

Das G-TEP Protokoll

Madeleine Hemmerde

Umsetzbarkeit und Evaluation der gruppentherapeutischen EMDR-Methode G-TEP in der ambulanten Psychotherapie Eine randomisierte Pilotstudie

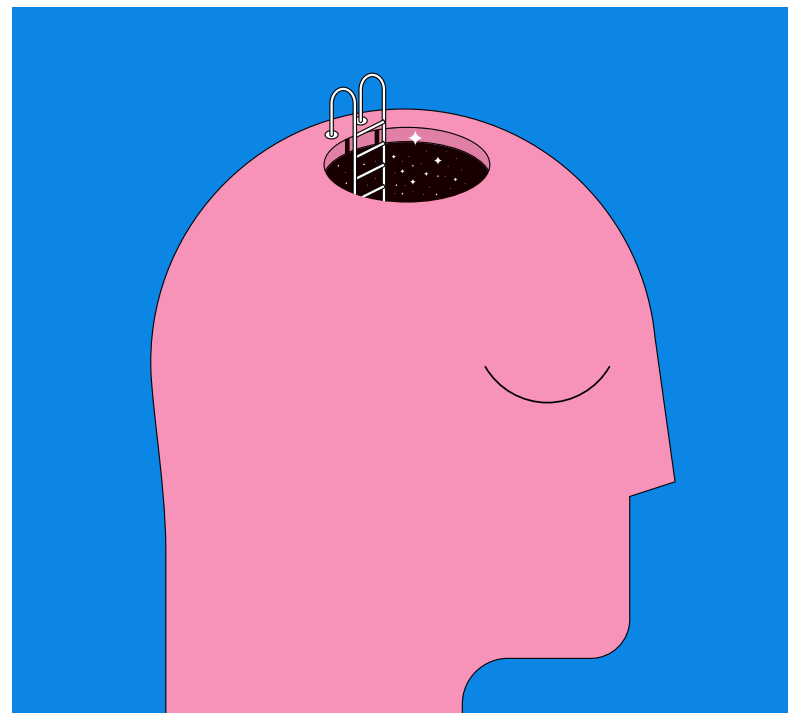
Diese Pilotstudie untersuchte die EMDR-Methode (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) in ihrer Gruppenanwendung mit dem Group Traumatic Episode Protocol (G-TEP) von Elan Shapiro, die ursprünglich für die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge entwickelt wurde. Demgegenüber untersuchte diese Studie die Umsetzbarkeit der G-TEP-Methode im ambulanten Setting und ihre Wirksamkeit auf verschiedene Symptome unabhängig von Diagnosen, um sie ggf. einer breiteren Bevölkerungsschicht zugänglich zu machen. In einem randomisierten „Wartelisten-Kontroll-Gruppenaufbau“ erhielt die Behandlungsgruppe nach einer psychoedukativen und Ressourcen-Sitzung drei 120-minütige EMDR-G-TEP-Behandlungen an drei aufeinanderfolgenden Tagen, in denen insgesamt 9 Belastungsaspekte eines ausgewählten Themenschwerpunktes mit EMDR prozessiert wurden. Die Wartekontrollgruppe erfuhr danach die gleiche G-TEP-Behandlung. Symptomausprägungen wurden vor und zwei Wochen sowie drei Monate nach der Behandlung erfasst.

Ergebnisse: In den Fragebögen BDI II, IES-R und BSCL ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen der Behandlungsgruppe und der Kontrollgruppe, die kausal auf die G-TEP-Interventionen zurückzuführen sind, nicht so im FDS. Auch das Ausmaß der subjektiv erlebten Belastung SUD in Bezug auf die bearbeiteten Aspekte und das gesamte Episodenthema nahm ab. PatientInnen berichteten zudem von positiven qualitativen Veränderungen.

Schlüsselwörter: G-TEP (Group Traumatic Episode Protocol), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Kurzzeittherapie, Intensivtherapie, Umsetzbarkeit, ambulante Psychotherapie, Gruppentherapie.

Psychische Gesundheit ist unabdingbare Voraussetzung, um das Privat- und Arbeitsleben zu bewältigen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Psychische Erkrankungen, die zu Einschränkungen von Lebensqualität, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit bis hin zur Arbeitsunfähigkeit führen, nehmen zu (de.statista, 2018; RKI. Barmer Arztreport, 2018). Hinzu kommen Natur und menschengemachte Katastrophen.

Den vielen behandlungsbedürftigen Menschen, stehen zu wenige Fachleute und lange Wartezeiten gegenüber, so dass keine zeitnahe Behandlung stattfinden kann. Die neue Flüchtlingswelle seit 2015 hat diese Situation verschärft (de-statis.de, 2017). Das Gesundheitssystem steht somit vor der Herausforderung, die Hilfebedürftigen angemessen und v. a. zeitnah psychotherapeutisch zu versorgen, um Verschlimmerung und Chronifizierung vorzubeugen. Erste wissenschaftliche Untersuchungen und eigene Erfahrungen zeigen, dass G-TEP vielversprechend ist, um im Gruppensetting mehrere Betroffene gleichzeitig behandeln und eine erste Entlastung erzielen zu können.



Die G-TEP-Methode

EMDR hat sich als evidenzbasierte einzeltherapeutische Methode bewährt und wurde aufgrund ihrer wissenschaftlich belegten Wirksamkeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, 2014) offiziell anerkannt. Trauma assoziierte Störungen wie Depression und Angst sprechen auf die EMDR-Therapie bei PTBS an (z. B. Hofmann et al., 2014). Die G-TEP-Methode wird als Early EMDR Intervention – EEI - mit einigem Erfolg angewendet. Sie wurde für Erwachsene, Jugendliche und ältere Kinder entwickelt, die

- erst vor kurzem traumatische oder lebensverändernde Ereignisse erlitten haben
- oder noch immer unter anhaltenden Konsequenzen schwerwiegender, lebensverändernder Erlebnisse leiden, die länger zurückliegen.

Sie ist für Gruppen sowie für Familien und Paare geeignet und bietet Stabilisierung, Stressregulation und Verarbeitungsprozesse.

Elan Shapiro und Brurit Laub integrieren im G-TEP u. a. Ansätze aus dem Recent Event Protocol von Francine Shapiro und ihrem EMD-Protocol. Letzteres fokussiert belastende Erinnerungen bzw. Erinnerungsfragmente (PoD – Point of Disturbance=Belastungspunkt), die mit dem belastenden Ereignis (Episodenthema) direkt verbunden sind, und unterbricht Assoziationsketten, indem die Konzentration häufig auf den Fokus zurückgelenkt und dabei sein SUD-Wert erhoben wird, den es zu reduzieren gilt. (SUD = Subjectiv Unit of Disturbance, subjektiv empfundener Belastungsgrad zwischen 0 – neutrales Gefühl/keine Belastung - und 10 – maximale Belastung.) Entsprechend des AIP-Modells (Adaptive Information Processing) werden blockierte pathogene Erinnerungen der Verarbeitung zugeführt (Shapiro,

Francine, 2001; Solomon et al., 2008). Der zeitliche Rahmen für die G-TEP-Inhalte beginnt mit dem Anfangsereignis bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt (unabgeschlossene Trauma-Episode). Die mit dem Episodenthema eng assoziierten Erinnerungen werden in der Gruppenbehandlung mit EMDR durchgearbeitet.

