

# **Adaptation der Trauma Recovery Group in Versorgungsstrukturen einer psychiatrischen Institutsambulanz im Netzwerk für Psychotraumatologie Nordrhein**



Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades

der Humanwissenschaftlichen Fakultät

der Universität zu Köln

nach der Promotionsordnung vom 10.05.2010

vorgelegt von

**Janina Kempkes**

aus Orsoy

Köln 2017

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Robert Bering (Köln)
2. Berichterstatter: Prof. Dr. Rosemarie Barwinski (Köln)

Termin der Disputation: 18.09.2017

Diese Dissertation wurde von der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln im Juli 2017 angenommen.

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich den Menschen danken, die maßgeblichen Einfluss auf die Verwirklichung dieses Promotionsvorhabens hatten.

Meinem Doktorvater, Herrn Professor Dr. Robert Bering, leitender Arzt am Zentrum für Psychotraumatologie des Alexianer-Krankenhauses Krefeld, danke ich für die Zusammenarbeit. Er brachte insbesondere Verständnis auf, die für die Betreuung einer nebenberuflichen Promotion notwendig ist.

Auch Frau Dr. Barwinski, Psychoanalytikerin, Psychotherapeutin SPV/FSP; Privatdozentin an der Universität zu Köln; Leiterin des Schweizer Instituts für Psychotraumatologie, möchte ich für die sehr angenehme und unkomplizierte Zusammenarbeit über die Landesgrenze hinweg herzlich danken.

Außerdem möchte ich ganz herzlich Judith L. Herman und Emily Schatzow danken, ohne die es dieses Projekt nicht gegeben hätte.

Weiterhin bin ich all den Patientinnen dankbar, die bereit waren an dieser Untersuchung teil zu nehmen und ohne deren Einverständnis diese Arbeit überhaupt nicht möglich gewesen wäre.

Mein Dank gebührt meiner Familie und meinem Partner, die mich im sprachlichen Feinschliff unterstützt haben sowie Dr. Dieter Wagner für die Hilfe bei statistischen Fragen.

APA	American Psychiatric Association
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft
BDI	Beck Depressions Inventar
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
DESNOS	Disorder of Extreme Stress not otherwise specified
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage
FDS	Fragebogen zu dissoziativen Symptomen
FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
GSI	Globaler Symptom Index
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Auflage
IES-R	Impact of Event Scale, revidierte Form
KÖDOKAT	Katamnestischer Erhebungsbogen im KÖDOKAT
KÖDOPS	Kölner Dokumentations- und Planungssystem für dialektische Psychotherapie, Psychoanalyse und Traumabehandlung
KPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
MSWS	Multidimensionale Selbstwertskala
NFS	Notfallsprechstunde
NNP	Nordrheinisches Netzwerk für Psychotraumatologie
PDEQ	Peritraumatic Dissociative Experience Scale
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PIP	Psychologe in Praktikum
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
PTSS-10	Posttraumatic Symptom Scale
SCL-90	Symptom Checklist
SPV	Schweizerischer Psychotherapeuten-Verband
SUD	Subjective Unit of Distress – Subjektives Belastungslevel
TOSCA	Test of Self-Conscious Affects, zur Erfassung von Scham
TRG	Englisch: Trauma Recovery Group; Deutsch: Traumagenesungsgruppe
WHO	World Health Organization
ZfP	Zentrum für Psychotraumatologie

<b>1.</b>	<b>Einleitung und Zielsetzung dieser Dissertation</b>	<b>1</b>
	Kasuistik	3
 <b>Teil I: Theoretischer Teil</b>		
<b>2.</b>	<b>Theoretische Grundlagen</b>	<b>5</b>
<b>2.1</b>	<b>Einführung in das Störungsbild der komplexen PTBS in Abgrenzung zur konventionellen PTBS</b>	<b>6</b>
2.1.1	Diagnostik der konventionelle PTBS versus KPTBS	6
2.1.2	Klassifikation der konventionellen PTBS	6
2.1.2.1	laut ICD-10	6
2.1.2.2	im DSM-5	7
2.1.3	Einführung in die Komplexe PTBS	9
2.1.3.1	Diagnostische Kriterien der komplexen PTBS nach J. L. Herman	10
2.1.3.2	Klinisches Symptomspektrum der komplexen PTBS	11
2.1.3.3	Differentialdiagnosen und Komorbidität der KPTBS	14
2.1.3.4	Epidemiologie	16
<b>2.2</b>	<b>Komplexe PTBS als Erkrankung des Schamgefühls</b>	<b>17</b>
2.2.1	Einführung	17
2.2.2	Definition, Expression und Funktionalität der Scham	17
2.2.3	Scham vs. Schuld als Reaktionen auf Trauma	18
2.2.4	Rolle der Scham im Kontext der komplexen PTBS	19
2.2.5	Implikationen für die Behandlung der KPTBS im Hinblick auf Scham	20
<b>2.3</b>	<b>Level-basiertes Gruppenkonzept nach J. L. Herman</b>	<b>22</b>
<b>2.4</b>	<b>Finanzstruktur in einer PIA</b>	<b>24</b>
<b>2.5</b>	<b>Gruppenpsychotherapien in der Psychotraumatologie</b>	<b>26</b>
2.5.1	Forschungslage zu Gruppentherapie in der Psychotraumatologie	26
2.5.2	Integration traumakonfrontativer Elemente bei komplexer PBTS in die Gruppenpsychotherapie	27
2.5.2.1	Die Pros	27
2.5.2.2	Die Contras	28
2.5.3	Wirkfaktoren der Gruppe nach Yalom für (K)PTBS	30
2.5.4	Implikationen in der Gruppenbehandlung von Komplextrauma in Abgrenzung zur konventionellen PTBS, Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	31
<b>3.</b>	<b>Implementierung der TRG im deutschen Sprachraum</b>	<b>33</b>
3.1	Implementierung der TRG	33
3.2	Zielgruppe der TRG	35
3.3	Zugangsvoraussetzungen	35
3.4	Zugangswege	36

3.5	Gruppenzusammensetzung .....	37
3.6	Zeitmanagement .....	37
3.7	Sitzungsvormat .....	38
3.8	Ablauf der Einführungssitzungen .....	39
3.9	Zielarbeit .....	43
3.10	Ablauf der Abschiedsphase und Abschiedssitzungen .....	46
3.11	Supervision .....	49
	3.11.1 Die Supervisorinnen .....	49
	3.11.2 Die Supervisionsgruppe .....	50
	3.11.3 Ablauf der Supervision .....	50
3.12	Zusammenfassung der Implementierung der TRG im NNP mit bisherigen Erfahrungen .....	51

## Teil II: Empirischer Teil

<b>4.</b>	<b>Ziel, Hypothesen und forschungsleitende Fragestellung .....</b>	<b>53</b>
4.1	Zielsetzung .....	53
4.2	Zielarbeit .....	53
	4.2.1 Welche Ziele wurden gewählt .....	54
	4.2.2 Wie stark sind Teilnehmerinnen ihrem definierten Ziel näher gekommen? .....	54
	4.2.3 Zusammenhang Symptomniveau bei Gruppenbeginn und Zielerreichung .....	54
4.3	Qualitative Untersuchung zweier Extremfälle .....	55
4.4	Evaluation der TRG – Hypothesen .....	55
	4.4.1 Hypothese I: psychotraumatologische Belastung .....	55
	4.4.2 Hypothese II: Funktionsbereiche .....	56
4.5	Therapieerfolgskriterien .....	57
<b>5.</b>	<b>Methode der empirischen Untersuchung .....</b>	<b>59</b>
5.1	Planung der Untersuchung .....	59
5.2	Verwendete Materialien .....	60
5.3	Verwendete Erhebungsinstrumente und Methoden .....	60
	5.3.1 Traumaskalen .....	60
	5.3.2 Funktionsskalen .....	62
	5.3.3 Semi-strukturiertes Interview .....	68
5.4	Erhebungszeitpunkte .....	72
5.5	Statistische Verfahren .....	73
<b>6.</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>76</b>
6.1	Stichprobenbeschreibung .....	76
6.1.1	Drop-outs .....	76
6.1.2	Hauptstichprobe .....	78
	6.1.2.1 Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe .....	78
	6.1.2.2 Hauptdiagnose und Komorbiditätsspektrum der Stichprobe .....	82
	6.1.2.3 Trauma Art und Zeitpunkt .....	84

6.2	<b>Zielearbeit</b> .....	<b>86</b>
6.2.1	Welche Ziele wurden in der TRG gewählt? .....	86
6.2.2	In wie fern sind die Teilnehmerinnen ihren Zielen näher gekommen? ...	92
6.2.2.1	Zielerreichung prä-post .....	93
6.2.2.2	Zielerreichung post-kat .....	94
6.2.2.3	Zielerreichung prä-kat .....	96
6.2.3	Wer ist seinem definierten Ziel näher gekommen? .....	98
6.2.4	Zusammenfassung der Zielearbeit .....	100
6.3	Qualitative Untersuchung zweier Einzelfälle .....	<b>102</b>
6.4	Evaluation der TRG - hypothesenprüfender Teil .....	115
6.4.1	Hypothese I: <b>Traumaskalen</b> .....	115
6.4.1.1	PTSS-10 .....	116
6.4.1.2	IES-R .....	117
6.4.1.3	SUD .....	118
6.4.1.4	Zusammenfassung der Ergebnisse Hypothese I .....	119
6.4.2	Hypothese II: <b>Funktionsbereiche</b> .....	<b>120</b>
6.4.2.1	Dissoziation (FDS) .....	121
6.4.2.2	Depression (BDI) .....	123
6.4.2.3	Scham (TOSCA) .....	124
6.4.2.4	Allgemeinpsychopathologische Beschwerden (SCL-90) .....	126
6.4.2.5	Lebenszufriedenheit (FLZ) .....	128
6.4.2.6	Selbstwert (MSWS) .....	130
6.4.2.7	Zusammenfassung der Ergebnisse Hypothese II .....	132
6.4.3	Fragestellung - Exploration von <b>Therapieerfolgskriterien (T-Teste)</b> ....	<b>133</b>
6.4.3.1	Fragestellung 1: Therapieerfolg Depressivität (BDI) .....	134
6.4.3.2	Fragestellung 2: Therapieerfolg Traumasymptomatik (PTSS-10) .....	136
6.4.3.3	Fragestellung 3: Therapieerfolg Traumasymptomatik (IES-R) .....	139
6.4.3.4	Zusammenfassung der Therapieerfolgskriterien .....	141
6.4.4	Exploration von Therapieerfolgskriterien ( <b>Manova</b> ) .....	<b>143</b>
6.4.4.1	Analyse A: Erfolgs/Misserfolgsgruppe (PTSS-10) .....	144
6.4.4.2	Zusammenfassung Analyse A .....	148
6.4.4.3	Analyse B: Erfolgs/Misserfolgsgruppe (IES-R) .....	151
6.4.4.4	Zusammenfassung Analyse B .....	155
6.4.4.5	Analyse C: Partnerschaftsstatus .....	158
6.4.4.6	Zusammenfassung Analyse C .....	163
6.4.4.7	Analyse D: Kinder .....	165
6.4.4.8	Zusammenfassung Analyse D .....	170
6.4.5	Exploration von Therapieerfolgskriterien ( <b>Regressionsanalyse</b> ) .....	<b>172</b>
6.5	<b>Limitierende Faktoren und methodische Schwachpunkte</b> .....	<b>176</b>
6.5.1	Studiendesign .....	176
6.5.2	Untersuchungsaufbau .....	177
6.5.3	Messinstrumente .....	177
6.5.4	Diagnoseerhebung .....	177
6.5.5	Zieleerhebung und Auswertung .....	178
6.5.6	Semi-strukturiertes Interview .....	179

<b>7.</b>	<b>Diskussion, Zusammenfassung und Ausblick</b>	<b>180</b>
7.1	Ziel dieser Arbeit	180
7.2	Diskussion und Interpretation der Studienergebnisse	181
7.2.1	Symptombelastung der TRG Stichprobe bei Behandlungsbeginn	181
7.2.2	Zielformulierung	182
7.2.3	Qualitative Analyse der zweier Extremfälle	185
7.2.4	Evaluation der TRG - Hypothese I	193
7.2.5	Evaluation der TRG - Hypothese II	195
7.2.6	Therapieeffekte aus makroskopischer Sicht	197
7.2.7	Fragestellung - Wer profitierte besonders von der TRG?	198
7.2.7.1	T-Teste	198
7.2.7.2	Manova	205
7.2.7.3	Regression	209
7.2.7.4	Makroskopische Diskussion der Ergebnisse von Therapieerfolgskriterien	210
7.2.8	Makroskopische Interpretation der Ergebnisse rund um Scham	211
7.3	Zusammenfassung	217
7.4	Kritik und Anregungen für zukünftige Forschungsprojekte	228
	<b>Literatur</b>	<b>231</b>
	<b>Tabellen und Abbildungsverzeichnis</b>	<b>250</b>
	<b>Anhänge</b>	<b>252</b>
Anhang 1:	Merkblatt der Zugangsvoraussetzungen für Zuweiser zur TRG	
Anhang 2:	Zielnotizen	
Anhang 3:	Informationen zur psychometrischen Erhebung	
Anhang 4:	Gruppenregeln	
Anhang 5:	Zielformulierungshinweise	
Anhang 6:	Zielerhebung und Erreichung	
Anhang 7:	Abschlusssitzung	
Anhang 8:	Basisdokumentation ZfP	
Anhang 9:	Einverständniserklärung Datenerhebung	
Anhang 10:	Ziele	
Anhang 11:	Semi-strukturiertes Interview mit zwei Extremfällen	
Anhang 12:	Transkripte der beiden Extremgruppen Kasuistiken	

## 1. Einleitung und Zielsetzung dieser Dissertation

Opfer interpersoneller Traumatisierungen wie beispielsweise Vergewaltigungen, Vernachlässigungen und Misshandlungen sind in der Regel Frauen und Mädchen. Täter sind zumeist Männer aus dem direkten sozialen, oft sogar familiären Umfeld. Eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist die häufigste Störung auf psychischem Gebiet, die sich in Folge solch traumatischer Erlebnisse entwickelt (American Psychiatric Association, 1994). Terr (1995) differenziert einmalige traumatische Ereignisse (sog. Typ I) und wiederholte Traumatisierungen (Typ II). In den etablierten Klassifikationssystemen ist bisher eine Differenzierung von Typ I und II Traumatisierungen nicht möglich, wenngleich es im klinischen Eindruck zu einer sehr unterschiedlichen Psychopathologie bei einer einmaligen Vergewaltigung im Erwachsenenalter und einem langjährigen sexuellen Missbrauch im familiären Kontext kommt. Die Traumaforscherin Judith L. Herman (1992) schlug die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS) vor, um Folgen wiederholter, lang andauernder Traumatisierungen, beginnend in einer vulnerablen Phase durch zumeist vertraute Person(en) zu systematisieren. Ihrer Ansicht nach reichen die Kriterien der konventionellen PTBS nicht aus, um das weitreichende Störungsspektrum durch Typ II Traumatisierungen adäquat ab zu bilden.

Die Behandlung der KPTBS sollte entsprechend den S3 Leitlinien in einem dreistufigen Therapiemodell, mit unterschiedlichen Zielsetzungen und Schwerpunkten, in der Reihenfolge I. Stabilisierung, II. Traumakonfrontation und III. Integration, erfolgen (Flatten, Gast, Hofmann, Knaevelsrud, Lampe et al., 2011). Therapieangebote, die eine Steigerung der Stabilität anstreben und somit auf Phase eins der Genesung ausgerichtet sind, haben sich in klinischen Settings fest etabliert und finden häufig in Gruppen statt. Hingegen sind Gruppenkonzepte für complex traumatisierte Patientinnen<sup>1</sup>, die bereits ausreichende stabilisierende Arbeit durchgeführt haben und somit in der zweiten Genesungsphase aufdeckend arbeiten sollten, bisher vergleichsweise wenig verbreitet. Die Integration von Traumakonfrontation im Gruppensetting mit komplex Traumatisierten wird in Fachkreisen kontrovers diskutiert. Es finden sich zahlreiche Kritiker, die vor allem mit einer Gefahr der Symptomexazerbation durch wechselseitiges triggern in einem Gruppensetting argumentieren. Demgegenüber stehen Befürworter, die gerade in einer Gruppe bedeutendes Potenzial der Heilung sehen.

Auch Judith L. Herman ist eine Fürsprecherin der Gruppenpsychotherapie mit Komplextraumapatientinnen. Sie schlug ein auf Level der Genesung basierendes Behandlungskonzept vor (Herman, 1992; 1997). Nach einer hinreichenden Stabilisierung (Level 1) empfiehlt Herman eine Level 2 Gruppe, die traumakonfrontative Elemente beinhaltet. Dieser Ansatz wurde durch uns aufgegriffen und angelehnt an das Originalkonzept der Trauma Recovery Group (TRG), einem manualisierten Gruppenkonzept welches durch M. Mendelson, J.L. Herman, E. Schatzow, M. Coco, D. Kallivayalil und J. Levitan (2011)

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit und da in dieser Arbeit ein Gruppenkonzept zentral steht, welches primär für Patientinnen entwickelt wurde, wird vorwiegend die weibliche Wortwendung genutzt. In allen Zusammenhängen sind, sofern nicht explizit durch die Betonung des Geschlechtes verdeutlicht, stets beide Geschlechter gleichermaßen angesprochen.

entwickelt wurde, implementierten wir eine sogenannte Traumagenesungsgruppe (TRG) in eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) im Nordrheinischen Netzwerk für Psychotraumatologie (NNP). Die Begründerinnen des Originalkonzeptes (Mendelson et al., 2011) sehen im interpersonellen Bereich, als den Gebiet in dem komplex Traumatisierten in der Regel der größte Schaden zugefügt wurde, gleichzeitig bedeutendes Potenzial für Genese. Der interpersonelle Bereich ist weiterhin der Kontext in dem Scham entsteht. Da als Reaktion auf interpersonale Traumatisierungen häufig Beziehungsbrüche sowie Schwierigkeiten sich zu binden folgen und Schamgefühle durch ihre Begleitsymptome maßgeblich zu diesen interpersonellen Komplikationen beitragen, erscheint eine therapeutische Bearbeitung destruktiver Scham infolge einer KPTBS maßgeblich. Daraus abgeleitet ist die Bearbeitung von Schamgefühlen aus Sicht der Verfasserin ein elementarer therapeutischer Ansatzpunkt einer zeitgemäßen Traumabehandlung.

In dieser Inauguraldissertation wird dargelegt, wie in einer PIA im NNP Traumakonfrontation im Gruppensetting mit Komplextraumapatientinnen umgesetzt wird. Hierbei stützen wir uns auf Telefonsupervisionen, die durch die amerikanischen Begründerinnen geleitet werden. Aus dem theoretischen Teil werden im empirischen Teil die forschungsleitenden Fragestellungen abgeleitet und die statistischen Untersuchungen zur Evaluation des Gruppenkonzeptes dargelegt. Die vorliegende Arbeit möchte aufzeigen, wie ein Umgang mit der speziellen Störungsgruppe der komplex Traumatisierten, in einem gruppenpsychotherapeutischen Konzept gelingen kann. Hierbei wird nicht nur die Finanzstrukturen einer PIA berücksichtigt, sondern auch über die reine Stabilisierung hinaus der Genesungsprozess der Patientinnen kosteneffektiv vorangetrieben.

Um die Vorzüge der TRG zu veranschaulichen und einen möglichst plastischen Eindruck aus dem Gruppenkonzept zu schildern, erfolgt eine Einzelfalldarstellung. Bei der skizzierten Kasuistik handelt es sich um Auszüge von Frau G., welche das implementierte Gruppenkonzept durchlief.

**Fallbeispiel Frau G.: 57 Jahre, Komplex traumatisierte Patientin**

Psychotraumatologische Ätiopathogenese:

Frau G. habe zwischen ihrem 8. und 12. Lebensjahr immer wieder sexuelle Übergriffe durch ihren Großvater erlebt. Durch ihre Eltern sei sie nicht geschützt worden, vermute sogar, dass ihre Mutter von den Übergriffen geahnt habe oder diese sogar wissentlich toleriert habe. Der Großvater sei in ihrem 12. Lebensjahr verstorben. Falls Frau G. vermeintlich aufsässig war, sei sie über Tage von der Mutter ignoriert worden. Zunehmende Erinnerungen an die Traumavorgeschichte habe sie seit den letzten Jahren. Diese hätten sich nach einem Streit mit ihrem Sohn, ca. 8 Wochen vor der ersten Kontaktaufnahme zum Zentrum für Psychotraumatologie (ZfP), nochmals verstärkt.

Diagnosen:

Frau G. zeigte das Vollbild einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung mit einer erheblichen Schamproblematik sowie depressiver Leitsymptomatik und somatischen Beschwerden

ICD-10: F43.1, F33.1, F45.4

Bisherige Vorbehandlungen:

Frau G. habe kurz vor Ihrer Kontaktaufnahme zum ZfP ein Vorgespräch bei einer niedergelassenen Psychotherapeutin wahrgenommen, die ihr signalisiert habe, dass sie die ambulante Behandlung übernehmen werde. In 2012 habe sie sich darüber hinaus erstmalig für wenige Wochen in allgemeinspsychiatrischer Behandlung befunden, bei welcher ihr eine psychotraumatologische Rehabilitation empfohlen worden sei. Daraufhin stellte sich Frau G. in der Notfallsprechstunde des ZfP vor, in der die Indikation für eine psychotraumatologische Rehabilitation gestellt wurde. Im Rahmen der daran anschließenden rehabilitativen Behandlung, wurde Frau G. die Traumagenesungsgruppe vorgeschlagen.

Aktuelle Symptomatik:

Frau G. habe ab ca. Herbst 2012 eine Symptomexazerbation festgestellt. Sie habe infolge eines Kontaktabbruchs ihres Sohnes eine zunehmende depressive Symptomatik mit unkontrollierbarem Weinen, Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug und Freudlosigkeit entwickelt. Des Weiteren leide Frau G., unter bild- und filmartigen Intrusionen, die negative Intimität aus der Kindheit zum Inhalt hätten. Trigger sei z.B. Sexualität mit ihrem Ehemann, die sie inzwischen komplett vermeide. Auch klagt sie über Ein- und Durchschlafstörungen mit traumabezogenen Alpträumen und Grübeln. Schreckhaftigkeit und Wachsamkeit seien erhöht. Frau G. beklagt weiterhin reduzierte Konzentration und erhöhte Vergesslichkeit. Sie verspüre eine ständige innere Unruhe und einen hohen inneren Druck. Äußere Spannungen könne sie kaum ertragen. Frau G. vermeide Menschenansammlungen, Kontakt zu dominanten Personen sowie Filme mit Gewaltinhalten. Sie distanziert sich klar von akuter Suizidalität. Im Hinblick auf somatische Beschwerden äußert Frau G. Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und einen „nervösen Magen“. Die körperlichen Beschwerden würden zunehmen, wenn sie sehr angespannt sei.

**Fallbeispiel Frau G.: 57 Jahre, Komplex traumatisierte Patientin**

Psychopathologischer Befund:

Zum Zeitpunkt der Untersuchung, in der sogenannten Notfallsprechstunde, ist Frau G. wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Im Kontakt ist sie zugewandt, zunächst aufgeregt und unruhig, im Verlauf des Gesprächs zunehmend entspannt. Im Gesamteindruck wirkt sie sehr belastet. Sprache ohne Auffälligkeiten, Intelligenz im klinischen Eindruck durchschnittlich wirkend. Es ergeben sich keine Hinweise auf grobe Störungen von Aufmerksamkeit, Konzentration oder Gedächtnis. Eigenanamnestisch beklagt Frau G. jedoch erhebliche Beeinträchtigungen in diesen drei Bereichen. Formal ist das Denken geordnet. Keine Hinweise auf wahnhaftes oder (pseudo)halluzinatorisches Erleben. Dissoziative Symptomatik im Sinne von Depersonalisations- und Derealisationserleben und zeitlich abzugrenzenden kurzzeitigen Amnesien im Alltag werden geschildert. Es gibt Hinweise auf erhöhte alltägliche und erhöhte peritraumatische Dissoziationsneigung. Die Stimmung von Frau G. wirkt leicht zum depressiven Pol verschoben, sie zeigt sich innerlich unruhig und ängstlich. Die affektive Modulationsfähigkeit ist reduziert. Frau G. berichtet von einer Verminderung des Antriebs im Alltag. Keine Hinweise auf Missbrauch psychotroper Substanzen bei klarem Ausschluss akuter Suizidalität.

Soziale Anamnese:

Frau G. sei Ende der 1950er in einem kleinen Dorf geboren. Sie habe einen älteren Halbbruder, der Anfang der 90er verstorben sei. Der Vater habe als Handwerker gearbeitet und sei bei einem Unfall verstorben. Die Mutter sei Hausfrau. Während der Kindheit habe Frau G. gemeinsam mit den Großeltern, den Eltern und weiteren Familienmitgliedern in einem Haus gewohnt.

Zur schulisch-beruflichen Laufbahn war zu explorieren, dass sie die Hauptschule abgeschlossen habe mit einer daran anschließenden Ausbildung im kaufmännischen Bereich. Nach dem Ausbildungsabschluss habe sie bis zum 21. Lebensjahr im gelernten Beruf voll gearbeitet. Mitte der 70er habe sie ihren heutigen Mann geheiratet. Nach der Geburt der ersten Tochter habe sie als Aushilfe weiter gearbeitet. Anfang der 80er habe sie ihren Sohn geboren. Seit 2011 sei sie aufgrund von psychischen Beschwerden arbeitsunfähig. Sie habe zuletzt in einer festen Anstellung in Teilzeit gearbeitet. Noch heute lebe sie zusammen mit ihrem Ehemann. Die Kinder würden beide in festen Partnerschaften außerhalb des Elternhauses leben. Zum Sohn gebe es derzeit keinen Kontakt, es bestehe jedoch ein guter Kontakt zur Tochter. Zur Mutter bestehe sporadischer Kontakt, meist telefonisch, da Frau G. vermeide ihr Elternhaus zu betreten.

## Teil I: Theoretischer Teil

### 2. Theoretische Grundlagen

Wegweiser: Der theoretische Teil soll den Grundstein legen zum Verständnis der speziellen Störungsgruppe der **komplex traumatisierten Patientinnen (2.1)** in Abgrenzung zur „konventionellen“ PTBS. Basierend auf dem Symptompektrum, welches durch Judith Lewis Herman für die KPTBS vorgeschlagen wurde, wird auf die differentialdiagnostische Abgrenzung bzw. Komorbidität und Epidemiologie eingegangen.

Anschließend wird die KPTBS mit besonderem Augenmerk auf den Aspekt der **Scham (2.2)** dargestellt.

Das auf **Level der Genesung** basierende **Behandlungskonzept von J.L. Herman** wird vorgestellt (2.3). Anschließend werden die Schwierigkeiten der Behandlung der komplexen Traumatisierung in der **Finanzstruktur einer PIA (2.4)** dargelegt.

Nur wenige Studien beschäftigen sich systematisch mit der gruppenpsychotherapeutischen Konfrontationsbehandlung bei Komplextraumatisierten. In Kapitel 2.5 wird der aktuelle wissenschaftliche Kenntnisstand bezüglich der Fragestellung „**Traumakonfrontation im Gruppensetting mit komplex Traumatisierten** – Ja oder nein? dargestellt. Weiterhin werden hier die Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie nach Yalom, zugeschnitten für komplex traumatisierte Patientinnen, erörtert. Basierend hierauf werden die Behandlungsimplicationen bei Komplextrauma beschrieben.

Abgeleitet aus den vorangegangenen theoretischen Inhalten, wird in Kapitel 3 die **Implementierung der TRG** im deutschsprachigen Raum, in eine PIA des NNP skizziert.

Im **zweiten Teil** dieser Arbeit wird die **empirische Untersuchung** dargestellt.

## **2.1 Einführung in das Störungsbild der komplexen PTBS in Abgrenzung zur konventionellen PTBS**

Wegweiser: Als Ausgangsbasis zum vertieften Verständnis der KPTBS, erfolgt zunächst eine Einführung in den theoretischen Hintergrund der konventionellen PTBS in Abgrenzung zur komplexen PTBS (2.1.1). Danach werden für die weitere Differenzierung die diagnostischen Kriterien der konventionellen PTBS in der ICD-10 (2.1.2.1) und dem DSM-5 (2.1.2.2) dargestellt. Darauf aufbauend erfolgt eine Einführung in das Störungskonzept der komplexen PTBS (2.1.3) mit den diagnostischen Kriterien nach Herman (2.1.3.1) und dem dazugehörigen klinischen Symptomspektrum (2.1.3.2). Im Anschluss wird auf die differentialdiagnostische Abgrenzung bzw. Komorbidität (2.1.3.3) und Epidemiologie (2.1.3.4) eingegangen.

### **2.1.1 Diagnostik der „konventionellen“ PTBS versus KPTBS**

Das Wort *Trauma* leitet sich vom altgriechischen Wort für „Verletzung“ oder „Wunde“ ab. Das häufigste Störungsbild in Folge von traumatischen Ereignissen auf psychischem Gebiet, ist die Posttraumatische Belastungsstörung (APA, 1994). In den gängigen Klassifikationssystemen, der International Classification of Diseases (ICD) und dem Diagnostical and Statistical Manual (DSM), gibt es bisher keinerlei Möglichkeit zwischen einem einmaligen traumatischen Ereignis, z.B. ein Unfall (Typ I Trauma) und lang andauernden, wiederholten Traumatisierungen, wie z.B. jahrelangem Missbrauch (Typ II Trauma) zu differenzieren (Terr, 1995). Laut Herman (1992) sind jedoch die Kriterien der konventionellen PTBS ungeeignet, um Psychotraumafolgestörungen die durch langjährige, früh beginnende, interpersonelle Traumatisierungen entstehen, allumfassend zu beschreiben. Viel eher kommt es durch diese Typ-II Traumatisierungen zu einem komplexeren Störungsspektrum, welches Herman erstmalig 1992 als KPTBS bezeichnete. Um Verständnis für die Tragweite der KPTBS entwickeln zu können, wird zunächst auf die diagnostischen Kriterien der konventionellen PTBS in beiden Klassifikationssystemen eingegangen.

### **2.1.2 Klassifikation der konventionellen PTBS in der ICD-10 und im DSM-5**

Da im deutschen Gesundheitssystem eine Diagnose nach der ICD verlangt wird, während die Forschung meist nach dem DSM klassifiziert, werden die diagnostischen Kriterien der konventionellen PTBS beider Klassifikationssysteme dargestellt.

#### **2.1.2.1 Konventionelle PTBS laut ICD-10**

In der ICD-10 fällt die konventionelle PTBS unter die Belastungsstörungen. Ein Trauma ist demnach „ein belastendes Ereignis oder eine Situation von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), das fast bei jedem tiefgreifende Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling et al., 1993, S.169). Wie aus Tabelle 2.1 hervorgeht, ist die konventionelle PTBS laut der ICD-10 (F43.1) gekennzeichnet durch drei Symptombereiche:

*Intrusionen* bzw. *Wiedererleben* umfassen ungewollte wiederkehrende Erinnerungen an die traumatischen Ereignisse, Alpträume über die Situation, Flashbacks sowie starke

emotionale und physiologische Reaktionen bei der Konfrontation mit Reizen, die die Person an die traumatischen Ereignisse erinnern.

*Vermeidung* und *emotionale Taubheit* beinhalten Symptome, die sich unterscheiden lassen in eine aktive Vermeidung, nämlich von Gedanken, Gefühlen und Gesprächen über die traumatischen Ereignisse und die Vermeidung von Orten, Aktivitäten und Menschen, die an das Trauma erinnern können sowie die passive Vermeidung, welche die (partielle) Amnesie für wichtige Bestandteile des Traumas, einen deutlichen Interessenverlust, eine emotionale Distanzierung von Mitmenschen sowie eine emotionale Abstumpfung und das Gefühl einer verkürzten Zukunft beinhaltet und

*Symptome eines erhöhten Arousal*s. Hiermit sind anhaltende Symptome erhöhter Erregbarkeit, wie Schlafschwierigkeiten, Reizbarkeit, Konzentrationsschwächen, Hypervigilanz und erhöhte Schreckhaftigkeit gemeint.

Zusätzlich werden bestimmte zeitliche Kriterien dieser Symptome gefordert. Die ICD-10 fordert, dass die Symptome innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auftreten müssen. Die folgende Tabelle zeigt die Kriterien der konventionellen PTBS nach ICD-10.

**Tabelle 2.1: Kriterien der PTBS (F43.1) nach ICD-10**

A. Die Betroffenen waren einem kurz- oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.
D. Entweder 1. oder 2. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.</li> <li>2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei oder mehr der folgenden Merkmale:                 <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ein- und Durchschlafstörungen</li> <li>b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche</li> <li>c. Konzentrationsschwierigkeiten</li> <li>d. Hypervigilanz</li> <li>e. erhöhte Schreckhaftigkeit</li> </ol> </li> </ol>
E. Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).

*In obiger Tabelle werden die diagnostischen Kriterien der konventionellen PTBS in der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10) wiedergegeben.*

### 2.1.2.2 Konventionelle PTBS im DSM-5

In der fünften Edition des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5), der American Psychiatric Association (APA, 2013), wurde das Symptomprofil der Posttraumatischen Belastungsstörung auf 20 Symptome ausgeweitet. Die deutsche Übersetzung erfolgte durch Falkai et al. (2015). Die Symptome werden vier, statt wie vorher

drei Kategorien zugeordnet. Diese sind Intrusionen, Vermeidung, negative Veränderungen der Kognitionen und Stimmung sowie erhöhtes Arousal bzw. übersteigerte Reaktionen. Die diagnostischen Kriterien der PTBS nach DSM-5 werden in Tabelle 2.2. wiedergegeben.

**Tabelle 2.2: Kriterien der PTBS (309.81) im DSM-5**

<p><b>A Bedrohung mit Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt in einer oder mehreren der folgenden Formen: direktes Erleben</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Direktes Erleben eines der traumatischen Ereignisse</li> <li>2. Persönliches Miterleben eines dieser traumatischen Ereignisse bei anderen Personen</li> <li>3. Mitteilung, dass eines der traumatischen Ereignisse einem engen Familienmitglied oder einem Freund widerfahren ist. Im Falle eines Todesfalles (drohenden Todes) muss dieser durch einen Unfall oder eine Gewalthandlung eingetreten sein.</li> <li>4. Wiederholte Konfrontation mit aversiven Details einer traumatischen Situation (z. B. Notfallhelfer, die Leichenteile einsammeln müssen, Polizeibeamte, die wiederholt mit Details kindlicher Missbrauchsgeschichten konfrontiert sind). (Das A 4 Kriterium trifft nicht auf die Exposition durch elektronische Medien, Fernsehen, Film oder Bilder zu, es sei denn die Exposition ist beruflich bedingt.)</li> </ol>
<p><b>B Eines oder mehrere der folgenden Intrusionssymptome, die mit dem Trauma assoziiert sind und nach dem Trauma auftreten: Erinnerungen</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wiederholte eindringliche belastende Erinnerungen an das traumatische Erlebnis.</li> <li>2. Wiederholte und belastende Träume, in denen der Inhalt und/oder der Affekt des Traumas in Beziehung zum Trauma stehen.</li> <li>3. Dissoziative Symptome (z. B. Flashbacks), in denen die Person fühlt oder handelt, als ob sich die traumatische Situation gerade wiederholt. (Die Reaktionen können in einem Kontinuum vorkommen, wobei bei einer maximalen Ausprägung ein völliger Verlust der Wahrnehmung der aktuellen Umgebung auftreten kann.)</li> <li>4. Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei Konfrontation mit internen oder externen Reizen, die die traumatische Situation symbolisieren oder an einen Aspekt des Traumas erinnern.</li> <li>5. Deutliche körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit internen oder externen Reizen, die die traumatische Situation symbolisiert oder an einen Aspekt des Traumas erinnern.</li> </ol>
<p><b>C Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, auf mindestens eine der folgenden Weisen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vermeidung belastender Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.</li> <li>2. Vermeidung externer Reize, die an das Trauma erinnern (Personen, Plätze, Unterhaltungen, Aktivitäten, Situationen)</li> </ol>
<p><b>D Negative Veränderungen der Kognitionen und der Stimmung nach dem Trauma. Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unfähigkeit sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern (als Folge einer dissoziativen Amnesie und nicht durch andere Faktoren wie z. B. eine Hirnverletzung, Alkohol oder Drogen bedingt).</li> <li>2. Persistierende und übersteigerte negative Kognitionen oder Erwartungen in Bezug auf sich selbst, andere oder die Welt (z. B. „ich bin schlecht“, „Man kann niemandem trauen“, „die gesamte Welt ist gefährlich“, „mein gesamtes Nervensystem ist für immer zerstört“).</li> <li>3. Andauernde kognitive Verzerrungen in Hinblick auf die Ursachen oder die Folgen der traumatischen Situation, die dazu führen, dass die Person sich selbst oder anderen Vorwürfe macht.</li> <li>4. Anhaltende negative Emotionen (z. B. Angst, Furcht, Ärger, Schuld, Scham)</li> <li>5. Deutlich vermindertes Interesse an wichtigen Aktivitäten</li> <li>6. Gefühl der Entfremdung von anderen Personen</li> <li>7. Anhaltende Unfähigkeit, positive Emotionen zu empfinden (z. B. Fröhlichkeit, Zufriedenheit, Liebe)</li> </ol>
<p><b>E: Anhaltende Symptome erhöhten Arousal und übersteigerten Reaktionen. Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Irritabilität und aggressive Ausbrüche (ohne oder nach geringer Provokation), die sich in verbalen oder körperlichen Aggressionen gegen andere Personen oder Objekten manifestieren.</li> <li>2. Rücksichtslosigkeit und selbstzerstörerisches Verhalten</li> <li>3. Gesteigerte Wachsamkeit</li> <li>4. Übertriebene Schreckreaktionen</li> <li>5. Konzentrationsschwierigkeiten</li> <li>6. Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafstörungen, unruhiger Schlaf)</li> </ol>
<p><b>F</b> Das Störungsbild (Kriterien B, C, D und E) dauert länger als einen Monat</p>
<p><b>G</b> Das Störungsbild verursacht klinisch bedeutsames Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder anderer bedeutsamer Fähigkeiten.</p>
<p><b>H</b> Das Störungsbild ist nicht auf physiologische Effekte von Substanzen (z. B. Medikamente, Alkohol) oder eine andere körperliche Erkrankung zurückzuführen</p>

Spezifikation: PTBS mit verzögertem Beginn, wenn die diagnostischen Kriterien vollständig erst sechs Monate nach dem Trauma erfüllt sind (einige der Symptome können schon unmittelbar nach dem Trauma auftreten).

Obige Tabelle beinhaltet die diagnostischen Kriterien der konventionellen PTBS im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - 5)*.

Im Vergleich zu der Klassifikation in der ICD-10 steht im DSM-5 die Intensität des Traumas im Vordergrund, wodurch die subjektive Bewertung des traumatischen Ereignisses hervorgehoben wird. Mehrere Studien stützen die Symptomstruktur wie sie im DSM-5 vorgeschlagen wird (z.B. Armour, Contractor, Palmieri & Elhai, 2014). Im Vergleich zum DSM-IV (APA, 1994) wird im DSM-5 eine substantielle Veränderung bei Kriterium C vorgenommen. Erstmals wird der interpersonelle Aspekt – die Vermeidung von Menschen hervorgehoben und außerdem bei Kriterium D emotionale Aspekte von unter anderem Scham betont. Aus Sicht der Verfasserin zeigen diese Entwicklungen, dass interpersonelle Aspekte eine besondere Rolle bei der Ätiopathogenese der komplexen PTBS einnehmen und bestimmte emotionale Aspekte, wie beispielsweise Scham in der Behandlung der KPTBS in Zukunft noch mehr Berücksichtigung finden müssen.

### **2.1.3 Einführung in die komplexe PTBS**

Die in den gängigen Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-5) angegebenen Kriterien der konventionellen PTBS sind laut Herman (1992, 1997, 2006) geeignet, um das Symptompektrum adäquat zu beschreiben, welches sich durch einmalige bzw. kurz andauernde, nach Terr (1995) sog. Typ-I Traumatisierungen entwickelt. Nachdem erstmalig Mitte der 60er Jahre, Untersuchungen publiziert wurden, die die Folgen von interpersonellen Traumatisierungen, wie Verfolgung und Haft beschrieben (Eitinger, 1965), fiel auf, dass es in Abhängigkeit von Art, Umfang und Zeitpunkt der Traumatisierung, zu unterschiedlichen Psychopathologien kommt (Maerker, 2013). Dieser Zusammenhang wurde von Brewin et al. (2000), die sog. Dosis-Wirkungs-Beziehung benannt. Herman (1992) postuliert, dass das Symptompektrum in Folge von Traumatisierungen über einen längeren Zeitraum (wie lang genau wird nicht spezifiziert), die im zwischenmenschlichen Kontext stattfinden und eine Beziehung mit Machtgefälle beinhalten (sog. Typ-II-Traumatisierung nach Terr, 1995), nicht hinreichend mit den Kriterien der konventionellen PTBS abgebildet werden kann. Neben der konventionellen PTBS wurde daher der, ursprünglich vor allem von Herman (1992), entwickelte Syndromkomplex, der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS, engl. complex PTSD oder auch C-PTSD), vorgeschlagen. Der Beginn der Traumatisierung im frühen Kindesalter ist laut Herman (1992) ein starker Prädiktor für die Entwicklung einer KPTBS, wobei es kein definierbares Alter gibt, bei welchem das Risiko einer KPTBS sinke.

Van der Kolk (1996) hat analog einen Syndromkomplex, die Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) vorgeschlagen. Er nimmt an, dass „...the older the victims were, and the shorter the duration of the trauma, the more likely they were to develop only the core PTSD symptoms, the longer the trauma, and the loss protection, the more pervasive the damage...“ (S. 202). Er unterstreicht somit die unterschiedliche Psychopathologie bei lang vs. kurz andauernden Traumatisierungen. Die beiden Begrifflichkeiten der komplexen PTBS und DESNOS werden in der amerikanischen Literatur synonym verwandt (Sack, 2004). Die jeweiligen Symptome werden von Herman und van der Kolk als Bewältigungsstrategien und weniger als Defizite verstanden. Ford & Courtois (2009) vermuten, dass es zu besonderer Pathogenität kommt, bedingt durch den Zeitpunkt von Typ-II Traumatisierungen, in einer besonders sensiblen Entwicklungsphase. In der wissenschaftlichen Literatur besteht eine große Kontroverse darüber, ob und in welcher Form

die KPTBS als eigenständiges Störungskonzept bewertet werden soll. Es gibt Diskussionen, ob sie der konventionellen PTBS gleichgestellt oder untergeordnet werden muss. Für eine vertiefende Diskussion verweisen ich auf O'Donnell, Alkemade, Nickerson, Creamer, McFarlane et al. (2014). Im folgenden Abschnitt werden die diagnostischen Kriterien der komplexen PTBS nach Herman (1992) dargestellt.

### **2.1.3.1 Diagnostische Kriterien der komplexen PTBS nach J. L. Herman**

Eine Arbeitsgruppe rund um Herman (1993) und van der Kolk entwickelte eine Liste mit 27 Symptomen, welche wiederum sieben Kategorien (Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan et al., 1997) zugeordnet wurden, um die diagnostischen Kriterien einer komplexen PTBS in eine Ordnung zu bringen. Die siebte Kategorie „veränderte Täterwahrnehmung“, wurde später wegen mangelnder Validität fallen gelassen. Die übrigen sechs diagnostischen Kriterien der komplexen PTBS umfassen:

I. Veränderungen in der Regulation von Affekten und Impulsen (A und ein Kriterium von B–F gefordert):

- A Affektregulation
- B Umgang mit Ärger
- C Autodestruktives Verhalten
- D Suizidalität
- E Störungen der Sexualität
- F Exzessives Risikoverhalten

II. Veränderungen in Aufmerksamkeit und Bewusstsein (A oder B gefordert):

- A. Amnesien
- B. Transiente dissoziative Episoden und Depersonalisationserleben

III. Veränderungen der Selbstwahrnehmung (zwei Kriterien von A–F gefordert):

- A. Ineffektivität
- B. Stigmatisierung
- C. Schuldgefühle
- D. Scham
- E. Isolation
- F. Bagatellisierung

IV. Veränderungen in Beziehungen zu anderen (Ein Kriterium von A–C gefordert):

- A. Unfähigkeit zu vertrauen
- B. Reviktimisierung
- C. Viktimisierung anderer

V. Somatisierung (Zwei Kriterien von A–E gefordert):

- A. Gastrointestinale Symptome
- B. Chronische Schmerzen
- C. Kardiopulmonale Symptome
- D. Konversions Symptome
- E. Sexuelle Symptome

VI. Veränderungen von Lebenseinstellungen (A oder B gefordert):

- A. Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- B. Verlust früherer stützender Grundüberzeugungen

### 2.1.3.2 Klinisches Symptomspektrum der komplexen PTBS

I. Eine *Störung in der Regulation von Affekten und Impulsen* wird als erstes Hauptkriterium der KPTBS vorgeschlagen. Ford (1999) und van der Kolk et al. (1996) sehen in diesem Bereich die Kernproblematik der KPTBS. Betroffene beklagen, dass sie bei bereits geringer Belastung zu Gefühlsausbrüchen neigen, die in der Ausprägung oft nicht adäquat zur Situation passen. Sie beziehen Dinge schnell auf sich und sind phasenweise einer rationalen Argumentation nicht mehr zugänglich. Affektregulationsschwierigkeiten sollen nun beispielhaft anhand der Kasuistik verdeutlicht werden.

#### **Fallbeispiel Komplex traumatisierte Patientin:**

Frau G. wurde von einer anderen Patientin gebeten die Tür beim Rauchen hinter sich zu schließen, damit der Rauch nicht ins Gebäude zieht. Frau G. hörte jedoch nicht die sachliche Botschaft: „Schließ bitte die Tür hinter dir“, sondern eine Beziehungsbotschaft: „ich werde abgelehnt“ und reagierte mit einem Tobsuchtsanfall. Hierbei schlug sie so fest mit der Faust gegen eine Wand, dass sie sich hierbei das Handgelenk verstauchte. Frau G. benötigte mehrere Stunden um sich von dieser Situation zu distanzieren. Erst dann erschien sie in einem emotionalen Zustand, in dem ein Reflektieren der Situation möglich war.

Dieser Fall macht die Tragweite der Psychopathologie bei einer KPTBS deutlich. Der Umgang mit beispielsweise Ärger, fällt dieser Patientengruppe oftmals so schwer, dass es häufig zu selbstschädigendem Verhalten (Sachsse & Herbold, 2015) durch z.B. riskanten Konsum von Suchtmitteln kommt (Barnow, Pawils & CANSAS Study Group, 2016). Häufig schädigen sie sich auch durch z.B. Ritzen, Kratzen, Schlagen, Entzug von Nahrungsmitteln bzw. übermäßigem Essen als ein Versuch, die Traumasymptomatik zu kompensieren (van der Kolk, 1996). Bedingt durch die gestörte Affektregulation kommt es zu Schwierigkeiten, sowohl positive als auch negative Affekte zu tolerieren. Dies geht einher mit Suizidalität (Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson et al., 2001), sexuell riskantem Verhalten oder Ablehnung von Sexualität (Black, Cooney, Justice, Fiellin, Pietrzak et al., 2016; Luxenberg, Spinazzola & von der Kolk, 2001). Komplex traumatisierte neigen entsprechend ihrer früheren Beziehungserfahrungen dazu, Beziehungen zu Menschen zu unterhalten, die ihnen eher Schaden zufügen. Auf den ersten Blick mag das paradox erscheinen, macht jedoch vor dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte Sinn. Häufig findet die Traumatisierung innerfamiliär oder in einem engen Kontext zur Ursprungsfamilie statt. Da dies gleichzeitig

auch wichtige Bindungspersonen sind, wird der hierdurch entstehende Konflikt in Autoaggressivität gelöst.

**II.** Das zweite Hauptkriterium der KPTBS schlägt eine Veränderung in *Aufmerksamkeit und Bewusstsein* vor, welches sich entweder in Amnesien oder dissoziativen Episoden und Depersonalisationserleben abbildet. Zur Veranschaulichung erfolgt erneut ein Auszug aus der Fallvignette:

**Fallbeispiel komplex traumatisierte Patientin:**

Frau G. konnte sich zum Zeitpunkt ihrer Erstvorstellung im ZfP nicht an alle, den sexuellen Missbrauch umfassenden Teile ihrer Kindheit und Jugend erinnern. Bestimmte Abschnitte ihrer Biographie erschienen amnestisch zu sein. Hier ein Auszug aus den Schilderungen von Frau G. über ihre traumatische Vorgeschichte: „ Meine Mutter hat mich immer wieder dazu aufgefordert, in das Haus meines Onkels zu gehen. Das war der Ort wo es immer passiert ist. Ich kann mich genau an diese Treppe erinnern. Ich sehe mich noch heute unten stehen und mein Onkel ruft mich, ich solle nach oben gehen. Ich will da nicht hoch, aber ich muss ja. Und dann weiß ich nicht genau, was da im Einzelnen passiert. Irgendwann sehe ich mich wie von außen und ich bin wieder auf dem Nachhauseweg. Es erscheint alles so unwirklich“.

Frau G. aus dem Fallbeispiel schildert dissoziative Symptome im Sinne von Depersonalisations- und Derealisationserleben sowie amnestische Symptomatik. Das Spektrum an möglichen dissoziativen Symptomen ist bei komplex traumatisierten Patientinnen sehr breit (Sack, 2004). Es kann von selten auftauchendem Derealisations- und/oder Depersonalisationserleben bis hin zu kompletten Tagen und Wochen reichen, an die sich die betroffenen Patientinnen nicht mehr erinnern können. Sie erleben häufig sowohl eine erhöhte alltägliche Dissoziationsneigung als auch Amnestische Episoden. Der Zusammenhang zwischen traumatischen Ereignissen in der vulnerablen Phase der Kindheit und späteren Traumafolgestörungen ist hinreichend belegt (z.B. Saxe et al., 1993).

Die nächsten beiden vorgeschlagenen diagnostischen Kriterien der komplexen PTBS stehen in engem Zusammenhang.

**III.** Zum Einen leiden komplex traumatisierte dahingehend unter einer *Veränderung der Selbstwahrnehmung*, dass sie sich ineffektiv und/oder stigmatisiert fühlen. Betroffene haben ein überaus negatives Selbstbild. Hinzu kommen überdurchschnittlich stark ausgeprägte Gefühle von Schuld und Scham bzw. Gefühle völlig isoliert zu sein sowie der Neigung zu bagatellisieren.

**IV.** Zum anderen gestalten sich die *Beziehungen zu anderen* häufig pathologisch. Komplex traumatisierte Patientinnen agieren in Beziehungen zumeist eher misstrauisch, einhergehend mit der Unfähigkeit zu vertrauen (Sack, 2004). Es kommt zu einer Reviktimisierung oder einer Viktimisierung anderer. Infolge der frühen Traumatisierung und der dadurch entstehenden Beziehungsstörung werden schädigende Beziehungen aufrechterhalten. Simons und Whitbeck (1991) fanden z.B. bei Erwachsenen mit einer Vorgeschichte von sexuellem Missbrauch in der Kindheit, ein erhöhtes Risiko vergewaltigt zu werden. Das Fallbeispiel von Frau G. soll die genannten Aspekte veranschaulichen.

**Fallbeispiel komplex traumatisierte Patientin:**

Frau G. berichtete, dass sie sich sehr schäme, da sie lange Zeit den sexuellen Missbrauch verschwiegen habe. Sie habe manchmal sogar das Gefühl, dass sie „nicht verdiene, dass es ihr besser gehe“, da sie ja schließlich selbst schuld daran sei, da sie nichts getan habe um es zu verhindern. (*Aspekte Schuld und Scham*). Der Onkel habe ihr gesagt, dass Männer das so mit Mädchen tun würden und sie stillschweigen hierüber wahren müsse, da ansonsten ihrer Mutter etwas passieren würde. Sehr lange habe sie, auch noch als junge Erwachsene, den Kontakt zum Onkel bzw. der Tante unterhalten (Reviktimisierung). Frau G. gab an, sich als „schwarzes Schaf“ der Familie wahr zu nehmen (*Isolation*) und anderen Menschen kaum zu vertrauen.

Anhand des Geschilderten von Frau G. kann die Verpflichtung, die viele Täter ihren Opfern auferlegen, deutlich gemacht werden. Sie suggerieren dem Opfer eine Form der Kontrolle, um sie in ihrem Sinne zu beeinflussen. Gleichzeitig projiziert das Opfer alle Schuld für die Geschehnisse auf sich. Feinauer und Stuart (1996) haben auf die stabilisierende Rolle dieses Mechanismus hingewiesen. Opfer sind somit schon sehr früh äußerst pathologische Beziehungsmuster gewohnt. Häufig werden diese Muster infolgedessen im Erwachsenenalter reinszeniert (Wöller, 2005).

**V.** Als fünfte Kategorie der komplexen PTBS wird ein *somatischer Beschwerdekomples* vorgeschlagen, bestehend aus gastrointestinalen Symptomen, chronischen Schmerzen, kardiopulmonalen Symptomen sowie Konversions- und sexuellen Symptomen (Berkowitz, 1998; Luxenberg et al., 2001; Sack, 2004;). Eine erhöhte Prävalenz von somatoformen Störungen bei Traumaopfern ist empirisch belegt (Felitti et al., 1998; Traue & Jerg-Bretzke, 2016). Häufig liegen comorbide körperliche Erkrankungen neben der Traumatisierung vor. Die verbundenen Beschwerdekomplesse können jedoch nicht als hinreichende Erklärung für die körperlichen Beschwerden herangezogen werden, da diese zu umfangreich geschildert werden. Auch Frau G. aus dem Fallbeispiel schildert verschiedene somatische Auffälligkeiten.

**Fallbeispiel komplex traumatisierte Patientin:**

Frau G. berichtete immer wieder von Rückenschmerzen, die mit dem Level der psychischen Belastung variieren. Insbesondere nach heftigen Alpträumen habe Frau G. manchmal das Gefühl „wie nach hinten weg gezogen zu werden“. Dieses Gefühl lokalisierte Frau G. meist „oben rechts“. Es ließ sich herausarbeiten, dass der Täter – Linkshänder - sie möglicherweise dort häufig gepackt haben könnte. So konnte dieses körperliche Empfinden an einer Stelle an der Frau G. sowohl passende Worte als auch Bilder zur Situation fehlten, als eine Gefühlsintrusion gedeutet werden.

**VI:** Die letzte diagnostische Kategorie der komplexen PTBS umfasst *Veränderungen von Lebenseinstellungen*, wahlweise durch Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit und/oder Verlust früherer stützender Grundüberzeugungen (Beck, Jones, Reich, Woodward & Cody, 2015). Komplex traumatisierte leiden unter einer ganzen Reihe von irrationalen Kognitionen. Eine Zukunftsperspektive wird nicht gesehen, stattdessen erscheint Hilf- und Hoffnungslosigkeit im Vordergrund. Auch fällt es Betroffenen in der Regel schwer Entscheidungen zu fällen, durch erlernte Hilflosigkeit (Luxenberg et al., 2001).

### 2.1.3.3 Differentialdiagnostik und Komorbidität der (komplexen) PTBS

Bisher ist die KPTBS nicht in die gängigen Diagnosesysteme aufgenommen worden. „Die umfangreichen Folgen, einer durch Traumatisierungen gestörten Persönlichkeitsentwicklung, werden unter den Begriffen „Komplexe Traumafolgestörung“, „Developmental Trauma Disorder“ oder „Komplexe Präsentation einer Posttraumatischen Belastungsstörung“ diskutiert (Flatten et al., 2011). Laut den S3 Leitlinien publiziert von Flatten et al. (2011), muss die PTBS von folgenden verwandten Störungsbildern abgegrenzt werden:

- Akute Belastungsreaktion (ICD-10: F 43.0)
- Anpassungsstörung (ICD-10: F 43.2)
- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F 62.0)

Unter der akuten Belastungsreaktion wird eine vorübergehende psychische Störung verstanden, beginnend unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis, welche innerhalb von 8-48 Std. wieder abklingt. In Abgrenzung zur KPBS erscheint die psychische Beeinträchtigung somit nur kurzweilig.

Die Anpassungsstörung umfasst Reaktionen auf Belastungssituationen, die keine traumatische Qualität haben und somit keine außergewöhnliche Bedrohung oder ein katastrophales Ausmaß einschließen. Bis zu maximal sechs Monate bzw. bei längerer depressiver Reaktion maximal bis zu zwei Jahre, leiden die Betroffenen unter vorwiegend depressiver Verstimmung und/oder Ängsten. Im Gegensatz zur KPTBS wird somit bei einer Anpassungsstörung das Ereigniskriterium in den gängigen Diagnostiksysteme nicht erfüllt.

Auch die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung weist konzeptionelle Überschneidungen mit der komplexen PTBS auf. Nach einer Belastung oder Belastungsperiode, die katastrophales Ausmaß hatte, entwickeln Betroffene eine, mindestens über zwei Jahre fortbestehende Persönlichkeitsänderung. Sie geht einher mit unflexiblem, unangepasstem Verhalten, sozialem Rückzug, Anhedonie, veränderter Selbstwahrnehmung und Veränderungen in der Stimmungslage. In Abgrenzung zur KPTBS erfolgt die Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, wie der Name suggeriert, in einem Alter in dem Persönlichkeitsentwicklung bereits abgeschlossen ist. Die KPTBS resultiert hingegen aus traumatischen Erfahrungen, die bereits in einer vulnerablen Phase begonnen haben und somit in der Regel stattfanden, bevor Persönlichkeitsentwicklung abgeschlossen war.

Weiterhin müssen laut Leitlinie diese weiteren Traumafolgestörungen abgegrenzt werden:

- Dissoziative Störungsbilder (ICD-10: F 44)
- Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4)
- Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.3)

Auch seien entsprechend den S 3 Leitlinien die folgenden Störungen, bei denen traumatische Belastungen maßgeblich mitbedingend sind, differentialdiagnostisch zu bedenken:

- Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.2)
- Essstörungen (ICD-10: F 50)
- Affektive Störungen (ICD-10: F 32, 33, 34)
- Substanzabhängigkeit (ICD-10: F 1 – 19)
- Somatoforme Störungen (ICD-10: F 45)

Neben der differentialdiagnostischen Abgrenzung zu anderen Störungsbildern muss eine hohe Komorbidität berücksichtigt werden, die in der Regel eine (komplexe) PTBS begleitet. Personen mit traumatischen Erlebnissen haben eine annähernd doppelt so hohe Chance erneut traumatische Dinge zu erleben, verglichen mit denen, die bisher kein traumatisches Ereignis angaben (Barnes, Noll, Putnam & Trickett, 2009). Pratchett & Yehuda (2011) haben diesen Zusammenhang unter dem Begriff „Reviktimisierung“ zusammengefasst. Zwei großangelegte Studien beschreiben, eine erhöhte Vulnerabilität für comorbide Erkrankungen infolge einer Traumatisierung (Creamer, Burgess & McFarlane, 2001; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Auch Zlotnick, Zakriski, Shea, Costello, Begin, Pearstein et al. (1996) fanden Auffälligkeiten in den Bereichen Somatisierung, Dissoziation, Angst, Feindseligkeit, Alexithymie, soziale Probleme, pathogene Schema, autoaggressives Verhalten sowie Reviktimisierung bei erwachsenen Frauen mit sexuellem Missbrauch in ihrer Kindheit, verglichen mit Frauen ohne diese Vorerfahrungen. Im Vordergrund stehen zumeist affektive Störungen. In einer Studie von Maercker, Michael, Fehm, Becker und Margraf (2004) wurden Frauen zwischen 18 und 45 Jahren mit einer PTBS untersucht. 29% hatte eine comorbide *Affektive Störung*. In einer Studie von Breslau, Peterson und Schultz (2000) wurde bei Traumatisierten ein achtfach höheres Risiko festgestellt eine Depressive Episode zu entwickeln, im Vergleich zu nicht Traumatisierten. Eine (K)PTBS wird jedoch daneben ebenfalls häufig von einem *Substanzmittelmissbrauch* oder auch einer *Abhängigkeit* begleitet (Feselmayer & Andorfer, 2009; Teegen & Zumbeck, 2000). Funktion des Konsums ist, die vermeintlich bessere Bewältigung der Traumasymptomatik (Potthast & Catani, 2012). Eine (K)PTBS geht weiterhin vielfach mit verschiedenen *Angststörungen*, wie z.B. der generalisierten Angststörung (Volz & Stieglitz, 2010) oder auch einer Panikstörung (Chantarujikapong, Scherrer, Xian, Eisen, Lyons et al., 2001) einher. Weiterhin treten *Dissoziative Störungen* als typische Folge traumatischer Erlebnisse auf. Im Bereich der dissoziativen Symptomatik kann es zu psychogenen Amnesien (Janet, 1893), Fuge (Fisher, 1945), Depersonalisation und Derealisation (Jacobson, 1959) sowie einer dissoziativen Identitätsstörung (Putnam, 1989) kommen. Saxe et al. (1993) fand bei 90% dissoziativer Patienten ebenfalls eine PTBS. Ferner geht die (K)PTBS häufig einher mit multiplen *körperlichen Erkrankungen* die hochfrequenter vorkommen, als bei vergleichbaren Kontrollgruppen. Frauen die negative Intimität in der Vorgeschichte erlebten, leiden vergleichsweise stärker unter gastrointestinalen Beschwerden (Drossman, Talley, Leserman, Olden & Barreiro, 1995) sowie Schmerz- und Sexualstörungen (Golding, 1994). In einer Studie von Hubbard et al. (1995) wurden bei 29% der Patienten mit einer PTBS auch somatoforme Beschwerden nachgewiesen. Ferner wurde bei Personen, die im Kindesalter physischer Misshandlung ausgesetzt waren, gehäuft chronische Schmerzen im Erwachsenenalter gefunden (Romans, Belaisem Martin, Morris & Raffi, 2002; Schofferman, Anderson, Hines, Smith & Keane, 1993). Beck und Clapp (2011) schrieben eine Übersichtsarbeit zum Thema PTBS und Schmerz. Sie fanden eine Prävalenz von 20-80% für einen comorbiden chronischen Schmerz bei Patienten mit einer PTBS Diagnose. Auch *Essstörungen* und Trauma stehen in engem Zusammenhang. So fanden Jaite, Pfeiffer, Lehmkuhl und Salbach-Andrae (2013) erhöhte Zahlen von traumatischen Kindheitserlebnissen in einer Gruppe von Personen mit Anorexia Nervosa und Binge Eating Essstörungen, im Vergleich zu einer psychiatrischen Gruppe bzw. einer gesunden

Kontrollgruppe. Gestörtes Essverhalten erfüllt häufig die Funktion, sich selbst zu strafen oder genau im Gegenteil, eine Spannungsreduktion durch das Essen herbei zu führen, im Sinne einer Selbstmedikation. Weiterhin kann es die Funktion erfüllen, für mögliche Täter scheinbar physisch unattraktiv zu wirken. Ferner treten comorbide Persönlichkeitsstörungen insbesondere Borderline auf. Bereits 1989 berichteten Herman, Perry und van der Kolk von dem Zusammenhang einer Traumatisierung und einer *Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Sie fanden bei 81% der Patienten mit einer Borderline Symptomatik traumatische Erlebnisse in der Vorgeschichte. Bei den diagnostischen Kriterien gibt es bestimmte Überschneidungen. Für die gegenseitige Abgrenzung beider Diagnosen schlug van der Kolk vor, die Hauptmerkmale zu differenzieren. Bei der KPTBS sieht van der Kolk die Störungen der Affektregulation im Vordergrund. Hingegen seien Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen, sowie häufige Stimmungswechsel bei der Borderline Persönlichkeitsstörung zentral (van der Kolk, 1999). Für eine detaillierte Diskussion der differentialdiagnostischen Abgrenzung sowie Komorbidität der (komplexen) PTBS zu oben genannten Störungsbildern, verweise ich auf Sack (2004), Sack, Sachss und Schellong (2013) sowie auf Wöller, Siol und Liebermann (2001).

Zusammenfassend beschreibt die KPTBS ein Symptomenspektrum, das Störungen der Affektregulation, dissoziative Symptome, Somatisierung, gestörte Selbstwahrnehmung, Störungen der Sexualität und Beziehungsgestaltung sowie Veränderungen persönlicher Glaubens- und Wertvorstellungen umfasst. Hierdurch gelingt es, heterogene Symptomatik unter ein ätiologisches Modell zusammen zu fassen, statt mehrere comorbide Diagnosen vergeben zu müssen.

#### **2.1.3.4 Epidemiologie**

Die PTBS ist eine der häufigsten psychischen Störungen überhaupt. Bei Verwendung der ICD-10 steht sie an achter und im DSM-IV an dritter Stelle, der häufigsten Diagnosen (Maercker et al., 2013). Lebenszeitprävalenzen von 1.3% bis 2.0% (Flatten et al., 2011; Spitzer et al., 2009) sowie Punktprävalenzen von 0,7% für 12 Monate (Hapke, Schumann, Rumpf, John & Meyer, 2006) und 2.3% für einen Monat (Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler, 2008) wurden im deutschen Sprachraum berichtet. Wie häufig eine PTBS auftritt, hängt auch vom jeweiligen auslösenden Ereignis ab. Abhängig von Schwere und Art der Traumatisierung(en) werden laut den S3 Leitlinien (Flatten et al., 2011) unterschiedlich hohe Prävalenzen für eine PTBS erwartet:

- bei 50% der Betroffenen nach einer Vergewaltigung (auch Sack, 2004)
- bei 25% nach anderen Gewaltverbrechen (auch Roth et al., 1997)
- bei ca. 20% bei Kriegsopfern (auch Teegen & Vogt, 2002)
- bei ca. 15% bei Verkehrsunfallopfern (auch Kuch, Cox & Evans, 1996)
- bei ca. 15% bei schweren Organerkrankungen

Aus den vorangegangenen Kapiteln kann konkludiert werden, dass es sich bei der KPTBS um einen besonders schweren Syndromkomplex handelt. Die geschilderten Prävalenzen zeigen das Ausmaß der gesundheitspolitischen Probleme. Im folgenden Kapitel wird die komplexe PTBS mit dem Schwerpunkt auf den Aspekt der Scham diskutiert.

## **2.2 Komplexe PTBS als Erkrankung des Schamgefühls**

Wegweiser: Nach einer Einführung in das Themengebiet (2.2.1) erfolgen eine Definition von „Scham“ sowie die unterschiedlichen Ausdrucksformen der Scham (2.2.2). Anschließend werden die Abgrenzung von Scham zur Schuld (2.2.3) sowie die spezielle Psychopathologie der Scham im Kontext der KPTBS (2.2.4) erläutert, bevor die hieraus abgeleiteten Implikationen (2.2.5) dargestellt werden.

### **2.2.1 Einführung**

Die im DSM-IV beschriebenen vorrangigen Emotionen bei der PTBS sind Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen (APA, 1994). Weitere Forschung zeigte jedoch, dass auch Emotionen wie Wut, Traurigkeit und Scham eine Bedeutung bei einer PTSD einnehmen (Grey, Holmes & Brewin, 2001). Historisch bedingt wurde der Behandlungsschwerpunkt lange Zeit auf die bis dahin angenommene zentrale Emotion „Angst“ ausgerichtet. Demzufolge wurde in der Therapie der PTBS eine Angstreduktion angestrebt (Foa & Meadows, 1997). In der wissenschaftlichen Literatur ist eine Debatte entfacht, ob Personen, die unter hohem Schamgefühl leiden, von diesem Behandlungsansatz profitieren können (Harmen & Lee, 2010). Lee, Scragg und Turner (2001) gehen beispielsweise davon aus, dass eine primär auf die Reduktion von Angst ausgerichtete Expositionstherapie zum einen durch Schamgefühle erschwert wird, zum anderen die posttraumatische Reaktion sogar verschlimmern kann, wenn ebenfalls vorhandenen Emotionen wie Scham oder Wut nicht ausreichend berücksichtigt werden. Der Einfluss von Scham wird zunehmend wahrgenommen und im DSM-5 wurden die Affekte Scham, Schuld sowie Wut in dem Kriterienkatalog der PTSD aufgenommen (APA, 2013). Insbesondere bei einer komplexen PTBS spielt der Aspekt der Scham eine zentrale krankheitsaufrechterhaltende Rolle und zeigt sich oft relativ behandlungsresistent (Sack, 2004). Als Basis zum vertiefenden Verständnis für das in Kapitel 3 vorgestellte Gruppenprogramm wird in diesem Abschnitt Scham im Kontext der komplexen PTBS diskutiert.

### **2.2.2 Definition, Expression und Funktionalität der Scham**

Das Wort „Scham“ geht auf die Wurzel *kam/kem* zurück, die mit „zudecken oder verbergen“ übersetzt werden kann. Dies entspricht den von außen sichtbaren physiologischen Auswirkungen von Schamgefühlen, einhergehend mit Erröten, Senken des Kopfes, heruntergezogenen Schultern, einem gesenkten Oberkörper, Meiden von Augenkontakt sowie dem Impuls, das Gesicht zu verbergen (Haas, 2013). Scham entsteht wenn Bewertungen und Reflektionen über unser globales Selbst nicht unseren Erwartungen entsprechen (Tagny & Tracy, 2011). Nicht zwangsläufig ein Erlebnis an sich, sondern nachfolgende Interpretationen und negative Selbstattribuierungen sind somit die eigentlichen schamauslösenden Faktoren (Lewis, 1995). Vor allem ein Attributionsstil, der negative Erfahrungen internalen, stabilen und globalen Ursachen beimisst, löst im Zuge einer Schamreaktion Minderwertigkeitsgefühle aus (Haas, 2013). Dementsprechend sind schambehaftete Situationen verknüpft mit durchdringenden und unkontrollierbar erscheinenden Gefühlen von Wertlosigkeit, Selbstverachtung, Entblößung und Erniedrigung, Selbstzweifeln, einer Unfähigkeit zu

sprechen, dem Gefühl klein und bloßgestellt zu sein bzw. dem Impuls sich einer Situation zu entziehen (Lewis, 1971; Warsitz, 2013). Ihren Wahrnehmungs- und Handlungsspielraum erlebt die betroffenen Personen somit als deutlich begrenzt (Herman, 2012).

Scham ist allerdings nicht nur mit den zuvor geschilderten defensiven Reaktionen assoziiert, sondern kann auch ins Gegenteil umschlagen und in Ärger oder sogar Feindseligkeit ausgedrückt werden. So ist Scham beispielsweise auch assoziiert mit impulsivem Verhalten (Tangney & Dearing, 2002a). Tiefgreifendes Schamerleben wie z.B. bei komplex traumatisierten Patientinnen geht einher, mit dem Gefühl von Anderen nicht anerkannt zu werden. Es besteht hierbei einerseits ein Impuls, sich der Situation zu entziehen, andererseits besteht der Wunsch, die soziale Bindung aufrechtzuerhalten. Hierdurch wird eine paradoxe Wechselwirkung erzeugt, welche sich auch in der Funktionalität der Scham wiederfindet. Da Scham im Kontext bedeutsamer sozialer Beziehungen auftritt, erfüllt sie eine unmittelbare Feedbackfunktion hinsichtlich unseres Wertes als Mensch, unseres sozialen Ansehens und Gruppenstatus (Carnì, Petrocchi, Del Miglio, Mancini & Couyoumdjian, 2013) und motiviert uns zu einer Reflexion des eigenen Verhaltens in Beziehung zu anderen. Hilfreiche Folgen der Schamreaktion sind demnach die Vermeidung von maladaptiven Grenzüberschreitungen zur Statussicherung sowie der Schutz des Selbst vor Übergriffen durch Abgrenzung von anderen (Auchter, 2013; Haas, 2013). Demzufolge entsteht im Zuge einer komplexen PTBS eine destruktive und überbordende Schamreaktion aus diesen ursprünglich wünschenswerten selbstkorrigierenden Funktionen des Schamgefühls. Diese muss aus Sicht der Verfasserin in der Behandlung einer KPTBS stärker als bisher Berücksichtigung finden.

### **2.2.3 Scham vs. Schuld als Reaktionen auf Trauma**

Traumatisierungen führen zu Reflexionen über die persönliche und soziale Identität der Betroffenen. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit von Emotionen wie Scham- und Schuldgefühlen (Lee, Scragg & Turner, 2001). Folglich sind überhöhte Scham- und Schuldreaktionen bei vielen Betroffenen zu beobachten (Dorahy & Clearwater, 2012; Feiring & Tuska, 2005; Henning & Frueh, 1997). Ferner ist bekannt, dass im Speziellen interpersonale Traumatisierungen die Wahrscheinlichkeit scham- oder schuldauslösender Attributionen erhöhen (Kubany & Watson, 2003).

Interpersonale Gewalterfahrungen stellen eine Missachtung der persönlichen Grenzen und Rechte der Opfer dar (Lotter, 2012). In der resultierenden Schamreaktion spiegeln sich die ungleichen Machtverhältnisse zwischen Opfer und Täter wider, in welchen sich das Opfer als minderwertig empfindet (Herman, 2012). Darüber hinaus entspricht ein interpersonales Trauma einem Kontrollverlust über das Selbst und den eigenen Körper – ein Zustand welcher als Demütigung erlebt wird (Margalit, 2012). Verstärkt durch die Inkonsistenz zwischen dem tatsächlichen Verhalten des Opfers während des traumatischen Erlebnisses und seinen Idealvorstellungen von Autonomie und Kontrolle (Hilgers, 2013) werden Scham- und Schuldgefühle durch den Versuch ausgelöst, zuvor nicht bewusst wahrgenommene Selbstanteile zu integrieren. Der Aspekt der Scham nimmt hier eine stabilisierende Funktion ein, indem sie vor psychischer Desintegration bewahrt (Ehlers & Steil, 1995). Die häufig daraus resultierende Annahme eigener Schuld (Herman, 2006) liefert ein Erklärungsmodell

für das Geschehene, da die Betroffenen durch Schuldgefühle implizit davon ausgehen, zwischen Handlungsalternativen wählen zu können (Neckel, 1991). Die Empfindungen der Hilflosigkeit und der Ohnmacht, welche durch die Traumatisierung ausgelöst werden, erscheinen hierdurch vermindert, stattdessen entsteht eine Illusion der Kontrolle (Feinauer & Stuart, 1996; McCann & Pearlman, 1990). Schlussfolgern die Betroffenen jedoch, dass keine alternativen Handlungsmöglichkeiten bestanden und die Situation unausweichlich war, konkludieren sie häufig, dass ihre ureigene Schlechtigkeit verantwortlich zu machen ist. Demzufolge kommt es zu einer globalen Entwertung der eigenen Person, einhergehend mit einer intensiven Schamreaktion (Lisak, 1994).

Schuldgefühle beziehen sich daher eher auf eine konkrete Handlung, während die Scham eine Bewertung des globalen Selbst in einem interpersonellen Kontext umfasst. Bewertungsmaßstab sind somit nicht nur lediglich die Kriterien des Gegenübers, sondern hauptsächlich die von der Person internalisierten Beziehungsnormen und Ideale (Schüttauf und Kollegen, 2003). Bewertet sich die Person aufgrund dieser Ideale als minderwertig, wird eine Schamreaktion ausgelöst – auch wenn sie zur Zeit der Schamreaktion alleine ist (Lewis, 1987b). Folglich ist auch zu unterscheiden zwischen der schamhaften Sorge um die ablehnende Reaktion anderer und der schuldhaften Sorge um die negativen Effekte des eigenen Handelns auf andere (Tangey & Tracy, 2011). Infolgedessen wird die erwartete negative Bewertung des sozialen Umfeldes auf den Autonomieverlust des Opfers in der traumatischen Situation als Selbstabwertung und Geringschätzung wahrgenommen und löst wiederum Schamgefühle aus (Strassberg, 2004). Eine überbordende schamhafte Reaktion auf das traumatische Erlebnis scheint hierbei Bedingung der anschließenden schuldhaften Verarbeitung des Geschehenen zu sein. Der Fokus auf die mit einer komplexen PTBS einhergehenden Schamgefühle erscheint aus Sicht der Verfasserin daher plausibel indiziert.

#### **2.2.4 Rolle der Scham im Kontext der komplexen PTBS**

Jeder Mensch kennt das Gefühl der Scham und kann sich an Situationen der Vergangenheit erinnern, die schambehaftet waren. Personen ohne eine KPTBS erleben schamhafte Situationen, lächeln in der Regel anschließend drüber und empfinden sich als Person noch immer „ok“. Bei Personen die unter einer komplexen PTBS leiden, treten schambehaftete Situationen im Verlauf ihres Lebens häufig und intensiv auf, so dass Scham pathologisch wird, indem die Person sie internalisiert. Sie sammeln in ihrer Biografie die überwiegende Lernerfahrung, dass sie als Person tief abstoßend, ekelhaft und minderwertig sind. Dies geht zum einen aus den durch traumatische Ereignisse ausgelösten horrenden Selbstvorwürfen und Abwertungen der eigenen Person hervor (Seidler, 1995) und wird zum anderen durch die Erwartung einer ablehnenden Rückmeldung des Umfeldes verstärkt (Andrews, 1998). Ferner führen posttraumatische Schamgefühle aufgrund interpersoneller Traumatisierungen häufiger zu einer Chronifizierung ebendieser (Kubany & Watson, 2003), da die Betroffenen ausgelöst durch die Verletzung der eigenen kulturellen Normen einem höheren Stresslevel ausgesetzt sind und sie in der Regel mit unumkehrbaren Nachwirkungen konfrontiert werden (Wilson & Lindy, 1994). Bestimmte Inhalte oder Selbstanteile werden als unannehmbar stigmatisiert (Wurmser, 2007). Folge dessen ist die Sehnsucht, dem überbordenden Schamgefühl durch Selbstauflösung zu entfliehen, einhergehend mit einer Vielzahl maladaptiver

Abwehrmechanismen, einem erhöhten Suizidrisiko, sowie einer erhöhten Fragilität für die Entwicklung psychischer Störungen (Wilson, Droždek & Turkovic, 2006).

Untersuchungen zeigen, dass das Erleben von Scham nach einem Trauma signifikant mit der Entwicklung von PTBS Symptomen verknüpft ist. So konnten Feiring und Taska (2005) in einer über sechs Jahre andauernden Studie zeigen, dass Scham ausgelöst durch sexuellen Missbrauch zu der sich entwickelnden Psychopathologie beiträgt. Besonders pathologisch sind Schamgefühle, wenn Opfer sexueller Traumatisierung die sexuell stimulierenden Handlungen als erregend erlebt haben. Ekel vor dem eigenen Körper und vor sexuellen Aspekten des eigenen Körpers sowie Selbsthass entwickeln sich in der Folge (Sack et al., 2013). Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass dieser Selbsthass externalisiert als Ärger- oder Wutgefühle verarbeitet wird (Tangney & Tracy, 2011). La Bash und Papa (2014) konnten zudem zeigen, dass peritraumatische Schamgefühle als Mediator des erhöhten PTBS-Risikos nach interpersonaler Traumatisierung fungieren.

Ferner wird angenommen, dass mehrere durch intensive Schamgefühle ausgelöste dysfunktionale Verhaltensweisen zur Chronifizierung und Aufrechterhaltung der PTBS Symptome beitragen. Wolf und Bering (2016) beschreiben die exzessive Rumination über den eigenen Zustand und dessen Folgen, insbesondere über eine potenzielle negative Beurteilung durch andere und das durch Angst vor Stigmatisierung ausgelöste Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten, welches zudem dazu dient, die schamhafte Beschäftigung mit traumabezogenen Inhalten zu beenden, als zwei Hauptfaktoren der Aufrechterhaltung einer PTBS. Bezüglich interpersoneller Schwierigkeiten im Zuge einer komplexen PTBS sei hier zum einen insbesondere die Tendenz des sozialen Rückzuges zum Schutz vor zusätzlichen schamauslösenden (triggernden) Situationen hervorgehoben. Zum anderen wird die scham- und schuldbedingte Rumination über die Interaktionen der Betroffenen mit anderen und die Konsequenzen ihrer Handlungen akzentuiert (Speckens, Ehlers, Hackmann, Ruths & Clark, 2007). Die im Zuge von interpersonalem Trauma auftretenden Bindungsschwierigkeiten und die reduzierte Zufriedenheit in engen Beziehungen zählen somit zu weiteren Folgeerscheinungen (Tummala-Narra Kallivayalil, Singer & Andreini, 2011).

Letztlich benennen Wolf und Bering (2016) Scham- und Schuldgefühle als maßgebliches Hindernis für eine adäquate und ressourcenorientierte Aufarbeitung des traumatischen Erlebens und somit der Behandlung der PTBS Symptome. Hieraus abgeleitet ist die Bearbeitung von Schamgefühlen ein elementarer therapeutischer Ansatzpunkt einer zeitgemäßen Traumabehandlung.

### **2.2.5 Implikationen für die Behandlung der komplexen PTBS im Hinblick auf Scham**

Scham steht in der Regel in einer Beziehung zu einem nicht-öffnen in der Psychotherapie und ist somit häufig ein enorm hartnäckiger Symptombereich, welcher sich nur schwer verändern lässt (Swan & Andrews, 2003). Aufgrund der besonderen Schwere der Erkrankung benötigen komplex Traumatisierte u.a. durch ihre Scham in der Regel längere Zeit für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung bzw. mehr Zeit, um Vertrauen anderen Personen gegenüber zu entwickeln. Da der Kern der Traumatisierung meist im zwischenmenschlichen Kontext begonnen hat, muss das hieraus entwickelte, tief verwurzelte Misstrauen anderen Menschen gegenüber in der Behandlung antizipiert werden. Situationen in denen potenziell erneut

Scham ausgelöst werden könnte, werden natürlicherweise von komplex Traumatisierten so gut wie möglich vermieden. Herman (2012) beschreibt die Scham als „wortlosen Zustand“, dem als solchem Angst vor Offenlegung innewohnt. Interpersoneller Kontakt ist per se somit eine „gefährliche“ Situation. Hieraus schlussfolgernd erscheint es völlig logisch, Menschen auf Distanz zu halten, um erneutem Schamempfinden vor zu beugen. Insbesondere das offenbaren eigener Schwächen dem Therapeuten gegenüber, welcher aus Sicht des Patienten häufig als schwächelos wahrgenommen wird, kann in diesem Zusammenhang die bereits vorhandenen Schamgefühle verstärken (Dearing & Tangney, 2011). Einsamkeitsgefühle werden indes simultan als schambehaftet erlebt und intensivieren somit das negative Selbstbild der Betroffenen (Bohn, 2008). Indem die Verarbeitung des traumatischen Geschehens durch die Aufrechterhaltung von Vermeidungsverhalten erschwert wird (Brewin, Dalgeish & Joseph, 1996), kann die Missachtung oder Fehlbeurteilung von Scham und Schuld somit die erfolgreiche Behandlung einer KPTBS verhindern.

Neben diesem eher defensiven Umgang des Vermeidens ist die gegenteilige Handlungsoption, Aggressivität, vergleichbar funktional. Ärger verhindert, dass Andere ein mögliches Schamempfinden realisieren können. Es hält Andere auf Abstand, was sich wiederum vermeintlich sicherer anfühlt, da Scham so weniger schnell entdeckt werden kann (Gardner & Grofein, 2005). Diese Externalisierung der Schamgefühle in Wut und Ärger bis hin zu interpersonalen Aggressionen wirkt jedoch wiederum einem Beziehungsaufbau entgegen (Schoenleber, Sippel, Jakupcak & Tull, 2014).

Schamgefühle können jedoch nicht nur den Behandlungsverlauf determinieren (Ehlers, Clark, Dunmore, Jaycox, Meadows & Foa, 1998a), sondern auch Einfluss auf den Behandlungserfolg nehmen. Owens, Chard und Cox (2008) konstatierten, dass, nebst Angstgefühlen, schambezogene Kognitionen vor einer Behandlung das Ausmaß von psychotraumaspezifischen Beschwerden nach einer Behandlung voraussagen. Øktedalen, Hoffart und Langkaas (2015) stellten zudem fest, dass mit einer durch die Behandlung ausgelösten Veränderung von Schamgefühlen, ebenfalls eine Veränderung von traumaassoziierten Symptomen einhergeht. Die Möglichkeit in einem geschützten Rahmen Schamgefühle offen auszusprechen, zu normalisieren und zu limitieren erscheint hier von besonderer Wichtigkeit (Wilson et al., 2006), da die Betroffenen damit Kontrolle über ihr Handeln zurückgewinnen (Stone, 1992). Da auf interpersonale Traumatisierungen häufig Beziehungsbrüche (Muller, Sicoli & Lemieux, 2000) und Schwierigkeiten sich zu binden (Gold, Sinclair & Bulge, 1999) folgen und Schamgefühle durch ihre Begleitsymptome maßgeblich zu diesen interpersonalen Komplikationen beitragen (Wolf & Bering, 2016), erscheint eine therapeutische Bearbeitung destruktiver Scham infolge einer KPTBS zudem maßgeblich für langfristige Behandlungserfolge außerhalb der therapeutischen Beziehung.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Scham durch Betroffene als sehr belastend erlebt wird und eine wesentliche Rolle bei der Aufrechterhaltung und Genese der komplexen PTBS einnimmt. Øktedalen und Kollegen (2014) schlagen daher vor, bei der Behandlung der komplexen PTBS einen besonderen Schwerpunkt auf die Reduktion der traumaassoziierten Scham zu legen. Abgeleitet hieraus wird im folgenden Abschnitt ein auf Level der Genesung basiertes Konzept in der Behandlung der komplex Traumatisierten beschrieben, welches insbesondere den interpersonellen Aspekt berücksichtigt.

### **2.3 Level-basiertes Behandlungskonzept nach J. L. Herman**

J. L. Herman (1997) unterscheidet drei Level der Genesung bei einer komplexen PTBS (1) Wiederherstellung von Sicherheit, (2) Erinnern und Trauern sowie (3) Wiederanknüpfen. Eine der wichtigsten Zielsetzungen in der Behandlung der komplexen Traumatisierung sei laut Herman (1997) die Überwindung von Ohnmacht und Isolation, den zwei Grunderfahrungen durch eine Traumatisierung. Durch nicht pathologische Interaktionen mit Mitmenschen können laut Herman konträre Erfahrungen zum Trauma gemacht werden. Erst so gelinge eine Heilung. Durch neue, gute Beziehungen zu anderen Menschen können komplex Traumatisierte erst wieder eine Art Grundvertrauen in menschliche Beziehungen entwickeln. Jede der drei Genesungsphasen hat verschiedene therapeutische Schwerpunkte und Zielsetzungen, die nun nacheinander dargestellt werden.

