationsveranstaltungen und Erfahrungsaustausch hierüber könnten dafür nützlich sein.

dass es keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern gibt. Kritisch ist anzumerken, dass alle Angaben auf den Selbstauskünften der Patienten beruhen. Zudem war die Gruppe der alleinigen Selbsthilfeteilnehmer sehr klein und es war daher kein systematischer Vergleich dieser Gruppe mit den Übrigen möglich. In explorativen Analysen fanden wir jedoch keine Unterschiede zwischen alleinigen Teilnehmern einer Selbsthilfegruppe und Patienten mit der Kombination Selbsthilfe und Psychotherapie. Auch Patienten mit alleiniger oder kombinierter Inanspruchnahme erneuter stationärer Behandlung wurden aus statistischen Gründen (geringe Gruppengröße) aus der Analyse ausgeschlossen, da es das Ziel dieser Arbeit war, die poststationäre Inanspruchnahme von Selbsthilfe (allein oder in Kombination mit ambulanter Psychotherapie) zu untersuchen. Da es sich um eine naturalistische Studie handelt, war zu erwarten, dass wir vielfältige Kombinationen und „Dosierungen“ von poststationärer Versorgung finden. Dies erschwert sicher die Auswertung der Daten, gibt aber ein Bild der Versorgungsrealität in Deutschland. Dennoch bleiben Fragen offen, zum Beispiel welche Barrieren es bei der Inanspruchnahme poststationärer Therapie oder Selbsthilfe gibt oder welche Elemente von den Patienten als besonders hilfreich erlebt werden.

#### Institutsangaben

- 1 Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- 2 Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen Gießen
- 3 Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale
- 4 Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Heilig Geist Hospital Frankfurt/Main
- 5 Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen/Marburg
- 6 Rehabilitationszentrum Bad Kissingen der BfA, Rhön-Klinik

#### Literatur

- 1 Paar GH, Kriebel R. Stationäre Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland. *Psychotherapeut* 1998; 43: 310–315
- 2 Beutel ME, Höflich A, Kurth R et al. Stationäre Kurz- und Langzeitpsychotherapie – Indikationen, Ergebnisse, Prädiktoren. *Z Psychosom Med Psychother* 2005; 51: 145–162
- 3 Sack M, Lempa W, Lamprecht F et al. Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. *Z Psychosom Med Psychother* 2003; 49: 63–73
- 4 Junge A, Ahrens S. Stationäre psychosomatische Behandlung – Patientenmerkmale und Behandlungserfolg. *Psychother Psych Med* 1996; 46: 430–437
- 5 Kobelt A, Nickel L, Grosch EV et al. Inanspruchnahme psychosomatischer Nachsorge nach stationärer Rehabilitation. *Psychother Psych Med* 2004; 54: 58–64
- 6 Lamprecht F, Kobelt A, Künsebeck H-W et al. Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese einer ambulanten wohnortnahen Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Psychother Psych Med* 1999; 49: 387–391
- 7 Matzat J. Bürgerschaftliches Engagement im Gesundheitswesen – unter besonderer Berücksichtigung der Patienten-Selbsthilfebewegung. In: Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ Deutscher Bundestag (Hrsg): Bürgerschaftliches Engagement und Sozialstaat. Opladen: Leske + Budrich, 2003
- 8 Grunow D, Breitkopf H, Dahme H-J et al. *Gesundheitsselbsthilfe im Alltag*. Stuttgart: Enke, 1983
- 9 Grunow D. Selbsthilfe. In: Laaser U (Hrsg): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa, 1998: 683–703
- 10 Kettler U, Becker I. *Selbsthilfeförderung in der Bundesrepublik Deutschland*. NDV 1997; 5: 152–155
- 11 Hessel AM, Geyer M, Brähler E. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Akzeptanz psychosozialer Kompetenzen. *Z Psychosom Med Psychother* 2000; 46: 226–241
- 12 Gaber E, Hundertmark-Mayser J. Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen – Beteiligung und Informiertheit in Deutschland. *Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003*. *Das Gesundheitswesen* 2005; 67: 620–629
- 13 Höflich A, Meyer F, Matzat J et al. Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen durch Patienten einer psychosomatischen Klinik. *Z Psychosom Med Psychother* 2005; 51 (4): 373–387
- 14 Meyer F, Matzat J, Höflich A et al. Self-help groups for psychiatric and psychosomatic disorders in Germany – themes, frequency and support by self-help advice centres. *J Public Health* 2004; 12: 359–364
- 15 Daum KW, Matzat J, Moeller ML. Psychologisch-therapeutische Selbsthilfegruppen. Ein Forschungsbericht. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit*. Stuttgart: Kohlhammer, 1984
- 16 Moeller ML. *Anders Helfen – Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen*. Frankfurt/Main: Fischer, 1992
- 17 Stübinger D. *Psychotherapeutische Selbsthilfegruppen in der BRD*. Med. Dissertation. Gießen: 1977
- 18 Badura B, Schaeffer D, Troscke J von. Versorgungsforschung in Deutschland – Fragestellungen und Förderbedarf. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 2001; 9 (4): 294–311
- 19 Mestel R, Erdmann A, Schmid M et al. 1–3-Jahres-Katamnese bei 800 depressiven Patienten nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. In: Bassler M (Hrsg): *Leitlinien stationärer Psychotherapie – Pro und Contra*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2001
- 20 Höflich A, Gieler U, Kurth R et al. The long-term effects of and predictors for inpatient psychosomatic short-term and long-term therapy. in Arbeit
- 21 Horowitz LM, Strauß B, Kordy H. *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme IIP-D-Manual*. Göttingen: Beltz-Test, 2000
- 22 Borkenau P, Ostendorf F. *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, 1993
- 23 Krampen G. *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe, 1991
- 24 Sommer G, Fydrich T. Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZU). *Diagnostica* 1991; 27 (2): 160–178
- 25 Franke G. *SCL-90-R Symptom-Check-Liste von L. R. Derogatis*. Manual der deutschen Version. Göttingen: Beltz Test GmbH, 2002
- 26 Heuft G, Senf W. *Praxis der Qualitätssicherung: Das Manual zur PsyBaDo*. Stuttgart: Thieme, 1998
- 27 Diehl JM, Staufienbiel T. *Statistik mit SPSS Version 10.0*. Frankfurt/Main: Dietmar Klotz GmbH, 2001
- 28 Cohen J. *Statistical power analysis of the behavior sciences*. Hillsdale, N.Y.: Erlbaum, 1988
- 29 Olfson M, Marcus SC, Druss B et al. National Trends in the Use of Outpatient Psychotherapie. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (11): 1914–1920
- 30 Meyer F, Höflich A, Matzat J, Beutel ME. *Hilfe zur Selbsthilfe – Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischen Beschwerden*. BKK Bundesverband (Hrsg). Essen: Woeste Druck + Verlag GmbH & Co. KG, 2005