G-TEP wurde von E. Shapiro auf der Basis der einzeltherapeutischen R-TEP-Methode (Recent Traumatic Episode Protocol, E. Shapiro und Laub, 2008) entwickelt, die auf kurz zurückliegende traumatisierende Ereignisse zielt, die fortlaufende Konsequenzen zeitigen. Veranlasst durch die Flüchtlingswelle 2015 wurde das R-TEP zum G-TEP modifiziert, um im Gruppensetting mehrere Traumatisierte gleichzeitig behandeln zu können, mit dem Ziel, ihre anfängliche Belastung zu reduzieren, indem die Verarbeitungsprozesse angeregt werden, so dass sie stabilisierter ihren Alltag als auch die Wartezeit auf einen weiterführenden Therapieplatz besser bewältigen können.

Die PatientInnen können unter den gleichen oder unterschiedlichen belastenden Ereignissen leiden. Während der G-TEP-Behandlung sprechen die Teilnehmenden – anders als sonst üblich - nicht über belastende Inhalte, sondern tauschen sich ausschließlich über ihre positiven Erfahrungen und Kognitionen aus, was positiv verstärkend wirken kann. In EMDR-Behandlungen steht der innere Prozess, das AIP, im Vordergrund, das die Heilungsprozesse unterstützt und beschleunigt, wobei der Inhalt zurücktritt. Dies kommt dem G-TEP-Gruppensetting entgegen, da situationsgemäß die Interaktion zwischen Patient/in und Therapeut/in eingeschränkt ist, weil kein Narrativ über die Episodenbelastungen und keine Rückmeldung über die während des Prozessierens auftauchenden belastenden Inhalte erfolgt. Es findet hingegen eine enge Führung Schritt für Schritt durch den standardisierten, therapeutischen Prozess statt.

G-TEP – Forschung

Zum Zeitpunkt der Studiendurchführung 2019 lagen nur zwei randomisierte G-TEP-Studien vor.

An der randomisierten Untersuchung von **Lehnung** et al. (2017) nahmen 18 Flüchtlinge aus dem Irak und Syrien aus einem deutschen Flüchtlingscamp teil. Der IES-R-Score lag über 33, was die Diagnose PTBS nahelegt. Nach einer psycho-educativen Sitzung folgten zwei EMDR-G-TEP-Sitzungen an zwei aufeinanderfolgenden Tagen. Nach der Behandlung zeigte die Experimentalgruppe signifikante Verbesserungen im IES-R. Die Verbesserungen im BDI-II waren nicht signifikant, was auf die geringe Fallzahl zurückzuführen sein könnte.. In der Kontrollgruppe blieben die Belastungswerte gleich.

Yurtsever et al. (2018) behandelten in einer randomisierten Studie 47 syrische Flüchtlinge in einem Flüchtlingslager in der Türkei mit G-TEP, die im IES-R mindestens 33 Punkte auswiesen. Die Experimentalgruppe erhielt 2 G-TEP-Sitzungen innerhalb von 3 Tagen und zeigte nach der Behandlung signifikant niedrigere IES-R-Werte als die Kontrollgruppe. Bei der

4-Wochen-Nachuntersuchung waren diese Unterschiede jedoch nicht mehr vorhanden, was durch den Mangel an äußerer Sicherheit (potenziell (re-) traumatisierende Belastungen im Flüchtlingslager, Konfrontation mit Triggern) erklärt wird. Durchschnittliche BDI-II-Werte von etwa 32 vor der Behandlung (schwere depressiven Symptomatik) verringerten sich in der Experimentalgruppe nach der Behandlung sowie bei der Nacherhebung signifikant, in der Kontrollgruppe jedoch nicht. Der Anteil der Teilnehmenden hinsichtlich der PTBS-Diagnose sank um 44,4% nach der Behandlung und lag bei 38,9% beim Follow-up im MINI. Die Kontrollgruppe zeigte keine Veränderungen. Die Autoren empfehlen, für bessere Ergebnisse mehr Sitzungen durchzuführen.

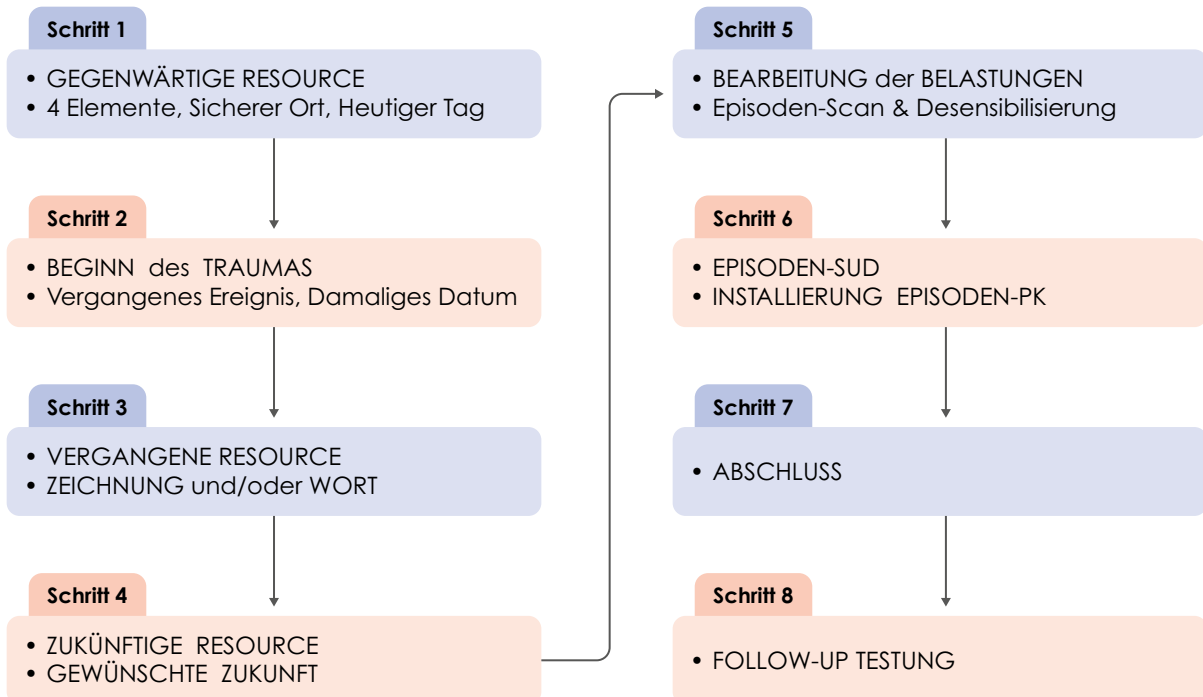
Roberts (2018) behandelte 35 KrebspatientInnen nach einer individuellen Sitzung für Anamnese und Information mit zwei EMDR-G-TEP-Sitzungen an aufeinanderfolgenden Tagen. Die PTBS-Symptomatik (SPRINT) und BDI-II-Werte verringern sich signifikant im Post-Test sowie nach einem Monat. Die Angstsymptome nahmen zwischen dem Prä- und Posttest signifikant ab (State and Trait Anxiety Inventory-STAI). Dieser Unterschied bestand zwischen Vortest und Nachuntersuchung nicht mehr. Die Autorin empfiehlt, mehr als 2 EMDR-G-TEP-Sitzungen durchzuführen.