#### *(1) Erstes Genesungslevel - Wiederherstellung von Sicherheit*

Im ersten Genesungslevel ist das Hauptaugenmerk auf der Etablierung von verlässlicher Sicherheit und Steigerung der Stabilität. Neben einer objektiven Sicherheit, wie z.B. einer haltgebenden Wohnsituation, sollen Personen im ersten Genesungslevel in emotionale Sicherheit gebracht werden. Dies wird therapeutisch durch strukturierte, auf Informationsvermittlung ausgerichtete Konzepte erreicht. Durch Vermittlung von psychoedukativen Inhalten lernen Patientinnen im ersten Genesungslevel Selbstfürsorge, Fähigkeiten mit Symptomen um zu gehen und knüpfen neue, gute Erfahrungen im interpersonellen Bereich. Therapeutische Inhalte sind im ersten Genesungslevel auf das hier und jetzt bezogen und das Erzählen von Traumadetails wird aktiv unterbrochen. Diese Gruppen sind offen sowie fortlaufend und die Struktur insgesamt didaktisch. Ziel ist das Herstellen der äußeren und inneren Sicherheit und die Stärkung des Ich durch stützende sowie lösungsorientierte therapeutischen Interventionen.

#### *(2) Zweites Genesungslevel - Erinnern und Trauern*

Sobald Sicherheit und Stabilität hinreichend erreicht wurden, sollten komplex Traumatisierte laut Herman (1997), an einer traumazentrierten Gruppe teilnehmen. Patientinnen, welche sich im zweiten Genesungslevel befinden, sollten das Erlebte integrieren lernen sowie abgespaltene Erinnerungen zurück erlagen. Dies ist laut Herman besonders gut möglich, indem sie an Gruppen teilnehmen, deren Inhalte auf die traumatischen Erfahrungen fokussiert sind. Mittelpunkt ist hierbei die Integration der Vergangenheit durch die Erzählung einzelner Teile von Traumageschichte und einer an Zielen orientierten Struktur. Um die für diese Prozesse erforderliche Sicherheit herstellen zu können, sind diese Gruppen geschlossen und finden über eine feste und im Vorhinein festgelegte Sitzungsanzahl statt. Fokus ist somit die bewusste Auseinandersetzung und Konfrontation mit der traumatischen Vorgeschichte. Im Kontext der Gruppe sollen gute, neue interpersonelle Erfahrungen mit anderen Betroffenen gemacht werden. Sobald im zweiten Genesungslevel die bis dahin eingefrorenen, traumatischen Erinnerungen in die Verarbeitung überführt wurden, sind komplex Traumatisierte laut Herman bereit, die dritte Genesungsphase zu beginnen.

(3) *Drittes Genesungslevel - Wiederanknüpfen*

In der Phase der Wiederanknüpfung geht es darum, die vorherige Isolation langfristig zu überwinden und die soziale Teilhabe bleibend zu steigern. Herman (1997) schlägt hierzu Gruppen vor, die beim Lösen von bestimmten Restproblemen helfen. Während Gruppen für Personen in der ersten und zweiten Genesungsphase homogen sind, ist eine Level drei Gruppe konzeptionell heterogen, da Teilnehmer und Teilnehmerinnen dieser Gruppen ihre Traumatisierung bereits überwunden haben. Personen im dritten Genesungslevel haben Scham und Isolation bereits bewältigt und sind somit in der Lage, eine Verbundenheit zu anderen in einem größeren Umfang her zu stellen. In der Phase der Wiederanknüpfung findet eine neue Auseinandersetzung mit Prioritäten, Lebenszielen, der persönlichen Identität und mit der Zukunft statt. Weiterhin fällt im dritten Genesungslevel eine Entscheidung darüber, welche Bedeutung die erlebte Traumatisierung für das weitere Leben erhalten soll, ob beispielsweise die Opferrolle aufgegeben werden kann.

Zusammenfassend hat Herman (1997) darauf hingewiesen, dass im interpersonellen Bereich aus ihrer Sicht bedeutendes Potenzial der Genesung für komplex Traumatisierte liegt. Nacheinander müssen aufeinander aufbauende Genesungsphasen durchlaufen werden. Im folgenden Abschnitt werden die besonderen Herausforderungen dieses optimalen Behandlungsansatzes im Kontext einer PIA dargestellt.

## 2.4 Finanzstruktur in einer PIA

In den letzten 20 Jahren sind auf unterschiedlichen Gebieten des Gesundheitswesens Veränderungen wahrnehmbar, die einen großen Einfluss auf das Setting ausüben, in dem komplex traumatisierte Patientinnen behandelt werden. Sowohl in Europa als auch in den USA üben Kostenträger Druck aus, Behandlungen zu verkürzen und insgesamt weniger kostspielig werden zu lassen.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) erfüllen nach § 118 SGB V „einen spezifischen Versorgungsauftrag speziell für Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen, krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Ziel ist es, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden, stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren“ (Gesetzliche Krankenversicherung, 2012). Somit sollen in PIAs Versorgungsstrukturen an den Stellen geschaffen werden, wo diese im niedergelassenen Bereich nicht (ausreichend) sind und Patientinnen ein zügiges, auf ihren jeweiligen Bedarf ausgerichtetes Behandlungsangebot gemacht werden.

Laut der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) und den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), besteht eine gelungene Traumatherapie aus unterschiedlichen Phasen der Behandlung, mit entsprechend unterschiedlichen Interventionen. Das optimale therapeutische Vorgehen beinhaltet Interventionen zur Psychoedukation, Stabilisierung, Traumabearbeitung und Reintegration, optimalerweise in genau dieser Reihenfolge (Flatten et al., 2011). Im NNP sahen wir uns bezüglich der o.g. „optimalen“ Versorgung von komplex Traumatisierten, mit verschiedenen Problemstellungen konfrontiert. Zum einen besteht eine begrenzte Möglichkeit in der Finanzierungsstruktur von PIAs. „Die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanz werden nach § 120 SGB V unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. [...] die Abrechnungen der Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen [erfolgt] (§ 118 Abs. 1 SGB V) meist pauschalisiert, wobei sich eine Gesamtpauschale der ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen als praktikabel erwiesen hat.“ (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, 2001). Somit besteht in Psychiatrischen Institutsambulanzen das Dilemma eine pauschalisierte Abrechnung und eine damit zusammenhängende Wirtschaftlichkeit, in Balance mit dem Bedarf der psychotherapeutischen Versorgung der individuellen Patientin bringen zu müssen. Die Lösung, einen Teil der Versorgung von komplex Traumatisierten aus dem Einzelsetting heraus in ein Gruppensetting zu überführen, erschien uns somit vor dem Hintergrund der Finanzstruktur zweckmäßig. Allerdings trat an dieser Stelle eine zweite Problemstellung auf. Bestehende gruppentherapeutische Angebote waren konzipiert für komplex traumatisierte Patientinnen im ersten Genesungslevel und somit auf Stabilisierung und Herstellung von Sicherheit ausgelegt. Komplex Traumatisierte, die sich bereits im zweiten Genesungslevel befanden und somit ausreichende stabilisierende Arbeit bereits durchgeführt hatten, wurden einzeltherapeutisch versorgt, wofür nur begrenzte personelle Ressourcen zur Verfügung standen.

Abgeleitet aus diesen beiden Problemstellungen, adaptierten wir ein Gruppenmodell, welches konzeptionell auf komplex Traumatisierte im zweiten Genesungslevel ausgerichtet ist und somit traumakonfrontative Elemente beinhaltet. Weiterhin erschien uns das Argument schlüssig, dass die Behandlung von Patientinnen mit einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vorzugsweise in einer ambulanten Umgebung stattfinden sollte. Dies hat

den Vorteil, dass sie gesellschaftlich integriert bleiben können. Regressionstendenzen welche durch z.B. ein Krankenhaussetting möglicherweise ausgelöst werden, können im ambulanten Setting vermieden werden.

Zusammenfassend stellen wir vor dem Hintergrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen in der klinischen Praxis fest, dass die Versorgung von komplex Traumatisierten durch Gruppen zukunftsweisend ist und als höchst ökonomisches Setting unserer Vermutung nach weiter an Bedeutung gewinnen wird. Heinzel (2010) berechnete eine Gesamt-Kosten-Relation von 1:13 Einzel- vs. Gruppentherapie. Im folgenden Abschnitt wird eine Übersicht über den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zum Thema traumafokussierte Gruppenbehandlung mit (komplex) Traumatisierten gegeben.

## 2.5 Gruppentherapie in der Psychotraumatologie

Wegweiser: In diesem Kapitel wird zunächst die allgemeine Forschungslage zu Gruppenpsychotherapie in der Psychotraumatologie dargestellt (2.5.1). Es werden Studien, die die Integration von traumakonfrontativen Elementen in einer Gruppenpsychotherapie mit komplex traumatisierten Patientinnen stützen – die Pros- (2.5.2.1) dargestellt, bevor kritische Argumente (2.5.2.2) diskutiert werden. Es folgt ein Abschnitt über die Wirkfaktoren der Gruppe nach Yalom angewandt auf komplex Traumatisierte (2.5.3). Dieses Kapitel wird mit den Implikationen der Gruppenpsychotherapie bei Komplextraumapatienten, in Abgrenzung zur konventionellen PTBS, einer Zusammenfassung und hieraus folgenden Schlussfolgerungen (2.5.4) beendet.

### 2.5.1 Forschungslage zu Gruppenpsychotherapie in der Psychotraumatologie

Im Vergleich zur einzelpsychotherapeutischen Behandlung gilt der empirischen Untersuchung von Gruppenpsychotherapie, erstaunlicherweise bisher deutlich geringeres Forschungsinteresse (Sloan, Feinstein, Gallagher, Beck & Keane, 2013). Insgesamt ist zwar in den letzten Jahren eine Zunahme des Interesses an gruppenpsychotherapeutischen Konzepten in der klinischen Praxis wahrnehmbar, jedoch haben sich diese lediglich in zumeist stationären Settings systematisch durchgesetzt (Strauß, 2008).

Gruppenkonzepte werden bei traumatischen Kindheitserlebnissen (Najavits, Gallop & Weiss, 2006), nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit (Resnick & Schnicke, 1992; Zlotnick, Shea, Rosen, Simpson, Mulrenin et al., 1997), im Militärkontext (Ford & Steward, 1999), nach häuslicher Gewalt (Kagan, 2008) oder nach Großschadenslagen (Raphael & Woodling, 2006) eingesetzt. Es gibt generell ein relativ weites Spektrum der Anwendung für Gruppen bei Komplextrauma, jedoch wird die Integration von traumakonfrontativen Elementen von Fachkreisen recht konträr diskutiert. So ist auch die Studienlage zur Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapien bei Komplextrauma zum Teil diskrepant. Es sind sowohl Metaanalysen zu finden, die generell die Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapien bei PTBS stützen (Sloan et al., 2013), als auch Metaanalysen, die keine überzeugenden Belege für die Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie bei der PTBS nachweisen konnten (Watts, Schnurr, Mayo, Young-Xu, Weeks et al., 2013).

Beck (2013) untersuchte die Fragestellung, welcher zusätzliche Effekt durch die Teilnahme an einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie (Level 1) bei komplexer PTBS im Vergleich zu einer Standardbehandlung erzielt werden kann. In einem randomisierten Design wurden 71 Patientinnen untersucht, die die Kriterien einer konventionellen und komplexen PTBS erfüllten, mit Missbrauchserfahrung im Kindes- und Jugendalter. Alle erhielten eine individuell angepasste Standardbehandlung und die Experimentalgruppe nahm zudem an einer 20-wöchigen Gruppenpsychotherapie teil. Ergebnisse zeigten, dass bei einer Gruppe welche eine Standardbehandlung erfuhr, als auch einer Experimentalgruppe, die daneben auch noch an einer Gruppenpsychotherapie teilnahm, eine Reduktion von psychotraumatologischer Belastung nachgewiesen werden konnte. Daneben wurde allerdings eine Behandlungsüberlegenheit der zusätzlichen Gruppenpsychotherapie festgestellt. Insbesondere Patientinnen mit einer sehr stark ausgeprägten psychotraumatologischen Belastung, konnten von dem zusätzlichen

Gruppenangebot profitierten, was untermauert, dass im interpersonellen Kontext für komplex Traumatisierte enormes Genesungspotenzial liegt. Allerdings handelt es sich bei Beck (2013) um eine Level 1 Gruppe. Kürzlich ist ein Handbuch der Psychotraumatologie erschienen, in welchem gruppentherapeutische Konzepte bei PTBS folgenden Bereichen zugeordnet wurden: (1) trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Gruppentherapien, (2) Skillstraining und Emotionsregulation, (3) psychoedukative Ansätze und (4) traumafokussierte psychodynamische Gruppentherapien (Liedl & Knavelsund, 2015).

Diese Arbeit beschäftigt sich im Schwerpunkt mit einem Gruppenkonzept, welches traumakonfrontative Elemente integriert. Daher wird nun der aktuelle wissenschaftliche Forschungsstand der Bereiche (1) trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale sowie (4) traumafokussierte psychodynamische Gruppentherapien dargestellt.

## **2.5.2 Traumakonfrontation im Gruppensetting mit komplex traumatisierten Patienten ?**

### **2.5.2.1 Die Pros**

Resick & Schnicke (1992) stellten ein quasi-experimentelles Gruppenangebot – die Cognitive Processing Therapy (CPT) vor, für 6-10 gemischtgeschlechtliche Opfer (N=19) von sexuellem Missbrauch, welcher mindestens drei Monate zuvor stattgefunden hatte. Es wurden beim CPT 12 Sitzungen durchgeführt, die Psychoedukation, Konfrontation und kognitive Elemente beinhalteten. Therapieverlaufsmessungen wurden vor Gruppenstart, am Ende der Behandlung sowie drei und sechs Monate nach der Behandlung durchgeführt. Die Vergleichsgruppe (N=20) bestand aus einer Wartelistekontrollgruppe, die mindestens zwölf Monate auf den Therapiebeginn wartete. Es wurde eine signifikante Verbesserung der traumaassoziierten Symptomatik geschildert. Die Autoren kritisieren an ihrer Studie, dass *lediglich zwei konfrontative Sitzungen* durchgeführt wurden. Weiterhin wurden von den Autoren Inzestopfer von der Studie ausgeschlossen.

Wiese (2002) hat ein offenes Gruppenkonzept für komplex Traumatisierte vorgestellt. Hierbei werden flexibel vier Bausteine durchgearbeitet:

- (H) Erstellung von Sicherheit
- (E) Exposition und Abbau von Schuld und Scham
- (L) Lernen, mit Symptomen umzugehen
- (P) Partnerschaft und Sexualität neu gestalten

Konfrontative Elemente in der Help-Gruppentherapie beinhalten, „die Realität der Vergangenheit anzunehmen und sich mit den Traumainhalten und den damit verbundenen Gefühlen zu konfrontieren und auseinander zu setzen. Exposition hat viele Facetten und wird in unserer Arbeit fast immer mit einer kognitiven Umstrukturierung kombiniert. Neben den bekannten Methoden scheint das «Rescripting» die besten Erfolge zu erzielen [...] Bei dieser Exposition in sensu wird das Trauma durch eine in der Gegenwartsform gesprochene Schilderung emotional aktiviert. Geschlossene Augen erleichtern die Visualisierung und steigern die emotionale Beteiligung, die zur Veränderung innerer Bilder und kognitiver Schemata wichtig ist. Auf dieser visuellen und emotionalen Ebene wird die Betroffene angeleitet, als Erwachsene in die Szene einzutreten und Veränderungen durchzuführen“ (Wiese, 2002, S.139).

Reddemann (2009) führte eine kontrollierte, jedoch nicht randomisierte Studie mit 8-12 komplex traumatisierten Patientinnen durch. Im Gruppensetting wurden psychoedukative Inhalte vermittelt und ein Fokus auf die Ressourcenaktivierung gelegt, neben aufdeckender Arbeit. Sie konnte signifikante Verbesserungen auf gängigen Traumaskalen nachweisen.

Segalla, Wiese und Silvers (2000) argumentieren als Vertreter der pro - Seite, dass der Gruppenprozess an sich, einen auffordernden Charakter hat, sich aktiv zu beteiligen. Das bedeutet, dass komplex traumatisierte Patientinnen im Gruppensetting schlechter eine passive, vermeidende Haltung einnehmen können. Gruppentherapie an sich wirkt der sozialen Isolation bzw. den Rückzugs- und Vermeidungstendenzen von komplex Traumatisierten entgegen. Jede Teilnehmerin die zu den Gruppensitzungen erscheint, hat indirekt ihr Schweigen bereits gebrochen. Teilnehmerinnen lernen schrittweise, das Gefühl der völligen Isolation zu überwinden, indem sie eine zunehmend vertrauensvollere Beziehung zu anderen Traumatisierten aufbauen (Mendelson, Zachary & Harney, 2007). Weiterhin kann eine Gruppe eine wichtige validierende Funktion einnehmen. Komplex Traumatisierte neigen dazu, das Geschehene in Frage zu stellen und daran zu zweifeln, ob sie sich die Ereignisse einbilden. Im Gruppensetting kann dieser Mechanismus aufgedeckt werden, wodurch Patientinnen sich und ihrer Wahrnehmung sukzessive trauen lernen (Ford, Courtois, van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005). Auch kann im Gruppensetting an der Emotionsregulationsstörung gearbeitet werden. Neben der Etablierung von Emotions-Vokabular (Wie heißt das Gefühl das ich gerade fühle?) kann die Gruppe helfen, Emotionen zu differenzieren und zu analysieren, statt sich ihnen ausgeliefert und überwältigt zu fühlen (Ford et al., 2005). Ferner betonen Behandler, die die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen in der Gruppe generell befürworten, dass die Struktur der Gruppe, der Gruppenprozess und die Teilnehmer entscheidend dafür seien, ob die Gruppenbehandlung effektiv ist oder nicht (Heigl-Evers & Ott, 2000; Raubolt, 1999; van der Kolk, 1993).

Eine Vielzahl von weiteren Publikationen beschäftigt sich mit dem Thema Traumabearbeitung in der Gruppentherapie, zusammen mit Einzeltherapie oder auch allein, auch für die Arbeit mit komplex traumatisierten Patientinnen (u. a. Carbonell, Partelano & Barehmi, 1999; Cloitre & Koenen, 2001; DiNunno, 2000; Fine & Madden, 2000; Ganzarain, 2000; Heigl-Evers & Ott, 2000; Herman & Schatzow, 1984; Johnson & Lubin, 2000; Kanas, 1999; Morgan & Cummings, 1999; Hopper, 2001; Raubolt, 1999; Stevenson, 1999; Wolfsdorf & Zlotnick, 2001). Auch hier werden zum Teil recht kontroverse Ergebnisse beschrieben, mit jedoch dem Konsens aufdeckende Arbeit in einen Gruppenkontext mit Komplextraumapatienten zu integrieren. Allerdings lassen sich auch Argumente gegen die Integration von traumakonfrontativen Elementen im Gruppensetting mit Komplextraumapatienten finden und werden nun dargestellt.

#### **2.5.2.2. Die Contras**

Komplextraumapatientinnen leiden wie der Name bereits impliziert, unter einem komplexeren Störungsbild als Patientinnen mit einer konventionellen PTBS. Die traumatische Vorgeschichte ist weitreichender und hat in der Regel in einer vulnerablen Phase begonnen. Hieraus entstehen im Behandlungssetting einer Gruppe verschiedene Herausforderungen bzw. Kontraindikationen.

Van der Kolk (1993) vertritt die Meinung, dass Opfer von langanhaltenden, innerfamiliären Traumatisierungen stärker von Einzelpsychotherapie profitieren. Er begründet dies damit, dass im Einzelsetting die Voraussetzung eher gegeben sei, Vertrauen in Dritte herzustellen. Weiterhin führt er an, dass der traumabedingte Rückzug aus dem interpersonellen Bereich im geschützten Setting des Einzels eher bearbeitet werden könne. Der Therapeut könne laut van der Kolk im Einzelsetting unmittelbar den Therapieprozess gestalten. Diese Meinung wird geteilt von weiteren Fachleuten: „Die Beschäftigung mit traumatischem Material findet ausschließlich in der Einzelarbeit statt, da das Erzählen traumatischer Szenen sowohl die Patientin als auch die Zuhörerinnen triggern kann und unvorhersehbare Reaktionen retraumatisierender Qualität haben oder auch Schuldgefühle auslösen können“ (Reddemann, 2000, S. 125). Die Gefahr der Retraumatisierung, wodurch die therapeutische Beziehung gefährdet werde, spricht gegen die Integration von traumakonfrontativen Elementen im Gruppensetting (Reddemann & Sachsse, 1998; 2000). Die Gruppenpsychotherapie mit traumatisierten Patientinnen stellt hohe Anforderungen an die Behandler. Diese müssen flexibel und mit fundiertem, traumaspezifischem Wissen auf die jeweilige Situation reagieren und die Anwendung ihrer möglichst breiten therapeutischen Techniken dazu ständig reflektieren (Reddemann, 2010).

Ferner muss die Beziehungsstörung bei komplex Traumatisierten antizipiert werden. Komplextraumapatientinnen sind aufgrund ihrer vorwiegend negativen Beziehungserfahrungen, noch misstrauischer und vorsichtiger als Patientinnen mit einer konventionellen PTBS. Dies kann ein Eingehen emotionaler Beziehungen völlig blockieren (Ganzarain, 2000). Entsprechend den S3 Leitlinien muss der Aufbau von Vertrauen sowie einer guten therapeutischen Beziehung daher besonders behutsam erfolgen und Misstrauen antizipiert werden (Flatten et al., 2011). Weiterhin muss im Gruppensetting die Dissoziationsneigung berücksichtigt werden. Da in der Dissoziation keine Verarbeitung stattfindet, muss diese auch im Gruppensetting so gering wie möglich gehalten werden. Bei manchen Opfern ist dies bereits im einzeltherapeutischen Kontakt eine enorme Herausforderung und im Gruppensetting eine noch Größere. Manche Kritiker argumentieren, dass eine Kontrolle der Dissoziationsneigung im Gruppensetting kaum gelingen könne.

Allerdings werden traumaaufdeckende Therapieelemente, von praktisch arbeitenden Therapeutinnen eher seltener eingesetzt (z.B. Becker, Zayfert & Anderson, 2004). Mögliche Gründe hierfür liegen laut Becker et al. (2004) in mangelnder Routine, der Präferenz für ein individualisiertes Behandlungsvorgehen und die befürchtete Dekompensation infolge einer aufdeckenden Arbeit. Hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit einer Dekompensation besteht ebenfalls kein Konsens. So werden sowohl Studienergebnisse berichtet, die infolge einer traumakonfrontativen Arbeit eine Symptomexazerbation fanden (z.B. Pitman, Altman, Greenwald, Longpre, Macklin et al., 1991; Tarrier, Pilgrim, Sommerfield, Faragher, Reynolds et al., 1999), als auch Studien, die zeigen, dass eine Traumakonfrontation mit vorübergehender Symptomexazerbation das Therapieoutcome von PTBS-, Angst- und depressiven Beschwerden nicht negativ beeinflusst (Foa, Zoellner, Feeny, Hembree & Alvarez-Conrad, 2002). Zusammenfassend liegen somit auch fundierte Argumente und Studienergebnisse vor, die gegen die Integration von traumakonfrontativer Arbeit in ein Gruppensetting mit Komplextraumapatientinnen sprechen, wobei insgesamt die Datenlage

teils widersprüchlich ist. Im folgenden Abschnitt werden die elf Wirkfaktoren einer Gruppe speziell für die Störungsgruppe der Komplextraumapatientinnen diskutiert.

### 2.5.3 Wirkfaktoren der Gruppe nach Yalom für die KPTBS

Yalom (2003) beschrieb wichtige Zusammenhänge innerhalb einer Gruppe wie folgt: „Eine frei interagierende Gruppe mit wenigen strukturellen Einschränkungen entwickelt sich mit der Zeit zu einem sozialen Mikrokosmos der teilnehmenden Mitglieder. Alle Gruppenmitglieder werden, wenn man ihnen genug Zeit lässt, anfangen, sie selbst zu sein. Sie werden mit den anderen Gruppenmitgliedern so interagieren, wie sie mit anderen in ihrer sozialen Umgebung interagieren; sie werden in der Gruppe das gleiche interpersonale Universum erschaffen, in dem sie immer gelebt haben. Mit anderen Worten: mit der Zeit beginnen die Patienten unwillkürlich und unvermeidbar, in der Therapiegruppe ihr unangepasstes interpersonales Verhalten zu zeigen; sie brauchen ihre Krankheit nicht zu beschreiben oder eine detaillierte Krankengeschichte davon zu liefern: früher oder später werden sie die Krankheit vor den Augen der Gruppenmitglieder ausleben“ (S.48). Eine Gruppe ist somit exzellent um in der Behandlung der komplexen PTBS Synergieeffekte zu nutzen, da allein das Setting Symptomatik auslöst. Im Folgenden werden die 11 Wirkfaktoren von Yalom (1995; 2003) im Hinblick auf die KPTBS diskutiert.

Der erste von Yalom benannte Wirkfaktor einer Gruppe (1) „*Hoffnung auf Heilung*“ kann bei komplex Traumatisierten genutzt werden, indem sie aufgefordert werden einander rück zu melden welche Fortschritte sie bereits gemacht haben. Sie können einander Hilfestellungen geben und Mut zusprechen. Allein durch eine Gruppenteilnahme lernen sie andere Betroffene kennen, im Sinne von Yaloms (2) „*Universalität des Leidens*“. Komplex traumatisierte Patientinnen sind bedingt durch ihre Erkrankung einerseits massiv eingeschränkt, andererseits sind sie Experten, da sie tagtäglich gezwungen werden, mit der Symptomatik um zu gehen. Sie sind somit eine sehr kompetente Quelle, um den dritten Wirkfaktor (3) „*Mitteilung von Informationen*“ gegenüber anderen Gruppenmitgliedern ab zu decken. Ferner können komplex Traumatisierte im Gruppensetting die Erfahrung machen, dass sie anderen helfen können (4: *Altruismus*) und so frühere negative Erfahrungen korrigiert rekapitulieren (5: *korrigierende Rekapitulation der Primärfamilie*). Ein Gruppensetting ist für komplex traumatisierte Patientinnen ein ideales Übungsfeld, um ihre sozialen Fertigkeiten zu trainieren und neue Verhaltensweisen aus zu probieren (6: *Techniken des mitmenschlichen Umganges*) bzw. hierauf direkte Rückmeldungen zu erhalten. Dysfunktionales Verhalten kann so unmittelbar abgeändert werden. Yalom benannte als weiteren Faktor das (7) „*Nachahmende Verhalten*“ bei welchem komplex Traumatisierte im Gruppensetting die Lösungsversuche anderer Teilnehmer verfolgen und dies bei eigenen, ähnlichen Problemen adaptieren können. Lernend am Modell der Anderen ermöglicht (8) „*interpersonales Lernen*“. Durch Rückmeldungen anderer Teilnehmerinnen kann der Einzelne eine realistischere Sicht auf sich erlangen. Yaloms Wirkfaktor der (9) „*Gruppenkohäsion*“ ist besonders bedeutsam für komplex traumatisierte Patientinnen. Sie fühlen sich in der Regel von anderen abgetrennt. Im Setting der Gruppen können sie neu trainieren, sich zu binden und als wichtige Teilnehmerinnen einer Gemeinschaft wahrgenommen zu werden. Unter (10) „*Katharsis*“ versteht Yalom das offene Ausdrücken von Emotionen im Gruppenkontext. Komplex

Traumatisierte haben meist ihre Gefühlswelt (dissoziativ) abgespalten. Im Gruppenkontext können sie neu lernen, wie sie Gefühle ausdrücken können. Der elfte und letzte Wirkfaktor von Yalom ist die (11) „*existenzielle Erfahrung*“. Diese kann angewandt auf komplex Traumatisierte im Gruppensetting bedeuten, dass sie ihre Genese steuern können.

Basierend auf Yaloms (1995; 2003) elf Wirkfaktoren, kann geschlussfolgert werden, dass gerade ein Gruppensetting bei Komplextraumapatientinnen zur Heilung beiträgt. Dieses Kapitel schließt nun mit einer Zusammenfassung und Schlussfolgerung.

#### **2.5.4 Implikationen in der Gruppenbehandlung von Komplextrauma in Abgrenzung zur konventionellen PTBS, Zusammenfassung und Schlussfolgerungen**

Orientiert man sich an dem gängigen, drei stufigen Therapiemodell der optimalen Traumabehandlung (Flatten et al., 2011; Herman, 1997) 1. Stabilisierung, 2. Traumakonfrontation und 3. Integration, so herrscht in Fachkreisen ein allgemeiner Konsens darüber, dass Gruppenpsychotherapien für Patientinnen im ersten Genesungslevel indiziert sind. Diese sind auf die Steigerung von Stabilität und Sicherheit ausgerichtet und haben sich in klinischen Settings seit Jahrzehnten fest etabliert. Ist die erste Stabilisierungsphase erfolgreich abgeschlossen, sollten Komplextraumapatienten entsprechend ihres zweiten Genesungslevels aufdeckende Arbeit durchführen. In Fachkreisen herrscht Einigkeit darüber, dass entsprechend den S3-Leitlinien ein zentrales Element in der Behandlung einer PTBS die Konfrontation ist, mittels derer die traumatischen Erinnerungen integriert werden sollen (Flatten et al., 2011). Die Indikation der traumakonfrontativen Arbeit, versus Stabilisierung wird bei (schwer) traumatisierten Patientinnen in den S3 Leitlinien wie folgt beschrieben: „Menschen mit wiederholten Traumatisierungen – insbesondere in der Kindheit – zeigen oft eine komplexe Form der PTBS. Es finden sich auf der Basis von RCT Studien (randomized controlled trials [randomisierte kontrollierte Studie]) verschiedene Hinweise, dass bei dieser Form der PTBS, d.h. bei umfangreicher und/oder schwerer Komorbidität, Trauma bearbeitende Verfahren erst nach ausreichender Stabilität indiziert sind. Generell ist zwar traumafokussierte Therapie die Methode der Wahl, aber bei Patienten, die es anfangs schwierig und überwältigend finden, Details der traumatischen Ereignisse mitzuteilen, ist Stabilisierung ein erster Schritt. Interventionen zur Affektregulation sowie weitere Stabilisierungsmaßnahmen sollten vor einer Trauma Exposition durchgeführt werden. Häufig ist bei dieser Patientengruppe nur eine vorsichtige und allmähliche Annäherung an die traumatische Erfahrung möglich“ (Flatten et al., 2011, S. 30-31). In den S3 Leitlinien wird auch auf mögliche negative Konsequenzen einer zu frühen Traumaexposition hingewiesen: „Es zeigt sich, dass aufgrund klinischer und kasuistischer Evidenz bei bestimmten Patienten eine zu frühe Konfrontationsphase ohne ausreichende Stabilisierung zu Risiken und Nebenwirkungen führen können. Dazu gehören vor allem erhöhte Suizidalität, vermehrtes selbstverletzendes Verhalten, psychosomatische Dekompensationen, vermehrte Dissoziation“ (Flatten et al., 2011, S. 32).

Im deutschsprachigen Raum findet Traumakonfrontation bei komplex Traumatisierten bisher überwiegend im Einzelsetting statt. Vor- und Nachteile aufdeckende Arbeit in ein Gruppensetting ein zu binden, werden von Fachkreisen teils sehr kontrovers diskutiert.

Durchgeführte Studien sind im Design, in der Größe der Stichprobe und in der wissenschaftlichen Aussagekraft enorm unterschiedlich und so kaum vergleichbar.

Befürworter argumentieren, dass das C-Kriterium der PTBS: „Vermeidung“ allein durch das Setting der Gruppe günstig beeinflusst wird, was auch vor dem Hintergrund des steigenden Kostendrucks im Gesundheitssystem zukunftsweisend erscheint. Kritiker führen die Gefahr, des sich gegenseitigen triggerns und anschließenden Überflutens, bis hin zur Retraumatisierung, als Hauptargument gegen Traumakonfrontation im Gruppensetting an.

Die Relevanz von interpersonellen Faktoren für das prä-, peri- und posttraumatische Geschehen wurde durch zahlreiche Meta-Analysen (Brewin et al., 2000; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003) sowie Reviews (z.B. Charuvastra & Cloitre, 2008) hinreichend unterstützt. Bisher lag in der Behandlung der Fokus insgesamt eher auf der intrapsychischen Traumaverarbeitung in einem individuellen Therapiesetting wodurch interpersonellen Aspekten weniger große Aufmerksamkeit gewidmet wurde (Krammer & Maercker, 2012).

Aus Sicht der Verfasserin liegt jedoch nicht nur im intrapsychischen Bereich, sondern viel mehr noch im interpersonellen Bereich großes Genesungspotenzial für Komplextraumapatienten, was insbesondere bei Betrachtung der Wirkfaktoren von Yalom (1995) schlüssig erscheint.

Zusätzlich zu den seit Jahren fest etablierten Gruppenkonzepten, die auf die Steigerung von Stabilität (Level 1) ausgerichtet sind, adaptierten wir im NNP ein Gruppenkonzept, das traumakonfrontative Elemente enthält und sich somit an komplex Traumatisierte im zweiten Genesungslevel richtet. Das folgende Kapitel beschreibt detailliert den Implementierungsprozess.

### **3. Implementierung der TRG im deutschen Sprachraum**

Wegweiser: Auf Basis der theoretischen Grundlagen wird die Umsetzung des Implementierungsprozesses der TRG beschrieben. Hierzu werden die relevanten Versorgungsstrukturen im Zentrum für Psychotraumatologie vorgestellt (3.1). Danach werden die Zielgruppe (3.2), Zugangsvoraussetzungen (3.3), Zugangswege (3.4), Gruppenzusammensetzung (3.5), Zeitmanagement (3.6), Sitzungsformat (3.7), Ablauf der Einführungssitzungen (3.8), Zielarbeit (3.9) und Ablauf der Abschiedssitzungen (3.10) dargestellt. Kapitel 3.11 gibt einen Überblick über die internationale Supervision, bevor Kapitel 3.12 mit einer Zusammenfassung abschließt.

#### **3.1. Implementierung der TRG**

Level 1 Gruppen, die konzeptionell primär auf eine Steigerung von Stabilität und Sicherheit ausgerichtet sind, haben sich in der Behandlung von komplex Traumatisierten seit Jahren etabliert. Komplex Traumatisierte, die sich bereits im zweiten Genesungslevel befinden, wurden im NNP ausschließlich in einem einzeltherapeutischen Setting behandelt. Wir sahen uns mit dem Dilemma konfrontiert, nur eine begrenzte Anzahl Patienten im zweiten Genesungslevel zeitnah versorgen zu können. Dies wurde mit der Implementierung der TRG aufgelöst. Angelehnt an das Originalkonzept der Trauma Recovery Group von Mendelson et al. (2011) adaptierten wir erstmalig ab 2012 eine TRG im NNP. Hierbei handelt es sich um ein Gruppenkonzept für komplex Traumatisierte, welches traumakonfrontative Elemente integriert und sich somit an Patientinnen richtet, die sich in der zweiten Genesungsphase befinden. Neben den ökonomischen Gründen, überzeugte uns der Ansatz der amerikanischen Begründerinnen, dass im interpersonellen Kontext, als dem Bereich in dem Komplextraumatisierten in der Regel der größte Schaden zugefügt wurde, bedeutendes Genesungspotenzial liegt. Die für den Implementierungsprozess relevanten Versorgungsstrukturen des NNP werden nun dargestellt.

##### *Die Psychiatrische Institutsambulanz des ZfP im NNP*

„Das Nordrheinische Netzwerk für Psychotraumatologie ist ein überregionales Netzwerk. Für diese ambulanten, teilstationären, stationären und rehabilitativen Angebote sowie die Angebote zur Eingliederung hat das Zentrum für Psychotraumatologie (ZfP) ein Netzwerk aufgebaut. An den unterschiedlichen Standorten des ZfP werden Opfer, Überlebende, Zeugen und Helfer im Rettungsdienst betreut - von der Erstberatung bis zur beruflichen Rehabilitation“ (Alexianer Krefeld GmbH, 2016). Das ZfP des Alexianer Krankenhauses in Krefeld wurde 2001 im Rahmen der Umsetzung des Kölner Opferhilfe Modells (Fischer et al., 1999) gegründet und ist Teil des Nordrheinischen Versorgungsnetzwerks für Psychotraumatologie (NNP). Ziel der Gründung war eine Versorgungslücke zu schließen bzw. als Modellprojekt für die Versorgung in der Kölner Opferhilfe NRW zu fungieren (Bering, Horn & Fischer, 2002). Das Angebot richtet sich an Personen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung sowie comorbiden Störungen, welche sich sekundär zu Traumafolgen entwickelt haben. „Wir bieten eine ambulante, psychotraumatologisch orientierte Komplexbehandlung an. Hierunter verstehen wir, dass neben therapeutischen

Einzelgesprächen auch gruppenpsychotherapeutische Kontakte zum Einsatz kommen. Darüber hinaus ermöglicht unser multiprofessionelles Team, dass über einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie pharmakologische und sozialmedizinische Fragestellungen abgeklärt werden können“ (Alexianer Krefeld GmbH, 2015). Das Behandlungsangebot im ZfP Krefeld besteht aus einer psychotraumatologischen Akutstation, einer medizinischen Rehabilitation mit einem stationären und einem ganztägig ambulanten Bereich, einer psychotraumatologischen Tagesklinik sowie einem stetig wachsenden Netzwerk ambulanter Dienste. Vertiefende Informationen zu den unterschiedlichen Behandlungsbereichen wurden zuletzt von Bering, Horn, Bredenbeck und Fischer (2005) zusammengetragen. Die Adaptation der TRG erfolgte in eine PIA, welche wir zu dem Netzwerk ambulanter Dienste zählen. Das NNP wird in Abbildung 3.1 dargestellt.



**Abbildung 3.1: Das Netzwerk für Psychotraumatologie Nordrhein**

Obige Abbildung gibt eine Übersicht über alle, im NNP befindlichen Standorte von Psychotraumaambulanzen. Die Implementierung der TRG erfolgte in eine PIA im ZfP Krefeld, die zu den ambulanten Diensten zählt.

### 3.2 Zielgruppe der TRG

Die Traumagenesungsgruppe richtet sich an Überlebende von jeglicher Form der interpersonellen Traumatisierung. Hierunter verstehen wir, angelehnt an die Definition von Herman (1992), ein oder mehrere Ereignisse von physischer, psychischer und/oder sexueller Gewalt oder Vergewaltigung(en) durchgeführt, durch eine oder mehrere Person(en). Durch vorhergehende, stabilisierende Arbeit ist das erste Genesungslevel von einer potenziellen TRG Teilnehmerin hinreichend erreicht, so dass entsprechend der optimalen Behandlung die Indikation einer aufdeckenden Arbeit (Level 2) besteht. Die Kasuistik „Frau G.“ soll einen Einblick über eine typische psychotraumatologische Ätiopathogenese einer TRG Teilnehmerin geben.

**Frau G.** gab an, bereits in einer sehr vulnerablen Phase mehrfache physische, psychische sowie sexuelle Übergriffe erlebt zu haben. Diese hätten in früher Kindheit begonnen, bis ins Jugendalter hinein. Frau G. vermute, dass ihre Mutter von den sexuellen Übergriffen durch den Großvater geahnt haben müsse und diese dennoch nicht verhindert habe. Immer wieder sei Frau G. durch die Mutter aufgefordert worden den Großvater zu besuchen, obwohl sie schon als Kind deutlich gemacht habe, dass sie dies nicht wolle. Trotz ihres Protestes habe der Großvater immer wieder auf Frau G. aufgepasst. Es habe eine Phase von annähernd täglichen Übergriffen durch ihn gegeben, ohne dass Frau G. dies habe verhindern können. Falls Frau G. vermeintlich aufsässig war, wurde sie über Tage von der Mutter ignoriert.

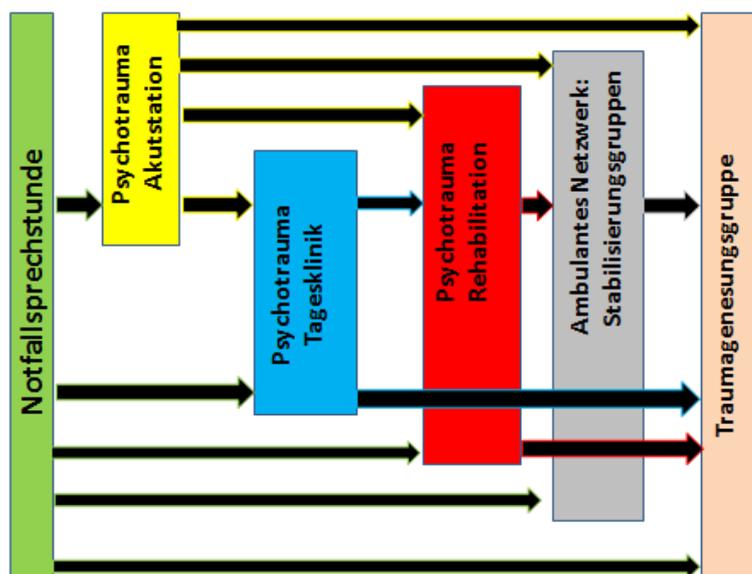
### 3.3 Zugangsvoraussetzungen

Wie die Kasuistik verdeutlicht, richtet sich das Konzept der TRG an komplex Traumatisierte mit in der Regel früh beginnenden, lang andauernden und tiefgreifenden traumatischen Erfahrungen. Angelehnt an das Originalkonzept der amerikanischen Begründerinnen (Mendelson et al., 2011) definierten wir eine Reihe von Zugangsvoraussetzungen, die nun geschildert werden. Das wichtigste Zugangskriterium betrifft das Level der Genesung. Nur wenn das erste Level der Genesung durch eine vorherige Behandlung zuverlässig etabliert ist, kann eine Patientin von einer Level 2 Gruppe profitieren. Somit muss ausreichende stabilisierende Arbeit (Level 1) im Vorhinein erfolgt sein. Distanzierungstechniken sowie Basisvocabulary im Umgang mit Trauma werden von TRG Teilnehmerinnen beherrscht. Weiterhin müssen sich potenzielle Teilnehmerinnen als so stabil einschätzen, dass sie sich mit einzelnen Details des eigenen Traumamaterial im Rahmen der Gruppensitzungen auseinander setzen können. Ferner müssen sie sich gewachsen fühlen, Traumamaterial anderer Teilnehmerinnen an zu hören. Innerhalb der nächsten sechs Monate ab Gruppenstart, sollen keine größeren Veränderungen im Leben (z.B. Umzug, Geburt eines Kindes, Eheschließung etc.) geplant sein. Weiterhin soll im letzten halben Jahr weder selbstverletzendes oder suizidales Verhalten aufgetreten sein, noch stationäre Krankenhausbehandlungen erfolgt sein. Auch sollen keine illegalen oder abhängigkeiterzeugenden Substanzen oder Alkohol in schädlicher Menge oder Regelmäßigkeit konsumiert worden sein. Alle potenziellen Teilnehmerinnen erklären sich dazu bereit, bestimmte Aspekte von Traumamaterial die relevant für ihre Zielerreichung sind, innerhalb der Gruppe offen zu legen. Weiterhin wird das Einverständnis eingeholt, zu Forschungszwecken an einer Therapieverlaufsmessung

teilzunehmen. Als generelles Ausschlusskriterium einer TRG Teilnahme wurde eine Erkrankung aus dem schizophrenieformen Kreis definiert.

### 3.4 Zugangswege

Eine Indikationsstellung zur Traumagenesungsgruppe erfolgt entweder nach einer vorherigen Behandlung im NNP oder im Rahmen der sogenannten Notfallsprechstunde, bei welcher ein Erstkontakt erfolgt, ohne vorherige Anmeldung. Im Rahmen der Notfallsprechstunde wird in einem psychologischen Erstgespräch ein erster Eindruck über die Verdachtsdiagnose, Vorbehandlungen, die Art der Traumatisierung, aktuelle Symptomatik sowie Sozialanamnese gewonnen. Anschließend werden Folgetermine für eine ausführliche psychotraumatologische Testdiagnostik und daran anschließende ärztliche Nachbesprechung vermittelt. Die Indikationsstellung zur Teilnahme an einer TRG kann durch alle, im NNP tätigen Mitarbeiter erfolgen. So kann beispielsweise während einer Akutstationären-, Rehabilitations- oder tagesklinischen Behandlung die Indikation festgestellt und die Weiterleitung in eine TRG veranlasst werden. Auch durch eine regelmäßige Teilnahme an sogenannten Stabilisierungsgruppen, welche zum Netzwerk ambulanter Dienste zählen (vgl. 3.1), kann eine TRG empfohlen werden. Unten stehende Abbildung 3.2 verdeutlicht das Zuweisungskonzept zur TRG im NNP.



**Abbildung 3.2: Übersicht über das Zuweisungsprinzip zur TRG im NNP**

*Obige Abbildung verdeutlicht die mögliche Zuweisung zur TRG.*

Wie obige Abbildung nahelegt, können alle im NNP tätigen Behandler die Indikation für eine TRG stellen. Im Sekretariat des ZfP wird eine Auflistung potenzieller Teilnehmerinnen zentral gesteuert. Diese werden vor Gruppenbeginn durch eine der beiden Co-Therapeutinnen über das Konzept der TRG informiert. Es wird verifiziert, dass die potenzielle Teilnehmerin sich im zweiten Genesungslevel befindet und alle Zugangsvoraussetzungen (vgl. 3.3) erfüllt. Alle für das NNP tätigen Kollegen wurden zu Beginn des Projektes zunächst über Ziel, Inhalt sowie Voraussetzungen von potenziellen TRG Teilnehmerinnen informiert bzw. mit

Informationsmaterial (vgl. Anhang 1) ausgestattet. Zur Veranschaulichung des geschilderten Zuweisungsprinzips wird erneut Bezug auf Frau G. aus der Kasuistik genommen.

**Fallbeispiel Frau G.:** Der Erstkontakt zum Zentrum für Psychotraumatologie erfolgte für Frau G. in der sogenannten Notfallsprechstunde (NFS). Dort wurde die Indikation für eine psychotraumatologische Rehabilitation gestellt. Frau G. begann direkt nach dem Erstkontakt in der NFS regelmäßig über etwa ½ Jahr einmal wöchentlich an einer sogenannten Stabilisierungsgruppe (Level 1) teil zu nehmen, bis sie in eine 8-wöchige psychotraumatologische Rehabilitation aufgenommen werden konnte. Im Rahmen dieser Rehabilitation erhielt sie die Empfehlung an einer TRG teilzunehmen, zur weiteren Arbeit an einer fortbestehenden ausgeprägten Scham. Durch die Vorbehandlungen (Stabilisierungsgruppe sowie Rehabilitation) konnte Frau G. zuverlässig das erste Genesungslevel abschließen. Erst im Anschluss daran verfügte sie über die erforderliche Stabilität, um von einer Level 2 Gruppe profitieren zu können.

Die Kasuistik verdeutlicht beispielhaft den Umfang der therapeutischen Vorarbeit, den potenzielle Teilnehmerinnen einer TRG zunächst leisten müssen, um das zweite Genesungslevel zu erreichen. Es hat sich bewährt, das Level der Genesung innerhalb einer hausinternen Vorbehandlung zu evaluieren. So kann sichergestellt werden, dass eine potenzielle Teilnehmerin bereits hinreichende stabilisierende Arbeit durchgeführt hat. Der exemplarische Behandlungsablauf von Frau G. mit zunächst einer Vorstellung in der Notfallsprechstunde, anschließender Teilnahme an ambulanten Stabilisierungsgruppen sowie einer psychotraumatologischen Rehabilitation und erst darauf folgenden TRG ist durchaus typisch.

### **3.5 Gruppenzusammensetzung**

Eine TRG setzt sich aus 6-10 Patientinnen sowie zwei Co-Therapeuten zusammen. Bisher haben ausschließlich Therapeutinnen in dem Projekt gearbeitet. Eine TRG nur für Männer befindet sich in der Planungsphase. Hierbei sollen optimalerweise zwei männliche Behandler als Co-Therapeuten fungieren. Die bisherige Leitung der TRG erfolgte durch Psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychologen in Praktikum (PIP), wobei ein PIP jeweils mit einem erfahrenen Co-Therapeuten zusammenarbeitet. Erkenntnis aus bereits abgeschlossenen Gruppenzyklen ist, dass die Patientinnen der TRG sehr sensibel auf vermeintliche Machtgefälle zwischen den Co-Therapeuten reagieren und hierfür aufgrund ihrer traumatischen Vorgeschichte besonders sensibilisiert sind. Co-therapeutisch so zu agieren, dass beide Gruppenleiterinnen gleichwertig zum Gruppengeschehen beitragen, während der Arbeits- und Erfahrungskontext in einem anderen Setting im Klinikalltag völlig abweichend gelagert sein kann, ist herausfordernd.

### **3.6 Zeitmanagement**

Eine TRG findet stets für eine festgelegte Sitzungsanzahl statt. Angelehnt an das Originalkonzept von Mendelson et al. (2011) sowie der wissenschaftlichen Literatur (Chard, 2005; Lubin & Johnson, 2008) wurde eine Gruppenzykluslänge von 18 Wochen festgelegt, bei einer Frequenz von einmal pro Woche 90 Minuten. In den Sitzungen wird in der Regel eine Struktur mit einer Eingangsrunde (ca. 10 Minuten), Zielearbeit (70 Min.) und einer

Abschlussrunde (ca. 10 Minuten) eingehalten. Die verstrichene Zeit wird im Gruppenverlauf immer wieder laut benannt, z.B.: „Wir haben noch 20 Minuten bis zur Abschlussrunde“. Durch diese klare Struktur wird Sicherheit kreiert.

### 3.7 Sitzungsformat

Jeder Gruppenzyklus beginnt mit einer Einführungssitzung, die im nächsten Abschnitt 3.8 detailliert erläutert wird und unterteilt sich grob in drei Behandlungsabschnitte mit unterschiedlichen therapeutischen Schwerpunkten. Im ersten Drittel liegt der Schwerpunkt auf dem gegenseitigen Kennenlernen, dem Aufbau von Vertrauen sowie der Formulierung eines individuellen Ziels jeder Teilnehmerin. Hierfür sind rund sechs Gruppensitzungen vorgesehen. Im nächsten Drittel wird an dem zuvor formulierten, individuellen Ziel gearbeitet. Im Zuge dessen werden die Teilnehmerinnen ermutigt, Traumamaterial mit Relevanz zur Zielerreichung in der Gruppe offen zu legen. Im letzten Drittel wird ein Abschlussprozess eingeleitet, indem auf den Sitzungsverlauf zurück geblickt wird sowie die Erfolge der Mitglieder gefeiert werden. Diese Phase mündet in zwei Abschiedssitzungen die in Abschnitt 3.10 detailliert erläutert werden. Die Sitzungen beginnen stets mit einer Eingangs- und enden mit einer Abschlussrunde. Die Eingangsrunde wird mit folgender Frage eröffnet: „Mit welchen Gefühlen sind sie jetzt gerade da?“ Jede Patientin soll hierüber die Möglichkeit erhalten, in der Gruppen an zu kommen. Während der Abschlussrunde geben die Teilnehmerinnen an, mit welchen Gefühlen sie die Gruppe verlassen und was sie sich unmittelbar nach dem Verabschieden Gutes tun werden. Dies dient dem aktiven forcieren und aktivieren von Ressourcen. Die verbleibende Zeit wird zwischen zumeist zwei bis vier Patientinnen geteilt und wird der Zielearbeit gewidmet. Durchschnittlich stehen 15-25 Minuten pro Person für die Zielearbeit zur Verfügung, in Abhängigkeit von der Anzahl Patientinnen die in der Sitzung an ihrem Ziel arbeiten möchten. Sobald der vorher abgesprochene Zeitraum vorüber ist, wendet sich die Gruppe einer Problemstellung der nächsten Patientin zu. Eine Orientierung der verbleibenden Arbeitszeit insbesondere für die Patientin die gerade an ihrem Ziel arbeitet, erfolgt indem eine der Co-Therapeutinnen hierzu immer wieder eine kurze Rückmeldung gibt. In der zweiten und 16. Gruppensitzung erfolgt eine psychometrische Erhebung (vgl. Kapitel 5.5). Um einen plastischen Eindruck der Anfangsphase einer TRG zu vermitteln, erfolgt ein Auszug aus der Kasuistik.

#### **Fallbeispiel Frau G: erste Sitzung der TRG**

Frau G. in der Eingangsrunde: „Ich bin fürchterlich aufgeregt, da ich zum ersten Mal an einer Gruppe wie dieser teilnehme. Ich weiß noch nicht ob ich wirklich schaffen werde, vor euch über meine Vergangenheit zu erzählen. Ich arbeite schon so lange an diesen Problemen. Ich bin gespannt was noch auf mich zukommen wird, aber ich habe auch echt Bammel.“

Reaktion einer anderen Teilnehmerin: „Du sprichst mir aus der Seele.“

(Im weiteren Sitzungsverlauf erklären die Gruppenleiterinnen den Ablauf der TRG, klären Fragen und es erfolgt ein näheres Kennenlernen der Teilnehmerinnen. Anschließend gibt Frau G. in der Abschlussrunde die folgende Rückmeldung)

Frau G. in der Abschlussrunde: „Ich war fürchterlich aufgeregt, als ich gekommen bin. Jetzt bin ich zwar noch immer sehr aufgeregt, aber schon weniger. Ihr seid alle sehr nett, das beruhigt mich etwas.“

Co-Therapeut: „Und was tun sie sich heute nach der Gruppe Gutes?“

Frau G.: „Hm, gute Frage, (lacht) ich denke ich mache einen schönen Spaziergang mit meinem Hund.“

### **3.8 Ablauf der Einführungssitzungen**

Von der Struktur einer Eingangsrunde, Zielearbeit und Abschlussrunde wird in den ersten drei sowie 16. Sitzung etwas abgewichen. Mendelson et al. (2011) entwickelten ein festes Ablaufschema des Erstkontaktes, welches sich bei der Adaptation im NNP bewährt hat. Im Folgenden wird der Ablauf der ersten Sitzungen detailliert beschrieben.

#### **Inhalte der ersten Sitzung:**

1. Begrüßung & Einführungsrunde
2. Übersicht über die Gruppenstruktur
3. Diskussion der Gruppenregeln
4. Kennenlernübung
5. Benennen eines möglichen Ziels
6. Abschlussrunde

#### **Ad 1. Begrüßung & Einführungsrunde**

Zunächst werden alle Patientinnen herzlich begrüßt und für ihr Erscheinen bestärkt, da allein dies eine erste Konfrontation darstellt. Wie bereits unter Punkt 3.2 beschrieben sind alle Teilnehmerinnen darüber informiert worden, dass die TRG für Komplextraumatisierte konzipiert wurde. Somit zeigen die Teilnehmerinnen allein durch ihr Erscheinen „öffentlich“-im Rahmen der Gruppe-, dass Sie Opfer von interpersoneller Gewalt wurden. Die Co-Therapeutinnen stellen sich vor und hieran wird die erste Eingangsrunde angeschlossen. Alle Teilnehmerinnen werden gebeten, nacheinander an zu geben, welche Gefühle Sie in diesem Moment bei sich wahrnehmen. Üblicherweise sind alle Teilnehmerinnen an diesem Punkt enorm aufgeregt, daher hat es sich bewährt, mit generellen Informationen zum Gruppenkonzept fort zu fahren.

#### **Ad 2. Überblick über Gruppenstruktur**

Die beiden Co-Therapeutinnen erläutern, dass jede Gruppensitzung mit der Struktur einer Eingangsrunde, anschließender Zielearbeit sowie Abschlussrunde durchgeführt wird. Es wird dargelegt, dass zunächst die Gruppenregeln diskutiert werden, woraufhin eine Kennenlernübung erfolgt mit anschließender Erfassung erster Ideen des individuellen Ziels, bevor die Sitzung mit einer Abschlussrunde endet. Weiterhin wird erklärt, dass sich die Gruppenlaufzeit von 18 Wochen in drei Abschnitte gliedert, mit den Schwerpunkten Ziel formulieren, am Ziel arbeiten und Abschiedsphase. Für jeden der drei Behandlungsschwerpunkte sind rund sechs Gruppensitzungen vorgesehen. Darüber hinaus werden sie auf eine psychometrische Erhebung in der zweiten sowie 16. Sitzung aufmerksam gemacht. Im Anschluss daran werden die, im folgenden Abschnitt aufgeführten Gruppenregeln erarbeitet.

#### **Ad 3. Gruppenregeln**

*Vertrauen:* Alle Informationen die innerhalb der Gruppe mitgeteilt werden, müssen vertraulich bleiben. Einzige Ausnahme stellt der Kontext einer ambulanten Psychotherapie dar. Im Rahmen dessen werden Teilnehmerinnen ermutigt, von Inhalten der Gruppe zu berichten. Falls sie das Bedürfnis haben sollten, Inhalte der Gruppe mit Familienangehörigen

oder Freunden zu besprechen, werden sie gebeten, nur Informationen über sich selbst zu diskutieren oder spezifische Details anderer Teilnehmerinnen zu verfremden.

*Gegenseitiger Respekt:* Respektvoller Umgang meint einander zu zuhören und sich zu bemühen, einander nicht zu unterbrechen. Dies beinhaltet auch, die unterschiedlichen Erfahrungen des Anderen zu respektieren und in Bezug auf Feedback, den Bitten bzw. Bedürfnissen der Anderen Aufmerksamkeit zu schenken. Teilnehmerinnen werden darüber informiert, dass es in der Regel günstiger ist, Fragen zu stellen statt Ratschläge zu erteilen. Weiterhin wird der Vorteil von „Ich-Botschaften“ erklärt.

*Keine Kontakte zueinander außerhalb der Gruppe:* So lange ein Gruppenzyklus andauert, werden die Teilnehmerinnen gebeten, keine Kontakte außerhalb der Sitzungen miteinander zu unterhalten. Eine Dynamik mit Subgruppenbildung, wodurch sich andere als Außenseiter wahrnehmen könnten, soll so vermieden werden. Die Möglichkeit über die Gruppensitzungen hinaus in Kontakt zu bleiben, wird am Ende der Gruppenlaufzeit aufgegriffen.

*Andere Teilnehmerinnen nicht berühren:* Die Bitte einander in den Sitzungen nicht zu berühren, wird im Zusammenhang mit der Gefahr, hierdurch andere zu triggern erläutert. Teilnehmerinnen werden stattdessen ermutigt, ihre Botschaft über Worte zu transportieren.

*Keine Nahrungsmittel:* Konsum von nicht-alkoholischen Getränken wird ausdrücklich empfohlen. Hingegen wird darum gebeten, keine Nahrungsmittel zur Gruppe zu bringen, da diese ablenkend sein könnten.

*Verspätung und Abwesenheit:* Möglichst pünktliches Erscheinen wird erbeten. Sollte eine Teilnehmerin zu spät oder verhindert sein, soll sie so schnell wie möglich beide Co-Therapeutinnen hierüber informieren. Über Gründe der Abwesenheit oder Verspätung benachrichtigen die Co-Therapeutinnen die übrige Gruppe jeweils bei Sitzungsbeginn.

Nachdem diese Gruppenregeln anhand eines Informationsblattes (vgl. Anhang 4) mit den Teilnehmerinnen erarbeitet wurden, wird nach Anmerkungen oder auch möglicherweise gewünschten zusätzlichen Regeln gefragt. Im Anschluss daran erfolgt eine Kennenlernübung, die nun beschrieben wird.

#### Ad 4. Kennenlernübung

Der Fokus dieser Kennenlernübung liegt explizit nicht auf der Traumavorgeschichte. Zur Einleitung dieser Übung werden die Teilnehmerinnen daran erinnert, dass sie auch Personen sind mit Stärken, guten Bindungen, Hobbys und Dingen die sie positiv empfinden. Sie werden aufgefordert, sich zu zweit mit der jeweils rechts sitzenden Person im Raum zurück zu ziehen, um miteinander ein Interview zu führen. Es wird angeregt Notizen zum Interviewpartner zu machen, da sie diesen im Anschluss vorstellen sollen. Es wird betont, dass es weniger um die lückenlose Exploration der Biografie des Interviewpartners, sondern eher um gegenseitiges Kennenlernen und Abbau von Nervosität geht. Auch bei dieser Übung wird die verstrichene Zeit immer wieder laut benannt. Nach ca. 10 Minuten nehmen alle Teilnehmerinnen wieder am Tisch Platz. Den Beginn, des sich gegenseitig Vorstellens machen die Co-Therapeuten. Sie stellen die jeweils andere vor. Beispielsweise beginnt eine Gruppenleiterin folgendermaßen: „Das ist Frau Mustermann. Frau Mustermann ist 38 Jahre alt und geht in ihrer Freizeit gern... etc.“. Hierauf folgend werden die Teilnehmerinnen zum gegenseitigen

Vorstellen ermutigt. Insgesamt werden ca. 20 Minuten für die Kennenlernübung geplant. Hierauf folgend werden erste Ideen für ein mögliches Ziel gesammelt.

#### Ad 5. Benennen eines möglichen Ziels

Die Formulierung eines individuellen Ziels steht in der TRG zentral. Anhand des, in Anhang fünf angefügten Informationsblatts zur Entwicklung eines persönlichen Ziels, werden an dieser Stelle eher oberflächlich die wichtigsten Hinweise rund um die Zielformulierung erörtert. Es folgt eine Runde bei der jede Teilnehmerin aufgefordert wird, ihre Ideen eines möglichen persönlichen Ziels mit der Gruppe zu teilen. Diese werden von einer Co-Therapeutin notiert. Im Anschluss validieren beide Co-Therapeutinnen die gesamte Gruppe für das Ansprechen von teils intimen Themen. Es wird dargelegt, dass in der kommenden zweiten Gruppensitzung zunächst eine psychometrische Erhebung stattfinden wird (vgl. Kapitel 5.5), bevor in der darauffolgenden dritten Sitzung die wichtigsten Inhalte rund um die TRG wiederholt werden. Ebenfalls in der dritten Sitzung beginnen optimalerweise zwei Teilnehmerinnen mit ihrer Zielearbeit. Diese zwei Personen werden ca. zehn Minuten lang selbst sprechen und hierbei angeben, an welcher Stelle sie bei der Zielentwicklung stehen, bevor dann etwa zehn Minuten lang aus der Gruppe hierzu Fragen gestellt sowie Anmerkungen und Beobachtungen mitgeteilt werden. Idealerweise legen sich bereits in der ersten Sitzung zwei Personen fest, mit ihrer Zielearbeit in Sitzung drei zu beginnen. Eine detaillierte Schilderung der Zielerarbeit erfolgt unter Abschnitt 3.9.

#### Ad 6. Abschlussrunde

Die erste Sitzung endet mit einer Abschlussrunde. Die Teilnehmerinnen werden aufgefordert, an zu geben, mit welchen Gefühlen sie die Gruppe verlassen und welche Ressourcen sie unmittelbar nach der Sitzung aktivieren werden.

#### **Inhalte der zweiten Gruppensitzung:**

Die zweite Gruppensitzung beginnt mit einer Eingangsrunde. Anschließend erhalten alle Teilnehmerinnen im Gruppensetting jeweils ein Fragebögen-set. Generelle Informationen zum Ausfüllen werden, Anhand des in Anhang 3 befindlichen Informationsblatts gegeben. Eine Gruppenleiterin befindet sich als Ansprechpartnerin für aufkommende Fragen stets im Gruppenraum. Erfahrungsgemäß füllen die Teilnehmerinnen die Fragebögen in sehr unterschiedlichem Tempo aus. Personen die zügig fertig sind, werden aufgefordert, entweder leise im Raum zu verbleiben oder den Raum zu verlassen, um ca. 10 Minuten vor Ende der Sitzung für eine Abschlussrunde zurück zu kehren.

### **Inhalte der dritten Gruppensitzung:**

1. Einführungsrunde
2. Wiederholung der Gruppenstruktur mit dem Schwerpunkt auf Zielearbeit
3. Diskussion rund um Feedback bzw. dem Teilen von Inhalten
4. Zielearbeit von zwei Teilnehmerinnen
5. Abschlussrunde

#### Ad 1. Einführungsrunde

Es wird mit der Frage: „Mit welchen Gefühlen sind sie gerade da?“ eröffnet.

#### Ad 2. Wiederholung der Gruppenstruktur mit dem Schwerpunkt auf Zielearbeit

Nach der Einführungsrunde werden die wichtigsten Informationen der ersten Gruppensitzung wiederholt. Die Co-Therapeutinnen heben hervor, wie mutig jede Einzelne allein durch ihr Erscheinen ist. Wie bereits in der ersten Sitzung wird rekapituliert, dass in der TRG an einem spezifischen, noch für jede zu formulierenden Ziel gearbeitet wird. Die wichtigsten Punkte bei der Zielformulierung (vgl. Anhang 5 und Punkt 3.9) werden wiederholt.

#### Ad 3. Diskussion rund um Feedback bzw. dem Teilen von Trauma-inhalten

Feedback sowie mit der Gruppe geteiltes Traumamaterial sollen sich stets am vorher formulierten Ziel orientieren. Falls noch kein Ziel gefunden wurde, steht dies zunächst zentral. Sollte eine bestimmte Art von Rückmeldungen gewünscht sein, werden Teilnehmerinnen ermutigt, die Gruppe explizit darum zu bitten. In Bezug auf das Feedback wird erklärt, dass es stets auf die Person ausgerichtet sein sollte, die gerade an ihrem Ziel arbeitet. Es folgt eine Erklärung zum Geben von Feedback. Erfahrungsgemäß erleben es Teilnehmerinnen als hilfreicher, wenn Fragen gestellt werden bzw. Beobachtungen mitgeteilt werden. Der Unterschied von ich- und Du-Botschaften wird angeführt. Auch wird darauf hingewiesen, dass das Geben sowie Empfangen von Feedback generell ein Lernprozess ist.

Die Erwartungshaltung die viele Teilnehmerinnen an sich haben, hellseherische Fähigkeit zu besitzen und bereits im Vorhinein zu wissen, ob das Stellen einer bestimmten Frage in Ordnung ist, wird aufgegriffen. In diesem Zusammenhang erklären die Co-Therapeutinnen, dass es grundsätzlich gewünscht ist jede Frage zu stellen, jedoch stets die im Fokus stehende Person bestimmt, ob sie die Frage beantworten möchte. Wahrnehmen und angeben von persönlichen Grenzen soll so aktiv trainiert werden.

#### Ad 4. Zielearbeit von zwei Teilnehmerinnen

Bereits in der ersten Sitzung wurden in der Regel zwei Personen benannt, die in der dritten Sitzung mit ihrer persönlichen Zielearbeit beginnen. Es wird erfragt, welche der beiden Teilnehmerinnen beginnen möchte. Die pro Person zur Verfügung stehende Zeit wird laut benannt. Ebenso wird angesprochen, dass es in der jetzigen Gruppenphase noch nicht darum geht, Informationen zur Traumavorgeschichte offen zu legen. Stattdessen wird der Fokus auf Zielfindung und Formulierung gelegt. Sobald die vorher festgelegte Zeit der ersten Teilnehmerin vorüber ist, wird dies laut von einer Co-Therapeutin ausgesprochen und die Gruppe wendet sich der zweiten Teilnehmerin und ihrer Zielformulierung zu.

#### Ad 5. Abschlussrunde

Die Gruppensitzung endet mit der Abschlussrunde in der die Teilnehmerinnen nacheinander angeben mit welchen Gefühlen sie die Gruppe verlassen und welche Ressourcen nun von ihnen aktiviert werden.

Ab der dritten Gruppensitzung wird die dreigliedrige Struktur der Einführungsrunde, Zielearbeitszeit sowie Abschlussrunde in allen Gruppensitzung umgesetzt. Im folgenden Abschnitt wird auf die Zielearbeit eingegangen.

### **3.9 Zielearbeit**

Die Zielearbeit ist essentieller konzeptioneller Bestandteil der TRG. Demzufolge steht zunächst die Formulierung eines persönlichen Ziels für jede Teilnehmerin zentral. Wer Zielearbeitszeit für sich wünscht, wird direkt nach der Eingangsrunde mit der Frage: „Wer möchte heute arbeiten?“ erfasst. Da stets ca. zehn Minuten für die Eingangs- und Abschlussrunde benötigt werden, können durchschnittlich 70 Minuten unter den Teilnehmerinnen für die Zielearbeitszeit aufgeteilt werden. Bei der Zielformulierung sollen verschiedene Dinge berücksichtigt werden. Da die TRG eine Level 2 Gruppe ist und somit traumakonfrontative Elemente enthält, sollte ein Ziel Traumabezug haben. Ein Ziel kann häufig aus traumaassoziierten Beeinträchtigungen des aktuellen Lebens abgeleitet werden. Bei der Zielformulierung muss berücksichtigt werden, dass diese realistisch, konkret, detailliert, messbar und innerhalb der Gruppenlaufzeit von 18 Wochen erreichbar ausgedrückt ist. Wann ein Ziel als erreicht gilt, sollte sich bereits in der Formulierung abbilden. Die Zielformulierung erfolgt gemeinsam mit der gesamten Gruppe und entwickelt sich sukzessive von Sitzung zu Sitzung. Allerdings sind Ziele nie „in Stein gemeißelt“, sie dürfen und sollen bei Bedarf verändert, neu verhandelt, angepasst, verkleinert oder erweitert werden.

Teilnehmerinnen können ein sogenanntes in oder out-of-group goal formulieren. Ein in-group goal involviert die direkte Arbeit am Ziel innerhalb der Gruppensitzungen. Solch ein Ziel offenbart häufig ein Teil des Trauma Narrativs innerhalb der Gruppe wie z.B. das Ziel über eine bisher verschwiegene Eigenschaft von mir zu erzählen, gleichzeitig den dazugehörigen Affekt zu spüren und präsent in der Gegenwart zu bleiben. Hierbei ist es wichtig, dass dieses wiedererzählen Bezug zu einer aktuellen Problemstellung hat.

Andere Teilnehmerinnen arbeiten an out-of group goals. Diese unternehmen außerhalb der Gruppe erste Schritte etwas zu verändern, indem sie innerhalb der Sitzungen ihre Zeit nutzen, über ihre neuen Erfahrungen zu reflektieren, den emotionalen Impact zu verarbeiten und erhalten hierbei die Unterstützung der Andern. Dieser Prozess involviert häufig etwas, dass traumaassoziiert vorher lange vermieden wurde, wie z.B. in einer wichtigen Beziehung Grenzen setzen oder einem Familienangehörigen gegenüber vom Missbrauch zu erzählen.

Laut den Begründerinnen (Mendelson et al. 2011) können out-of-group goals etwas leichter geplant, definiert und darüber berichtet werden, als in-group goals. Wenn zu viele oder alle Teilnehmerinnen an in-group goals arbeiten, erhöht dies laut den Begründerinnen die emotionale Intensität innerhalb der Gruppensitzungen. Ferner kann dies zu dem Eindruck führen, nicht ausreichend viel Zeit zur Verfügung zu haben, da die Hauptarbeit innerhalb der Sitzungen passiert, statt die entscheidenden Veränderungsschritte außerhalb des

Gruppenkontextes zu unternehmen. Deswegen empfehlen die Begründerinnen eine möglichst 50:50 Verteilung beider Zielkategorien, um eine genesungsfördernde Gruppendynamik kreieren zu können. Es fand ein elektronischer Austausch zwischen J.L. Herman und der Verfasserin über die, durch die Begründerinnen vorgenommene Zielkategorie Differenzierung statt. J.L. Herman gab den in der Fußnote aufgeführten Kommentar<sup>2</sup>, in dem sie verdeutlicht, dass keine Daten vorliegen, die ein unterschiedliches Therapieergebnis vermuten lassen, bei in- und out-of-group goals. Eine Zielkategorie Differenzierung sei erfolgt, um zu verdeutlichen, dass es eine große Bandbreite möglicher Ziele gibt (Herman, 2017). Um TRG Teilnehmerinnen bei der Zielformulierung zu unterstützen, erhalten Sie bereits in der ersten Sitzung ein Informationsblatt (vgl. Anhang 5), auf dem die wichtigsten, unten aufgeführten Hinweise zusammengetragen sind.

#### Wie sollte das Ziel sein?

- *Traumabezogen.* Ziele sollen auf Problemstellungen Bezug nehmen, die einen Zusammenhang zur Traumatisierung haben.
- *Auf die Gegenwart bezogen.* Welche Bereiche des Lebens sind aktuell durch das Trauma beeinträchtigt? Wo besteht im Moment Handlungsbedarf?
- *Realistisch und erreichbar* innerhalb der Laufzeit der Gruppe. Das Ziel sollte sich auf Dinge beziehen, die im Einflussgebiet der Person liegen und so klein sein, dass von einem Erfolg ausgegangen werden kann. Z.B. eher nicht „Arbeit finden“, denn den Arbeitsmarkt kann eine Person nicht beeinflussen, sondern „eine ehrenamtliche Tätigkeit für einige Stunden übernehmen.“
- *Konkret, detailliert, messbar.* Es sollte klar festgelegt werden, wann ein Ziel erreicht ist. Je messbarer, desto besser! Also eher nicht „ich möchte mich besser um mich kümmern,“ sondern eher „ich möchte mir einmal am Tag etwas Gutes tun.“
- *Spezifisch, persönlich.* Ein Ziel sollte nicht so weit gefasst werden, dass es auf jede Person in der Gruppe passen könnte.

Personen, die Zielearbeitszeit für sich in Anspruch nehmen, werden stets zu Beginn aufgefordert an zu geben, an welcher Stelle sie hinsichtlich der Zielformulierung sowie Zielerreichung stehen. Die Co-Therapeutinnen ermutigen die übrige Gruppe hierzu Fragen stellen. Es werden Rückmeldungen forciert, was die Erzählungen bei der Gruppe auslösen oder was Anderen möglicherweise an der im Fokus stehenden Person auffällt. Über die empathischen Beiträge der Gruppe, wird die Entwicklung von Selbstempathie bei der zentral stehenden Person angestrebt. Eine der Gruppenleiterinnen notiert anhand des in Anhang 2 angefügten Zielnotizbogens, wer in der Sitzung Zielearbeitszeit nutzte und welches Ziel formuliert wurde. Um den Ablauf rund um die Zielearbeit zu verdeutlichen, erfolgt ein exemplarischer Auszug aus der Kasuistik über mehrere Sitzungen hinweg. Frau G. hat nach der Einführungsrunde angegeben, persönliche Arbeitszeit zu wünschen. Jeweils in Klammern wird die Minutenzahl angegeben, die Frau G. in der Sitzung für ihre Zielearbeit hatte. Während zu Beginn der Gruppenlaufzeit zunächst die Zielformulierung im Mittelpunkt stand,

---

<sup>2</sup> Originalkommentar J.L Herman über die Einteilung von in- und out-of group goals per E-Mail am 10.1.17  
„We don't have any data suggesting that there is a difference in outcome between patients who had in-group v. outside of group goals. We made the distinction only to clarify the point that there is a wide range of possibilities for goals“ (Herman, 2017).

wird im weiteren Gruppenverlauf geschildert, wie Frau G. an ihrem formulierten Ziel arbeitete und im letzten Drittel des Gruppenzyklus ihre Abschiedsphase begann.

**Fallbeispiel Frau G. Zielearbeit** (schematischer Auszug)

Sitzung 3 (15 Minuten)

Frau G.: „Ich weiß ehrlich gesagt gar nicht, was für ein Ziel ich hier bearbeiten soll. Ich würde gern mehr an mich glauben, aber ich schäme mich immer so wenn ich an meine Vergangenheit denke.“

Rückmeldung einer anderen Teilnehmerin: „Das kenne ich auch. Ich bin ganz erleichtert, dass es dir auch so geht.“

Co-Therapeutin (CT): „Denken Sie bitte einmal an ein Ziel hier für die Gruppe. Wie könnte ein kleineres Ziel aussehen?“

Frau G.: „Puh, da muss ich erst mal weiter drüber nachdenken.“

Sitzung 6 (20 Minuten)

Frau G.: „Also ich weiß nicht genau was mein Ziel sein kann, aber ich möchte gern ein wenig erzählen, was mir passiert ist, vielleicht fällt mir dann auch ein Ziel ein.“

(Frau G. berichtet daraufhin oberflächlich vom sexuellen Missbrauch durch den Opa und ihrer Vermutung, dass ihre Mutter hiervon gewusst habe, ohne sie zu schützen)

Frage einer anderen Teilnehmerin: „Wie alt warst du denn da?“

Frau G.: „Ich war Kind, genau kann ich es gar nicht sagen, ich weiß aber, dass ich meiner Mutter gesagt habe, dass ich da nicht mehr hin will und trotzdem gehen musste. Meine Mutter hat gesagt, ich solle mich nicht so anstellen.“

Mitpatientin: „Und war das ein einmaliges Ereignis oder öfter?“

Frau G.: „Öfter.“ (weint – schaut runter)

CT: „Was macht das denn mit den Anderen, wenn Sie das so von Frau G. hören?“

Mitpatientin: „Ich als Mutter würde mein Kind vor so jemandem schützen.“

(Mehrere Damen aus der Gruppe melden zurück, dass die Mutter Verantwortung hätte übernehmen müssen und das sie das Verhalten der Mutter verärgere.)

CT: „Sie haben noch drei Minuten ihrer Arbeitszeit übrig.“

Frau G.: „Ok, ich glaube, ich will irgendwas in Bezug auf meine Mutter lernen. Ich bin ganz überrascht, dass du Ärger empfindest. Dieses Gefühl existiert bei mir gar nicht.“

(Am Ende der Arbeitszeit von Frau G. ist die Frage noch offen, wie konkreten nun die Zielformulierung lauten könnte.)

Sitzung 8 (22 Minuten): Frau G. gibt an, dass sie weiter arbeiten wolle und ihr die Erzählungen der Anderen in den Stunden zuvor sehr viel Mut gemacht hätten.

Frau G.: „Tja, ich weiß noch immer nicht so recht, wie genau mein Ziel lauten kann. Irgendetwas mit Mutter finde ich gut. Nun habe ich ja auch nur noch zehn Sitzungen um an meinem Ziel zu arbeiten.“

CT: „Liebe Gruppe, ist Ihnen vielleicht etwas aufgefallen in Bezug auf die Körperhaltung von Frau G.?“

Mitpatientin: „Mit ist aufgefallen, immer wenn du bisher über deine Vergangenheit gesprochen hast, dann hast du runter geschaut und bist richtig in dich zusammen gesackt“.

Frau G.: (schaut ganz überrascht) „Das ist mir so gar nicht bewusst.“ (Guckt in die Runde, alle anderen nicken beipflichtend)

CT: „Könnten Sie daraus ein Ziel formulieren? Alle aus der Gruppe dürfen mit überlegen.“

Frau G.: „Hmm, weiß nicht habt ihr eine Idee?“

Mitpatientin: „Wenn du in der Gruppe erzählst oder in belastenden Situationen bist, auf deine Körperhaltung achten. Statt zusammen zu sacken, aufrecht sitzen, groß machen.“

Mitpatientin: (lacht) „Genau. Wir sagen dir immer Bescheid, falls du in dich zusammen sackst.“

Frau G.: „Ja, das ist eine sehr gute Idee. Das war mir wirklich gar nicht bewusst.“

CT: „Ok, dann ist es nun ihr Ziel, dass sie ganz bewusst darauf achten, WIE sie Dinge hier in der Gruppe erzählen, indem sie auf ihre Körperhaltung und vielleicht auch Blickkontakt achten?“

Frau G.: „Ja“

### ***Fallbeispiel Frau G: Zielfarbeit Fortsetzung***

Sitzung 12 (15 Minuten): Frau G.: „Mein Ziel ist darauf zu achten, wie ich sitze und dass ich mein Gegenüber anschau, auch wenn ich spreche, insbesondere aber wenn ich in belastenden Situationen bin. Ich muss euch unbedingt erzählen, was mein Mann gestern zu mir gesagt hat.“ (Daraufhin erzählt Frau G., dass Sie sich erstmalig bei einem Anruf von ihrer Mutter recht knapp gegeben habe. Der Ehemann habe hierbei neben ihr gestanden und ihr rückgemeldet, dass er ganz verwundert sei. Frau G. sei es sonst bei Telefonaten mit ihrer Mutter sehr schlecht gegangen. Sie berichtet hiervon sichtlich stolz).

Reaktionen der Anderen: „Hey, das ist ja super. Hut ab, dass du das mit der überhaupt aushältst.“

CT: „Was ist nochmal ihr Ziel?“

Frau G.: „Auf meine Körperhaltung achten, wenn ich in belastenden Situationen bin.“

CT: „Dieses Ziel haben sie mit Bravour erreicht, oder?“

Frau G.: Stimmt. (schaut verwundert, der Rest der Gruppe signalisiert Zustimmung)

CT: „Wollen Sie nun dieses Ziel in den weiteren Gruppenstunden verändern oder ein anderes auswählen?“

Frau G.: „Ich glaube ich will mich weiter von meiner Mutter abgrenzen, denn ehrlich gesagt schäme ich mich noch immer insbesondere wenn ich mit ihr Kontakt habe.“

CT: „Ok, was heißt abgrenzen für Sie?“

Frau G.: „Ich will den Kontakt zu meiner Mutter reduzieren.“

Mitpatientin: „Ein Ziel muss konkret und messbar sein.“ (grinst)

Frau G.: „Ok, ich möchte maximal zweimal im Monat Kontakt zu meiner Mutter haben.“

### Sitzung 18 (20 Minuten):

(Abschlusssitzung von Frau G. Sie benennt ihre zwei Ziele. Sie gibt an, ihr erstes Ziel (Körperhaltung) erreicht zu haben. Ihr zweites Ziel (Abgrenzen von Mutter) werde sie auch in der Zukunft weiter bearbeiten. Sie fährt fort mit einer Rückmeldung an die Gruppe.)

Grau G.: „Ich kann gar nicht fassen, dass nun schon die letzte Stunde ist. Ihr werdet mir sehr fehlen, das weiß ich jetzt schon. Es hat mir so sehr geholfen, von euch zu hören, dass ich nichts dafür konnte, auch wenn ich das natürlich vom Verstand her selber weiß. Auf jeden Fall werde ich weiter an euch denken und immer versuchen, mich ganz groß zu machen, wenn ich merke, dass ich mich wieder so schäme. Das ich nun versuche den Kontakt zu meiner Mutter zu reduzieren tut mir gut, auch wenn mir das sicher nicht immer so gelingt, wie ich es gern hätte“.

(Die übrige Gruppe gibt ihr Feedback, in wie fern sie sich verändert hat. Es folgt hieraus ein Auszug).

Gruppe: „Du wirkst selbstbewusster.“

„Ich finde wenn du sprichst und nun so aufrecht sitzt, hat deine Stimme mehr Nachdruck.“

„Ich erlebe dich jetzt viel offener, weil du mich jetzt anschaust.“

## **3.10 Ablauf der Abschiedsphase und Abschiedssitzungen**

Im letzten Drittel der Gruppenlaufzeit etwa ab der 13. Sitzung beginnt eine Abschiedsphase, in der die gemeinsame Arbeit reflektiert wird. Die Teilnehmerinnen werden daran erinnert, dass nur noch eine begrenzte Sitzungsanzahl aussteht, bevor die Gruppe abschließt. Diejenigen, die ihr Ziel bereits erreicht haben, werden eingeladen den Prozess der persönlichen Zielfarbeit revue passieren zu lassen. Hierbei können sie beispielsweise benennen, welche Schritte sie unternommen haben auf dem Weg zum Ziel bzw. was ihnen hierbei besonders hilfreich erschien. Einigen Teilnehmerinnen gelingt es erfahrungsgemäß nicht, ihr formuliertes Ziel zu erreichen. In diesen Fällen wird benannt, welche künftigen Schritte zur Zielferreichung bevor stehen. Möglichst jede Teilnehmerin soll die Gruppe mit einem positiven Gefühl abschließen. Eine Erinnerung an die bald endende Gruppenlaufzeit kann den entscheidenden Anstoß geben, das formulierte Ziel tatsächlich in die Tat um zu setzen. In der 15. Sitzungen kündigen die beiden Co-Therapeutinnen ein leicht abweichendes

Vorgehen für die verbleibenden Sitzungen an. Im folgenden Abschnitt werden die Besonderheiten der letzten Gruppensitzungen detailliert dargestellt.

#### Ankündigung der Abschiedssitzungen sowie der Abschlussdiagnostik (Sitzung 15):

In der 15. Sitzung wird nach Eingangsrunde und Zielearbeit mehr Zeit vor der Abschlussrunde reserviert, um die Abschiedssitzungen (Sitzungen 17 & 18) sowie Abschlussdiagnostik in Sitzung 16 anzukündigen. Die Teilnehmerinnen werden gebeten, eine Selbstbewertung (A), ein Feedback für die anderen Gruppenmitglieder (B) und ein Gruppenleiter bzw. Gruppenfeedback (C), anhand der in Anhang 7 zusammengestellten Fragen, vor zu bereiten. Sie werden ermutigt, die Fragen schriftlich zu beantworten, wobei dies nicht verpflichtend ist. Bisherige Erfahrungen zeigten jedoch, dass Einzelne in Anbetracht des baldigen Gruppenabschluss deutlich aufgeregter sind und daher gern auf Stichworte zurückgreifen. Noch in der 15. Sitzung werden die Teilnehmerinnen befragt, welche von Ihnen sich vorstellen können, bereits in der 17. Sitzung ihren Abschied zu planen und welche dies lieber in der 18. Sitzung tun möchten. Teilnehmerinnen werden eingeladen, sich in ihrer letzten persönlichen Zielearbeitszeit an den folgenden, unten aufgeführten Fragen (A) zu orientieren:

#### (A) Selbstbewertung

- Was war mein Ziel?
- Was habe ich erreicht in Bezug auf mein Ziel?
- Was könnte ein möglicher nächster Schritt sein, der sich aus meiner Teilnahme an der Gruppe ergeben hat?
- Welches imaginäre Geschenk möchte ich mir selbst geben, bezüglich meiner Arbeit in der Gruppe?

Neben den Fragestellungen bezüglich der Zielearbeit können Notizen zum Thema Feedback an die übrigen Gruppenmitglieder, an die beiden Co-Therapeutinnen sowie ein Gruppenfeedback vorbereitet werden. Zur Anleitung werden die unter Punkt (B) und (C) formulierten Hinweise gegeben.