Tsouvelas et al. (2019) behandelten 20 Fachkräfte einer Abteilung für psychische Gesundheit mit G-TEP, damit sie besser mit ihren arbeitsbezogenen Stressoren umgehen können. Nach einer Stabilisierungssitzung bearbeiteten sie in einer einzigen EMDR-G-TEP-Sitzung ein stressiges Ereignis, das sie kürzlich an ihrem Arbeitsplatz erlebt hatten. Die Belastungswerte im IES-R und die subjektive Belastung (SUD) nahmen signifikant ab. Der negative Affekt in Bezug auf den Arbeitsplatz verringerte sich in der Job Affect Scale.

Der G-TEP - Ablauf

Die G-TEP-Methode umfasst die acht Phasen des EMDR für Traumata, die kurz zurückliegen (s. Abb. 1) (Shapiro, E., 2018)

Abb. 1



EMDR Forschung

Alle Teilnehmenden haben ihr Arbeitsblatt (s. Abb. 2) vor sich liegen. In Schritt 1 wird der allgemein empfundene SUD „vorher“ erhoben, um dann gegenwärtige Ressourcen in Form der Stabilisierungsmethode „4-Elemente-Übung“ (Shapiro, E., 2009) zu erarbeiten (Erdung, Atmung, Visualisierung, emotionale und körperliche Entspannung), die den Inneren sicheren Ort beinhaltet. Die positiven Gedanken, Bilder, Gefühle und Körperempfindungen werden mit Ressourcen stärkenden BLS (bilateralen Stimulationen: Schmetterlingsumarmung; Artigas et al., 2000) verstärkt und verankert. Diese Technik können die TN zukünftig eigenständig anwenden, um besser mit belastenden Erinnerungen und Gefühlen umzugehen. Anschließend wird der SUD „nachher“ erhoben; sollte darin keine Stressreduktion eingetreten sein, wird auf Indikation einer Einzeltherapie geprüft, da diese Teilnehmenden sich evtl. beim Bearbeiten schwerer Belastungen zu wenig selbst regulieren könnten.

Name/Code
 Datum

Schritt 3: frühere RESOURCE

Überschrift

Schritt 5: PoD Level Bearbeitung

[0-10] **PoD 3**

Seit 3

Seit 6

Seit 9 [0-10]

Schritt 4: Gewünschte Zukunft

- ich bin jetzt sicher (genug)
- Ich kann es schaffen
- Es ist passiert/es ist vorbei
- Ich habe überlebt
- Ich tat was ich konnte
- Ich habe Stärken
- Ich kann (lernen zu entscheiden, zu handeln)
- Ich habe Hoffnung
- Ich habe daraus gelernt
- Andere

Schritt 2: frühere RESOURCE

[0-10] Überschrift

[0-10] **PoD 3**

Seit 3

Seit 6

Seit 9 [0-10]

Schritt 6: EPISODEN level [0-10]

Episoden SUD

Episoden PK

Schritt 1: Gegenwärtige Sicherheit

[0-10] Vorher Nachher [0-10]

Erde - Luft - Wasser - Licht

SICHERER ORT

DATUM DAMALS

.....

TRAUMATISCHE EPISODE

DATUM HEUTE

.....

Schritt 2 benennt das Anfangsereignis, mit dem das Belastungsthema begonnen hat. Schritt 3 erfragt eine vergangene Ressource (positive Erinnerung) und verankert diese mit der Schmetterlingsumarmung. Schritt 4 erarbeitet die Positive Kognition (Ziel der G-TEP-Arbeit). Nach den Ressourcen-Teilen Schritt 1, 3 und 4 können die Teilnehmenden sich über ihren Wohlfühlort, ihre schönen Erinnerungen und ihre gewünschte Zukunft austauschen. Somit ist das auf dem Arbeitsblatt mittig gelegene Feld Schritt 5 für die belastenden Aspekte (PoDs) von Ressourcen umgeben. Mit der „mentalen Google-Suche“ wird der erste Belastungspunkt PoD 1 gesucht, der irgendwo auf der Zeitschiene vom Anfangsereignis bis zur Gegenwart liegt, und im Mittelfeld eingetragen/gemalt nebst seinem gegenwärtig erlebten SUD. Die folgende bilaterale Stimulation führen die Teilnehmenden jeweils selbst aus, indem sie zwischen Schritt 1 (gegenwärtiger Sicherer Ort) und den betreffenden PoD-Feld hin und her tippen (ein- oder beidhändig), derweil gleichzeitig die Augen den Händen von links nach rechts folgen. Nach der ersten Runde erfolgt eine Pause, um kurz die Gedanken, Gefühle, Bilder und Körperempfindungen bewusst wahrzunehmen. Danach geht es in die zweite Runde der BLS, der eine weitere Pause und eine dritte Runde BLS folgen. Nach diesem ersten Durchgang mit 3 Runden (sets) wird bewusst

zum ursprünglich notierten PoD 1 zurückgekehrt und der jetzt empfundene SUD eingetragen (Unterbrechung der Assoziationsketten und Re-Fokussierung auf PoD1). Dieses Schema wird noch zwei Mal wiederholt, so dass 3 x 3 Runden getippt wird. In einer erneuten „Google-Suche“ wird ein 2. PoD gesucht, der wieder eng mit dem Episodenthema assoziiert ist, und gemäß dem geschilderten Ablauf prozessiert wird. Gleiches wird mit einem 3. PoD in derselben Sitzung gemacht. Schritt 6 dient der Integration des durchlaufenen Prozesses. Die Teilnehmenden denken an die gesamte belastende Episode zurück und tragen den jetzt ausgelösten Belastungsgrad ein. Sie notieren den jetzt stimmigen, positiven Gedanken über die gesamte Episode in Schritt 6. Nach dem Austausch über ihre positiven Sätze und Erkenntnisse verankern die Teilnehmenden ihren positiven Gedanken und die damit verbundenen angenehmen Gefühle, Bilder und Körperempfindungen mit der Schmetterlingsumarmung. In Schritt 7 findet der Abschluss statt, indem zur Stabilisierung die 4-Elemente-Übung wiederholt und ggf. weitere Containing-Übungen, wie der „innere Tresor“, angeleitet werden. Schritt 8 überprüft, ob weitere Sitzungen indiziert sind.

Vorliegende Studie

Ziel dieser Studie ist es, die Umsetzbarkeit des G-TEP im ambulanten Setting und seine Wirksamkeit zur Reduzierung der Stärke allgemeiner Symptome, unabhängig von Diagnosen, zu untersuchen. In der durchführenden psychotherapeutischen Praxis der ambulanten Standardversorgung werden Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit den Schwerpunkten Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, EMDR und Traumatherapie behandelt.

Teilnehmer/Teilnehmerinnen

Die Stichprobe umfasste 18 Personen (15 Frauen, 3 Männer) im Alter von 20 bis 65 Jahren. Sie wurden im Erstkontakt während der telefonischen Sprechstunde durch eine sozialpädagogische Assistentin auf ihr Interesse an der Teilnahme sowie ihre Eignung geprüft und über die Studie aufgeklärt. Sie erhielten eine schriftliche Studienbeschreibung und erteilten ihre schriftliche informierte Einwilligung zur Teilnahme. Eine weitere Besprechung der Studie erfolgte in den anamnestischen Einzelgesprächen mit der durchführenden Psychotherapeutin vor Beginn der G-TEP-Behandlung. Da eine möglichst breit gestreute Population erreicht werden sollte, gab es nur wenige Ausschlusskriterien: akute Psychosen und Suizidalität, schwere dissoziative Störungen und Alkohol-/Drogenabusus. Die Teilnehmenden sollten bis zum Abschluss der Studie keine weitere Therapie beginnen und ihre Medikation nicht ändern. Eine Assistentin ordnete sie randomisiert mit Hilfe der Urnenmethode der Behandlungs- (BG) und der Wartekontrollgruppe (WKG) zu.

Die Symptomatiken der PatientInnen sind entsprechend ICD10, Kap.V (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) folgenden Störungsbildern zuzuordnen:

Erst-Diagnosen: F3 Affektive Störungen, F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

Zweit- und Dritt-Diagnosen: außerdem F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Arbeitshypothesen

Die G-TEP-Behandlung führt zu einer signifikanten Verbesserung:

- der Symptomstärke bei der Experimentalgruppe Prä-Post gegenüber der unbehandelten Kontrollgruppe Prä-Postwait (**T₀ – T₁**)
- der Symptomausprägung bei der Kontrollgruppe (prä- zu post-treatment) (**T₀ – T₂**)
- der durchschnittlichen SUD-Werte über die 9 PoDs (**Prä-Post-Vergleich bei beiden Gruppen**)
- der durchschnittlichen Episoden-SUDs von der 1. zur 3. EMDR-Sitzung in beiden Gruppen
- der Prä-Post-Behandlungseffekte der gesamten Stichprobe (**T₀ – T₁/T₂**).

Assistenz

Eine klinische Assistentin (Diplom-Psychologin und EMDR-Therapeutin) wurde von der Untersucherin in G-TEP geschult und in den Ablauf der Studie eingewiesen. Ihre Hauptaufgaben waren: a) die Abläufe während der Umsetzung der einzelnen Behandlungsphasen zu beobachten und zu protokollieren, b) die Reaktionen der ProbandInnen während der Therapie zu beobachten und sie ggf. emotional zu unterstützen, falls Teilnehmende etwa dissoziiert oder in eine psychische Abreaktion geraten wären, sowie c) die Einhaltung des Protokolls zu überprüfen. Eine ebenfalls in den Studienablauf eingewiesene sozialpädagogische Assistentin übernahm den telefonischen Erstkontakt und die Einweisung der ProbandInnen. Eine Hilfskraft gab die Daten ein. Es war keine Krisenintervention notwendig.

Messzeitpunkte nach dem Messwiederholungsmodell

1. **T₀**: Vor Behandlungsbeginn: Behandlungs- und Kontrollgruppe
2. **T₁**: 2 Wochen nach Behandlung der Behandlungsgruppe: Behandlungs-(post) und Kontrollgruppe (postwait)
3. **T₂**: 2 Wochen nach Behandlung der Kontrollgruppe: Kontrollgruppe (post)
4. **T₃**: 3 Monate nach Behandlung der Experimental- und der Kontrollgruppe

Methode

Diese Untersuchung hatte einen randomisierten und einen auf Seiten der PatientInnen einfach verblindeten Wartelisten-Kontrollgruppen-Aufbau (s. Abb.3), in der eine Behandlungsgruppe mit einer Kontrollgruppe verglichen wurde. Letztere wurde ebenfalls mit G-TEP behandelt, nachdem die Nach-Testung beider Gruppen (T₁) erfolgt war. Bei dieser Studie mussten die einschneidenden Belastungen nicht zu einer PTBS geführt haben, aber i. S. einer un abgeschlossenen Episode belastende Auswirkungen bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt im Leben der Betroffenen gezeitigt haben. Nach der ersten psycho-edukativen Sitzung wurde der EMDR-G-TEP-Behandlungsablauf an drei aufeinander folgenden Tagen wiederholt, so dass insgesamt 9 PoDs prozessiert wurden.

Messinstrumente

Alle verwendeten Tests sind Fragebögen zur Selbsteinschätzung.

Der **BDI II - Beck Depressions-Inventar** (Hautzinger, 2006) erfasst die Schwere von depressiven Symptomen.

Der **IESR – Impact of Event Scale** (Wagner et al., 2012) erfasst Symptome der Posttraumatischen Belastung auf den drei Skalen Intrusion/Wiedererleben, Hyperarousal und Vermeidung.

Der **DES II - Dissociative Experiences Scale** (Bernstein-Carlson/Putnam, 1986/1999) erfasst dissoziative Symptome auf 3 Skalen.: Absorption, Amnesie und Depersonalisation/Derealisation.

Der **BSCL – Brief Symptom Checklist** (Franke, 2017) erfragt breit gefächerte Symptome aus neun Skalen: Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit. und drei globale Kennwerte, u. a. den GSI für grundsätzliche psychische Belastung. dto.?

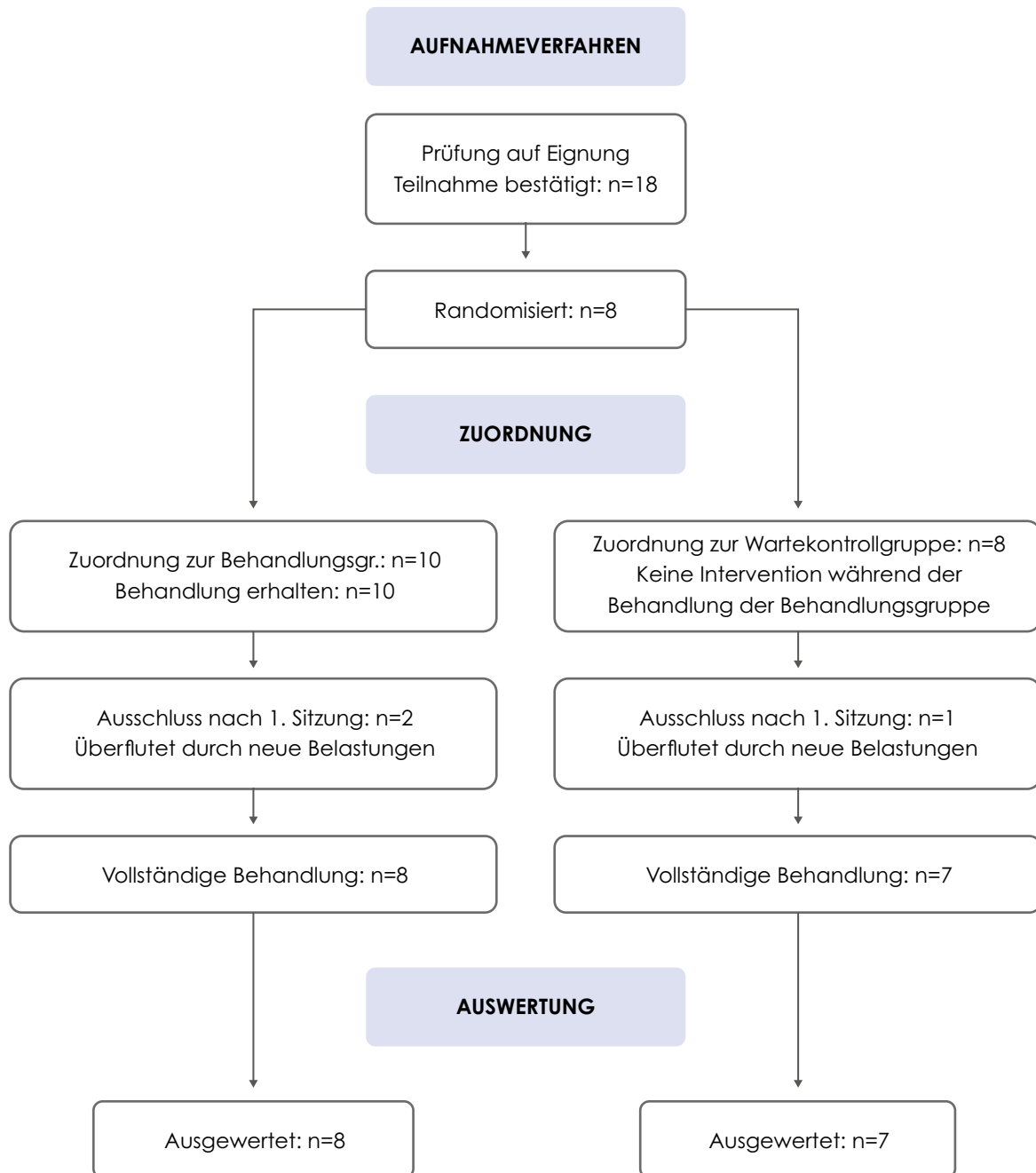
Behandlungsmethode und Vorgehen

G-TEP gemäß Manual von Elan Shapiro (2018).