#### (B) Feedback für die anderen Gruppenmitglieder

Bitte wenden Sie die gleichen Fragen wie unter Punkt (A) auch auf die anderen Gruppenmitglieder an. Verwenden Sie Ihre Notizen, um in den letzten Gruppenstunden Feedback zu geben. Denken Sie bitte daran, auch bei Ihren Notizen die Schweigepflicht zu wahren.

- Teilnehmerin 1:
  - Teilnehmerin 2:
  - Teilnehmerin 3:
- etc...

#### (C) Gruppenleiter- und Gruppenfeedback

- Was hat Ihnen an der Gruppe am meisten gefallen?
- Was hat Ihnen an der Gruppe am wenigsten gefallen?
- Was haben die Co-Therapeutinnen gemacht, was hilfreich war?

- Was sollten die Co-Therapeutinnen in zukünftigen Gruppen anders machen?
- Gibt es noch weiteres Feedback, das Sie zur Gruppenerfahrung geben wollen?

#### Sitzung 16:

In der 16. Gruppensitzung erfolgt eine Abschlusserhebung (post), die analog der Präerhebung (vgl. Sitzung 2) abläuft und daher an dieser Stelle nicht gesondert beschrieben wird.

#### Erste Abschiedssitzung (Sitzung 17):

Im Anschluss an die Eingangsrunde wird erfragt, welche Person mit ihrem persönlichen Abschied beginnen möchte. Die zur Verfügung stehende Zeit für jede wird laut benannt. Eine Vereinbarung wer in der 17. und wer in der letzten Gruppensitzung Abschiedszeit nimmt, wurde bereits in Sitzung 15 getroffen. Jede im Fokus stehende Person rekapituliert zunächst, welches Ziel sie im Rahmen der TRG formulierte. Sie benennt Erfolge und denkbare nächste Schritte, um ihren persönlichen Genesungsprozess voran zu treiben. Erfahrungsgemäß orientieren sich die Teilnehmerinnen sehr gern an den, unter Punkt (A) genannten Fragen. Die Gruppe sowie beide Co-Therapeutinnen, geben der im Fokus stehenden Person Rückmeldungen. Weiterhin werden die Teilnehmerinnen ermutigt, einander imaginäre Geschenke zu geben, wie beispielsweise ein imaginäres Schutzmäntelchen, welches in zukünftigen schwierigen Phasen zum Schutz angezogen werden kann. Vom Schenken realer Präsente wird von Seiten der Co-Therapeutinnen aktiv abgeraten, da jemand mit kleinem finanziellem Spielraum möglicherweise in eine schamhafte Situation gebracht werden könnte. Die Sitzung endet mit der Abschlussrunde.

#### Letzte Abschiedssitzung (Sitzung 18):

Nach der Eingangsrunde reflektieren die verbleibenden Personen ebenso wie diejenigen in Sitzung 17, nacheinander über ihr Ziel und erhalten diesbezüglich Feedback bzw. imaginäre Geschenke von der übrigen Gruppe. Im Anschluss daran bitten die beiden Co-Therapeutinnen um ein Feed-back, orientiert an den Fragen unter Punkt (C). Die Teilnehmerinnen werden ermutigt zu benennen, was ihnen besonders zugesagt hat sowie Verbesserungsvorschläge für zukünftige Gruppenzyklen zu machen. Daran schließt sich das Thema Kontakte aufrechterhalten versus beenden an, das nun dargestellt wird.

#### Kontakte aufrechterhalten oder beenden:

Die Co-Therapeutinnen erläutern, dass es für Einzelne stützend sein kann, Kontakte zu Personen aufrecht zu erhalten, mit denen sie sich auf einem intimen Level verbunden fühlen. Für Andere ist die TRG hingegen ein Abschnitt, der sehr belastend war und den sie nun gern hinter sich lassen möchten. Es wird betont, dass wie auch immer die Entscheidung der Einzelnen ausfallen mag, dies von Anderen respektiert und akzeptiert werden sollte. Der Gruppenraum verbleibt für diejenigen, die Kontakte aufrechterhalten möchten, für eine Stunde nach Gruppenabschluss unverschlossen. In dieser Zeit können Adressen miteinander ausgetauscht werden. Diejenigen, die keinen weiteren Kontakt wünschen, werden eingeladen den Raum gemeinsam mit den Co-Therapeutinnen zu verlassen. Nach dieser Erklärung wird zum letzten Mal die Abschlussrunde durchgeführt, in welcher alle Teilnehmerinnen angeben, mit welchen Gefühlen sie die Gruppe verlassen und welche Ressourcen sie nun aktivieren. Daraufhin verabschieden sich die beiden Co-Therapeutinnen und verlassen den Raum.

### 3.11 Supervision

Die Mitarbeiter des NNP wurden speziell in der Anfangsphase der Adaptation der TRG sehr engmaschig von zwei der Begründerinnen des Gruppenmodells, Judith Lewis Herman und Emily Schatzow unterstützt. In diesem Abschnitt werden die Supervisorinnen (3.11.1) sowie die Supervisionsgruppe (3.11.2) vorgestellt, bevor der Ablauf der Supervision in Telefonkonferenzen (3.11.3) dargelegt wird.

#### 3.11.1 Die Supervisorinnen<sup>3</sup>

Alle Telefonkonferenzen wurden und werden auch gegenwärtig durch die zwei Supervisorinnen Frau J.L. Herman und E. Schatzow geleitet, die nun vorgestellt werden.

**Judith Lewis Herman** ist eine amerikanische Psychiaterin und Professorin für Klinische Psychologie an der Harvard University Medical School. Sie leitet ein Programm für Opfer von Gewalttaten am Cambridge Krankenhaus, das sogenannte VOV (Victims of Violence) Programm. Sie schrieb zwei Preisgekrönte Bücher: *Father-Daughter Incest* und *Trauma and Recovery*. Frau Herman hat weltweit viele Vorträge mit dem Thema sexueller Missbrauch und häusliche Gewalt gehalten. Sie erhielt 1996 einen „Lifetime Achievement Award“ durch die Internationale Gesellschaft für traumatische Belastungsstudien und 2000 den „Woman Science Award“ durch die Amerikanische Medizinische Frauenvereinigung. Im Jahr 2007 wurde sie durch die APA zur „Distinguished Life Fellow“ ernannt.

**Emily Schatzow** arbeitet als Psychotherapeutin in eigener Praxis in Cambridge, Massachusetts. Sie ist Psychotherapeutin und Trainerin sowie Mitbegründerin eines lokalen Gesundheitszentrums für Frauen. Derzeit ist sie klinische Supervisorin in einem Programm für Opfer von Gewalt an der Cambridge Health Alliance und Dozentin an der Harvard Medical School. Sie arbeitete gemeinsam mit Frau Herman innerhalb des VOV (Victims of Violence) Programm und leitet Supervisionsgruppen.

Beide Supervisorinnen haben den Prozess der Implementierung der Trauma Recovery Group im Nordrheinischen Netzwerk für Psychotraumatologie begleitet und essentiell mitgesteuert. Aufgrund von mittlerweile mehreren Jahrzehnten Erfahrung mit Trauma Recovery Gruppen, welche J.L. Herman und E. Schatzow bisher in Amerika durchführten sowie supervidierten, konnten die Mitarbeiter des NNP auf einen imponierenden Erfahrungsschatz zurückgreifen.

---

<sup>3</sup> Die CV von Frau Herman und Frau Schatzow wurden durch die Verfasserin aus dem Reader: *The Trauma Recovery Group* (2011) entnommen und ins Deutsche übersetzt.

### **3.11.2 Die Supervisionsgruppe**

Die Teilnehmergruppe der Telefonkonferenzen hat sich in den Jahren der Zusammenarbeit verändert. Aus dem deutschen Fachkreis partizipieren eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mehrere Psychologische Psychotherapeuten, Psychologen im Praktikum sowie eine Kinder- und Jugendpsychiaterin. Durchschnittlich nehmen sechs Kolleginnen und Kollegen aus dem deutschen Sprachraum teil. Darüber hinaus partizipieren zum Abgabezeitpunkt dieser Arbeit zwei amerikanische Kolleginnen an den Telefonkonferenzen. Eine Kollegin arbeitet als Health Practitioner mit über 20 Jahren Erfahrung in eigener Praxis in New York City und die andere Kollegin arbeitet als Psychotherapeutin in Kanada.

### **3.11.3 Ablauf der Supervision**

Zu Beginn des Implementierungsprozesses erfolgte der Kontakt zu den beiden Supervisorinnen zunächst elektronisch per Mail. Mitarbeiter des NNP, die an diesem Projekt mitwirken wollten, übermittelten J. L. Herman und E. Schatzow zunächst eine Vita mit insbesondere der fachlichen Qualifikation, einschließlich der gruppenpsychotherapeutischen Vorerfahrungen bei Komplextraumapatienten. Anschließend wurde ein möglicher Wochentag sowie Uhrzeit für eine erste Telefonkonferenz abgestimmt. Neben den beiden Supervisorinnen nahmen sechs Mitarbeiter des NNP sowie weitere amerikanische Kollegen an den Telefonkonferenzen teil. In der Auswahl der Telefontermine musste die Zeitverschiebung berücksichtigt werden. Ein Jahr lang erfolgten Telefonkonferenzen in einem 14-tägigen Rhythmus, für jeweils 60 Minuten und einer vergleichbaren Struktur innerhalb der Telefonkonferenz wie bei der TRG. Nach einer Begrüßung durch Frau Herman und Frau Schatzow wird die Gruppe aufgefordert, an zu geben wer Supervisionsbedarf hat. Die zur Verfügung stehende Zeit wird daraufhin entsprechend dem angegebenen Bedarf aufgeteilt. Zumeist werden Schwierigkeiten im Gruppenprozess vorgestellt und die gesamte übrige Gruppe gibt hierzu Rückmeldungen bzw. stellt Fragen. Sobald die vorher abgesprochene Zeit vorüber ist, wird dies durch Frau Schatzow laut benannt und die Gruppe wendet sich einer Problemstellung des nächsten Kollegen zu. Die Telefonkonferenz wird mit einer Verabschiedung beendet. Der zunächst eher engmaschige Rahmen kristallisierte sich insbesondere in der Phase der Akquise von möglichen TRG Teilnehmerinnen, des ersten Gruppenzyklus als sehr förderlich heraus. Gleichzeitig war es eine Möglichkeit, international in Verbindung zu anderen Kollegen an völlig anderen Standorten zu sein, die ebenfalls gerade versuchten, eine TRG zu etablieren. Inzwischen finden Telefonkonferenzen einmal pro Monat statt. Bestimmte Problemstellungen wiederholen sich, sobald Gruppenleiter mehrere Zyklen der TRG angeboten haben, so dass diese Frequenz ausreichend erscheint. Ein eher klassisches Problem ist beispielsweise eine deutlich zu breite und unkonkrete Zielformulierung. Um auch bezüglich der Supervision einen möglichst plastischen Eindruck zu ermöglichen, erfolgt hierüber ein Auszug von Frau G.

#### **Frau G. - Supervision**

In mehreren Telefonkonferenzen wurde der Fall von Frau G. besprochen. Zunächst erfolgte eine Fallschilderung, insbesondere im Hinblick auf die erlebte Traumatisierung, gegenwärtige Schwierigkeiten von Frau G. sowie einer Schilderung ihrer Symptomatik. Die Co-Therapeutinnen berichteten die Schwierigkeit der Zielformulierung, da Frau G. zunächst das sehr weit gefasste Ziel „irgendwas in Verbindung mit Mutter“ verbalisierte. Frau Herman und Frau Schatzow gaben im Rahmen der Telefonsupervisionen den entscheidenden Hinweis, die Zielformulierung in Richtung Körperhaltung zu lenken. Entsprechend dem Hinweis aus der Supervision, wurde die TRG Gruppe von den beiden Co-Therapeutinnen aufgefordert, Unterschiede in der Körperhaltung von Frau G. zu benennen. Hierdurch konnte die Zielformulierung günstig beeinflusst werden.

Am Fall von Frau G. wird deutlich, dass beiden Co-Therapeutinnen die (mit)Steuerung der Zielformulierung obliegt. Optimalerweise gelingt es allen TRG Teilnehmerinnen, ihr persönliches Ziel in der Gruppenlaufzeit zu erreichen. Dafür ist es essenziell, dass die zumeist viel zu groß gefassten, unkonkreten ersten Formulierungen entsprechend den Zielformulierungshinweisen (vgl. Anhang 5) adaptiert werden. Die Supervision nimmt in diesem Prozess eine essenzielle Rolle ein.

### **3.12 Zusammenfassung der Implementierung der TRG im NNP mit bisherigen Erfahrungen**

In Kapitel 3 wurde die Implementierung der TRG im deutschen Sprachraum dargestellt. Hierbei handelt es sich um ein gruppenpsychotherapeutisches Konzept, welches traumakonfrontative Elemente integriert. Ab Januar 2012 gelang mit der TRG die zeitnahe, kosteneffiziente Versorgung von komplex Traumatisierten im zweiten Genesungslevel, dem Level in dem sich Patientinnen nach hinreichender stabilisierender Arbeit befinden. Die Zielgruppe der TRG zeigt schwerste psychotraumatologische Belastungen, wodurch besonders beim Screening die bereits hinreichende Erreichung des ersten Genesungslevels sichergestellt werden muss, damit eine komplex traumatisierte Patientin von einer traumakonfrontativ arbeitenden Gruppe profitieren kann.

Die Begründerinnen des Originalkonzeptes der Trauma Recovery Group (Mendelson et al., 2011) sehen im interpersonellen Bereich als den Bereich, in dem komplex Traumatisierten in der Regel der größte Schaden zugefügt wurde, gleichzeitig ein bedeutendes Genesungspotenzial. Der interpersonelle Kontext ist auch der Bereich in dem Scham entsteht. Scham hat in der komplexen PTBS eine krankheitsaufrechterhaltende Rolle. Wolf und Bering (2016) benennen Scham- und Schuldgefühle als maßgebliches Hindernis für eine adäquate und ressourcenorientierte Aufarbeitung des traumatischen Erlebens und somit der Behandlung der PTBS Symptome. Hieraus abgeleitet ist die Bearbeitung von Schamgefühlen ein elementarer therapeutischer Ansatzpunkt einer zeitgemäßen Traumabehandlung. Da Scham im interpersonellen Kontext entsteht (Lewis, 1987a), gehen wir davon aus, dass dieser Aspekt der komplexen PTBS durch ein Gruppensetting günstig beeinflusst werden kann.

Durch die sehr klare zeitliche und organisatorische Struktur der TRG, mit wöchentlichen Terminen in einer geschlossenen Gruppe und einer Gruppenlaufzeit von 18

Wochen, wird ein sicherer Rahmen geboten, um an traumabezogenen Zielen zu arbeiten. Die individuelle Zieleformulierung in persönlicher Arbeitszeit nimmt im Konzept der TRG eine essenzielle Rolle ein. Mit dem Fokus auf ein Ziel wird Geben und Empfangen von empathischen Rückmeldungen trainiert. Gruppenteilnehmerinnen bauen zunehmend vertrauensvolle Beziehung zu anderen Betroffenen auf, wodurch soziale Isolation überwunden wird (Mendelson et al., 2007).

Unsere bisherigen Erfahrungen aus Traumagenesungsgruppen zeigen, dass Traumainhalte oft raptusartig aus den Teilnehmerinnen heraus brechen und dann zunächst durch die Gruppe „verdaut“ werden müssen. Damit ist gemeint, dass immer wieder die Gruppe dazu aufgefordert wird zu benennen, was angesprochene Inhalte nun in Einzelnen bewegen und explizit auszudrücken, wenn etwas als „zu viel“ erlebt wird. Die Angabe einer emotionalen Grenze beispielsweise „Das ist mir grad zu viel Detail“ durch eine Teilnehmerin, wird zumeist als hilfreich von jeweils Andern erlebt, einschließlich der Person, die gerade an ihrem Ziel arbeitet. Erfahrungsgemäß haben Andere ihre emotionale Grenze ebenfalls gespürt, diese jedoch (noch) nicht verbalisieren können. Eine Triggerbarkeit durch ähnliche Inhalte bei mehreren Teilnehmerinnen, liegt in der Natur der sehr selektierten Zielgruppe. Ein Setting von gegenseitigem Geben und Empfangen von Feedback trainiert, was Ott (2001) wie folgt beschrieb: „wenn du dich so und so verhältst, dann erlebe ich dich so und so, dann fühle ich das und das dir gegenüber“ (Ott 2001, S.54). Teilnehmerinnen halten sich somit gegenseitig Spiegel vor, wodurch bisher problematisches Verhalten reflektiert und abgeändert werden kann. Die Verantwortung wie viel Traumamaterial zu welchem Zeitpunkt mit der Gruppe geteilt wird, obliegt jeder Teilnehmerin persönlich. Weiterhin ist unsere Erfahrung, dass die Gruppe eine wichtige validierende Funktion gegenüber der Traumatisierung einnehmen kann. Der Gruppenkontext ermöglicht der eigenen Wahrnehmung wieder trauen zu lernen, indem ähnliche Erfahrungsberichte anderer Teilnehmerinnen angehört werden (Ford et al., 2005). Die Supervision nimmt im gesamten Gruppenprozess einen bedeutenden Stellenwert ein. Es zeigte sich, dass es in einer internationalen Supervisionsgruppe gelang, den Prozess der Implementierung der TRG in Telefonkonferenzen zu begleiten. Im Zeitalter moderner Kommunikation war es sehr gut möglich, Supervision mit den Begründerinnen durch zu führen und so die Implementierung der Trauma Recovery Group im deutschen Sprachraum telekommunikativ um zu setzen.

Im nun folgenden zweiten Teil dieser Arbeit, wird die empirische Untersuchung der Traumagenesungsgruppe dargestellt.

## **Teil II: Empirische Untersuchung**

Wegweiser: Von der theoretischen Aufarbeitung wird der empirische Zugang der vorliegenden Studie abgeleitet. Dargestellt werden, basierend auf der Zielsetzung (4.1) dieser Arbeit, zunächst eine Untersuchung der sogenannten TRG Zielearbeit (4.2). Hieran schließt sich eine qualitative Untersuchung zweier Extremgruppen Einzelfälle (4.3) an, bevor die Hypothesen (4.4) und weitere Therapieerfolgskriterien (4.5) ausgewertet werden. In Kapitel 5 erfolgt eine Darstellung des methodischen Teils, bevor in Kapitel 6 die Ergebnisse der empirischen Untersuchung beschrieben werden. Kapitel 7 schließt mit einer Diskussion, Zusammenfassung und einem Ausblick für zukünftige Forschung ab.

### **4. Ziel, Hypothesen und forschungsleitende Fragestellung**

#### **4.1 Zielsetzung**

Übergeordnetes Ziel dieser Arbeit ist es, zur Entwicklung sowie Evaluation geeigneter und effektiver Behandlungen für komplex Traumatisierte einen Beitrag zu leisten. Da in Fachkreisen kein Konsens hinsichtlich traumakonfrontativer Arbeit in gruppenpsychotherapeutischen Konzepten mit komplex Traumatisierten besteht, wurde der Forschungsbedarf auf diesem Gebiet hiermit aufgegriffen.

Zunächst wird die Zielearbeit, als zentrales Element der TRG untersucht, mit den Subfragestellungen welche Ziele in der TRG formuliert wurden und in wie fern wer seinem definierten Ziel näher kommt. Ferner erfolgt eine qualitative Untersuchung zweier Extremfälle, mit dem Bestreben individuelle einflussnehmende Faktoren von Therapieerfolg versus Misserfolg zu identifizieren.

Daneben erfolgt eine Evaluation der Traumagenesungsgruppe, einem Konzept das traumakonfrontative Elemente im Gruppensetting integriert und sich an komplex Traumatisierte im zweiten Genesungslevel richtet. Untersucht wurde, in wie fern die Traumagenesungsgruppe ein wirkungsvolles Konzept ist, um psychotraumatologische Belastung (Hypothese I) bzw. Belastung in verschiedenen traumaassoziierten Funktionsbereichen (Hypothese II) günstig zu beeinflussen. Ergänzend wurden weitere Therapieerfolgskriterien quantitativ beforscht.

#### **4.2 Zielearbeit**

Essenzieller konzeptioneller Baustein der Traumagenesungsgruppe ist die Zielearbeit (vgl. Kapitel 3.9). Jede Teilnehmerin formuliert im Gruppenverlauf ein individuelles Ziel, welches Traumabezug hat. Im Zuge dessen werden Traumainhalte in der Gruppe offen gelegt, wodurch traumakonfrontative Arbeit durchgeführt wird. Ein Ziel nimmt Bezug auf eine Problemstellung der Gegenwart und ist realistisch, erreichbar, konkret, detailliert, messbar sowie spezifisch formuliert. Im klinischen Eindruck hängt der subjektiv erlebte Therapieerfolg einer Teilnehmerin deutlich mit dem Ausmaß des Erreichen oder nicht Erreichen des formulierten Ziels zusammen. Dies wird allerdings mit punktdiagnostischen Verfahren nicht in allen Fällen adäquat abgebildet. Wie aus der Literatur bekannt ist, neigen

komplex traumatisierte Personen dazu, pathologische Beziehungsmuster aufrecht zu erhalten (z.B. Simons & Whitbeck, 1991). Es ist somit nicht überraschend, dass es im klinischen Eindruck auch während der Laufzeit der Traumagenesungsgruppe, bei einzelnen Teilnehmerinnen zu belastenden Veränderungen, wie etwa Erleben erneuter Gewalt, Trennungen oder beispielsweise sexueller Belästigung am Arbeitsplatz kam. Derartige belastende psychosoziale Veränderungen werden bei der Postmessung mit quantitativen Verfahren allerdings automatisch mit erfasst, ohne Möglichkeit dies vom TRG Gruppeneffekt trennen zu können. Vor diesem Hintergrund wurde das subjektive Empfinden der Zielerreichung als Korrelat für den Therapieerfolg gewertet, der angewandt auf das Gruppenmodell überzeugend erschien, die Methoden der quantitativen Therapieeffektmessung sinnvoll zu ergänzen. Therapieerfolg wurde hierbei als ein „Erreichen eines Zielzustandes mit therapeutischer Unterstützung“ operationalisiert (Häcker & Stapf (1998, S. 875). Besonderes Forschungsinteresse galt der Fragestellung, welche Ziele überhaupt in der TRG formuliert wurden. Daneben wurde beforscht, in wie fern die Ziele im Gruppenverlauf erreicht wurden und ob sich ein Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn und der Zielerreichung ableiten lässt. Da sich ein Ziel erst im Rahmen der Gruppenlaufzeit entwickelt, erfolgt eine erste Erfassung des Ziels bzw. der Zielerreichung in der neunten Gruppensitzung, sowie erneut bei der Posterhebung und telefonisch ca. sechs Monate nach Abschluss der TRG. Die folgenden Subfragestellungen wurden generiert:

#### **4.2.1 Subfragestellung I - Welche Ziele wurden gewählt?**

Die formulierten Ziele innerhalb der Traumagenesungsgruppen werden deskriptiv dargestellt. Abgeleitet hiervon soll untersucht werden, ob die erhobenen Ziele Subkategorien zugeordnet werden können, um diese weiter zu systematisieren.

#### **4.2.2 Subfragestellung II - Wie stark sind die Teilnehmerinnen ihrem definierten Ziel näher gekommen?**

Das Ziel wird in der neunten sowie 16. Sitzung bzw. sechs Monate nach Gruppenabschluss erfasst. Eine Zielannäherung wurde für die folgenden Zeiträume separat untersucht:

1. zwischen der neunten Sitzung und der 16. Sitzung (prä-post)
2. zwischen der 16.Sitzung und der Katamnese (post-kat)
3. zwischen der neunten Sitzung und der Katamnese (prä-kat)

#### **4.2.3 Subfragestellung III – potenzieller Zusammenhang Symptommiveau bei Gruppenbeginn und Zielerreichung**

Unter diese Fragestellung soll explorativ ein möglicher Zusammenhang der Beschwerdeausprägung zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns mit der Zielerreichung geprüft werden. Denkbar ist beispielsweise, dass Teilnehmerinnen, die besonders stark durch Symptomatik beeinträchtigt sind, auch Schwierigkeiten in der Zielfindung haben. Andererseits wäre jedoch ebenfalls denkbar, dass Personen mit stärkeren Beeinträchtigungen besonders vom Gruppenkontext profitieren können. Es wurde folgende Subfragestellung generiert.

(In wie fern) gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn von Depressivität (BDI prä), Dissoziativität (FDS prä), Traumasymptomatik (IES-R prä & PTSS-10 prä), Lebenszufriedenheit (FLZ prä), peritraumatischer Dissoziationsneigung (PDEQ prä), Selbstwert (MSWS prä), Scham (TOSCA Subskala Scham prä) und allgemeinspsychopathologischen Symptomen (GSI des SCL-90) mit der prä-post Zielerreichung?

### **4.3 Qualitative Untersuchung zweier Extremfälle**

Um neben der in der Literatur üblichen Evaluation mittels punktdiagnostischen Verfahren (vgl. Kapitel 4.4 & 6.4) möglichst ganzheitlich potenzielle Therapieeffekte der TRG zu erfassen, wurden mögliche individuelle Wirkfaktoren untersucht. Eine Analyse zweier Extremgruppen Einzelfälle wurde zur Absicherung gegen potenzielle methodische Artefakte bzw. Identifizierung von Einflussfaktoren auf TRG Erfolg versus Misserfolg durchgeführt. Hierzu wurde von der Verfasserin ein semi-strukturiertes Interview entworfen. Aus der zuletzt angebotenen TRG Gruppe, die im Oktober 2016 endete, wurde die Teilnehmerin ausgewählt, die ihr Ziel am stärksten erreichen konnte und mit einer Teilnehmerin aus dieser Gruppe verglichen, die über die negativste Entwicklung im Hinblick auf eine Zielannäherung berichtete. Neben möglichen Unterschieden hinsichtlich der Zielformulierung wurden die Personenvariablen, Angaben zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, dem Symptommiveau sowie Angaben zur Lebensgeschichte ausgewertet. Auch wurden die beiden Extremfälle hinsichtlich ihres Schamgefühls befragt. Ferner wurde basierend auf Köhler und Bering (2012) top-down sogenannte Erfolgs- und Misserfolgsskripte als mögliche Einflussfaktoren der beiden Einzelfallverläufe erhoben. Die Befragung der beiden Kasuistiken schließt mit einer Erhebung der subjektiven Zufriedenheit mit dem TRG Therapieergebnis ab.

## **4.4 Evaluation der TRG - Hypothesen**

### **4.4.1 Psychotraumatologische Belastung (Hypothese I)**

Frage: (Wie) hat sich die psychotraumatologische Belastung im prä-post Vergleich der TRG verändert?

In der aktuellen wissenschaftlichen Literatur werden widersprüchliche Ergebnisse geschildert und auch in der Fachwelt besteht kein Konsens hinsichtlich der Indikation oder Effektivität eines Gruppenkonzeptes, welches konfrontative Elemente integriert und auf die Störungsgruppe der KPTBS im zweiten Genesungslevel ausgerichtet ist. Die Begründerinnen der TRG konzipierten dieses Gruppenkonzept primär für komplex Traumatisierte und veröffentlichten dies in einem Reader (Mendelson et al., 2011). Darin stellten sie eine Studie dar, in welcher eine günstige Beeinflussung von psychotraumatologischer Belastung festgestellt wurde. Demzufolge wird erwartet, dass die TRG ein wirkungsvolles Konzept ist, um psychotraumatologische Belastung im prä-post Vergleich signifikant zu reduzieren. Folgende übergeordnete Hypothese mit dazugehörigen Subhypothesen wurden generiert:

**Hypothese I: Die TRG ist ein wirkungsvolles Gruppenkonzept, zur Reduktion von psychotraumatologischer Belastung im prä-post Vergleich.**

*Subhypothese I\_1: Überprüfung der Therapiewirksamkeit Traumasymptome in der PTSS-10*

Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Reduktion der psychotraumatologischen Belastung, welche mit der PTSS-10 erfasst wird.

*Subhypothese I\_2: Überprüfung der Therapiewirksamkeit Traumasymptome in der IES-R*

Im prä-post Vergleich kommt es ebenfalls zu einer signifikanten Reduktion der psychotraumatologischen Belastung, welche mit der IES-R erfasst wird.

*Subhypothese I\_3: Überprüfung der Therapiewirksamkeit subjektive Belastung (SUD)*

Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Reduktion wahrgenommener Belastung im Subjective Unit of Distress (SUD), einer subjektiven Angabe wie belastend die traumatischen Vorerfahrungen in dem Moment der Befragung erlebt werden.

**4.4.2 Funktionsbereiche (Hypothese II)**

Frage: (Wie) hat sich Belastung in den traumaassoziierten Funktionsbereichen Dissoziativität, Depressivität, Scham, allgemeinsychopathologische Symptome, Lebenszufriedenheit und Selbstwert im prä-post Vergleich der TRG verändert?

Im Reader der Begründerinnen der TRG (Mendelson et al., 2011), wurde neben einer günstigen Beeinflussung von psychotraumatologischer Belastung auch signifikante Reduktionen von Dissoziativität und Depressivität bzw. eine Steigerung von Selbstwert im Gruppenverlauf nachgewiesen. Neben den in der Originalstudie untersuchten Bereichen, interessierte uns zusätzlich besonders der Bereich Scham (vgl. 2.2.) bzw. Lebenszufriedenheit (FLZ). Zur besseren Vergleichbarkeit mit international durchgeführten Studien wurden ebenfalls allgemeinsychopathologische Beschwerden (GSI des SCL-90) erfasst. Wir gehen davon aus, dass die TRG ein wirkungsvolles Gruppenkonzept ist, um Symptombelastung in verschiedenen Funktionsbereichen günstig zu beeinflussen. Wir erwarten eine signifikante Reduktion im prä-post Vergleich für Dissoziativität (FDS), Depressivität (BDI), Scham (TOSCA), allgemeinsychopathologische Symptome (GSI des SCL-90) sowie eine signifikante Steigerung von Lebenszufriedenheit (FLZ) und Selbstwert (MSWS). Zu jedem traumaassoziierten Funktionsbereich wurde eine gesonderte Subhypothese generiert.

**Hypothese II: Die TRG ist ein wirkungsvolles Gruppenkonzept, zur günstigen Beeinflussung von Dissoziativität, Depressivität, Scham, allgemeinsychopathologischen Symptomen, Lebenszufriedenheit und Selbstwert.**

*Subhypothese II\_1: Überprüfung der Therapiewirksamkeit Dissoziativität (FDS)*

Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Reduktion von dissoziativer Belastung, welche mit dem FDS erfasst wird.

*Subhypothese II\_2: Überprüfung der Therapiewirksamkeit Depressivität (BDI)*

Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Reduktion von Depressivität, welche mit der BDI erfasst wird.

*Subhypothese II\_3: Überprüfung der Therapiewirksamkeit Scham (TOSCA Subskala Scham)*

Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Reduktion von Scham, welche mit dem TOSCA – Subskala Scham erfasst wird.

*Subhypothese II\_4: Überprüfung der Therapiewirksamkeit allgemeinsychopathologische Symptome (GSI der SCL-90)*

Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Reduktion von allgemeinsychopathologischen Beschwerden, welche mit dem GSI der SCL-90 erfasst werden.

*Subhypothese II\_5: Überprüfung der Therapiewirksamkeit Lebenszufriedenheit (FLZ)*

Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Steigerung von Lebenszufriedenheit, welche mit dem FLZ erfasst wird.

*Subhypothese II\_6: Überprüfung der Therapiewirksamkeit Selbstwert (MSWS)*

Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Steigerung des Selbstwerts, welches mit der MSWS erfasst wird.

#### **4.5 Therapieerfolgskriterien**

Fragestellung: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn und dem Therapieerfolg und können hieraus Erfolgskriterien abgeleitet werden?

Um diese Fragestellung zu untersuchen, wurde zunächst „Therapieerfolg“ quantitativ operationalisiert. Die TRG ist ein Gruppenkonzept, welches primär für komplex Traumatisierte entwickelt wurde. Somit wird eine Reduktion von psychotraumatologischer Belastung im Gruppenverlauf erwartet. Diese wird durch die PTSS-10 (1) und IES-R (2) erfasst. Weiterhin ist die häufigste, mit der PTBS assoziierte comorbide Zweitdiagnose, eine affektive Störung. Somit wird ebenfalls ein Therapieerfolg von depressiven Beschwerden in der BDI (3) erwartet. Für diese drei Zielvariablen wurden Erfolgs- bzw. Misserfolgsgruppen gebildet. Eine Erfolgsgruppe kann ihre Belastung in dem untersuchten Bereich (1 bis 3) im prä-post Vergleich deutlich reduzieren, während die Belastung der Misserfolgsgruppe im Gruppenverlauf deutlich steigt.

Die Symptombelastung bei Gruppenbeginn wurde in den Bereichen Depressivität, Dissoziativität, psychotraumatologische Belastung, Lebenszufriedenheit, peritraumatische Dissoziationsneigung, Selbstwert, Scham sowie allgemeinsychopathologische Symptome auf ihren potenziellen Zusammenhang zum Therapieerfolg geprüft. Die erste Subfragestellung untersucht Zusammenhänge zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn, in den oben genannten Bereichen und dem Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Reduktion depressiver Belastung. In der zweiten und dritten Subfragestellung wird der potenzielle Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn und dem Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Reduktion psychotraumatologischer Belastung untersucht. Subfragestellung zwei erfasst psychotraumatologische Belastung mit der PTSS-10 und in

Subfragestellung drei wird diese mit der IES-R erfasst. Es wurden somit die drei folgenden Subfragestellungen generiert.

**Fragestellung - Wer profitiert besonders von der TRG?**

*Subfragestellung 1:* (In wie fern) gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn von Depressivität (BDI prä), Dissoziativität (FDS prä), Traumasymptomatik (IES-R prä & PTSS-10 prä), Lebenszufriedenheit (FLZ prä), peritraumatischer Dissoziationsneigung (PDEQ prä), Selbstwert (MSWS prä), Scham (TOSCA Subskala Scham prä) und allgemeinpsychopathologischen Symptomen (SCL-90 GSI prä) mit dem Therapieerfolg, welcher als die prä-post Reduktion von depressiver Belastung operationalisiert wurde?

*Subfragestellung 2:* (In wie fern) gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn von Depressivität (BDI prä), Dissoziativität (FDS prä), Traumasymptomatik (IES-R prä & PTSS-10 prä), Lebenszufriedenheit (FLZ prä), peritraumatischer Dissoziationsneigung (PDEQ prä), Selbstwert (MSWS prä), Scham (TOSCA Subskala Scham prä) und allgemeinpsychopathologischen Symptomen (SCL-90 GSI prä) mit dem Therapieerfolg, welcher als die prä-post Reduktion von psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10 operationalisiert wurde?

*Subfragestellung 3:* (In wie fern) gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn von Depressivität (BDI prä), Dissoziativität (FDS prä), Traumasymptomatik (IES-R prä & PTSS-10 prä), Lebenszufriedenheit (FLZ prä), peritraumatischer Dissoziationsneigung (PDEQ prä), Selbstwert (MSWS prä), Scham (TOSCA Subskala Scham prä) und allgemeinpsychopathologischen Symptomen (SCL-90 GSI prä) mit dem Therapieerfolg, welcher als die prä-post Reduktion von psychotraumatologischer Belastung in der IES-R operationalisiert wurde?

Basierend auf den Ergebnissen der T-Teste sollen in einem zweiten Schritt potenzielle weitere Therapieerfolgskriterien mit multivariaten Varianzanalysen bzw. in einem dritten Schritt mit einer Regressionsanalyse explorativ untersucht werden.

## **5. Methode der empirischen Untersuchung**

### **5.1 Planung der Untersuchung**

Eine Zusammenarbeit mit Judith L. Herman und Emily Schatzow begann im Januar 2012. Zunächst wurden alle, im NNP tätigen Kollegen, über das Projekt der TRG informiert. Anschließend wurde eine, im Sekretariat des ZfP geführte Liste angelegt, auf die jeder Behandler zugreifen kann, um potenzielle Teilnehmerinnen hierauf auf zu nehmen. Wie in Kap. 3.4 dargestellt, gibt es im NNP verschiedene Optionen, die Indikation zur TRG zu stellen. Zu Beginn des Projektes wurde der Beginn einer Gruppe durch eine ausreichende Anzahl Teilnehmerinnen auf der Gruppenliste determiniert. Nachdem wir die Erfahrung machten, dass es zunächst zu relativ hohen Drop-out Raten kam (vgl. Kapitel 6.1.1), wurde nach Rücksprache mit den Begründerinnen das Screening verändert. Die Passung der auf der Liste aufgeführten Patientinnen, wurde vorab telefonisch durch die Gruppenleiter verifiziert, bevor einer verbindlichen Teilnahme am nächsten Gruppenzyklus zugestimmt wurde. Bei diesem Telefonscreening werden die Zugangsvoraussetzungen (vgl. Anhang 1) sowie das Gruppenkonzept erläutert, um eventuelle Hindernisse einer Gruppenteilnahme zu erheben. Es wird sichergestellt, dass potenzielle Teilnehmerinnen durch Vorbehandlung(en) das erste Genesungslevel hinreichend erreicht haben. Sie werden detailliert hinsichtlich ihrer aktuellen Stabilität befragt, wodurch gewährleistet werden soll, dass sie sich gewachsen fühlen sich mit eigenem Traumamaterial sowie belastenden Erzählungen von anderen Teilnehmerinnen auseinander zu setzen. Darüber hinaus sollen Faktoren ausgeschlossen werden, die eine Gruppenteilnahme negativ beeinflussen könnten. Hierunter verstehen wir, angelehnt an das Originalkonzept, geplante Lebensveränderungen (z.B. Umzug, Geburt eines Kindes, neuer Beruf etc.) sowie innerhalb der letzten sechs Monate selbstverletzendes Verhalten, stationär psychiatrische Aufnahmen, Suizidversuche oder erhöhten Substanzmittelkonsum. Ist eines dieser Hindernisse identifiziert, so wird dieser individuell und mit der potenziellen Teilnehmerin kritisch diskutiert. Manche Fälle werden in den Telefonsupervisionen vorgestellt, um zu einer Entscheidung zu kommen, ob der betreffenden potenziellen Teilnehmerin eine TRG angeboten oder verwehrt wird. Die empirische Evaluation der TRG wurde im Verlaufe des Implementierungsprozesses begonnen. Alle Teilnehmerinnen der Traumagenesungsgruppen wurden zum Zeitpunkt des Telefonscreenings und erneut bei der ersten Gruppensitzung über den Zweck einer begleitenden Datenerhebung sowie die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme und jederzeitigen Möglichkeit des Widerrufs aufgeklärt.

## **5.2 Verwendete Materialien**

Anhand der in Anhang 3 aufgeführten Hinweise, wird in den diagnostischen Sitzungen auf Inhalt sowie Zweck der Datenerhebung eingegangen und eine Hilfestellung geben, wie die Instrumente am besten auszufüllen sind. Daneben wird eine Einverständniserklärung eingeholt, dass alle Angaben anonymisiert zum Zwecke wissenschaftlicher Forschung verwandt werden dürfen, die in Anhang 9 angefügt ist.

## **5.3. Verwendete Erhebungsinstrumente und Methoden**

Methodisch erfolgte eine Triangulation aus qualitativem Datenmaterial zur Zielerreichung, Einzelfällen und der psychometrischen Datenbasis.

Zur Evaluation der TRG wurden verschiedene Messinstrumente genutzt, die in Traumaskalen (PTSS-10, IES-R bzw. der SUD) sowie traumaassoziierte Funktionsskalen differenziert wurden. Mit den Funktionsskalen wurden verschiedene traumaassoziierte Symptombereiche erfasst, die in der wissenschaftlichen Literatur mit einer komplexen PTBS in Verbindung gebracht werden. Eine Verlaufsmessung der Funktionsbereiche erfolgte mit dem Fragebogen zur Dissoziativen Symptomatik (FDS), der Beck Depressions Skala (BDI), der Symptom Checklist (SCL-90) dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) und einer Multidimensionalen Selbstwertskala (MSWS). Die Peritraumatic Dissociation Questionnaire (PDEQ) wurde lediglich zu Beginn (prä) der TRG erhoben, da diese nicht zur Verlaufsmessung geeignet ist und den Funktionsskalen zugeordnet. Nach einer ersten Erhebungsphase von etwa zwei Jahren mit dem oben genannten Fragebögen und meist zwei parallel laufenden Gruppenzyklen, erfolgte eine Ergänzung eines Fragebogens der Scham (TOSCA) erfasst.

Neben den punktdiagnostischen Verfahren wurden die Daten qualitativ untersucht. Basierend auf dem katamnestischen Erhebungsbogen (KÖDOKAT) im Kölner Dokumentations- und Planungssystem für dialektische Psychotherapie, Psychoanalyse und Traumabehandlung (KÖDOPS) von Fischer (2000) sowie der Erfolgs- und Misserfolgsskripte Forschung von Köhler und Bering (2012), wurde von der Verfasserin ein semi-strukturiertes Interview entworfen. Zwei Einzelfälle aus Extremgruppen (Ziel sehr stark erreicht vs. negative Zielannäherung) wurden herangezogen, um Therapieeffekte qualitativ zu untersuchen. Im Folgenden werden zunächst die verwendeten Instrumente und anschließend das semi-strukturierte Interview vorgestellt.

### **5.3.1 Traumaskalen**

#### **PTSS-10 - Posttraumatic Symptom Skala**

Die Posttraumatic Symptom Skala (PTSS-10) von Raphael, Lundin und Weis (1989) ist ein im deutschsprachigen Raum bewährtes Instrument zur Erfassung von PTBS-relevanten Symptomen in 10 Items. Auf einer siebenstufigen Selbsteinschätzungsskala, von „nie“ (0 Punkte) bis „immer“ (6 Punkte) sollen Probandinnen die Häufigkeit von Symptomen einschätzen, die durch traumatische Erlebnisse auftreten. Mit insgesamt 10 Items werden, Schlafprobleme, Alpträume, Depressivität, Schreckhaftigkeit (Hypervigilanz), das Bedürfnis

sich von anderen zurückzuziehen, Gereiztheit, Stimmungsschwankungen, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Angst vor Triggern und Muskelverspannungen erfasst. Die Konstruktion der PTSS-10 Items orientierte sich an der PTSD-Symptomliste des DSM-III. Die Untersuchungen zur Validität und Spezifität brachten gute Ergebnisse. Der Gesamtpunktwert errechnet sich aus der Addition der Einzelwerte. Die Skalierung erfolgt wie folgt:

- 0 bis 17 Punkte klinisch unauffällig
- 18 bis 23 Punkte erhöhte Stressreagibilität
- 24 bis 35 Punkte Verdacht auf PTBS
- Ab 36 Punkte dringender Verdacht auf PTBS

Die PTSS-10 dient in dieser Untersuchung der Erfassung von psychotraumatologischer Belastung im prä-post Vergleich.

### **Impact of Event Scale - revidierte Version (IES-R)**

Die IES ist eine Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Symptombelastung traumaassoziierten Beschwerden (Horowitz et al., 1979). In der IES werden die Subskalen Intrusion und Vermeidung differenziert. Fering und Felipp (1994) fanden eine zufriedenstellende psychometrische Qualität. In dieser Arbeit wurde die revidierte Version, die IES-R verwandt. Diese wurde um die Subskala „Übererregung“ erweitert, analog den Kriterien des DSM-IV (Weiss & Marmar, 1996). Die IES-R besteht somit aus drei Subskalen Intrusion (7 Items), Vermeidung (8 Items) und Hyperarousal (7 Items) mit 22 Fragen. Es werden typische Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung erfasst. Für die Antworten werden Punkte vergeben, 0 Punkte für „überhaupt nicht“, 1 Punkt für „selten“, 3 Punkte für „manchmal“ und 5 Punkte für „oft“. Die Itempunktwerte werden addiert und durch die Itemanzahl dividiert. Der Gesamtwert errechnet sich aus der Summe aller Subskalen. Die Skalierung der IES-R erfolgt wie folgt:

- 0 bis 8 Punkte klinisch unauffällig
- 9 bis 25 Punkte leichte psychotraumatologische Belastung
- 26 bis 43 Punkte mittelschwere psychotraumatologische Belastung
- 44 bis 75 Punkte schwere psychotraumatologische Belastung

Die IES-R dient wie auch die PTSS-10 der Erfassung von psychotraumatologischer Belastung im prä-post Vergleich.

### **Subjektives Belastungslevel (SUD)**

Der SUD kommt aus dem Englischen „Subjective Units of Distress“ oder auch „Subjective Units of Disturbance“ und wurde erstmalig von Wolpe (1969) vorgeschlagen. Die Person soll angeben, wie subjektiv belastet sie sich in dem Moment der Befragung fühlt, wenn „0“ keiner Belastung bzw. neutral und „10“ die maximal vorstellbare Belastung darstellt. Die Skala reicht in der Regel von 0- 10 oder auch von 0 – 100. In dieser Studie wurde eine Einteilung von Null bis Zehn genutzt. Der Hauptvorteil des SUD ist, dass er sehr einfach und schnell abgefragt werden kann.

### 5.3.2 Funktionsskalen

#### Dissoziation - FDS

Der Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS) ist die autorisierte deutsche Übersetzung und Bearbeitung der Dissociative Experience Scale (DES) von Bernstein und Putnam (1986) von Freyberger et al. (1998; 1999). Der DES erfasst dissoziative Phänomene im Selbstbeurteilungsverfahren und wurde als klinischer Test für die Identifizierung von Patienten mit einer dissoziativen Störung entwickelt. Dissoziation wird als ein relativ zeitstabiles Merkmal konzeptualisiert. Untersucht wird, wie häufig dissoziative Erfahrungen im täglichen Leben auftreten. Der FDS setzt sich aus insgesamt 44 Items zusammen. Hierbei werden 28 Items aus dem DES sowie 16 zusätzliche Items genutzt. Probanden müssen auf einer Skala zwischen 0–100% angeben, wie häufig Ihnen dies passiert, z.B.: „Einige Menschen erleben zuweilen, dass.....“. Die Auswertung erfolgt durch die Ermittlung des Gesamtskalenwertes. Bernstein und Putnam haben die Subskalen „Dissoziative Amnesie, Tendenz zu imaginativen Erlebnisweisen/Absorption, Depersonalisation/Derealisation und Conversion“ vorgeschlagen. Die statistischen Gütekriterien sind laut Freyberger et al. (1998) als befriedigend anzusehen. Die Reliabilitätswerte sind ähnlich hoch wie beim DES.

Der FDS erfasst somit dissoziative Beschwerden auf Symptomebene und dient dem prä-post Vergleich.

#### Depressivität - BDI

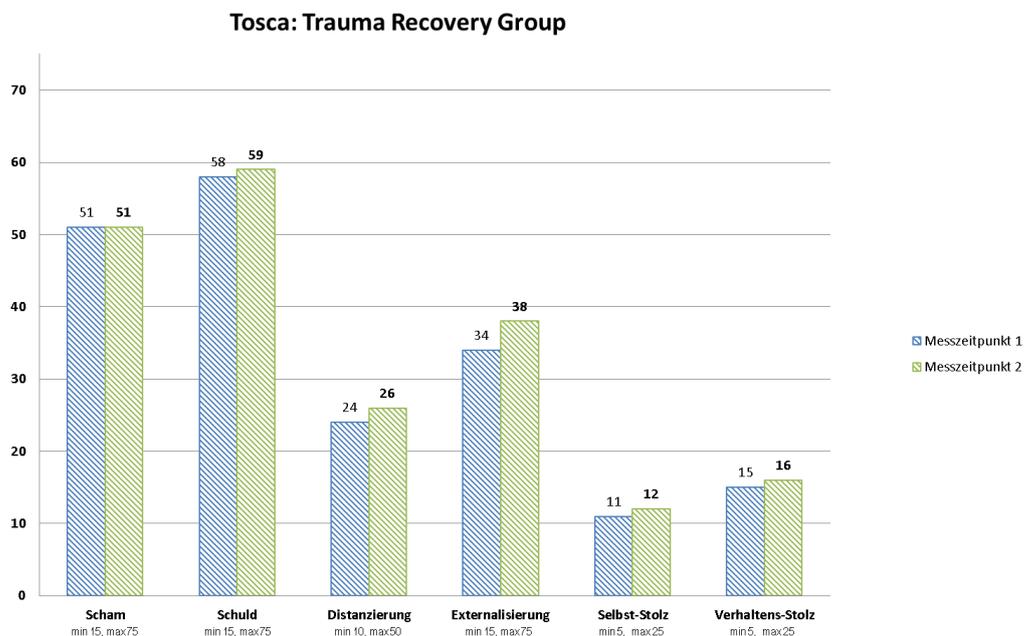
Das Beck Depressions Inventar (BDI) besteht aus 21 Gruppen von Aussagen, welche typische depressive Symptome beschreiben. Jede der 21 Gruppen enthält vier Aussagen, die in aufsteigender Schwere und zunehmender Beeinträchtigung von 0= nicht vorhanden, über 1=leichte Ausprägung, 2=mäßige Ausprägung bis 3=schwere Ausprägung gestaffelt sind. Patienten sollen aus jeder Gruppe die Aussage auswählen, die ihre gegenwärtige Lage (bezogen auf die letzte Woche) am besten beschreiben. Die Items der Originalversion des Erhebungsinstruments waren von Beck, Ward, Mendelson, Mock und Erbaugh (1961) aus Beobachtungen der Symptome depressiver Patienten entwickelt worden. In die Auswertung wird zur Berechnung des Summenwerts depressiver Symptomatik beim Ankreuzen mehrerer Alternativen, diejenige mit dem höchsten Wert aufgenommen. Hautzinger, Bailer, Worall und Keller (1995) fanden akzeptable bis sehr gute interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha,  $\alpha = .74$  bis  $\alpha = .92$ ) und bestätigten die Validität des Erhebungsinstruments. Das BDI ist das weltweit am meisten eingesetzte Selbstbeurteilungsinstrument der Depression (Richter, Werner, Heerlein, Kraus & Sauer, 1998). Die Skalierung des BDI erfolgt wie folgt (Hautzinger et al., 1995):

- 0 bis 11 Punkte            keine depressive Symptomatik
- 12 bis 17 Punkte        leichte depressive Symptomatik
- 18 bis 26 Punkte        mittelschwere depressive Symptomatik
- 27 bis 63 Punkte        schwere depressive Symptomatik

Das BDI erfasst somit depressive Beschwerden auf Symptomebene und dient dem prä-post Vergleich.

## Scham - TOSCA

Die deutsche Version des Test of Self-Conscious Affect (TOSCA) erfasst affektive, kognitive und verhaltensbezogene Aspekte, die mit Scham und Schuld assoziiert sind. Daneben werden Attributionsmuster und Stolz erfasst (Tangney, Dearing, Wagner & Gramzow, 2000). Der TOSCA besteht aus 15 Szenarien, welche von den Probanden hinsichtlich ihrer Reaktionen in den entsprechenden geschilderten Situationen beurteilt werden sollen. Mögliche Reaktionsmöglichkeiten werden in Scham (15 Items), Schuld (15 Items), Distanzierung (10 Items), Externalisierung (15 Items), Selbst-stolz (4 Items) und Verhaltensstolz (5 Items) unterschieden. Die Einschätzung erfolgt auf einer 5-stufigen Likertskala und kann von 1=„nicht wahrscheinlich“, bis 5=„sehr wahrscheinlich“ beurteilt werden. Kocherscheidt, Fiedler, Kronmüller, Backenstraß und Mundt (2002) fanden für die Skalen Scham und Schuld eine hohe Reliabilität und interne Konsistenz. Abbildung 5.1 zeigt eine exemplarische Auswertung.

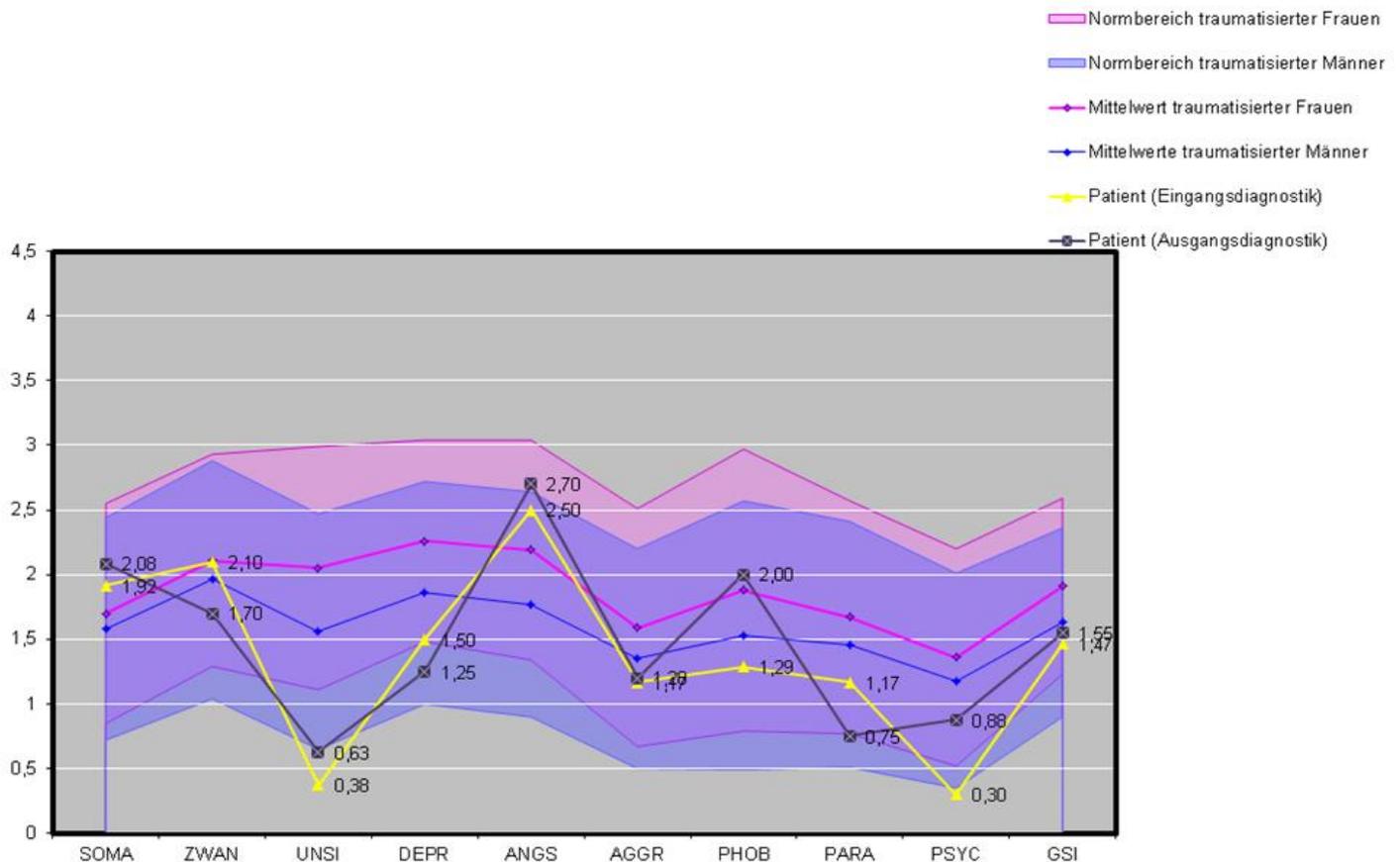


**Abbildung 5.1: TOSCA mit Subskalen**

Obige Abbildung zeigt eine beispielhafte prä-post Auswertung des TOSCA mit den Subskalen Scham, Schuld, Distanzierung, Externalisierung, Selbst-Stolz und Verhaltens-Stolz.

### Symptom-Checklist - SCL-90

Die Symptom Checklist (SCL- 90) wurde eingesetzt, um allgemeinsychopathologische Beschwerden im prä-post Vergleich zu erfassen. Die SCL-90 wurde verwendet, da sie in internationalen Studien bereits häufig erprobt wurde. Mit dem standardisierten Erhebungsinstrument werden mit 90 Items die Bereiche „Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus“ erfasst (Derogatis, Lippmann & Covi, 1973; dt. Version von Franke, 2002). Die Beantwortung der Fragen erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit Antwortmöglichkeiten von 0=„überhaupt nicht“, 1=„ein wenig“, 2=„ziemlich“, 3=„stark“, bis 4=„sehr stark“. Die Summe aller Itempunktswerte der entsprechenden Skala wird durch die Anzahl der Items dividiert. Aus der Summe aller Items, dividiert durch die Anzahl der Fragen, ist der Globale Symptom Index (**GSI**) errechenbar. Es wurde eine zufriedenstellende interne Konsistenz bei klinischen Gruppen ( $r=.79 - .89$ ) gefunden. Auch die Retest-Reliabilität erscheint für klinische Gruppen gut bis sehr gut. Die SCL-90 erfasst allgemeinsychopathologisch Symptome und dient dem prä-post Vergleich. In Abbildung 5.2 wird die SCL-90 mit Subskalen beispielhaft dargestellt.

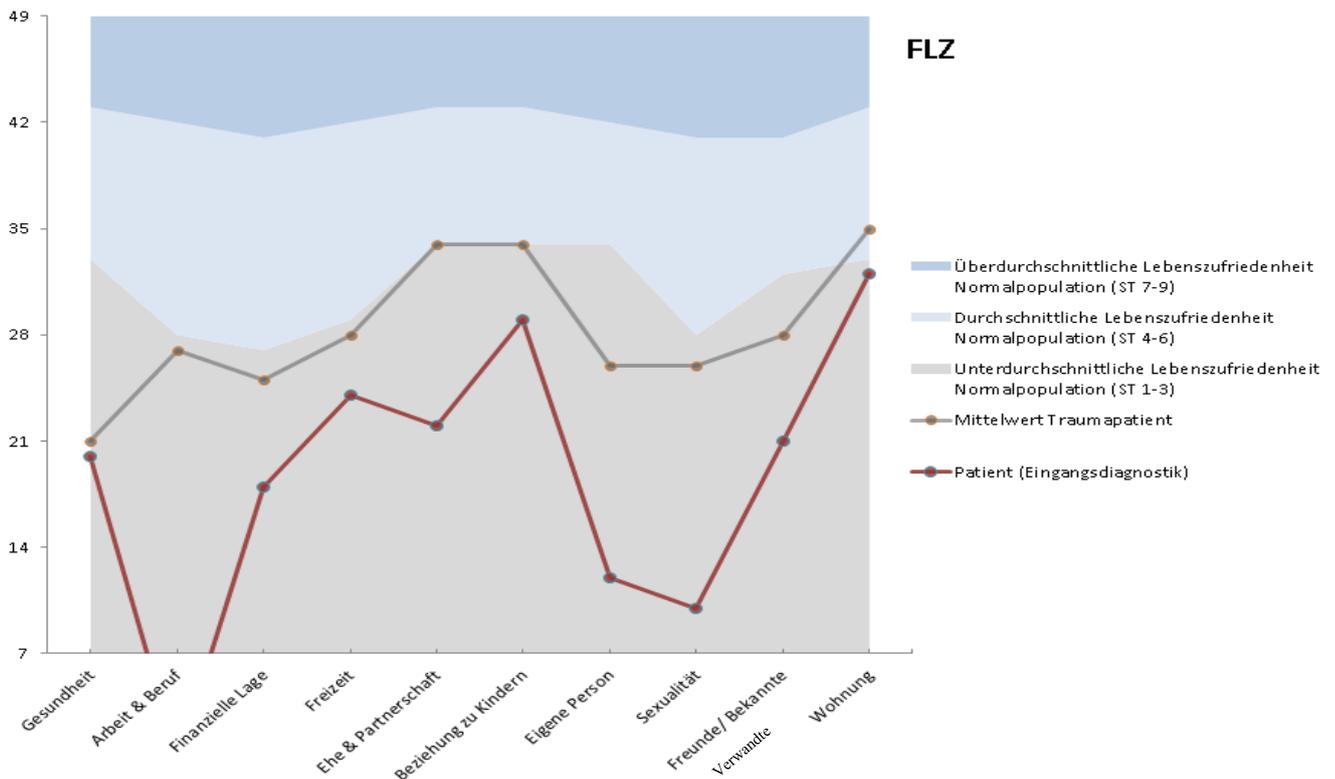


**Abbildung 5.2: SCL-90 mit Subskalen**

Obige Abbildung zeigt die SCL-90 mit den Subskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus und dem GSI, in einem beispielhaften prä-post Vergleich.

### Lebenszufriedenheit (FLZ)

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) von Fahrenberg, Myrtek, Schumacher und Brähler (2000) erfasst die individuelle Ausprägung der allgemeinen Lebenszufriedenheit in insgesamt 10 Bereichen, die in Abbildung 5.3 dargestellten werden. Diese umfassen „Gesundheit, Arbeit und Beruf, Finanzielle Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, eigene Person, Sexualität, Freunde/Bekannte/Verwandte sowie Wohnung.“ Jede Subskala besteht aus sieben Items, welche auf einer siebenstufigen Likertskala: „1=sehr unzufrieden, 2=unzufrieden, 3=eher unzufrieden, 4=weder/noch, 5=eher zufrieden, 6=zufrieden und 7=sehr zufrieden“ beantwortet werden. Neben der Erfassung der bereichsspezifischen Zufriedenheit erfasst der FLZ eine „allgemeine Lebenszufriedenheit“, die sich aus dem Summenwert der Skalen Gesundheit, finanzielle Lage, Freizeit, eigene Person, Sexualität, Freunde/Bekannte sowie Wohnung, errechnet. Es wurde eine befriedigende interne Konsistenz zwischen  $\alpha=.82$  und  $\alpha=.95$  gefunden. Der FLZ erfasst somit die Lebenszufriedenheit in verschiedenen Bereichen und dient dem prä-post Vergleich.



**Abbildung 5.3: FLZ mit Subskalen**

Obige Abbildung visualisiert eine beispielhafte Auswertung im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ), mit den Subskalen Gesundheit, Arbeit und Beruf, finanzielle Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, Eigene Person, Sexualität, Freunde/Bekannte/Verwandte sowie Wohnung.

**Selbstwert - Multidimensionale Selbstwertkala**

Die Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS) von Schütz und Sellin (2006) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von Facetten des Selbstwerts. Mit insgesamt 32 Items werden die folgenden sechs Subskalen erfasst:

1. Emotionale Selbstwerteinschätzung (ESWS)
2. Leistungsbezogene Selbstwerteinschätzung (LSWS)
3. Soziale Selbstwerteinschätzung – Sicherheit im Kontakt (SWKO)
4. Soziale Selbstwerteinschätzung – Umgang mit Kritik (SWKR)
5. Selbstwertschätzung physischer Attraktivität (SWPA)
6. Selbstwerteinschätzung Sportlichkeit (SWSP)

Die sechs Subskalen sind folgenden drei übergeordneten Skalen zugehörig:

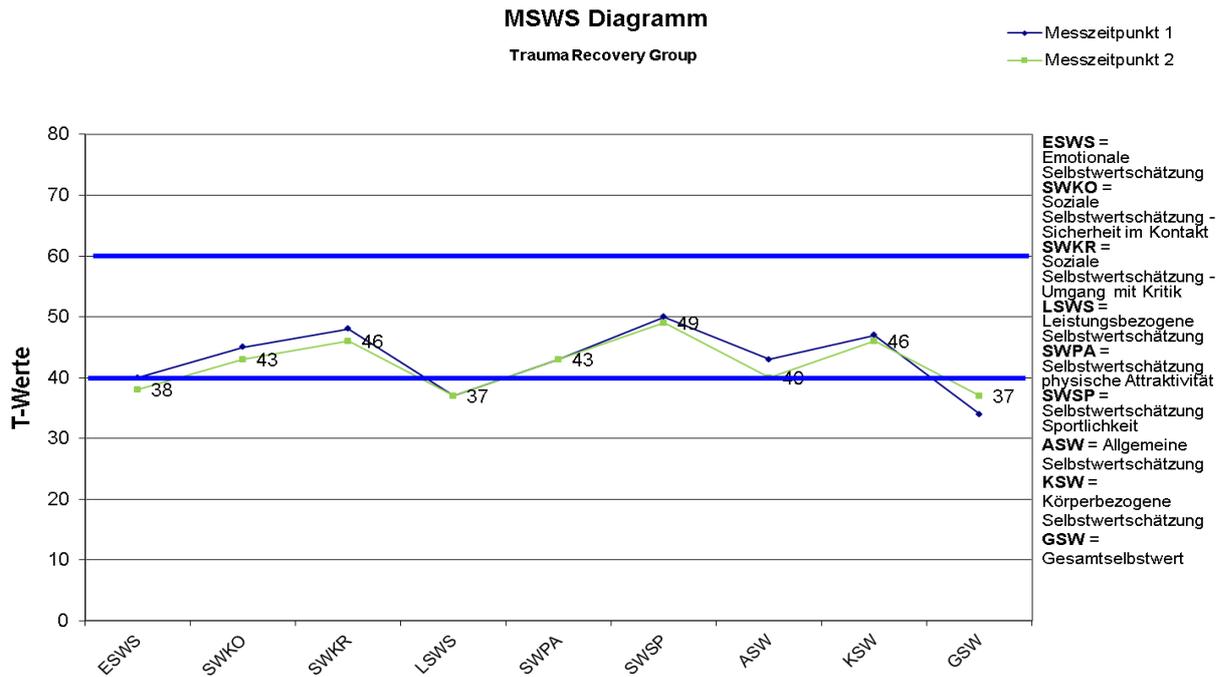
1. Allgemeine Selbstwerteinschätzung (ASW)
2. Körperbezogene Selbstwerteinschätzung (KSW)
3. Gesamtselbstwert (GSW)

Hohe Punktwerte stehen für eine positive Selbstwertschätzung in dem jeweiligen Bereich. Die Summe aller Items des Erhebungsinstruments bildet den Gesamtselbstwert (Schütz & Sellin, 2006). Die interne Konsistenz der Gesamtskala ( $\alpha=.93$ ) sowie der einzelnen Subskalen (zwischen  $\alpha=.75$  und  $.87$ ) ist befriedigend. In Abbildung 5.4 sind repräsentative Beispielitems für die einzelnen Subskalen aufgelistet sowie ihre Zugehörigkeit zu den übergeordneten Skalen. Eine beispielhafte Auswertung ist in Abbildung 5.5 dargestellt.

Skala	Subskala	Abkürzung	Beispielitem	
Allgemeine Selbstwertschätzung	Emotionale Selbstwertschätzung	ESWS	„Zweifelt Du an Dir selbst?“	
	Leistungsbezogene Selbstwertschätzung	LSWS	„Wie häufig hast Du das Gefühl, wirklich gute Arbeit geleistet zu haben, nachdem Du eine Arbeit abgeschlossen hast?“	
	Soziale Selbstwertschätzung	Sicherheit im Kontakt	SWKO	„Empfindest Du Angst oder Beklemmung, wenn Du alleine einen Raum betrittst, in dem schon andere Leute sind, die sich unterhalten?“
		Umgang mit Kritik	SWKR	„Wie sehr beschäftigt oder beunruhigt es Dich, wenn Du Dir vorstellst, dass andere vielleicht eine negative Meinung von Dir haben?“
Körperbezogene Selbstwertschätzung	Selbstwertschätzung Physische Attraktivität	SWPA	„Wie häufig wünschst Du Dir, besser auszusehen?“	
	Selbstwertschätzung Sportlichkeit	SWSP	„Wie nervös wirst Du, wenn Dir andere beim Sport zuschauen?“	

**Abbildung 5.4: MSWS – Aufbau, Abkürzungen und Beispielitems (Schütz & Sellin 2006, S. 26, 27)**

Dargestellt werden die Haupt- sowie Subskalen der MSWS. Das Gesamtselbstwert errechnet sich aus der Summe von allgemeiner Selbstwerteinschätzung (ASW) und körperbezogener Selbstwerteinschätzung (KSW).



**Abbildung 5.5: Beispielhafte Auswertung des Selbsterhebungsinstrumentes (MSWS)**

In obiger Abbildung ist eine beispielhafte prä-post Auswertung der MSWS dargestellt. Zunächst werden die Subskalen emotionale Selbstwertschätzung (ESWS), soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt (SWKO), Soziale Selbstwertschätzung–Umgang mit Kritik (SWKR), leistungsbezogene Selbstwertschätzung (LSWS), Selbstwertschätzung physischer Attraktivität (SWPA) und Selbstwertschätzung Sportlichkeit (SWSP) gezeigt. Dahinter werden die drei übergeordneten Skalen allgemeine Selbstwertschätzung (ASW), körperbezogene Selbstwertschätzung (KSW) und Gesamtselbstwert (GSW) aufgeführt.

### Peritraumatische Dissoziationsneigung (PDEQ)

Der Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire (Marmar, Weiss & Meltzer, 1997) wurde konzipiert, um peritraumatische Dissoziation zu erfassen. Unter peritraumatischer Dissoziationsneigung, wird die Neigung während eines traumatischen Ereignisses zu dissoziieren verstanden (Marmar, Weiss, Schlenger, Fairbank, Jordan et al., 1994; Marmar et al., 1997). Der PDEQ besteht aus 10 Items, die auf einer 5-stufigen Skala hinsichtlich Intensität des Dissoziationserlebens eingeschätzt werden. Die Dissoziationsneigung errechnet sich aus der Summe aller Items. Je höher das Dissoziationserleben während der traumatischen Ereignisse war, desto höher der Summenwert (Marmar et al., 1997). Es wurde eine interne Konsistenz von  $r=.81$  gefunden (Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt & Foreman, 1996). Das Ausmaß an peritraumatischer Dissoziation zeigt einen positiven Zusammenhang mit einer späteren PTBS (Marmar et al., 1994). Die Skalierung der PDEQ ist wie folgt:

- 10 bis 15 Punkte klinisch unauffällige peritraumatische Dissoziation
- 16 bis 25 Punkte geringe peritraumatische Dissoziation
- ab 26 Punkte starke peritraumatische Dissoziation

Der PDEQ erfasst somit die peritraumatische Dissoziation und wird nur bei der Prämessung eingesetzt.

### 5.3.3 Semi-strukturiertes Interview zweier Extremfälle

Um neben der in der Literatur üblichen Evaluation mittels punktdiagnostischer Verfahren (vgl. Kapitel 6.4) ein möglichst ganzheitliches Bild von Therapieeffekten im Rahmen der TRG zu erfassen, wurden potenzielle genesungsfördernde und hemmende individuelle Wirkfaktoren untersucht. Hierzu wurde ein semi-strukturiertes Interview entworfen, mit der Zielsetzung qualitativ bei zwei Extremgruppen Einzelfällen zu beforschen, durch welche Faktoren oder Beziehungskonstellationen [Psychotherapieerfolg versus Misserfolg] bewirkt oder erleichtert“ wird (Fäh & Fischer, 1998, S. 175). Der Therapieerfolg wurde als Maß der Zielerreichung operationalisiert. Aus der zuletzt abgeschlossenen TRG im Oktober 2016 wurden die zwei Fälle mit dem besten und schlechtesten Ergebnis hinsichtlich der Zielerreichung ausgewählt, telefonisch kontaktiert und zum Interview eingeladen.

Als Basis für das semi-strukturierte Interview wurde der katamnestische Erhebungsbogen (KÖDOKAT) im Kölner Dokumentations- und Planungssystem für dialektische Psychotherapie, Psychoanalyse und Traumabehandlung (KÖDOPS) herangezogen und von der Verfasserin adaptiert. Angelehnt an Köhler & Bering (2012) waren daneben sogenannte Erfolgs- und Misserfolgsskripte von Forschungsinteresse, um basierend hierauf zu untersuchen, ob auch in der TRG Parameter eines günstigen oder ungünstigen Verlaufs identifiziert werden können. Unter einem Skript wird in dieser Arbeit analog zu Köhler und Bering (2012) „eine übergeordnete Begrifflichkeit [verstanden], die es vermag, die Dramaturgie [eines Behandlungsfalls über die Zeit hinweg] als eigenständige Verlaufsgestalt abzubilden“ (S. 31). Köhler und Bering (2012) schlagen fünf Erfolgsskripte (Ressourcenaktivierung, Aufarbeitung von „Altlasten“, Zukunftsorientierung, nachhaltige positive Beziehung zum Therapeuten, Unterstützung durch das soziale Umfeld) und sechs Misserfolgsskripte (mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld, Unterbrechung des Heilungsprozess, geringe Anerkennung durch Funktionsträger, Wunsch nach Berentung, Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen) als Einflussfaktoren einer Traumatherapie vor, die in dieser Arbeit top-down als mögliche Einflussgrößen der TRG Verläufe untersucht wurden. Top-down bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Extremgruppen Einzelfälle auf die in der Literatur bekannten Skripte hin geprüft wurden. Das entwickelte Interview ist in Anhang 11 beigefügt und umfasst folgende Punkte:

#### **(1). Zielerhebung**

Es war von Forschungsinteresse welche Erwartungen und Ziele mit der TRG Gruppenteilnahme verknüpft waren. Daneben wurden die zwei Extremgruppen Einzelfälle befragt, welches Ziel sie formulierten, um wie viel Prozent sie zum Zeitpunkt des Interviews dem Ziel näher gekommen waren sowie was ihnen am meisten bei der Zielannäherung als hilfreich erschien, versus was als nicht hilfreich gewertet wurde.

#### **(2). Personenvariablen**

Der Basisdokumentation (Anhang 8) wurden die Personenvariablen entnommen und im Interview hinsichtlich möglicher Veränderungen während und nach der TRG Gruppenlaufzeit besprochen.

### **(3). Angaben zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems**

Vorbehandlungen vor TRG Gruppenbeginn konnten Level 1 Behandlungsberichten entnommen werden. Im Interview wurden daneben mögliche Anschlussbehandlungen erfasst. Erfragt wurden stationäre, teilstationäre ambulante sowie psychopharmakologische Folgebehandlungen.

### **(4). Angaben des prä-post Symptommiveau**

Das Symptommiveau bei Gruppenbeginn sowie Abschluss der TRG wurde den verwendeten, quantitativen prä-post Messinstrumenten entnommen. Unterschiede zwischen den beiden Extremgruppen Einzelfällen werden deskriptiv betrachtet.

### **(5). Angaben zur Lebensgeschichte**

Ebenfalls Level 1 Behandlungsberichten wurde die traumatische Vorgeschichte sowie mögliche zusätzliche Belastungen entnommen. Die beiden Extremgruppen Einzelfälle wurden im Interview nach möglichen Veränderungen, wie z.B. dem Erleben erneuter sehr belastender Ereignisse, während und nach der TRG befragt.

### **(6). Scham**

Um ein genaueres Verständnis von möglichen Einflussfaktoren auf Scham zu gewinnen, wurden die beiden Extremgruppen Einzelfälle befragt, ob sich Schamgefühle hinsichtlich ihrer Ausprägung subjektiv verändert haben, obwohl dies möglicherweise in punktdiagnostischen Verfahren nicht abgebildet wurde. Entsprechende Veränderungsprozesse bzw. ein potenzieller Zusammenhang zur TRG wurden erhoben. Daneben wurde eine Einschätzung erfragt, zu wie viel Prozent die Teilnehmerin sich durch Scham in sozialen Situationen beeinträchtigt fühlt bzw. sie sich aufgrund dieser Gefühle aus sozialen Situationen zurück zieht und ob es diesbezüglich eine Veränderung während und nach der TRG Teilnahme gab.

### **(7). Erfolgs- und Misserfolgsskripte**

Angelehnt an Köhler und Bering (2012) wurden die folgende fünf **Erfolgsskripte** adaptiert an die TRG, top down in den Einzelfallinterviews untersucht:

#### *1. Ressourcenorientierung*

Hierunter wird in den beiden Einzelfallinterviews verstanden, dass Ressourcen wahrgenommen, aktiviert und berichtet werden können, inklusive Betreiben von Selbsthilfe. Eine aufkommende Belastung kann somit kompensiert werden.

#### *2. Aufarbeitung von „Altlasten“*

Die Teilnehmerin beschreibt im Interview, das subjektive Gefühl im Rahmen der TRG Laufzeit belastende Vorerfahrungen mit der Gruppe geteilt zu haben. Sie erkennt Bezüge zu ihrer Biographie und kann Zusammenhänge von Trauma und heutigen Problemen erfassen.

#### *3. Zukunftsorientierung*

Dieses Skript meint eine insgesamt optimistische Zukunftsorientierung. Dem formulierten Ziel konnte in der TRG näher gekommen werden. Es ist eine Zielorientierung feststellbar (z.B. Hobby beginnen) oder eine neue Perspektive erscheint (z.B. berufliche Maßnahme

wurde bewilligt). Die Bedeutung der Traumatisierung rückt in den Hintergrund und die TRG Teilnehmerin versucht, über aktives Verhalten ihre Zukunftsvorstellungen um zu setzen.

4. *Nachhaltige positive Beziehung zu Therapeutinnen/der Gruppe*

Das Verhältnis zu den beiden Gruppentherapeutinnen wurde als stabil und vertrauensvoll erlebt. Erarbeitete TRG Inhalte sind auch außerhalb des Gruppenkontextes präsent und werden angewandt, indem mit der Gruppe erarbeitete Vorschläge erinnert werden und auf neue Situationen im Sinne eines inneren Dialoges übertragen werden. Es wird ebenfalls die nachhaltige positive Beziehung zur Gruppe erfragt, indem erhoben wird, ob auch noch weiterhin Kontakte zu Gruppenteilnehmerinnen bestehen und wie (stützend) dies erlebt wird.

5. *Unterstützung durch das soziale Umfeld*

Die TRG Teilnehmerin berichtet von verlässlichen und unterstützend wahrgenommenen sozialen Beziehungen. Sie nimmt Hilfsangebote aus ihrem Umfeld wahr und kann diese annehmen.

Daneben wurden die folgenden sechs **Misserfolgsskripte** in den Interviews untersucht, die nun erläutert werden:

1. *Mangelnde soziale Unterstützung durch das soziale Umfeld*

Es gibt wenige oder keine Sozialkontakte sowie deutliche Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, einhergehend mit erhöhtem Konfliktpotenzial und schwierigen psychosozialen Verhältnissen wie z.B. Struktur in Ursprungsfamilie (Patientin hat die Mutterrolle) deutlich gestört oder nahe Person aus Umfeld schadet der Genese der TRG Teilnehmerin.

2. *Unterbrechung des Heilungsprozesses*

Während oder nach der TRG Gruppenlaufzeit ereignet sich eine Reaktualisierung im Sinne einer erneuten Traumatisierung oder Dinge, die die bestehende Traumatisierung wiederholt triggern, wodurch eine Zustandsverschlechterung eintritt. Eine unmittelbare Weiterbehandlung ist nicht gewährleistet.

3. *Fehlende Hoffnung auf Wirksamkeit*

Die TRG Teilnehmerin erlebt ihren Zustand als nicht veränderbar, hat keine/wenig Hoffnung auf weitere Genesung sowie deutlich wahrnehmbare Skepsis gegenüber dem TRG Konzept. Gegenüber der Genesung innerhalb einer weiteren Behandlung wird ebenfalls deutliche Skepsis ausgedrückt.

4. *Geringe Anerkennung durch Funktionsträger*

Dieses Skript deutet z.B. eine Entscheidung eines Funktionsträgers an, die die TRG Teilnehmerin gekränkt/schadhaft erlebt. Ihre Haltung ist hierdurch passiv, resignierend. Denkbare Gegenmaßnahmen werden durch die TRG Teilnehmerin nicht in Erwägung gezogen. Der weitere Genesungsverlauf wird von der Entscheidung des Funktionsträgers abhängig gemacht.

5. *Wunsch nach Berentung*

Die TRG Teilnehmerin hat sekundären Krankheitsgewinn (z.B. Zuwendung von sozialem Umfeld oder Wunsch einer Rente). Es gibt eine Diskrepanz zwischen beklagter und durch Behandler wahrgenommener Beschwerdeausprägung.

6. *Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen*

Falls vorhandener Therapieeffekt durch die TRG erzielt wurde, bleibt dieser aufgrund der Vielschichtigkeit der Störung nur kurzzeitig bestehen. Die Teilnehmerin hat bereits mehrere Vorbehandlungen durchgeführt und hat auch nach der TRG Bedarf an weiteren, zumeist stationären Weiterbehandlungen. Aus den Level 1 Behandlungsberichten im ZfP kann eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose entnommen werden.

**(8). Erhebung der subjektiven Zufriedenheit mit dem TRG Therapieergebnis**

Das Interview schließt mit einer subjektiven Einschätzung beider Extremgruppen Einzelfälle hinsichtlich ihrer Gesamtzufriedenheit mit der TRG. Es wird eine Einschätzung des Gesamtzustandes sowie einer Verbesserung/Verschlechterung erfragt. Daneben wird erhoben, ob Teilerfolge genannt werden können. Auch wird die Attribution eines eventuellen Fehlschlags (Patientin, Therapeutinnen, Methode oder äußere Umstände) erfragt. Ferner wird untersucht, in wie fern die TRG Teilnahme die Genesung im subjektiven Eindruck beeinflusst hat und in wie fern Veränderungen aus der Gruppenteilnahme resultieren.

Die Fragen des semi-strukturierten Interviews sind in Anhang 11 aufgeführt. Ein Teil der Informationen konnte Berichten aus Level 1 Behandlungen entnommen werden, die im ZfP stattgefunden hatten bzw. ist Inhalt der Basisdokumentation (vgl. Anhang 8). Falls auf bereits bestehendes Datenmaterial zurückgegriffen werden konnte, wurden die Teilnehmerinnen in den Einzelfallinterviews hinsichtlich relevanter Änderungen während und nach der TRG Gruppenlaufzeit befragt. Die Transkripte der beiden Einzelfallinterviews sind in Anhang 12 nachlesbar.

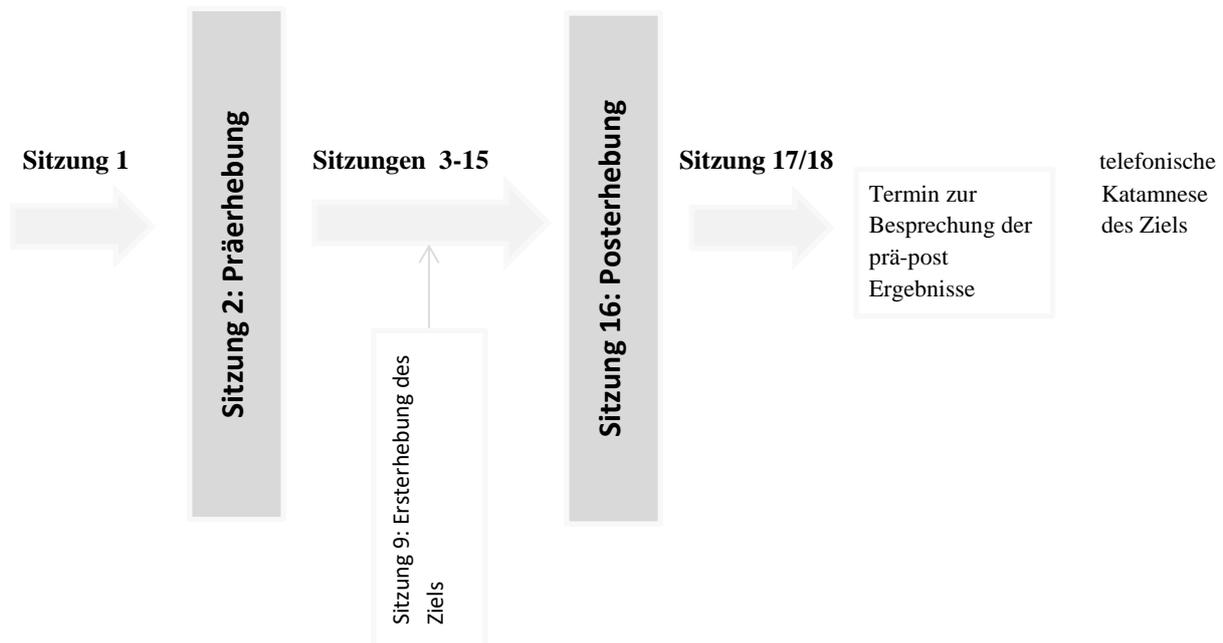
#### 5.4. Erhebungszeitpunkte

Es wurde eine prospektive Studie mit einer Erhebung bei Beginn des Gruppenprogramms (prä) und am Ende der Gruppenlaufzeit (post) durchgeführt. Die Präerhebung findet stets in der zweiten Gruppensitzung und die Posterhebung in Gruppensitzung 16 statt. Da sich ein Ziel erst im Rahmen der Gruppenlaufzeit entwickelt, erfolgt eine erste Erfassung des Ziels bzw. der Zielerreichung in der neunten Gruppensitzung sowie erneut bei der Posterhebung und telefonisch ca. sechs Monate nach Abschluss der TRG. Etwa vier bis sechs Wochen nach Abschluss der TRG werden die Ergebnisse der prä-post Untersuchung mit den Patientinnen besprochen. Unten dargestellte Grafik 5.6 sowie das Ablaufschema verdeutlichen die psychometrischen Untersuchungszeitpunkte.

##### Ablaufschema der psychometrischen Erhebungen:

Sitzung 2: Präerhebung (vgl. Tabelle 5.1)  
 Sitzung 9: Erfassung Ziel & Zielerreichung  
 Stunde 16: Posterhebung (vgl. Tabelle 5.1)

Sechs Monate nach Abschluss der TRG: telefonische Katamnesebefragung des Ziels und der Zielerreichung.



##### **Abbildung 5.6: Messzeitpunkte**

*In obiger Abbildung sind die unterschiedlichen psychometrischen Erhebungszeitpunkte dargestellt, eingebettet in die Gruppenlaufzeit von 18 Wochen.*

Alle zur Verlaufsmessung geeigneten Instrumente dieser Studie wurden für einen prä-post Vergleich herangezogen. Darüber hinaus wurde bei der Präterhebung eine Basisdokumentation, die soziodemografischen Daten sowie die PDEQ erhoben. Zu allen Messzeitpunkten geben die Teilnehmerinnen ihr Einverständnis der Datenverwendung. Das Ziel sowie die Zielerreichung werden in Sitzung neun, 16 sowie sechs Monate nach Gruppenabschluss erfasst. Tabelle 5.1 gibt eine Übersicht der genutzten Instrumente zu den unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten.