Behandlungsmethode und Vorgehen

G-TEP gemäß Manual von Elan Shapiro (2018).

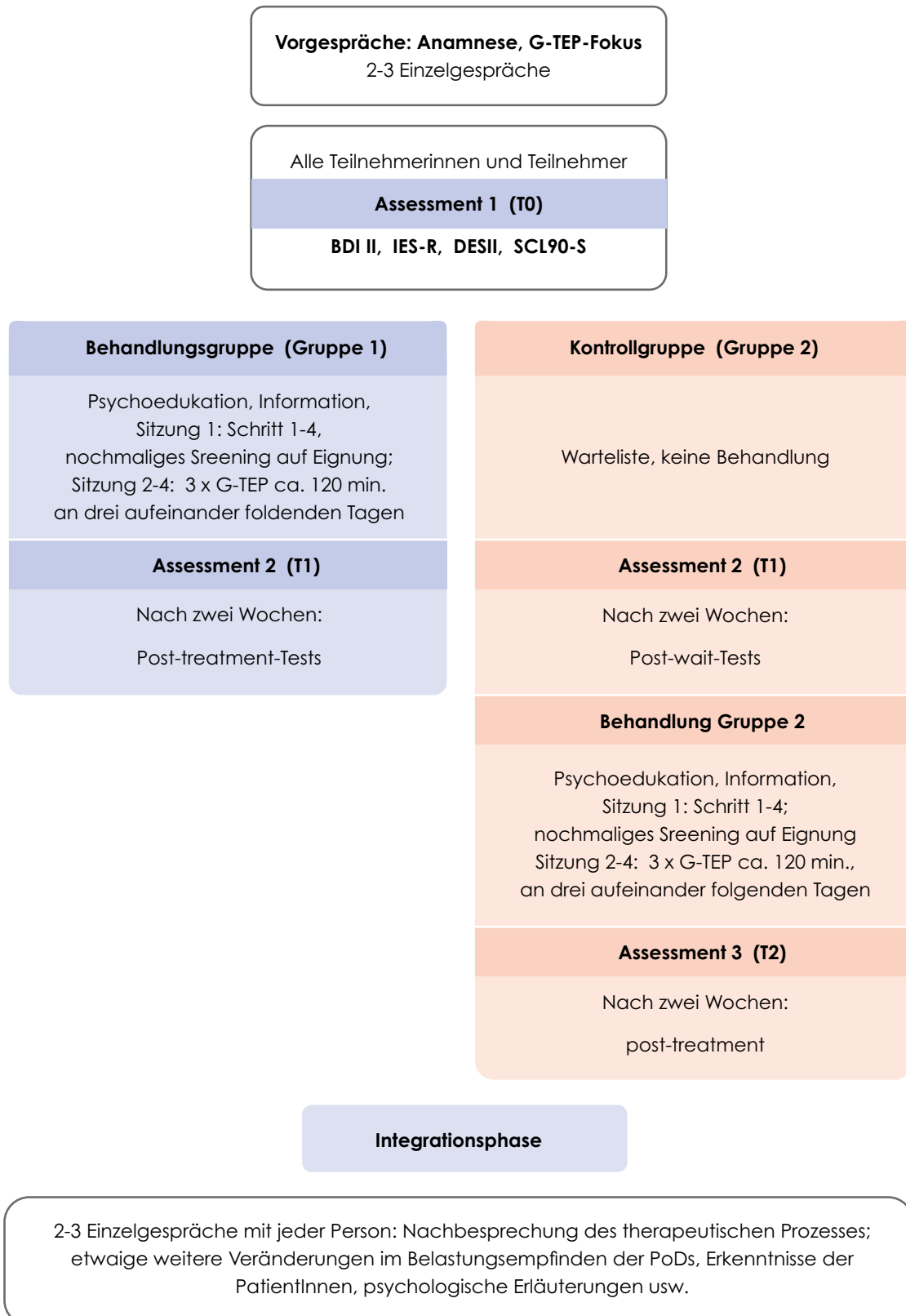
Abb. 3



Studienaufbau

Studiendesign G-TEP Pilotstudie

Abb. 4



Von den 18 Teilnehmenden wurden randomisiert jeweils 9 Personen der Behandlungsgruppe (BG) und der Wartekontrollgruppe (WKG) zugeteilt. Eine TN musste wegen Krankenbehandlung der BG zugeordnet werden, so dass dort 10 und in der WKG nun 8 TN waren, fiel jedoch nach der 1. Sitzung wieder heraus. Beim ersten Behandlungstreffen der BG (Psycho-Edukation, Ressourcenentwicklung) wurden die Teilnehmenden über mögliche Auswirkungen belastender Lebensumstände und deren Aufrechterhaltung sowie den Ablauf der G-TEP-Behandlung informiert; anschließend wurde Schritt 1-4 erarbeitet. Die BG erhielt danach die EMDR-G-TEP-Behandlung an drei aufeinander folgenden Tagen, die WKG blieb derweil unbehandelt. Nach Testung beider Gruppen erhielt die WKG die gleiche Behandlung.

Nur lag bei dieser aus organisatorischen Gründen ein Tag zwischen der zweiten und der dritten EMDR-G-TEP-Sitzung. Sie wurde 2 Wochen danach erneut getestet. (Abb.4) Nach der ersten Sitzung (Ressourcenentwicklung) schieden aufgrund aktueller Ereignisse 3 Personen aus: zwei aus Gruppe 1, da sie zu instabil für die EMDR-G-TEP-Sitzungen erschienen, und eine aus Gruppe 2; diese verblieb jedoch in der statistischen Auswertung (Vergleich T₀ – T₁, BG vs. unbehandelten WKG).

Die Dauer jeder BLS-Runde betrug 30 Sekunden; die Schnelligkeit der BLS wurde von der Therapeutin vorgegeben, konnte jedoch bei Bedarf individuell angepasst werden. Jede Sitzung dauerte ca. 2 Zeitstunden.

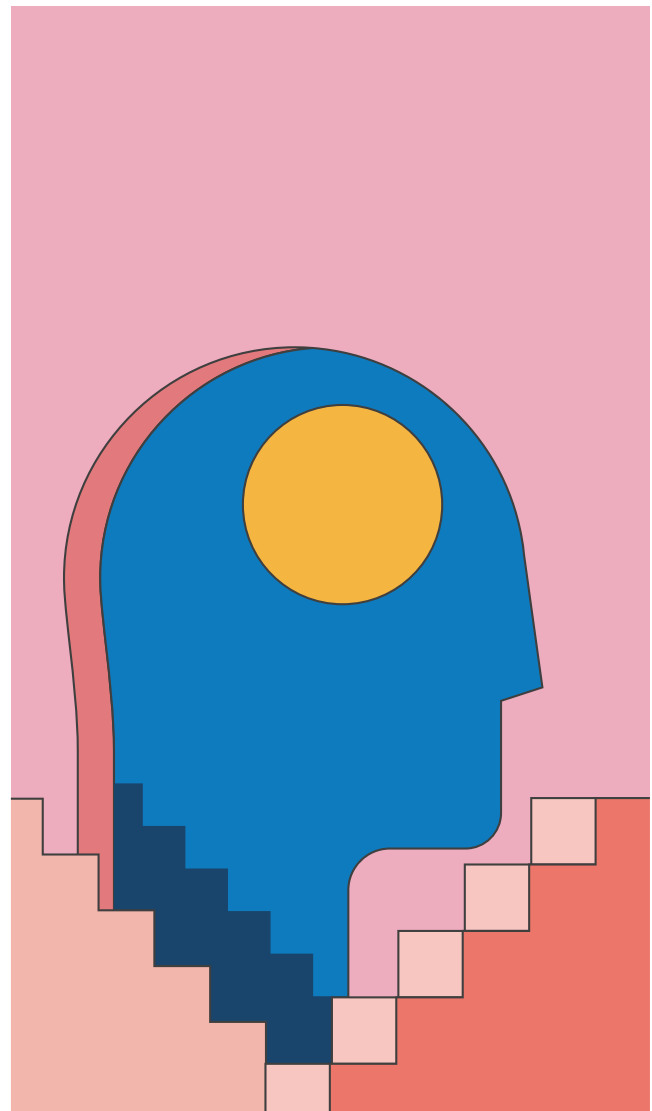
Datenanalyse

Die Datenauswertung wurde mit dem Statistical Package for Social Sciences (SPSS 26; IBM Inc., Armonk, NY) durchgeführt. Die Geschlechterverteilung in beiden Gruppen wurde mittels exaktem Fisher-Test und Altersunterschiede mittels Mann-Whitney U-Test verglichen.

Die Behandlungseffekte wurden mittels Varianzanalyse mit der Variable Gruppe (Behandlungs- /Wartekontrollgruppe) als Zwischensubjektfaktor und Messzeitpunkt als Inner-subjektfaktor untersucht. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < .05$ festgelegt, korrigiert nach Bonferroni-Holm für die Anzahl der parallelen Vergleiche (4 Symptom-Scores).

Es waren mehr Frauen ($n=15$) als Männer ($n=3$) im Sample. Beide Gruppen unterschieden sich nicht in der Geschlechterverteilung ($p=1.0$). Das mittlere Alter hingegen war in der Behandlungsgruppe signifikant höher ($M=55,3$ J., $SD 13,7$) als in der Kontrollgruppe ($M=40,9$ J., $SD 4,3$; $U=7,5$; $p=.008$).

Beide Gruppen begannen jeweils in den Werten von BDI II, BSCL und IES-R mit einem etwa gleich hohen Ausgangswert. Nach der G-TEP-Behandlung zeigte sich ein signifikanter Unterschied in den gemittelten Werten (Tab.1) im Vergleich der Behandlungsgruppe mit der Kontrollgruppe: in allen drei Tests nahmen die Werte der BG signifikant ab, ohne dass Gruppenunterschiede vorlagen (BDI II: $p=.020$; BSCL: $p=.007$; IES-R: $p=.001$). Die Kontrollgruppe wies ebenfalls nach ihrer Behandlung eine Verbesserung in den jeweiligen Testwerten auf. Auch die Gesamtstichprobe von 15 Personen, die die Behandlung vervollständigt hatte, erfuhr eine signifikante Reduktion ihrer jeweiligen Symptomwerte (BDI II: $p=.001$; BSCL: $p=.001$; IESR: $p=.001$). (Abb.5a-c) Für beide Gruppen gab es keinen signifikanten Prä-Post-Effekt im FDS.



Test	BG (n=8)		WKG (n=8)		Statistik	Beide Gruppen (n=15: BG=8, WKG=7)			
	Prä M (SD)	Post M (SD)	Prä (T0) M (SD)	Postwait M (SD)		Post M (SD)	Zeit	Gruppe	Gruppe x Zeit
BDI II	11,88 (11,85)	20,8 (15,33)	21,8 (13,86)	22,37 (10,89)	F(1,14)=6.92, p=.020, partial η ² = .331	12,93 (9,18)	F(1,13)=17.1, p=.001, partial η ² =.568	F(1,13)=0.22, p=.647, partial η ² =.017	F(1,13)=0.05, p=.832, partial η ² =.004
BSCL	0,63 (0,89)	1,16 (0,92)	1,24 (0,92)	1,2 (0,67)	F(1,14)=9.87, p=.007, partial η ² = .413	0,72 (0,65)	F(1,13)=30.2, p<.001, partial η ² =.699	F(1,13)=0.21, p=.655, partial η ² =.016	F(1,13)=0.05, p=.832, partial η ² =.004
FDS	8,34 (8,04)	9,91 (7,8)	15,13 (12,57)	14,38 (10,64)	F(1,14)=.092, p=.766, partial η ² = .007	9,21 (7,21)	F(1,13)=6.31, p=.026, partial η ² =.327	F(1,13)=0.85, p=.375, partial η ² =.061	F(1,13)=2.44, p=.142, partial η ² =.158
IES-R	27,63 (25,53)	52,5 (22,75)	50 (30,27)	53,50 (30,12)	F(1,14)=18.56, p=.001, partial η ² = .570	33,67 (25,85)	F(1,13)=26.9 p<.001, partial η ² =.674	F(1,13)=0.20, p=.666, partial η ² =.015	F(1,13)=4.14, p=.063, partial η ² =.242

Im FDS bestanden signifikante Gruppenunterschiede für die Werte der dissoziativen Phänomene bei der Prä-Testung zwischen BG und WKG (p=.766), jedoch keine signifikanten Unterschiede nach Behandlung der BG im Vergleich mit der unbehandelten Kontrollgruppe (p=.766).

Abb.5b: BSCL-Mittelwerte - Vergleich Behandlungs- mit Kontrollgruppe vor und nach der G-TEP-Behandlung zu T0-T1-T2 und beide Gruppen Prä-Post

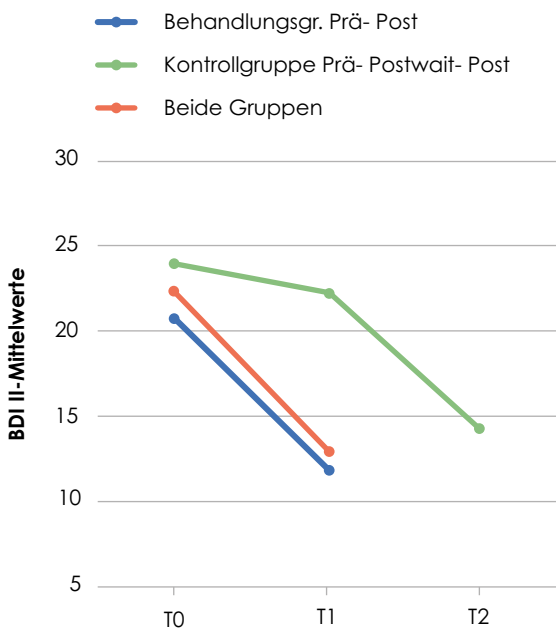


Abb. 5a: BDI II-Mittelwerte: BG Prä-Post vs. WKG Prä-Postwait -Post(T0-T1-T2) und beide Gruppen Prä-Post