**Tabelle 5.1: Verwendete Erhebungsinstrumente zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten**

Präterhebung (Sitzung 2)		Posterhebung (Sitzung 16)	
PDEQ	Ziel & Zielerreichung (prä) Sitzung 9		Ziel & Zielerreichung (Kat) telefonisch 6 Monate nach Gruppenabschluss
Basisdokumentation			
PTSS-10		PTSS-10	
IES-R		IES-R	
SUD		SUD	
FDS		FDS	
BDI		BDI	
TOSCA		TOSCA	
SCL-90		SCL-90	
FLZ		FLZ	
MSWS		MSWS	
Einverständniserklärung		Einverständniserklärung	
		Ziel & Zielerreichung (post)	

In obiger Tabelle sind die eingesetzten Messinstrumente und Materialien zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten dargestellt.

### 5.5 Statistische Verfahren

Die Auswertung der Daten erfolgt mit dem Statistikprogramm „Statistical Package for Social Science“ (SPSS) für Windows (Version 15.0).

#### *Fehlende Werte*

Es wurde festgesetzt, dass maximal 15% der Itemwerte einer Teilnehmerin pro Erhebungsinstrument fehlen durften. Wies eine Person mehr fehlende Itemwerte auf, wurde sie aus der Analyse des entsprechenden Erhebungsinstruments ausgeschlossen (listenweiser Fallausschluss). Fehlten weniger als 15% der Itemwerte einer Teilnehmerin, wurden fehlende Items durch den Itemmittelwert dieser Teilnehmerin im entsprechenden Instrument ersetzt.

#### *Verfahren zur Hypothesentestung*

Zur Überprüfung von prä-post Mittelwertsunterschiede wurde der T-Test für abhängige Stichproben verwendet. Dieser liefert unter Berücksichtigung der Streuung und des arithmetischen Mittels eine Signifikanzüberprüfung. Er dient außerdem als Entscheidungshilfe, ob ein empirisch gefundener Mittelwertunterschied rein zufällig entstanden ist oder ob es bedeutsame Unterschiede zwischen den untersuchten Messzeitpunkten gibt. Die zugrundeliegende Annahme ist, dass die Stichprobenkennwerteverteilung aller Mittelwertsdifferenzen einer Population normalverteilt

ist. In der vorliegenden Dissertation wurde bei Berechnung von T-Tests die Varianzgleichheit mit dem Levene-Test auf einem Signifikanzniveau von 5% überprüft. Bei heterogenen Varianzen wurde auf den T-Test für ungleiche Varianzen unter Berücksichtigung der Korrekturverfahren zurückgegriffen. T-Tests setzen neben intervallskalierten Variablen eine Normalverteilung der Daten und Varianzhomogenität voraus. Auf eine Verletzung dieser Voraussetzungen reagiert der T-Test jedoch recht robust (Bortz, 2005; Bühner & Ziegler, 2009).

### *Extremgruppenvergleiche*

Um zu untersuchen, welche Personen besonders von der TRG profitieren (Erfolgsgruppe) versus einer Misserfolgsgruppe, wurde eine explorative Datenanalyse durchgeführt. Hier ist es möglich, die Lage und die Verteilung der Werte darzustellen und nach extrem großen oder kleinen Werten zu suchen. Die Quartile der Explorativen Datenanalyse geben jeweils einen Grenzwert an, unterhalb bzw. oberhalb dessen ein bestimmter Anteil aller Werte liegt. In dieser Arbeit wurde das 25% Quartil festgelegt, für Personen, die sich besonders verschlechterten (Misserfolgsgruppe) und das 75% Quartil für diejenigen, die sich besonders verbesserten (Erfolgsgruppe). Für einige untersuchte Variable wurden die theoretischen Voraussetzungen der Varianzhomogenität für die Varianzanalysen nicht erfüllt. Bei Stichprobengrößen über  $N > 10$  reagiert die Varianzanalyse jedoch eher robust auf die Verletzung der Voraussetzungen (Bortz, 2005, S. 287), daher wurden die Berechnungen auch bei Verletzungen durchgeführt.

### *Manova*

In einem zweiten Analyseschritt wurden Therapieerfolgskriterien mit multivariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung untersucht. Bei einer Messwiederholungsanalyse (Manova) wird die sogenannte Sphärizitätsannahme (Homogenität der Varianzen) mittels Mauchly-Test in SPSS automatisch überprüft. Ist diese Homogenitätsannahme verletzt, kann statt des konventionellen F-Tests die Korrektur verwendet werden, um die Ergebnisse dennoch zu interpretieren. Ergab der Mauchly-Test, dass die Annahme der Sphärizität verletzt war, erfolgte eine Greenhouse-Geisser-Korrektur der Freiheitsgrade. Bei Stichproben  $\leq 5$  ist es nicht sinnvoll Manova zu berechnen.

### *Regression*

In einem dritten Analyseschritt wurden Therapieerfolgskriterien durch die Erstellung eines Vorhersagemodells mittels *linearer Regression* beforscht. Durch eine Regressionsanalyse wird der Zusammenhang von mehreren unabhängigen Variablen und einer abhängigen Variable untersucht. In dieser Arbeit soll die funktionale Abhängigkeit für Behandlungserfolg von mehreren, in den Erhebungsinstrumenten erfassten Einflussgrößen identifiziert werden. Die abhängige Variable, der Behandlungserfolg wurde als die prä-post Reduktion der psychotraumatologischen Belastung in der IES-R, operationalisiert. Einflussgrößen mit deren Hilfe der Behandlungserfolg vorhergesagt werden soll, werden als unabhängige Variablen bezeichnet bzw. im Falle einer signifikanten Vorhersageleistung als Prädiktoren. Es wurden die unabhängigen Variablen in das Regressionsmodell aufgenommen, die abgeleitet aus den T-Testen und multivariaten Analysen, Hinweise auf Zusammenhänge lieferten. Daneben wurden alle Hauptskalen als potenzielle Prädiktoren untersucht. Zunächst wurde der Prädiktor

identifiziert, welcher für sich allein stehend den größten Beitrag der Varianzaufklärung für den Behandlungserfolg lieferte. Weitere Prädiktoren wurden aufgenommen, die eine zusätzliche Varianz im Behandlungserfolg aufklärten und gleichzeitig die Vorhersageleistung der Regressionsgleichung signifikant erhöhten. In dieser Arbeit wurden die Variablen blockweise in die Regression aufgenommen, wobei für jeden Block unterschiedliche Auswahlmethoden definiert werden können. Durch dieses Vorgehen ist es möglich, Kontrollvariablen in die Regression unabhängig von ihrer Vorhersagekraft zu integrieren. Im ersten Block wurden soziodemografische Variablen eingefügt, mit dem Ziel den Einfluss dieser Kontrollvariablen auf die Vorhersageleistung weiterer Prädiktoren zu berücksichtigen. Die im zweiten Block des Modells aufgenommenen Prädiktoren werden um den Einfluss der Kontrollvariablen bereinigt. Im zweiten Block erfolgte die Aufnahme der Prädiktoren anhand der oben beschriebenen Selektion aus der Auswahlliste in Tabelle 5.2.

**Tabelle 5.2: Liste der unabhängigen Variablen, die der Regression zur Auswahl standen**

---

*Kontrollvariablen:*

- Alter
- Partnerschaftsstatus: mit und ohne Partner
- Kinder: ja/nein
- stationäre Vorbehandlungen (0-10 Mal)
- Vorherige amb. Psychotherapie (ja/nein)

*Psychopathologie zum Zeitpunkt der Prämessung:*

- Dissoziative Symptome (FDS Gesamtwert)
- Depressivität (BDI)
- Psychotraumatologische Belastung in der IES-R (Gesamtwert)
  - Intrusionen (IES-R, Subskala)
  - Vermeidung (IES-R, Subskala)
  - Hyperarousal (IES-R, Subskala)
- Psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 (Gesamtwert)
- Zufriedenheit (FLZ Gesamtwert)
  - Gesundheit (FLZ Subskala)
  - Eigene Person (FLZ Subskala)
  - Wohnung (FLZ Subskala)
- Peritraumatische Dissoziationsneigung (PDEQ)
- Selbstwert (MSWS)
- Scham (TOSCA-Subskala Scham)
- Allgemeinpsychopathologische Symptome (SCL-90 GSI)

*Effektstärke*

Die Effektgrößen werden gemäß der Konvention nach Cohen (1988, zitiert nach Hussy & Jain, 2002, S.157) festgelegt. Ein großer Effekt wird bei  $d \geq 0,8$ , ein mittlerer Effekt bei  $d \geq 0,5$  und ein kleiner Effekt bei  $d \geq 0,2$  angenommen.

## **6. Ergebnisse**

Wegweiser: Der nachfolgende Ergebnisteil umfasst die Stichprobenbeschreibung (6.1) mit den Drop-outs (6.1.1) und der Hauptstichprobe (6.1.2). Neben den soziodemografischen Daten (6.1.2.1) werden die Diagnosen (6.1.2.2.) und die Art der Traumatisierungen (6.1.2.3) vorgestellt. Im Anschluss erfolgt eine Auswertung der Zielearbeit (6.2) und einer qualitativen Untersuchung zweier Einzelfälle (6.3). Nachfolgend erfolgt eine statistische Auswertung der Evaluationsergebnisse im hypothesenprüfenden Teil (6.4) mit einer Betrachtung der Trauma- (6.4.1) sowie Funktionsskalen (6.4.2). Daneben wurden weitere Therapieerfolgskriterien mit drei unterschiedlichen Analyseverfahren explorativ beforscht. Zunächst erfolgen die Ergebnisse von Extremgruppenvergleichen in Abschnitt 6.4.3. Hierauf aufbauend werden die Ergebnisse von Multivariaten Varianzanalysen (6.4.4) sowie einer Regressionsanalyse (6.4.5) geschildert. Als Ausgangsbasis für eine Diskussion in Kapitel 7 werden unter 6.5 die methodischen Schwachpunkte der vorliegenden Untersuchung dargestellt.

### **6.1 Stichprobenbeschreibung**

Es werden die soziodemografischen Daten aller Personen beschrieben, die seit Implementierung der TRG, bis Dezember 2015 ihr Einverständnis zur Verwendung ihrer Daten gaben. Die Freiwilligkeit der Teilnahme wurde betont, so dass auch Personen an einer TRG teilnahmen, ohne dass ihre Daten in der vorgelegten Studie verwendet wurden. Zwischen dem Beginn des Projektes im Januar 2012 und Dezember 2015 erklärten sich insgesamt N=95 Patientinnen bereit, an der Präerhebung teilzunehmen und diese zu Studienzwecken verwenden zu lassen. Nach 18 Sitzungen TRG nahmen N=60 Personen (63,2%) an der Posterhebung teil.

An dieser Stelle muss bereits auf einen methodischen Schwachpunkt dieser Arbeit eingegangen werden. Zu Beginn des Projektes wurden Teilnehmerinnen rückblickend bewertet, nicht streng genug selektiert (vgl. Kapitel 5.1 und 6.5). Demzufolge nahmen zunächst auch Personen teil, die retrospektiv beurteilt nicht stabil genug für eine Level 2 Gruppe waren. Diese schieden in der Regel innerhalb der ersten Gruppensitzungen aus, nachdem ihnen klar wurde, dass sie noch nicht über ausreichende Fähigkeiten verfügen, um traumakonfrontative Arbeit tolerieren zu können.

#### **6.1.1. Drop-outs**

Es gab mit 35 Personen (36,8%) einen hohen Anteil an Drop-outs. Der Hauptgrund für ein Drop-out lag bei 14,6% der Teilnehmerinnen (N=14) darin, dass die Gruppe nicht bis zu Sitzung 18 fortgeführt wurde. Dies war insbesondere kurz nach der Implementierung mehrfach der Fall, da zunächst die Zugangskriterien nicht so strikt eingehalten wurden, wie von den Begründerinnen empfohlen (vgl. Kapitel 3.3). Hierdurch schieden teilweise so viele Personen aus Gruppen aus, dass es aus Gründen der personellen Ressourcen nicht zu rechtfertigen war, diese bis zum Ablauf der regulär geplanten Gruppenlaufzeit fort zu führen. Bei Gruppen die vorzeitig beendet wurden, erfolgte weder Posterhebungen, noch die telefonische Erfassung des Ziels sechs Monate nach Abschluss der Gruppenbehandlung.

11,6% der Teilnehmerinnen (N=11) schieden aus, da sie sich selbst oder durch die Co-Therapeutinnen als nicht stabil genug eingeschätzt wurden. In diesen Fällen wurde der weitere Ausbau des ersten Genesungslevels empfohlen. Bei 5,3% der Teilnehmerinnen (N=5) konnten keine genauen Gründe für ihr Ausscheiden ermittelt werden, da sie beispielsweise nicht mehr erreichbar waren oder keine genauen Gründe nennen wollten. Jeweils 2,1% haben während der TRG entweder eine andere Therapie (z.B. Rehabilitation) angetreten (N=2) oder hatten einen Unfall (N=2), was einer weitere Gruppenteilnahme im Wege stand. Eine Person (1,1%) hat lediglich das zweite Fragebögenstet ausgefüllt und die Eingangsdiagnostik fehlte. Die Drop-outs und Completer werden in Tabelle 6.1 zusammengefasst.

**Tabelle 6.1: Übersicht der Completer und Drop-outs mit Gründen für das Ausscheiden**

		Häufigkeit (N)	Prozent (%)
<b>Completer</b>		60	63,2
<b>Drop-out</b>	nicht stabil genug	11	11,6
	andere Therapie angetreten (z.B. Reha)	2	2,1
	Unfall	2	2,1
	keine Präterhebung ausgefüllt	1	1,1
	Gruppe nicht bis zum Ende durchgelaufen	14	14,6
	keine Angaben erhebbar	5	5,3
<b>Gesamt</b>		95	100

*Tabelle 6.1 kann entnommen werden, dass rund 1/3 aller Teilnehmer im Studienverlauf ausschieden. Hierbei war der Hauptgrund, das frühzeitig beendet der Gruppe vor der 18. Sitzung. Rund 2/3 aller Teilnehmerinnen haben einen Gruppenzyklus bis zum regulären Ende durchlaufen.*

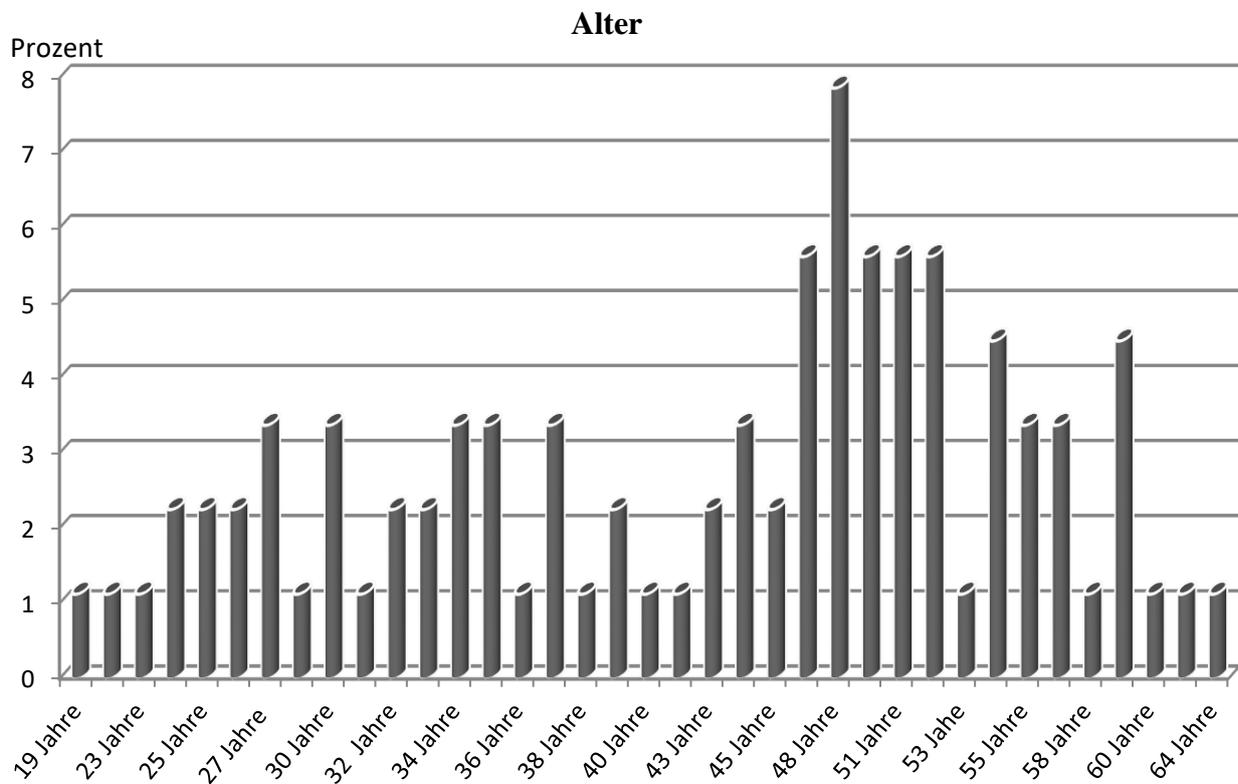
Der Anteil an Drop-outs in dieser Studie ist somit insgesamt betrachtet hoch. Neben den beschriebenen Gründen muss berücksichtigt werden, dass die Studie in den „normalen Klinikalltag“ integriert wurde. Hohe Drop-out Raten sind in Studien mit PTBS Patientinnen in der Literatur bekannt (Cloitre, 2009; Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick & Gray, 2008). Schottenbauer et al. (2008) fordern, alle verfügbaren Angaben in Analysen mit ein zu beziehen, sprich die der vollständigen Datensätzen (Completer) und auch der Drop-outs (siehe auch Bradley, Green, Russ, Dutra & Westen, 2005; Najavits, 2003). Wenn ausschließlich die Ergebnisse aus Completeranalysen berichtet werden, besteht die Gefahr der Überschätzung des Erfolgs einer Behandlung (Pribe, Steil, Kleindienst, Dyer, Kruger et al., 2012). Cloitre (2009) postuliert, dass nur Ergebnisse von Analysen, die die verfügbaren Angaben von Drop-outs beinhalten, eine angemessene Bewertung und Verallgemeinerung rechtfertigen. Vor diesem Hintergrund wurden in dieser Arbeit alle verfügbaren Daten eingeschlossen.

## 6.1.2 Hauptstichprobe

Die Hauptstichprobe, die für deskriptive Statistiken, Abbildungen und Tabellen herangezogen wurde, umfasste alle Personen die an der Prä- und Posterhebung teilnahmen sowie alle Drop-outs.

### 6.1.2.1 Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe

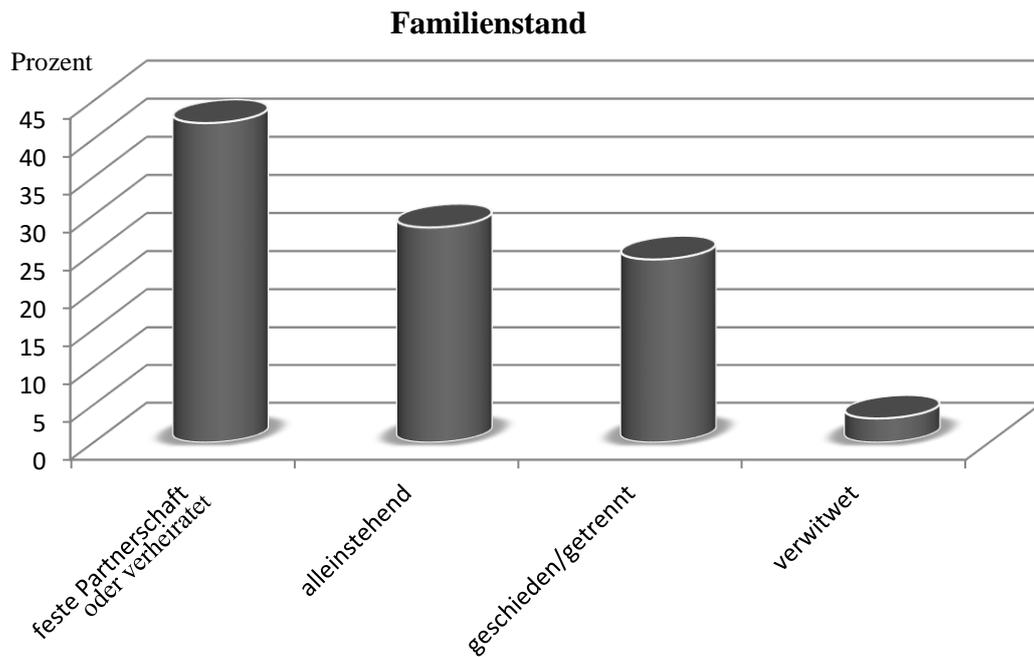
Das Alter der TRG Teilnehmerinnen lag zwischen 19 und 64 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 43,3 Jahren und einer Standardabweichung von 11,41. Der Median beträgt 47 Jahre. Die Stichprobe von N=95 bestand zu 100% aus Frauen. Abbildung 6.1 stellt die Altersverteilung der TRG Teilnehmerinnen, zum Zeitpunkt der Präerhebung im Balkendiagramm dar.



**Abbildung 6.1: Altersverteilung bei Gruppenbeginn**

Die Grafik stellt die Altersverteilung der Teilnehmerinnen zum Zeitpunkt der Präerhebung dar. Das Alter der Teilnehmerinnen liegt zwischen 19 und 64 Jahren, der Median beträgt 47 Jahre.

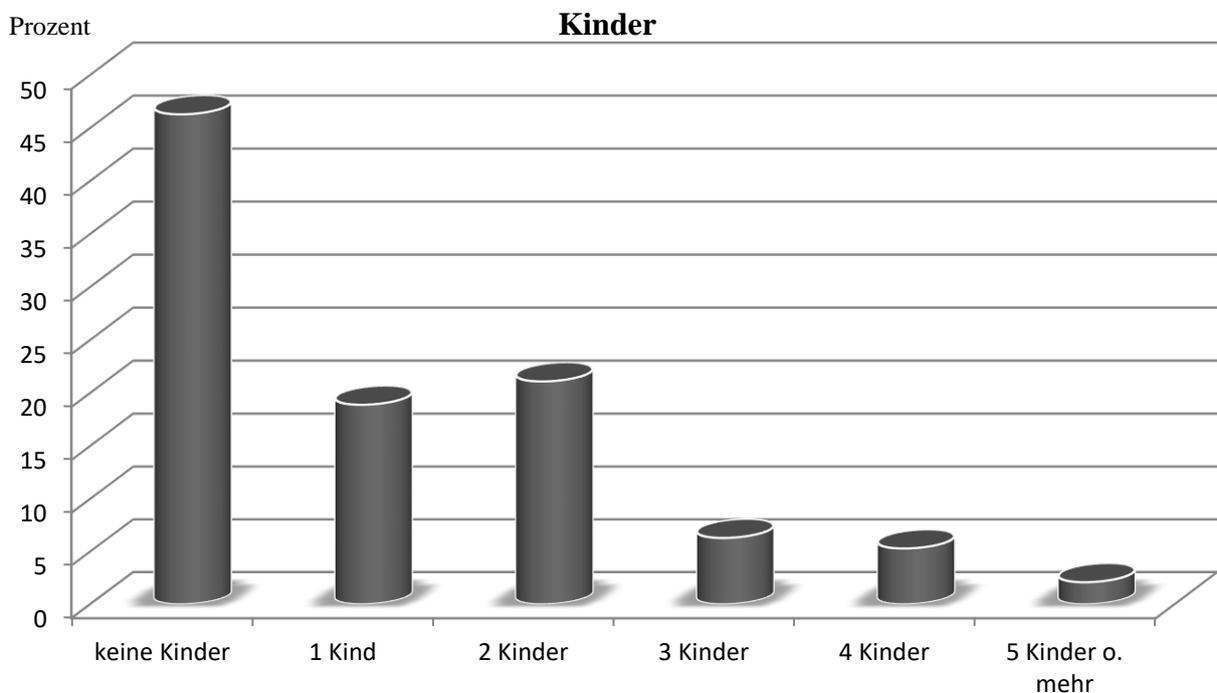
Mit 42,1% lebt der überwiegende Teil der Teilnehmerinnen verheiratet oder in einer festen Partnerschaft (N=40), 28,4% sind alleinstehend ohne feste Partnerschaft (N=27), 24,2% sind geschieden oder getrennt lebend (N=23) bzw. 3,2% sind verwitwet (N=3). Zwei Personen (2,1%) machten hierüber keine Angaben. Abbildung 6.2 stellt den Familienstand der Teilnehmerinnen bei Gruppenbeginn grafisch dar.



**Abbildung 6.2 Familienstand bei Gruppenbeginn**

Die Abbildung verdeutlicht die Angaben zum Familienstand der Teilnehmerinnen in Prozentwerten.

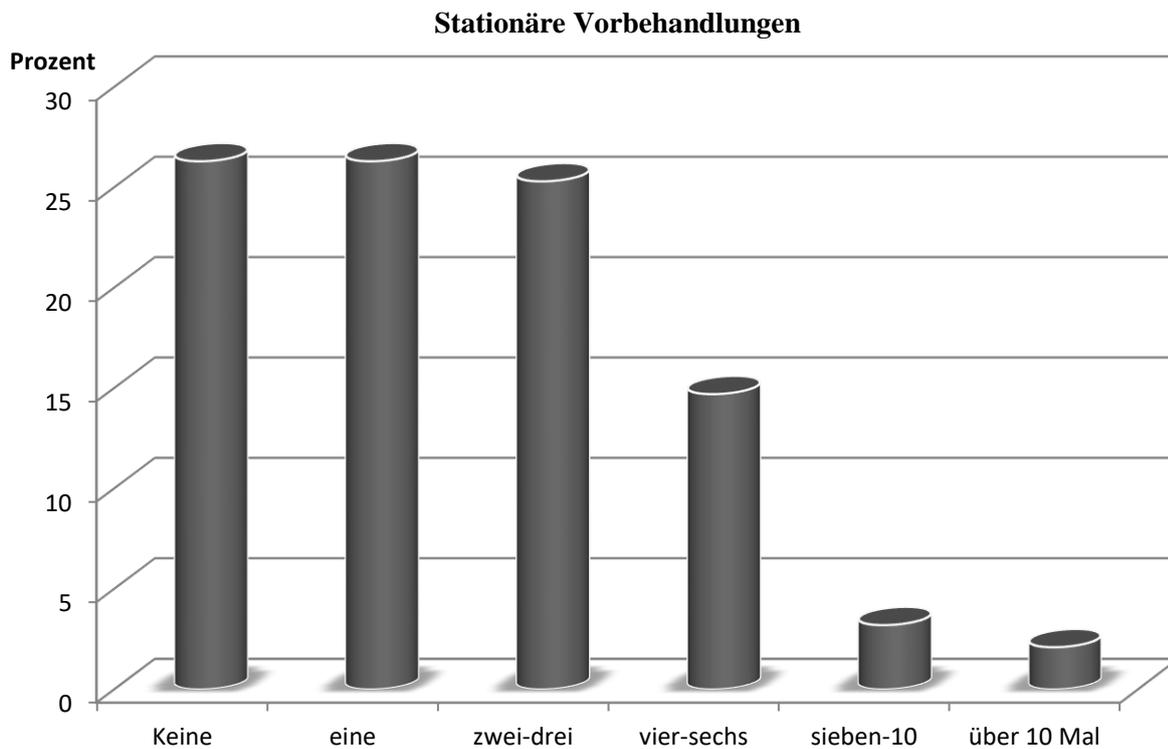
46,3% der Teilnehmerinnen sind kinderlos (N=44). 18,9% haben ein Kind (N=18), 21,1% haben zwei Kinder (N=20), 6,3 % haben drei Kinder (N=6), 5,3 % haben vier Kinder (N=5) und 2,1% haben fünf oder mehr Kinder (N=2).



**Abbildung 6.3: Anzahl Kinder bei Gruppenbeginn**

Das Diagramm verdeutlicht die Anzahl der Kinder der Teilnehmerinnen zum Zeitpunkt der Präterhebung in Prozentwerten. Fast die Hälfte ist kinderlos.

26,3% haben bisher keine (N=25) oder mindestens einmal eine stationäre Vorbehandlung (N=25) durchgeführt. 25,3% befanden sich bisher zwei bis dreimal in einer stationären Vorbehandlung (N=24). Weitere 14,7% haben vier bis sechsmal (N=14) und 3,2% (N=3) sieben bis 10 Male eine stationäre Vorbehandlung durchgeführt. 2,1% waren bereits 10 Mal oder häufiger in stationärer Vorbehandlung (N=2). Zwei Teilnehmerinnen machten hierüber keine Angaben (2,1%). Dies ist in Abbildung 6.4 wiedergegeben.

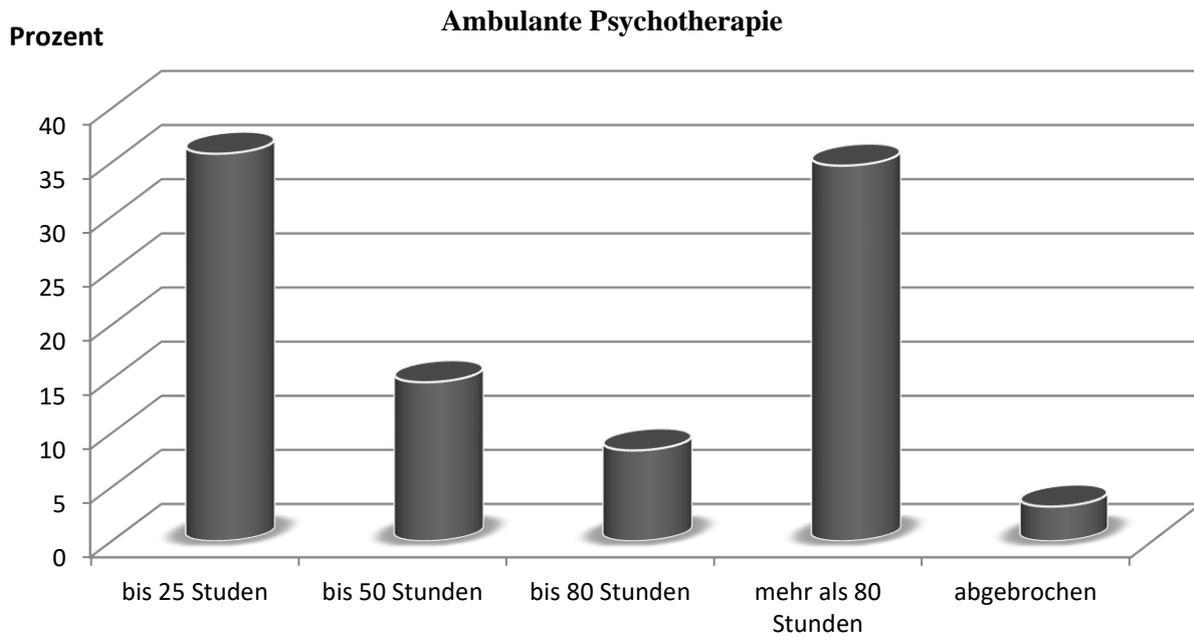


**Abbildung 6.4: Anzahl bisheriger stationärer Vorbehandlungen**

*Die Abbildung verdeutlicht, dass rund 74% mindestens eine oder mehr stationäre Vorbehandlungen in Anspruch genommen haben.*

96,8% gaben an, dass sie bereits im Vorhinein ambulante Psychotherapie gemacht hätten (N=92), während lediglich 3,2% angaben, bisher niemals ambulante Psychotherapie durchgeführt zu haben (N=3).

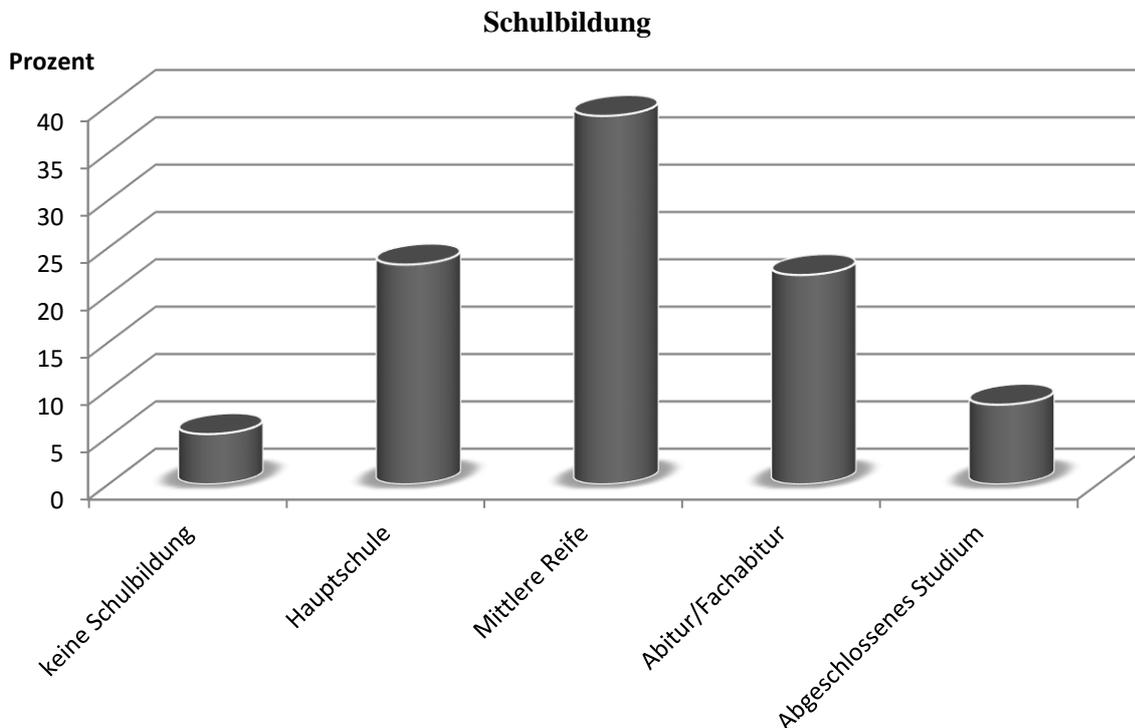
Von den Teilnehmerinnen, die bereits ambulante Psychotherapie durchgeführt hatten, gab die überwiegende Zahl (35,8%, N=34) an, bis 25 Therapiestunden absolviert zu haben. Knapp dahinter gaben 34,7% an, 80 Therapiestunden oder mehr durchgeführt zu haben (N=33) und 14,7% (N=14) berichteten von bis zu 50 Sitzungen bzw. 8,4% (N=8) von bis zu 80 Sitzungen. Drei Personen gaben an, eine ambulante Psychotherapie abgebrochen zu haben (3,2%). Eine Übersicht erfolgt in Abb. 6.5.



**Abbildung 6.5: Sitzungsanzahl ambulanter Vorbehandlungen**

Das Diagramm stellt dar, wie viele Sitzungen ambulante Psychotherapie rund 97% der Teilnehmerinnen bereits im Vorfeld durchgeführt haben.

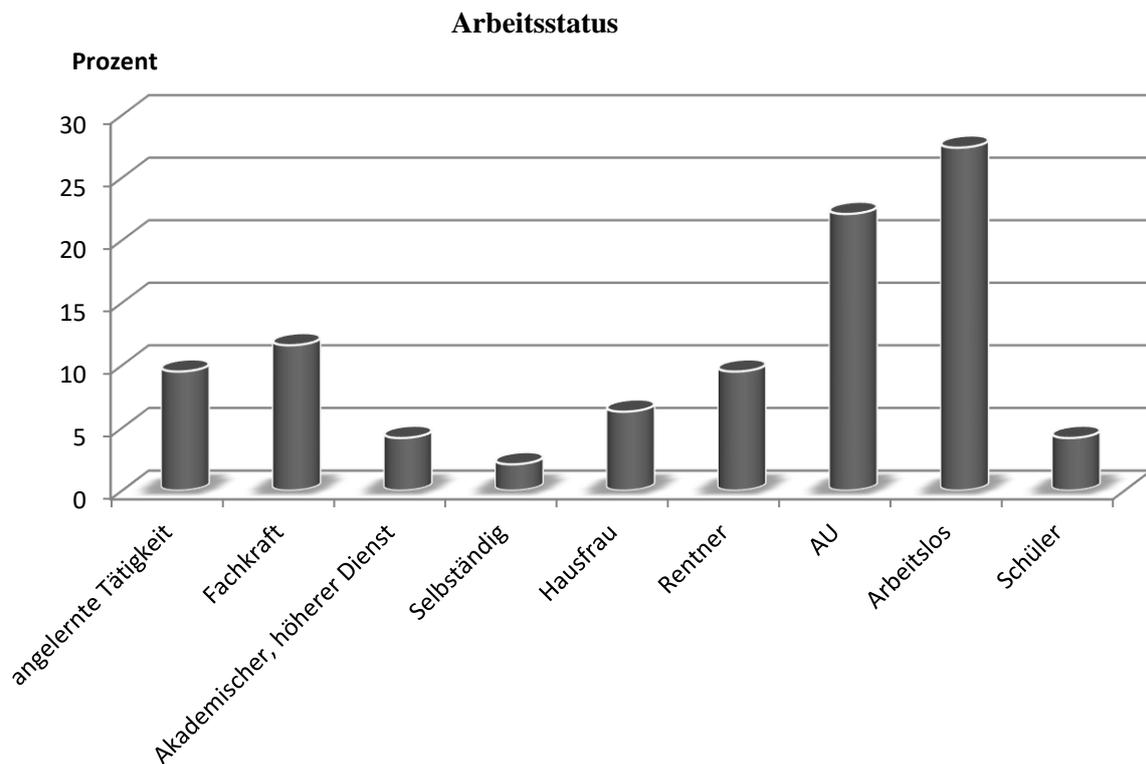
Die Mehrheit der Teilnehmerinnen (38,9%) haben die mittlere Reife oder einen Fachschulabschluss (N=37) erlangt. 23,2% haben einen Hauptschulabschluss (N=22), 22,1% haben das Abitur oder Fachabitur (N= 21) und 8,4% haben ein abgeschlossenes Studium (N=8). Lediglich 5,3% erlangten keinen Schulabschluss (N=5). Zwei Personen haben keine Angaben zu ihrer Schulbildung gemacht (2,1%). Abbildung 6.6 stellt dies in einem Balkendiagramm dar.



**Abbildung 6.6: Schulbildung**

Die Abbildung gibt die Schulbildung der TRG Teilnehmerinnen wieder. Eine Minderheit hat keine abgeschlossene Schulbildung (rund 5%).

Zu Beginn der Gruppenbehandlung gaben 27,4% (N=26) an, arbeitslos zu sein. 22,1% (N=21) gaben an, arbeitsunfähig zu sein. Weitere 11,6% (N=11) berichteten, als Fachkraft tätig zu sein und 9,5% waren entweder in einer angelernten Tätigkeit (N=9) oder verrentet (N=9). 6,3% (N=6) waren Hausfrauen und 4,2% im akademischen, höheren Dienst (N=4) oder Schülerinnen (N=4). Weitere 2,1% (N=2) waren selbständig tätig. Drei Personen machten keine Angaben zu ihrem Arbeitsstatus (3,1%). Abbildung 6.7 zeigt den Arbeitsstatus im Balkendiagramm zum Zeitpunkt der Präterhebung der TRG.



**Abbildung 6.7: Arbeitsstatus bei Gruppenbeginn**

Die Grafik visualisiert den Arbeitsstatus der Teilnehmerinnen zum Zeitpunkt der Präterhebung. 49,5% ist arbeitsunfähig oder arbeitslos.

### 6.1.2.2 Hauptdiagnose und Komorbiditätsspektrum der Stichprobe

Eine TRG ist indiziert, nachdem stabilisierende Arbeit (Level 1) hinreichend durchgeführt wurde. Diese Level 1 Vorbehandlungen erfolgten in der Regel im Behandlungsnetzwerk des NNP. Haupt- und Nebendiagnosen wurden Level 1 Behandlungsberichten entnommen, sodass auf eine Diagnostik vor der TRG verzichtet werden konnte.

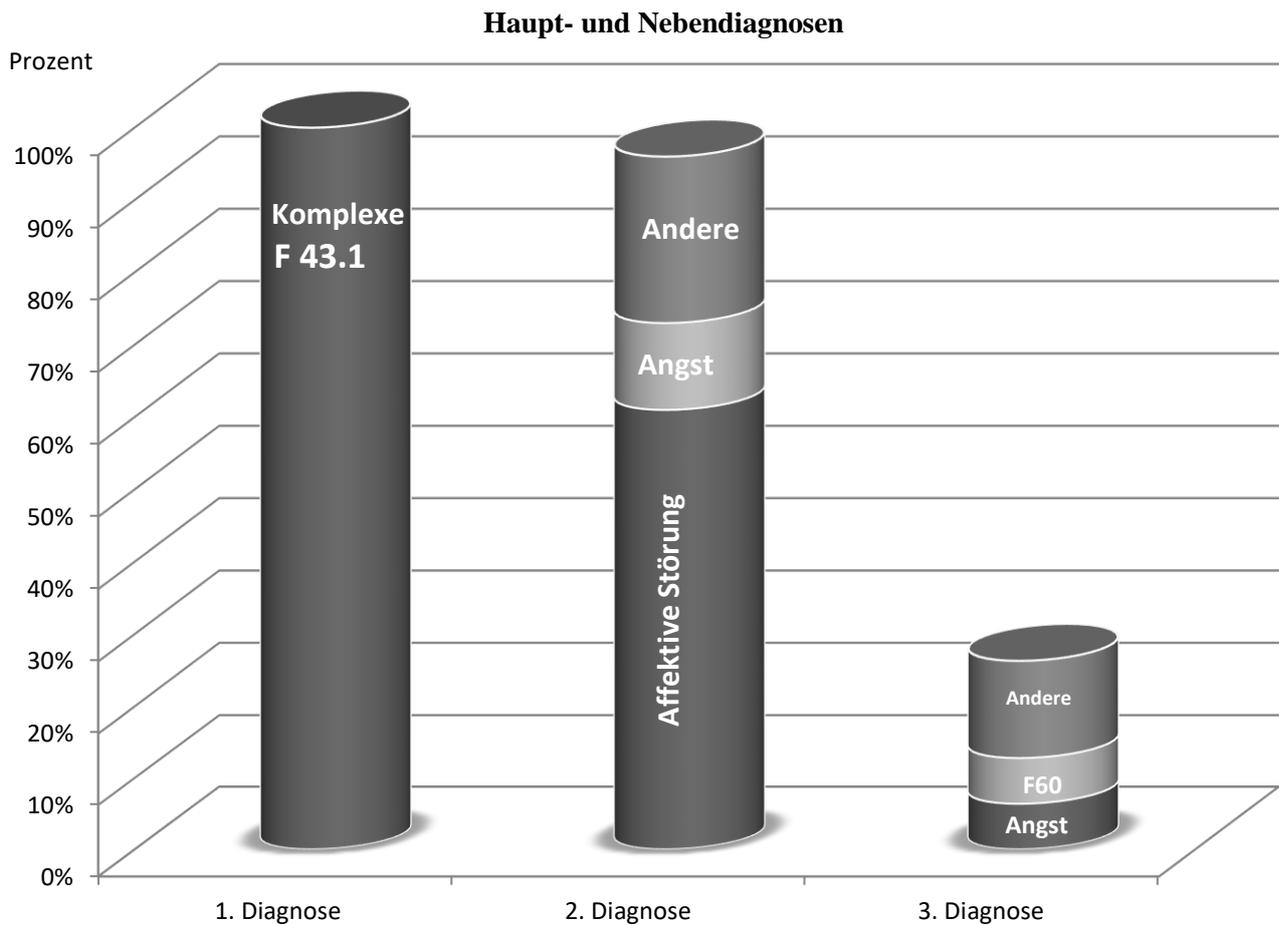
100% der Teilnehmerinnen dieser Studie (N=95) erfüllen die diagnostischen Kriterien einer Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. In Tabelle 6.2 sind die comorbiden Zweit- und Drittdiagnosen, mit den Häufigkeiten sowie der prozentualen Verteilung aufgeführt. 96,6% (N=91) haben eine comorbide Zweitdiagnose, wovon 61,1% (N=58) eine affektive Störung und 11,8% (N=11) eine Angststörung aufwiesen. Die übrigen comorbiden Zweitdiagnosen waren im Bereich Persönlichkeitsstörungen (6,4%; N=6), Suchterkrankungen (5,4%; N=5), jeweils 4,3% (N=4) im Bereich Dissoziation bzw. Essstörung sowie Zwangs- (2,2%; N=2) und Somatisierungsstörung (1,1%, N=1).

26,5% (N=25) zeigten eine comorbide dritte Diagnose, wovon 6,4 % (N=6) eine Angststörung und 6,4% (N=6) die diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllen. 13,7% (N=13) wiesen eine comorbide dritte Diagnose in anderen Störungsbereichen vor. Dies wird in Abbildung 6.8 dargestellt.

**Tabelle 6.2: Häufigkeit sowie prozentuale Verteilung comorbider Nebendiagnosen**

Comorbide zweite Diagnose	N	Prozent (%)	Comorbide dritte Diagnose	N	Prozent (%)
Sucht	5	5,4	Sucht	2	2,1
Affektive Störung	58	61,1	Affektive Störung	4	4,2
Angst	11	11,8	Angst	6	6,4
Zwang	2	2,2			
Dissoziation	4	4,3	Dissoziation	4	4,2
Somatisierung	1	1,1	Somatisierung	2	2,1
Esstörung	4	4,3	Esstörung	1	1,1
Persönlichkeit	6	6,4	Persönlichkeit	6	6,4

*In obiger Tabelle werden comorbide Nebendiagnosen wiedergegeben.*



**Abbildung: 6.8: Erstdiagnose und comorbide Nebendiagnosen**

*100% der TRG Teilnehmerinnen zeigen die primäre Diagnose der Komplexen PTBS. Rund 97% der Teilnehmerinnen weisen mindestens eine comorbide Nebendiagnose auf. .*

### 6.1.2.3 Trauma Art und Zeitpunkt

Teilnehmerinnen der TRG haben üblicherweise multiple traumatische Erfahrungen gemacht. Diese beginnen in der Regel bereits im Kindesalter und setzen sich häufig im Erwachsenenalter fort. Tabelle 6.3 gibt einen Überblick der erlebten Traumaart, mit einer Einteilung in Kindheit und Erwachsenenalter. Informationen der traumatischen Vorgeschichte wurde Behandlungsberichten aus vorherigen Level 1 Interventionen entnommen, die ebenfalls im NNP stattfanden.

**Tabelle 6.3: Übersicht über Traumaart und Zeitpunkt**

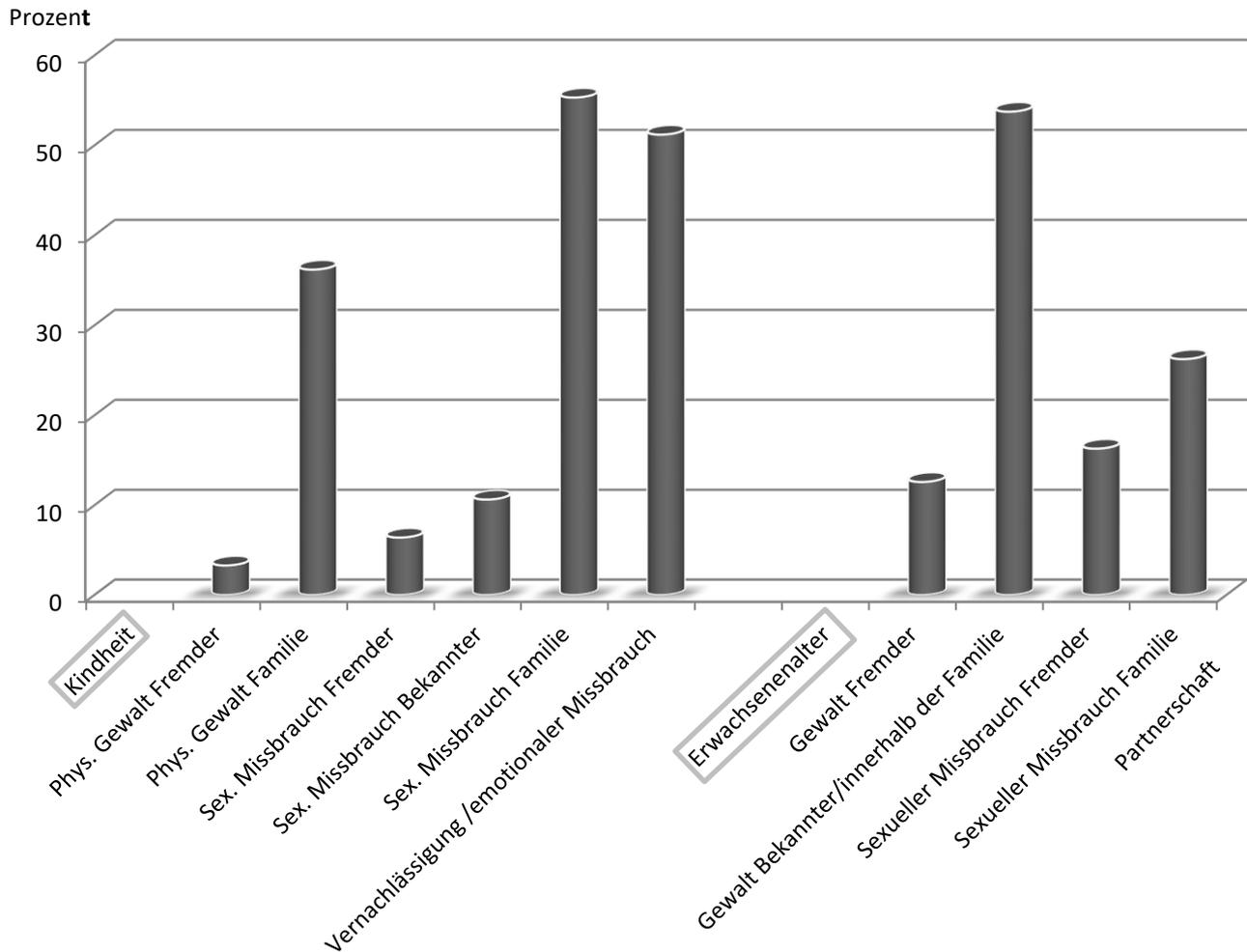
Trauma Art und Zeitpunkt	Häufigkeit (N)	Prozent (%)
<b>Kindheit</b>		
Phys. Gewalt Fremder	3	3,3
Phys. Gewalt Familie	34	36,2
Sex. Missbrauch Fremder	6	6,4
Sex. Missbrauch Bekannter	10	10,6
Sex. Missbrauch Familie	52	55,3
Vernachlässigung /emotionaler Missbrauch	48	51,2
<b>Erwachsenenalter</b>		
Phys. Gewalt Fremder	10	12,6
Phys. Gewalt Bekannter / innerhalb der Familie	43	53,8
Sexueller Missbrauch Fremder	13	16,3
Sexueller Missbrauch Familie/Partnerschaft	21	26,3

*Obige Tabelle zeigt, dass der überwiegende Teil der TRG Teilnehmerinnen in der Kindheit innerfamiliären sexuellen Missbrauch sowie Vernachlässigung/emotionalen Missbrauch erlebte. Im Erwachsenenalter erlebte der überwiegende Teil physische Gewalt durch einen Bekannten oder innerhalb der Familie.*

Wie der Tabelle entnommen werden kann, haben in der Kindheit mit 55,3% der überwiegende Teil innerfamiliären sexuellen Missbrauch erlebt (N=52). Weitere 51,2% haben im Kindesalter Vernachlässigung/emotionalen Missbrauch erlebt (N=48) und 36,2% innerfamiliäre physische Gewalt in der Kindheit (N=34). Weitere 10,6% (N=10) erlebten im Kindesalter sexuellen Missbrauch durch einen Bekannten. 6,4% (N=6) erlebten sexuellen Missbrauch durch einen Fremden und 3,3% (N=3) erlebten im Kindesalter physische Gewalt durch einen Fremden.

Im Erwachsenenalter erlebte der größte Teil mit 53,8% (N=43) physische Gewalt durch einen Bekannten bzw. innerhalb der Familie. Weitere 26,3% (N=21) erlebten innerfamiliären sexuellen Missbrauch bzw. 16,3% (N=13) waren sexuellem Missbrauch durch einen Fremden ausgesetzt oder innerhalb einer Partnerschaft. Weitere 12,6% (N=10) erlebten physische Gewalt durch einen Fremden. Dies wird in Abbildung 6.9 grafisch dargestellt. Erneut wird nun Bezug auf die Kasuistik von Frau G. genommen, um dem Leser einen möglichst plastischen Eindruck der kategorialen Einteilung zu vermitteln.

### Art und Zeitpunkt der Traumatisierung



#### Abbildung 6.9: Traumaart und Zeitpunkt

Obige Abbildung zeigt Traumaart sowie Zeitpunkt. Im Erwachsenenalter haben rund 55% innerfamiliären sexuellen Missbrauch sowie rund 51% Vernachlässigung bzw. emotionalen Missbrauch erlebt. Im Erwachsenenalter erlebten mit rund 54% die überwiegenden Teilnehmerinnen physische Gewalt durch einen Bekannten bzw. innerfamiliär.

#### Frau G. komplex traumatisierte Patientin

Frau G. stellte sich zunächst in der sog. Notfallsprechstunde vor. Im Anschluss nahm sie über ca. ½ Jahr an ambulanten Stabilisierungsgruppen teil und wurde dann in eine psychotraumatologische Rehabilitation aufgenommen. Dem Brief der Notfallsprechstunde bzw. Rehabilitation war zu entnehmen, dass Frau G. sexuellen Missbrauch in der Kindheit durch den Großvater erlebt hatte, wodurch sie der Kategorie sexueller Missbrauch Familie zugeordnet wurde. Daneben konnte den Vorbefunden entnommen werden, dass Frau G. durch ihre Mutter nicht geschützt wurde, diese vermutlich sogar von den Übergriffen gewusst habe. Falls Frau G. vermeintlich aufsässig war, sei sie über Tage von der Mutter ignoriert worden. Daher wurde Frau G. ebenfalls in die Kategorie emotionaler Missbrauch in der Kindheit aufgenommen.

## **6.2 Zielearbeit**

Wegweiser: In diesem Abschnitt wird ein Überblick gegeben, welche Ziele im Rahmen der TRG formuliert wurden (6.2.1). Es wird untersucht, wie stark die Teilnehmerinnen ihrem definierten Ziel im Gruppenverlauf näher gekommen sind (6.2.2) bzw. in wie fern es einen Zusammenhang zwischen dem Symptomniveau bei Gruppenbeginn und der Zielerreichung gibt (6.2.3). Das Kapitel schließt mit einer Zusammenfassung (6.2.4) bevor unter 6.3 eine qualitative Auswertung zweier Extremgruppen Einzelfälle erfolgt.

### **6.2.1 Welche Ziele wurden in der TRG formuliert?**

Essentieller konzeptioneller Bestandteil der Traumagenesungsgruppe ist die Formulierung eines individuellen Ziels, an dem jede Teilnehmerin im Gruppenprozess arbeitet. Im Zuge der Zielearbeit werden Traumainhalte in der Gruppe offen gelegt, wodurch traumakonfrontative Arbeit stattfindet. Im klinischen Eindruck hängt der subjektiv erlebte Therapieerfolg einer Teilnehmerin deutlich mit dem Ausmaß des Erreichen oder nicht Erreichen des formulierten Ziels zusammen. Belastende psychosoziale Veränderungen, wie sie bei komplex Traumatisierten störungsbedingt häufig vorkommen, werden bei quantitativen Verfahren automatisch mit erfasst, ohne Möglichkeit dies vom TRG Gruppeneffekt trennen zu können. Vor diesem Hintergrund wurde die subjektive Zielerreichung als Korrelat für den Therapieerfolg gewertet, der angewandt auf das Gruppenmodell überzeugend erschien, die Methoden der quantitativen Therapieeffektmessung sinnvoll zu ergänzen. Formuliert Ziele werden zunächst deskriptiv aufgeführt. Ein Ziel kann sich entweder auf eine Problemstellung außerhalb der Gruppe, ein sogenanntes out-of-group goal beziehen oder auf eine Problemstellung, die vorwiegend innerhalb der Gruppensitzungen bearbeitet wird (in-group goal). Laut den Begründerinnen (Mendelson et al. 2011) können out-of-group goals etwas leichter geplant, definiert und darüber berichtet werden, als in-group goals. Wenn zu viele oder alle Teilnehmerinnen an in-group goals arbeiten, erhöht dies laut den Begründerinnen die emotionale Intensität in der Gruppensitzung. Ferner kann dies zu dem Eindruck führen, nicht ausreichend viel persönliche Zielearbeitszeit zur Verfügung zu haben, da die Hauptarbeit innerhalb der Sitzungen passiert, statt die entscheidenden Veränderungsschritte außerhalb des Gruppenkontextes zu unternehmen. Entsprechend der Empfehlung der Begründerinnen versuchen die beiden Co-Therapeutinnen eine 50:50 Verteilung der Zielkategorien (in und out-of-group goals) in jeder Gruppe zu steuern, um eine möglichst genesungsfördernde Gruppendynamik herbei zu führen.

Wie ausführlich in Kapitel 3.9 dargestellt, soll bei der Zielformulierung der Traumabezug sowie eine Orientierung an einer Problemstellung der Gegenwart berücksichtigt werden. Weiterhin soll ein Ziel realistisch, erreichbar, konkret, detailliert, messbar, spezifisch und persönlich formuliert sein. In dieser Arbeit wurde versucht, eine Systematik zu entwickeln, hinsichtlich der Ziele die bisher von TRG Teilnehmerinnen formuliert wurden bzw. diese übergeordneten Themen zu zuordnen. Teilnehmerinnen der TRG wurden ab 01/2013 befragt, in wie fern sie glauben ihrem formulierten Ziel zu verschiedenen Messzeitpunkten näher gekommen zu sein (vgl. Anhang 6). Um dem Leser einen plastischen Eindruck hinsichtlich der Zielformulierung zu geben, wird erneut der Fall von Frau G. herangezogen.

**Frau G.** aus der Kasuistik beschrieb zunächst ein eher globales Ziel, nämlich „irgendwas in Bezug auf Mutter lernen.“ Diese wenig konkrete Zielformulierung konnte in der achten Gruppenstunde entsprechend den Zielformulierungsrichtlinien umformuliert werden. Eine Gruppenteilnehmerin gab eine Rückmeldung zur Körperhaltung, welche sich veränderte sobald Frau G. über belastende Themen sprach. Durch diesen Hinweis konnte Frau G. ihr Ziel auf ihre Körperhaltung achten zu wollen, sobald sie Arbeitszeit für sich nutzte, günstig umformulieren. Es gelang ihr aus dem zunächst sehr groß und wenig greifbar formulierten Ziel, ein konkretes sowie erreichbares Ziel mit Trauma-bezug zu benennen.

Frau G. wählte somit ein Ziel, an dem Sie vorwiegend innerhalb der Gruppensitzungen arbeitete, ein sogenanntes in-group goal aus, wobei es ihr im weiteren Gruppenverlauf sogar gelang, dieses in externe Bereiche, losgelöst vom Gruppenkontext, beispielsweise im Telefonat mit ihrer Mutter aus zu weiten. In folgender Tabelle 6.4 wird eine Übersicht gegeben, über Anzahl und Verteilung von bisher gewählten in- und out-of-group goals.

**Tabelle 6.4: Verteilung von Zielen die innerhalb oder außerhalb der Gruppe lagen**

Ziel	Häufigkeit (N)	Prozent (%)	Gültige Prozente (%)
In-group goal	20	21,1	42,6
Out-of-group goal	27	28,4	57,4
Gesamt	47	49,5	100
Fehlen	48	50,5	
	95	100	

*Obige Tabelle gibt einen Überblick über Ziele mit Bereichen auf die sie Bezug nehmen.*

Es kann auf Daten von etwa der Hälfte (N=47) aller, an dieser Studie (N=95) teilnehmenden Personen, zurückgegriffen werden, da eine dezidierte Dokumentation der Ziele erst im Studienverlauf erfolgte. Es fehlen Angaben zum Ziel bzw. zur Zielerreichung von 48 Teilnehmerinnen (rund 50%).

Bei Betrachtung der verfügbaren Daten formulierten rund 43% der Teilnehmerinnen ein Ziel, an dem sie vorwiegend innerhalb der Gruppensitzungen arbeiteten (N=20). Rund 57% (N=27) formulierten hingegen ein out-of-group goal, ein Ziel an dem sie vorwiegend außerhalb der Gruppenstunden arbeiteten. Neben der Einordnung von in- bzw. out-of-group goals, welche angelehnt an das Originalkonzept (Mendelson et al., 2011) erfolgte, wurden die Ziele Subkategorien mit übergeordneten Themen zugeordnet. Hierzu wurden zunächst alle Ziele in inhaltlich ähnliche Themengebieten sortiert. Anschließend wurde versucht, übergeordnete Themen zu erfassen. Die vorgenommene Einteilung erfolgte durch die Verfasserin in inhaltlich, logisch zugehörige Kategorien und wird in Tabelle 6.5 dargestellt. Eine Übersicht aller dokumentierten Ziele ist in Anhang 10 gegeben.

**Tabelle 6.5: Kategorische Einteilung der Ziele**

Zielart:	Häufigkeit (N)	Prozent (%)
<b>In-group-goals</b>		
Kontakt zur Gruppe in Arbeitszeit bessern	12	25,5
Eigen- und Fremdwahrnehmung abgleichen/bessern	7	14,9
Sonstiges in-group-goal	1	2,1
<b>Out-of-group-goals</b>		
Bezogen auf Freundeskreis	1	2,1
Bezogen auf Partnerschaft	5	10,6
Bezogen auf mich: Rückzug abbauen	10	21,3
Bezogen auf Arbeit	2	4,3
Bezogen auf Familie	5	10,6
Sonstiges out-of-group-goal	4	8,5
Gesamt	47	100
Fehlen	48	
Gesamt	95	

Obige Tabelle gibt eine kategoriale Einteilung der gewählten Ziele in in- oder out-of-group goal. Die Zuordnung in Subkategorien erfolgte durch die Verfasserin. Der überwiegende Teil wählte das Ziel, mehr Kontakt zu der Gruppe haben zu wollen.

#### *In-group goals:*

Bei den in-group goals, formulierte der überwiegende Teil (25,5%; N=12) Ziele, die der Subkategorie *Kontakt zur Gruppe verbessern* zugeordnet wurden. Für die Meisten Teilnehmerinnen bedeutete dieses Ziel, dass sie in ihrer Arbeitszeit beispielsweise auf ihre Körperhaltung, Blickkontakt und Mimik/Gestik, Lautstärke der Stimme achten, um stets in einer guten Verbindung zu den übrigen Gruppenteilnehmerinnen zu sein. So soll dissoziative Symptomatik sehr frühzeitig bemerkt werden, während bestimmte Aspekte ihrer Geschichte berichtet werden. Die Rolle der übrigen Teilnehmer bei solch einem Ziel ist es, der im Fokus stehenden Person direkte Rückmeldungen bei Veränderungen in den genannten Bereichen zu geben. Typische Formulierungen für Ziele, die dem Bereich „Kontakt zur Gruppe verbessern“ zugeordnet wurden, waren:

- „Beim Sprechen über Trauma in (Augen)Kontakt mit der Gruppe bleiben“
- „Offener in Gruppe sprechen“ (bezogen auf die Körperhaltung)
- „Vor einer Gruppe das Wort ergreifen und sprechen ohne Dissoziation“
- „In ersten Ansätzen über Traumaerlebnisse sprechen“ (im Kontakt mit der Gruppe)

Rund 15% (N=7) formulierte Ziele, die dem in-group goal *Eigenwahrnehmung mit der Fremdwahrnehmung* der Gruppenmitglieder abgleichen, zugeordnet wurden. Dies beinhaltete zumeist, dass ein Teil der persönlichen Traumageschichte mit der Gruppe geteilt wird, mit dem Fokus auf hierbei auftretenden Gefühlen. Gleichzeitig bekam die im Fokus stehende Teilnehmerin Feedback der übrigen Gruppe, wie sie bei ihrer Erzählung wirkt und welche Gefühle die Anderen bei ihr bzw. sich wahrnehmen konnten. Beispiele für Zielformulierungen, die diesem Bereich zugeordnet wurden, sind:

- „Selbstwahrnehmung bessern, Gruppenwahrnehmung zu mir erfahren“

- „Mir selber glauben/Misstrauen ggü. mir abbauen über Gruppenwahrnehmung“
- „Mich selbst besser wahrnehmen lernen, Rückmeldungen der Gruppe nutzen“
- „Mehr Akzeptanz ggü. mir, Rückmeldungen aus Gruppe zu mir nutzen“
- „Abgleich Außenwirkung u. innere Wahrnehmung“
- „Authentischer werden und Gruppe Gefühle zeigen, wie erlebt Gruppe mich?“

Eine Teilnehmerin (2,1%) formulierte das Ziel, ein Ziel zu finden an dem sie in der Gruppenlaufzeit arbeiten will, welches der *Restkategorie* der in-group-goals zugeordnet wurde.

#### *Out-of-group goals:*

Verglichen zu den in-group goals formulierten mit 57,4% (N=27) etwas mehr Teilnehmerinnen Ziele, an denen vorwiegend außerhalb der Gruppensitzungen gearbeitet wurde. Auch die out-of-group goals wurden von der Verfasserin in logisch zusammenhängende Subkategorien unterteilt. Es wurden verschiedene Gebiete, auf die sich die out-of-group-goals bezogen, nämlich Freundeskreis, Partnerschaft, die Patientin selbst, die Arbeit, die Familie bzw. eine sonstige Kategorie differenziert.

Mit 21,3% formulierte der überwiegende Teil (N=10) bei den out-of-group Zielen den Bereich, der sich auf sie selbst bezog, in Verbindung mit dem Wunsch soziale Ängste/Rückzug zu reduzieren. Typische Zielformulierungen die dieser Kategorie zugeordnet wurden, waren:

- „Unwohl wenn viele Männer im Raum - das üben für 10 Min. aushalten“
- „Soz. Rückzug reduzieren, Kaffee besuchen einmal pro Woche“
- „Raus gehen üben/Einkaufen u. da einem Mann guten Tag sagen“
- „Soz. Rückzug reduzieren /in ein Sportstudio gehen, neben Mann trainieren“
- „In größere Menschenmengen trauen, einen fremden Mann zwei Sek. ansehen“

Wenn jemand an dem Ziel arbeitete seine sozialen Ängste reduzieren zu wollen, beispielsweise durch den Besuch in einem Sportstudio, wurde in der Arbeitszeit der im Fokus stehenden Person überlegt, welche Schritte nun bevor stehen. Beispielsweise stellt die Gruppe Fragen, welche Personen ihr weswegen genau Schwierigkeiten bereiten und überlegt welche Schritte sie zwischen den Gruppenstunden unternehmen kann, um ihrem Ziel näher zu kommen. In der persönlichen Arbeitszeit wurden Bezüge zur Traumavorgeschichte hergestellt und die im Fokus stehende Person erhält Zuspruch durch die gesamte Gruppe ihr Ziel zu verfolgen.

Jeweils 10,6 % (N=5) verbalisierte ein Ziel, welches Bezug nahm auf den Bereich der Partnerschaft oder auf die Familie. Typische Zielformulierungen im Bereich der Partnerschaft waren folgende:

- „Ggü. Partner Misstrauen reduzieren/ mich ihm ggü. durchsetzen im Streit über Hausarbeit“
- „Ggü. Ehemann durchsetzen/ Finanzen in die Hand nehmen“
- „Intimität ggü. Mann zulassen, einmal in Gruppenlaufzeit“
- „Ambivalenzklärung Beziehung zu Bekanntem (er schädigt sie)“

Typische Zielformulierungen die dem familiären Kontext zugeordnet wurden, waren:

- „Bruder = Trigger - Kontakt meiden/ändern“
- „Ggü. Kindern bestimmte Traumasymptome erklären“
- „Gespräch zu Mutter suchen (über Trauma)“
- „Kinder in Haushalt einbinden, statt aus Schuldgefühlen alles allein zu machen“

In der Arbeitszeit berichteten Teilnehmerinnen, die solch ein Ziel artikulierten, welche Schwierigkeiten in beispielsweise dem Bereich der Partnerschaft bestehen und was der Traumabezug ist. Die Gruppe stellte Fragen zu dem Problembereich und gibt Rückmeldungen, was diese Problemstellung in ihnen auslöste. Gemeinsam mit der Gruppe wird überlegt, wie genau die entsprechende Situation in der Zukunft potenziell anders gelöst werden könnte und welche konkreten Schritte die Teilnehmerin bis zur nächsten Sitzung ausprobieren könnte.

8,5% (N=4) verbalisierte ein Ziel, an dem vorwiegend außerhalb der Sitzungen gearbeitet wurde, was jedoch keiner Subkategorie zugeordnet werden konnte. Diese waren:

- „Panikattacken reduzieren“
- „Entscheiden ob Täter mit seiner Tat konfrontiert wird“
- „Sich trauen im Badeanzug zu zeigen“
- „Selbstwert steigern“ (im Kontakt zu Fremden)

Beispielsweise beinhaltete das zweite aufgeführte Ziel, dass die Teilnehmerin gemeinsam mit der Gruppe überlegte, ob sie die Person die sie geschädigt hatte, mit seinen Taten konfrontieren will oder nicht. Sie nutzte ihre Arbeitszeit dafür, mit den Anderen ihre Gedanken und Gefühle diesbezüglich zu teilen aber auch ihre Erwartungen, mit dem Ziel am Ende der Gruppenlaufzeit diesbezüglich zu einer Entscheidung zu gelangen.

4,3% (N=2) formulierte ein Ziel, welches Bezug nahm auf den Arbeitskontext. Diese lauteten:

- „Misstrauen an Arbeitsplatz reduzieren, einen Arbeitskollegen (Mann) ansprechen lernen in den Meetings“
- „In Job abgrenzen: Arbeitszeit/Leistung reduzieren, max. zwei Überstunden p. Woche“

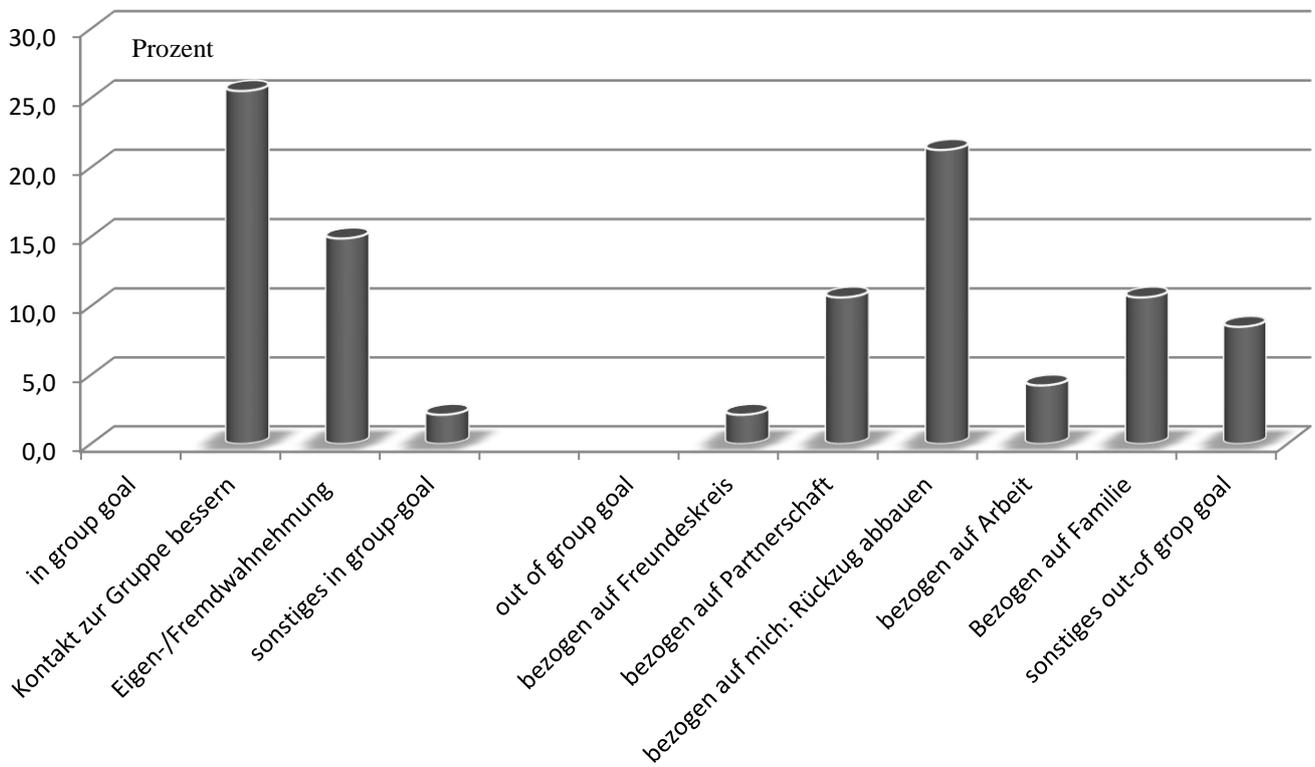
Beispielsweise arbeitete die Teilnehmerin mit dem hier an zweiter Stelle genannten Ziel, „Leistung reduzieren“ daran, zu erkennen wann sie im Job über ihre Grenzen ging bzw. Bezüge herzustellen, zwischen den Ereignissen der Vergangenheit und dem heutigen Kompensieren von Symptomatik über Leistung. In ihrer Arbeitszeit stellten die übrigen Teilnehmerinne Fragen bzw. teilten ihre Wahrnehmung zu möglicher Funktionalität, um gemeinsam Vorschläge für Veränderung zu erarbeiten. Gegen Ende der Gruppenlaufzeit konkretisierte diese Teilnehmerin ihr Ziel, maximal zwei Überstunden wöchentlich leisten zu wollen.

2,1% (N=1) äußerte ein Ziel, welches sich auf den Freundeskreis bezog:

- „Gespräche über belastende Themen (Missbrauch) bei Bekannten ablehnen.“

Diese Teilnehmerin hatte kürzlich vor Beginn der TRG im Freundeskreis offen gemacht, weswegen sie in Behandlung war. Nun machte sie allerdings die Erfahrung, mit manchen „Bekanntem“ nicht im Detail sprechen zu wollen. Gemeinsam mit der Gruppe wurden Strategien überlegt, wie sozial kompetent diese Schwierigkeit gelöst werden kann. In

Abbildung 6.10 wird eine grafische Übersicht der Zielbereiche sowie prozentuale Verteilung der unterschiedlichen Subkategorien gegeben.

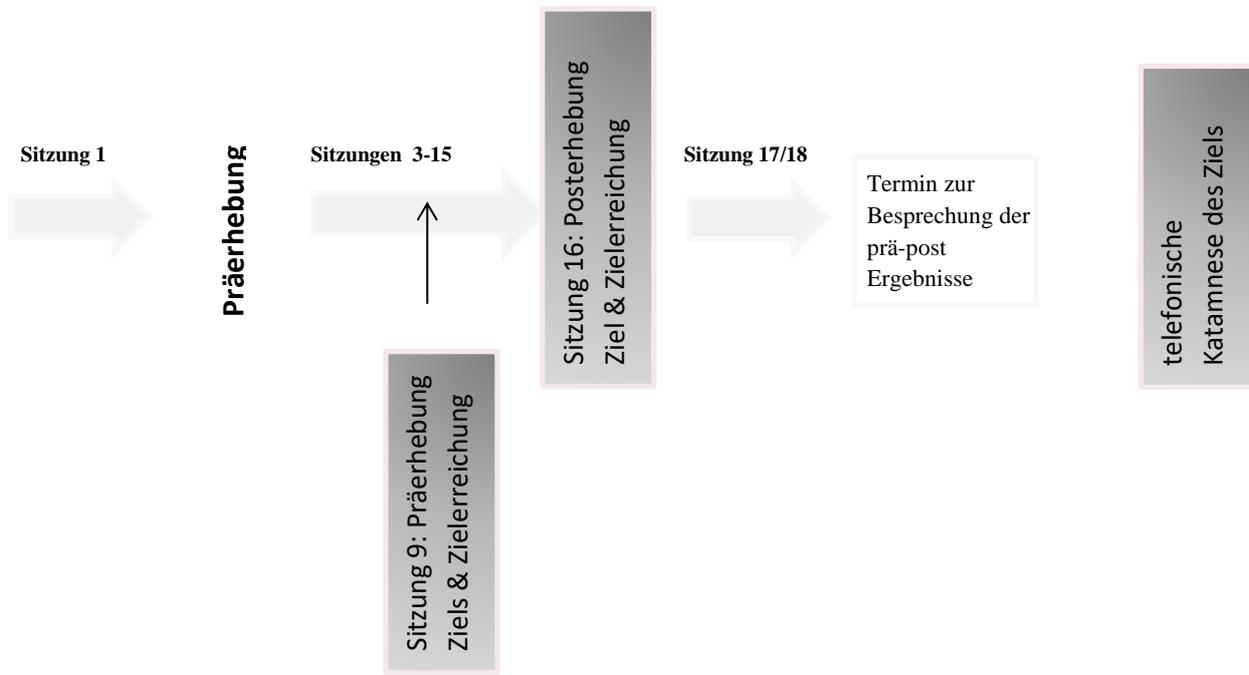


**Abbildung 6.10: Kategoriale Einteilung der Ziele**

Obige Abbildung gibt eine Übersicht über die übergeordneten Ziele in sogenannte in- und out-of-group goals, sowie Zuordnung zu entwickelten Subkategorien.

## 6.2.2 In wie fern sind die Teilnehmerinnen ihrem definierten Ziel näher gekommen?

Zur Verdeutlichung der Erhebungszeitpunkte des Ziels wird in Abbildung 6.11 die Timeline (vgl. Kapitel 5.4) rekapituliert. Die grau hinterlegten Messzeitpunkte zeigen an, wann die Zielerhebung eingebettet in die TRG erfolgt.



**Abbildung 6.11: Erhebungszeitpunkte des Ziels & der Zielerreichung**

Obige Abbildung zeigt die Erhebung des Ziels und der Zielerreichung, welche in der neunten (prä) und 16. Sitzung (post) erfolgt sowie sechs Monate nach Beendigung der TRG (kat).

Eine erstmalige Erhebung des Ziels beziehungsweise der Zielerreichung erfolgte in der neunten Gruppensitzung. Dies wird als Präerhebung (prä) bezeichnet. Im Gegensatz zu der Präerhebung der übrigen Messinstrumente, welche in der zweiten Gruppensitzung erfolgt, muss sich ein Ziel erst im Gruppenverlauf entwickeln. Das Ziel erstmalig in der neunten Gruppensitzung zu erheben, wurde auf Basis des klinischen Eindrucks festgelegt. Bisherige Gruppenzyklen führten zu der Einschätzung, dass etwa in der Mitte der Gruppenlaufzeit alle Teilnehmerinnen tatsächlich ein persönliches Ziel formuliert haben. Die zweite Erfassung des Ziels erfolgt zusammen mit der Posterhebung aller übrigen eingesetzten Instrumente, in der 16. Sitzung. Da der Zielerarbeitung besonderes Forschungsinteresse gewidmet wurde, erfolgte darüber hinaus ab 01/2013 bei den Teilnehmerinnen, für die ein vollständiger prä-post Datensatz verfügbar war auch eine telefonische Erhebung des Ziels bzw. Zielerreichung ca. sechs Monate nach Gruppenabschluss.

Die Frage, wer seinem definierten Ziel näher gekommen ist und in welchem Ausmaß, wird nun für die unterschiedlichen, zur Verfügung stehenden Messzeitpunkte separat beantwortet:

- 6.2.2.1 Sitzung neun bis Sitzung 16 (prä-post)
- 6.2.2.2 Sitzung 16 bis Katamnese (post-kat)
- 6.2.2.3 Sitzung neun bis Katamnese (prä-kat)

### 6.2.2.1. Zielerreichung prä-post

In Sitzung neun sowie Sitzung 16 (prä-post) gaben die TRG Teilnehmerinnen an, welches Ziel sie formuliert haben bzw. wie fern sie glauben, ihr Ziel prozentual bereits erreicht zu haben. Dies konnte auf einer Zielerreichungsskala von 0=überhaupt nicht bis 100=vollständig erreicht (vgl. Anhang 6) bewertet werden. Hieraus wurde ein Differenzwert errechnet. Positive Werte deuten auf eine günstige Zielerreichung hin, während negative Werte darauf hindeuten, dass das Ziel nicht erreicht wurde bzw. die Teilnehmerin einschätzte bei der Präerhebung dem Ziel näher gewesen zu sein, als am Ende der Gruppenlaufzeit (post). Zur Veranschaulichung erfolgt ein Auszug aus der Kasuistik.

**Frau G.** gab zum Zeitpunkt der Präerhebung an, ihr Ziel zu 25% erreicht zu haben und zum Zeitpunkt der Posterhebung gab sie an, dieses zu 60 % erreicht zu haben. Bei der Berechnung 60%-25% ergab sich ein Wert von 35%. Somit schätzte Frau G. ein, ihrem Ziel im Gruppenverlauf +35 Prozentpunkte näher gekommen zu sein.

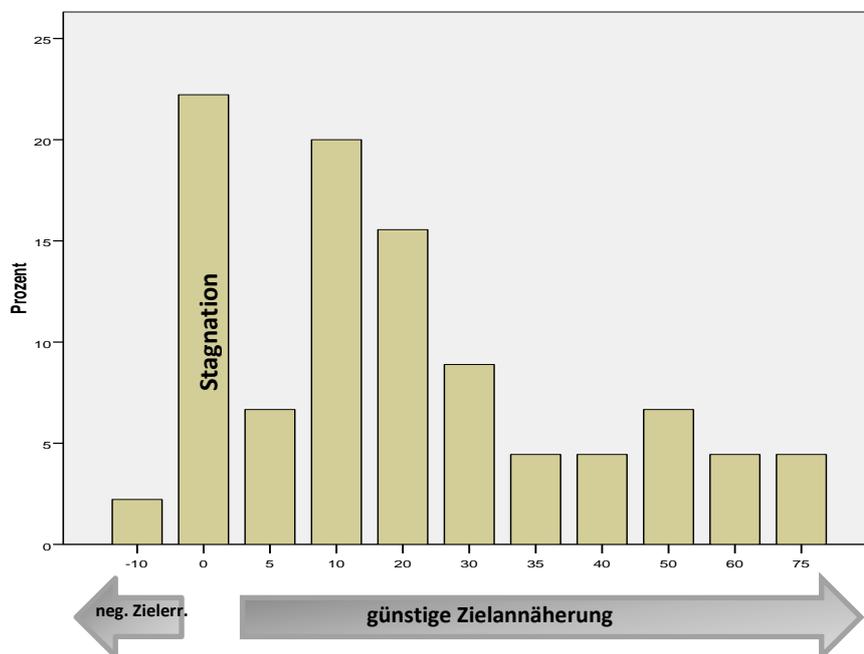
Frau G. konnte sich subjektiv ihrem Ziel im prä-post Vergleich somit nähern. In folgender Tabelle 6.6 sind die Ergebnisse der prozentualen Zielerreichung, in diesem Zeitraum für alle Teilnehmerinnen dargestellt.

**Tabelle 6.6: Zielerreichung im prä-post Vergleich**

Zielerreichung	Häufigkeit (N)	Prozent (%)	Gültige Prozente (%)
-10	1	1,1	2,2
0	10	10,5	22,2
5	3	3,2	6,7
10	9	9,5	20,0
20	7	7,4	15,6
30	4	4,2	8,9
35	2	2,1	4,4
40	2	2,1	4,4
50	3	3,2	6,7
60	2	2,1	4,4
75	2	2,1	4,4
Gesamt	45	47,4	100
Fehlend	50	52,6	
Gesamt	95	100	

Obige Tabelle zeigt die Einschätzung in wie fern das Ziel im prä-post Vergleich erreicht wurde. Der überwiegende Teil gab an, ihrem Ziel im Gruppenverlauf näher gekommen zu sein. Positive Werte deuten auf eine günstige Zielerreichung hin.

Der in Tabelle 6.6 dargestellte Zusammenhang wird in Abbildung 6.12 visualisiert. Es fällt auf, dass lediglich eine Teilnehmerin (2,2%) angab, sich im Hinblick auf ihr Ziel negativ entwickelt zu haben. Zehn Personen gaben an, bei der Präerhebung an der gleichen Stelle zu stehen, wie bei der Posterhebung, was 22,2% ausmacht, von all denen die Angaben zur Zielerreichung machten. Mit 75,6% gab der deutlich überwiegende Anteil an, ihrem Ziel im Gruppenverlauf näher gekommen zu sein (N=34). Das Ausmaß der Zielannäherung fiel sehr unterschiedlich aus. 6,7% (N=3) gaben an, sich ihrem Ziel um fünf Prozentpunkte im Gruppenverlauf genähert zu haben und 20,0% (N=9) gaben an, sich ihrem Ziel um zehn Prozentpunkte im Gruppenverlauf genähert zu haben. Weitere 15,6% (N=7) berichteten ihrem Ziel im Gruppenverlauf bis zu 20 Prozentpunkte und 8,9% (N=4) bis zu 30 Prozentpunkte näher gekommen zu sein. Eine Annäherung um 35 bzw. 40 Prozentpunkte im Gruppenverlauf gaben jeweils 4,4% (N=2) an. Bemerkenswert erscheint, dass 15,5% (N=7) angaben, sich ihrem Ziel im Gruppenverlauf um bis zu 50 Prozentpunkte oder noch mehr genähert zu haben.



**Abbildung 6.12: Zielerreichungseinschätzung im prä-post Vergleich**

Obige Abbildung visualisiert die prozentuale Zielerreichung im prä-post Vergleich. Rund 76% gab an, ihrem Ziel im Gruppenverlauf näher gekommen zu sein.