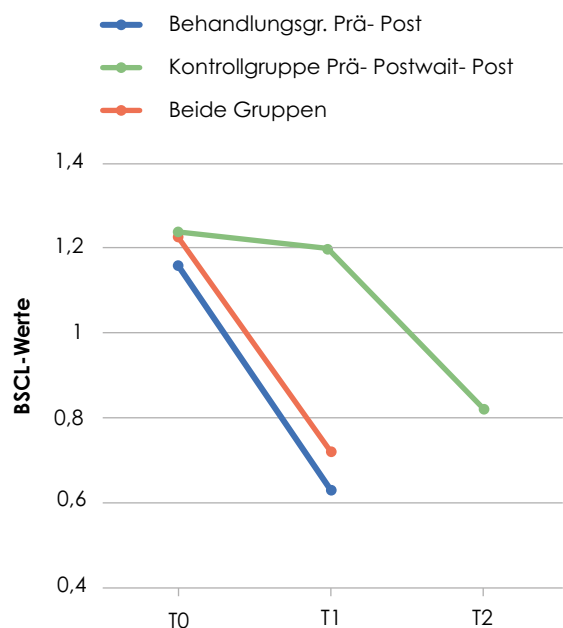
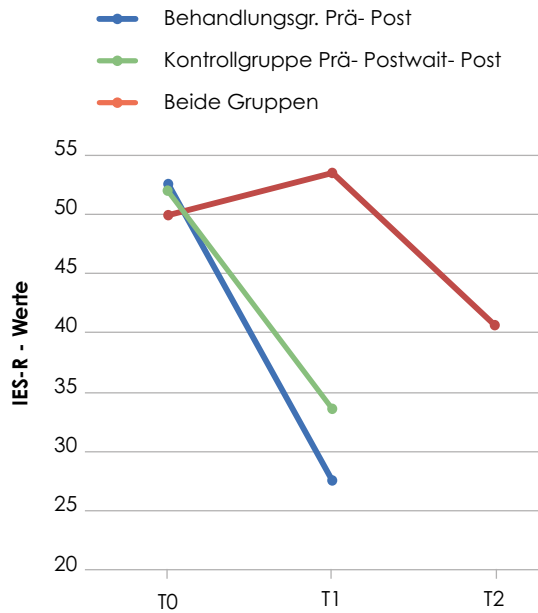


Abb. 5c: IES-R-Mittelwerte: Vergleich BG Prä-Post mit WKG Prä-Postwait-Post (T0-T1-T2) und beide Gruppen Prä-Post



Verlauf des Episoden-SUD nach den EMDR-G-TEP-Behandlungen 1, 2 und 3 (Tab.2)

Der Vergleich der auf die gesamte belastende Episode bezogenen Belastungsgrade SUD nach den drei einzelnen EMDR-G-TEP-Sitzungen (Tab.2) zeigte, dass sowohl die Behandlungs- als auch die Kontrollgruppe signifikant von der G-TEP-Behandlung profitierten ($p=.003$). Im Mittel fiel der erste Episoden-SUD der BG von 5 auf 4 beim 3.Episoden-SUD; bei der WKG fiel er im Mittel von 7 auf 5,57. Kein Gruppenunterschied. (Abb.5d)

	BG (n=8)	WKG (n=7)	Statistik		
	M (SD)	M (SD)	Zeit	Gruppe	Gruppe x Zeit
SUD PoD1	7,18 (1,77)	7,18 (1,77)	F(1,13)=43.96, p<.001, partial $\eta^2 = .77$	F(1,13)=0.02, p=.891, partial $\eta^2 = .002$	F(1,13)=0.02, p=.883, partial $\eta^2 = .002$
SUD PoD4	4,76 (2,8)	4,76 (2,8)			
Episoden SUD 1	7 (2,38)	7 (2,38)	F(2,26)=7.34, p=.003, partial $\eta^2 = .361$	F(1,13)=1.39, p=.26, partial $\eta^2 = .097$	F(2,26)=7.2, p=.495, partial $\eta^2 = .053$
Episoden SUD 2	5,86 (3,13)	5,86 (3,13)			
Episoden SUD 3	5,57 (2,82)	5,57 (2,82)			

Der Vergleich des durchschnittlichen Belastungsgrades SUD 1 mit SUD 4 über alle neun prozessierten PoDs zeigte, dass beide Gruppen signifikant von der Behandlung profitierten ($p<.001$, kein Gruppenunterschied). Im Mittel fiel bei der BG der Wert von SUD 1 mit $M=6,92$ auf $M=4,61$ bei SUD 4 und bei der WKG von SUD 1 mit $M=7,18$ auf $M=4,76$ bei SUD 4. (Abb.5d)

Darüber hinaus berichteten Teilnehmende, dass sie qualitative Veränderungen an sich erlebten, z.B. verbesserte Selbstwahrnehmung, größere Bewusstheit und Erkenntnisse über ihr Belastungsthema, höhere Distanzierung davon, gelassenerer Umgang mit Stressoren, verbesserte Selbstregulation.

Bei dieser Studie wurde auch ein drei-Monats-Follow-Up erhoben, dessen vorläufige Auswertung darauf hinweist, dass die Ergebnisse aus der Post-Messung weitgehend erhalten blieben. Da in jeder Gruppe eine Person nicht an der Nachtestung teilnahm, erschien die Stichprobe zu klein, um sie hier darzustellen. Diese Daten sollen in die Auswertung der größeren Gesamtstichprobe aus der fortgeführten Studie einfließen.

Datenanalyse

Die G-TEP-Methode erwies sich im ambulanten Therapierahmen umsetzbar. Die G-TEP-Intervention erzielte bei Personen mit unterschiedlichen Diagnosen signifikante Verringerungen der Depressivitätswerte im BDI II, der traumaassoziierten Belastungssymptomatik im IESR und der allgemeinen Symptombelastung im BSCL. Die Verbesserungen sind ausgehend vom Vergleich einer Behandlungs- mit einer Wartekontrollgruppe kausal auf die G-TEP-Intervention zurückzuführen. Das Ausmaß der subjektiv erlebten Belastung durch die bearbeiteten problematischen Ereignisse/Themen nahm nach nur drei EMDR-G-TEP-Sitzungen signifikant ab.

Da die Altersverteilung zwischen Experimental- und Kontrollgruppe signifikant unterschiedlich war und beide dennoch im Post-Behandlungs-Test die gleiche Effektstärke hatten, spricht dies dafür, dass die Methode altersunabhängig wirkt. Da die Anzahl an Teilnehmenden recht gering war, kann die Aussage nicht als repräsentativ gesichert gewertet werden. Gleichwohl zeigen die Ergebnisse, dass es lohnenswert ist, die Forschung an einer größeren Population fortzusetzen. Ebenso zeigen sie Parallelen zu denen von z. B. Lehnung et al. (2017), Yurtsever et al. (2018). G-TEP könnte eine effektive Methode sein, um auf dem Hintergrund eines hohen Mangels an PsychotherapeutInnen zeitnah mehrere Menschen in Gruppen intensiv- und kurzzeittherapeutisch zu behandeln, ihnen eine erste Entlastung zu verschaffen und eine gute Vorarbeit für eine weiterführende Psychotherapie zu leisten.