### 6.2.2.2. Zielerreichung post - kat

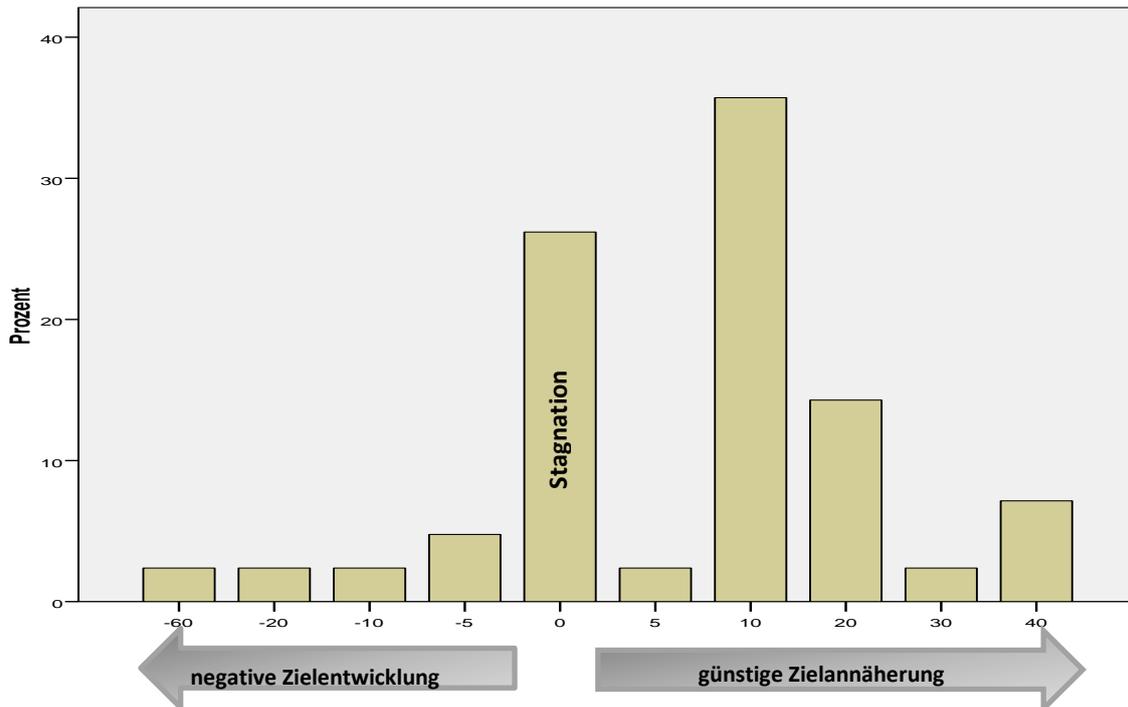
Eine weitere Auswertung der Zielerreichung erfolgte für den Zeitraum zwischen der Posterhebung in Sitzung 16 (post) sowie der telefonischen Katamnese (kat), etwa sechs Monate nach Gruppenabschluss. In Tabelle 6.7 sind die Ergebnisse der Zielerreichung im post-kat Vergleich zusammengefasst.

**Tabelle 6.7: Zielerreichung im post-kat Vergleich**

Zielerreichung	Häufigkeit (N)	Prozent (%)	Gültige Prozente (%)
-60	1	1,1	2,4
-20	1	1,1	2,4
-10	1	1,1	2,4
-5	2	2,1	4,8
0	11	11,6	26,2
5	1	1,1	2,4
10	15	15,8	35,7
20	6	6,3	14,3
30	1	1,1	2,4
40	3	3,2	7,1
Gesamt	42	44,2	100
Fehlend	53	55,8	
Gesamt	95	100	

Obige Tabelle zeigt die Einschätzung um wie viele Prozentpunkte das Ziel zwischen Posterhebung und Katamnese erreicht wurde. 61,9% gab an, ihrem Ziel näher gekommen zu sein.

Positive Werte deuten auf eine günstige Zielerreichung hin während negative Werte darauf hindeuten, dass die Teilnehmerin sich von ihrem Ziel im Gruppenverlauf entfernt hat. Eine „0“ deutet eine Stagnation im post-kat Vergleich an. 12% (N=5) berichteten von einer negativen Entwicklung. Sie haben sich subjektiv im post-kat Zeitraum von ihrem Ziel entfernt. Eine Teilnehmerin (2,4%) gab sogar eine deutliche Entfernung von -60 Prozentpunkte an, die Übrigen hatten sich maximal um 20 Prozentpunkte vom Ziel entfernt. 26,2% (N=11) schätzen ein, bei der Katamnese an der gleichen Stelle wie am Ende der Gruppenlaufzeit hinsichtlich ihrer Zielerreichung zu stehen. Insgesamt berichteten mit 61,9% (N=26) der überwiegende Teil, dass sie sich ihrem Ziel auch nach Abschluss der TRG weiter nähern konnten. Eine Person (2,4%) konnte ihrem Ziel um fünf Prozentpunkte näher kommen. Der größte Anteil 35,7% (N=15) fühlte sich ihrem Ziel bei der katamnesticen Befragung zehn Prozentpunkte näher, als noch bei Gruppenabschluss (post). 14,3% (N=6) fühlt sich ihrem Ziel zu 20 Prozentpunkte näher, 2,4% (N=1) fühlt sich ihrem Ziel um 30 Prozentpunkte näher und 7,1% (N=3) fühlt sich ihrem Ziel 40 Prozentpunkte näher bei der Katamnese. Der in Tabelle 6.7 dargestellte Zusammenhang wird in Abbildung 6.13 visualisiert.



**Abbildung 6.13: Zielerreichungseinschätzung im post-kat Vergleich**

Obige Abbildung visualisiert die prozentuale Zielerreichung im post-kat Vergleich. Der überwiegende Teil gab an, sein Ziel sechs Monate nach Gruppenabschluss, um weitere 10 Prozentpunkte mehr erreicht zu haben, als am Ende der Gruppenlaufzeit.

### 6.2.2.3. Zielerreichung prä – kat

Eine weitere Auswertung der Zielerreichung erfolgte für den Zeitraum zwischen der Präerhebung, in Sitzung neun (prä) und der telefonischen Katamnese (kat). Zunächst erfolgt ein Auszug aus der Kasuistik im Hinblick auf die Zielerreichung von Frau G. im prä-kat Vergleich.

**Frau G.** formulierte das Ziel, in ihrer persönlichen Arbeitszeit auf ihre Körperhaltung und Blickkontakt achten zu wollen, um stets in einem guten Kontakt zur Gruppe zu sein, statt in sich zu sinken, wenn sie über Belastung sprach. In der neunten Sitzung gab Frau G. eine Zielerreichung von 25 Prozentpunkten an. Bei der katamnesticen Befragung meldete Frau G. eine Zielerreichung von 85 Prozentpunkten zurück. Sie habe auch nach Beendigung der TRG auf ihre Körperhaltung und Blickkontakt geachtet. Frau G. konnte zwischen Sitzung neun und Katamnese ihrem Ziel somit in ihrer subjektiven Einschätzung um 60 Prozentpunkte näher kommen.

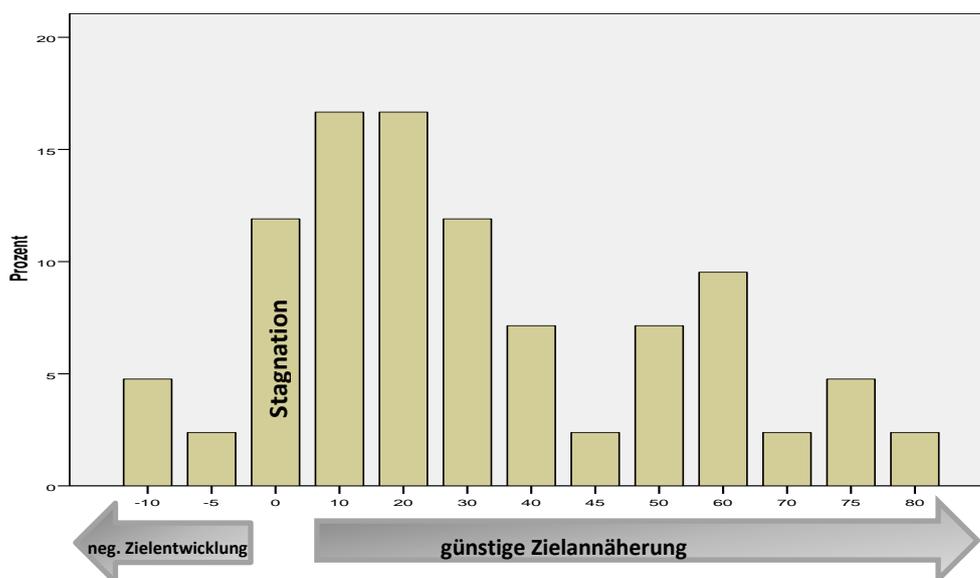
Die Kasuistik zeigt, dass Frau G. zu den rund 10% (N=4) Personen zählt, die ihr Ziel zwischen der Präerhebung und der katamnesticen Befragung um 60 Prozentpunkte erreichen konnten. Tabelle 6.8 zeigt die Ergebnisse des prä-kat Vergleichs für alle Teilnehmerinnen. Im prä-kat Vergleich ist es gelungen von N=42 Teilnehmerinnen (44,2%) Daten zum Ziel bzw. Zielerreichung zu erheben. Somit fehlen N=53 Personen (55,8%) in dieser Auswertung.

**Tabelle 6.8: Zielerreichung im prä-kat Vergleich**

Zielerreichung	Häufigkeit (N)	Prozent (%)	Gültige Prozente (%)
-10	2	2,1	4,8
-5	1	1,1	2,4
0	5	5,3	11,9
10	7	7,4	16,7
20	7	7,4	16,7
30	5	5,3	11,9
40	3	3,2	7,1
45	1	1,1	2,4
50	3	3,2	7,1
60	4	4,2	9,5
70	1	1,1	2,4
75	2	2,1	4,8
80	1	1,1	2,4
<b>Gesamt</b>	<b>42</b>	<b>44,2</b>	<b>100</b>
<b>Fehlend</b>	<b>53</b>	<b>55,8</b>	
<b>Gesamt</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	

Obige Tabelle zeigt, in wie fern das Ziel zwischen der Präerhebung und katamnestischen Befragung erreicht wurde. Mit 80,9% gab der überwiegende Teil an, ihrem Ziel näher gekommen zu sein.

Eine günstige Zielerreichung zeigt sich in positiven Prozentzahlen, während negative Werte darauf hindeuten, dass die Person einschätzte, sich von ihrem Ziel im prä-kat Vergleich entfernt zu haben. „0“ deutet eine Stagnation an. Es fällt auf, dass lediglich 7,2% (N=3) einschätzten, sich von ihrem Ziel in diesem Zeitraum entfernt zu haben. 11,9% (N=5) gaben an, im prä-kat Vergleich an der gleichen Stelle zu stehen im Hinblick auf ihre Zielerreichung. Der überwiegende Teil 80,9% (N=34) gaben an, ihrem Ziel im prä-kat Vergleich näher gekommen zu sein. Hiervon berichteten 54,8% (N=23) ihrem Ziel um 10-45 Prozentpunkte näher gekommen zu sein und 26,2% (N=11), dass sie ihrem Ziel sogar um 50-80 Prozentpunkte näher kommen konnten. Dies wird in folgender Abbildung 6.14 visualisiert.



**Abbildung 6.14 Zielerreichungseinschätzung im prä-kat Vergleich**

Obige Abbildung zeigt die Zielerreichung im prä-kat Vergleich. Rund 81% gaben an, ihrem Ziel in diesem Zeitraum näher gekommen zu sein.

### 6.2.3 Wer ist seinem definierten Ziel näher gekommen?

Lässt sich ein Zusammenhang nachweisen, zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn und der prä-post Zielerreichung?

Um diese Fragestellung zu untersuchen, wurde „Zielerreichung“ operationalisiert. Es wurde der Zeitraum zwischen der neunten Sitzung und dem Ende der Gruppenlaufzeit (prä-post) gewählt, da hier die größte Datenmenge zur Verfügung stand. Die Differenz der Zielerreichung beider Messzeitpunkte wurde errechnet. Positive Werte deuten auf eine günstige Zielerreichung hin, während negative Werte bedeuten, dass die Person eine Zielannäherung verfehlte und 0 eine Stagnation andeutet. Im nächsten Schritt wurden mit dem errechneten Differenzwert Extremgruppen gebildet. Hierfür wurde in der Explorativen Datenanalyse die 25% und 75% Quartile der Normalverteilung herangezogen, um einen Grenzwert fest zu legen, für Erfolgs- und Misserfolgsgruppe der Zielerreichung. Alle Personen unterhalb des 25% Quartil Grenzwertes, wurden der Misserfolgsgruppe zugeordnet (Ziel  $\leq$  5% Punkte erreicht), während alle Personen oberhalb des 75% Quartils in die Erfolgsgruppe (Ziel  $\geq$  30% Punkte erreicht) eingeschlossen wurden. Auf diese Weise wurden lediglich die Personen mit den größten Verbesserungen bzw. größten Verschlechterungen im Hinblick auf die Zielerreichung für schlussfolgernde Aussagen betrachtet.

#### Extremgruppenvergleich: Therapieerfolg Zielerreichung

(In wie fern) gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn von Depressivität (BDI prä), Dissoziativität (FDS prä), psychotraumatologischer Belastung (IES-R prä & PTSS-10 prä), Lebenszufriedenheit (FLZ prä), peritraumatischer Dissoziation (PDEQ prä), Selbstwert (MSWS prä), Scham (TOSCA Subskala Scham prä) und allgemeinsychopathologischen Beschwerden (SCL-90 GSI prä) mit der prä-post Zielerreichung?

Die Annahme der Normalverteilung des Differenzwertes von prä-post Zielerreichung wurde überprüft. Diese konnte nicht bestätigt werden, was aus Abbildung 6.15 ersichtlich ist. Der Kolmogorov-Smirnov Test fiel signifikant ( $p=.000$ ) aus, weswegen für unterschiedliche Varianzen korrigiert wurde.

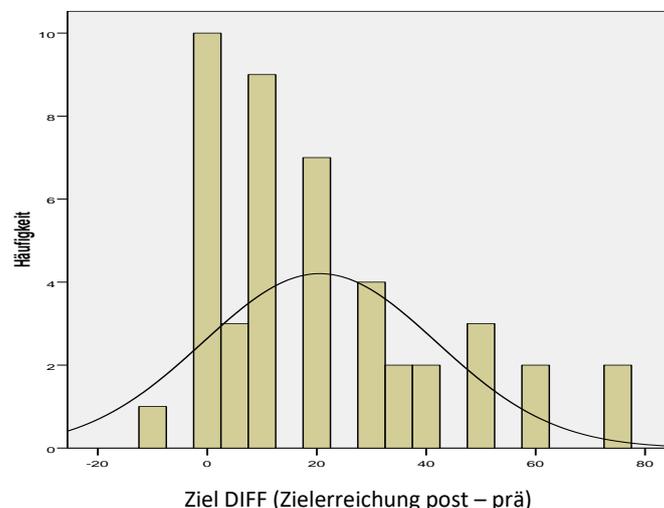


Abbildung 6.15: Normalverteilungsdiagramm des Zielerreichung Differenzwertes

Obige Abbildung zeigt keine Normalverteilung für den Differenzwert aus Zielerreichung post-prä.

Es wurde getestet, ob die bei Gruppenbeginn bestehende Ausprägung von Depressivität, Dissoziativität, psychotraumatologischer Belastung, Lebenszufriedenheit, peritraumatischer Dissoziation, Selbstwert, Scham und allgemeinspsychopathologischen Beschwerden, einen Zusammenhang zur prä-post Zielerreichung zeigt. Bei der Zielerreichung wurde eine Gruppe unterschieden, die ihr Ziel im Gruppenverlauf sehr stark erreichte (Erfolgsgruppe  $\geq 30$  P.) versus einer Misserfolgsgruppe, die ihr Ziel entweder gar nicht oder maximal fünf Prozentpunkte erreichen konnte. Die Misserfolgsgruppe schließt somit auch alle Personen ein, die sich von ihrem Ziel im prä-post Vergleich entfernt haben oder stagniert sind. Die Ergebnisse werden in Tabelle 6.9 für alle untersuchten Hauptskalen sowie signifikante Subskalen dargestellt.

**Tabelle 6.9: Extremgruppenvergleich - Zielerreichung im prä-post Vergleich für alle Hauptskalen sowie die signifikanten Subskalen**

Erhebungsinstrument prä	Zielerreichung				
	Extremgruppen	N	Mittelwert	SD	p
BDI	Misserfolgsgruppe	14	30,07	4,10	.843
	Erfolgsgruppe	14	30,89	4,10	
FDS Gesamt	Misserfolgsgruppe	12	20,40	5,31	.431
	Erfolgsgruppe	14	15,96	5,51	
IES-R Gesamt	Misserfolgsgruppe	14	48,21	5,09	.912
	Erfolgsgruppe	14	48,79	5,09	
PTSS - 10	Misserfolgsgruppe	14	43,36	3,75	.297
	Erfolgsgruppe	14	39,36	3,75	
FLZ Gesamt	Misserfolgsgruppe	12	180,92	16,27	.763
	Erfolgsgruppe	15	185,87	16,29	
FLZ Subskala Gesundheit	Misserfolgsgruppe	13	14,77	2,97	.041
	Erfolgsgruppe	15	20,93	2,84	
PDEQ	Misserfolgsgruppe	14	31,79	4,15	.790
	Erfolgsgruppe	12	30,67	4,18	
MSWS Gesamtselbstwert	Misserfolgsgruppe	9	112,67	31,19	.376
	Erfolgsgruppe	10	98,01	38,93	
Tosca Scham	Misserfolgsgruppe	9	49,00	7,37	.594
	Erfolgsgruppe	8	52,80	6,71	
SCL-90 GSI	Misserfolgsgruppe	9	1,90	0,34	.800
	Erfolgsgruppe	12	1,810	0,35	

Obige Tabelle zeigt links die untersuchten unabhängigen Variablen für die abhängige Variable Zielerreichung im prä-post Vergleich.

Misserfolgsgruppe: alle Personen die ihr Ziel  $\leq 5$  Punkte erreichen konnten,

Erfolgsgruppe: alle Personen die ihr Ziel  $\geq 30$  Punkte erreichen konnten.

Die bei Gruppenbeginn bestehende Ausprägung von Depressivität ( $p=.843$ ), Dissoziativität ( $p=.431$ ), psychotraumatologischer Belastung (IES-R:  $p=.912$  & PTSS-10:  $p=.297$ ), Lebenszufriedenheit ( $p=.763$ ), peritraumatischer Dissoziationsneigung ( $p=.790$ ), Selbstwert ( $p=.376$ ), Scham ( $p=.594$ ) und allgemeinspsychopathologischen Beschwerden ( $p=.800$ ) zeigten keinen signifikanten Zusammenhang zur prä-post Zielerreichung.

Lediglich die Zufriedenheit mit der Gesundheit bei Gruppenbeginn, die mit einer Subskala der FLZ erfasst wurde, zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit der prä-post Zielerreichung ( $p=.041$ ). Personen, die zu Beginn der TRG zufriedener mit ihrer Gesundheit waren (M: 20,93; N=15), gehörten der Erfolgsgruppe an, die ihr Ziel sehr deutlich im Gruppenverlauf erreichen konnten. Personen hingegen, mit einer vergleichsweise nur geringen Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit bei Gruppenbeginn (M: 14,77; N=13) gehörten der Misserfolgsgruppe an, die ihrem Ziel im Gruppenverlauf nicht oder kaum ( $\leq 5\%$  Punkte) näher kommen konnte.

#### **6.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse rund um die Zielearbeit**

Eine Erhebung des Ziels bzw. der Zielerreichung gelang bei rund 50% aller bisherigen Teilnehmerinnen der TRG und erfolgte in Sitzung neun (prä), Sitzung 16 (post) sowie telefonisch rund sechs Monate nach Gruppenabschluss (kat).

##### *Welche Ziele wurden gewählt?*

Eine Differenzierung von übergeordneten Zielkategorien in in- und out-of-group goals wurde von den Begründerinnen des Gruppenmodells übernommen. So empfehlen die Begründerinnen eine Zielkategorie Verteilung von 50:50, um eine möglichst genesungsfördernde Atmosphäre innerhalb einer TRG kreieren zu können.

Rund 43% aller Teilnehmerinnen, für die Daten verfügbar waren, formulierten ein Ziel an dem sie vorwiegend innerhalb der Gruppensitzungen arbeiteten, ein sog. in-group goal. Die Ziele wurden von der Verfasserin inhaltlich-logisch zusammenhängenden Subkategorien zugeordnet. Bei den in-group goals erfolgte eine Einteilung in die Subkategorie „Kontakt mit der Gruppe verbessern“ (26%) sowie die Subkategorie der „Eigen-Fremdwahrnehmung abgleichen/verbessern“ (15%). Die dritte Subkategorie wurde als „Restkategorie“ definiert und 2,1% konnten hier zugeordnet werden.

Rund 57% verbalisierten ein Ziel, an dem sie vorwiegend außerhalb der Gruppenstunden arbeiteten. Die out-of-group-goals wurden Themengebieten zugeordnet auf die sie Bezug nahmen. Mit rund 21% formulierte der überwiegende Teil ein Ziel, welches sie selbst betraf. Rund 11% wählte ein out-of-group goal für wahlweise den Bereich Partnerschaft oder Familie aus. Ein kleinerer Anteil benannte Ziele die Bezug nahmen auf den Bereich Arbeit (4%), Freundeskreis (2%) oder einen Bereich der keiner Subkategorie zugeordnet werden konnte (9%).

##### *Wie stark sind die Teilnehmerinnen ihrem definierten Ziel näher gekommen?*

Diese Frage wurde separat für drei Zeiträume (1) prä-post, (2) post-kat sowie (3) prä-kat beantwortet. Die Zielerreichung wurde jeweils als der Differenzwert zwischen den untersuchten Zeiträumen operationalisiert.

Ad (1) Rund 76% gaben an, ihrem Ziel in der Gruppenlaufzeit näher gekommen zu sein. Allerdings war mit rund 22% auch ein hoher Anteil der Meinung, an der gleichen Stelle zu stehen hinsichtlich ihrer Zielerreichung. Nur eine Person (2%) äußerte eine Verschlechterung und sich von ihrem Ziel im prä-post Vergleich entfernt zu haben.

Ad (2) Im post-kat Vergleich äußerten rund 62% eine günstige Zielannäherung erreicht zu haben. Allerdings berichteten auch rund 26% stagniert zu sein. 12% gab an, sich

verschlechtert zu haben und bei der Katamnese von ihrem Ziel weiter entfernt zu sein, als noch am Ende der Gruppenlaufzeit.

Ad (3) Das imponierendste Ergebnis ist im prä-kat Vergleich zu finden. 81% aller Teilnehmerinnen berichteten, sich ihrem Ziel zum Zeitpunkt der Katamnese näher zu fühlen, verglichen mit der Präerhebung. Rund 12% gaben an, im prä-kat Vergleich stagniert zu sein. Lediglich rund 7% berichteten von einer negativen Entwicklung und somit eine Zielannäherung verfehlt zu haben. Besonders imponiert, dass rund 55% angaben, ihrem Ziel 10-45 Prozentpunkte näher gekommen zu sein und sogar rund 26% angaben, ihrem Ziel 50 bis 80 Prozentpunkte näher gekommen zu sein. Somit gelingt dem überwiegenden Teil nicht nur eine günstige Zielannäherung, sondern das Ausmaß der Zielannäherung fällt beachtlich aus.

*Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptomniveau zu Beginn der TRG und der prä-post Zielerreichung?*

Es wurde untersucht, ob die bei Gruppenbeginn bestehende Ausprägung von Depressivität, Dissoziativität, psychotraumatologischer Belastung, Lebenszufriedenheit, peritraumatischer Dissoziation, Selbstwert, Scham und allgemeinspsychopathologischen Symptomen, einen Zusammenhang zur prä-post Zielerreichung zeigte. Es wurden zwei Extremgruppen gebildet, um schlussfolgernde Aussagen von Personen mit den deutlichsten Unterschieden ab zu leiten. Die Erfolgsgruppe konnte ihr Ziel im prä-post Vergleich sehr deutlich erreichen (Zielerreichung  $\geq 30\%$  Punkte), während Personen der Misserfolgsgruppe zugeordnet wurden, denen entweder keine oder nur eine sehr kleine Annäherung ans Ziel gelang (Zielerreichung  $\leq 5\%$  Punkte).

Die Analysen konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Symptomniveau von Depressivität, Dissoziativität, psychotraumatologischer Belastung, Lebenszufriedenheit, peritraumatischer Dissoziation, Selbstwert, Scham und allgemeinspsychopathologischen Symptomen mit der Zielerreichung nachweisen.

Lediglich eine Subskala des FLZ, Zufriedenheit mit der Gesundheit, wies einen signifikanten Zusammenhang zur prä-post Zielerreichung auf. Personen, die zu Beginn der TRG über eine größere Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit verfügten, gehörten der Erfolgsgruppe an, die ihr Ziel um mindestens 30 Prozentpunkte oder mehr im Gruppenverlauf erreichten. Personen, die zu Beginn der TRG vergleichsweise unzufrieden mit ihrer Gesundheit erschienen, gehörten hingegen der Misserfolgsgruppe an, die sich ihrem Ziel im Gruppenverlauf gar nicht oder kaum nähern konnte.

Kritisch muss berücksichtigt werden, dass lediglich von rund der Hälfte aller, bisher an der TRG teilnehmenden Personen, Daten zum Ziel und der Zielerreichung zur Verfügung standen. Eine Erhebung des Ziels bzw. der Zielerreichung gelang bei 47,4% für den prä-post Zeitraum und bei 44,2% für den post-kat Vergleich. Teilnehmerinnen, die im Gruppenverlauf Ausschieden und somit zu den Drop-outs zählen, wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt, da für sie keine Daten erhoben werden konnten. Möglicherweise kommt es hierdurch zu Verzerrungen in die positive Richtung. Die katamnestische Befragung wurde nur bei einem vollständigen prä-post Datensatz durchgeführt, wobei eine systematische Erhebung der Ziele bzw. Zielerreichung im Studienverlauf ab 01/2013 umgesetzt wurde.

### 6.3 Qualitative Untersuchung zweier Extremgruppen Einzelfälle

Im klinischen Eindruck hängt der subjektiv erlebte Therapieerfolg einer Teilnehmerin deutlich mit dem Ausmaß des Erreichens oder Nicht-Erreichens ihres formulierten Ziels zusammen. Erhebungen mit punktdiagnostischen Verfahren bilden die Entwicklungen, in Bezug auf die Zielerreichung jedoch nicht in allen Fällen adäquat ab. Wie aus der Literatur bekannt ist, neigen komplex traumatisierte Personen dazu, pathologische Beziehungsmuster aufrecht zu erhalten. Es ist somit nicht überraschend, dass es bei einzelnen TRG Teilnehmerinnen zu belastenden psychosozialen Veränderungen während der Gruppenlaufzeit kam, die in punktdiagnostischen Verfahren automatisch mit erfasst werden. Vor diesem Hintergrund wurde die subjektive Zielerreichung als Korrelat für den Therapieerfolg gewertet, der angewandt auf das Gruppenmodell überzeugend erschien, die Methoden der quantitativen Therapieeffektmessung sinnvoll zu ergänzen. Es wurde ein semi-strukturiertes Interview entworfen, um Effekte der TRG einer Qualitätsprüfung zu unterziehen. Aus der zuletzt beendeten Traumagenesungsgruppe im Oktober 2016 wurden die beiden Verläufe herausgenommen, die das günstigste bzw. ungünstigste Ergebnis im Hinblick auf ihre Zielerreichung angaben. Diese beiden Extremgruppen Einzelfälle wurden telefonisch zu einem semi-strukturierten Interview eingeladen, in dem mögliche Einflussfaktoren auf den Therapieverlauf qualitativ exploriert wurden (vgl. Anhang 11). Die Transkripte der Gespräche sind in Anhang 12 aufgeführt. In nachfolgender Auswertung werden relevante Passagen aus den Interviews zitiert.

Neben möglichen Unterschieden in der (1) Zielformulierung, (2) Personenvariablen, der (3) Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, dem (4) Symptommiveau sowie der (5) Lebensgeschichte, wurden in den Interviews Informationen im Hinblick auf das (6) Schamgefühl, potenziellen (7) Erfolgs- und Misserfolgsskripten sowie eine Erhebung der subjektiven Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis (8) erhoben. Die Ergebnisse werden nun jeweils für Frau W., der Erfolgsfall, und Frau H., der Misserfallsfall, aufgeführt.

#### (1). Ziel

In folgender Tabelle sind die formulierten Ziele deskriptiv dargestellt, sowie die subjektive Einschätzung, in wie fern Frau W. und Frau H. ihrem Ziel im Gruppenverlauf näher kommen konnten.

**Tabelle 6.10: Ziel sowie Zielannäherung der Extremgruppen Einzelfälle**

Frau W. Therapieerfolg				Frau H. Therapiemisserfolg			
prä	post	prä-post Zielannäherung	Interview	prä	post	prä-post Zielannäherung	Interview
20	70	+50	+85	20	10	-10	-10
Ziel: „Arbeitskollege selbstbewusst ansprechen lernen.“				Ziel: „Kommunikation mit Menschen erhöhen/Dissoziation in Gruppe reduzieren über Blickkontakt und Fragen stellen.“			

In obiger Tabelle werden das Ziel sowie die subjektive prozentuale Zielannäherung im prä-post Vergleich bzw. zum Zeitpunkt des Interviews, für einen Erfolgs- sowie Misserfallsfall, dargestellt.

Frau W., der Erfolgsfall, berichtete im Interview im Januar 2017, die TRG mit der Erwartung begonnen zu haben „heraus zu finden, wo meine Muster sind, warum ich im Leben so

Schwierigkeiten habe. Mir war eine Traumakonfrontationsgruppe wichtig, um die Dinge weiter zu verarbeiten. Ich wollte wissen, wo wirklich der Auslöser ist.“ Sie formulierte das Ziel: „Einen bestimmten Arbeitskollegen selbstbewusst ansprechen lernen“ zu wollen. Traumaassoziierter Hintergrund für dieses Ziel war, dass sie in der Ursprungsfamilie sowie einer vorherigen Beziehung die Lernerfahrung gesammelt hatte, das physische Gewalt ausgeübt wird, falls sie nicht erahnt, welches Verhalten von ihr erwartet wird. Frau W. hatte hierdurch das Interaktionsmuster entwickelt, insbesondere männlichen Arbeitskollegen gegenüber, sehr zurückhalten auf zu treten. Besonders mit einem Kollegen, mit dem sie täglichen Kontakt hatte, fiel es ihr schwer zusammen zu arbeiten. In der Gruppenlaufzeit stellte Frau W. biografische Bezüge her, um die Funktionalität und Ursachen ihres Verhaltens zu erkennen. Das Ziel von Frau W. wurde der übergeordneten Kategorie *out-of-group goal*, bzw. der dazugehörigen Subkategorie *bezogen auf den Arbeitsplatz* zugeordnet. Ihrem Ziel habe sie sich von zunächst 20% in der neunten Sitzung auf 70% am Ende der Gruppenlaufzeit nähern können. Es sei somit zu einer günstigen Zielannäherung um +50 Prozentpunkte im Gruppenverlauf gekommen. Die Zielannäherung führe sie auf die Unterstützung der Gruppe zurück. Zum Zeitpunkt des Interviews sei sie ihrem formulierten Ziel um +85% näher gekommen. Hilfreich für die Zielerreichung, seien die konkreten Vorschläge der Gruppe zur Umsetzung einer Annäherung an den Kollegen gewesen. Auch habe sie die Rückmeldungen zu ihrer Körperhaltung, wenn sie über den Kollegen berichtete, als hilfreich empfunden. Beispielsweise meldete ihr die Gruppe zurück, dass ihre Stimme stets leise wurde, sie nach unten schaute und eine gekrümmte Körperhaltung einnahm, sobald sie über den Kollegen sprach. In den Begegnungen mit dem Kollegen versuchte Frau W. diese Rückmeldungen zu berücksichtigen, indem sie versuchte den Kollegen an zu schauen bzw. mit fester Stimme und einer aufrechten Körperhaltung zu begegnen. Der Erfolgsfall gab im Interview folgenden Kommentar auf die Frage was sie als nicht hilfreich in der TRG empfunden habe: „Das einzige, was ich nicht hilfreich finde, ist, dass die Gruppe schon zu Ende ist. Ich bin am Anfang der Erkenntnis und da bräuchte ich Übung drin. Nun muss ich wieder anknüpfen, selber dafür sorgen, in die Übung gehen im Alltag und das zehrt an den Kräften. Und wenn man da keine Begleitung hat, ist das schon schwierig. Die Theorie weiß ich ja schon, aber nun geht's ja um die Praxis. Weil aus dem einen Ziel, dem einen Zwischenschritt den man erreicht hat, ergeben sich ja weitere Ziele.“

Frau H. der Misserfolgsfall, benötigte verglichen mit Frau W. erheblich mehr Zeit, „um in der Gruppe an zu kommen.“ Im Interview gab sie an, sehr lange keinen Kontakt mehr zu vielen Menschen wie beispielsweise in einer Gruppe gehabt zu haben, so dass sie sich zunächst einmal an das Setting adaptieren musste. Sie formulierte das Ziel, dissoziatives wegdriften in der Gruppe schneller erkennen zu wollen, um so „ihren Kontakt mit dem hier und jetzt zu erhöhen.“ Es handelt sich hierbei um ein *in-group goal*, welches der entwickelten Kategorie *Kontakt zur Gruppe verbessern* zugeordnet wurde. In ihrer Ziellarbeitszeit versuchte Frau H., über ihr dissoziatives Empfinden zu sprechen, die Anderen hierbei möglichst an zu schauen und zu berichten, wodurch dies jeweils ausgelöst werde. Die übrige Gruppe gab ihr Rückmeldungen wie sie empfunden wurde, ob sie beispielsweise präsent wahrgenommen oder eher weggedriftet erlebt wurde. Daneben versuchte Frau H. jeweils, wenn eine andere Teilnehmerin für sich Arbeitszeit beanspruchte, mindestens eine Frage zu stellen oder ihre Beobachtung mit zu teilen, um selbst möglichst orientiert zu bleiben bzw. zum

Gruppengeschehen bei zu tragen. Ihrem Ziel habe sie sich von zunächst 20% in der neunten Sitzung, auf nur noch 10% am Ende der Gruppenlaufzeit nähern können. Es sei somit zu einer ungünstigen Zielannäherung um -10 Prozentpunkte im Gruppenverlauf gekommen. Diese negative Entwicklung führe sie auf eine Präsenz in der Gruppe von lediglich 50% zurück. Die übrigen 50% habe sie dissoziiert. Zum Interviewzeitpunkt schätzte Frau H. ein, dass sie ihr Ziel um 10% erreicht habe, was seit Gruppenende eine Stagnation der Zielannäherung bedeutet. Als hilfreich beschrieb Frau H. die Bestätigung durch andere Gruppenmitglieder, welche sie empfangen habe. Nicht hilfreich sei jedoch gewesen, dass sie nicht habe abschätzen können, zu welchem Zeitpunkt es in Ordnung gewesen sei über Traumainhalte zu sprechen und wann eine Grenze erreicht gewesen sei und durch die Gruppenleiterinnen das Teilen von weiteren Traumainhalten gestoppt wurde. Konzeptionell ist es zu Beginn der Gruppenlaufzeit noch nicht gewünscht, dass Traumainhalte mit der Gruppe geteilt werden, falls noch kein Ziel formuliert ist. Berichte über Traumadetails werden daher durch die beiden Gruppenleiterinnen gestoppt und zunächst erfragt, was ein Ziel für die betreffende Teilnehmerin sein könnte. Erst nach der Zielformulierung werden die Teilnehmerinnen ermutigt, Inhalte ihrer Vorgeschichte miteinander zu teilen, die Bezug zu der Zielformulierung haben. Scheinbar ist dieses Vorgehen für Frau H. nicht hinreichend transparent gewesen. Daneben gab auch Frau H. an, dass sie sich eine noch längere Gruppenlaufzeit gewünscht hätte.

Die Begründerinnen des Gruppenmodells schreiben in ihrem Reader, dass out-of-group goals ihrer Erfahrung nach greifbarer und etwas leichter zu erreichen seien als in-group goals (Mendelson et al., 2011). Tatsächlich kann bestätigt werden, dass Frau W., die ein out-of-group goal formulierte mit Unterstützung der Gruppe sehr zügig begann, zunächst den Arbeitskollegen regelmäßig mit einem „Hallo“ zu begrüßen, dann freundlich an zu lächeln, hierauf aufbauend nach einfachen Dingen wie der Tageszeit oder einem Kaffee zu fragen, bis schrittweise kurze Konversationen zu Stande kamen. Frau H. formulierte stattdessen ein in-group goal und eine günstige Zielannäherung gelang ihr nicht.

## **(2). Personenvariablen**

In folgender Tabelle sind die Personenvariablen beider Extremgruppen Einzelfälle aufgeführt. Diese konnten der Basisdokumentation (vgl. Anhang 8) entnommen werden. In den semi-strukturierten Interviews wurden Veränderungen der Personenvariablen während der Gruppenlaufzeit bzw. danach bei beiden Kasuistiken erhoben.

**Tabelle 6.11: Personenvariablen der Extremgruppen Einzelfälle**

	<b>Frau W. (Erfolgsfall)</b>	<b>Frau H. (Misserfolgsfall)</b>
Alter	30 Jahre	47 Jahre
Kinder	Keine.	19-jähriger Sohn, lebe im Haushalt des Kindesvaters, guter, jedoch seltener Kontakt zu beiden.
Geschwister	Eine Schwester zu der jedoch seit Jahren kein Kontakt bestehe. Durch die Schwester habe Frau W. physische Gewalt erfahren.	Eine Schwester durch Selbstmord (nicht bezeugt) verloren. Frau H. fühle sich hieran schuldig.
Höchster Schulabschluss und anschließende Berufslaufbahn	Nach der Realschule, Ausbildung zur Tierarzhelferin beendet, in diesem Beruf jedoch nie gearbeitet, sondern stets verschiedene Tätigkeiten ausgeführt. Zuletzt in einem Call-center gearbeitet. Zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns ist sie für 20 Wochenstunden berufstätig im Call-Center in Früh- und Spätschicht.	Schulausbildung im asiatischen Ausland als hart und unbarmherzig empfunden. 1993 zum Kunststudium nach Deutschland gekommen, abgeschlossen mit einem Akademie-Brief. Danach selbstständige Künstlerin im Bereich der Bildhauerei. Sie habe sich ein Atelier mit ihrem derzeitigen Lebenspartner geteilt und regelmäßig ihre Werke erfolgreich präsentiert. Unmittelbar nach Auftreten der ersten schweren depressiven Episode habe sie begonnen die kreative Arbeit abzulehnen. Sie habe in Folge dessen ihr künstlerisches Wirken eingestellt und eine Aushilfstätigkeit im Verkauf angenommen. Keine Veränderungen in Gruppenlaufzeit
Beschäftigungssituation	Vor, während und nach der TRG war Frau W. berufstätig im Call-Center (20 Std. p. Woche). Dies verlaufe aus ihrer Sicht sehr zufriedenstellend und sei Verstärkerquelle. Keinerlei Veränderungen diesbezüglich im Interview explorierbar.	Zuletzt Aushilfstätigkeit (3 Tage/ 23,5 Stunden in der Woche) als Verkäuferin im Einzelhandel. Das Arbeitsverhältnis bestehe bis heute. Fr. H. beziehe seit Februar 2015 Krankengeld. Vor, während und nach der TRG arbeitsunfähig und somit nicht berufstätig.
Familienstand	Ledig, lebte bis kurz vor Gruppenabschluss gemeinsam mit Freund in einer Wohnung. Dieser trennte sich kurz vor Gruppenabschluss von ihr. Bezug einer eigenen Wohnung drei Wochen vor Interview, zuvor zwei weitere Monate gemeinsam mit Ex-Partner gelebt.	Derzeit lebe sie mit einem festen Partner (freischaffender Performance-Künstler) in einer gemeinsamen Wohnung.

Obige Tabelle zeigt eine Übersicht der Personenvariablen beider Einzelfälle

Der Tabelle kann entnommen werden, dass der Erfolgsfall im Gegensatz zum Misserfolgsfall vor, während und nach der TRG erwerbstätig war und dies als Verstärkerquelle im Interview berichtete. Veränderungen im Berufsleben oder Beschäftigungsverhältnis ergaben sich für beide Einzelfälle während oder nach der TRG nicht. Allerdings gab der Erfolgsfall an, dass sich kurz vor Abschluss der TRG Gruppenlaufzeit der Partner von ihr getrennt habe. Dies beschrieb Frau W. im Interview als zunächst deutlichen Schock. Im Zuge der Trennung lebte Frau W. zwei weitere Monate in der gemeinsamen Wohnung mit dem Ex-Partner. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte sie vor drei Wochen eine neue, eigene Wohnung bezogen.

Beim Misserfolgsfall, Frau H. trat im Rahmen der Gruppenlaufzeit oder danach keinerlei Veränderung hinsichtlich der Personenvariablen auf. Sie gab im Interview an, weiterhin deutlich zurückgezogen, ohne regelmäßige soziale Kontakte gemeinsam mit ihrem Partner zu leben. Vor, während und nach der TRG ist der Misserfolgsfall arbeitsunfähig.

### (3). Angaben zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

In folgender Tabelle werden bisherige Vorbehandlungen beider Extremgruppen Einzelfälle zusammenfassend dargestellt.

**Tabelle 6.12: Vorbehandlungen der Extremgruppen Einzelfälle**

Vorbehandlungen	Frau W. (Erfolgsfall)	Frau H. (Misserfolgsfall)
psychiatrische	2013: eine Nacht allgemeinpsychiatrische Behandlung aufgrund von Suizidgedanken.	Anfang 2015: viermonatige stationäre Behandlung aufgrund einer suizidalen Krise (Tabletteneinnahme und oberflächliches Ritzen an den Handgelenken). Während dieses Aufenthaltes drei weitere Suizidversuche, daher mehrfach Unterbringung nach PsychKG. Erneute stationäre Behandlung in Allgemeinpsychiatrie Ende 2015 für 4 Wochen und nochmals 8 Wochen, aufgrund einer schweren depressiven Episode u. Suizidgedanken.
ambulant	Ambulante psychiatrische Behandlung seit einem Jahr.	Ambulante Psychotherapie sowie psychiatrische Behandlung.
im ZfP	Vorstellung in der offenen psychotraumatologischen Sprechstunde des ZfP in 11/2015, anschließend Diagnostikmodul und ärztliche Nachbesprechung in der ihr eine TRG Teilnahme empfohlen wurde.	Vorstellung in der offenen psychotraumatologischen Sprechstunde des ZfP im Dezember 2015. Rehabilitation im ZfP von März bis Mai 2016, mit Empfehlung an der TRG teilzunehmen.
Behandlungen nach Abschluss der TRG	Fachärztliche Weiterbehandlung, darüber hinaus nach der TRG keine ambulante oder stationäre Folgebehandlungen bisher. Planung ambulante traumaspezifische Psychotherapie.	Fortführung der ambulanten Psychotherapie. Eine erneute Trauma Reha will Frau H. in der Zukunft beantragen. Daneben sei sie in fachärztlicher Weiterbehandlung.
Medikation	Paroxetin.	Valproinsäure, Venlafaxin, Quetiapin, Biperiden.

Obige Tabelle zeigt stationäre, ambulante und pharmakologische Vorbehandlungen sowie Behandlungen im Zentrum für Psychotraumatologie (ZfP) beider Einzelfälle.

Der Erfolgsfall, Frau W., habe nach Abschluss der TRG Gruppenlaufzeit keine weiteren (teil)stationären Behandlungen in Anspruch genommen und strebe auch zukünftig keine an. Sie sei jedoch auf der Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz und stehe auf diversen Wartelisten. Zum Zeitpunkt des Interviews werde sie lediglich medikamentös durch einen Psychiater behandelt. Insgesamt erscheint die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems von Frau W. deutlich geringer, verglichen mit dem Misserfolgsfall.

Frau H. führte im Vorfeld der TRG multiple stationäre Vorbehandlungen, vorwiegend im Rahmen von suizidalen Krisen durch. Nach der TRG strebe sie eine erneute Trauma Rehabilitation an. Zum Zeitpunkt des Interviews sei Frau H. in psychiatrischer sowie psychotherapeutischer Behandlung.

### (4). Symptommiveau

Folgende Tabelle zeigt das Symptommiveau zu den beiden verfügbaren Messzeitpunkten beider Einzelfälle.

**Tabelle 6.13: prä-post Symptommiveau der Extremgruppen Einzelfälle**

Fragebögen	Frau W.		Frau H.	
	Therapieerfolg		Therapiemisserfolg	
	prä	post	prä	post
BDI	43	45	48	55
PTSS-10	49	41	54	56
IES-R (gesamt)	66	59	67	71
IES-R Vermeidung	33	24	32	38
IES-R Hyperarousal	27	14	27	27
IES-R Intrusionen	33	23	35	33
TOSCA (Scham)	64	68	65	67
SCL-90	1,89	2,00	2,14	2,63
FLZ	172	105	161	156
MSWS (Selbstwert)	61	87	108	83
FDS	17,05	15,23	40,45	48,64
PDEQ	24		42	

In obiger Tabelle kann das prä und post Symptommiveau für zwei Extremfälle entnommen werden. Frau W. konnte ihr Ziel sehr erreichen und Frau H. zeigte eine negative Zielannäherung.

Wie der Tabelle entnommen werden kann, zeigen beide Einzelfälle weitgehend vergleichbare Symptomlevel bei Gruppenbeginn.

Frau W. konnte ihr Ziel im Gruppenverlauf deutlich erreichen, zeigte jedoch ein sehr gemischtes Bild aus Verbesserungen sowie Verschlechterungen in punktdiagnostischen Erhebungsinstrumenten. Analog zur Zielerreichung zeigte der Erfolgsfall im prä-post Vergleich eine leichte Reduktion der Traumasymptomatik in beiden Skalen (PTSS-10 prä: 49; post: 41 sowie IES-R prä: 66; post: 59). Traumaassoziierte Vermeidung sank bei Frau W. deutlich im Gruppenverlauf von 33 auf 24 Punkte, ebenso wie Hyperarousal (prä: 27; post: 14) und Intrusionen (prä: 33; post: 23). Daneben konnte eine Steigerung im Selbstwert (MSWS prä: 61; post: 87) beim Erfolgsfall festgestellt werden. Für dissoziative Symptome, erfasst durch den FDS, zeichnete sich eine leichte Verbesserung von prä 17,05 auf post 15,23 Punkte ab. Allerdings ergaben sich neben den günstigen Entwicklungen auch Verschlechterungen der depressiven Beschwerden (BDI: prä: 43; post 45), der Scham (prä: 64; post: 68) sowie der allgemeinsychopathologischen Beschwerden (prä: 1,89; post: 2,00) und der Lebenszufriedenheit (prä: 172; post: 105) beim Erfolgsfall. Bei der Frage weswegen Frau W. sich auf manchen Symptomskalen verschlechtert habe versus auf einzelnen gebessert, gab sie die Trennung von ihrem Partner kurz vor Ende der Gruppenlaufzeit an. Hierdurch habe sie sich tief traurig und unzufrieden gefühlt. Dennoch sei sie auf ihre Erfolge im Rahmen der TRG stolz und nehme sich als insgesamt etwas selbstbewusster wahr.

Frau H. zeigte analog zu ihrem Rapport im Interview steigende Symptomlevel im prä-post Vergleich. Sie machte im Interview folgenden Kommentar: „Ich denke ganz am Ende der Gruppe hatte ich das Gefühl, ich fang gerade an und ich fühle mich da so stehen gelassen. Ich komme nicht weiter.“ Dies bildet sich auch in den punktdiagnostischen Instrumenten ab. Analog zu ihrem Bericht im Interview lässt sich aus den quantitativen Messinstrumenten eine ungünstige Entwicklung der depressiven Beschwerden (BDI), der Traumasymptomatik (PTSS-10 und IES-R), von Scham (Tosca), allgemeinsychopathologischen Beschwerden (SCL-90),

Lebenszufriedenheit (FLZ) Selbstwert (MSWS) und dissoziativen Beschwerden (FDS) ableiten.

Ein klinisch bedeutsamer Unterschied beider Einzelfälle konnte allerdings für Dissoziativität festgestellt werden sowohl im FDS, als auch im PDEQ, der die peritraumatische Dissoziationsneigung erfasst. Beim Erfolgsfall fiel dissoziative Symptomatik etwas geringer aus (Frau W. FDS prä 17,05 und PDEQ 24), als beim Misserfolgsfall (Frau H. FDS prä 40,05 und PDEQ 42 Punkte). Der Misserfolgsfall gab somit eine stärkere Dissoziationsneigung, im Vergleich zum Erfolgsfall an. Auch im Interview dissoziierte Frau H. für kurze Zeit und gab die Rückmeldung lediglich etwa 50% der TRG Gruppenzeit erinnern zu können, da sie die übrige Zeit dissoziiert habe.

**(5). Angaben zur Lebensgeschichte**

In folgender Tabelle werden die Ereigniskriterien sowie mögliche zusätzliche Belastungen bei Frau W. und Frau H. wiedergegeben.

**Tabelle 6.14: A-Kriterien sowie weitere Belastungen der Extremgruppen Einzelfälle**

	Frau W.(Erfolgsfall)	Frau H. (Misserfolgsfall)
<b>Angaben zur Lebensgeschichte</b>		
Ereigniskriterien	8. bis zum 23. Lebensjahr mehrfach physische Gewalt durch ihre Schwester (+ 7 Jahre) und Vater. Einmalig Krankenhaus Behandlung infolge der Verletzungen. 16. bis 19. Lebensjahr physische Gewalt durch ihren Partner. Im 21. und 22. Lebensjahr habe sie erneut physische Gewalt sowie einmalig negative Intimität in einer Partnerschaft erlebt.	Körperliche und emotionale Gewalt durch Vater bis zum 21. Lebensjahr, daneben (emotionale) Vernachlässigung in der Kindheit. Frau H. sei mehrfach für 1-2 Tage eingesperrt worden. Gewalt bei Geschwistern und Mutter bezeugt, Vergewaltigung einer fremden Frau durch den Vater, von Frau H. bezeugt.
Weitere Belastungen	Ein Freund sei im Sommer 2015 bei einem Motorradunfall ums Leben gekommen (nicht bezeugt).	Suizid der Schwester vor 18 Jahren (nicht bezeugt), depressive Erkrankung des Sohnes, Gewalterfahrungen/Fixierung im psychiatrischen Kontext auf einer geschützten Station im Rahmen von PsychKG.

Obige Tabelle zeigt die Ereigniskriterien sowie weitere belastende Ereignisse beider Extremgruppen Einzelfälle.

Obiger Tabelle können die traumatischen Ereigniskriterien sowie zusätzliche Belastungen in der bisherigen Biographie von Frau W. und Frau H., entnommen werden. Beide Extremgruppen Einzelfälle haben eine Kombination aus traumatischen Ereignissen in Kindheit und Erwachsenenalter erlebt. Die aufgeführten belastenden Ereignisse wurden beim Erfolgsfall der Kategorie *Kindheit: physische Gewalt Familie* zugeordnet. Daneben erlebte Frau W. im *Erwachsenenalter physische Gewalt* durch einen *Bekannt*en sowie *sexuellen Missbrauch* in der Partnerschaft.

Die Traumatisierungen von Frau H. wurden den Kategorien *Kindheit: physische Gewalt Familie* und *Vernachlässigung/emotionaler Missbrauch* zugeordnet. Im *Erwachsenenalter* erlebte Frau H. den Suizid ihrer Schwester bzw. im Rahmen einer geschlossen psychiatrischen Behandlung verschiedene belastende Situationen, die jedoch nicht die Qualität eines traumatischen A-Kriteriums haben.

Es fällt auf, dass die Traumaerlebnisse beider Extremgruppen Einzelfälle durchaus ähnlich sind. Der Misserfolgsfall erlebte im Gegensatz zum Erfolgsfall zusätzliche Vernachlässigung/emotionalen Missbrauch.

### (6). Scham

Das TRG Gruppenkonzept wurde mit besonderem Fokus auf die potenzielle Beeinflussung von Scham evaluiert. Beide Extremgruppen Einzelfälle wurden demzufolge in den Interviews hinsichtlich ihres subjektiven Schamempfindens vor, während und nach der TRG befragt. In folgender Tabelle werden die Resultate dargestellt.

**Tabelle 6.15: Ergebnisse für Scham beider Extremgruppen Einzelfälle**

	Frau W. (Erfolgsfall)	Frau H. (Misserfolgsfall)
<b>Scham</b>		
Entwicklung des Schamgefühls verglichen mit vor der TRG	Zitat aus Interview: „Die Scham ist mir nun bewusster, im Verhalten bin ich dadurch gehemmt als vorher, aber die Scham selber ist etwas besser.“	Frau H. empfinde etwas weniger Schamgefühle. Sie habe eine geringere Blockade "überhaupt mal wieder zu reden."
Verschlechterung/ Verbesserung durch die TRG?	Eine leichte Verbesserung bringt Frau W. in den Zusammenhang sich in der TRG schwierigen Situationen ausgesetzt zu haben. „Es hat mir geholfen, zu sehen, dass andere die gleichen Probleme haben wie ich und die auch mitten im Leben stehen.“	Die leichte Verbesserung bringt Frau H. mit der TRG und der ambulanten Psychotherapie in Verbindung.
Beeinträchtigungen im Alltag im Zusammenhang mit Scham?	„Ich nehme meine Probleme mehr wahr. Ich habe zum Beispiel Angst davor im Mittelpunkt zu stehen. Mir ist das alles bewusster geworden, da reagiert mein Körper auch mit drauf.“	Beeinträchtigungen kann Frau H. nicht klar angeben. Sie berichtet: „vielleicht etwas empfindlicher geworden" zu sein. Frau H. gibt ein Beispiel eines Konfliktes mit dem Partner: „Ich habe Probleme über meine Krankheit zu sprechen, dann schäme ich mich. Oder wenn jemand schreit, dann kommt bei mir diese Starre und mein Freund sagt dann, Ich habe doch gar nicht geschrien. Da bin ich sehr sensibel und jedes Mal finde ich das so doof von mir. Aber ich kann es nicht ändern.“
Mögliche Veränderung der Sicht auf sich durch TRG?	„Ich bin fremden Menschen gegenüber, glaube ich, misstrauisch gegenüber. Keine Ahnung, ob das mit der Traumatisierung zu tun hat oder nicht, aber wenn ich mit Freunden spreche, glauben die irgendwie mehr an das Gute und ich sehe vor allem das Schlechte.“	Sicht auf sich, die Welt und andere sei vor, während und nach der TRG stagniert.
Beeinträchtigung von zwischenmenschlichen Beziehungen durch Scham (0-100%) vor /während und nach der TRG	„Bei Männern habe ich ein größeres Problem, nicht bei allen Männern. Mit Frauen habe ich das zwar auch aber weniger. 60-70% vor der TRG; 50% nach der TRG, während der TRG schwankende Beeinträchtigungsgrade.	Frau H. fühle sich deutlich weniger durch Schamgefühle, als durch Ängste in zwischenmenschlichen Beziehungen beeinträchtigt. Sie gibt 5% der Beeinträchtigung durch Scham an. Vor/während und nach der TRG diesbezüglich Stagnation.
Rückzug aus sozialen Beziehungen wegen Scham (0-100%) vor/während und nach der TRG	„Das beeinträchtigt mich schon stark in meinem Leben, ist aber besser geworden. Mit dem Arbeitskollegen kann ich jetzt einigermaßen gut umgehen.“ Vor der TRG ca. 40%; nach der TRG 25% Rückzug aus sozialen Beziehung aufgrund von Scham.	20-30% sei Frau H. diesbezüglich beeinträchtigt. Ihr Kommentar: „Ich will nicht, dass irgendwer oder meine Freunde meine Krankheit sehen. Darum habe ich absichtlich alle Kontakte unterbrochen. Ich schäme mich, dass meine Krankheit mich so beherrscht.“ Vor, während und nach der TRG diesbezüglich Stagnation.

Obige Tabelle zeigt die Resultate der Einzelfallinterviews für Scham.

Der Erfolgsfall gab im Interview an, dass ihr das Thema Scham „bewusster geworden“ sei. Sie nehme dieses Gefühl, welches sie vor der TRG weitgehend ignoriert habe, mehr wahr, da auch in der Gruppe über Schamgefühle gesprochen worden sei. Auf der Verhaltensebene fühle sie sich hierdurch etwas gehemmter. Schamgefühle hätten jedoch subjektiv leicht abgenommen. Diese Entwicklung führe sie zum Teil auf die Gruppe zurück. Daneben berichtet sie von Ihrem subjektiven Eindruck, sich durch die TRG verschiedenen herausfordernden Situationen gestellt zu haben, wodurch es möglicherweise laut des Erfolgsfalls zu der subjektiven Abnahme ihres Schamgefühls gekommen sei. Darüber hinaus gab sie im Interview an, dass es ihr sehr geholfen habe, dass „andere die gleichen Probleme haben wie ich und die auch mitten im Leben stehen.“ Sie nehme ihre Probleme nun insgesamt bewertet mehr wahr. Durch die erlebten Traumatisierungen beschreibt sich Frau W. im Vergleich zu nicht traumatisierten Interaktionspersonen misstrauischer. Die Beeinträchtigung durch Scham erlebe Frau W. unterschiedlich in Abhängigkeit des Geschlechtes ihres Interaktionspartners. Sie gab im Interview an: „Bei Männern habe ich ein größeres Problem, nicht bei allen Männern. Mit Frauen habe ich das zwar auch aber weniger.“ Eine Einschätzung der Beeinträchtigung in zwischenmenschlichen Beziehungen durch Scham an zu geben, fiel Frau W. schwer. Eine Beeinträchtigung durch Scham in zwischenmenschlichen Beziehungen, habe in etwa 60-70% der Situationen vor der TRG und etwa 50% nach Gruppenabschluss vorgelegen. Die Beeinträchtigung während der Gruppenlaufzeit habe stark geschwankt, in Abhängigkeit davon ob Frau W. beispielsweise Zielearbeitszeit für sich in Anspruch genommen habe oder nicht. Befragt nach subjektiv erlebtem schambedingtem Rückzug aus sozialen Situationen gab der Erfolgsfall ca. 40% vor der TRG und 25% am Ende der Gruppenlaufzeit an. Allerdings unterliege auch dies starken Schwankungen. Die Entwicklung ihrer Beeinträchtigung durch Scham kommentierte sie folgendermaßen: „Mir hat geholfen, mich groß zu machen, wenn ich den Arbeitskollegen gesehen habe und daran zu denken, dass ich Blickkontakt halten sollte.“ Auf die Frage ob dies Ursächlich für weniger Schamgefühle sei, antwortete Frau W.: „Weiß ich nicht genau, vielleicht ist es vor allem, dass ich gesehen habe, dass Andere auch Schwierigkeiten mit Männern haben. Ich weiß es nicht.“

Der Misserfolgsfall, Frau H., gab im Interview an, durch das Gruppengefüge ihre Schwelle „überhaupt mal wieder zu reden“ etwas überwunden zu haben. Diese Entwicklung führe sie sowohl auf ihre Gruppenteilnahme aber auch ihre ambulante Psychotherapie zurück. Interessanterweise gab Frau H. an, deutlich weniger durch Schamgefühle im Alltag beeinträchtigt zu sein als durch Ängste. Die Beeinträchtigung durch Scham im Alltag werde nur in 5% der Situationen erlebt. Allerdings ziehe sie sich nach der Gruppe wieder sehr zurück, so dass sie potenziell schambesetzten Situationen annähernd überhaupt nicht ausgesetzt sei. Dementsprechend gab Frau H. an, in 20-30% der interpersonellen Beziehungen im Zusammenhang mit Schamgefühlen zu Rückzug zu neigen. Sie empfinde ausgeprägte Schamgefühle für ihre Erkrankung.

### **(7). Erfolgs- und Misserfolgsskripte als Einflussfaktoren der Therapie**

Analog zu Köhler und Bering (2012) wurden in den Einzelfallinterviews die Erfolgsskripte 1. Ressourcenorientierung, 2. Aufarbeitung von „Altlasten“, 3. Zukunftsorientierung, 4. nachhaltig positive Beziehung zu Therapeuten und der Gruppe, 5. Unterstützung durch das

soziale Umfeld sowie die Misserfolgsskripte 1. mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld, 2. Unterbrechung des Heilungsprozesses, 3. fehlende Hoffnung in Wirksamkeit von Therapie, 4. geringe Anerkennung durch Funktionsträger, 5. Wunsch nach Berentung und 6. Komorbidität mit Persönlichkeitsstörung untersucht. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Erfolgsskripte Analyse für Frau W., die ihr Ziel im Gruppenverlauf sehr deutlich erreichen konnte und Frau H., der keine günstige Zielannäherung gelang. Die Skripte, die als erfüllt Bewertet wurden sind *kursiv* abgedruckt.

**Tabelle 6.16: Erfolgsskripte beider Extremgruppen Einzelfälle**

	Frau W. (Erfolgsfall)	Frau H. (Misserfolgsfall)
<b>Erfolgsskripte</b>		
1. Ressourcen Orientierung	<i>Der Beruf wird als Verstärkerquelle benannt, ebenso wie gute Freunde. Sie helfe Anderen gern und erlebe Entlastung über Kochen, Musik hören, spazieren gehen, Freunde treffen.</i>	Freund, Hund und Sohn geben ihr Halt. Früher Kompensation von Symptomatik über viel Arbeit. Durch die AU ist Arbeit als Verstärker weggefallen. Stärken können nicht genannt werden. Hilfreichste Strategie (Sport) darf wegen Erkrankung (Knie Entzündung) nicht ausgeführt werden. Kommentar auf die Frage, ob sie selbst etwas an ihrer Situation ändern könne: „Ich weiß es nicht. Ich hoffe. Ich weiß nicht was noch kommt. Ich habe das Gefühl ich habe schon alles gegeben.“ Erlernte Techniken (Skills) werden nicht angewandt.
2. Aufarbeitung von „Altlasten“	<i>Aufarbeiten von Altlasten gelang subjektiv: „Ich fand es hilfreich, den anderen zu erzählen, was ich damals zu Hause erlebt habe und zu sehen, dass die darauf ganz normal reagieren und mich gleich behandeln.“</i>	Eine Aufarbeitung von "Altlasten" wird klar negiert. Frau H. sagt: "Ich habe gerade den Anfang gemacht und die Gruppe ist jetzt um."
3. Zukunftsorientierung	<i>Frau W. freue sich auf eine neu bestellte Couch, die in kürze eintreffen werde. Sie freut sich darüber, vor drei Wochen eine neue, eigene Wohnung bezogen zu haben. Sie nimmt an, in einer angestrebten ambulanten Therapie in der Genesung weiter kommen zu können.</i>	Positive zukünftige Ereignisse oder Zukunftsvorstellungen können nicht angegeben werden. Ihr Ziel der Zukunft: „Die Krankheit zu verarbeiten“ ist vage gehalten. Seit dem TRG Abschluss habe die ambulante Therapie ihr geholfen. Sie ist sich jedoch unsicher, ob eine weitere Behandlung (Trauma Reha) ihr helfen wird.
4. Nachhaltig positive Beziehung zu Therapeuten / der Gruppe	<i>Aktives Mitglied in einer gegründeten WhatsApp Gruppe ehemaliger TRG Teilnehmerinnen. Sie freue sich auf ein bald geplantes Treffen mit den übrigen TRG Teilnehmerinnen. Sie setze noch immer besprochene Dinge im Alltag um: „Das mit dem groß machen, in die Augen gucken, das mache ich immer noch zwischendurch auf der Arbeit, wenn ich mit Männern rede.“</i>	Frau H. überträgt, das in der TRG formulierte Ziel nicht auf weitere interpersonelle Beziehungen. Stattdessen vermeidet sie sozialen Kontakt und gibt klar an, dass zwischenmenschlicher Kontakt ggw. von ihr nicht gewünscht ist. Frau H. kommentiert: „Ich bin ja noch immer so zurückgezogen und habe gar keine Möglichkeit jemanden an zu sprechen.“ Frau H. ist passives Mitglied in einer gegründeten WhatsApp Gruppe. Auf die Frage, ob ihr die Gruppe helfe: „Nicht wirklich, aber es ist nett zu sehen wie die so miteinander vertraut sprechen. Die wollen sich auch treffen in einem Kaffee, aber ich werde mit Sicherheit da nicht hingehen.“
5. Unterstützung durch das soziale Umfeld	<i>Kein Kontakt zu den Eltern. Frau W. fühle sich durch Freunde gut unterstützt. Besonders eine enge Freundin wird genannt, die auch in der akuten Trennung vom Partner unterstützt habe. In Abhängigkeit von Arbeitsschichten (Früh/Spät) habe sie ausreichend Zeit für Sozialkontakte.</i>	<i>Unterstützung durch insbesondere Partner aber auch Sohn werden als ausreichend erlebt. Mit ihrem Freundeskreis habe Frau H. vor ca. zwei Jahren gebrochen. Zitat aus dem Interview: „Es gibt mehrere die von meiner Krankheit wussten. Denen habe ich damals geschrieben, dass ich keinen Kontakt mehr haben möchte, weil es mir gerade nicht gut geht und ich mich melde wenn ich wieder bereit bin.“</i>

Obige Tabelle zeigt das Ergebnis der Erfolgsskripte beider Extremgruppen Einzelfälle. Die erfüllten Skripte sind kursiv abgedruckt.

Die folgende Tabelle 6.17 zeigt die Ergebnisse der Misserfolgsskripte - Analyse beider Einzelfallinterviews.

Tabelle 6.17: Misserfolgsskripte beider Extremgruppen Einzelfälle

	Frau W. (Erfolgsfall)	Frau H. (Misserfolgsfall)
<b>Misserfolgsskripte</b>		
1. Mangelnde soziale Unterstützung	Kontaktabbruch zu Eltern erfolgte durch Frau W. initiiert. Dies kommentierte sie im Interview: „Ich weiß, dass das besser ist für mich, aber fehlen tun sie mir trotzdem manchmal.“ Unterstützung durch direktes Umfeld wird als ausreichend wahrgenommen mit regelmäßigem interpersonellen Kontakt.	Frau H. habe selbst gewählt aktuell lediglich ihren Partner (täglich Kontakt) und ihren Sohn (Kontakt ca. 1-2 Mal p. Monat) als nahe Unterstützungspersonen. Zu einer Nichte im Ausland habe sie seltenen telefonischen Kontakt. Für ihren Partner fühle sie sich phasenweise in der Verantwortung. Partner könne Traumasymptome manchmal nicht nachvollziehen.
2. Unterbrechung des Heilungsprozess	<i>Sie warte auf den Beginn einer ambulanten Psychotherapie. Habe einzelne Situationen in Verbindung mit Auszug aus ehemaliger gemeinsamer Wohnung / Trennung Partnerschaft als belastend aber nicht traumatisch erlebt.</i>	Eine Entscheidung hinsichtlich EU-Rente stehe aus. Frau H. macht ihre psychische Verfassung vom Ergebnis hinsichtlich Rente abhängig. Durch einen kürzlichen Autounfall ist sie noch stärker belastet beim Autofahren.
3. Fehlende Hoffnung in Wirksamkeit von Therapie	Frau W. blickt insgesamt optimistisch in weiteren Heilungsprozess. Sie führe die psychiatrische Behandlung fort und stehe bereits länger auf Wartelisten für einen ambulanten Psychotherapieplatz.	<i>Hinsichtlich der Wirksamkeit von zukünftiger Therapie ist Frau H. klar ambivalent. Von der TRG habe sie "mehr erwartet, aber das liegt nicht unbedingt an der Gruppe sondern bei mir, dass die Geschwindigkeit anders war als bei anderen Patienten." Die Unterstützung durch ihre ambulante Behandlerin könne sie gut annehmen, neige aber dazu, sich nur auf sich zu verlassen.</i>
4. Geringe Anerkennung durch Funktionsträger	Nicht identifizierbar. Sachbearbeiterin bei Jobcenter wurde bisher als freundlich erlebt. Allerdings besteht leicht angespannte finanzielle Situation durch einen kürzlichen Umzug und damit einhergehende Ausgaben.	Frau H. macht ihren psychischen Zustand von der Entscheidung des Rententrägers hinsichtlich der EU-Rente abhängig. Eine Ablehnung kommentiert sie: „Wenn das wegfällt, das wäre ein Schlag.“ Finanziell komme sie durch die Unterstützung ihres Partners ggw. "noch über die Runden.“
5. Wunsch nach Berentung	Kein Verrentungswunsch identifizierbar. Frau W. ist erwerbstätig.	<i>Rückkehr zum gelernten Beruf sei unvorstellbar. Ggf. einen anderen Beruf, ohne das eine konkrete Planung diesbezüglich bestehe. Frau H. strebt eine volle EU-Rente an.</i>
6. Comorbidität mit Persönlichkeitsstörung	Keine	<i>Frau H. leidet laut Level 1 Behandlungsberichten unter einer F60.6</i>

Obige Tabelle zeigt das Ergebnis der Misserfolgsskripte beider Extremgruppen Einzelfälle. Die erfüllten Skripte sind kursiv abgedruckt.

Der Erfolgsfall gab im Interview ihren Beruf als Verstärkerquelle, im Sinne einer *Ressourcenorientierung* an. Innerhalb der TRG sei ihr eine *Aufarbeitung von „Altlasten“* gelungen, indem sie Traumadetails mit der Gruppe habe teilen können. Entsprechend einer *Zukunftsorientierung* kann der Erfolgsfall positive zukünftige Ereignisse benennen. Sie pflege regelmäßige soziale Kontakte (*soziale Unterstützung*) und sei auch über die Gruppenlaufzeit hinaus aktiv in einer gegründeten WhatsApp Gruppe (*nachhaltige positive Beziehung zu TRG Gruppe*). Nach der TRG warte der Erfolgsfall auf den Beginn einer ambulanten Psychotherapie, was als vorübergehende *Unterbrechung des Heilungsprozess* gewertet wurde. Bereits im Vorhinein der TRG habe sie sich auf diverse Therapie Wartelisten setzen lassen und gehe daher davon aus, zeitnah mit einer ambulanten Behandlung beginnen zu können. Das Misserfolgsskript *fehlende Hoffnung auf Heilung* konnte beim Erfolgsfall nicht identifiziert werden. Sie erwarte im Gegenteil, dass ihr Genesungsprozess durch eine ambulante Therapie weiter vorangetrieben werde. Entscheidungen von Funktionsträgern stehen beim Erfolgsfall nicht aus. Sie ist erwerbstätig und Level 1 Behandlungsberichten konnte keine Persönlichkeitsstörungsdiagnose entnommen werden, so dass auch die Misserfolgsskripte *geringe Anerkennung von Funktionsträgern*, *Wunsch nach Berentung* und *Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen* nicht ausgemacht werden konnten.

Zusammengefasst liegt das Verhältnis Erfolgs- und Misserfolgsskripte für den Erfolgsfall somit bei 5:1.

Der Misserfallsfall hingegen zeigt wenige Erfolgs- und mehrere Misserfolgsskripte. So sei Frau H. selbst gewählt nach der TRG erneut eher isoliert. Lediglich zu ihrem Partner habe sie engen Kontakt, da sie gemeinsam mit ihm in einer Wohneinheit lebe und empfinde hierdurch subjektiv ausreichende *soziale Unterstützung*. Daneben benennt sie gelegentliche Kontakte zu ihrem Sohn und telefonisch zu einer Nichte im Ausland. Das Skript mangelnde soziale Unterstützung wurde analog zu den Angaben des Misserfallsfalls, als nicht bestätigt bewertet, obwohl der supportive Beistand von lediglich einer Person, klinisch als fraglich solide eingeschätzt wird. Der Misserfallsfall beschreibt im Interview ihre Annahme, dass nur sie selbst sich helfen könne und lehnt vor diesem Hintergrund weitere soziale Unterstützung ab. Mit *Ressourcen* ist der Misserfallsfall wenig in Kontakt. In der TRG erlernte Strategien werden im Alltag nicht angewandt. Auch eine subjektive *Aufarbeitung von „Altlasten“* sei dem Misserfallsfall nicht gelungen. Stattdessen habe sie das Gefühl, gerade erst in der Gruppe „angekommen zu sein“ als die Laufzeit endete. Positive Ereignisse der Zukunft, im Sinne einer *Zukunftsorientierung*, können im Interview nicht verbalisiert werden. Auch eine *nachhaltige positive Beziehung zu Therapeutinnen oder TRG Gruppe* habe der Misserfallsfall nicht. In einer gegründeten WhatsApp Gruppe nehme der Misserfallsfall nur passiv teil und wolle an einem ausstehenden Treffen ebenfalls nicht teilhaben. Den weiteren *Heilungsprozess* macht der Misserfallsfall deutlich wahrnehmbar von einer beantragten EU-Rente abhängig. Frau H. strebt eine weitere Trauma Rehabilitation nach der TRG an. Allerdings äußert sie sich ambivalent, ob diese Folgebehandlung ihr voraussichtlich weiter helfen werde, im Sinne einer *fehlenden Hoffnung auf die Wirksamkeit der Therapie*. Insgesamt habe der Misserfallsfall von der Trauma Genesungsgruppe mehr erwartet, führe das Ergebnis allerdings auf ihr persönliches Tempo bzw. Dissoziationsneigung und nicht die Methode zurück. Das Misserfolgsskript *geringe Anerkennung durch Funktionsträger* ist bisher für den Misserfallsfall nicht erfüllt. Die Entscheidung bzgl. einer EU- Rente steht noch aus. Sollte diese nicht im Sinne von Frau H. beschieden werden, deutet sich jedoch eine Zustandsverschlechterung auch im Hinblick auf ihre finanzielle Sicherheit ab. Ein klarer *Wunsch nach Berentung* ist beim Misserfallsfall identifizierbar, ebenso wie eine *Komorbidität mit einer Persönlichkeitsstörung*. Aus dem Bericht einer Rehabilitation im ZfP konnte eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.6) entnommen werden. Das Verhältnis von Erfolgs- und Misserfolgsskripte liegt somit für den Misserfallsfall bei 1:3.

Bei der makroskopischen Betrachtung des Verhältnisses von Erfolgs- und Misserfolgsskripten für beide Extremfälle, fällt eine deutliche Unausgewogenheit korrelierend mit dem Therapieergebnis auf. Der Misserfallsfall zeigte insgesamt fünf Erfolgsskripte und lediglich ein Misserfolgsskript, während der Misserfallsfall lediglich ein Erfolgsskript und drei Misserfolgsskripte vorwies.

#### **(8). Erhebung der subjektiven Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis**

Folgende Tabelle zeigt die Gesamtzufriedenheit mit dem TRG Therapieverlauf für Frau W. und Frau H.

Tabelle 6.18: Zufriedenheit Therapieergebnis beider Extremgruppen Einzelfälle

	Frau W. (Erfolgsfall)	Frau H. (Misserfolgsfall)
<b>Gesamtzufriedenheit</b>		
Verglichen mit vor der TRG	Der Gesamtzustand habe sich etwas gebessert. Frau W. „sehe nun klarer“ und erlebe sich „ein klein wenig selbstbewusster.“	Der Gesamtzustand sei verglichen mit vor der TRG „etwas schlechter“.
Verbesserung/ Verschlechterung wird auf TRG zurückgeführt?	Eine Verbesserung wird „eher ja“ auf die TRG zurückgeführt.	Eine erlebte Verschlechterung habe mit Frau H. zu tun und eher nichts mit der TRG Gruppe.
Zufriedenheit mit dem Ergebnis	Insgesamt eher zufrieden.	Frau H. sei mit dem Ergebnis der TRG unzufrieden.
TRG Fehlschlag?	Nein.	Nein.
Teilerfolge vorhanden?	Teilerfolg: offener ggü. einem Arbeitskollegen. Insgesamt Entwicklung wahrnehmbar, wobei diese als fragil erlebt wird.	Frau H. wertet als Teilerfolg, dass sie "am Ende etwas erzählen konnte."
Verantwortung für Therapieergebnis (Patientin/Therapeutinnen/ Methode oder äußere Umstände)	Verantwortung Ergebnis liege bei 1. äußeren Umständen (Trennung); 2. Patientin, 3. Therapeutinnen, 4. Methode	Frau H. sehe die Verantwortung für den Therapieverlauf nur bei sich.
Abschlusskommentar	„Ich habe gemerkt, dass andere auch Probleme haben. Und die anderen haben meine Probleme ernst genommen und Verständnis gezeigt. Das hat geholfen. Die Entwicklung aller war unheimlich spannend zu sehen. Ich möchte Ihnen noch einmal danken, dass sie mit uns die Gruppe gemacht haben.“	"Ich hätte mir ein halbes Jahr gewünscht. Bei mir war das ja sowieso langsam aber bei anderen Leuten hatte ich auch das Gefühl, das die gerade so mittendrin sind und noch ein bisschen könnte die [Gruppe] noch weiter gehen."

Obige Tabelle zeigt die subjektive Zufriedenheit beider Extremgruppen Einzelfälle mit dem Therapieergebnis.

Frau W., der eine deutliche Zielannäherung im Gruppenverlauf gelang, kommentierte ihre Gesamtzufriedenheit im Interview folgendermaßen: „Der Gesamtzustand ist etwas besser geworden, weil ich klarer sehe. Ich finde etwas besser, aber halt noch nicht so, wie ich es gern hätte. Insgesamt bin ich, glaube ich, ein klein wenig selbstbewusster geworden.“ Sie differenziert klar zwischen ihrem Befinden vorwiegend bedingt durch eine zunächst negativ erlebte Veränderung von äußeren Umständen und dem Gruppeneffekt: „Gegen Ende ging es mir halt nicht so gut wegen meinem Freund, aber das hatte ja nichts mit der Gruppe zu tun.“ Zum Zeitpunkt des Interviews beurteilt Frau W. die Trennung sogar genesungsfördernd und kommentierte diesbezüglich: „das war besser so.“ Die Verantwortungsreihenfolge für das Therapieergebnis sortierte Frau W. konform zu ihren Angaben 1. äußere Umstände (Trennung), 2. Ihr selbst, 3. den Therapeutinnen und 4. der Methode. Über den Gruppenabschluss hinaus trete der Erfolgsfall ihrem Arbeitskollegen gegenüber offener auf, wobei sie generell weiterhin Schwierigkeiten, besonders im Kontakt zu Männern wahrnehme.

Frau H., der keine günstige Zielannäherung gelang, gab zum Zeitpunkt des Interviews an, dass ihr Gesamtzustand verglichen mit dem Zeitraum vor der TRG etwas schlechter sei. Diese Verschlechterung führe sie allerdings nicht auf die Gruppe zurück, sondern auf sich bzw. ihr Arbeitstempo im Vergleich mit den Anderen. Insgesamt sei sie mit dem Ergebnis der TRG unzufrieden. Sie berichtet den Teilerfolg, gegen Ende der Gruppenlaufzeit etwas aus ihrer belastenden Vorgeschichte erzählt zu haben. Zum Befragungszeitpunkt, drei Monate nach Gruppenabschluss, wünschte sich der Misserfolgsfall im Abschlusskommentar eine längere Gruppenlaufzeit von sechs Monaten.

Nun folgen die hypothesentestenden Ergebnisse.

## 6.4 Evaluation der TRG - Hypothesenprüfender Teil

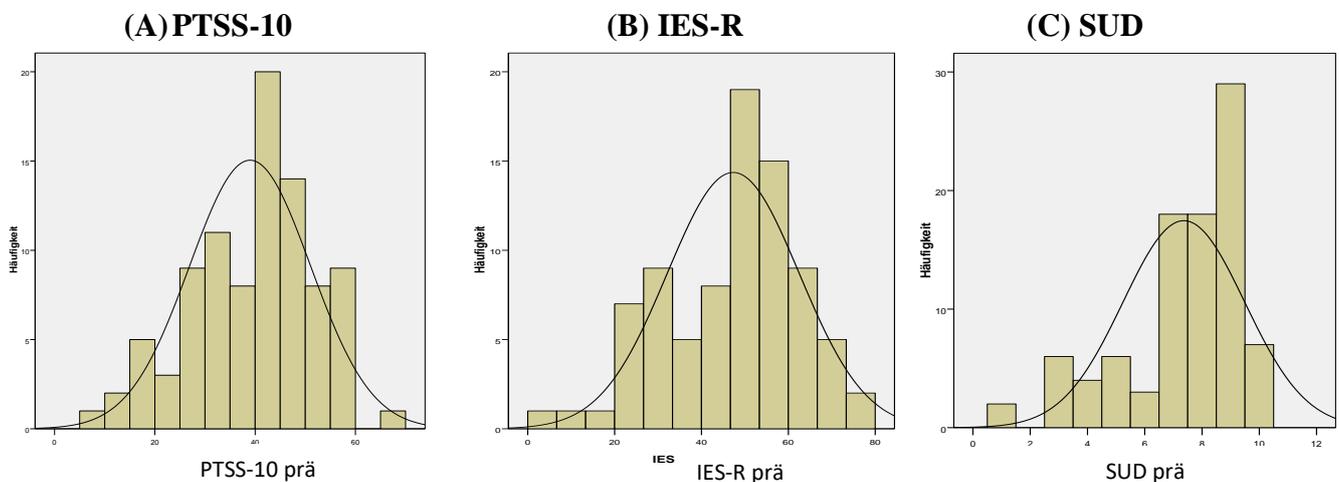
Es wurden T-Tests für gepaarten Stichproben durchgeführt, um Veränderungen der Symptombelastung im prä-post Vergleich zu untersuchen. Cohen's d wurde für jede Analyse berechnet, als Angabe der Effektstärke. Die Größe der Stichprobe variiert bei den unterschiedlichen Messinstrumenten.

### 6.4.1 Hypothese I: Traumaskalen

**Die TRG ist ein wirkungsvolles Gruppenkonzept zur Reduktion von psychotraumatologischer Belastung, erfasst mit den Traumaskalen PTSS-10 (6.4.1.1) und der IES-R (6.4.1.2) bzw. dem SUD (6.4.1.3) im prä-post Vergleich.**

#### Überprüfung der Voraussetzungen:

Für die PTSS-10 fiel der Kolmogorov-Smirnov Test mit  $p=.06$  nicht signifikant aus, was bedeutet das die PTSS-10 zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns (prä) normalverteilt war. Für die IES-R ( $p=.002$ ) und den SUD ( $p=.000$ ) fiel der Kolmogorov-Smirnov Test signifikant aus. Demzufolge lag keine Varianzhomogenität vor und es wurde nach Lilliefors korrigiert. In unten stehender Abbildung 6.16 sind die Normalverteilungsdiagramme der PTSS-10 (A), der IES-R (B) und des SUD (C) bei Gruppenbeginn (prä) dargestellt.



**Abbildung 6.16: Normalverteilungsdiagramme der PTSS-10 (A), IES-R (B) und dem SUD (C)**

Obige Abbildung zeigt im Kolmogorov-Smirnov Test eine Normalverteilung für die PTSS-10 (A) und keine Normalverteilung für die IES-R (B) und den SUD (C) zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns (prä).

### 6.4.1.1 Subhypothese I\_1:

#### Überprüfung der Therapiewirksamkeit - Traumasymptomatik (PTSS-10)

**Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Reduktion der psychotraumatologischen Belastung, welche mit der PTSS-10 erfasst wird.**

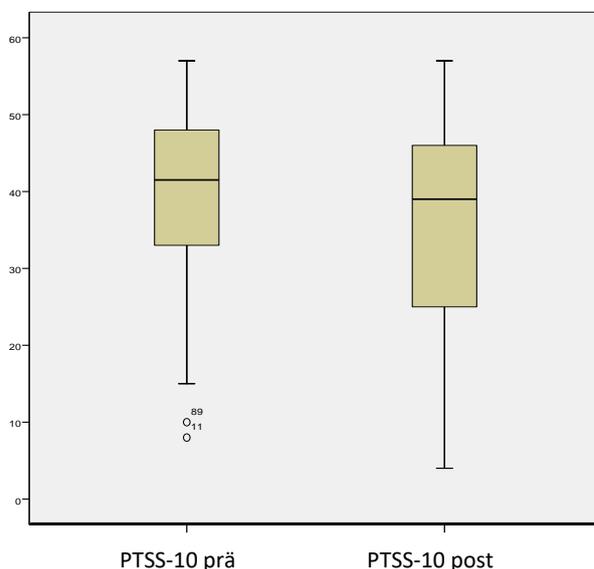
In Tabelle 6.19 werden die Gemittelten, Standardabweichungen sowie das Signifikanzniveau mit Effektstärke von 58 Teilnehmerinnen wiedergegeben, die die PTSS-10 bei der Prä- und Posterhebung ausfüllten.

**Tabelle 6.19: Statistische Ergebnisse für die PTSS-10 im prä-post Vergleich**

Erhebungsinstrument	N	prä		post		p	d
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD		
PTSS - 10	58	38,79	12,06	35,45	13,20	.01	.26

In obiger Tabelle werden die Ergebnisse für die PTSS-10 zu beiden Messzeitpunkten (prä-post) wiedergegeben. Es zeigt sich eine signifikante Reduktion der gemittelten psychotraumatologischen Belastung.

In der Posttraumatic Symptom Scale kommt es zu einer signifikanten ( $p=.010$ ) Reduktion der psychotraumatologischen Belastung im Gruppenverlauf der TRG. Abbildung 6.17 visualisiert die Symptomreduktion vom Prämesszeitpunkt ( $M=38,79 \pm$  dringender Verdacht auf PTBS), zum Postmesszeitpunkt ( $M=35,45 \pm$  Verdacht auf PTBS) bei einem kleinen Effekt ( $d=.26$ ).



**Abbildung 6.17: Boxplot Symptomverlauf PTSS-10**

Im gruppierten Boxplot Diagramm wird die Symptombelastung, erfasst mit der PTSS-10, im prä-post Vergleich der TRG dargestellt. Es ist eine signifikante Reduktion der psychotraumatologischen Belastung im Gruppenverlauf nachweisbar.

### 6.4.1.2 Subhypothese I\_2:

#### Überprüfung der Therapiewirksamkeit – Traumasymptomatik (IES-R)

**Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Reduktion der psychotraumatologischen Belastung, welche mit der IES-R erfasst wird.**

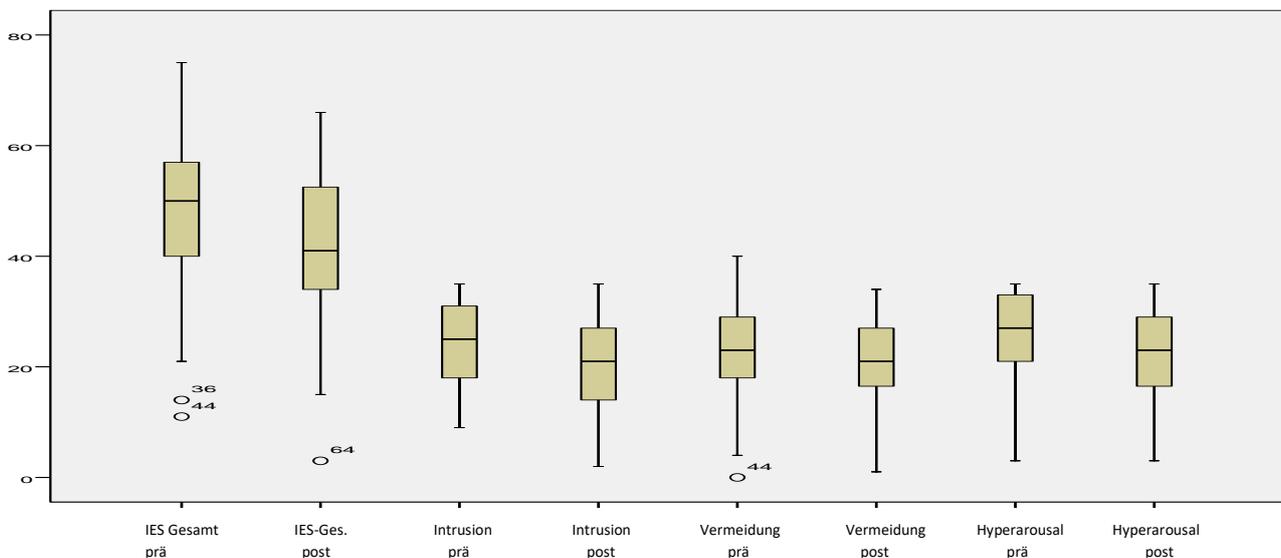
In Tabelle 6.20 werden die Gemittelten, Standardabweichungen sowie das Signifikanzniveau mit Effektstärke von 48 Teilnehmerinnen wiedergegeben, die die IES-R bei der Prä- und Posterhebung ausfüllten. Zur Beantwortung der Subhypothese wurde primär der IES-R Gesamtwert im prä-post Vergleich betrachtet. Die Subskalen der IES-R wurden allerdings der Vollständigkeit halber ebenfalls ausgewertet.

**Tabelle 6.20: Statistische Ergebnisse für die IES-R im prä-post Vergleich**

Erhebungsinstrument	N	prä		post		p	d
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD		
IES-R Gesamt	48	47,58	15,06	41,88	13,37	.004	.4
IES-R_Intrusion		24,98	7,78	21,55	8,45	.004	
IES-R_Vermeidung		22,90	9,49	20,54	7,88	.044	
IES-R_Hyperarousal		25,74	7,97	22,70	8,83	.003	

*Es sind die Ergebnisse im prä-post Vergleich für den IES-R-Gesamtwert sowie die Subskalen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal wiedergegeben. Alle Skalen zeigen signifikante Symptomreduktionen im Gruppenverlauf.*

Im Gesamtwert der Impact of Event Scale (revidierte Form) zeigt sich eine Reduktion von gemittelt prä=47,58 $\pm$ schwer ausgeprägter Traumasymptomatik, zu gemittelt post=41,88 $\pm$ klinisch relevanter Traumasymptomatik, bei einem annähernd mittleren Effekt (d=.4). Auch auf den zusätzlich ausgewerteten Subskalen Intrusionen (M: prä=24,98; post=21,55; p=.004), Vermeidung (M: prä=22,90; post=20,54; p=.044) und Hyperarousal (M: prä=25,74; post=22,70; p=.003), konnte eine signifikante Abnahme im Gruppenverlauf nachgewiesen werden. In Abbildung 6.18 wird dies grafisch dargestellt.



**Abbildung 6.18: Boxplot Symptomverlauf IES-R**

*Im gruppierten Boxplot wird die signifikante Symptomreduktion im IES-R Gesamtwert sowie auf allen drei Subskalen, im prä-post Vergleich dargestellt.*

### 6.4.1.3 Subhypothese I\_3: Therapiewirksamkeit - SUD

**Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Reduktion von subjektiv erlebtem Distress, welcher mit dem SUD erfasst wird.**

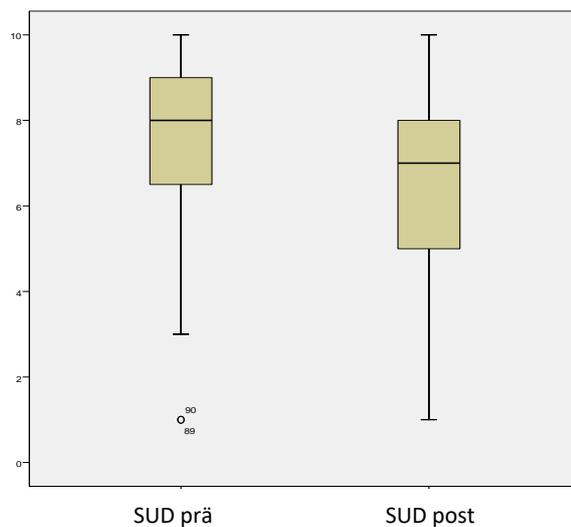
Der SUD ist eine subjektive Einschätzung, wie belastend die traumatische(n) Vorerfahrung(en) in dem Moment der Befragung erlebt werden. Tabelle 6.21 gibt die Gemittelten, Standardabweichungen, das Signifikanzniveau und die Effektstärke von 40 Teilnehmerinnen wieder.

**Tabelle 6.21: Statistische Ergebnisse für den SUD im prä-post Vergleich**

Erhebungsinstrument	N	prä		post		p	d
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD		
SUD	40	7,06	2,49	6,14	2,46	.028	.37

In obiger Tabelle wird das Resultat für den SUD wiedergegeben. Es ist eine signifikante Reduktion in der subjektiv erlebten Belastung, im prä-post Vergleich zu verzeichnen.

Die subjektive Belastung durch das traumatische Ereignis bzw. die Ereignisse, hat zwischen der Prämessung (M=7,06) und Posterhebung (M=6,14) signifikant abgenommen ( $p=.028$ ), bei einem kleinen Effekt ( $d=.37$ ). Dies ist in Abbildung 6.19 dargestellt.



**Abbildung 6.19: Boxplot SUD zu den zwei Messzeitpunkten**

Im gruppierten Boxplot wird die subjektiv erlebte Belastung im prä-post Vergleich dargestellt. Im Gruppenverlauf ist eine signifikante Reduktion der subjektiv erlebten Belastung zu verzeichnen.

#### 6.4.1.4 Zusammenfassung der Ergebnisse Hypothese I

In Hypothese I wurde die TRG hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert, psychotraumatologische Belastung günstig zu beeinflussen. Hierzu wurden die Traumaskalen PTSS-10 und IES-R sowie der SUD herangezogen.

In der PTSS-10 reduziert sich die psychotraumatologische Belastung im Verlauf TRG hoch signifikant von einem *dringenden Verdacht* auf PTBS (prä), zu einem *Verdacht* auf PTBS (post), bei einem kleinen Effekt.

Auch in der IES-R war eine signifikante Reduktion von *schwer ausgeprägter Traumasymptomatik* (prä), zu *klinisch relevanter Traumasymptomatik* (post), mit einem annähernd mittleren Effekt, nachweisbar. Darüber hinaus konnte bei allen drei Subskalen der IES-R Hyperarousal, Intrusion und Vermeidung eine signifikante Reduktion der gemittelten Symptombelastung, im prä-post Vergleich der TRG gefunden werden.

Im Subjective Unit of Distress, der subjektiven Einschätzung wie belastend die traumatischen Vorerfahrungen in dem Moment der Befragung eingeschätzt werden, konnte ebenfalls eine signifikante Reduktion im prä-post Vergleich gefunden werden, mit einem kleinen Effekt.

Kritisch muss für den SUD berücksichtigt werden, dass sich dieser aus einer einzelnen Zahl zusammensetzt. Einschränkend muss weiterhin die große Varianz zwischen den Personen, wiedergegeben mit den großen Standardabweichungen in allen untersuchten Messinstrumenten berücksichtigt werden.

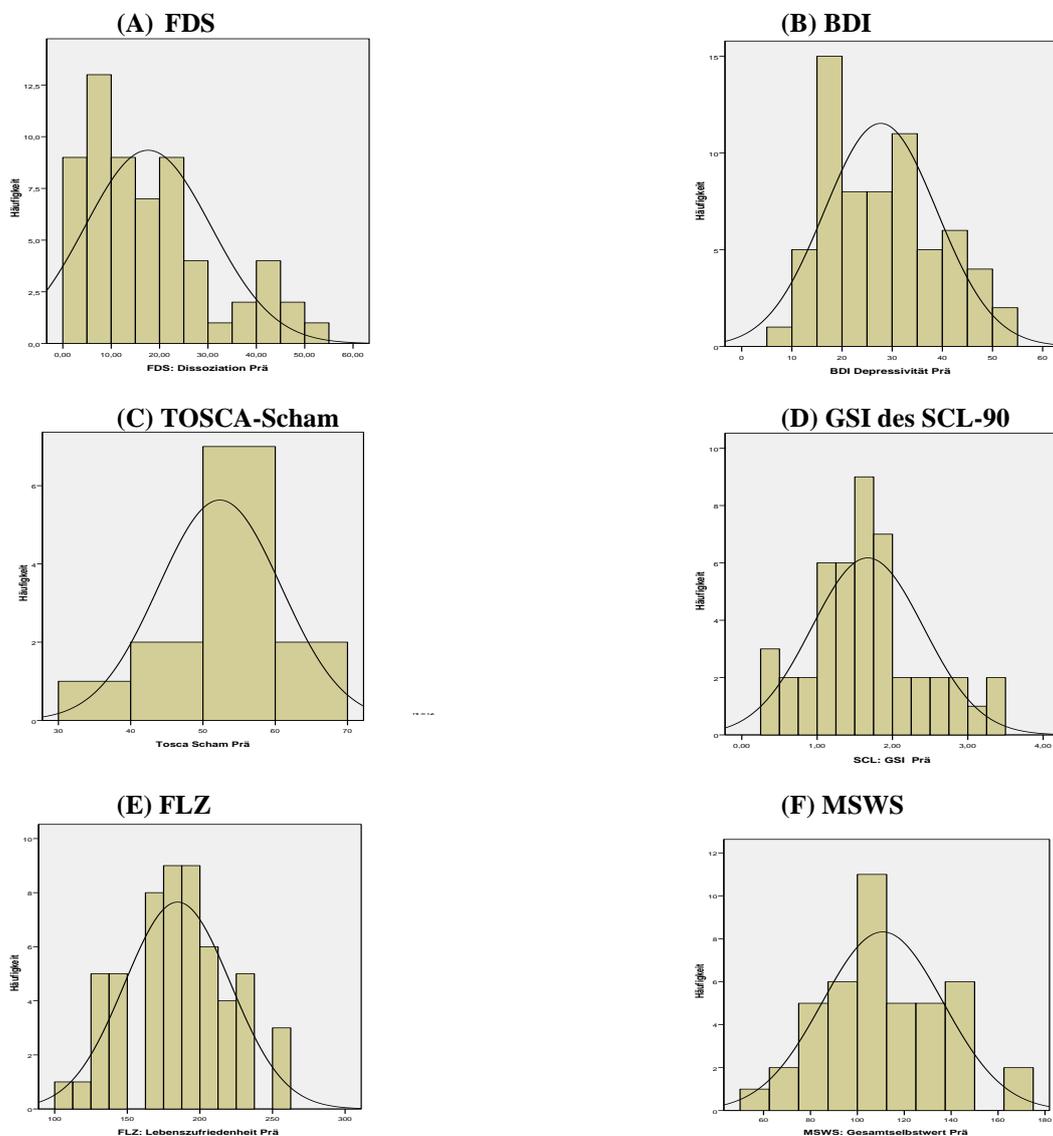
Die erste Hypothese wird als bestätigt erachtet. Die TRG ist ein wirkungsvolles Gruppenkonzept, zur Reduktion von psychotraumatologischer Belastung im prä-post Vergleich.

### 6.4.2. Hypothese II: Therapiewirksamkeit in traumaassoziierten Funktionsbereichen

Die TRG ist ein wirkungsvolles Gruppenkonzept zur Reduktion von Dissoziativität (FDS 6.4.2.1), Depressivität (BDI, 6.4.2.2), Scham (TOSCA, 6.4.2.3) sowie allgemeinsychopathologische Symptome (SCL-90, 6.4.2.4) bzw. zur Steigerung von Lebenszufriedenheit (FLZ, 6.4.2.5) und Selbstwert (MSWS, 6.4.2.6) im prä-post Vergleich.

#### Überprüfung der Voraussetzungen:

Die Betrachtung von Schiefe, Kurtosis, visuelle Inspektionen und der Kolmogorov-Smirnov Test zeigen für den FDS ( $p=.009$ ) und den GSI des SCL-90 ( $p=.035$ ) keine Normalverteilung. Für das BDI ( $p=.079$ ), den TOSCA ( $p=.106$ ), den FLZ ( $p=.200$ ) und die MSWS ( $p=.200$ ) fiel der Test auf Normalverteilung nicht signifikant aus. Somit lag für diese Instrumente zum Zeitpunkt der Prämessung eine Normalverteilung vor. In den Fällen ohne Varianzhomogenität, wurde nach Lilliefors korrigiert. Abbildung 6.20 zeigt die Normalverteilungsdiagramme der verwendeten Funktionsskalen.



**Abbildung 6.20:** Normalverteilungsdiagramme des FDS (A), BDI (B), TOSCA (C), GSI des SCL-90 (D), FLZ (E) und MSWS (F)

Obige Abbildung zeigt im Kolmogorov-Smirnov Test keine Normalverteilungen für den FDS (A) und den GSI des SCL-90 (D). Eine Normalverteilung konnte bei der BDI (B), dem TOSCA (C), dem FLZ (E) und der MSWS (F) festgestellt werden.

### 6.4.2.1 Subhypothese II\_1: Überprüfung der Therapiewirksamkeit–Dissoziativität (FDS)

**Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Reduktion von dissoziativer Symptomatik, welche mit dem FDS erfasst wird.**

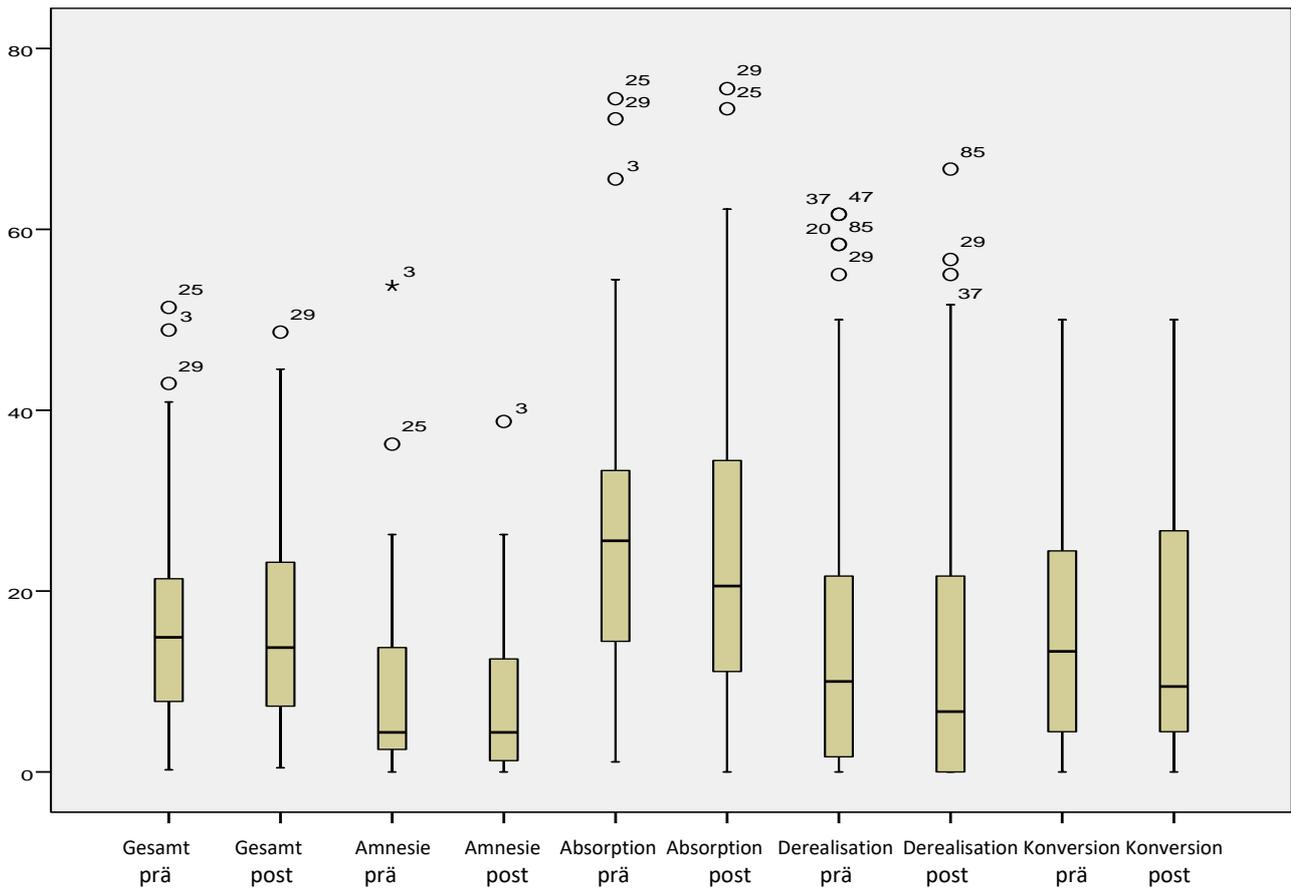
Tabelle 6.22 gibt die Gemittelten, Standardabweichungen sowie das Signifikanzniveau mit Effektstärke von 50 Teilnehmerinnen für den FDS wieder. Der FDS wurde zur Erfassung von dissoziativer Symptomatik in das Fragebögenaset aufgenommen. Zur Beantwortung der Subhypothese wurde primär der FDS Gesamtwert im prä-post Vergleich betrachtet. Die Subskalen des FDS Amnesie, Absorption, Derealisation und Konversion wurden jedoch der Vollständigkeit halber ebenfalls ausgewertet.

**Tabelle 6.22: Statistische Ergebnisse für den FDS im prä-post Vergleich**

Erhebungsinstrument	N	prä		post		p	d
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD		
FDS Gesamt	50	17,81	13,63	15,64	12,90	.065	.35
FDS_Amnesie		9,32	10,97	7,27	8,29	<b>.035</b>	
FDS_Absorption		26,83	18,02	24,86	18,95	.256	
FDS_Derealisation		17,13	19,74	14,40	17,72	.091	
FDS_Konversion		17,14	14,50	14,89	13,78	.123	

*Die Tabelle zeigt die Ergebnisse für den FDS Gesamtwert sowie die Subskalen Amnesie, Absorption, Derealisation und Konversion zu beiden Messzeitpunkten (prä-post). Lediglich auf der Subskala Amnesie ist eine signifikante Reduktion zu verzeichnen.*

Im FDS, einem Erhebungsinstrument das dissoziative Symptombelastung erfasst, ist eine marginal signifikante Reduktion ( $p=.065$ ) im Gesamtwert der dissoziativen Symptomatik vom Prämesszeitpunkt ( $M=17,81 \pm$  oberer Durchschnitt, gemessen an einer Stichprobe mit dissoziativen Störungen), zum Postmesszeitpunkt ( $M=15,64 \pm$  unterer Durchschnitt) zu verzeichnen, bei einem kleinen Effekt ( $d=.35$ ). Neben der Hauptskala wurden die Subskalen ausgewertet. Auf einer Subskala, der „Amnesie“ konnte eine signifikante Reduktion im prä-post Vergleich nachgewiesen werden ( $M$ : prä=9,32; post=7,27;  $p=.035$ ). Auf den weiteren Subskalen des FDS Absorption ( $p=.256$ ), Derealisation ( $p=.091$ ) und Konversion ( $p=.123$ ) zeigen sich keine signifikanten Veränderungen der Mittelwerte im prä-post Vergleich. Es muss eine sehr hohe Varianz zwischen den Personen berücksichtigt werden, da die Standardabweichungen teilweise größer als der Mittelwert ausfallen. Abbildung 6.21 visualisiert die beschriebenen Ergebnisse.



**Abbildung 6.21: Boxplot Symptomverlauf FDS**

*Im gruppierten Boxplot wird die dissoziative Symptombelastung im FDS dargestellt. Lediglich auf der Subskala Amnesie war eine signifikante prä-post Symptomreduktion zu verzeichnen. Allerdings konnte im FDS Gesamtwert eine marginal signifikante Reduktion nachgewiesen werden.*

### 6.4.2.2 Subhypothese II\_2: Überprüfung der Therapiewirksamkeit - Depressivität (BDI)

**Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Reduktion von Depressivität, welche mit der BDI erfasst wird.**

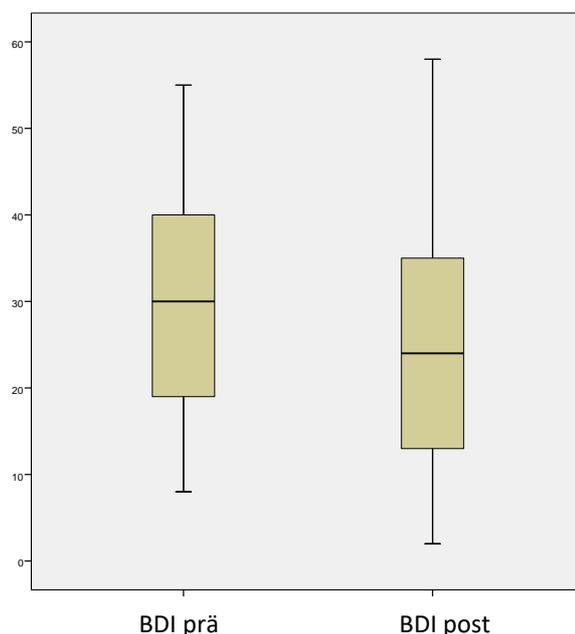
Tabelle 6.23 gibt die Gemittelten, Standardabweichungen, Signifikanzniveau und Effektstärke von 60 Personen für das Beck Depressions Inventar wieder. Das BDI wurde zur Erfassung von depressiver Symptombelastung ausgewählt.

**Tabelle 6.23: Statistische Ergebnisse für das BDI im prä-post Vergleich**

Erhebungsinstrument	N	prä		post			d
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	p	
BDI	60	29,92	11,74	24,38	12,91	.000	.5

Die Tabelle zeigt eine signifikante Reduktion depressiver Beschwerden im prä-post Vergleich.

Im BDI wird depressive Belastung erfasst. Es zeigt sich eine signifikante Reduktion ( $p=.000$ ) der depressiven Belastung vom Prämesszeitpunkt (M: prä=29,92  $\hat{=}$  schwere depressive Symptomatik), zum Postmesszeitpunkt (M: post=24,38  $\hat{=}$  mittelschwere depressive Symptomatik), bei einem mittleren Effekt ( $d=.5$ ). Es besteht eine recht große Varianz, wiedergegeben mit den Standardabweichungen (SD: prä=11,74 und SD: post=12,91). Oben genannter Zusammenhang wird in Abbildung 6.22 visualisiert.



**Abbildung 6.22: Boxplot Symptomverlauf BDI**

Im gruppierten Boxplot wird die Symptombelastung im prä-post Vergleich dargestellt. Es konnte eine signifikante Abnahme der depressiven Belastung abgesichert werden.

### 6.4.2.3 Subhypothese II\_3: Überprüfung der Therapiewirksamkeit - Scham (TOSCA)

**Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Reduktion von Scham, welche mit dem TOSCA – Subskala Scham erfasst wird.**

Tabelle 6.24 gibt die Gemittelten und Standardabweichungen sowie das Signifikanzniveau mit Effektstärke von 21 Teilnehmerinnen, die den TOSCA zum ersten (prä) und zweiten (post) Messzeitpunkt ausfüllten, wieder. Der TOSCA wurde primär zur Erfassung von Scham in das Fragebögenst aufgenommen, erfasst daneben jedoch auch noch Schuld, Distanzierung, Externalisierung, Selbst- und Verhaltensstolz, die der Vollständigkeit halber ebenfalls ausgewertet wurden.

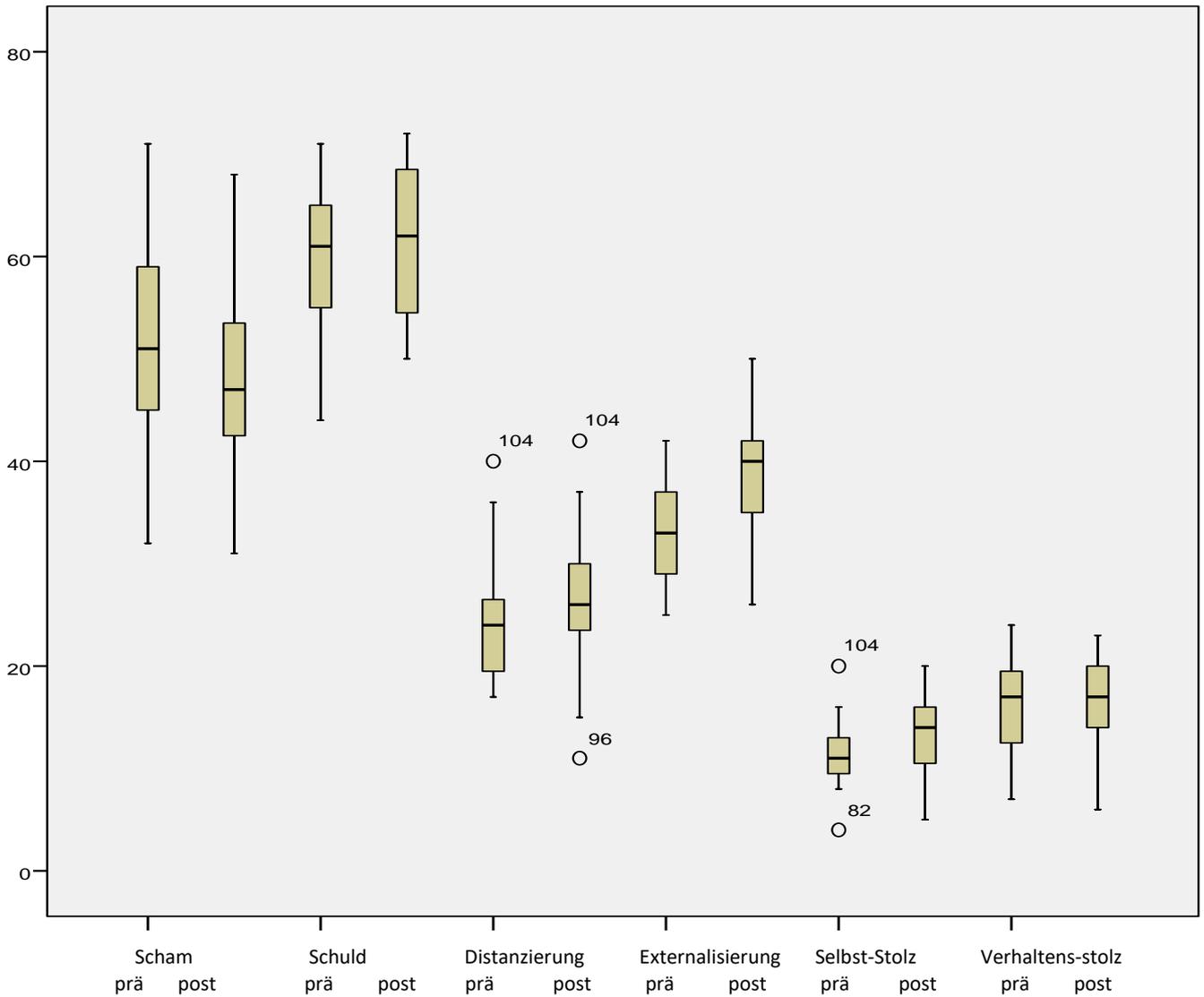
**Tabelle 6.24: Statistische Ergebnisse für den TOSCA im prä-post Vergleich**

Erhebungsinstrument	N	prä		post		p	d
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD		
Tosca_Scham	21	51,76	11,62	49,00	11,55	.074	.24
Tosca_Schuld	19	60,26	7,07	61,00	6,78	.599	
Tosca_Distanzierung	18	25,00	6,59	27,22	7,59	.079	
Tosca_Externalisierung	19	34,42	5,79	39,11	6,37	<b>.001</b>	
Tosca_Selbst-Stolz	19	11,63	3,67	13,53	4,32	.071	
Tosca_Verhaltens- Stolz	19	16,21	4,77	16,89	4,99	.390	

*Die Tabelle zeigt die statistischen Ergebnisse für den TOSCA mit den Subskalen Scham, Schuld, Distanzierung, Externalisierung, Selbst-Stolz und Verhaltens-Stolz im prä-post Vergleich. Lediglich auf der Skala Externalisierung war eine signifikante Veränderung im Gruppenverlauf feststellbar.*

Der Test of Self Conscious Affects (TOSCA) wurde in das Fragebögenst aufgenommen, um primär den Bereich Scham zu beforschen. Diesbezüglich konnte im prä-post Vergleich ein marginal signifikantes Ergebnis festgestellt werden ( $p=.074$ ), bei einem kleinen Effekt ( $d=.24$ ). Somit besteht die Tendenz der Reduktion von Scham im Gruppenverlauf. Allerdings muss die noch geringe Stichprobengröße bei der weiteren Interpretation berücksichtigt werden.

Daneben wurden die weiteren Subskalen des TOSCA ausgewertet. Hierbei zeigte sich eine hoch signifikante Verbesserung ( $p=.001$ ) auf einer Subskala, der Externalisierung zwischen der Prä- (M:34,42) und Posterhebung (M:39,11). Die übrigen Subskalen des TOSCA Schuld ( $p=.599$ ), Distanzierung ( $p=.079$ ), Selbst-Stolz ( $p=.071$ ) und Verhaltens-Stolz ( $p=.390$ ) zeigten keine signifikanten Veränderungen der Mittelwerte, im prä-post Vergleich der TRG. Die Ergebnisse für den TOSCA werden in Abbildung 6.23 dargestellt.



**Abbildung 6.23: Boxplot Symptomverlauf TOSCA**

*Im gruppierten Boxplot wird die Symptombelastung im TOSCA im prä-post Vergleich dargestellt. Lediglich auf der Subskala Externalisierung ist eine signifikante Verbesserung, zwischen den zwei Messzeitpunkten zu verzeichnen. Im Hinblick auf Scham ist eine marginal signifikante Reduktion nachweisbar.*

#### 6.4.2.4 Subhypothese II\_4: Überprüfung der Therapiewirksamkeit allgemeinpsychopathologische Belastung (GSI der SCL-90)

**Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Reduktion von allgemeinpsychopathologischer Belastung, die im GSI des SCL-90 erfasst wird.**

Tabelle 6.25 gibt die Gemittelten, Standardabweichungen, Signifikanzniveau und Effektstärke von 38 Personen für die SCL-90 wieder. Die Symptom Checklist wurde zur Erfassung von allgemeinpsychopathologischer Symptomatik sowie zur Vergleichbarkeit zu anderen Studien ausgewählt. Zur Beantwortung der Subhypothese wurde der GSI des SCL-90 betrachtet. Die Subskalen wurden der Vollständigkeit halber ebenfalls ausgewertet

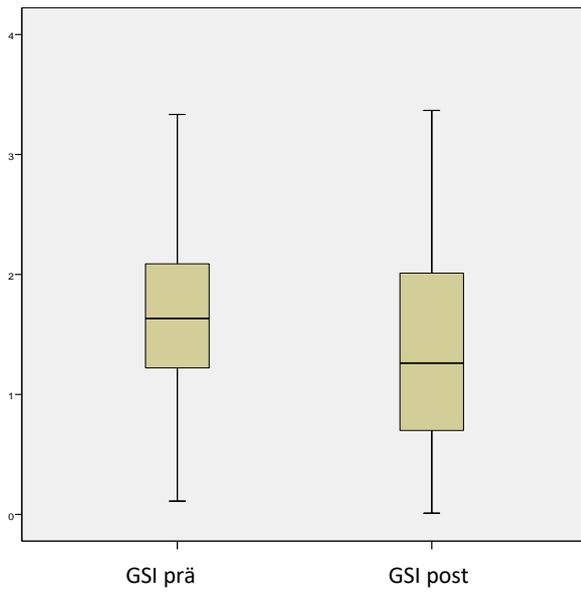
**Tabelle 6.25: Statistische Ergebnisse für die SCL-90 im prä-post Vergleich**

Erhebungsinstrument	N	prä		post		p	d
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD		
SCL_ Gesamt (GSI)	38	1,69	0,81	1,40	0,87	.000	.35
SCL_Somatisierung		1,77	0,93	1,52	0,99	.014	
SCL_Zwang		1,87	0,94	1,59	1,07	.006	
SCL_Unsicherheit		1,94	0,99	1,67	1,12	.009	
SCL_Depression		2,18	0,84	1,73	0,93	.000	
SCL_Angst		1,93	1,12	1,48	1,09	.000	
SCL_Aggressivität		1,24	0,79	1,03	1,00	.083	
SCL_Phob. Ängste		1,60	1,22	1,21	1,06	.000	
SCL_Paranoides D.		1,43	0,92	1,37	1,01	.475	
SCL_Psychotizismus		1,12	0,78	0,88	0,74	.002	

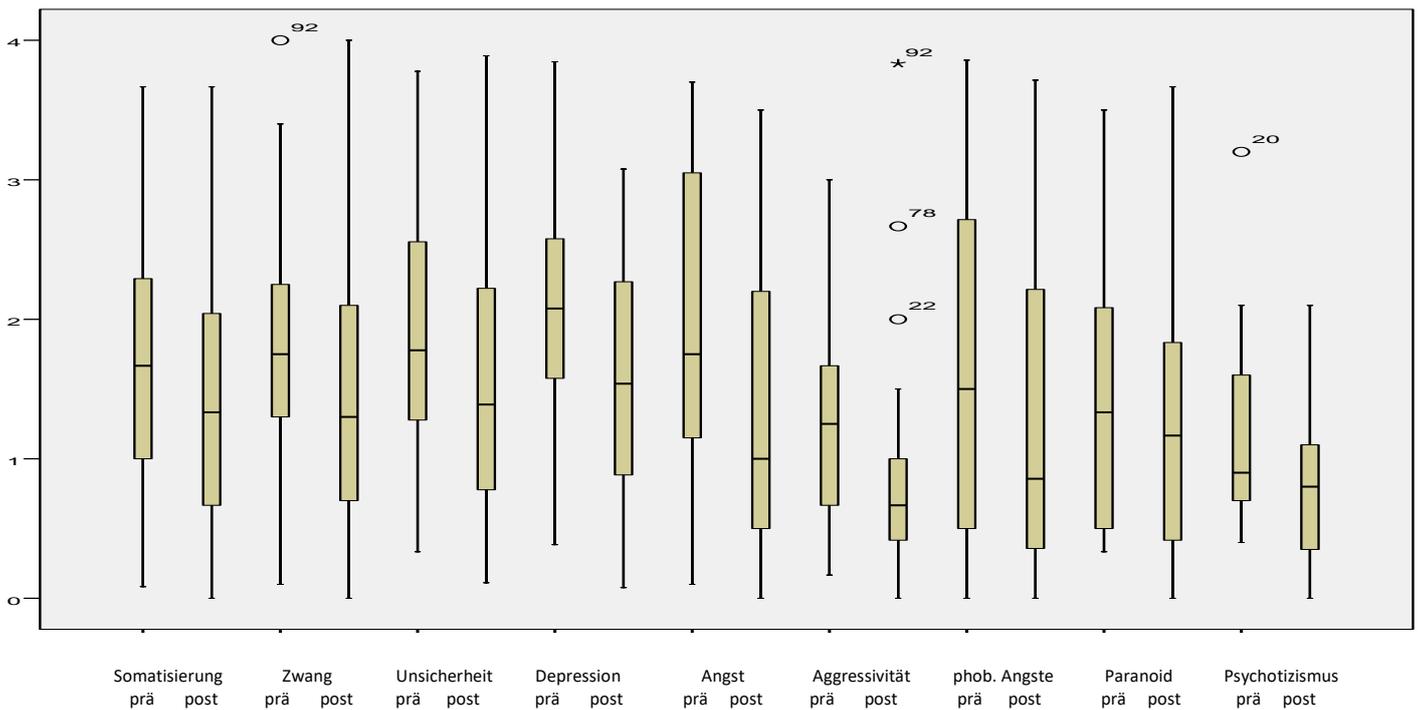
*In obiger Tabelle werden die Ergebnisse für den SCL-90 Gesamtwert sowie die Subskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Ängste, paranoides Denken, und Psychotizismus zu beiden Messzeitpunkten (prä-post) wiedergegeben. Lediglich die Subskalen Aggressivität und paranoides Denken zeigten keine signifikanten Reduktionen im prä-post Vergleich.*

In der SCL-90, einem Instrument das allgemeinpsychopathologische Symptomatik erfasst, war eine hoch signifikante Symptomreduktion ( $p=.000$ ) zwischen dem GSI bei der Prämessung (M: 1,69) und der Posterhebung (M: 1,40), bei einem kleinen Effekt ( $d=.35$ ), zu verzeichnen. Daneben konnte auch auf den Subskalen Somatisierung (M: prä=1,77; post=1,52;  $p=.014$ ), Zwanghaftigkeit (M: prä=1,87; post=1,59;  $p=.006$ ), Unsicherheit (M: prä=1,94; post=1,67;  $p=.009$ ), Depressivität (M: prä=2,18; post=1,73;  $p=.000$ ), Angst (M: prä=1,93; post=1,48;  $p=.000$ ), phobische Ängste (M: prä=1,60; post=1,21;  $p=.000$ ) und Psychotizismus (M: prä=1,12; post=0,88;  $p=.002$ ) eine signifikante Symptomreduktion im prä-post Vergleich abgesichert werden. Lediglich die Subskalen Aggressivität ( $p=.083$ ) und paranoides Denken ( $p=.475$ ) zeigten keine signifikanten Veränderungen, im prä-post Vergleich der TRG. Auffällig ist die große Varianz (SD) zwischen den Personen. In Abbildung 6.24 ist oben genannter Zusammenhang grafisch dargestellt.

(A) GSI des SCL-90



(B) Subskalen des SCL-90



**Abbildung 6.24: Boxplotdiagramme des GSI (A) sowie der Subskalen (B) des SCL-90**

Im gruppierten Boxplot wird die Symptombelastung in der SCL-90 im prä-post Vergleich dargestellt. Das Hauptinteresse dieser Untersuchung galt dem GSI des SCL-90 (A), welcher eine signifikante prä-post Reduktion der gemittelten allgemeinpsychopathologischen Belastung zeigte. Auf den Subskalen (B) Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depression, Angst, phobische Ängste sowie Psychotizismus waren ebenfalls signifikante prä-post Reduktionen zu verzeichnen.

### 6.4.2.5 Subhypothese II\_5: Überprüfung der Therapiewirksamkeit - Lebenszufriedenheit (FLZ)

**Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Steigerung von Lebenszufriedenheit, welche mit dem FLZ Gesamtwert erfasst wird.**

Tabelle 6.26 gibt die Gemittelten und Standardabweichungen für den Fragebogen zur Lebenszufriedenheit sowie das Signifikanzniveau mit Effektstärke wieder. Der FLZ wurde zur Erfassung der Zufriedenheit in verschiedenen, unten aufgeführten Lebensbereichen eingesetzt. Das Hauptinteresse galt dem FLZ Gesamtwert, die Subskalen wurden jedoch der Vollständigkeit halber ebenfalls ausgewertet.

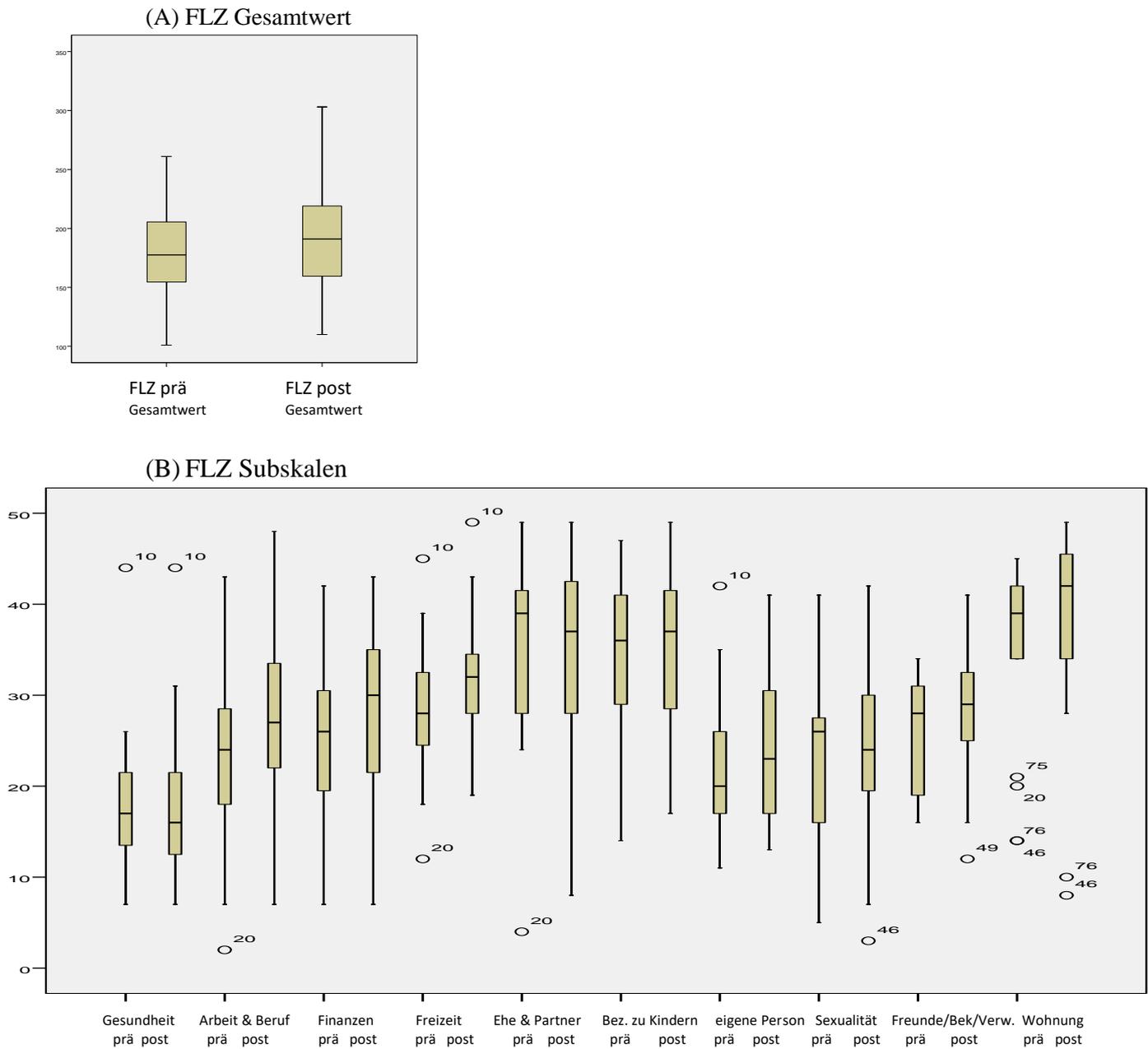
**Tabelle 6.26: Statistische Ergebnisse für den FLZ im prä-post Vergleich**

Erhebungsinstrument	N	prä		post		p	d
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD		
FLZ Gesamt	48	180,94	36,74	191,23	44,36	.015	.25
FLZ_Gesundheit	58	19,47	8,42	21,12	9,62	.042	
FLZ_Arbeit und Beruf	49	23,59	9,64	27,51	10,40	.000	
FLZ_finanzielle Lage	58	26,29	9,48	26,59	9,63	.745	
FLZ_Freizeit	55	29,11	8,11	30,42	7,70	.191	
FLZ_Ehe und Partnerschaft	39	34,77	9,13	34,33	9,52	.725	
FLZ_Beziehung zu den eigenen Kindern	34	33,53	10,59	35,21	9,86	.203	
FLZ_eigene Person	57	22,74	7,46	25,21	9,04	.010	
FLZ_Sexualität	51	22,24	8,82	24,33	9,09	.095	
FLZ_Freunde, Bekannte, Verwandte	57	27,37	8,42	29,23	7,81	.021	
FLZ_Wohnung	58	34,84	8,75	36,43	9,31	.042	

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse für den FLZ-Gesamtwert sowie die Subskalen Gesundheit, Arbeit & Beruf, finanzielle Lage, Freizeit, Ehe & Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, eigene Person, Sexualität, Freunde Bekannte Verwandte und Wohnung im prä-post Vergleich wiedergegeben. Es zeigte sich eine signifikante Steigerung der Lebenszufriedenheit im Gruppenverlauf.

Im FLZ, einem Selbstbeurteilungsinstrument welches die Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen erfasst, konnte eine signifikante Steigerung ( $p=.015$ ) der Lebenszufriedenheit, zwischen der Prä- (M: 180,94) und Posterhebung (M: 191,23) gefunden werden, bei einem kleinen Effekt ( $d=.25$ ). Darüber hinaus konnte ein signifikanter Anstieg in der Zufriedenheit mit der Gesundheit (M: prä=19,47; post=21,12;  $p=.042$ ), mit Arbeit & Beruf (M: prä=23,59; post=27,51;  $p=.000$ ), mit der eigenen Person (M: prä=22,74; post=25,21;  $p=.010$ ), mit Freunden, Bekannten, Verwandten (M: prä=27,37; post=29,23;  $p=.021$ ) und mit der Wohnung (M: prä=34,84; post=36,43;  $p=.042$ ) gefunden werden. Auf den übrigen Subskalen des FLZ, finanzielle Lage ( $p=.745$ ), Freizeit ( $p=.191$ ), Ehe und Partnerschaft ( $p=.725$ ), Beziehung zu den eigenen Kindern ( $p=.203$ ) und Sexualität ( $p=.095$ ), ließen sich keine signifikanten prä-post Veränderungen nachweisen. Die unterschiedlichen Stichprobengrößen sowie teils großen Standardabweichungen in den jeweiligen Subskalen

müssen berücksichtigt werden. In Abbildung 6.25 werden die Ergebnisse des FLZ grafisch dargestellt.



**Abbildung 6.25: Boxplot Symptomverlauf FLZ Gesamtwert (A) und den Subskalen (B)**

*Im gruppierten Boxplot wird die gemittelte Zufriedenheit im prä-post Vergleich dargestellt. Forschungsinteresse galt primär dem FLZ Gesamtwert (A), welcher eine signifikante Steigerung der gemittelten Zufriedenheit im prä-post Vergleich zeigte. Daneben wurde eine signifikante Steigerung der Lebenszufriedenheit in den Subskalen (B) Gesundheit, Arbeit & Beruf, eigene Person, Freunde/Bekannte/Verwandte und Wohnung nachgewiesen.*

### 6.4.2.6 Subhypothese II\_6: Überprüfung der Therapiewirksamkeit - Selbstwert (MSWS)

**Im prä-post Vergleich kommt es zu einer signifikanten Steigerung von Selbstwert, welches mit der MSWS erfasst wird.**

Tabelle 6.27 gibt Gemittelte, Standardabweichungen, Signifikanzniveau sowie Effektstärke für die Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS), im prä-post Vergleich für 48 Personen wieder. Die MSWS wurde zur Erfassung von Selbstwert eingesetzt. Zur Beantwortung der Subhypothese wurde die Hauptskala, das Gesamtselfwert betrachtet. Die übrigen Skalen der MSWS wurden jedoch der Vollständigkeit halber ebenfalls ausgewertet.

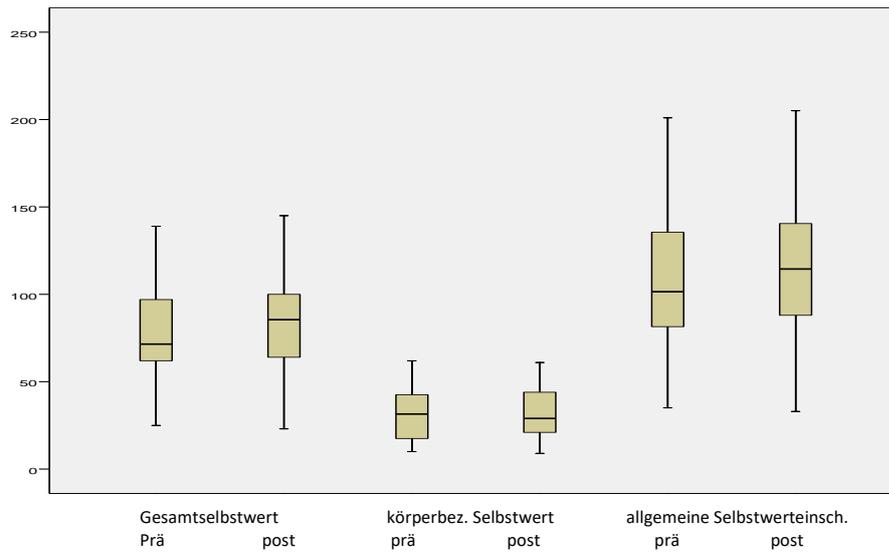
**Tabelle 6.27: Statistische Ergebnisse für die MSWS im prä-post Vergleich**

Erhebungsinstrument	N	prä		post		p	d
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD		
Gesamtselfwert	48	108,75	38,91	116,04	39,94	.070	.20
Allgemeine Selbstwerteinschätzung		77,08	26,30	84,15	28,22	.018	
Körperbezogene Selbstwerteinschätzung		31,67	14,46	31,90	13,88	.873	
<i>MSWS-Subskalen</i>							
emotionale Selbstwerteinschätzung		24,94	9,46	26,94	10,10	.069	
Sicherheit im Kontakt		17,23	7,61	19,90	7,45	.001	
Umgang mit Kritik		16,96	8,14	19,67	7,53	.005	
leistungsbezogene selbstwerteinschätzung		17,96	6,49	17,65	6,80	.703	
Selbstwerteinsch. physische Attraktivität		14,81	7,63	15,63	8,00	.274	
Selbstwerteinsch. Sportlichkeit		16,85	7,91	16,27	7,12	.535	

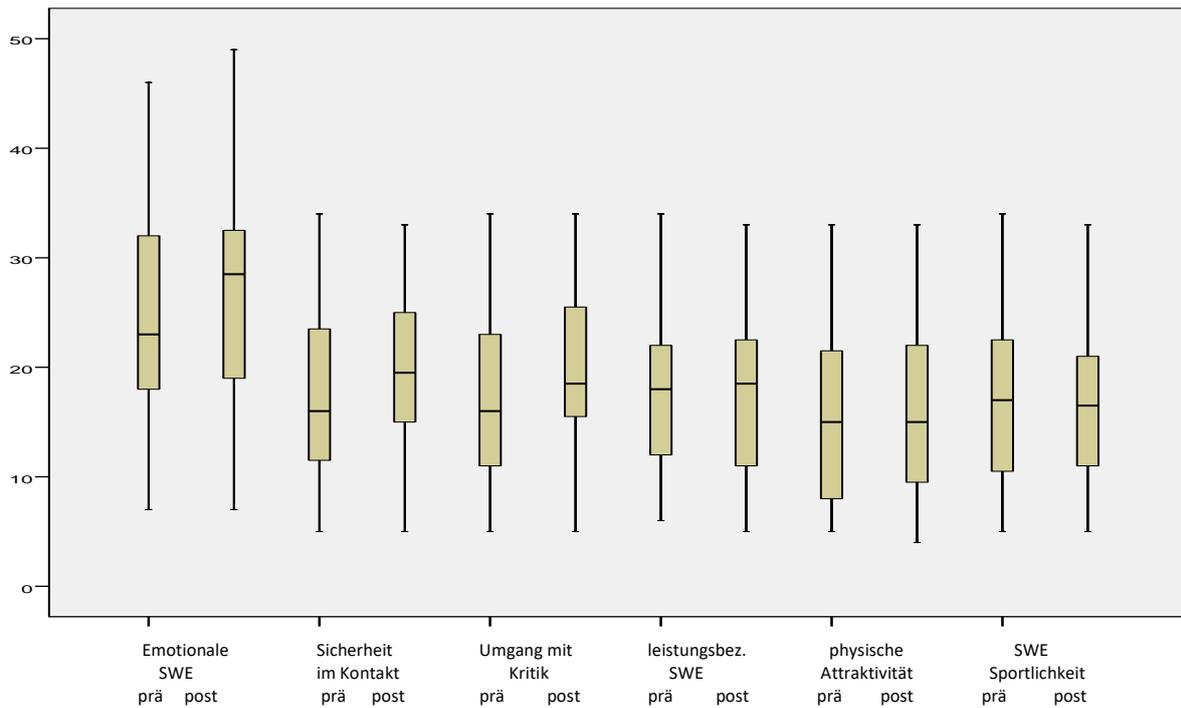
*Obige Tabelle zeigt die Ergebnisse für Haupt- sowie Subskalen der MSWS. Selbstwert steigt im Gruppenverlauf, jedoch wird Signifikanz knapp verfehlt.*

In der MSWS, einer multidimensionalen Selbstwertkala, galt das primäre Forschungsinteresse der Hauptskala, dem Gesamtselfwert. Im prä-post Vergleich (M: prä=108,75; post=116,04) konnte mit  $p=.070$  eine marginal signifikante Ergebnis gefunden werden. Dieses zeigt die Tendenz, dass das gemittelte Selbstwert erwartungsgemäß im Gruppenverlauf zunimmt, bei einem kleinen Effekt ( $d=.20$ ). Daneben konnte in einer weiteren übergeordneten Skala, der allgemeinen Selbstwerteinschätzung (SWE) (M: prä=77,08; post=84,15;  $p=.018$ ) eine signifikante Steigerung nachgewiesen werden. Auch stieg die gemittelte Sicherheit im Kontakt hoch signifikant, von Beginn der Gruppenbehandlung prä=17,23 auf post=19,90 am Ende der Gruppenlaufzeit ( $p=.001$ ). Der Umgang mit Kritik verbessert sich ebenfalls signifikant im prä-post Vergleich, von gemittelt 16,96 auf 19,67 ( $p=.005$ ). Auf den übrigen Skalen der MSWS, der körperbezogenen SWE ( $p=.873$ ), der emotionalen SWE ( $p=.069$ ), der leistungsbezogenen SWE ( $p=.703$ ), der SWE von physischer Attraktivität ( $p=.274$ ) und der SWE der Sportlichkeit ( $p=.535$ ), konnten im prä-post Vergleich hingegen keine signifikanten Ergebnisse nachgewiesen werden. Der oben beschriebene Zusammenhang ist in Abbildung 6.26 grafisch dargestellt.

(A) Übergeordnete Skalen der MSWS



(B) Subskalen der MSWS



**Abbildung 6.26: Boxplot Symptomverlauf der MSWS Hauptskalen (A) sowie der Subskalen (B)**

Die gruppierten Boxplotdiagramme zeigen die übergeordneten Skalen (A) Gesamtselbstwert, körperbezogenes Selbstwert und allgemeine Selbstwerteinschätzung sowie die Subskalen des MSWS(B) emotionale Selbstwerteinschätzung (SWE), Sicherheit im Kontakt, Umgang mit Kritik, leistungsbezogene SWE, SWE physischer Attraktivität und SWE der Sportlichkeit. Es zeigte sich eine marginal signifikante Verbesserung des Gesamtselbstwertes, welches zur Untersuchung von Subhypothese II\_6 betrachtet wurde.

### 6.4.2.7 Zusammenfassung der Ergebnisse von Hypothese II

Mit Hypothese II wurde geprüft, in wie fern die TRG ein wirksames Gruppenkonzept ist, um verschiedene traumaassoziierte Funktionsbereiche günstig zu beeinflussen. Es wurde Dissoziativität, Depressivität, Scham, allgemeinsychopathologische Symptombelastung, Lebenszufriedenheit und Selbstwert im prä-post Vergleich untersucht.

Im Hinblick auf *dissoziative Symptomatik* konnte im FDS Gesamtwert keine signifikante Symptomreduktion, im prä-post Vergleich gefunden werden. Allerdings konnte mit  $p=.065$  ein marginal signifikantes Ergebnis festgestellt werden. Somit konnte eine tendenzielle Reduktion von dissoziativer Symptomatik abgesichert werden, bei einem kleinen Effekt. Die erste Subhypothese musste jedoch verworfen werden.

Die Überprüfung der zweiten Subhypothese ergab, dass *Depressivität* in der Beck Depressions Skala signifikant im Gruppenverlauf, von schwer auf mittelschwere depressive Belastung, sank bei einem kleinen Effekt. Die zweite Subhypothese konnte somit bestätigt werden.

Für *Scham* zeigte sich im Test of Self Conscious Affect ein marginal signifikantes Ergebnis. Dieses deutet auf die Tendenz der prä-post Reduktion von Scham im Gruppenverlauf hin. Allerdings muss die eher kleine Stichprobengröße berücksichtigt werden, da der TOSCA erst nachträglich in das Fragebögen set ergänzt wurde. Die Subhypothese konnte nicht bestätigt werden.

Für *allgemeinsychopathologische Beschwerdesymptomatik*, welche durch den GSI der Symptom Checklist-90 erfasst wurde, konnte eine signifikante Reduktion im prä-post Vergleich nachgewiesen werden, bei einem kleinen Effekt. Die Subhypothese wurde bestätigt.

Im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit konnte eine signifikante prä-post Steigerung der gemittelten *Lebenszufriedenheit* nachgewiesen werden, wodurch diese Subhypothese ebenfalls als bestätigt gilt.

Die Überprüfung der letzten Subhypothese ergab ein marginal signifikantes Ergebnis. In der MSWS konnte die Tendenz einer Steigerung von *Selbstwert* im Gruppenverlauf nachgewiesen werden. Allerdings wurde das Signifikanzniveau verfehlt, so dass diese Subhypothese verworfen wurde.

Eine hohe Varianz zwischen den Personen (SD) bei allen genutzten Messinstrumenten muss bei der weiteren Interpretation berücksichtigt werden.

Zusammenfassend konnte die zweite Hypothese teilweise bestätigt werden. Die Traumagenesungsgruppe ist ein wirkungsvolles Gruppenkonzept um Depressivität und allgemeinsychopathologische Symptome signifikant zu reduzieren sowie Lebenszufriedenheit signifikant zu steigern. Für Dissoziativität und Scham konnte jeweils eine Tendenz der prä-post Reduktion bzw. für Selbstwert der Steigerung nachgewiesen werden. Es ließen sich kleine bis mittlere Effekte absichern.

## **Fragestellung - Wer profitiert besonders vom Modell der TRG? Exploration von Therapieerfolgskriterien**

### **6.4.3 Fragestellung I: Exploration von Erfolgskriterien mittels Extremgruppenvergleichen (T-Teste)**

(In wie fern) gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptomniveau bei Gruppenbeginn, mit dem Therapieerfolg und können hieraus Erfolgskriterien abgeleitet werden?

Um diese Fragestellung zu untersuchen, wurde zunächst „Therapieerfolg“ operationalisiert. Die TRG ist ein Gruppenkonzept, welches primär für komplex Traumatisierte entwickelt wurde. Somit wird ein Therapieerfolg im Hinblick auf psychotraumatologische Belastung erwartet und konnte im hypothesenprüfenden Teil abgesichert werden. Diese wird durch die PTSS-10 (1) und IES-R (2) erfasst. Weiterhin ist die häufigste, mit der PTBS assoziierte comorbide Zweitdiagnose, eine affektive Störung. Basierend darauf wurde im Bereich der depressiven Beschwerden, erfasst mit der BDI (3), ebenfalls ein Therapieerfolg erwartet. Therapieerfolg wurde jeweils als der Differenzwert zwischen der Summe der Variable beim ersten Messzeitpunkt (prä) und dem zweiten Messzeitpunkt (post) operationalisiert. Positive Werte deuten auf einen gewünschten Therapieeffekt hin (Erfolgsgruppe), während negative Werte (Misserfolgsgruppe) darauf hindeuten, dass es der Teilnehmerin bei der Posterhebung in dem untersuchten Bereich schlechter ging, als zu Beginn der Gruppenbehandlung.

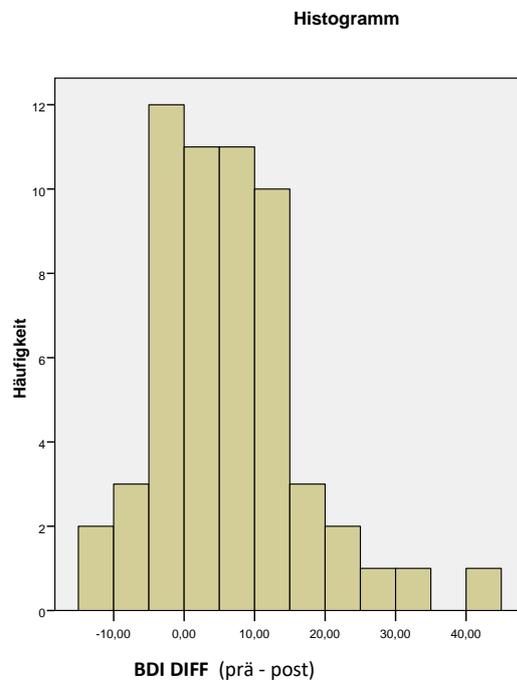
In einer Explorativen Datenanalyse mit dem entsprechenden Differenzwert, wurde die Voraussetzung der Normalverteilung für einen anschließenden T-Test für ungepaarte Stichproben untersucht. Hierzu wurde der Kolmogorov-Smirnov Test herangezogen, welcher bei  $p \leq .05$  auf keine Normalverteilung hindeutet. Falls dieser signifikant ausfiel, wurden ungleiche Varianzen angenommen. Die 25% und 75% Quartile der Normalverteilung wurden herangezogen, um einen Grenzwert fest zu legen für Erfolgs- und Misserfolgsgruppe. Alle Personen unterhalb des 25% Quartil Grenzwertes wurden jeweils der Misserfolgsgruppe zugeordnet, während alle Personen oberhalb des 75% Quartil in die Erfolgsgruppe eingeschlossen wurden. Auf diese Weise wurden lediglich die Gruppen mit den größten Verbesserungen bzw. größten Verschlechterungen, für schlussfolgernde Aussagen im Hinblick auf Therapieerfolg herangezogen.

Es wurden Zusammenhänge zwischen dem Symptomniveau bei Gruppenbeginn von Depressivität, Dissoziativität, psychotraumatologischer Belastung, Lebenszufriedenheit, peritraumatischer Dissoziationsneigung, Selbstwert, Scham und allgemeinpsychopathologischer Belastung mit dem Therapieerfolg untersucht. In Subfragestellung eins wird der Therapieerfolg durch die prä-post Entwicklung depressiver Beschwerden einer Erfolgs- und Misserfolgsgruppe operationalisiert. In Subfragestellung zwei und drei wird Therapieerfolg durch die prä-post Entwicklung psychotraumatologischer Belastung einer Erfolgs- und Misserfolgsgruppe operationalisiert, wobei in zwei dies durch die PTSS-10 und in drei, durch die IES-R erfasst wird. Es werden nun die Ergebnisse der drei Subfragestellungen nacheinander dargestellt.

### 6.4.3.1 Subfragestellung 1: Therapieerfolg depressive Belastung

(In wie fern) gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn von Depressivität (BDI prä), Dissoziativität (FDS prä), Traumasymptomatik (IES-R prä & PTSS-10 prä), Lebenszufriedenheit (FLZ prä), peritraumatischer Dissoziationsneigung (PDEQ prä), Selbstwert (MSWS prä), Scham (TOSCA Subskala Scham prä) und allgemeinsychopathologischen Symptomen (SCL-90 GSI prä) mit dem Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Reduktion depressiver Beschwerden?

Es wurde ein Differenzwert von BDI prä und BDI post errechnet. Positive Werte deuten auf eine Verbesserung affektiver Beschwerden, während negative Werte auf eine Verschlechterung im Hinblick auf depressive Beschwerden, im prä-post Vergleich hindeuten. Für diesen Differenzwert wurde die Annahme der Normalverteilung überprüft. Diese konnte bestätigt werden (Kolmogorov-Smirnov  $p=.084$ ) was aus Abbildung 6.27 ersichtlich ist.



**Abbildung 6.27: Normalverteilungsdiagramm für den BDI Differenzwert**

Die Abbildung zeigt das Normalverteilungsdiagramm für den BDI Differenzwert. Dieser errechnet sich aus  $BDI\ prä - BDI\ post$ , wobei positive Werte für diejenigen stehen, die sich hinsichtlich ihrer depressiven Beschwerden deutlich verbesserten und negative für diejenigen, die sich im prä-post Vergleich verschlechterten im Hinblick auf ihre depressiven Beschwerden.

Der Explorativen Datenanalyse wurden die cutt-off Werte der beiden Quartile entnommen. Alle Personen unterhalb des 25% Quartils wurden der Misserfolgsgruppe und alle Personen oberhalb des 75% Quartils der Erfolgsgruppe zugeordnet. So wurde beispielsweise eine Person mit einem Punktwert von 35 bei der Prämessung bzw. 5 bei der Posterhebung der Erfolgsgruppe zugeordnet, während eine Person, die bei Gruppenbeginn in der BDI einen Punktwert von 15 bzw. bei der Posterhebung 30 erreichte, der Misserfolgsgruppe zugeordnet wurde. In Subfragestellung 1 wurde untersucht, ob die bei Gruppenbeginn bestehende

Psychopathologieausprägung in verschiedenen traumaassoziierten- bzw. Funktionsbereichen, zusammenhängt mit dem Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Entwicklung von depressiver Belastung. Therapieerfolgskriterien wurden von zwei Gruppen abgeleitet, die die deutlichsten Unterschiede zeigten. Die Erfolgsgruppe konnte ihre depressiven Beschwerden im Gruppenverlauf sehr reduzieren, während es bei der Misserfolgsguppe zu einer Steigerung depressiver Beschwerden im prä-post Vergleich kam. Die Ergebnisse werden in Tabelle 6.28 zusammengefasst. Bei den unabhängigen Variablen werden alle untersuchten Hauptskalen sowie zusätzlich die signifikanten Subskalen aufgeführt.

**Tabelle 6.28: Extremgruppenvergleich für Zielsymptom Depressivität (BDI) für alle Hauptskalen sowie die signifikanten Subskalen**

Erhebungsinstrument prä	depressive Belastung				
	Extremgruppen	N	Mittelwert	SD	p
BDI	Misserfolgsguppe	14	25,54	12,65	.053
	Erfolgsgruppe	15	34,40	10,94	
FDS Gesamt	Misserfolgsguppe	11	20,13	14,82	.254
	Erfolgsgruppe	13	13,71	12,09	
IES-R Gesamt	Misserfolgsguppe	13	48,85	13,72	.919
	Erfolgsgruppe	14	49,43	15,68	
PTSS-10	Misserfolgsguppe	14	39,79	11,31	.623
	Erfolgsgruppe	15	41,80	10,53	
FLZ Gesamt	Misserfolgsguppe	12	186,58	23,59	.142
	Erfolgsgruppe	13	166,77	39,03	
FLZ_Subskala eigene Person	Misserfolgsguppe	12	24,50	6,23	.041
	Erfolgsgruppe	15	19,20	6,43	
PDEQ	Misserfolgsguppe	12	34,67	10,71	.701
	Erfolgsgruppe	15	33,00	11,33	
MSWS_Gesamtselfstwert	Misserfolgsguppe	11	116,45	30,34	.108
	Erfolgsgruppe	15	96,73	29,27	
Tosca Scham	Misserfolgsguppe	7	52,00	7,17	.597
	Erfolgsgruppe	9	49,00	9,64	.
SCL-90 GSI	Misserfolgsguppe	13	1,93	0,64	.737
	Erfolgsgruppe	12	1,83	0,66	

Obige Tabelle zeigt links die untersuchten unabhängigen Variablen mit der abhängigen Variable Therapieerfolg, operationalisiert als die prä-post Reduktion depressiver Belastung.

Misserfolgsguppe=deutliche Zunahme der depressiven Belastung im Gruppenverlauf

Erfolgsgruppe=deutliche Abnahme der depressiven Belastung im prä-post Vergleich.

Die Ausprägung bei Gruppenbeginn von Depressivität (BDI  $p=.053$ ), Dissoziation (FDS  $p=.254$ ), Traumasymptomatik (IES-R  $p=.919$ ; PTSS-10  $p=.623$ ), Lebenszufriedenheit (FLZ  $p=.142$ ), peritraumatischer Dissoziation (PDEQ  $p=.701$ ), Selbstwert (MSWS Gesamt  $p=.108$ ), Scham (TOSCA Scham  $p=.597$ ) und allgemeinspsychopathologische Beschwerden (GSI des SCL-90  $p=.737$ ) zeigte keinen Zusammenhang zum Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Entwicklung von depressiver Belastung.

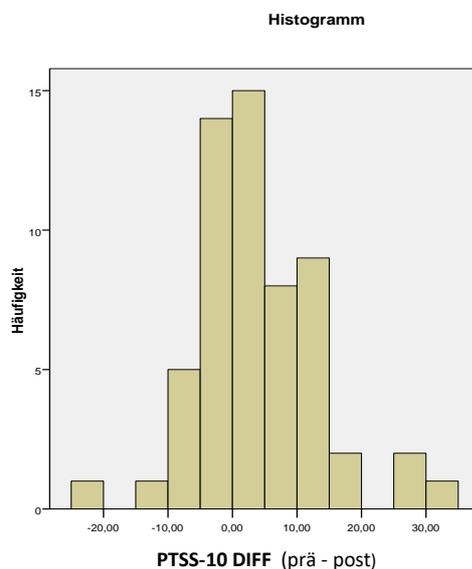
Lediglich die Zufriedenheit mit der eigenen Person bei Beginn der TRG (FLZ Subskala eigene Person  $p=.041$ ) wies signifikante Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg von

depressiver Belastung auf. Die Subgruppe mit der höheren Zufriedenheit mit sich selbst bei Gruppenbeginn (M:24,50; N:12), gehörte der Misserfolgsgruppe an. Personen die zu Beginn der TRG zufriedener mit sich waren, verschlechterten sich demzufolge hinsichtlich ihrer depressiven Beschwerden im prä-post Vergleich. Andersherum gehörten diejenigen, mit einer geringen Zufriedenheit mit sich selbst bei Beginn der TRG (M:19,20; N:15), der Erfolgsgruppe an. Sie konnten ihre depressiven Beschwerden im prä-post Vergleich deutlich reduzieren.

### 6.4.3.2 Subfragestellung 2: Therapieerfolg Traumasymptomatik in der PTSS-10

(In wie fern) gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn von Depressivität (BDI prä), Dissoziativität (FDS prä), Traumasymptomatik (IES-R prä & PTSS-10 prä), Lebenszufriedenheit (FLZ prä), peritraumatischer Dissoziation (PDEQ prä), Selbstwert (MSWS prä), Scham (TOSCA Scham prä) und allgemeinsychopathologischen Symptomen (SCL-90 GSI prä) mit dem Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Reduktion der psychotraumatologischen Belastung in der PTSS-10?

Es wurde der Differenzwert von PTSS-10 prä und PTSS-10 post errechnet. Positive Werte deuten auf eine Verbesserung, während negative Werte auf eine prä-post Verschlechterung der psychotraumatologischen Belastung in der PTSS-10 hindeuten. Für diesen Differenzwert wurde die Annahme der Normalverteilung überprüft. Diese konnte bestätigt werden (Kolmogorov-Smirnov  $p=.200$ ) was aus Abbildung 6.28 ersichtlich ist.



**Abbildung 6.82: Normalverteilungsdiagramm für den PTSS-10 Differenzwert**

Die Abbildung zeigt das Normalverteilungsdiagramm für den PTSS-10 Differenzwert. Dieser errechnet sich aus  $PTSS-10\ prä - PTSS-10\ post$ .

Der explorativen Datenanalyse wurden das 25% bzw. 75 % Quartil als cut-off für Erfolgs- und Misserfolgsgruppe entnommen. Die Erfolgsgruppe konnte ihre psychotraumatologische

Belastung in der PTSS-10 sehr stark im prä-post Vergleich senken. Die Misserfolgsgruppe verschlechterte sich diesbezüglich im prä-post Vergleich. Die Ergebnisse werden in Tabelle 6.29 zusammengefasst. In Subfragestellung 2 wird untersucht, ob die bei Gruppenbeginn bestehende Psychopathologieausprägung in verschiedenen traumaassoziierten- bzw. Funktionsbereichen zusammenhängt mit dem Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Entwicklung von psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10. Es werden alle untersuchten Hauptskalen sowie zusätzlich die signifikanten Subskalen dargestellt.

**Tabelle 6.29: Extremgruppenvergleich für Zielsymptom Traumasymptomatik (PTSS-10) für alle Hauptskalen sowie die signifikanten Subskalen**

Instrument prä	psychotrauma Belastung PTSS-10		N	Mittelwert	SD	p
	Extremgruppen					
BDI	Erfolgsgruppe	14	31,07	11,7	.432	
	Misserfolgsgruppe	14	27,5	11,98		
FDS Gesamt	Erfolgsgruppe	13	15,05	14,26	.570	
	Misserfolgsgruppe	14	17,89	11,36		
IES-R Gesamt	Erfolgsgruppe	13	55,77	7,89	<b>.003</b>	
	Misserfolgsgruppe	12	41,5	13,39		
IES_Subskala_ Intrusion	Erfolgsgruppe	13	28,62	5,19	<b>.050</b>	
	Misserfolgsgruppe	13	23,08	8,24		
IES_Subskala_ Vermeidung	Erfolgsgruppe	13	27,15	5,84	<b>.013</b>	
	Misserfolgsgruppe	12	19,42	8,47		
IES_Subskala_ Hyperarousal	Erfolgsgruppe	13	29,46	5,24	<b>.029</b>	
	Misserfolgsgruppe	14	23,07	8,57		
PTSS-10	Erfolgsgruppe	14	43,29	8,65	<b>.017</b>	
	Misserfolgsgruppe	15	33,73	11,3		
FLZ Gesamt	Erfolgsgruppe	12	177,25	38,53	.309	
	Misserfolgsgruppe	13	190,46	23,9		
PDEQ	Erfolgsgruppe	12	36,50	8,65	<b>.034</b>	
	Misserfolgsgruppe	12	26,33	12,91		
MSWS leistungsbez. Selbstwerteinsch.	Erfolgsgruppe	10	16,60	2,99	<b>.017</b>	
	Misserfolgsgruppe	7	20,14	2,12		
Gesamtselbstwert MSWS	Erfolgsgruppe	13	95,77	26,58	<b>.037</b>	
	Misserfolgsgruppe	10	125,2	36,84		
Tosca Scham	Erfolgsgruppe	7	50	11,45	.354	
	Misserfolgsgruppe	8	56,4	9,97		
Tosca_Subskala_ Distanzierung	Erfolgsgruppe	8	31,00	7	<b>.043</b>	
	Misserfolgsgruppe	8	18,67	2,08		
SCL-90 GSI	Erfolgsgruppe	12	1,65	0,8	.853	
	Misserfolgsgruppe	9	1,59	0,27		

Obige Tabelle zeigt links die untersuchten unabhängigen Variablen mit der abhängigen Variable Therapieerfolg, operationalisiert als die prä-post Reduktion psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10  
Misserfolgsgruppe=deutliche Zunahme der psychotraumatologischen Belastung im Gruppenverlauf  
Erfolgsgruppe=deutliche Abnahme der psychotraumatologischen Belastung im prä-post Vergleich.

Die Psychopathologieausprägung bei Gruppenbeginn von Depressivität (BDI p=.432), Dissoziativität (FDS p=.570), Lebenszufriedenheit (FLZ p=.309), Scham (TOSCA Subskala

Scham  $p=.354$ ) und allgemeinspsychopathologische Beschwerden (SCL-90 GSI  $p=.853$ ) zeigte keinen Zusammenhang zum Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Entwicklung von psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10.

Die bei Gruppenbeginn bestehende psychotraumatologische Belastung in der IES-R Hauptskala ( $p=.003$ ) sowie allen drei Subskalen (Intrusion:  $p=.050$ ; Vermeidung:  $p=.013$ ; Hyperarousal:  $p=.029$ ) und die psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 ( $p=.017$ ), zeigte signifikante Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg. Daneben ließ sich für peritraumatische Dissoziationsneigung ( $p=.034$ ), Selbstwert in einem Teilaspekt ( $p=.017$ ), Gesamtselbstwert ( $p=.037$ ) sowie Distanzierung von Traumainhalten ( $p=.043$ ), signifikante Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg nachgewiesen.

Die Subgruppe mit einer stärkeren psychotraumatologischen Belastung bei Beginn der TRG, gehörte der Erfolgsgruppe an. Diese konnte ihre psychotraumatologische Belastung im prä-post Vergleich deutlich reduzieren. Sowohl diejenigen, die bei Gruppenbeginn in der IES-R vergleichsweise stärkere Symptombelastungen berichteten (M:55,77; N:13;  $p=.003$ ), als auch diejenigen die in der PTSS-10 eine ausgeprägte psychotraumatologische Belastung zeigten (M:43,29; N:14;  $p=.017$ ), konnten ihre psychotraumatologische Belastung im prä-post Vergleich deutlich reduzieren (Erfolgsgruppe). Dies zeigt sich auch auf allen drei Subskalen der IES-R. Teilnehmerinnen mit mehr Intrusionen (M:28,62; N:13;  $p=.050$ ), mehr Vermeidung (M:27,15; N:13;  $p=.013$ ) und mehr Hyperarousal (M:29,46; N:13;  $p=.029$ ) bei Gruppenbeginn, konnten ihre psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf stärker senken.

Auch Personen mit ausgeprägter peritraumatischer Dissoziationsneigung bei Beginn der TRG (PDEQ M:36,50; N:12;  $p=.034$ ), gehörten der Erfolgsgruppe an. Sie konnten ihre psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 reduzieren, während die Subgruppe die zu Beginn eine geringe peritraumatische Dissoziationsneigung (M:26,33; N:12) aufwies, der Misserfolgsgruppe angehörte, die eine Zunahme der Psychotraumabelastung angab.

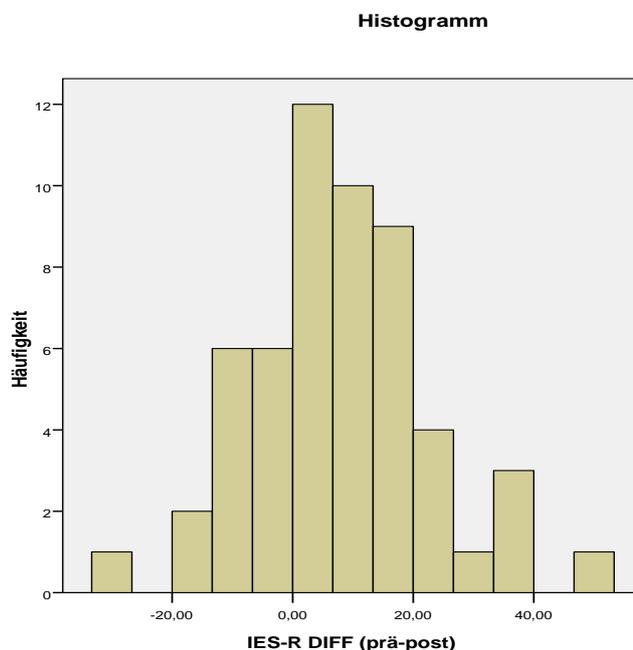
Weiterhin war Gesamtselbstwert sowie ein Teilaspekt des Selbstwertes assoziiert mit größeren Reduktionen der psychotraumatologischen Belastung im Gruppenverlauf. Weniger leistungsbezogenes Selbstwert (M:16,60; N:10;  $p=.017$ ) und geringeres Gesamtselbstwert (M:95,77; N:13;  $p=.037$ ) waren mit höherem Therapieerfolg verknüpft. Somit konnten diejenigen, mit einer geringeren leistungsbezogenen Selbstwertdefinition sowie einem niedrigen Selbstwert bei Gruppenbeginn, ihre psychotraumatologische Belastung deutlich reduzieren.

Außerdem gehörten diejenigen mit einer stärkeren Distanzierung zum Trauma bei Gruppenbeginn, der Erfolgsgruppe an (M:31,00; N:8;  $p=.043$ ). Personen mit mehr Distanz zum Trauma zum Zeitpunkt des Gruppenstarts, konnten ihre psychotraumatologische Belastung im prä-post Vergleich stärker senken, als Personen mit weniger Distanz (M:18,67; N:8) zum Trauma, bei denen es zu einer Zunahme der Psychotraumabelastung im Gruppenverlauf kam.

### 6.4.3.3 Subfragestellung 3: Therapieerfolg Traumasymptomatik in der IES –R

(In wie fern) gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn von Depressivität (BDI prä), Dissoziativität (FDS prä), Traumasymptomatik (IES-R prä & PTSS-10 prä), Lebenszufriedenheit (FLZ prä), peritraumatischer Dissoziationsneigung (PDEQ prä), Selbstwert (MSWS prä), Scham (TOSCA Scham prä) und allgemeinsychopathologischen Symptomen (SCL-90 GSI prä) mit dem Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Reduktion psychotraumatologischer Belastung in der IES-R?

Es wurde der Differenzwert von IES-R prä und IES-R post errechnet. Positive Werte deuten auf eine prä-post Reduktion von psychotraumatologischer Belastung, während negative Werte auf eine Verschlechterung hindeuten. Für diesen Differenzwert wurde die Annahme der Normalverteilung überprüft. Diese konnte bestätigt werden (Kolmogorov-Smirnov  $p=.200$ ) was aus Abbildung 6.29 ersichtlich ist.



**Abbildung 6.29: Normalverteilungsdiagramm für den IES-R Differenzwert**

*In der Abbildung ist das Normalverteilungsdiagramm für den IES-R Differenzwert angegeben. Dieser errechnet sich aus IES-R prä – IES-R post.*

Der Explorativen Datenanalyse wurden die 25% und 75% Quartile entnommen. Die Erfolgsgruppe konnte ihre psychotraumatologische Belastung in der IES-R sehr stark senken, während sich die Misserfolgsgruppe im prä-post Vergleich diesbezüglich verschlechterte. Die Ergebnisse werden in Tabelle 6.30 zusammengefasst. In Subfragestellung 3 wird untersucht, ob die bei Gruppenbeginn bestehende Psychopathologieausprägung in verschiedenen traumaassoziierten- bzw. Funktionsbereichen, zusammenhängt mit dem Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Entwicklung von psychotraumatologischer Belastung in der IES-R. Es werden alle untersuchten Hauptskalen sowie zusätzlich die signifikanten Subskalen dargestellt.

**Tabelle 6.30: Extremgruppenvergleich für Zielsymptom Traumasymptomatik (IES-R) für alle Hauptskalen sowie die signifikanten Subskalen**

Instrument prä	psychotrauma Belastung IES-R				
	Extremgruppe	N	Mittelwert	SD	p
BDI	Erfolgsgruppe	12	27,67	13,56	.649
	Misserfolgsgruppe	11	25,23	11,56	
FDS Gesamt	Erfolgsgruppe	12	10,85	6,78	.309
	Misserfolgsgruppe	9	15,01	11,40	
IES-R Gesamt	Erfolgsgruppe	12	51,33	16,13	<b>.003</b>
	Misserfolgsgruppe	12	31,5	12,60	
IES Subskala Intrusion	Erfolgsgruppe	12	25,67	7,71	<b>.027</b>
	Misserfolgsgruppe	12	18,25	7,58	
IES Subskala Vermeidung	Erfolgsgruppe	12	25,67	10,91	<b>.004</b>
	Misserfolgsgruppe	12	13,25	8,01	
PTSS - 10	Erfolgsgruppe	12	33,58	12,81	.976
	Misserfolgsgruppe	12	33,42	14,07	
FLZ Gesamt	Erfolgsgruppe	10	190,80	32,26	.147
	Misserfolgsgruppe	11	171,18	27,16	
FLZ_Subskala_ Wohnung	Erfolgsgruppe	11	40,82	3,66	<b>.028</b>
	Misserfolgsgruppe	12	34,92	7,50	
PDEQ	Erfolgsgruppe	11	35,55	10,83	.069
	Misserfolgsgruppe	11	25,91	12,63	
Gesamtselftwert MSWS	Erfolgsgruppe	11	110,82	36,29	.435
	Misserfolgsgruppe	8	124,14	31,04	
Tosca Scham	Erfolgsgruppe	7	50,29	10,60	.670
	Misserfolgsgruppe	8	53,00	10,46	
SCL-90 GSI	Erfolgsgruppe	10	1,50	0,74	.722
	Misserfolgsgruppe	9	1,64	0,83	

Obige Tabelle zeigt links die untersuchten unabhängigen Variablen mit der abhängigen Variable Therapieerfolg, operationalisiert als die prä-post Reduktion psychotraumatologischer Belastung in der IES-R  
Misserfolgsgruppe=deutliche Zunahme der psychotraumatologischen Belastung im Gruppenverlauf  
Erfolgsgruppe=deutliche Abnahme der psychotraumatologischen Belastung im prä-post Vergleich.

Die Psychopathologieausprägung bei Gruppenbeginn von Depressivität (BDI  $p=.649$ ), Dissoziativität (FDS  $p=.309$ ), psychotraumatologischer Belastung (PTSS-10  $p=.976$ ), Lebenszufriedenheit (FLZ  $p=.147$ ), peritraumatischer Dissoziationsneigung (PDEQ  $p=.069$ ), Selbstwert (MSWS Gesamt  $p=.435$ ), Scham (TOSCA Subskala Scham  $p=.670$ ) und die allgemeinspsychopathologischen Beschwerden (SCL-90 GSI  $p=.722$ ) zeigten keinen Zusammenhang zum Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Entwicklung von psychotraumatologischer Belastung in der IES-R.

Die bei Gruppenbeginn bestehende Ausprägung von psychotraumatologischer Belastung in der IES-R (Gesamtwert  $p=.003$ ), Intrusionen ( $p=.027$ ), Vermeidung ( $p=.004$ ) und Zufriedenheit mit der Wohnung ( $p=.028$ ), zeigten hingegen signifikante Zusammenhänge zum Therapieerfolg.

Eine ausgeprägte psychotraumatologische Belastung in der IES-R (M:51,33; N:12) bei Gruppenbeginn, war verknüpft mit deutlichen Reduktionen der psychotraumatologischen

Belastung im Gruppenverlauf. Dies zeigt sich auch auf zwei Subskalen der IES-R. Die Subgruppe mit mehr Intrusionen (M:25,67; N:12) sowie mehr Vermeidung (M: 25,67; N:12) bei Gruppenbeginn, gehörte der Erfolgsgruppe an, die ihre psychotraumatologische Belastung in der IES-R im Gruppenverlauf deutlich reduzieren konnte. Personen hingegen, die zu Beginn der TRG eine vergleichsweise geringe psychotraumatologische Belastung in der IES-R vorwiesen (M:31,59; N:12), wenig Intrusionen (M: 18,25; N:12) und wenig Vermeidung (M: 13,25; N:12) vorwiesen, steigerten ihre psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf und gehörten daher der Misserfolgsgruppe an.