Es wäre vorstellbar, G-TEP mit mehreren Gruppensitzungen anzubieten und eine noch deutlichere Entlastung zu erzielen. Weshalb in den Dissoziationswerten (FDS) keine signifikanten Änderungen entstanden, bleibt weiterer Forschung vorbehalten.

In diesem Arbeitsansatz war der Themenfokus nicht immer - wie meist bei PTBS-PatientInnen - durch traumatische

Ereignisse klar umrissen, so dass in den Vorgesprächen mit den Einzelnen dem Herausarbeiten des Fokusthemas und ggf. einiger, unschwerflicher, damit verbundener Stressoren eine besondere Bedeutung zukam.

Die Erfahrungen aus dieser Pilotstudie zeigen, dass es nützlich ist, sowohl das Fokusthema als auch das Anfangsergebnis aufzuschreiben, um es den Teilnehmenden als Erinnerungsstütze zum Arbeitsblatt zu legen. Gleiches gilt für die Situation/das Thema, das beim IESR in allen Testzeitpunkten identisch sein muss; es wird ggf. unbemerkt durch ein anderes ersetzt, wenn es nicht mehr belastend ist.

Schritt 1 sollte ausreichend Zeit eingeräumt werden, da die PatientInnen die Erfahrung machen, trotz des persönlichen Leidens und der dadurch erlebten Kontrollverluste wieder mehr Einfluss auf ihr Befinden zu erlangen, was Angst mildernd wirken und Zuversicht vergrößern kann. Dass ungeplanterweise bei der Kontrollgruppe ein Ruhetag zwischen die 2. und 3. EMDR-G-TEP-Sitzung gelegt werden musste, wurde

von den Teilnehmenden positiv erlebt, da sie erholter und gestärkter in die letzte Sitzung gingen, ohne dabei aus dem inneren Prozess der Sitzungen gefallen zu sein. Es wird daher empfohlen, zwischen den konfrontativen EMDR-G-TEP-Sitzungen einen Ruhetag zu legen, um Überlastung vorzubeugen.

Da die Teilnehmenden nicht miteinander über ihre Belastungen reden, und sich malend statt schreibend ausdrücken können, ist G-TEP eine niederschwellige Methode. Zusätzlich erlernten die Teilnehmenden Selbstregulationsmethoden, die als seelisches Handwerkszeug weiterhin angewendet werden können.

Dieser Studienansatz wird (mit ausgewerteter Follow-up-Messung) fortgeführt, um mit einer größeren Population eine höhere Repräsentativität zu erreichen.



Madeleine Hemmerde

Psychologische
Psychotherapeutin,
Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeutin,
EMDR Therapeutin,
Mönchengladbach

Anmerkungen

Diese Studie wurde nach den ethischen Grundsätzen der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Sie wurde vom Sozialdezernat der Stadt Mönchengladbach bezuschusst. Es bestanden keine Interessenskonflikte.

Literatur

- Artigas, L., Jarero, I., Maurer, M., López Cano, T., Alcalá, N.** (2000, September). EMDR and Traumatic Stress after Natural Disasters: Integrative Treatment Protocol and the Butterfly Hug. Poster presented at the EMDRIA Conference, Toronto, Ontario, Canada.
- Barmer-Arztreport (2018).** Pressekonferenz der Barmer, Berlin, 22.2.2018. Pressemappe: [barmer-arztreport-2018-pressemappe-data.pdf](https://www.barmer.de/presse/infotehke/studien-und-reporte/arztreporte/arztreport2018-1056488). <https://www.barmer.de/presse/infotehke/studien-und-reporte/arztreporte/arztreport2018-1056488>
- Beck, A.T., Steer R.A., Brown, G.K. (1996).** Beck Depression Inventory - BDI-II; German version by Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2009) BDI II, Beck Depressions Inventar Revision. Frankfurt/Main, Pearson.
- Bernstein-Carlson, E. M., Putnam, F. W.** (1986), in seiner evaluierten deutschen Fassung nach Derogatis: Freyberger et al. (1999) FDS 28 Fragebogen zu dissoziativen Symptomen.
- Deklaration von Helsinki, in: Bundesärztekammer (2013):** https://www.bundesaeztekammer.de/>...>Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf de.statista (2018). <https://de.statista.com/themen/1318/psychische-erkrankungen/#topicOverview>; destatis (2017): https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/11/PD17_387_12521.html
- Franke, G. H.** (2017). BSCL – Brief Symptom Checklist. Hogrefe, Göttingen
- G-BA (2014).** Pressemitteilung|Psychotherapie, 16. Okt. 2014, Posttraumatische Belastungsstörungen: EMDR als Methode in der Psychotherapie anerkannt.
- Hofmann, Arne, Hilgers, Angelika, Lehnung, Maria, Liebermann, Peter, Ostacoli, Luca, Schneider, Wolfgang, Hase, Michael** (2014). Eye movement desensitization and reprocessing as an adjunctive treatment of unipolar depression: a controlled study. ICD-10, International Classification of Disease: <https://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html>
- Lehnung, Maria, Shapiro, E., Schreiber, M., Hofmann, A.** (2017). Evaluation the EMDR Group Traumatic Episode Protocol With Refugees: A Field Study. Journal of EMDR Practice and Research, Vol. 11, No. 3, p. 129-138.
- RKI (Robert-Koch-Institut). Psychische Gesundheit – Ergebnisse.** https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html;
- Roberts, Amanda Karen Patricia, Journal of EMDR Practice and Research** (2018). The Effects of the EMDR Group Traumatic Episode Protocol With Cancer Survivors, Vol. 12 Issue 3.
- Shapiro, E.** (2009). Four elements exercise for stress management. In M. Luber (Ed.), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Basics and Special Situations (pp. 73-79). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Shapiro, E.** (2018). The Group Traumatic Episode Protocol, in Thomas, R. & Murray, K. (2018). EMDR EARLY INTERVENTION AND CRISIS RESPONSE: RESEARCHER'S TOOLKIT. Version 03.2018. Unpublished revised manual, 13. Edit. June 2019; © Shapiro, Elan, Moench, Ju-dy: EMDR Group-Traumatic Episode Protocol (G-TEP), persönlich ausgehändigt.
- Shapiro, Francine** (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols and Procedures. New York, NY: Guilford Press. 2. Ed.
- Solomon, R. M., Shapiro, F.** (2008). EMDR and the adaptive information processing model potential mechanisms of change. Journal of EMDR Practice and Research, 2, p. 315-325. doi:10.1891/1933-3196.2.4.315.
- Tsouvelas, George, Chondrokouki, Michaila, Nikolaidis, George, Elan Shapiro** (2019). A vicarious trauma preventive approach. The Group Traumatic Episode Protocol EMDR and workplace affect in professionals who work with child abuse and neglect. Obrela-Journal, Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health, 2019, Vol. 2, Num. 3; (6).
- Wagner, B., Maercker, A. & Michael, T.** (2012). [IES-R]. Posttraumatische Belastungsstörung. In G. Meinlschmidt, S. Schneider, J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Materialien für die Psychotherapie (Bd. 4). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, Kap. 32.
- Yurtsever, Asena, Konuk, Emre, et al.** (2018): An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Group Intervention for Syrian Refugees With Posttraumatic Stress Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial; Front. Psychol., 12 June 2018; 5.

Ich danke für die engagierte Unterstützung und Zusammenarbeit: Diplom-Sozialpädagogin Beata Weiß, Diplom-Psychologin Simone Pescher, Marie Hemmerde; Dr. Robert Langner für die statistische Datenauswertung sowie Elan Shapiro und Dr. Günter Rexilius für den persönlichen Austausch.