Der Subgruppe mit einer ausgeprägten Zufriedenheit mit der Wohnsituation (FLZ Subskala Wohnung; M:40,82; N:11) bei Gruppenbeginn gelang es, ihre psychotraumatologische Belastung im prä-post Vergleich deutlich zu reduzieren. Personen hingegen, die bei Gruppenbeginn vergleichsweise unzufrieden mit ihrer Wohnung erschienen (M:34,39; N:12), beklagten daneben eine Zunahme der psychotraumatologischen Belastung.

#### **6.4.3.4 Zusammenfassung Ergebnisse der Extremgruppenvergleiche (T-Teste)**

Es wurde untersucht, ob das Symptomniveau zu Beginn der TRG in den Bereichen Depressivität, Dissoziativität, Traumasymptomatik, Lebenszufriedenheit, peritraumatische Dissoziationsneigung, Selbstwert, Scham und allgemeinpsychopathologische Symptome, Zusammenhänge mit dem Behandlungserfolg aufwies. Der Behandlungserfolg der TRG wurde als prä-post Symptomreduktion in den Bereichen

- 1: depressive Beschwerden (BDI),
- 2: psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 und
- 3: psychotraumatologische Belastung in der IES-R, operationalisiert.

Personen mit den größten Symptomreduktionen wurden jeweils der Erfolgsgruppe zugeordnet, während Personen mit den deutlichsten Verschlechterungen, der Misserfolgsgruppe zugeordnet wurden. Für schlussfolgernde Aussagen im Hinblick auf Therapieerfolg, wurden nur die Gruppen mit den deutlichsten unterschieden herangezogen.

##### *Ad 1: Zielsymptom Depressivität (BDI)*

In Analyse eins wurde eine Erfolgsgruppe als diejenigen, mit den deutlichsten Reduktionen von depressiver Belastung im Gruppenverlauf definiert. Bei der Misserfolgsgruppe kam es zu einer deutlichen Zunahme der depressiven Belastung, im prä-post Vergleich.

Analysen konnten keine Zusammenhänge zwischen der bei Gruppenbeginn bestehenden Ausprägung von Depressivität, Dissoziativität, psychotraumatologischer Belastung, Lebenszufriedenheit, peritraumatischer Dissoziationsneigung, Selbstwert, Scham und allgemeinpsychopathologischen Beschwerden mit dem Therapieerfolg nachweisen.

Lediglich in einem der untersuchten Bereiche konnte ein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Personen, die bei Gruppenbeginn *sehr unzufrieden mit ihrer eigenen Person erschienen, konnten ihre affektiven Beschwerden im Gruppenverlauf stark senken.*

*Ad 2: Zielsymptom psychotraumatologische Belastung (PTSS-10)*

In Analyse zwei konnte die Erfolgsgruppe ihre psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 im Gruppenverlauf sehr senken, während sich die Misserfolgsgruppe diesbezüglich verschlechterte.

Analysen konnten keine Zusammenhänge zwischen der, bei Gruppenbeginn bestehenden Ausprägung von Depressivität, Dissoziativität, Lebenszufriedenheit, Scham und allgemeinspsychopathologische Beschwerden mit dem Therapieerfolg nachweisen.

Therapieerfolg, operationalisiert als deutliche Reduktionen der psychotraumatologischen Belastung im Gruppenverlauf, hing jedoch signifikant zusammen mit ausgeprägter psychotraumatologischer Belastung (PTSS-10 & IES-R), mehr Intrusionen, Hyperarousal und Vermeidung sowie ausgeprägter peritraumatischer Dissoziationsneigung zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns. Weiterhin zeigte die Subgruppe, die bei Gruppenbeginn über weniger Selbstwert bzw. einem geringeren leistungsbezogenen Selbstwert verfügte, größere prä-post Reduktionen der psychotraumatologischen Belastung. Ferner zeigten Personen mit einer mehr Distanz zum Trauma bei Beginn der TRG, deutliche Verbesserungen hinsichtlich der psychotraumatologischen Belastung in der PTSS-10.

*Ad 3: Zielsymptom Traumasymptomatik (IES-R)*

In Analyse drei wurde psychotraumatologische Belastung mit der IES-R erfasst. Die Erfolgsgruppe konnte ihre psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf sehr senken, während sich die Misserfolgsgruppe diesbezüglich verschlechterte.

Analysen konnten keine Zusammenhänge zwischen der, bei Gruppenbeginn bestehenden Ausprägung von Depressivität, Dissoziativität, psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10, Lebenszufriedenheit, peritraumatischer Dissoziationsneigung, Selbstwert, Scham und allgemeinspsychopathologischen Beschwerden, mit dem Therapieerfolg nachweisen.

Therapieerfolg, operationalisiert als deutliche Reduktionen der psychotraumatologischen Belastung in der IES-R, hing jedoch signifikant zusammen mit ausgeprägter psychotraumatologischer Belastung in der IES-R, mehr Intrusionen sowie mehr Vermeidung bei Gruppenbeginn. Weiterhin konnte die Subgruppe, die bei Gruppenbeginn zufriedener mit der Wohnung war, ihre psychotraumatologische Belastung deutlich senken.

#### **6.4.4 Weitere Exploration von Therapieerfolgskriterien auf Basis der bisherigen Ergebnisse (Manova)**

Basierend auf den Extremgruppenvergleichen mit T-Testen (vgl. Abschnitt 6.4.3) wurden varianzanalytische Berechnungen mit Messwiederholung (Manova) durchgeführt, mit dem Ziel weitere Therapieerfolgskriterien zu explorieren. Es wurde geprüft, ob Personen die ihre psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf deutlich senken konnten (Erfolgsgruppe) auch in anderen Funktionsbereichen sehr von der TRG profitieren. Bedeutet beispielsweise eine deutliche prä-post Reduktion der psychotraumatologischen Belastung auch, dass jemand seine Depressivität und Scham im Gruppenverlauf günstig beeinflussen kann?

Die Erfolgsgruppe wurde analog der vorherigen Analysen (vgl. Kapitel 6.4.3) als die Gruppe operationalisiert, die ihre psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf stark senken konnte. Für die Erfolgsgruppe wurden die Fälle ausgewählt, die innerhalb der Normalverteilung oberhalb des cut-off von 75% lagen. Für die Misserfolgsgruppe, die sich im prä-post Vergleich verschlechterte, wurden die Fälle selektiert, die unterhalb des 25% cut-off lagen.

In Analyse A wurde die psychotraumatologische Belastung von Erfolgs- und Misserfolgsgruppe mit der PTSS-10 erfasst und in Analyse B durch die IES-R. Daneben waren die zwei Bereiche Partnerschaftsstatus (Analyse C) sowie Kinder (Analyse D) von Forschungsinteresse, da das Konzept der TRG von einem bedeutenden Genesungspotenzial im interpersonellen Bereich ausgeht. Der interpersonelle Bereich außerhalb des Gruppenkontextes wurde daher auf seinen potenziellen Zusammenhang, zu der prä-post Entwicklung in verschiedenen Funktionsbereichen untersucht. Kann beispielsweise jemand in einer Partnerschaft seine depressive Symptomatik prä-post mehr reduzieren als ein Single? Macht es einen Unterschied für die prä-post Entwicklung von Scham, ob jemand Kinder hat ohne nicht?

In den Analysen wurden die folgenden unabhängigen Variablen genutzt:

Analyse A: Erfolg-/Misserfolgsgruppe psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10

Analyse B: Erfolg-/Misserfolgsgruppe psychotraumatologische Belastung in der IES-R

Analyse C: Partnerschaftsstatus: in einer Partnerschaft/ohne Partnerschaft

Analyse D: Kinder/keine Kinder

Als abhängige Variablen wurde die prä-post Entwicklung von Dissoziativität, Depressivität, Scham, allgemeinspsychopathologische Symptome, Lebenszufriedenheit und Selbstwert herangezogen.

#### Statistischen Voraussetzungen der Analyseverfahren

Die Voraussetzungen der Varianzhomogenität wurden bei einigen Variablen nicht erfüllt. Bei  $N \geq 5$ , reagiert die Analyse jedoch recht robust auf die Verletzung der Voraussetzungen (Bortz, 2005, S. 287), so dass in diesen Fällen Berechnungen dennoch durchgeführt wurden. Die geforderte Homogenität der Varianz wurde mittels Mauchly-Test auf Sphärizität geprüft. Wenn die Homogenität nicht gegeben war, wurde nach Greenhouse-Geisser korrigiert.

Es werden nun nacheinander die Ergebnisse der Analysen A-D beschrieben.

#### 6.4.4.1 Erfolg-/Misserfolgsgruppe psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 (Analyse A)

Es wurde mit einer multivariaten Varianzanalyse untersucht, ob Personen die ihre psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 im Gruppenverlauf sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe) auch von der TRG profitieren im Hinblick auf A\_1.Dissoziativität, A\_2.Depressivität, A\_3.Scham, A\_4.allgemeinpsychopathologische Symptome, A\_5.Lebenszufriedenheit und A\_6.Selbstwert. Die Erfolgsgruppe wurde mit einer Misserfolgsgruppe verglichen, die ihre psychotraumatologische Belastung prä-post verschlechterte. Tabelle 6.31 gibt eine Übersicht über die varianzanalytischen Berechnungen.

**Tabelle 6.31: Varianzanalytisches Design mit Messwiederholung; Analyse A**

(A) Unabhängige Variable	Abhängige Variablen
<b>Extremgruppen</b> <b>Erfolgsgruppe:</b> Deutliche prä-post Reduktion psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10  <b>Misserfolgsgruppe:</b> Zunahme von psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10	<b>Symptombelastung prä-post</b> 1. Dissoziativität (FDS) 2. Depressivität (BDI) 3. Scham (TOSCA) 4. allgemeinpsychopathologische Symptome (GSI des SCL-90) 5. Lebenszufriedenheit (FLZ) 6. Selbstwert (MSWS)

Obige Tabelle gibt eine Übersicht der unabhängigen bzw. abhängigen Variablen in Analyse A.

#### Ad A\_1 Dissoziativität

Es wurde ein Manova durchgeführt, mit der unabhängigen Variable Extremgruppe (Erfolg vs. Misserfolg) und der abhängigen Variable Dissoziativität (FDS). Die Erfolgsgruppe konnte ihre psychotraumatologische Belastung im prä-post Vergleich sehr senken und wurde verglichen mit einer Misserfolgsgruppe, bei der es im Gruppenverlauf zu einer Zunahme der psychotraumatologischen Belastung kam. Es wurde untersucht, ob eine deutliche Verbesserung der psychotraumatologischen Belastung in der PTSS-10 auch verknüpft war mit einer günstigen Entwicklung von dissoziativer Symptombelastung im Gruppenverlauf. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.32: Deskriptive Statistik FDS, Analyse A**

	PTSS Extremgruppen	Mittelwert	SD	N
<b>FDS prä</b>	Erfolg	16,43	16,17	10
	Misserfolg	18,21	10,59	7
	Gesamt	17,17	13,79	17
<b>FDS post</b>	Erfolg	11,34	12,09	10
	Misserfolg	16,07	5,69	7
	Gesamt	13,29	10,01	17

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Extremgruppe in der PTSS-10 und die abhängige Variable Dissoziativität wieder. Es zeigten sich keine Zusammenhänge.

Die multivariate Varianzanalyse ergab keine signifikanten Effekte. Weder Zeit ( $F=2,64$ ;  $df=1$ ;  $15$ ;  $p=.125$ ), noch die Interaktion Gruppe x Zeit ( $F=.438$ ;  $df=1,15$ ;  $p=.518$ ) oder Gruppe ( $F=.334$ ;  $df=1,15$ ;  $p=.334$ ) zeigte signifikante Ergebnisse. Ob Personen ihre

psychotraumatologische Belastung prä-post sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe) oder diesbezüglich keine Verbesserungen zeigten (Misserfolgsgruppe), lieferte keine Hinweise wie sich dissoziative Symptombelastung im Gruppenverlauf entwickelte.

### Ad A\_2 Depressivität

Es wurde ein Manova durchgeführt, mit der unabhängigen Variable Extremgruppe (Erfolg vs. Misserfolg) und der abhängigen Variable Depressivität (BDI). Es wurde untersucht, ob eine deutliche Verbesserung der psychotraumatologischen Belastung in der PTSS-10 auch verknüpft war, mit einer günstigen Entwicklung von depressiver Belastung im Gruppenverlauf. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.33: Deskriptive Statistik BDI, Analyse A**

PTSS Extremgruppen		Mittelwert	SD	N
<b>BDI prä</b>	Erfolg	31,07	11,70	14
	Misserfolg	27,50	11,98	14
	Gesamt	29,29	11,76	28
<b>BDI post</b>	Erfolg	16,79	12,07	14
	Misserfolg	27,71	10,16	14
	Gesamt	22,25	12,28	28

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik wieder. Die Erfolgsgruppe konnte ihre psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 sehr reduzieren, während die Misserfolgsgruppe ihre psychotraumatologische Belastung steigerte.

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=18,14$ ;  $df=1$ ;  $26$ ;  $p=.000$ ) und für die Interaktion Gruppe x Zeit ( $F=19,26$ ;  $df=1,26$ ;  $p=.000$ ). Gruppe zeigte keinen signifikanten Effekt ( $F=0,836$ ;  $df=1,26$ ;  $p=.369$ ). Entsprechend dem signifikanten Zeiteffekt sank über beide Extremgruppen die gemittelte depressive Symptombelastung im prä-post Vergleich, von rund  $29 \triangleq$  schwere depressive Symptomatik auf rund  $22 \triangleq$  mittelschwere depressive Symptomatik. Gemäß dem signifikanten Interaktionseffekt konnten Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung prä-post sehr reduzierten (Erfolgsgruppe) auch ihre depressiven Beschwerden sehr reduzieren von gemittelt  $31,07 \triangleq$  schwere depressive Symptomatik auf  $16,79 \triangleq$  leichte depressive Symptomatik. Personen, die eine Zunahme der psychotraumatologischen Belastung angaben, stagnierten hingegen hinsichtlich ihrer depressiven Beschwerden im prä-post Vergleich ( $M$ : prä= $27,50$ ; post= $27,71$ ) auf einem schwer depressiven Niveau.

### Ad A\_3 Scham (TOSCA)

Es wurde ein Manova durchgeführt, mit der unabhängigen Variable Extremgruppe (Erfolg vs. Misserfolg) und der abhängigen Variable Scham (TOSCA). Es wurde untersucht, ob eine deutliche Verbesserung der psychotraumatologischen Belastung in der PTSS-10 auch verknüpft war mit einer günstigen Entwicklung von Scham im Gruppenverlauf. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.34: Deskriptive Statistik Scham, Analyse A**

PTSS Extremgruppen		Mittelwert	SD	N
TOSCA prä	Erfolg	49,40	12,7	5
	Misserfolg	56,40	9,97	5
	Gesamt	52,90	11,37	10
TOSCA post	Erfolg	42,60	8,20	5
	Misserfolg	54,20	13,03	5
	Gesamt	48,40	11,95	10

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Extremgruppe und die abhängige Variable Scham wieder. Psychotraumabelastung und Scham wies keine Zusammenhänge auf.

Die multivariate Varianzanalyse ergab keine signifikanten Effekte. Weder Zeit ( $F=3,059$ ;  $df=1,8$ ;  $p=.118$ ), noch die Interaktion Gruppe x Zeit ( $F=.799$ ;  $df=1,8$ ;  $p=.397$ ) oder Gruppe ( $F=2,005$ ;  $df=1,8$ ;  $p=.195$ ) zeigten signifikante Ergebnisse. Ob eine Person ihre psychotraumatologische Belastung in der IES-R sehr reduzieren konnte oder vergleichsweise weniger günstig beeinflussen konnte, lieferte keine Hinweise wie sich Scham im Gruppenverlauf entwickelte.

#### Ad A\_4 GSI des SCL-90

Die multivariate Varianzanalyse mit der Extremgruppe als unabhängige Variable und dem GSI des SCL-90 als abhängige Variable ergab die, in Tabelle 6.35 aufgeführte deskriptive Statistik. Es wurde untersucht, ob eine deutliche Verbesserung der psychotraumatologischen Belastung in der PTSS-10 auch verknüpft war mit einer günstigen Entwicklung von allgemeinspsychopathologischer Symptombelastung im Gruppenverlauf.

**Tabelle 6.35: Deskriptive Statistik GSI, Analyse A**

PTSS Extremgruppen		Mittelwert	SD	N
GSI des SCL-90 prä	Erfolg	1,65	0,80	12
	Misserfolg	1,59	0,27	8
	Gesamt	1,63	0,63	20
GSI des SCL-90 post	Erfolg	1,07	0,75	12
	Misserfolg	1,60	0,56	8
	Gesamt	1,28	0,71	20

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Extremgruppe und die abhängige Variable allgemeinspsychopathologische Beschwerden wieder. Eine Reduktion der Psychotraumabelastung ging mit einer Reduktion von allgemeinspsychopathologischen Beschwerden einher.

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=10,53$ ;  $df=1,18$ ;  $p=.004$ ) und für die Interaktion Gruppe x Zeit ( $F=10,64$ ;  $df=1,18$ ;  $p=.004$ ). Für Gruppe konnte kein signifikanter Effekt gefunden werden ( $F=0,648$ ;  $df=1,18$ ;  $p=.431$ ). Entsprechend dem signifikanten Zeiteffekt sank die gemittelte allgemeinspsychopathologische Symptombelastung über beide Extremgruppen (Erfolg/Misserfolg) von 1,63 auf 1,28. Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 prä-post sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe), gelang ebenfalls eine Reduktion der allgemeinspsychopathologischen Beschwerden (M: prä=1,65; post=1,07). Bei Personen der Misserfolgsgruppe stieg die

psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf und ihre allgemeinspsychopathologischen Beschwerden stagnierten (M: prä=1,59; post= 1,60).

### Ad A\_5 Lebenszufriedenheit (FLZ)

Es wurde ein Manova durchgeführt, mit der unabhängigen Variable Extremgruppe (Erfolg vs. Misserfolg) und der abhängigen Variable Lebenszufriedenheit (FLZ). Es wurde untersucht, ob eine deutliche Verbesserung der psychotraumatologischen Belastung in der PTSS-10 auch verknüpft war mit einer Steigerung von Lebenszufriedenheit im Gruppenverlauf. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.36: Deskriptive Statistik FLZ, Analyse A**

PTSS Extremgruppen		Mittelwert	SD	N
<b>FLZ prä</b>	Erfolg	171,56	42,42	9
	Misserfolg	185,20	24,98	10
	Gesamt	178,74	34,07	19
<b>FLZ post</b>	Erfolg	206,00	40,85	9
	Misserfolg	183,70	33,39	10
	Gesamt	194,26	37,82	19

*Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Extremgruppe und die abhängige Variable Lebenszufriedenheit (FLZ) wieder. Eine deutliche Reduktion der Psychotraumabelastung ging mit einer Steigerung der Lebenszufriedenheit einher.*

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=7,99$ ;  $df=1,17$ ;  $p=.012$ ) und für die Interaktion Gruppe x Zeit ( $F=9,51$ ;  $df=1,17$ ;  $p=.007$ ). Gruppe zeigte keinen signifikanten Effekt ( $F=.080$ ;  $df=1,17$ ;  $p=.781$ ). Entsprechend dem signifikanten Zeiteffekt stieg die gemittelte Zufriedenheit über Erfolgs- und Misserfolgsgruppe im prä-post Vergleich von 178,74 auf 194,26. Personen der Erfolgsgruppe, die ihre psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 sehr reduzieren konnten, steigerten daneben ihre Zufriedenheit von 171,56 bei Gruppenbeginn auf 206 am Ende der Gruppenlaufzeit. Die Misserfolgsgruppe verschlechterte ihre psychotraumatologische Belastung und zeigte sich ebenfalls weniger zufrieden im Gruppenverlauf (M: prä=185,20; post=183,70).

### Ad A\_6 Selbstwert (MSWS)

Die multivariate Varianzanalyse mit der Extremgruppe als unabhängige Variable und dem Selbstwert in der MSWS als abhängige Variable ergab die, in Tabelle 6.37 aufgeführte deskriptive Statistik. Es wurde untersucht, ob eine deutliche Verbesserung der psychotraumatologischen Belastung in der PTSS-10 auch verknüpft war mit einer günstigen Entwicklung von Selbstwert im Gruppenverlauf.

**Tabelle 6.37: Deskriptive Statistik MSWS, Analyse A**

	PTSS Extremgruppen	Mittelwert	SD	N
<b>MSWS prä</b>	Erfolg	95,77	26,58	13
	Misserfolg	118,89	32,85	9
	Gesamt	105,23	30,83	22
<b>MSWS post</b>	Erfolg	113,77	32,01	13
	Misserfolg	111,44	30,52	9
	Gesamt	112,82	30,72	22

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Extremgruppen (Erfolg/Misserfolg) und die abhängige Variable Selbstwert wieder. Eine deutliche Reduktion der Psychotraumabelastung ging mit ebenfalls einer Steigerung von Selbstwert einher.

Die multivariate Varianzanalyse ergab keinen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=2,248$ ;  $df=1$ ;  $20$ ;  $p=.149$ ). Allerdings fiel die Interaktion Gruppe x Zeit signifikant aus ( $F=13,061$ ;  $df=1,20$ ;  $p=.002$ ). Für Gruppe konnte kein signifikanter Effekt nachgewiesen werden ( $F=0,671$ ;  $df=1,20$ ;  $p=.422$ ). Entsprechend dem signifikanten Interaktionseffekt konnten Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung sehr reduzierten (Erfolgsgruppe) auch ihr Selbstwert steigern, von gemittelt 95,77 bei Gruppenbeginn auf 113,77 am Ende der Gruppenlaufzeit. Personen hingegen, die eine Zunahme der psychotraumatologischen Belastung in der PTSS-10 angaben, berichteten daneben auch von einer negativen Entwicklung im Selbstwert. Bei der Misserfolgsgruppe reduzierte sich das Selbstwert im Gruppenverlauf von 118,89 auf 111,44 am Ende der TRG.

#### 6.4.4.2 Zusammenfassung Ergebnisse Analyse A

Es wurde mit multivariaten Varianzanalysen untersucht, ob Personen die ihre psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe) auch Dissoziativität, Depressivität, Scham, allgemeinspsychopathologische Symptome, Lebenszufriedenheit und Selbstwert im Gruppenverlauf günstig beeinflussen konnten. Die Erfolgsgruppe wurde mit einer Misserfolgsgruppe verglichen, die eine deutliche Zunahme der psychotraumatologische Belastung im Verlauf der TRG angab.

Die multivariate Varianzanalyse für *Dissoziativität* (FDS) ergab keine signifikanten Effekte. Ob Personen ihre psychotraumatologische Belastung prä-post sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe) oder diesbezüglich keine Verbesserungen zeigten (Misserfolgsgruppe), lieferte keine Hinweise wie sich dissoziative Belastung im Gruppenverlauf entwickelte.

Im *Beck Depressions Inventar* konnte ein signifikanter Effekt für Zeit und für die Interaktion Gruppe x Zeit gefunden werden. Die gemittelte Symptombelastung verringerte sich sowohl bei der Erfolgs- als auch der Misserfolgsgruppe. Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe), gelang daneben eine Verbesserung der *depressiven Belastung* von schwer auf leichte depressive Symptomatik. Personen der Misserfolgsgruppe stagnierten hinsichtlich ihrer depressiven Beschwerden auf einem schweren Niveau.

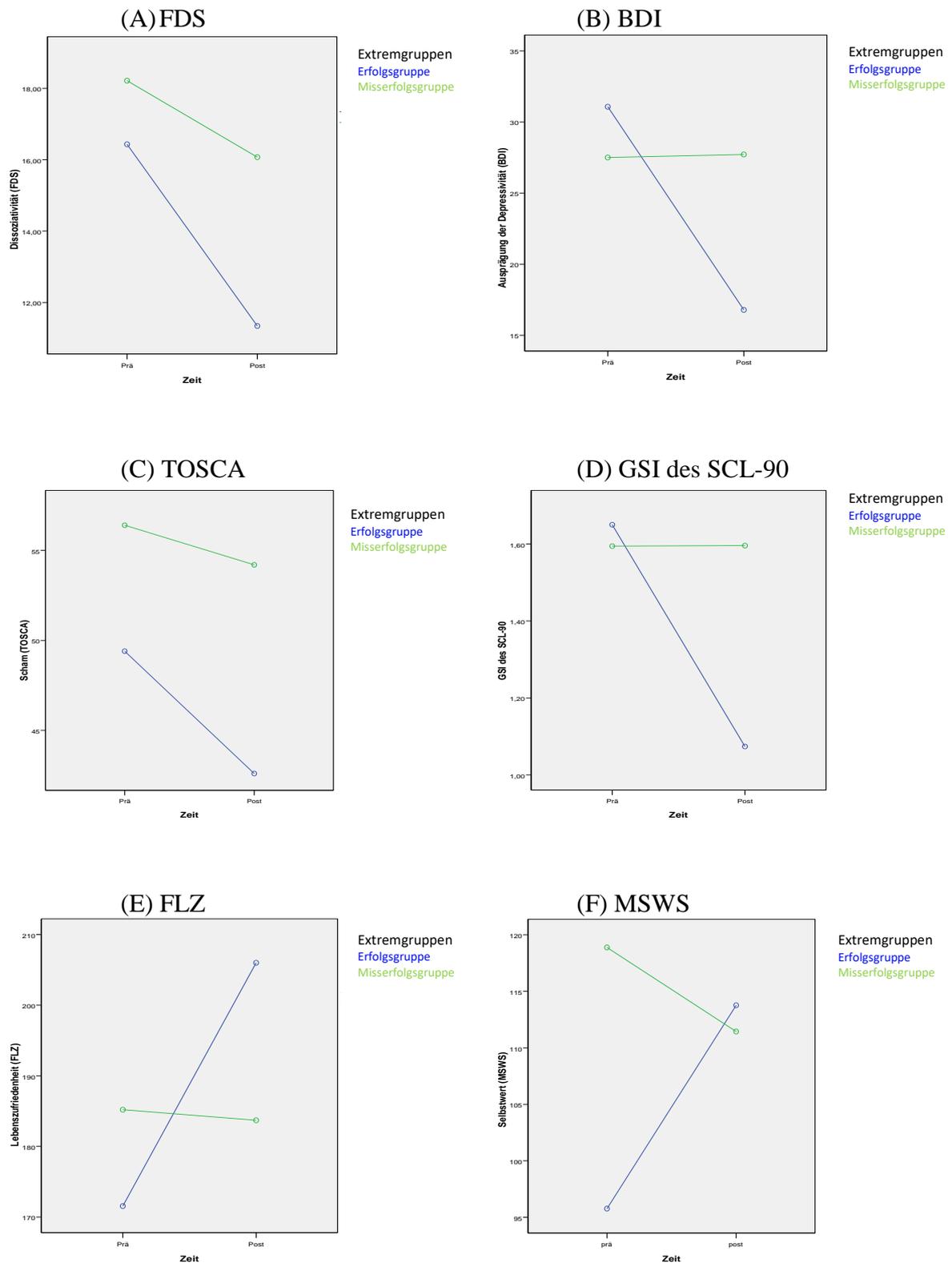
Für *Scham* (TOSCA) ergab die Analyse, weder für Zeit noch für die Interaktion Gruppe x Zeit oder Gruppe, einen signifikanten Effekt. Ob Personen ihre

psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 prä-post sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe) oder diesbezüglich keine Verbesserungen zeigten (Misserfolgsgruppe), lieferte keine Hinweise wie sich Scham im Gruppenverlauf entwickelte.

Die Analyse für *allgemeinpsychopathologische Beschwerden* (GSI des SCL-90) ergab einen signifikanten Effekt für Zeit und für die Interaktion Gruppe x Zeit. Die gemittelte allgemeinpsychopathologische Symptombelastung sank bei Erfolgs- und Misserfolgsgruppe im prä-post Vergleich. Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung sehr senken konnten, gelang daneben eine deutliche Reduktion der allgemeinpsychopathologischen Beschwerden, von gemittelt 1,65 bei Gruppenbeginn auf rund 1 am Ende der Gruppenlaufzeit. Bei der Misserfolgsgruppe, die ihre psychotraumatologische Belastung nicht günstig beeinflussen konnte, stagnierte die allgemeinpsychopathologische Symptombelastung im prä-post Vergleich bei rund 1,6.

Im Fragebogen zur *Lebenszufriedenheit (FLZ)* konnte ein signifikanter Zeit- und Interaktionseffekt nachgewiesen werden. Über beide Extremgruppen stieg die gemittelte Zufriedenheit im Gruppenverlauf. Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe), zeigten auch eine deutliche Steigerung ihrer Lebenszufriedenheit von rund 172 auf 206 im Gruppenverlauf. Die Misserfolgsgruppe hingegen, die ihre psychotraumatologische Belastung vergleichsweise weniger günstig beeinflussen konnte, zeigte eine leichte Reduktion der gemittelten Lebenszufriedenheit von rund 185 auf 184 im prä-post Vergleich.

Die Analyse für *Selbstwert (MSWS)* zeigte, dass Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung sehr reduzieren konnten auch ihr Selbstwert im Gruppenverlauf steigerten. Personen hingegen, die eine Zunahme der psychotraumatologischen Belastung angeben, berichteten daneben auch eine Reduktion des gemittelten Selbstwertes im Gruppenverlauf. Die oben beschriebenen Ergebnisse werden in folgender Abbildung 6.30 (A-F) grafisch dargestellt.



**Abbildung 6.30 (A/B/C/D/E/F): Symptombelastung im prä-post Vergleich, Analyse A**

Die Abbildung zeigt die Symptombelastung für die unabhängige Variable Extremgruppe:  
 Erfolgsgruppe = konnte psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 sehr reduzieren sowie die  
 Misserfolgsgruppe = Zunahme der psychotraumatologischen Belastung,  
 für die unterschiedlichen abhängigen Variablen im prä-post Vergleich.

### 6.4.4.3 Erfolg-/Misserfolgsgruppe psychotraumatologische Belastung in der IES-R (Analyse B)

Es wurde mit einer multivariaten Varianzanalyse untersucht, ob Personen die ihre psychotraumatologische Belastung in der IES-R im prä-post Vergleich sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe) auch von der TRG profitieren im Hinblick auf B\_1.Dissoziativität, B\_2.Depressivität, B\_3.Scham, B\_4.allgemeinpsychopathologische Symptome, B\_5.Lebenszufriedenheit und B\_6.Selbstwert. Die Erfolgsgruppe wurde mit einer Misserfolgsgruppe verglichen, deren psychotraumatologische Belastung prä-post stieg. Tabelle 6.38 gibt eine Übersicht über die varianzanalytischen Berechnungen.

**Tabelle 6.38: Varianzanalytisches Design mit Messwiederholung, Analyse B**

(B) Unabhängige Variable	Abhängige Variablen
<u>Extremgruppen</u> <i>Erfolgsgruppe</i> Deutliche prä-post Reduktion psychotraumatologischer Belastung in der IES-R  <i>Misserfolgsgruppe</i> Zunahme von psychotraumatologischer Belastung in der IES-R	<u>Symptombelastung prä-post</u> 1. Dissoziativität (FDS) 2. Depressivität (BDI) 3. Scham (TOSCA) 4. allgemeinpsychopathologische Symptome (GSI des SCL-90) 5. Lebenszufriedenheit (FLZ) 6. Selbstwert (MSWS)

*Obige Tabelle gibt eine Übersicht der Variablen von Analyse B*

#### Ad B\_1 Dissoziativität

Es wurde ein Manova durchgeführt, mit der unabhängigen Variable Extremgruppe (Erfolg vs. Misserfolg) und der abhängigen Variable Dissoziativität (FDS). Die Erfolgsgruppe konnte ihre psychotraumatologische Belastung in der IES-R sehr senken. Es wurde untersucht, ob eine deutliche Verbesserung der psychotraumatologischen Belastung in der IES-R auch verknüpft war mit einer günstigen Entwicklung von dissoziativer Symptombelastung im Gruppenverlauf. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.39: Deskriptive Statistik FDS, Analyse B**

IES-R Extremgruppen		Mittelwert	SD	N
<b>FDS prä</b>	Erfolg	11,36	7,84	9
	Misserfolg	15,91	11,83	8
	Gesamt	13,5	9,87	17
<b>FDS post</b>	Erfolg	9,8	7,21	9
	Misserfolg	17,61	14,24	8
	Gesamt	13,48	11,44	17

*Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik wieder. Die Erfolgsgruppe konnte ihre psychotraumatologische Belastung in der IES-R prä-post sehr reduzieren, während die Misserfolgsgruppe eine Zunahme der psychotraumatologischen Belastung im Gruppenverlauf angab.*

Die multivariate Varianzanalyse ergab keine signifikanten Effekte. Weder Zeit ( $F=0,005$ ;  $df=1$ ;  $15$ ;  $p=0,943$ ) noch die Interaktion Gruppe x Zeit ( $F=2,947$ ;  $df=1,15$ ;  $p=0,107$ ) oder Gruppe ( $F=1,521$ ;  $df=1,15$ ;  $p=0,237$ ) zeigten signifikante Ergebnisse. Ob Personen ihre psychotraumatologische Belastung prä-post in der IES-R sehr reduzieren konnten

(Erfolgsgruppe) oder diesbezüglich keine Verbesserungen zeigten (Misserfolgsgruppe), lieferte keine Hinweise wie sich dissoziative Symptombelastung im Gruppenverlauf entwickelte.

### Ad B\_2 Depressivität

Es wurde ein Manova durchgeführt, mit der unabhängigen Variable Extremgruppe (Erfolg vs. Misserfolg) und der abhängigen Variable Depressivität (BDI). Es wurde untersucht, ob eine deutliche Verbesserung der psychotraumatologischen Belastung in der IES-R auch verknüpft war mit einer günstigen Entwicklung von depressiver Symptombelastung im Gruppenverlauf. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.40: Deskriptive Statistik BDI, Analyse B**

IES-R Extremgruppen		Mittelwert	SD	N
<b>BDI prä</b>	Erfolg	26,80	13,89	10
	Misserfolg	28,72	9,53	9
	Gesamt	27,71	11,74	19
<b>BDI post</b>	Erfolg	18,50	11,13	10
	Misserfolg	27,33	9,27	9
	Gesamt	22,68	10,99	19

*Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Extremgruppe in der IES-R und die abhängige Variable Depressivität wieder. Es ließ sich kein Zusammenhang von Psychotraumabelastung und Depressivität absichern.*

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=5,454$ ;  $df=1$ ;  $17$ ;  $p=.032$ ). Die Interaktion Gruppe x Zeit ( $F=2,775$ ;  $df=1,17$ ;  $p=.114$ ) und Gruppe ( $F=1,304$ ;  $df=1,17$ ;  $p=.269$ ) zeigten keine signifikanten Ergebnisse. Entsprechend dem signifikanten Zeiteffekt sank die gemittelte depressive Belastung, im prä-post Vergleich über beide Gruppen (Erfolgs- und Misserfolgsgruppe) von  $27,71 \triangleq$  schwer depressive Symptomatik auf  $22,68 \triangleq$  mittelschwere depressive Symptomatik. Ob eine Person ihre psychotraumatologische Belastung sehr reduzieren konnte (Erfolgsgruppe) oder vergleichsweise weniger günstig beeinflussen konnte (Misserfolgsgruppe), ließ allerdings keine Rückschlüsse zu, wie sich depressive Beschwerden im prä-post Vergleich entwickelten.

### Ad B\_3 Scham (TOSCA)

Die multivariate Varianzanalyse mit der Extremgruppe als unabhängige Variable und Scham als abhängige Variable ergab die, in Tabelle 6.41 aufgeführte deskriptive Statistik. Es wurde untersucht, ob eine deutliche Verbesserung der psychotraumatologischen Belastung in der IES-R auch verknüpft war mit einer günstigen Entwicklung von Scham im Gruppenverlauf.

**Tabelle 6.41: Deskriptive Statistik TOSCA, Analyse B**

IES-R Extremgruppen		Mittelwert	SD	N
TOSCA prä	Erfolg	50,17	11,60	6
	Misserfolg	53,00	10,46	5
	Gesamt	51,45	10,64	11
TOSCA post	Erfolg	43,00	7,45	6
	Misserfolg	49,80	11,21	5
	Gesamt	46,09	9,52	11

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Extremgruppe in der IES-R und die abhängige Variable Scham wieder. Es ließ sich kein Zusammenhang von Psychotraumabelastung und Scham absichern.

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Zeiteffekt ( $F=5,176$ ;  $df=1,9$ ;  $p=.049$ ). Die Interaktion Gruppe x Zeit ( $F=.758$ ;  $df=1,17$ ;  $p=.407$ ) und Gruppe ( $F=.696$ ;  $df=1,9$ ;  $p=.426$ ) zeigten keine signifikanten Ergebnisse. Somit sank die gemittelte Scham im Gruppenverlauf bei Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung in der IES-R sehr reduzieren konnten sowie bei Personen die ihre psychotraumatologische Belastung weniger günstig beeinflussen konnten von 51,45 auf 46,09. Ob jemand der Erfolgs- oder Misserfolgsgruppe angehörte, lieferte keine Hinweise wie sich Scham im Gruppenverlauf entwickelte.

#### Ad B\_4 GSI des SCL-90

Es wurde ein Manova durchgeführt, mit der unabhängigen Variable Extremgruppe (Erfolg vs. Misserfolg) und dem GSI des SCL-90 als abhängige Variable. Es wurde untersucht, ob eine deutliche Verbesserung der psychotraumatologischen Belastung in der IES-R auch verknüpft war mit einer günstigen Entwicklung von allgemeinsychopathologischen Symptomen im Gruppenverlauf. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.42: Deskriptive Statistik GSI, Analyse B**

IES-R Extremgruppen		Mittelwert	SD	N
GSI des SCL-90 prä	Erfolg	1,5	0,8	7
	Misserfolg	1,88	0,6	6
	Gesamt	1,67	0,71	13
GSI des SCL-90 post	Erfolg	1,15	0,68	7
	Misserfolg	1,86	0,91	6
	Gesamt	1,48	0,84	13

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Extremgruppe in der IES-R und die abhängige Variable allgemeinsychopathologische Symptombelastung (GSI des SCL-90) wieder.

Die multivariate Varianzanalyse ergab keine signifikanten Effekte. Weder Zeit ( $F=3,384$ ;  $df=1,11$ ;  $p=.093$ ) noch die Interaktion Gruppe x Zeit ( $F=2,844$ ;  $df=1,11$ ;  $p=.120$ ) oder Gruppe ( $F=1,797$ ;  $df=1,11$ ;  $p=.207$ ) ergaben signifikante Ergebnisse. Ob Personen ihre psychotraumatologische Belastung prä-post sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe) oder diesbezüglich keine Verbesserungen zeigten (Misserfolgsgruppe), lieferte keine Hinweise wie sich allgemeinsychopathologische Belastung im Gruppenverlauf entwickelte.

**Ad B\_5 Lebenszufriedenheit (FLZ)**

Die multivariate Varianzanalyse mit der Extremgruppe als unabhängige Variable und Lebenszufriedenheit (FLZ) als abhängige Variable ergab die, in Tabelle 6.43 aufgeführte deskriptive Statistik. Untersucht wurde, ob eine deutliche Verbesserung der psychotraumatologischen Belastung in der IES-R auch verknüpft war mit einer Zunahme der Zufriedenheit im Gruppenverlauf.

**Tabelle 6.43: Deskriptive Statistik FLZ, Analyse B**

IES-R Extremgruppen		Mittelwert	SD	N
<b>FLZ prä</b>	Erfolg	190,87	35,21	8
	Misserfolg	167,7	25,91	10
	Gesamt	178	31,72	18
<b>FLZ post</b>	Erfolg	215,75	37,38	8
	Misserfolg	166,8	28,31	10
	Gesamt	188,55	40,32	18

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Extremgruppe in der IES-R und die abhängige Variable Lebenszufriedenheit (FLZ) wieder. Zufriedenere Personen bei Gruppenbeginn, sind auch am Ende der Gruppenlaufzeit zufriedener.

Die multivariate Varianzanalyse ergab keine signifikanten Effekte für Zeit ( $F=2,962$ ;  $df=1,16$ ;  $p=.104$ ) oder für die Interaktion Gruppe x Zeit ( $F=3,424$ ;  $df=1,16$ ;  $p=.083$ ). Allerdings konnte ein signifikanter Effekt für Gruppe gefunden werden ( $F=.7,451$ ;  $df=1,16$ ;  $p=.015$ ). Ob Personen ihre psychotraumatologische Belastung in der IES-R prä-post sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe) oder diesbezüglich keine Verbesserungen zeigten (Misserfolgsgruppe), lieferte keine Hinweise wie sich Zufriedenheit im Gruppenverlauf entwickelte. Entsprechend dem signifikanten Gruppeneffekt waren diejenigen, die zufriedener zu Beginn waren (M: prä=190,87) auch signifikant zufriedener am Ende der Gruppenlaufzeit (M: post=215,75). Personen hingegen, die bereits zu Beginn unzufriedener waren (M: prä=167,7), erschienen nach der TRG annähernd gleich unzufrieden (M: post=166,8).

**Ad B\_6 Selbstwert (MSWS)**

Es wurde ein Manova durchgeführt, mit der unabhängigen Variable Extremgruppe (Erfolg vs. Misserfolg) und der abhängigen Variable Selbstwert (MSWS). Es wurde untersucht, ob eine deutliche Verbesserung der psychotraumatologischen Belastung in der IES-R auch verknüpft war mit einer günstigen Entwicklung von Selbstwert im Gruppenverlauf. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.44: Deskriptive Statistik MSWS, Analyse B**

IES-R Extremgruppen		Mittelwert	SD	N
<b>MSWS prä</b>	Erfolg	110,82	36,3	11
	Misserfolg	124,14	31,04	7
	Gesamt	116	34,05	18
<b>MSWS post</b>	Erfolg	127,27	32,8	11
	Misserfolg	118,01	21,66	7
	Gesamt	123,67	28,64	18

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Extremgruppe in der IES-R und die abhängige Variable Selbstwert in der MSWS wieder.

Die multivariate Varianzanalyse ergab keine signifikanten Ergebnisse für Zeit ( $F=1,905$ ;  $df=1,16$ ;  $p=.186$ ) und Gruppe ( $F=.018$ ;  $df=1,16$ ;  $p=.894$ ). Die Interaktion Gruppe x Zeit ( $F=9,150$ ;  $df=1,16$ ;  $p=.008$ ) fiel jedoch signifikant aus. Entsprechend dem signifikanten Interaktionseffekt konnten Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung sehr reduzierten (Erfolgsgruppe), daneben auch ihr Selbstwert steigern, von gemittelt 110,82 bei Gruppenbeginn auf 127,27 am Ende der Gruppenlaufzeit. Personen hingegen, die eine Zunahme der psychotraumatologischen Belastung in der IES-R angaben, berichteten daneben auch von einer negativen Entwicklung im Selbstwert. Bei der Misserfolgsgruppe reduzierte sich das Selbstwert im Gruppenverlauf von 124,14 auf 118,01 am Ende der TRG.

#### **6.4.4.4 Zusammenfassung Ergebnisse Analyse B**

Es wurde mit multivariaten Varianzanalysen untersucht, ob Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung in der IES-R im prä-post Vergleich sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe) auch Dissoziativität, Depressivität, Scham, allgemeinsychopathologische Symptome, Lebenszufriedenheit und Selbstwert im Gruppenverlauf günstig beeinflussten. Die Erfolgsgruppe wurde mit einer Misserfolgsgruppe verglichen, die eine Zunahme der psychotraumatologischen Belastung im Gruppenverlauf der TRG angab.

Die multivariate Varianzanalyse für *Dissoziativität (FDS)* ergab weder für Zeit noch für die Interaktion Gruppe x Zeit oder Gruppe einen signifikanten Effekt. Ob Personen ihre psychotraumatologische Belastung in der IES-R prä-post sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe) oder diesbezüglich keine Verbesserungen zeigten (Misserfolgsgruppe), lieferte keine Hinweise wie sich dissoziative Belastung im Gruppenverlauf entwickelte.

Im *Beck Depressions Inventar (BDI)* konnte ein signifikanter Zeiteffekt nachgewiesen werden. Demzufolge sank die gemittelte *depressive Symptomatik* bei Erfolgs- und Misserfolgsgruppe von schwer auf mittelschwere depressive Belastung. Ob Personen ihre psychotraumatologische Belastung prä-post sehr reduzierten (Erfolgsgruppe) oder diesbezüglich keine Verbesserungen zeigten (Misserfolgsgruppe), lieferte allerdings keine Hinweise wie sich depressive Symptombelastung im Gruppenverlauf entwickelte.

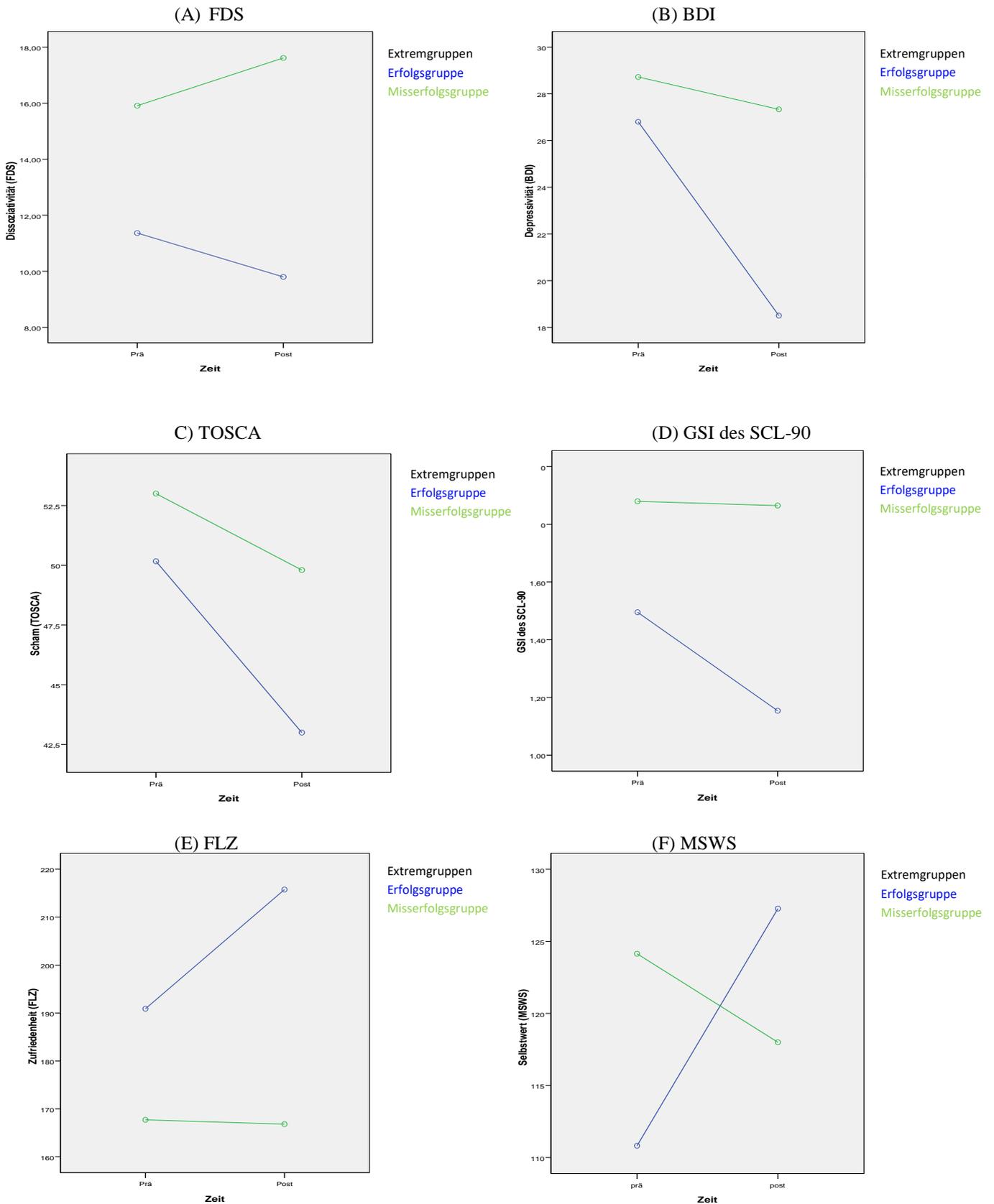
Für *Scham (TOSCA)* ergab die Analyse ebenfalls einen signifikanten Zeiteffekt. Die gemittelte Scham sank bei Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung in der IES-R im Gruppenverlauf sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe) aber auch bei der Misserfolgsgruppe. Ob Personen allerdings der Erfolgs- oder Misserfolgsgruppe angehörten, lieferte keine Hinweise wie sich Scham im Gruppenverlauf entwickelte.

*Allgemeinsychopathologische Beschwerden* wurden mit dem *GSI des SCL-90* erfasst. In der multivariaten Varianzanalyse konnten keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden. Ob Personen ihre psychotraumatologische Belastung prä-post sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe) oder diesbezüglich keine Verbesserungen zeigten (Misserfolgsgruppe), lieferte keine Hinweise wie sich allgemeinsychopathologische Symptombelastung im Gruppenverlauf entwickelte.

Im *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)* konnte kein signifikanter Zeit- und Interaktionseffekt, allerdings ein signifikanter Effekt für Gruppe nachgewiesen werden. Eine

Reduktion (Erfolgsgruppe) oder Zunahme (Misserfolgsgruppe) der psychotraumatologischen Belastung im Gruppenverlauf, lieferte keine Hinweise wie sich Zufriedenheit im prä-post Vergleich entwickelte. Allerdings waren diejenigen, die zufriedener zu Beginn waren auch zufriedener am Ende der Gruppenlaufzeit. Personen, die bereits zu Beginn vergleichsweise unzufrieden waren, stagnieren im Hinblick auf ihre Zufriedenheit.

Die Analyse für *Selbstwert (MSWS)* zeigte, dass eine deutliche Reduktion der psychotraumatologischen Belastung, mit einer Steigerung des Selbstwertes einherging. Die folgende Abbildung 6.31 (A-F) visualisiert die geschilderten Ergebnisse.



**Abbildung 6.31 (A/B/C/D/E/F): Symptombelastung im prä-post Vergleich, Analyse B**

Die Abbildung zeigt die Symptombelastung für die unabhängige Variable Extremgruppe: Erfolgsgruppe=deutliche prä-post Reduktion der psychotraumatologischen Belastung versus einer Misserfolgsgruppe= prä-post Zunahme der Psychotraumabelastung in der IES-R und den verschiedenen abhängigen Variablen.

### 6.4.4.5 Analyse C: Zielvariable Partnerschaftsstatus

Es wurde mit einer multivariaten Varianzanalyse untersucht, ob der Partnerschaftsstatus (keine Partnerschaft/in einer Partnerschaft) in einem Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von C\_1.Dissoziativität, C\_2.Depressivität, C\_3.Scham, C\_4.allgemeinpsychopathologischen Symptomen, C\_5.Lebenszufriedenheit, C\_6.Selbstwert, C\_7. psychotraumatologischer Belastung in der IES-R und C\_8. der PTSS-10 steht. Tabelle 6.45 gibt eine Übersicht über die varianzanalytischen Berechnungen.

**Tabelle 6.45: Varianzanalytisches Design mit Messwiederholung, Analyse C**

(C) Unabhängige Variable	Abhängige Variablen
Partnerschaftsstatus	<i>Symptombelastung prä-post</i>
Keine Partnerschaft	1. Dissoziativität (FDS)
	2. Depressivität (BDI)
	3. Scham (TOSCA)
In einer Partnerschaft	4. allgemeinpsychopathologische Symptome (GSI des SCL-90)
	5. Lebenszufriedenheit (FLZ)
	6. Selbstwert (MSWS)
	7. Traumasymptomatik (IES-R)
	8. Traumasymptomatik (PTSS-10)

Obige Tabelle gibt eine Übersicht der untersuchten Variablen in Analyse C.

#### Ad C\_1 Dissoziativität

Es wurde ein Manova durchgeführt, mit der unabhängigen Variablen Partnerschaftsstatus (keine Partnerschaft/in einer Partnerschaft) und der abhängigen Variable Dissoziativität (FDS). Es wurde untersucht, ob Partnerschaft versus keine Partnerschaft Zusammenhänge dazu vorwies, wie sich dissoziative Belastung im Gruppenverlauf entwickelte. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.46: Deskriptive Statistik FDS, Analyse C**

Partnerschaftsstatus		Mittelwert	SD	N
<b>FDS prä</b>	keine Partnerschaft	17,03	13,98	24
	in einer Partnerschaft	18,52	13,54	26
	Gesamt	17,81	13,63	50
<b>FDS post</b>	keine Partnerschaft	13,94	11,47	24
	in einer Partnerschaft	17,21	14,08	26
	Gesamt	15,64	12,87	50

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Partnerschaftsstatus und die abhängige Variable Dissoziativität (FDS) wieder. Partnerschaftsstatus zeigte keine Zusammenhänge zu dissoziativer Symptomatik.

Die multivariate Varianzanalyse ergab keine signifikanten Effekte. Weder Zeit ( $F=3,631$ ;  $df=1,48$ ;  $p=.063$ ) noch die Interaktion Partnerschaftsstatus x Zeit ( $F=.594$ ;  $df=1,48$ ;  $p=.445$ ) oder Partnerschaftsstatus ( $F=.440$ ;  $df=1,48$ ;  $p=.510$ ) zeigte signifikante Ergebnisse. Der Partnerschaftsstatus ließ somit keinerlei Rückschlüsse zu der prä-post Entwicklung von dissoziativer Symptomatik zu.

### Ad C\_2 Depressivität

Die multivariate Varianzanalyse mit dem Partnerschaftsstatus als unabhängige Variable und depressiver Belastung in der BDI als abhängige Variable ergab die, in Tabelle 6.47 aufgeführte deskriptive Statistik. Es wurde untersucht, ob Partnerschaft versus keine Partnerschaft Zusammenhänge dazu vorwies, wie sich depressive Belastung im Gruppenverlauf entwickelte.

**Tabelle 6.47: Deskriptive Statistik BDI, Analyse C**

Partnerschaftsstatus		Mittelwert	SD	N
<b>BDI prä</b>	keine Partnerschaft	29,46	12,99	27
	in einer Partnerschaft	30,33	10,70	30
	Gesamt	29,92	11,74	57
<b>BDI post</b>	keine Partnerschaft	23,41	14,77	27
	in einer Partnerschaft	25,25	11,16	30
	Gesamt	24,38	12,91	57

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Partnerschaftsstatus und die abhängige Variable Depressivität (BDI) wieder. Partnerschaftsstatus zeigte keine Zusammenhänge zu depressiver Symptomatik.

Die multivariate Varianzanalyse ergab lediglich einen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=16,521$ ;  $df=1,55$ ;  $p=.000$ ). Die Interaktion Partnerschaftsstatus x Zeit ( $F=.126$ ;  $df=1,55$ ;  $p=.724$ ) und Partnerschaftsstatus ( $F=.205$ ;  $df=1,55$ ;  $p=.653$ ) lieferten keine signifikanten Ergebnisse. Entsprechend dem signifikanten Zeiteffekt sank die gemittelte depressive Symptombelastung sowohl bei Personen in einer Partnerschaft als auch Singles im prä-post Vergleich der TRG von 29,92 auf 24,38. Der Partnerschaftsstatus zeigte allerdings keinerlei Zusammenhänge zu der prä-post Entwicklung von depressiver Belastung.

### Ad C\_3 Scham (TOSCA)

Es wurde ein Manova durchgeführt mit der unabhängigen Variablen Partnerschaftsstatus (keine Partnerschaft/in einer Partnerschaft) und der abhängigen Variable Scham (TOSCA). Es wurde untersucht, ob Partnerschaft versus keine Partnerschaft Zusammenhänge dazu vorwies, wie sich Scham im Gruppenverlauf entwickelte. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.48: Deskriptive Statistik TOSCA, Analyse C**

Partnerschaftsstatus		Mittelwert	SD	N
<b>TOSCA prä</b>	keine Partnerschaft	52,77	12,18	13
	in einer Partnerschaft	50,13	11,24	8
	Gesamt	51,76	11,62	21
<b>TOSCA post</b>	keine Partnerschaft	49,38	13,14	13
	in einer Partnerschaft	48,38	9,20	8
	Gesamt	49,00	11,55	21

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Partnerschaftsstatus und die abhängige Variable Scham (TOSCA) wieder. Partnerschaftsstatus zeigte keine Zusammenhänge zu Scham.

Die multivariate Varianzanalyse ergab keinen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=2,792$ ;  $df=1,19$ ;  $p=.111$ ). Die Interaktion Partnerschaftsstatus x Zeit ( $F=.282$   $df=1,19$ ;  $p=.601$ ) und Partnerschaftsstatus ( $F=129$ ;  $df=1,19$ ;  $p=.724$ ) waren ebenfalls nicht signifikant. Über beide Gruppen (mit und ohne Partner) sank Scham im prä-post Vergleich, allerdings erreicht dies nicht das Signifikanzniveau. Partnerschaftsstatus zeigte keinerlei Zusammenhänge zu der prä-post Entwicklung von Scham.

#### Ad C\_4 GSI des SCL-90

Die multivariate Varianzanalyse mit dem Partnerschaftsstatus als unabhängige Variable und allgemeinspsychopathologische Symptomatik als abhängige Variable ergab die, in Tabelle 6.49 aufgeführte deskriptive Statistik. Untersucht wurde, ob Partnerschaft versus keine Partnerschaft Zusammenhänge dazu vorwies, wie sich allgemeinspsychopathologische Symptomatik im Gruppenverlauf entwickelte.

**Tabelle 6.49: Deskriptive Statistik GSI, Analyse C**

	Partnerschaftsstatus	Mittelwert	SD	N
<b>GSI des SCL-90 prä</b>	keine Partnerschaft	1,65	0,90	21
	in einer Partnerschaft	1,74	0,70	17
	Gesamt	1,69	0,81	38
<b>GSI des SCL-90 post</b>	keine Partnerschaft	1,28	0,92	21
	in einer Partnerschaft	1,56	0,80	17
	Gesamt	1,40	0,87	38

*Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Partnerschaftsstatus und die abhängige Variable allgemeinspsychopathologische Symptombelastung (GSI des SCL-90) wieder. Partnerschaftsstatus zeigte keine Zusammenhänge zu allgemeinspsychopathologischer Symptomatik.*

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=17,379$ ;  $df=1,36$ ;  $p=.000$ ). Die Interaktion Partnerschaftsstatus x Zeit ( $F=2,003$ ;  $df=1,36$ ;  $p=.166$ ) sowie Partnerschaftsstatus ( $F=.503$ ;  $df=1,36$ ;  $p=.483$ ) ergaben keine signifikanten Ergebnisse. Gemäß des signifikanten Zeiteffektes sank die gemittelte allgemeinspsychopathologische Symptombelastung sowohl bei Singles als auch bei Personen in einer Partnerschaft im prä-post Vergleich von 1,69 auf 1,40. Der Partnerschaftsstatus zeigte jedoch keinerlei Zusammenhänge zu der prä-post Entwicklung von allgemeinspsychopathologischer Symptomatik.

#### Ad C\_5 Lebenszufriedenheit (FLZ)

Es wurde ein Manova durchgeführt mit der unabhängigen Variablen Partnerschaftsstatus (keine Partnerschaft/in einer Partnerschaft) und der abhängigen Variable Lebenszufriedenheit (FLZ). Es wurde untersucht, ob Partnerschaft versus keine Partnerschaft Zusammenhänge dazu vorwies, wie sich Lebenszufriedenheit im Gruppenverlauf entwickelte. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.50: Deskriptive Statistik FLZ, Analyse C**

	Partnerschaftsstatus	Mittelwert	SD	N
<b>FLZ prä</b>	keine Partnerschaft	185,70	39,84	23
	in einer Partnerschaft	176,56	33,86	25
	Gesamt	180,94	36,74	48
<b>FLZ post</b>	keine Partnerschaft	196,39	49,37	23
	in einer Partnerschaft	186,48	39,62	25
	Gesamt	191,23	44,36	48

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Partnerschaftsstatus und die abhängige Variable Lebenszufriedenheit (FLZ) wieder. Partnerschaftsstatus zeigte keine Zusammenhänge zu Lebenszufriedenheit.

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Effekte für Zeit ( $F=6,274$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.016$ ). Die Interaktion Partnerschaftsstatus x Zeit ( $F=.009$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.925$ ) und Partnerschaftsstatus ( $F=.740$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.394$ ) fielen nicht signifikant aus. Über beide Gruppen (mit und ohne Partner) stieg die gemittelte Lebenszufriedenheit von 180,94 bei Gruppenbeginn auf 191,23 am Ende der Gruppenlaufzeit. Aus dem Partnerschaftsstatus ließen sich jedoch keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von Lebenszufriedenheit im Gruppenverlauf ableiten.

#### Ad C\_6 Selbstwert (MSWS)

Die multivariate Varianzanalyse mit dem Partnerschaftsstatus als unabhängige Variable und Selbstwert als abhängige Variable ergab die, in Tabelle 6.51 aufgeführte deskriptive Statistik. Es wurde untersucht, ob Partnerschaft versus keine Partnerschaft Zusammenhänge dazu vorwies, wie sich Selbstwert im Gruppenverlauf entwickelte.

**Tabelle 6.51: Deskriptive Statistik MSWS, Analyse C**

	Partnerschaftsstatus	Mittelwert	SD	N
<b>MSWS prä</b>	keine Partnerschaft	110,76	47,48	25
	in einer Partnerschaft	106,57	27,67	23
	Gesamt	108,75	38,91	48
<b>MSWS post</b>	keine Partnerschaft	114,36	48,54	25
	in einer Partnerschaft	117,87	28,82	23
	Gesamt	116,04	39,94	48

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Partnerschaftsstatus und die abhängige Variable Selbstwert (MSWS) wieder. Partnerschaftsstatus zeigte keine Zusammenhänge zu Selbstwert.

Die multivariate Varianzanalyse ergab keine signifikanten Effekte. Weder Zeit ( $F=3,572$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.065$ ) noch die Interaktion Partnerschaftsstatus x Zeit ( $F=.954$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.334$ ) oder Partnerschaftsstatus ( $F=.001$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.975$ ) fielen signifikant aus. Über beide Gruppen (mit und ohne Partner) stieg Selbstwert im prä-post Vergleich, allerdings erreichte dies nicht das Signifikanzniveau. Der Partnerschaftsstatus zeigte keinerlei Zusammenhänge zu der prä-post Entwicklung von Selbstwert.

### Ad C\_7 Traumasymptomatik (IES-R)

Es wurde ein Manova durchgeführt mit der unabhängigen Variable Partnerschaftsstatus (keine Partnerschaft/in einer Partnerschaft) und der abhängigen Variable psychotraumatologische Belastung in der IES-R. Es wurde untersucht ob Partnerschaft versus keine Partnerschaft Zusammenhänge dazu vorwies, wie sich psychotraumatologische Belastung in der IES-R im Gruppenverlauf entwickelte. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.52: Deskriptive Statistik IES-R, Analyse C**

	Partnerschaftsstatus	Mittelwert	SD	N
<b>IES-R prä</b>	keine Partnerschaft	47,79	13,77	14
	in einer Partnerschaft	48,73	15,41	26
	Gesamt	48,40	14,68	40
<b>IES-R post</b>	keine Partnerschaft	41,93	16,90	14
	in einer Partnerschaft	44,19	11,07	26
	Gesamt	43,40	13,23	40

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Partnerschaftsstatus und die abhängige Variable psychotraumatologische Belastung in der IES-R wieder. Partnerschaftsstatus zeigte keine Zusammenhänge zu psychotraumatologischer Belastung.

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=6,02$ ;  $df=1,38$ ;  $p=.019$ ). Die Interaktion Partnerschaftsstatus x Zeit ( $F=0,097$ ;  $df=1,38$ ;  $p=.757$ ) und Partnerschaftsstatus ( $F=0,147$ ;  $df=1,38$ ;  $p=.703$ ) fielen nicht signifikant aus. Entsprechend dem signifikanten Zeiteffekt, sank die gemittelte psychotraumatologische Belastung über beide Gruppen von  $48,40 \pm$  schwere psychotraumatologische Belastung, auf rund  $43 \pm$  mittelschwere psychotraumatologische Belastung. Der Partnerschaftsstatus zeigte jedoch keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von psychotraumatologischer Belastung in der IES-R.

### Ad C\_8 Traumasymptomatik (PTSS-10)

Die multivariate Varianzanalyse mit dem Partnerschaftsstatus als unabhängige Variable und psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10 als abhängige Variable ergab die, in Tabelle 6.53 aufgeführte deskriptive Statistik. Es wurde untersucht, ob Partnerschaft versus keine Partnerschaft Zusammenhänge dazu vorwies, wie sich psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 im Gruppenverlauf entwickelte.

**Tabelle 6.53: Deskriptive Statistik PTSS-10, Analyse C**

	Partnerschaftsstatus	Mittelwert	SD	N
<b>PTSS-10 prä</b>	keine Partnerschaft	37,04	14,28	27
	in einer Partnerschaft	40,32	9,72	31
	Gesamt	38,79	12,06	58
<b>PTSS-10 post</b>	keine Partnerschaft	33,19	14,79	27
	in einer Partnerschaft	37,42	11,52	31
	Gesamt	35,45	13,2	58

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Partnerschaftsstatus und die abhängige Variable psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 wieder.

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=7,064$ ;  $df=1$ ;  $56$ ;  $p=.010$ ). Die Interaktion Partnerschaftsstatus x Zeit ( $F=.139$ ;  $df=1,56$ ;  $p=.710$ ) und Partnerschaftsstatus ( $F=1,504$ ;  $df=1,56$ ;  $p=.225$ ) fielen nicht signifikant aus. Gemäß des signifikanten Zeiteffekts sank die gemittelte psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 im prä-post Vergleich bei Singles und Personen in einer Partnerschaft von  $38,79$ =dringender Verdacht auf PTBS auf  $35,45$ =Verdacht auf PTBS. Der Partnerschaftsstatus zeigte jedoch keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10.

#### 6.4.4.6 Zusammenfassung Ergebnisse Analyse C

Es wurde in einem varianzanalytischen Design untersucht, ob der Partnerschaftsstatus (keine Partnerschaft/in einer Partnerschaft) in einem Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von Dissoziativität, Depressivität, Scham, allgemeinsychopathologischen Symptomen, Lebenszufriedenheit, Selbstwert und psychotraumatologischer Belastung in der IES-R bzw. in der PTSS-10 stand.

Die multivariate Varianzanalyse für *Dissoziativität (FDS)* ergab keine signifikanten Effekte. Weder Zeit noch die Interaktion Partnerschaftsstatus x Zeit oder Partnerschaftsstatus zeigte signifikante Ergebnisse. Demnach ließ sich aus dem Partnerschaftsstatus keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von dissoziativer Symptomatik ableiten.

Die Analyse für *Depressivität (BDI)* ergab einen signifikanten Effekt für Zeit. Die gemittelte depressive Symptombelastung verringerte sich demzufolge bei Singles und Personen in einer Partnerschaft von schwer auf mittelschwere depressive Belastung. Der Partnerschaftsstatus zeigte jedoch keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von depressiver Belastung.

Für *Scham (TOSCA)* ergab die Analyse ebenfalls keine signifikanten Effekte. Weder Zeit noch die Interaktion Partnerschaftsstatus x Zeit oder Partnerschaftsstatus zeigte signifikante Ergebnisse. Demnach ließ sich aus dem Partnerschaftsstatus keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von Scham ableiten.

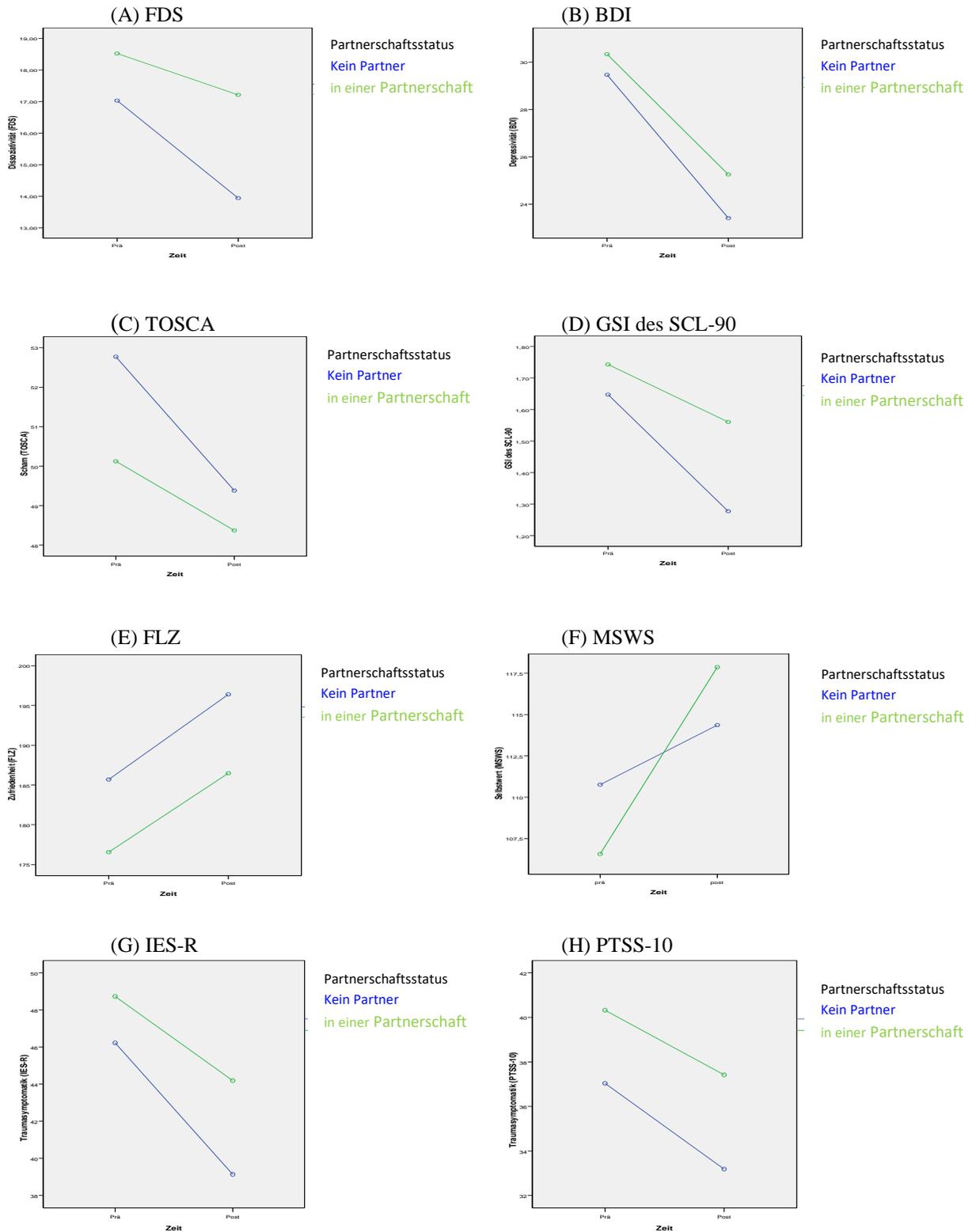
In Bezug auf *allgemeinsychopathologische Beschwerden* konnte im *GSI des SCL-90* ein signifikanter Effekt für Zeit gefunden werden. Somit sank allgemeinsychopathologische Symptomatik bei Singles und Personen in einer Partnerschaft im Gruppenverlauf. Prä-post Veränderungen auf Symptomebene waren allerdings unabhängig vom Partnerschaftsstatus.

Die Analyse zur *Lebenszufriedenheit (FLZ)* konnte einen signifikanten Effekt für Zeit nachweisen. Personen mit und ohne Partnerschaft konnten ihre gemittelte Zufriedenheit im Gruppenverlauf steigern. Der Partnerschaftsstatus wies allerdings keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von Lebenszufriedenheit auf.

Auch im *Selbsterhebungsinstrument (MSWS)* konnten keine signifikanten Effekte nachgewiesen werden. Somit ließ sich aus dem Partnerschaftsstatus keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von Selbstwert ableiten.

Bei der Untersuchung von *psychotraumatologischer Belastung* in der IES-R und der *PTSS-10* konnte jeweils ein signifikanter Zeiteffekt gefunden werden. Dieser zeigt, dass Psychotraumabelastung bei Singles und liierten Personen sank. Der Partnerschaftsstatus ließ

jedoch erneut keine Rückschlüsse auf die prä-post Entwicklung von psychotraumatologischer Belastung zu. Die folgende Abbildung 6.32 (A-H) visualisiert die geschilderten Ergebnisse.



**Abbildung 6.32 (A/B/C/D/E/F/G/H): Symptombelastung im prä-post Vergleich; Analyse C**

Die Abbildung zeigt die Symptombelastung für Singles und Personen in einer Partnerschaft für die unterschiedlichen abhängigen Variablen.

#### 6.4.4.7 Analyse D: Zielvariable Kinder

Es wurde mit einer multivariaten Varianzanalyse untersucht, ob Kinder/keine Kinder in einem Zusammenhang zu der prä-post Symptomentwicklung von D\_1.Dissoziativität, D\_2.Depressivität, D\_3.Scham, D\_4.allgemeinpsychopathologischen Symptomen, D\_5.Lebenszufriedenheit, D\_6.Selbstwert, D\_7. psychotraumatologischer Belastung in der IES-R und D\_8.in der PTSS-10 steht. Tabelle 6.54 gibt eine Übersicht über die varianzanalytischen Berechnungen.

**Tabelle 6.54: Varianzanalytisches Design mit Messwiederholung, Analyse D**

(D) Unabhängige Variable	Abhängige Variablen
Kinder: Kinder	<i>Symptombelastung prä-post</i> 1. Dissoziativität (FDS) 2. Depressivität (BDI) 3. Scham (TOSCA)
Keine Kinder	4. allgemeinpsychopathologische Symptome (GSI des SCL-90) 5. Lebenszufriedenheit (FLZ) 6. Selbstwert (MSWS) 7. Traumasymptomatik (IES-R) 8. Traumasymptomatik (PTSS-10)

Obige Tabelle gibt eine Übersicht, der Variablen in Analyse D.

#### Ad D\_1 Dissoziativität

Es wurde ein Manova durchgeführt mit der unabhängigen Variable Kinder/keine Kinder und der abhängigen Variable Dissoziativität (FDS). Es wurde untersucht, ob Kinder versus keine Kinder Zusammenhänge dazu vorwies, wie sich dissoziative Belastung im Gruppenverlauf entwickelte. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.55: Deskriptive Statistik FDS, Analyse D**

	Kinder	Mittelwert	SD	N
<b>FDS prä</b>	Kinder	14,99	10,70	27
	keine Kinder	21,12	16,04	23
	Gesamt	17,81	13,63	50
<b>FDS post</b>	Kinder	13,27	10,62	27
	keine Kinder	18,42	14,86	23
	Gesamt	15,64	12,87	50

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Kinder und die abhängige Variable Dissoziativität wieder. Zwischen Kinder und dissoziativer Symptomatik konnte kein Zusammenhang nachgewiesen werden.

Die multivariate Varianzanalyse ergab keine signifikanten Effekte. Weder Zeit ( $F=3,596$ ;  $df=1,48$ ;  $p=.064$ ) noch die Interaktion Kinder x Zeit ( $F=.180$ ;  $df=1,48$ ;  $p=.674$ ) oder Kinder ( $F=2,557$ ;  $df=1,48$ ;  $p=.116$ ) zeigten signifikante Ergebnisse. Kinder/keine Kinder ergab somit keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von dissoziativer Symptomatik.

### Ad D\_2 Depressivität

Die multivariate Varianzanalyse mit Kinder versus keine Kinder als unabhängige Variable und depressiver Belastung in der BDI als abhängige Variable ergab die, in Tabelle 6.56 aufgeführte deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.56: Deskriptive Statistik BDI, Analyse D**

	Kinder	Mittelwert	SD	N
<b>BDI prä</b>	Kinder	30,43	11,49	29
	keine Kinder	29,39	12,19	28
	Gesamt	29,92	11,74	57
<b>BDI post</b>	Kinder	24,03	13,22	29
	keine Kinder	24,73	12,80	28
	Gesamt	24,38	12,91	57

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Kinder und die abhängige Variable Depressivität (BDI) wieder. Zwischen Kinder und depressiver Symptomatik konnte kein Zusammenhang abgesichert werden.

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=16,403$ ;  $df=1,55$ ;  $p=.000$ ). Die Interaktion Kinder x Zeit ( $F=.404$ ;  $df=1,55$ ;  $p=.528$ ) und Kinder ( $F=.003$ ;  $df=1,55$ ;  $p=.955$ ) fielen nicht signifikant aus. Die gemittelte depressive Belastung sank in der Beck Depressionsskala signifikant bei Personen mit und ohne Kinder im prä-post Vergleich von  $29,92 \triangleq$  schwer depressive Symptomatik auf  $24,38 \triangleq$  mittelschwere depressive Symptomatik. Ob jemand Kinder hatte oder nicht, stand allerdings in keinem Zusammenhang zu der Entwicklung von depressiven Beschwerden im Gruppenverlauf.

### Ad D\_3 Scham (TOSCA)

Es wurde ein Manova durchgeführt mit der unabhängigen Variable Kinder/keine Kinder und der abhängigen Variable Scham (TOSCA). Es wurde untersucht, ob Kinder versus keine Kinder Zusammenhänge dazu vorwies, wie sich Scham im Gruppenverlauf entwickelte. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.57: Deskriptive Statistik TOSCA, Analyse D**

	Kinder	Mittelwert	SD	N
<b>TOSCA prä</b>	Kinder	54,63	11,99	8
	keine Kinder	50,00	11,50	13
	Gesamt	51,76	11,62	21
<b>TOSCA post</b>	Kinder	50,63	12,43	8
	keine Kinder	48,00	11,37	13
	Gesamt	49,00	11,55	21

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Kinder und die abhängige Variable Scham wieder. Zwischen Kinder und Scham konnte kein Zusammenhang gefunden werden.

Die multivariate Varianzanalyse ergab keine signifikanten Effekte. Weder Zeit ( $F=3,841$ ;  $df=1,19$ ;  $p=.065$ ) noch die Interaktion Kinder x Zeit ( $F=.427$ ;  $df=1,19$ ;  $p=.521$ ) oder Kinder ( $F=.517$ ;  $df=1,19$ ;  $p=.481$ ) zeigten signifikante Ergebnisse. Die gemittelte Scham sank bei Personen mit und ohne Kinder im prä-post Vergleich, ohne jedoch das Signifikanzniveau zu

erreichen. Ob jemand Kinder hatte oder kinderlos war, stand allerdings in keinem Zusammenhang zu der Entwicklung von Scham im Gruppenverlauf.

#### Ad D\_4 GSI des SCL-90

Die multivariate Varianzanalyse mit Kinder versus keine Kinder als unabhängige Variable und allgemeinspsychopathologische Symptome (GSI des SCL-90), als abhängige Variable ergab die, in Tabelle 6.58 aufgeführte deskriptive Statistik. Es wurde untersucht, ob Kinder versus keine Kinder Zusammenhänge dazu vorwies, wie sich allgemeinspsychopathologische Belastung im Gruppenverlauf entwickelte.

**Tabelle 6.58: Deskriptive Statistik GSI, Analyse D**

	Kinder	Mittelwert	SD	N
<b>GSI des SCL-90 prä</b>	Kinder	1,71	0,80	19
	keine Kinder	1,67	0,84	19
	Gesamt	1,69	0,81	38
<b>GSI des SCL-90 post</b>	Kinder	1,39	0,89	19
	keine Kinder	1,42	0,87	19
	Gesamt	1,40	0,87	38

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik wieder. Zwischen Kinder und allgemeinspsychopathologischer Symptomatik (GSI) konnte kein Zusammenhang gefunden werden.

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=18,002$ ;  $df=1,36$ ;  $p=.000$ ). Die Interaktion Kinder x Zeit ( $F=.289$ ;  $df=1,36$ ;  $p=.594$ ) und Kinder ( $F=.000$ ;  $df=1,36$ ;  $p=.984$ ) fielen jedoch nicht signifikant aus. Entsprechend dem signifikanten Zeiteffekt sank die gemittelte allgemeinspsychopathologische Symptombelastung im prä-post Vergleich sowohl bei Personen mit, als auch ohne Kinder von 1,69 auf 1,40. Kinder/keine Kinder zeigte jedoch keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von allgemeinspsychopathologischer Symptomatik.

#### Ad D\_5 Lebenszufriedenheit (FLZ)

Es wurde ein Manova durchgeführt mit der unabhängigen Variable Kinder/keine Kinder und der abhängigen Variable Lebenszufriedenheit (FLZ). Es wurde untersucht, ob Kinder versus keine Kinder Zusammenhänge dazu vorweist, wie sich Lebenszufriedenheit im Gruppenverlauf entwickelte. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.59: Deskriptive Statistik FLZ, Analyse D**

	Kinder	Mittelwert	SD	N
<b>FLZ prä</b>	Kinder	181,36	38,89	25
	keine Kinder	180,48	35,13	23
	Gesamt	180,94	36,74	48
<b>FLZ post</b>	Kinder	189,28	44,03	25
	keine Kinder	193,35	45,60	23
	Gesamt	191,23	44,36	48

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik wieder für die unabhängige Variable Kinder und die abhängige Variable Lebenszufriedenheit (FLZ).

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=6,430$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.015$ ). Die Interaktion Kinder x Zeit ( $F=.364$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.549$ ) und Kinder ( $F=.020$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.887$ ) fielen nicht signifikant aus. Gemäß dem signifikanten Zeiteffekt stieg die gemittelte Lebenszufriedenheit im prä-post Vergleich, bei Personen mit Kindern sowie Personen ohne Kindern von 180,94 auf 191,23. Kinder/keine Kinder ließ jedoch keinerlei Rückschlüsse zu der prä-post Entwicklung von Lebenszufriedenheit zu.

#### Ad D\_6 Selbstwert (MSWS)

Die multivariate Varianzanalyse mit Kinder versus keine Kinder als unabhängige Variable und Selbstwert in der MSWS als abhängige Variable ergab die, in Tabelle 6.60 aufgeführte deskriptive Statistik. Es wurde untersucht, ob Kinder versus keine Kinder Zusammenhänge dazu vorwies, wie sich Selbstwert im Gruppenverlauf entwickelte.

**Tabelle 6.60: Deskriptive Statistik MSWS, Analyse D**

	Kinder	Mittelwert	SD	N
MSWS prä	Kinder	107,72	39,05	25
	keine Kinder	109,87	39,60	23
	Gesamt	108,75	38,91	48
MSWS post	Kinder	120,36	37,19	25
	keine Kinder	111,35	43,06	23
	Gesamt	116,04	39,94	48

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik wieder für die unabhängige Variable Kinder und die abhängige Variable Selbstwert. Zwischen Kinder und Selbstwert konnte kein Zusammenhang gefunden werden.

Die multivariate Varianzanalyse ergab keine signifikanten Effekte. Weder Zeit ( $F=3,280$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.077$ ) noch die Interaktion Kinder x Zeit ( $F=2,050$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.159$ ) oder Kinder ( $F=.101$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.752$ ) fielen signifikant aus. Ob jemand Kinder hatte oder kinderlos lebte, stand in keinem Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von Selbstwert im Rahmen der TRG.

#### Ad D\_7 Traumasymptomatik (IES-R)

Es wurde ein Manova durchgeführt mit der unabhängigen Variable Kinder/keine Kinder und der abhängigen Variable psychotraumatologische Belastung in der IES-R. Es wurde untersucht, ob Kinder versus keine Kinder Zusammenhänge dazu vorwies, wie sich psychotraumatologische Belastung in der IES-R im Gruppenverlauf entwickelte. Folgende Tabelle zeigt die deskriptive Statistik.

**Tabelle 6.61: Deskriptive Statistik IES-R, Analyse D**

	Kinder	Mittelwert	SD	N
IES-R prä	Kinder	48,91	16,16	22
	keine Kinder	46,46	14,28	26
	Gesamt	47,58	15,06	48
IES-R post	Kinder	43,59	12,04	22
	keine Kinder	40,42	14,48	26
	Gesamt	41,88	13,37	48

Obige Tabelle gibt die deskriptive Statistik wieder. Zwischen Kinder und psychotraumatologischer Belastung in der IES-R konnte kein Zusammenhang gefunden werden.

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=8,079$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.004$ ). Die Interaktion Kinder x Zeit ( $F=.036$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.850$ ) und Kinder ( $F=.579$ ;  $df=1,46$ ;  $p=.451$ ) fielen nicht signifikant aus. Die gemittelte psychotraumatologische Belastung sank signifikant im prä-post Vergleich, bei Personen mit und ohne Kinder von gemittelt 47,58  $\hat{=}$  schwere psychotraumatologische Belastung auf gemittelt 41,88  $\hat{=}$  mittelschwere psychotraumatologische Belastung. Kinder/keine Kinder zeigte jedoch keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von psychotraumatologischer Belastung, erfasst mit der IES-R.

#### Ad D\_8 Traumasymptomatik (PTSS-10)

Die multivariate Varianzanalyse mit Kinder versus keine Kinder als unabhängige Variable und psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 als abhängige Variable ergab die, in Tabelle 6.62 aufgeführte deskriptive Statistik. Es wurde untersucht, ob Kinder versus keine Kinder Zusammenhänge dazu vorwies, wie sich psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 im Gruppenverlauf entwickelte.

**Tabelle 6.62: Deskriptive Statistik PTSS-10, Analyse D**

	Kinder	Mittelwert	SD	N
PTSS-10 prä	Kinder	40,13	12,18	30
	keine Kinder	37,36	11,98	28
	Gesamt	38,79	12,06	58
PTSS-10 post	Kinder	36,13	13,89	30
	keine Kinder	34,71	12,62	28
	Gesamt	35,45	13,20	58

Obige Tabelle zeigt die deskriptive Statistik für die unabhängige Variable Kinder und die abhängige Variable psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10. Zwischen Kinder und psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10 konnte kein Zusammenhang nachgewiesen werden.

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Effekt für Zeit ( $F=6,874$ ;  $df=1,56$ ;  $p=.011$ ). Die Interaktion Kinder x Zeit ( $F=.287$ ;  $df=1,56$ ;  $p=.594$ ) und Kinder ( $F=.461$ ;  $df=1,56$ ;  $p=.500$ ) fielen nicht signifikant aus. Die gemittelte psychotraumatologische Belastung sank bei Personen mit und ohne Kinder im Gruppenverlauf, von 38,79  $\hat{=}$  dringender Verdacht auf PTBS auf 35,45  $\hat{=}$  Verdacht auf PTBS. Kinder/keine Kinder zeigte jedoch keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10.

#### 6.4.4.8 Zusammenfassung Ergebnisse Analyse D

Es wurde in einem varianzanalytischen Design untersucht, ob Kinder/keine Kinder in einem Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von Dissoziativität, Depressivität, Scham, allgemeinpsychopathologischen Symptomen, Lebenszufriedenheit, Selbstwert und psychotraumatologischer Belastung in der IES-R und der PTSS-10 stand.

Die multivariate Varianzanalyse für *Dissoziativität (FDS)* ergab weder für Zeit, noch für die Interaktion Kinder x Zeit oder Kinder signifikante Ergebnisse. Demnach zeigte Kinder/keine Kinder keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von dissoziativer Symptomatik.

In der *Beck Depressions Skala* konnte ein signifikanter Zeiteffekt nachgewiesen werden. Die gemittelte *depressive Belastung* sank im Gruppenverlauf bei Personen mit und ohne Kinder. Es ließ sich jedoch kein Zusammenhang zwischen Kinder/keine Kinder und der prä-post Entwicklung von depressiver Symptomatik nachweisen.

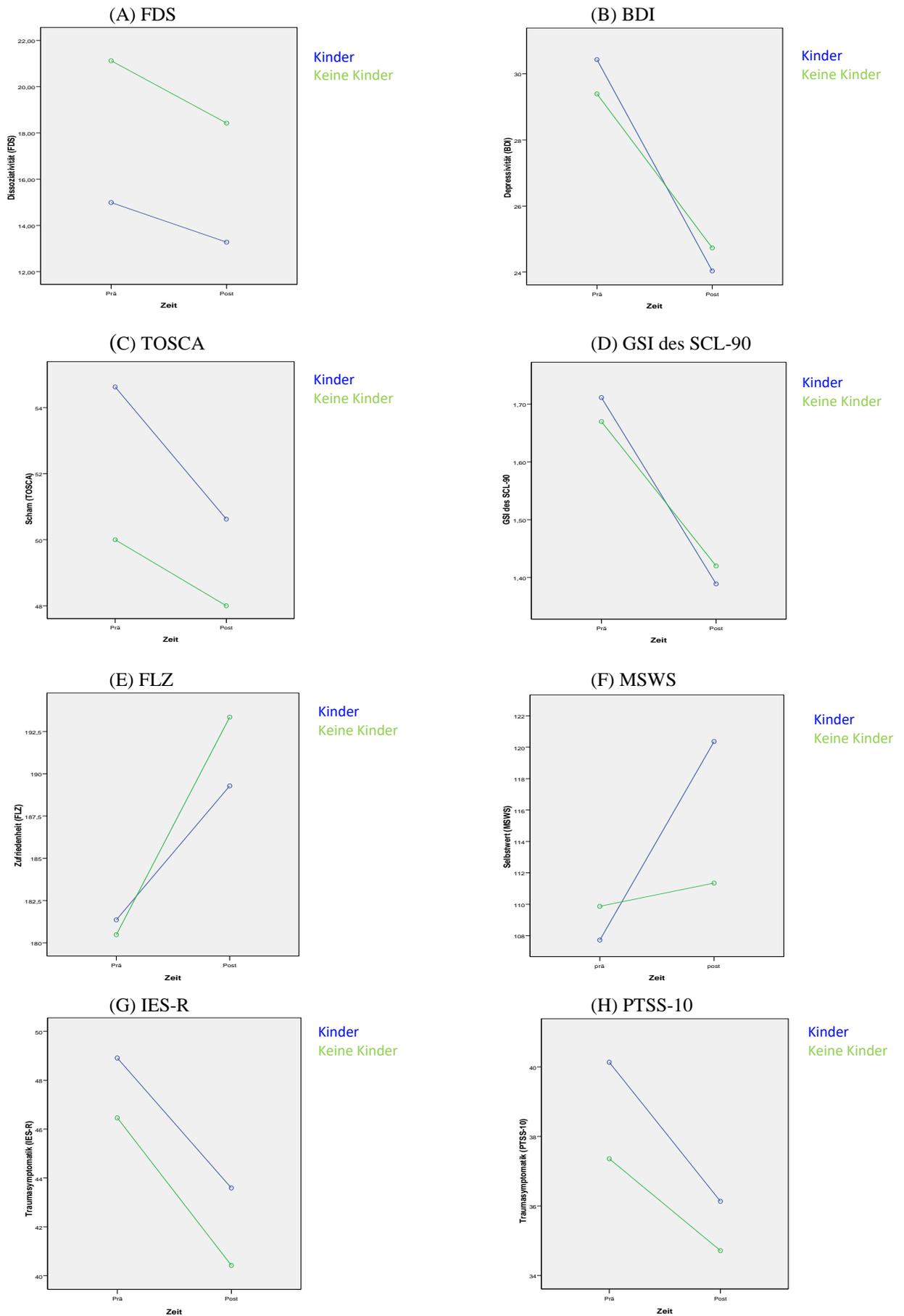
Im *TOSCA* einem Messinstrument welches *Scham* erfasst, konnten keine signifikanten Effekte nachgewiesen werden. Die gemittelte Scham sank bei Personen mit und ohne Kinder im prä-post Vergleich, ohne jedoch das Signifikanzniveau zu erreichen. Ob jemand Kinder hatte oder nicht, stand allerdings in keinem Zusammenhang zu der Entwicklung von Scham im Gruppenverlauf.

In Bezug auf *allgemeinpsychopathologische Symptombelastung* konnte im *GSI des SCL-90* ein signifikanter Zeiteffekt gefunden werden. Dementsprechend sank allgemeinpsychopathologische Symptombelastung bei Personen mit und ohne Kinder im Gruppenverlauf. Kinder/keine Kinder zeigte allerdings keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von allgemeinpsychopathologischer Symptomatik.

Die Analyse für *Lebenszufriedenheit (FLZ)* konnte eine signifikante Steigerung der gemittelten Zufriedenheit bei Personen mit und ohne Kinder, im prä-post Vergleich der TRG nachweisen. Kinder/keine Kinder zeigte jedoch auch hier keinerlei Zusammenhang mit der prä-post Entwicklung von Zufriedenheit.

Auch im *Selbstwörterhebungsinstrument (MSWS)* konnten keine signifikanten Effekte nachgewiesen werden. Ob jemand Kinder hatte oder kinderlos lebte, zeigte keinerlei Zusammenhang, wie sich Selbstwert im Gruppenverlauf entwickelte.

Bei der Untersuchung von *psychotraumatologischer Belastung* in der IES-R und der *PTSS-10*, konnte jeweils ein signifikanter Zeiteffekt gefunden werden. Personen mit und ohne Kinder konnten demzufolge ihre gemittelte psychotraumatologische Belastung im prä-post Vergleich in beiden Traumaskalen senken. Kinder/keine Kinder zeigte jedoch keinerlei Zusammenhang zu der prä-post Entwicklung von psychotraumatologischer Belastung. Die geschilderte Ergebnisse werden in der folgenden Abbildung 6.33 (A-H) visualisiert.



**Abbildung 6.33 (A/B/C/D/E/F/G/H): Symptombelastung im prä-post Vergleich; Analyse D**  
 Die Abbildung zeigt die prä-post Symptombelastung für Personen mit und ohne Kinder.

### 6.4.5 Regressionsanalyse: Varianzaufklärung von Behandlungserfolg

Die Zusammenhänge möglicher prädiktiver Variablen (vgl. Tabelle 5.2) und einer Reduktion von psychotraumatologischer Belastung, als Indikator des Behandlungserfolges, wurden mittels linearer Regression untersucht. Behandlungserfolg wurde hierbei als die prä-post Reduktion psychotraumatologischer Belastung in der IES-R operationalisiert. Basierend auf den Ergebnissen der T-Teste (6.4.3) bzw. multivariaten Analysen (6.4.4) wurden neben allen Hauptskalen potenzielle Subskalen als Prädiktoren ausgewählt. Neben der Psychopathologie wurden die folgenden Variablen als Kontrollvariablen eingesetzt:

- Alter
- Partnerschaftsstatus: mit und ohne Partner
- Kinder: ja/nein
- Vorherige ambulante Psychotherapie durchgeführt: ja/nein
- stationäre Vorbehandlungen (nie bis 10 Mal)

Es wurde ein Vorhersagemodell mit drei *unabhängigen Variablen* erstellt, die zusammen einen Anteil von 41,9% an der Gesamtvarianz des Behandlungserfolges erklärten. Nach Aufnahme der demografischen Kontrollvariablen im ersten Block der Regression, wurde in der Auswahlmethode (Einschluss) jeweils in einen separaten Block, die folgenden Variablen integriert:

- Psychotraumatologische Belastung (Summenwert der IES-R Gesamtskala)
- Dissoziative Beschwerden (FDS Gesamtskala)
- Zufriedenheit eigene Person (FLZ Subskala eigene Person)

Anhand der dargestellten Korrelationsmatrix (Tabelle 6.63), aller im Modell enthaltenen Variablen, ergaben sich folgende Einzelzusammenhänge:

Einer der Prädiktoren, die bei Gruppenbeginn bestehende Ausprägung von psychotraumatologischer Belastung in der IES-R wies eine signifikante bivariate Korrelation mit der Zielvariablen „Behandlungserfolg“ auf. Hinsichtlich der Beziehung einzelner Prädiktoren bestand eine signifikante bivariate Korrelation aller Prädiktoren untereinander.

**Tab. 6.63: Korrelationsmatrix der einzelnen Einflussgrößen**

		1.	2.	3.	4.
1. Zielvariable prä-post IES-R	Korrelation nach Pearson	1			
	Signifikanz (2-seitig)				
	N	48			
2. IES-R prä	Korrelation nach Pearson	0,553**	1		
	Signifikanz (2-seitig)	0,000			
	N	48	82		
3. FDS prä	Korrelation nach Pearson	-0,105	0,362**	1	
	Signifikanz (2-seitig)	0,510	0,002		
	N	42	72	82	
4. FLZ prä eigene Person	Korrelation nach Pearson	-0,017	-0,429**	-0,301**	1
	Signifikanz (2-seitig)	0,911	0,000	0,008	
	N	44	74	77	84

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Obige Tabelle zeigt eine Korrelationsmatrix der Zielvariablen sowie Prädiktoren des Behandlungserfolges.

Mit Hilfe einer blockweisen Aufnahme in SPSS wurden im ersten Variablenblock ausschließlich soziodemografische Variablen integriert. So konnte sichergestellt werden, dass alle weiteren zugefügten potenziellen Prädiktoren, um den Einfluss der Kontrollvariablen bereinigt wurden. Für den ersten Block konnte erwartungsgemäß keine signifikante Vorhersageleistung auf die Zielvariable (Behandlungserfolg: prä-post Symptomreduktion der psychotraumatologischen Belastung in der IES-R) errechnet werden ( $F=0,199$ ;  $p=.960$ ). Die unbereinigte Varianzaufklärung durch alleinige Berücksichtigung der soziodemografischen Daten lag bei rund 1% (korrigiertes R-Quadrat  $-0,121$ ). Korrelationskoeffizient R lag bei  $0,174$ .

Als erster Prädiktor des zweiten Variablenblocks wurde die psychotraumatologische Belastung in der IES-R (prä) aufgenommen. In der angewandten Aufnahmemethode des Einschluss, lieferte dieser Prädiktor einen signifikanten zusätzlichen Beitrag der Varianzaufklärung der Zielvariable „Behandlungserfolg“ (Änderung in  $F=18,229$ ;  $p=.013$ ). Das, durch die Integration von „IES-R prä“ verbesserte Modell, ergab einen Korrelationskoeffizienten R von  $0,624$  und eine Varianzaufklärung von  $27,1\%$  (korrigierter Wert für R-Quadrat von  $0,271$ ).

Als zweiter signifikanter Prädiktor wurde „FDS prä“ in das Modell aufgenommen (Änderung in  $F=5,323$ ;  $p=.003$ ). Bei einem Korrelationskoeffizienten von  $0,694$  erhöhte sich die erklärte Varianz auf  $36\%$  (korrigiertes R-Quadrat  $0,360$ ).

Auf der nächsten Stufe der Modellbildung wurde „FLZ Subskala eigene Person prä“ eingeschlossen (Änderung in  $F=4,041$ ;  $p=.002$ ). Durch die Aufnahme dieses Prädiktors ergab sich eine Varianzaufklärung von rund  $42\%$  (korrigiertes R-Quadrat  $0,419$ ). Der multiple Korrelationskoeffizient R für das Modell aus drei Prädiktoren und dem, in diesem Fall vernachlässigbar geringen Aufklärungspotential der Kontrollvariablen mit der Zielvariablen betrug  $0,738$ . Tabelle 6.64 zeigt die blockweise Regression mit den Kontrollvariablen (Block 1) und den Prädiktoren (Block 2-4), mit dem erzielten Zuwachs an Varianzaufklärung (vgl. Änderungsstatistik) sowie der Vorhersageleistung des Gesamtmodells (vgl. korrigiertes R-

Quadrat). Das Ergebnis des Durbin-Watson-Tests lieferte mit einem Wert von 1,965 keine Hinweise für Autokorrelationen der Residuen (Multikollinearität).

**Tab. 6.64: Blockweise Regression**

Block	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Änderungsstatistiken			Durbin-Watson-Statistik	p
				Änderung in R-Quadrat	Änderung in F	Änderung in Signifikanz von F		
1	0,174(a)	,030	-,121	,030	,199	.960	1,965	.960
2	0,624(b)	,389	,271	,359	18,229	.000		.013
3	0,694(c)	,481	,360	,092	5,323	.028		.003
4	0,738(d)	,545	,419	,063	4,041	.054		.002

- (a) Einflußvariablen: (Konstante), Alter; Partnerschaftsstatus: mit und ohne Partner; Kinder: ja/nein; schon einmal amb. Psychotherapie gemacht: 0=nein; 1 = ja; schon mal in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen: nie bis mehr als 10 Mal
- (b) Einflußvariablen: (Konstante), Alter; Partnerschaftsstatus: mit und ohne Partner; Kinder: ja/nein; schon einmal amb. Psychotherapie gemacht: 0=nein; 1 = ja, schon mal in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen: nie bis mehr als 10 Mal ; IES-R Gesamtwert prä
- (c) Einflußvariablen: (Konstante), Alter; Partnerschaftsstatus: mit und ohne Partner; Kinder: ja/nein; schon einmal amb. Psychotherapie gemacht: 0=nein; 1 = ja, schon mal in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen: nie bis mehr als 10 Mal; 5=mehr als 10Mal ; IES-R Gesamtwert prä; FDS Gesamt prä
- (d) Einflußvariablen: (Konstante), Alter; Partnerschaftsstatus: mit und ohne Partner; Kinder: ja/nein; schon einmal amb. Psychotherapie gemacht: 0=nein; 1 = ja, schon mal in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen: nie bis mehr als 10 Mal; IES-R Gesamtwert prä; FDS Gesamt prä; FLZ Subskala eigene Person prä

Abhängige Variable: IES-R Differenzwert (IES prä – IES-R post)

Um Aussagen über die Relevanz und Gewichtung der einzelnen Prädiktoren innerhalb des Regressionsmodells zu treffen, können die standardisierten  $\beta$ -Koeffizienten herangezogen werden, die in Tabelle 6.65 aufgeführt sind. Relevante Autokorrelationen der Residuen wurden mithilfe der Durbin-Watson-Statistik (siehe oben) ausgeschlossen.

Innerhalb des Regressionsmodells erreichte IES-R prä das größte signifikante  $\beta$  Gewicht ( $\beta=0.61$ ,  $t=4,27$ ,  $p=.000$ ). Je höher die psychotraumatologische Belastung bei Gruppenbeginn in der IES-R ausfiel, umso größer war der Therapieerfolg, operationalisiert als prä-post Reduktion psychotraumatologischer Belastung in der IES-R.

Der Beta Koeffizient für FDS prä fiel ebenfalls signifikant und negativ aus ( $\beta= -0.36$ ,  $t= -2,31$ ,  $p=.028$ ). Umso höher die Dissoziativität bei Beginn der TRG (FDS prä), je niedriger war der Therapieerfolg, operationalisiert als prä-post Reduktion psychotraumatologischer Belastung in der IES-R.

Der Beta Koeffizient für Zufriedenheit mit der eigenen Person (prä) fiel ebenfalls positiv aus ( $\beta=0.28$ ,  $t=2,01$ ,  $p=.054$ ). Höhere Zufriedenheit mit der eigenen Person zu Beginn der TRG stand im Zusammenhang zu größeren Verbesserungen der psychotraumatologischen Belastung im Gruppenverlauf. Da mit  $p=.054$  nur ein marginal signifikantes Ergebnis erreicht wurde, muss allerdings noch von einer Tendenz ausgegangen werden.

Zusammenfassend konnte eine zufriedenstellende Aufklärung von rund 42% der Gesamtvarianz des Behandlungserfolgs, operationalisiert über die prä-post Reduktion psychotraumatologischer Belastung in der IES-R, mit Hilfe von drei Prädiktoren ermittelt werden.

Tabelle 6.65: Koeffizienten

Block	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	P
	B	Standardfehler	Beta		
1 (Konstante)	17,14	20,43		0,84	0,408
Alter	-0,13	0,25	-0,12	-0,54	0,595
Partnerschaft: ja/nein	1,53	3,37	0,08	0,45	0,652
Kinder: ja/nein	0,33	5,93	0,01	0,06	0,956
stationäre Vorbeh.	-0,18	1,90	-0,02	-0,09	0,926
ambulante Vorbeh.	-5,74	8,74	-0,12	-0,66	0,516
2 (Konstante)	-10,78	17,72		-0,61	0,547
Alter	-0,16	0,20	-0,14	-0,79	0,435
Partnerschaft: ja/nein	2,29	2,72	0,13	0,84	0,406
Kinder: ja/nein	2,06	4,80	0,08	0,43	0,671
stationäre Vorbeh.	-0,76	1,54	-0,07	-0,49	0,626
ambulante Vorbeh.	-5,54	7,05	-0,12	-0,79	0,437
IES-R Gesamt prä	0,54	0,13	<b>0,61</b>	4,27	<b>0,000</b>
3 (Konstante)	-7,23	16,67		-0,43	0,668
Alter	-0,25	0,19	-0,22	-1,30	0,202
Partnerschaft: ja/nein	1,86	2,56	0,10	0,73	0,473
Kinder: ja/nein	1,49	4,50	0,06	0,33	0,743
stationäre Vorbeh.	0,59	1,55	0,06	0,38	0,706
ambulante Vorbeh.	-4,31	6,62	-0,09	-0,65	0,520
IES-R Gesamt prä	0,63	0,13	0,71	5,05	0,000
FDS Gesamtscore prä	-0,32	0,14	<b>-0,36</b>	-2,31	<b>0,028</b>
4 (Konstante)	-25,29	18,25		-1,39	0,176
Alter	-0,24	0,18	-0,22	-1,32	0,196
Partnerschaft: ja/nein	1,71	2,44	0,09	0,70	0,489
Kinder: ja/nein	1,58	4,29	0,06	0,37	0,715
stationäre Vorbeh.	1,39	1,53	0,14	0,91	0,371
ambulante Vorbeh.	-2,56	6,37	-0,05	-0,40	0,691
IE-R Gesamt prä	0,70	0,12	0,79	5,66	0,000
FDS Gesamtscore prä	-0,32	0,13	-0,35	-2,38	0,024
FLZ eigene Person prä	0,51	0,26	0,28	2,01	0,054

a Abhängige Variable: IES-DIFF

Obige Tabelle zeigt die Koeffizienten der Regressionsanalyse.

## 6.5 Limitierende Faktoren und methodische Schwachpunkte

### Wegweiser:

In diesem Abschnitt werden die limitierenden Faktoren der Methodik, als Basis für die weiteren Interpretationen der Ergebnisse des empirischen Teils in Kapitel 7 diskutiert. Zunächst werden die methodischen Schwachpunkte hinsichtlich des Studiendesigns (6.5.1) sowie des Untersuchungsaufbaus (6.5.2) erörtert. Im Anschluss werden die einschränkenden Faktoren bzgl. der eingesetzten Messinstrumente (6.5.3) und der Diagnoseerhebung (6.5.4) dargelegt. Weiterhin werden die Schwachpunkte bezüglich der Zielerhebung sowie Auswertung (6.5.5) bzw. hinsichtlich des semi-strukturierten Interviews (6.5.6) dargelegt.

### 6.5.1 Studiendesign

Es wurde eine *naturalistische Studie* durchgeführt. Aus diesem Studiendesign resultieren Beeinträchtigungen der internen Validität und Aussagekraft im Sinne einer „Efficacy“. Weiterhin sind die Möglichkeiten zur Kontrolle von Störfaktoren vergleichsweise gering. In dem genutzten Studiendesign kann nicht für den Faktor „Zeit“ kontrolliert werden. Im klinischen Eindruck ist es höchst unwahrscheinlich, dass es bei einer Behandlungsdauer von 18 Sitzungen zu einer Veränderung auf Symptomniveau kommt, lediglich weil Zeit vergangen ist. Statistisch kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass der Therapieeffekt von einer natürlichen Genesung überlagert ist und wird daher ausführlich in der Diskussion (Kapitel 7) aufgegriffen.

Muth und Bering (2009) konnten bei einer Wartelistekontrollgruppe (N=29) von Patienten des NNP keine Wartezeiteffekte nachweisen. Um redundante Ergebnisse zu vermeiden, wurde daher auf den Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe verzichtet. Weiterhin wurde keine Kontrollgruppe, die ein anderes Therapieverfahren durchlaufen hat, evaluiert. Hierdurch ist es nicht möglich, eine Behandlungsüberlegenheit zu überprüfen. Auch können keinerlei Aussagen gemacht werden, ob allein die regelmäßige Zuwendung der Behandler möglicherweise einen Einfluss hatte.

Ferner ergeben sich hinsichtlich der *Stichprobe* verschiedene Limitierungen. Alle Patientinnen, die im Rahmen dieser Studie teilnahmen, stellten sich selbständig im NNP mit dem Wunsch der Behandlung vor. Ob dies eine repräsentative Stichprobe von Patientinnen mit einer komplexen PTBS aus dem Einzugsgebiet des NNP ist, bleibt unbeantwortet. Es handelt sich jedoch sicher um eine sehr selektive Untersuchungsgruppe, die vor einer potenziellen Gruppenteilnahme sorgfältig gescreent wurde, so dass eine Generalisierung der Ergebnisse nur für diese spezielle klinische Stichprobe erfolgen kann.

Weiterhin muss bei der Interpretation der Ergebnisse die *Stichprobengröße* berücksichtigt werden. So variiert diese bei den unterschiedlichen Instrumenten bzw. Erhebungszeitpunkten.

### **6.5.2 Limitierende Faktoren bzgl. des Untersuchungsaufbaus**

Angelehnt an das Originalkonzept der amerikanischen Begründerinnen (Mendelson et al., 2011) wurde die TRG ab 2012 im deutschen Sprachraum adaptiert. Zu Beginn des Implementierungsprozesses wurden rückblickend auch Patientinnen für die TRG zugelassen, die über zu wenig etablierte Distanzierungstechniken verfügten bzw. wurde zu großzügig über bereits im Vorhinein feststehende Hindernisse hinweggesehen. Retrospektiv evaluiert, kam dies am ehesten zu Stande, da das Kollegenteam zunächst unvertraut mit dem Modell und dessen speziellen Anforderungen war. Wie in Kapitel 3 ausführlich beschrieben, war im NNP eine Level 2 Gruppe mit komplex Traumatisierten vor der Implementierung der TRG nicht gängig. Eine hohe Anzahl an Drop-outs stellt eine Einschränkung der Validität dar. Dennoch wurde entschieden, alle zur Verfügung stehenden Daten in dieser Studie zu verwenden (vgl. Kapitel 5.5). Entsprechende Überlegungen zur Interpretation der Ergebnisse erfolgen unter Abschnitt 7.2. Daneben können die gewählten Messzeitpunkte kritisch hinterfragt werden. Streng bewertet fand keine Messung vor und nach der Gruppenlaufzeit statt, sondern eingebettet in die TRG. Eine Präerhebung wurde in der zweiten Gruppensitzung und die Posterhebung in der 16. Gruppensitzung durchgeführt. Dieser Zeitraum wurde gewählt, da die TRG eingebettet in den klinischen Alltag stattfindet und durch diese Messzeitpunkte eine höhere Compliance erwartet wurde.

### **6.5.3 Limitierende Faktoren hinsichtlich der eingesetzten Messinstrumente**

In dieser Studie wurden bei den quantitativen Messungen ausschließlich *Selbstbeurteilungsverfahren* angewendet. Vorteil der Selbstbeurteilungsinstrumente ist besonders die ökonomische Durchführung. Allerdings kommt es zu verringerter Objektivität. Denkbare Verzerrungen sind z.B. Erinnerungsfehler, Selbstdarstellungswünsche oder sogenannte Response-Sets (Antworttendenzen). Bei der Interpretation muss das Fehlen von objektiveren Ergebnissen durch beispielsweise Fremdbeurteilungen der Gruppenleiter berücksichtigt werden.

Ein weiterer limitierender Faktor hängt mit den generell gegenwärtig verfügbaren Erhebungsinstrumenten zusammen. Dinge wie z.B. das subjektive Gefühl von anderen Teilnehmerinnen in der Gruppe verstanden zu werden, sich zugehörig statt sonderbar abgespalten und erstmalig wieder sozial verbunden zu fühlen, sind durch die aktuell verfügbaren Messinstrumente nicht adäquat abbildbar. Subjektiv wurden insbesondere in den Abschlussitzungen der TRG überwiegend positive Rückmeldungen gegeben. Diese bilden sich jedoch nicht in dem Maße anhand der Datenlage ab, wie es im klinischen Eindruck durch TRG Teilnehmerinnen geschildert wurde. Daher muss weitere Forschung mit Fragebögen erfolgen, die die subjektiv erlebten Veränderungen besser abbilden, als die gegenwärtig verfügbaren Instrumente, die vorwiegend die Symptomebene erfassen.

### **6.5.4 Methodische Schwachpunkte bzgl. der Diagnoseerhebung**

Die Indikation für eine TRG kann durch alle, im Nordrheinischen Netzwerk für Psychotraumatologie tätigen Behandler gestellt werden. In der Regel werden Patientinnen auf die TRG Gruppen im Rahmen einer anderen, primär auf die Steigerung der Stabilität ausgerichteten Therapie im ZfP gezielt aufmerksam gemacht (vgl. Kapitel 3.4). Innerhalb dieser Vorbehandlung wird das Genesungslevel und die damit verknüpfte Stabilität evaluiert.

Ebenfalls im Rahmen dieser vorhergehenden Behandlung werden Haupt- sowie comorbide Nebendiagnosen gestellt, auf die im Rahmen dieser Studie zurückgegriffen wurde. Somit wurde auf eine gesonderte, standardisierte Diagnostik vor Gruppenbeginn verzichtet, sondern die fundierten Diagnosen der hausinternen Vorbehandlungen übernommen. Möglicherweise kommt es hierdurch zu Verzerrungen, da Diagnosen durch unterschiedliche Behandler mit teils sehr unterschiedlichem Erfahrungsschatz gestellt wurden.

### **6.5.5 Methodische Schwachpunkte bzgl. der Zielerhebung sowie Auswertung**

Die kategoriale Einteilung der Ziele, wie sie in Kapitel 6.2.1 erfolgte, hätte durchaus auch in andere Subkategorien erfolgen können. Die primäre Differenzierung in in- und out-of-group goals wurde angelehnt an das Originalkonzept der amerikanischen Begründerinnen (Mendelson et al., 2011) vorgenommen. Die Begründerinnen selbst haben diese Einteilung der Ziele vorgenommen, um an zu deuten, dass es seine große Bandbreite an möglichen Zielen gibt. Ferner schreiben sie im Originalreader, dass es für eine gesunde Gruppendynamik förderlich sei, eine Verteilung von 50:50 in-group und out-of-group goals zu forcieren. Die weitere Differenzierung erfolgte basierend auf dem klinischen Eindruck der Verfasserin. Insbesondere die zwei in-group-goals sind thematisch allerdings sehr ähnlich.

In den bisherigen TRG Gruppen ist es leider nicht immer gelungen, Globalziele so zu verändern, dass sie den Zielformulierungsanforderungen (vgl. Abschnitt 3.9) entsprachen. Im Rahmen der Supervisionen konnte das gesamte Behandlungsteam schrittweise den Erfahrungsschatz steigern, wie Zielformulierungen günstig beeinflusst werden können.

Ein weiterer kritischer Punkt hinsichtlich der Ziele betrifft die verfügbaren Daten. Erst im Verlauf des Implementierungsprozesses entstand die spezifische Fragestellung, welche Teilnehmerinnen ihren Zielen, in wie fern näher gekommen sind. Demzufolge ist zum Abgabezeitpunkt dieser Arbeit nur bei etwa der Hälfte aller, an dieser Studie teilnehmenden Probandinnen, die Erhebung ihrer Ziele und die Exploration in wie fern sie einschätzen, ihr Ziel erreicht zu haben, geglückt. Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass die katamnestische Erhebung der Zielerreichung telefonisch erfolgte. Hierdurch ist es denkbar, dass die Zielerreichungseinschätzung in eine sozial erwünschte Richtung verfälscht wurde. Die Teilnehmerinnen, die ihre Ziele (vermutlich) nicht erreicht haben, nämlich alle Drop-outs, sind in den Analysen rund um die Zielerreichung nicht eingeschlossen. Sie wurden im Hinblick auf ihre Zielerreichung, aufgrund ihres Ausscheidens nicht mehr befragt.

Die Aussagen rund um die Zielerarbeit beschränken sich somit nur auf Personen, die einen Gruppenzyklus bis zum Ende durchgeführt haben. Einige Teilnehmerinnen formulierten sehr kleine Ziele, die sie manchmal innerhalb weniger Stunden erreichten. Häufig wurde bei erfolgreicher Zielerreichung ein zweites oder sogar drittes Ziel formuliert, an dem in den verbleibenden Stunden gearbeitet wurde. Falls dies der Fall war, wurden die Teilnehmerinnen instruiert die Zielerreichungseinschätzung auf ihr aktuelles Ziel aus zu richten, an dem sie in dem Moment der Befragung arbeiteten. Möglicherweise wären die Ergebnisse anders ausgefallen, wenn eine zusätzliche Differenzierung zu ggf. vorher bereits erreichten Zielen erfolgt wäre. Denkbar ist, dass systematische Unterschiede bestehen, zwischen den Teilnehmerinnen, die vorwiegend an einem Ziel arbeiteten, im Vergleich zu denjenigen, die zwei oder mehr Ziele in der TRG Laufzeit formulierten. Eine dezidierte Dokumentation diesbezüglich erfolgte nicht.

### **6.5.6 Limitierende Faktoren in Bezug auf das Semi-strukturierte Interview**

Eine qualitative Analyse zweier Extremgruppen Einzelfälle wurde zur Absicherung gegen potenzielle methodische Artefakte sowie Identifizierung von individuellen Einflussfaktoren, auf TRG Therapieerfolg versus Misserfolg durchgeführt. Hierbei wurde die subjektive Zielerreichung als Korrelat für den Therapieerfolg gewertet, der angewandt auf das Gruppenmodell überzeugend erschien, die Methoden der quantitativen Therapieeffektmessung sinnvoll zu ergänzen. Aus der zuletzt beendeten Traumagenesungsgruppe im Oktober 2016 wurden die beiden Verläufe heraus genommen, die das beste bzw. schlechteste Ergebnis im Hinblick auf ihre Zielerreichung angaben. Diese zwei Extremgruppen Einzelfälle wurden telefonisch zu einem semi-strukturierten Interview eingeladen, was in beiden Fällen im Januar 2017 stattfand.

Hinsichtlich des Interviews muss einschränkend berücksichtigt werden, dass lediglich zwei Extremgruppen Einzelfälle untersucht wurden. Verallgemeinernde Schlussfolgerungen für die Gesamtstichprobe oder Aussagen über Kausalzusammenhänge, können folglich nicht abgeleitet werden.

Eine Selektion der beiden Fälle erfolgte aus der zuletzt abgeschlossenen TRG Gruppe. Zwischen dem Gruppenende im Oktober 2016 und den Interviewterminen im Januar 2017 waren rund drei Monate vergangen. Der Faktor „Zeit“ zwischen Gruppenabschluss und Interview wurde in beiden Einzelfällen somit gleich gehalten. Der interviewte Misserfallsfall hatte eine Zielverfehlung um -10%, was im prä-post Zeitraum der schlechtesten Entwicklung seit Implementierung der TRG entspricht, die bisher festgestellt werden konnte. Beim selektierten Erfolgsfall wurde eine eindeutige Zielannäherung von +50% gefunden, jedoch zeigte der beste bisherige Verlauf seit Implementierung der TRG im ZfP, eine noch deutlichere Zielannäherung von +75% (vgl. Abschnitt 6.2.2.1). Der bisher erfolgreichste Fall schloss die TRG im März 2015 ab. Neben der Überlegung die interviewten Fälle gleich zu halten, im Hinblick auf den Abstand zwischen Gruppenabschluss und Interview, wurde durch die Verfasserin gemutmaßt, dass nach 22 Monaten seit Gruppenabschluss, Inhalte nicht mehr so im Detail erinnerbar sind, wie sie im Interview erfragt werden. Kritisch muss angemerkt werden, dass die Ergebnisse möglicherweise anders ausgefallen wären, falls der erfolgreichste Fall seit Implementierung interviewt worden wäre.

Die Themen im semi-strukturierten Interview wurden von der Verfasserin angelehnt an den katamnestic Erhebungsbogen (KÖDOKAT) im Kölner Dokumentations- und Planungssystem für dialektische Psychotherapie, Psychoanalyse und Traumabehandlung (KÖDOPS) sowie die Erfolgs- und Misserfolgsskripte Forschung von Köhler & Bering (2012) entwickelt. Daneben waren spezifisch auf das Konzept der TRG die Themen Zielarbeit, Scham und Gesamtzufriedenheit mit der TRG von Forschungsinteresse. In den Einzelfallinterviews fiel im klinischen Eindruck auf, dass beide Einzelfälle Schwierigkeiten hatten, die Fragen rund um Scham zu beantworten. Möglicherweise hätte zunächst eine Begriffsdefinition erfolgen müssen, um sicher zu stellen, dass unter Scham ein einheitliches Verständnis bei der Interviewerin sowie den beiden interviewten Einzelfällen besteht.

## **7. Diskussion, Zusammenfassung und Ausblick**

Wegweiser: Diese Arbeit wurde in einen theoretischen und empirischen Teil gegliedert. Auf dem Boden der Zielsetzung (7.1) werden die wesentlichen Ergebnisse des empirischen Teils unter Berücksichtigung der strukturellen Besonderheiten dieser Studie diskutiert und vor dem Hintergrund des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes interpretiert (7.2). Um die Ergebnisse einordnen zu können, wird zunächst auf die Symptombelastung der klinischen Stichprobe (7.2.1) eingegangen. Anschließend werden zunächst die Fragestellungen rund um die Zielearbeit (7.2.2) als zentraler konzeptioneller Bestandteil der TRG diskutiert und interpretiert. In Abschnitt 7.2.3 erfolgt eine Diskussion des qualitativen Datenmaterials zweier Einzelfälle. Es folgt eine wissenschaftliche Einordnung der Ergebnisse des hypothesenprüfenden Teils. Hypothese I prüfte die Wirksamkeit der TRG, psychotraumatologische Belastung zu reduzieren (7.2.4) und Hypothese II untersuchte die günstige Beeinflussung von verschiedenen traumaassoziierten Funktionsbereichen (7.2.5). In Abschnitt 7.2.6 wird ein Überblick über die Effektgrößen gegeben. Es folgt eine Diskussion und Interpretation der forschungsleitenden Fragestellung, ob sich Therapieerfolgskriterien (7.2.7) definieren lassen. Unter 7.2.8 erfolgt eine makroskopische Einordnung der empirischen Ergebnisse rund um Scham. Die Diskussion schließt mit einer Zusammenfassung dieser Arbeit (7.3) und einem Ausblick für zukünftige Forschungsprojekte ab (7.4).

### **7.1 Ziel dieser Arbeit**

Diese Studie beschäftigte sich mit der Implementierung und Evaluation eines Gruppenkonzeptes für Komplextraumapatientinnen im zweiten Genesungslevel – dem Level, in welchem sich Patientinnen nach hinreichender stabilisierender Arbeit befinden - welches konfrontative Elemente integriert und angelehnt an das Originalkonzept von Mendelson et al. (2011) im NNP adaptiert wurde. Uns überzeugte der Ansatz des Originalkonzeptes, dass insbesondere im zwischenmenschlichen Kontext, als dem Bereich in dem komplex Traumatisierten in der Regel der größte Schaden zugefügt wurde, auch bedeutendes Potenzial für Genesung liegt. Neben der, in der Literatur typischen Evaluation (Hypothesen I und II), interessierte uns spezifisch auf das Konzept ausgerichtet, eine Analyse des zentralen Elements der Traumagenesungsgruppe, der Zielearbeit. Daneben wurden individuelle Wirkfaktoren für Therapieerfolg versus Misserfolg sowie die potenzielle Beeinflussung von Scham durch das Gruppensetting untersucht.

## 7.2 Diskussion und Interpretation der Studienergebnisse vor dem Hintergrund des bisherigen wissenschaftlichen Kenntnisstandes

Die Resultate der einzelnen Untersuchungen werden unter Berücksichtigung der methodischen Limitierungen bewertet und in den aktuellen Forschungszusammenhang gestellt. Bering (2011, S. 372) betont: „Erst wenn ein Resultat nach mindestens zwei unterschiedlichen Methodentypen bestätigt ist, wenn Ergebnisse also ›konvergieren‹, kann von einer sicheren Basis gesprochen werden.“ Hieraus abgeleitet erfolgte methodisch eine Triangulation aus qualitativem Datenmaterial zur Zielerreichung, Einzelfällen und der psychometrischen Datenbasis. Um die Ergebnisse einordnen zu können, wird zunächst auf die Symptombelastung der klinischen Stichprobe eingegangen.

### 7.2.1 Symptombelastung der TRG Stichprobe bei Behandlungsbeginn

Der Therapieeffekt der TRG wurde an einer klinischen Stichprobe von 95 komplex traumatisierten Patientinnen untersucht, die sich im NNP in Behandlung befanden. In diesem Abschnitt soll ein Eindruck vermittelt werden, wie schwer ausgeprägt die durchschnittliche Symptombelastung der TRG Teilnehmerinnen zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns (prä) war. Hierzu werden die Mittelwerte (SD) der TRG mit einer Stichprobe verglichen, die ebenfalls im NNP in Behandlung war und für die die Indikation einer psychotraumatologischen Maximalversorgung bestand. Die Vergleichsstichprobe „steht am Ende einer Versorgungskette mit verschiedenen Behandlungsversuchen. Für viele ist die Krankenhausbehandlung die letzte Möglichkeit, die eine Linderung der Symptome in Aussicht stellt“ (Bering, 2011, S. 345). Psychotraumatologische Maximalversorgung bedeutet eine stationäre Aufnahme in einem Krankenhaussetting, bei welchem Patienten wie der Name suggeriert, maximal versorgt werden. Demzufolge ist die psychopathologische Belastung der klinischen Vergleichsstichprobe von höchster Ausprägung. Die hier untersuchte Stichprobe der TRG rekrutierte sich aus 95 Patientinnen, die sich zwischen 01/2012 und 12/2015 im NNP in Behandlung befanden. Es kann angenommen werden, dass die Stichprobe der TRG vergleichbar ist zu der von Bering (2011), mit allerdings dem Unterschied, dass die TRG nur Patientinnen beinhaltete und die Vergleichsstichprobe 97 Patienten und Patientinnen einschließt. In Tabelle 7.1 werden die Mittelwerte sowie Standardabweichungen der TRG bzw. der klinischen Vergleichsstichprobe dargestellt.

**Tabelle 7.1: Mittelwerte (SD) der TRG und einer klinischen Vergleichsstichprobe**

Erhebungsinstrument	TRG (prä) N=95		Bering (2011) N=97	
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
PTSS-10	38,8	12,1	37,4	11,4
IES-R	47,6	15,1	49,9	12,1
BDI	29,9	11,8	25,8	9,3
PDEQ	31,1	11,0	32,6	9,6
GSI des SCL-90	1,7	0,8	1,6	0,7

*Obige Tabelle zeigt Mittelwerte und Standardabweichungen der TRG sowie einer klinischen Vergleichsstichprobe, mit der Indikation einer psychotraumatologischen Maximalversorgung (Bering, 2011). Beide Stichproben rekrutierten sich aus dem NNP.*

Beim Vergleich der Mittelwerte der TRG mit der durchschnittlichen Symptombelastung der Stichprobe von Bering (2011) kann ein Eindruck über die Schwere der Psychopathologie gewonnen werden. Erwartungsgemäß zeigt die Stichprobe der TRG, mit 100% komplex traumatisierten Patientinnen, höchste Symptombelastungen. Die durchschnittlichen Mittelwerte der TRG sind im Hinblick auf psychotraumatologische Belastung (PTSS-10), depressive Beschwerden (BDI) und allgemeinspsychopathologische Beschwerden (GSI des SCL-90) sogar extremer als bei Bering (2011). Dies unterstreicht die Komplexität und Schwere der Grunderkrankung von Teilnehmerinnen der Traumagenesungsgruppen. Die allgemeinspsychopathologische Symptombelastung liegt mit  $M=1,7$  ( $SD: 0,8$ ) erheblich über der Belastung von Vergleichsstichproben. Franke (2002) gibt einen durchschnittlichen Wert von 1,3 Punkten im GSI des SCL-90 bei Patienten der psychiatrischen Versorgung an, der hier von der TRG Stichprobe zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns deutlich überschritten wurde. Peritraumatische Dissoziationsneigung (PDEQ) und psychotraumatologische Belastung in der IES-R fällt bei Bering (2011) etwas höher aus. Im PDEQ lag die TRG bei 31,1 und die Vergleichsstichprobe bei 32,6 des gemittelten Punktwertes. In der IES-R lag die TRG bei 47,6 und die Vergleichsstichprobe bei 49,9.

Zusammenfassend zeigen Teilnehmerinnen der Traumagenesungsgruppen, zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns, eine höchst ausgeprägte Psychopathologie. Diese fällt teilweise sogar höher aus, als bei einer Vergleichsstichprobe (Bering, 2011), für die die Indikation einer psychotraumatologischen Maximalversorgung, im stationären Setting bestand. Die Symptombelastung muss zur weiteren Einordnung der Ergebnisse der TRG, welche wie beschrieben aufdeckend arbeitet und zwar in einem ambulanten Setting, im Hinterkopf behalten werden. Es werden nun die Evaluationsergebnisse der beiden Hypothesen diskutiert.

### **7.2.2 Zielearbeit**

Zentraler konzeptioneller Baustein der TRG ist die Zielearbeit, weswegen diesem Gebiet besonderes Forschungsinteresse gewidmet wurde. Eine Erhebung der Ziele beziehungsweise einer Einschätzung wie stark das Ziel prozentual bereits erreicht wurde, fand in der neunten (prä) und der 16. Sitzung (post) sowie telefonisch sechs Monate nach Abschluss der TRG (kat) statt. Die Diskussion in diesem Abschnitt orientiert sich an folgenden Fragen:

I: Welche Ziele wurden formuliert?

II: Wie stark sind die Teilnehmerinnen ihrem definierten Ziel näher gekommen?

II: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptomniveau bei Gruppenbeginn und der prä-post Zielerreichung?

Unter Abschnitt 7.2.3 erfolgt eine wissenschaftliche Einordnung der Ergebnisse zweier Extremgruppen Einzelfälle.

#### ***Ad I. Welche Ziele wurden formuliert?***

Angelehnt an das Originalkonzept von Mendelson et al. (2011) wurden sogenannte in- und out-of-group goals unterschieden. Laut den Begründerinnen können out-of-group goals etwas leichter geplant, definiert und darüber berichtet werden als in-group goals. Wenn zu viele oder alle Teilnehmerinnen an in-group goals arbeiten, erhöht dies laut den Begründerinnen die

emotionale Intensität. Ferner kann dies zu dem Eindruck führen, nicht ausreichend viel Zeit zur Verfügung zu haben, da die Hauptarbeit innerhalb der Sitzungen passiert, statt die entscheidenden Veränderungsschritte außerhalb des Gruppenkontextes zu unternehmen. Deswegen empfehlen die Begründerinnen eine möglichst 50:50 Verteilung beider Zielkategorien, um eine möglichst genesungsfördernde Gruppendynamik kreieren zu können. Die Differenzierung der Zielkategorien wurde durch die Begründerinnen vorgenommen, um an zu deuten, dass es eine große Variabilität von möglichen Zielen gibt.

Durch die Verfasserin erfolgte eine weitere Einteilung in logisch zusammenhängende übergeordnete Kategorien von Themen, die bei den explorierten Zielen erkennbar waren. Kritisch muss bei der Interpretation und Generalisierung berücksichtigt werden, dass nur von rund der Hälfte (49,5%), aller bisherigen TRG Teilnehmerinnen, eine Erfassung der Ziele und Zielerreichungseinschätzung gelungen ist.

Die Analyse der verwertbaren Daten ergab, dass Rund 43% ein Ziel wählte, an dem vorwiegend innerhalb der Gruppensitzungen gearbeitet wurde, ein sogenanntes in-group-goal. Ziele aus diesem Gebiet wurden in zwei übergeordnete Themengebiete differenziert. „Kontakt mit der Gruppe verbessern“ wurde durch rund 26% sowie „Eigen-Fremdwahrnehmung verbessern“ durch rund 15% formuliert. Beide Zielgebiete haben im klinischen Eindruck den Hintergrund, sich mit Gleichgesinnten verbinden zu wollen oder um die von Yalom (1995) geprägten Begriffe zu nutzen, *Kohäsion* und *Katharsis* herbei zu führen. Die überwiegende Zahl der Teilnehmerinnen der TRG Gruppen fühlt sich anders als andere, abgespalten und ablehnenswert. Im Gruppensetting haben TRG Teilnehmerinnen die Möglichkeit, authentische Rückmeldungen zu sich zu erhalten und eine gesunde soziale Beziehung zu anderen Betroffenen zu etablieren, was sich in der Ziel Wahl widerspiegelt. 2% wurde einer Restkategorie der in-group goals zugeordnet.

Rund 57% wählte ein Ziel, an dem sie vorwiegend außerhalb der Gruppenstunden arbeiteten, ein sogenanntes out-of-group goal. Hierbei formulierte der überwiegende Teil von 21% den Wunsch, ihren Rückzug abzubauen. Im ICD-10 ist genau dieser Bereich – der Bereich der Vermeidung – einer der Hauptkriterien der PTBS, an welchem TRG Teilnehmerinnen implizit bereits durch ihre regelmäßige Teilnahme arbeiten. Rund 11% wählte ein Ziel für wahlweise den Bereich Partnerschaft oder Familie aus. Da dies vermutlich Gebiete sind, bei denen viele traumaassoziierte Schwierigkeiten auftreten, erscheint die Wahl nachvollziehbar. Ein kleinerer Teil wählte Ziele, die Bezug nahmen auf den Bereich Arbeit (4%), Freundeskreis (2%) oder Themen die keiner Subkategorie zugeordnet werden konnten (9%).

### ***Ad II. Wie stark sind die Teilnehmerinnen ihrem definierten Ziel näher gekommen?***

Diese Fragestellung wurde separat für die Zeiträume (1) prä-post, (2) post-kat und (3) prä-kat untersucht.

(1) Rund 76% aller Teilnehmerinnen gaben im prä-post Vergleich an, ihrem Ziel in der Gruppenlaufzeit näher gekommen zu sein. Allerdings war mit rund 22% auch ein hoher Anteil der Meinung stagniert zu sein. Lediglich eine Person gab an, sich im prä-post Vergleich von ihrem Ziel entfernt zu haben. Der deutlich überwiegende Teil gab somit subjektiv an, im Rahmen der TRG ihrem Ziel näher gekommen zu sein. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem klinischen Eindruck. Die Abschlussitzungen dienen unter anderem einer

Reflektion der Zielerreichung. Hierin schilderten die meisten Teilnehmerinnen positive Entwicklungen im Gruppenverlauf, was sich mit den dargestellten Ergebnissen deckt.

(2) Zwischen dem Ende der Gruppenbehandlung und der katamnesticen Befragung gaben rund 62% aller Teilnehmerinnen an, ihrem Ziel näher gekommen zu sein. Somit konnte der überwiegende Teil noch über die Gruppensitzungen hinaus profitieren und scheinbar auch ohne die wöchentliche Unterstützung an ihren Zielen weiter arbeiten. Allerdings gaben auch rund 26% an, diesbezüglich im post-kat Vergleich stagniert zu sein. Rund 12% fühlte sich bei Gruppenabschluss ihrem Ziel näher als bei der Katamnese und gab somit eine negative Zielentwicklung an.

(3) Ein beeindruckendes Ergebnis konnte zwischen der Präerhebung und Katamnese gefunden werden. 81% aller Teilnehmerinnen gaben an, sich ihrem Ziel weiter genähert zu haben. Lediglich rund 7% äußerten eine negative Entwicklung in diesem Zeitraum und rund 12% berichteten stagniert zu sein. Besonders imponiert das Maß der geschätzten Zielerreichung. Rund 55% gaben an, ihrem Ziel 10-45 Prozentpunkte näher gekommen zu sein und rund 26% berichteten, ihrem Ziel 50-80 Prozentpunkte näher gekommen zu sein. Somit kommt es nicht nur bei der überwiegenden Zahl zu einer günstigen Entwicklung, sondern das Ausmaß der angegebenen Annäherung an das formulierte Ziel, fiel überdies beträchtlich aus.

### ***Ad III. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn und der prä-post Zielerreichung?***

Um die Frage nach potenziellen Auswirkungen des Symptommiveaus bei Gruppenbeginn und der Zielerreichung zu untersuchen, wurden Extremgruppen gebildet. Die Zielerreichung wurde für den Zeitraum zwischen der neunten und 16. Sitzung (prä-post) betrachtet, da hierfür die größte Datenmenge verfügbar war. Personen, die ihr Ziel im Gruppenverlauf sehr stark erreichen konnten (Erfolgsgruppe:  $\geq 30$  Prozentpunkte Zielerreichung), wurden mit Personen verglichen, die ihr Ziel nicht bzw. kaum erreichten (Misserfolgsgruppe:  $\leq 5$  Prozentpunkte Zielerreichung). So wurden nur die Gruppen mit den deutlichsten Unterschieden für schlussfolgernde Aussagen herangezogen. Das Symptommiveau bei Gruppenbeginn wurde in den Bereichen Depressivität, psychotraumatologische Belastung, Dissoziativität, Selbstwert, peritraumatische Dissoziationsneigung, Lebenszufriedenheit, Scham und allgemeinsychopathologische Beschwerden untersucht.

Analysen konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der bei Gruppenbeginn bestehende Ausprägung von Depressivität, psychotraumatologischer Belastung, Dissoziativität, Selbstwert, peritraumatischer Dissoziation, Scham, allgemeinsychopathologischen Beschwerden und der prä-post Zielerreichung nachweisen. Lediglich auf einer Subskala des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit, konnte ein signifikanter Zusammenhang zur Zielerreichung nachgewiesen werden. Personen, die ihr Ziel sehr stark erreichten (Erfolgsgruppe), zeigten bei Gruppenbeginn eine ausgeprägte Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit. Personen der Misserfolgsgruppe, die ihr Ziel nicht bzw. kaum ( $\leq 5$  Punkte) erreichten, zeigten bei Gruppenbeginn eine geringe Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit. Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte sein, dass zufriedener Personen Ziele aktiver angehen, als Personen die unzufrieden mit ihrer Gesundheit sind. Möglicherweise nehmen sie im Sinne der selbsterfüllenden Prophezeiung nach Watzlawick

(2002) an, ihr Ziel erreichen zu können und erreichen dies entsprechend ihrer Annahme im Schnitt mehr, verglichen mit Personen die bei Gruppenbeginn unzufriedener mit ihrer Gesundheit sind.

Kritisch muss berücksichtigt werden, dass nur von rund der Hälfte aller, bisher an der TRG teilnehmenden Personen, Daten zur Zielerreichung zur Verfügung standen. Teilnehmerinnen, die im Gruppenverlauf ausschieden und somit zu den Drop-outs zählen, konnten bei der Auswertung nicht berücksichtigt werden. Weiterhin erscheint es denkbar, dass die erfolgte telefonische Katamnese dazu führte, dass Patientinnen ihre Einschätzung in eine sozial erwünschte Richtung verfälschten. Möglicherweise kommt es hierdurch zu Verzerrungen in die positive Richtung und Erfolge werden überschätzt.

### **7.2.3 Qualitative Untersuchung zweier Extremgruppen Einzelfälle**

Es wurde ein semi-strukturiertes Interview entworfen, mit der Zielsetzung qualitativ bei zwei Extremgruppen Einzelfällen zu beforschen, durch welche Faktoren oder Beziehungskonstellationen [Psychotherapieerfolg versus Misserfolg] bewirkt oder erleichtert“ wird (Fäh & Fischer, 1998, S. 175). Als Basis für das semi-strukturierte Interview wurde der katamnestic Erhebungsbogen (KÖDOKAT) im Kölner Dokumentations- und Planungssystem für dialektische Psychotherapie, Psychoanalyse und Traumabehandlung (KÖDOPS) herangezogen und von der Verfasserin adaptiert. Angelehnt an Köhler & Bering (2012) wurden daneben sogenannte Erfolgs- und Misserfolgsskripte als potenzielle Parameter eines günstigen oder ungünstigen TRG Verlaufs untersucht. Unter einem Skript wird in dieser Arbeit analog zu Köhler und Bering (2012) „eine übergeordnete Begrifflichkeit [verstanden], die es vermag, die Dramaturgie [eines Behandlungsfalls über die Zeit hinweg] als eigenständige Verlaufsgestalt abzubilden“ (S. 31).

Durch punktdiagnostische Verfahren wird der Therapieerfolg nicht in allen Fällen adäquat abgebildet, da es bei einzelnen TRG Teilnehmerinnen zu belastenden psychosozialen Veränderungen während der Gruppenlaufzeit kam, die bei quantitativen Erhebungen automatisch mit erfasst werden. Vor diesem Hintergrund wurde die subjektive Zielerreichung als Korrelat für den Therapieerfolg gewertet, der angewandt auf das Gruppenmodell überzeugend erschien, die Methoden der quantitativen Therapieeffektmessung sinnvoll zu ergänzen. Aus der zuletzt beendeten Traumagenesungsgruppe im Oktober 2016, wurden die beiden Verläufe heraus genommen, die das beste bzw. schlechteste Ergebnis, im Hinblick auf ihre Zielerreichung angaben. Diese zwei Extremgruppen Einzelfälle wurden telefonisch zu einem semi-strukturierten Interview eingeladen, was in beiden Fällen im Januar 2017 stattfand. Die Ergebnisse der Einzelfallinterviews werden nun im Hinblick auf (1) die Zielformulierung, (2) Personenvariablen, der (3) Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, dem (4) Symptomniveau, der (5) Lebensgeschichte, (6) Scham, (7) Erfolgs- und Misserfolgsskripten sowie der subjektiven Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis (8) diskutiert und interpretiert.

#### **(1) Zielformulierung**

Dem Erfolgsfall, Frau W. gelang eine günstige Zielannäherung von 20% in Sitzung neun,

70% bei Gruppenabschluss und 85% zum Zeitpunkt des Interviews. Im prä-post Zeitraum gelang ihr demzufolge eine Zielannäherung um +50%. Sie formulierte das *out-of-group goal* „Einen bestimmten Arbeitskollegen selbstbewusst ansprechen lernen“, das der Subkategorie *bezogen auf den Arbeitsplatz* zugeordnet wurde.

Frau H., der Misserfolgsfall, gab eine Zielannäherung von 20% in Sitzung neun und nur noch 10% bei Gruppenabschluss an. Zum Zeitpunkt des Interviews sei die Zielannäherung bei 10% stagniert. Somit berichtete der Misserfolgsfall über eine negative Entwicklung in Bezug auf die Zielerreichung von -10% im prä-post Zeitraum. Sie formulierte das Ziel „Kommunikation mit Menschen erhöhen / Dissoziation in Gruppe reduzieren, über Blickkontakt und Fragen stellen“ was der übergeordneten Kategorie *in-group goal* und der Subkategorie *Kontakt zur Gruppe verbessern* zugeordnet wurde.

Laut den Begründerinnen (Mendelson et al. 2011) können *out-of-group goals* etwas leichter geplant, definiert und darüber berichtet werden als *in-group goals*. Die Differenzierung der Zielkategorien wurde durch die Begründerinnen vorgenommen, um an zu deuten, dass es eine große Bandbreite an möglichen Zielformulierungen gibt. Im klinischen Eindruck erscheinen Teilnehmerinnen, die *in-group goals* formulieren im Vergleich zu Teilnehmerinnen, die *out-of-group goals* formulieren etwas fragiler, kämpfen etwas stärker mit sozialer Isolation sowie Affekttoleranz und wirken insgesamt bewertet auf einem eher basalen Level der Genesung. Die dargelegten Einzelfälle untermauern diesen klinischen Eindruck, wobei dies mit der nötigen Vorsicht bewertet werden muss, da generalisierende Aussagen für die Gesamtstichprobe der TRG, von lediglich zwei Einzelfallkasuistiken nicht abgeleitet werden können.

## **(2) Personenvariablen**

Die beiden untersuchten Einzelfälle berichteten eine Stabilität der Personenvariablen während und nach der TRG im Hinblick auf Alter, Geschwister, Schulabschluss, Berufsausbildung und Beschäftigungssituation. Eine Veränderung hinsichtlich des Partnerschaftsstatus erfolgte jedoch beim Erfolgsfall. Kurz vor Abschluss der TRG Gruppenlaufzeit trennte sich der Partner von Frau H.

Der Misserfolgsfall gab im Interview an, dass sie nach der Gruppenlaufzeit erneut überwiegend sozial isoliert lebe und lediglich durch ihren Partner engmaschig unterstützt sei. Kontakte zu Freunden habe sie selbstbestimmt abgebrochen und vor dem Hintergrund der Annahme, dass nur sie selbst sich helfen könne, strebe sie nicht mehr Kontakte bzw. Unterstützung an. Das Skript soziale Unterstützung wurde analog zu den Angaben des Misserfolgsfalls als bestätigt bewertet, obwohl der supportive Beistand von lediglich einer Person, klinisch als fraglich solide eingeschätzt wird.

Frau W., der Erfolgsfall habe im Gegensatz zum Misserfolgsfall nach der TRG zahlreiche soziale Kontakte. Sie sei berufstätig, was ebenfalls mit vielen (telefonischen) Kundenkontakten sowie täglichen Kontakten zu Kollegen einhergehe. Die Trennung vom Partner kurz vor Ablauf der Gruppenlaufzeit habe zwar zu einer teilweise Verschlechterung auf Symptomebene geführt, die in quantitativen Messinstrumenten bei der post Erfassung abgebildet wurde, jedoch gab Frau W. zum Zeitpunkt des Interviews an, die Trennung retrospektiv beurteilt als genesungsfördernd ein zu schätzen.

Die Einzelfallanalyse konnte somit zeigen, dass erst die individuelle Bewertung der Patientin Aufschluss über die korrekte Interpretation eines vermeintlichen Misserfolgsskripts - Trennung vom Partner - gibt. Für den Erfolgsfall erschien retrospektiv betrachtet, die Trennung sinnvoll und kann so nicht als Misserfolg gewertet werden. Dies verdeutlicht, dass ein Therapieverlauf stets in Abhängigkeit vom subjektiven Bedeutungshorizont der Klientin betrachtet werden muss. Die wissenschaftliche Literatur kommt vorwiegend zum Schluss, dass eine *supportive Partnerschaft* Genese fördert (z.B. Fischer & Riedesser, 2003; Kilpatrick et al., 1985; Walter, 2003; Weiss et al., 1995). Daneben stellt die *Unterstützung durch das soziale Umfeld* einen protektiven Faktor im Hinblick auf Posttraumatic growth dar (Fischer & Riedesser, 2003). Dieser Zusammenhang konnte in den beiden untersuchten Extremgruppen Einzelfällen klar untermauert werden.

### **(3) Inanspruchnahme des Gesundheitssystems**

Der Erfolgsfall habe nach Abschluss der Gruppenlaufzeit keine weiteren (teil)stationären Behandlungen in Anspruch genommen und strebe auch keine an. Sie suche jedoch einen ambulanten Psychotherapieplatz und stehe auf diversen Wartelisten. Zum Zeitpunkt des Interviews werde sie lediglich medikamentös durch einen Psychiater behandelt.

Der Misserfallsfall führte im Vorfeld der TRG multiple stationäre Vorbehandlungen, vorwiegend im Rahmen von suizidalen Krisen, durch. Nach der TRG strebe der Misserfallsfall eine erneute Trauma Rehabilitation an. Zum Zeitpunkt des Interviews sei Frau H. in psychiatrischer sowie psychotherapeutischer Behandlung.

Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erscheint durch den Erfolgsfall geringer, verglichen mit dem Misserfallsfall. In einer groß angelegten Studie wurden Prädiktoren von unter anderem Wiederaufnahmeraten bei 27.528 stationär psychiatrischen Krankenhausbehandlungen analysiert (Huttner, 2006). Huttner (2006) konnte zeigen, dass eine hohe Inanspruchnahme von stationären Behandlungen, mit einem erhöhten Risiko von erneuten (stationären) Folgebehandlungen verknüpft ist. Die Extremgruppen Einzelfälle untermauern diesen Zusammenhang, da der Misserfallsfall eine erneute stationäre Trauma Rehabilitationsbehandlung anstrebt, während der Erfolgsfall zum Zeitpunkt des Interviews keine (teil)stationäre Folgebehandlung plant.

### **(4) Symptomniveau**

Die Beschwerdelevel zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns erscheinen weitgehend vergleichbar beim Erfolgsfall, der sein Ziel im Gruppenverlauf sehr deutlich erreichen konnte und dem Misserfallsfall, dem keine günstige Zielannäherung gelang. Es kann lediglich ein klinisch bedeutsamer Unterschied im Hinblick auf Dissoziationsneigung, die mit dem FDS erfasst wurde sowie peritraumatische Dissoziation (PDEQ), in den beiden Einzelfällen festgestellt werden. Der Erfolgsfall hatte im FDS zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns 17,05 Punkte bzw. im PDEQ 24 Punkte und der Misserfallsfall zeigte im FDS 40,45 Punkte bzw. im PDEQ 42 Punkte. In der wissenschaftlichen Literatur ist eine ausgeprägte Dissoziationsneigung überwiegend mit schlechteren Behandlungsergebnissen verknüpft (z.B. Mauchnik et al., 2009), was auch bei den Einzelfallkasuistiken bestätigt wurde. Im klinischen Eindruck erscheint der Unterschied von Dissoziationsneigung, bei ansonsten weitgehend vergleichbarer Beschwerdeausprägung bei Gruppenbeginn jedoch nicht hinreichend, um die

unterschiedlichen Therapieverläufe beider Extremgruppen Einzelfälle zu erklären. Tschuschke & Czogalik (1990) konstatieren, dass nur differenzierte Einzelfallstudien Aufschluss über das komplexe Gefüge von Wirkmechanismen geben können, die für Therapieergebnisse determinierend sind. Diesem Ansatz schließt sich die Verfasserin an. In der klinischen Einschätzung ist die individuelle Betrachtung von möglichen Einflussgrößen auf Therapieerfolg versus Misserfolg aufschlussreicher für therapieprognostische Aussagen, als eine punktdiagnostische Erhebung.

### **(5) Lebensgeschichte**

Beide Extremgruppen Einzelfälle haben eine Kombination aus traumatischen Ereignissen in Kindheit und Erwachsenenalter erlebt. Frau W., die ihr Ziel im Gruppenverlauf sehr deutlich erreichen konnte, erlebte im Kindesalter physische Gewalt innerhalb der Familie. Daneben erlebte der Erfolgsfall im Erwachsenenalter physische Gewalt und einen einmaligen sexuellen Missbrauch in einer Partnerschaft. Ferner sei der Erfolgsfall belastet durch den tödlichen Verkehrsunfalls (nicht bezeugt) eines engen Freundes im Sommer 2015.

Der Misserfallsfall erlebte in der Kindheit physische Gewalt, Vernachlässigung sowie emotionalen Missbrauch. Besonders belastend habe sie eine Szene erlebt, in welcher der Vater eine fremde Frau sexuell missbraucht habe und sie dies bezeugen musste. Daneben beschrieb der Misserfallsfall im Erwachsenenalter belastet zu sein, durch den Suizid ihrer Schwester (habe Frau H. nicht bezeugt), eine depressive Erkrankung ihres Sohnes sowie verschiedene, als hoch belastend erlebte Situationen auf einer geschlossenen psychiatrischen Station im Zusammenhang mit mehreren Zwangsfixierungen.

Im direkten Vergleich erscheinen die Traumaerlebnisse beider Extremgruppen Einzelfälle ähnlich, wobei der Misserfallsfall über eine zusätzliche Vernachlässigung bzw. emotionalen Missbrauch klagte und der Erfolgsfall dies nicht erleben musste. Vermutlich durch eine deutlich wahrnehmbare Dissoziationsneigung beim Misserfallsfall entstand während der Gruppenlaufzeit der klinische Eindruck, dass ihre Traumatisierung tiefgreifender sei, als die des Erfolgsfalls. Korrelierend hierzu zeigte der Misserfallsfall, wie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben, höhere Werte im FDS und PDEQ. Auch im Interview dissoziierte der Misserfallsfall für kurze Zeit und gab die Rückmeldung, lediglich etwa 50% der Gruppenzeit erinnern zu können, da sie die übrige Zeit dissoziiert habe. In der Literatur ist Vernachlässigung in der Kindheit einer der stärksten Prädiktoren für dissoziative Symptomatik (z.B. Dorahy, Middleton, Seager, Williams & Chambers, 2016). Ausgeprägte dissoziative Symptomatik ist wiederum mit schlechteren Therapieergebnissen verknüpft, was in den beiden Kasuistiken bestätigt werden konnte (z.B. Mauchnik et al., 2009).

### **(6) Scham**

Die theoretische Einordnung der Ergebnisse rund um Scham erfolgt unter Abschnitt 7.2.8.

### **(7) Erfolgs- und Misserfolgsskripte**

Angelehnt an Köhler & Bering (2012) waren sogenannte Erfolgs- und Misserfolgsskripte von Forschungsinteresse, um basierend hierauf zu untersuchen, ob Parameter eines günstigen oder ungünstigen Gruppenverlaufs identifiziert werden können. Unter einem Skript wurde analog zu Köhler und Bering (2012) „eine übergeordnete Begrifflichkeit [verstanden], die es vermag,

die Dramaturgie [eines Behandlungsfalls über die Zeit hinweg] als eigenständige Verlaufsgestalt abzubilden“ (S. 31). Köhler und Bering (2012) schlagen fünf Erfolgsskripte (Ressourcenaktivierung, Aufarbeitung von „Altlasten“, Zukunftsorientierung, nachhaltige positive Beziehung zum Therapeuten, Unterstützung durch das soziale Umfeld) und sechs Misserfolgsskripte (mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld, Unterbrechung des Heilungsprozess, geringe Anerkennung durch Funktionsträger, Wunsch nach Berentung, Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen), als Einflussfaktoren einer Traumatherapie vor, die in dieser Arbeit top-down als mögliche Einflussgrößen der beiden Einzelfallverläufe untersucht wurden. Top-down bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Extremgruppen Einzelfälle, auf die in der Literatur bekannten Skripte hin geprüft wurden. In nachfolgender Tabelle werden die Resultate der Skripte Analysen für beide Extremgruppen Einzelfälle zusammenfassend dargestellt, bevor sie nachfolgend wissenschaftlich eigeordnet werden. Die kursiv geschriebenen Skripte werden als erfüllt bewertet.

**Tabelle 7.2: Zusammenfassung der Erfolgs- und Misserfolgsskripte für Erfolgs- und Misserfolgfall**

Erfolgsskripte	Erfolgsfall - Zielannäherung (+50%)	Misserfolgfall - negative Zielannäherung (-10%)
	Frau W.	Frau H.
1. Ressourcenorientierung	<i>Beruf = Verstärkerquelle; stabiles soziales Netz, Stabilität gebende Hobbys und Freizeitaktivitäten.</i>	Ressourcen: Freund /Hund/Sohn. Subjektives Gefühl bereits alles für Heilung gegeben zu haben. Erlernete Techniken werden nicht im Alltag angewandt.
2. Aufarbeitung von "Altlasten"	<i>Konnte über einzelne traumatische Dinge in TRG berichten, profitierte von Reaktionen der anderen Gruppenteilnehmerinnen.</i>	Habe subjektiv den Anfang gemacht und nun sei die TRG Gruppenlaufzeit vorüber.
3. Zukunftsorientierung	<i>Freude auf bald eintreffende, neue Möbelstücke; Möchte ambulant weiter an Trauma arbeiten.</i>	Keine konkreten, günstigen Zukunftereignisse können genannt werden.
4. Nachhaltig positive Beziehung zu Therapeuten u. Gruppe	<i>Aktive Teilnahme in WhatsApp Gruppe mit ehemaligen TRG Teilnehmerinnen, mit Vorsatz des Treffens. Erlernete Strategien aus TRG werden weiterhin im Alltag angewandt.</i>	Passives Mitglied einer gegründeten WhatsApp Gruppe. Wolle sich bei geplantem Treffen nicht einbringen.
5. Unterstützung durch das soziale Umfeld	<i>Unterstützung durch soziales Netz wird als ausreichend beschrieben. Insbesondere eine Freundin wird als deutliche Unterstützungsperson geschildert.</i>	<i>Unterstützung durch Partner als ausreichend wahrgenommen, nicht mehr Unterstützung gewünscht, sonstige Kontakte bewusst abgebrochen, weitere Isolierung erwünscht.</i>
<b>Misserfolgsskripte</b>		
1. Mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld	Abgebrochener Kontakt zu Eltern weiterhin gewünscht. Regelmäßige sonstige interpersonelle Kontakte.	Lediglich Partner als enge Unterstützungsperson.
2. Unterbrechung des Heilungsprozesses	<i>Warte auf den Beginn einer amb. Psychotherapie.</i>	Entscheidung EU-Rente steht aus. Zusätzliche Belastung durch kürzlichen Autounfall.
3. Fehlende Hoffnung in Therapie	Insgesamt optimistische Haltung bzgl. weiterem Heilungsprozess.	<i>Ambivalent bzgl. Erfolgsaussichten von Folgebehandlung (erneute Trauma Reha).</i>
4. Geringe Anerkennung durch Funktionsträger	Kontakt zu Job-Center bisher als unterstützend wahrgenommen.	Entscheidung bzgl. Rente steht aus, Zustandsverschlechterung und finanzielle Einschnitte bei Ablehnung befürchtet.
5. Wunsch nach Berentung	Kein Verrentungswunsch. Frau W. ist erwerbstätig.	<i>Frau H. strebe eine EU-Rente an.</i>
6. Comorbidität mit Persönlichkeitsstörung	Nein	<i>F60.6</i>

Obige Tabelle gibt für den Erfolgsfall, Frau W. und den Misserfolgfall, Frau H. die Ergebnisse der Skripte Analysen wieder. In kursiv, die erfüllten Skripte.

Abgeleitet aus den in Tabelle 7.2 dargestellten Ergebnissen, erfolgt nun die weitere wissenschaftliche Einordnung, Diskussion und Interpretation.

Analog zu Köhler und Bering (2012, S. 39) „kann eine überwiegende Übereinstimmung der Erfolgsskripte mit den schulenunspezifischen Wirkfaktoren der Psychotherapie (*therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung*) nach Grawe, Donati & Bernauer (1994) erkannt werden; unterscheidend wirkt sich hier die fehlende Berücksichtigung der außertherapeutischen Einflussfaktoren aus.“

Der Erfolgsfall kann eine Reihe von *Ressourcen* benennen. Eine subjektive *Verarbeitung von „Altlasten“* im Sinne der oben genannten *Problemaktualisierung* und *-bewältigung* ist dem Erfolgsfall laut Interview gelungen. Sie konnte über einzelne traumatische Inhalte in der TRG sprechen, nahm sich als wertvolles Mitglied der TRG Gruppe wahr und ist auch über die Gruppenlaufzeit hinaus in gutem Kontakt zu ehemaligen Teilnehmerinnen über WhatsApp. Der Erfolgsfall nutzt die Strategien, die sie in der Gruppe erlernt hat (z.B. aufrecht sitzen/Blickkontakt) auch noch über die Gruppenlaufzeit hinaus am Arbeitsplatz, so dass in der Zusammenschau alle fünf Erfolgsskripte bei Frau W. als erfüllt bewertet wurden. Die oben genannten unspezifischen Wirkfaktoren konnten beim Erfolgsfall somit klar identifiziert werden.

Der Misserfolgsfall hingegen beschrieb, gerade erst in der Gruppe angekommen zu sein, als die Gruppenlaufzeit bereits vorüber war. Erst gegen Ende habe sie sich etwas öffnen können, wodurch ihr subjektiv *keine Verarbeitung der „Altlasten“* im Sinne einer *Problemaktualisierung oder Problembewältigung* gelang. In einer gegründeten WhatsApp Gruppe nehme der Misserfolgsfall passiv teil, schreibe nicht aktiv Beiträge und wolle auch an einem ausstehenden Treffen nicht teilnehmen. Somit gelang dem Misserfolgsfall weder eine Ressourcenaktivierung, noch Problemaktualisierung oder Problembewältigung im TRG Verlauf.

Die wissenschaftliche Einordnung der Ergebnisse für das Erfolgsskript *Unterstützung durch das soziale Umfeld* bzw. das Misserfolgsskript *Mangelnde soziale Unterstützung* erfolgte bereits unter Punkt (2) den Personenvariablen. In den Einzelfällen konnte bestätigt werden, dass *stützend erlebte Sozialkontakte* Genese fördern. Der Misserfolgsfall lebt nach der Gruppenlaufzeit erneut überwiegend sozial isoliert und werde lediglich durch ihren Partner sehr regelmäßig unterstützt. Die übrigen Erfolgsskripte konnten für den Misserfolgsfall nicht bestätigt werden. Ihr Genesungsprozess stagnierte. Einen bedeutenden Teil der weiteren Genesung macht der Misserfolgsfall von der noch ausstehenden Entscheidung des Rentenversicherungsträgers im Hinblick auf eine beantragte EU-Rente abhängig. Die wissenschaftliche Literatur bringt ein Rentenbegehren vielfach in Verbindung mit sekundärem Krankheitsgewinn, was therapieprognostisch zumeist ungünstige Auswirkungen hat (Schneider, Frister & Olzen, 2015).

Im Gegensatz dazu, habe der Erfolgsfall nach der TRG zahlreiche private wie auch berufliche Sozialkontakte, die als stabil und stützend wahrgenommen werden. Ihr Genesungsprozess wurde auch über die Gruppenlaufzeit hinaus weiter von ihr vorangetrieben, was sich in der Zielerreichung abbildet. Innerhalb einer Folgetherapie wolle sie weiter an ihrer Vergangenheit arbeiten und Frau W. sei insgesamt optimistisch diesbezüglich.

Entscheidungen von Funktionsträgern stehen beim Erfolgsfall nicht aus. Für den Erfolgsfall konnte lediglich eines der insgesamt sechs Misserfolgsskripte gefunden werden. Sie warte zum Zeitpunkt des Interviews auf den Beginn einer ambulanten Psychotherapie, im Sinne einer Unterbrechung des Heilungsprozess.

Die beiden Extremgruppen Fälle präsentieren sich somit sehr unterschiedlich im Hinblick auf die von Mays und Franks benannten Faktoren. Diese stellten bereits 1985 heraus, dass außertherapeutische Faktoren, wie *Unterstützung durch das soziale Umfeld*, *Unterbrechung des Heilungsprozesses* und *Anerkennung durch Funktionsträger* nicht zu vernachlässigende Parameter für Therapieverläufe darstellen. Dies konnte in den Extremgruppen Einzelfällen klar bestätigt werden.

Das Misserfolgsskript *Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen* wurde „aufgenommen, da es sich bei z.B. anakastischer-, Borderline-Persönlichkeitssörung, schizotypen oder narzisstischer Persönlichkeitsstörung um Persönlichkeitsmerkmale handelt, die überdauern und auch nach vorübergehenden affektiven Krisen den Therapieverlauf prägen können“ (Köhler und Bering, 2012; S. 41). Für den Erfolgsfall konnte Level 1 Behandlungsberichten keine Diagnose aus der F60er Kategorie entnommen werden. Für den Misserfallsfall wurde hingegen in einem Level 1 Behandlungsbericht (psychotraumatologische Rehabilitation im ZfP), eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.6) codiert, was wie oben dargelegt, analog zu Köhler & Bering (2012) therapieprognostisch eher ungünstig bewertet wurde.

Zusammenfassend konnten somit für den Erfolgsfall alle fünf Erfolgsskripte bestätigt werden und es ergab sich durch eine Unterbrechung des Heilungsprozess bis zum Beginn einer ambulanten Psychotherapie lediglich ein Misserfolgsskript. Für den Misserfallsfall konnte hingegen nur ein Erfolgsskript, soziale Unterstützung und drei Misserfolgsskripte identifiziert werden. Sie zeigt eine fehlende Hoffnung in eine Folgetherapie, den Wunsch einer Verrentung und eine comorbide Persönlichkeitsstörung. Das Verhältnis Erfolgs- zu Misserfolgsskripte ist somit beim Erfolgsfall 5:1 und beim Misserfallsfall 1:3.

### **(8) Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis**

Analog zur deutlichen Zielannäherung, schilderte der Erfolgsfall eine subjektive Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Traumagenesungsgruppe. Ihr Gesamtzustand habe sich verbessert und sie nehme sich als selbstbewusster wahr. Sie differenziert klar zwischen ihrem Befinden vorwiegend bedingt durch eine zunächst negativ erlebte Trennung des Partners und dem TRG Gruppeneffekt. So kommentierte der Erfolgsfall im Interview: „Gegen Ende ging es mir halt nicht so gut wegen meinem Freund, aber das hatte ja nichts mit der Gruppe zu tun.“ Wie aus der wissenschaftlichen Literatur bekannt ist, setzen komplex Traumatisierte pathogene Beziehungsstrukturen vielfach störungsbedingt fort, so dass sie genesungshinderlichen Lebensumständen ausgesetzt sind (z.B. Simons & Whitbeck, 1991). Allerdings ist der individuelle Bewertungskontext von höchster Wichtigkeit. Der Erfolgsfall wertete die Trennung des Partners vorübergehend als belastend, weswegen die Ergebnisse in den quantitativen Messungen teilweise ungünstig ausfielen. Nach einem größeren zeitlichen

Abstand von jedoch drei Monaten, äußerte der Erfolgsfall, dass die Trennung retrospektiv beurteilt genesungsfördernd gewesen sei. Dem Erfolgsfall gelang der Gebrauch von erlernten Strategien auch über die Gruppenlaufzeit hinaus, wie beispielsweise *Männer ansehen, Männern mit einer aufrechten Körperhaltung begegnen*. Sie gab jedoch daneben die kritische Rückmeldung, dass sie zukünftig an einer Verfestigung von neuen Verhaltensmustern arbeiten müsse.

Der Misserfolgsfall konnte keine günstige Zielannäherung im Gruppenverlauf erreichen und beschrieb ihre Gesamtzufriedenheit mit dem TRG Ergebnis entsprechend unzufrieden. Ursächlich für das unzufrieden stellende Ergebnis sei laut dem Misserfolgsfall nur sie selbst bzw. ihr Arbeitstempo. Durch eine sehr ausgeprägte erhöhte alltägliche Dissoziationsneigung habe sie etwa 50% der Gruppeninhalte durch Dissoziation nicht folgen können, was wie bereits dargelegt, im Einklang mit der wissenschaftlichen Literatur ist, die eine ausgeprägte Dissoziation in der Regel mit schlechteren Therapieergebnissen in Verbindung bringt.

### ***Welche Konsequenzen ergeben sich für die klinische Praxis?***

Abgeleitet aus den Ergebnissen der Extremgruppen Einzelfälle und deren wissenschaftlichen Einordnung, folgen nun klinische Empfehlungen für weitere TRG Gruppen. Diese sollten mit der nötigen Vorsicht bewertet werden, da sie sich aus lediglich zwei analysierten Einzelfällen ableiten.

- Im Hinblick auf die *Zielformulierung* entstand untermauert durch die beiden Kasuistiken der klinische Eindruck, dass Teilnehmerinnen, die fragiler wirken und wenig Affekttoleranz besitzen, möglicherweise eher vom TRG Konzept profitieren können, wenn die Formulierung eines out-of-group goals durch die Gruppenleiterinnen forciert wird, statt eines in-group goals.
- Konform zur wissenschaftlichen Literatur konnte in den Einzelfällen klinisch bestätigt werden, dass ein *stabiles soziales Netz* mit einem günstigeren Therapieergebnis verknüpft ist. Potenzielle TRG Teilnehmerinnen, die weitgehend isoliert leben, sollten hieraus abgeleitet im Screening erfasst werden, mit dem Ziel individuell ab zu schätzen, ob sie zunächst durch eine weitere Teilnahme an Level 1 Gruppen, an einem Ausbau der sozialen Unterstützung arbeiten sollten, bevor einer TRG Teilnahme zugestimmt wird.
- Daneben sollte die TRG Teilnahme im Rahmen des Screening kritisch überprüft werden, wenn *multiple stationäre Vorbehandlungen* durchgeführt wurden, der Wunsch einer *Verrentung* besteht und eine *comorbide Persönlichkeitsstörung* codiert ist.
- Im Hinblick auf die *traumatische Vorgeschichte* sollten die Gruppenleiterinnen eine besondere Sensibilität gegenüber dem Wunsch einer TRG Teilnahme, bei früher Vernachlässigung sowie emotionalem Missbrauch zeigen. Untermauert von der wissenschaftlichen Literatur sowie beiden Extremgruppen Einzelfällen wurde gefunden, dass Vernachlässigung und emotionaler Missbrauch in einer vulnerablen Phase mit ausgeprägter *dissoziativer Symptomatik* einhergeht. Hohe dissoziative Beschwerden sind wiederum mehrheitlich verknüpft mit einem schlechteren Therapie-outcome. Obwohl keinerlei Aussage hinsichtlich eines Kausalzusammenhangs durch das durchgeführte Design möglich ist, entstand der klinische Eindruck, dass eine ausgeprägte Dissoziativität einem Erfolg der TRG im Weg steht. Das Ausmaß und die subjektive Beeinflussbarkeit

von Dissoziativität sollte daher im Rahmen des Screenings systematisch erfragt werden. In Abhängigkeit von der geschilderten subjektiven Beeinflussbarkeit sollte anschließend beurteilt werden, ob die potenzielle Teilnehmerin zunächst weiter Level 1 Gruppen besucht oder bereits über ausreichende Fähigkeiten für eine Level 2 Gruppe verfügt.

- Klinische Empfehlungen abgeleitet aus den Ergebnissen rund um Scham werden in Abschnitt 7.3.8 gegeben.
- Das *Verhältnis von Erfolgs- und Misserfolgsskripten* sollte optimalerweise vor Antritt einer TRG erfasst werden. Individuell kann hieraus therapieprognostisch abgeschätzt werden, ob identifizierte Misserfolgsskripte mit Hilfe einer weiteren Teilnahme an Level 1 Gruppen ausgeräumt bzw. Erfolgsskripte gestärkt werden müssen, bevor einer TRG Teilnahme zugestimmt wird. Eine Einschätzung der Skripte sollte qualitativ erfolgen, da erst die individuelle Betrachtung Aufschluss über die korrekte Interpretation eines vermeintlichen Misserfolgsskripts gibt. So konnte beim Erfolgsfall gefunden werden, dass der Wegfall einer vermeintlichen Unterstützungsperson, im subjektiven Bedeutungshorizont der Patientin langfristig positiv bewertet wurde. Eine konkrete Empfehlung in welchem Verhältnis Erfolgs- und Misserfolgsskripte zueinander stehen sollten, erscheint basierend auf nur zwei Kasuistiken nicht angemessen und sollte daher in zukünftiger Forschung aufgegriffen werden.
- Beide Extremgruppen Einzelfälle gaben hinsichtlich ihrer Gesamtzufriedenheit an, dass sie sich eine längere Gruppenlaufzeit gewünscht hätten. Für zukünftige TRG Gruppen sollte daher die Laufzeit mit den Begründerinnen diskutiert werden.

Es folgt nun die wissenschaftliche Einordnung der Ergebnisse des hypothesentestenden Teils.

#### **7.2.4 Evaluation der TRG –Hypothese I**

*Die TRG ist ein wirkungsvolles Gruppenkonzept zur Reduktion von psychotraumatologischer Belastung im prä-post Vergleich.*

Mit Hypothese I wurde geprüft, in wie fern es im Rahmen der TRG zu einer Reduktion psychotraumatologischer Belastung kommt. Eine Erfassung erfolgte bei Behandlungsbeginn (2. Sitzung, prä) sowie kurz vor Ablauf der Gruppenlaufzeit (Sitzung 16, post). Hierdurch ergab sich ein prä-post Design. Entsprechend der Hypothese wurde eine Reduktion der psychotraumatologischen Belastung in den Traumaskalen (1) PTSS-10 und (2) IES-R bzw. dem (3) SUD im Gruppenverlauf erwartet. In Tabelle 7.3 werden die Ergebnisse von Hypothese I zusammenfassend dargestellt.

**Tabelle 7.3: Ergebnisse der Traumaskalen im prä-post Vergleich**

Erhebungsinstrument	N	prä		post		p	d
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD		
(1) PTSS-10	58	38,79	12,06	35,45	13,20	.010	.26
(2) IES-R	48	47,58	15,06	41,88	13,37	.004	.40
(3) SUD	40	7,06	2,49	6,14	2,46	.028	.37

In der Tabelle werden Mittelwerte, Standardabweichungen, Effektstärken sowie das Signifikanzniveau aller Traumaskalen wiedergegeben, die zur Untersuchung von Hypothese I herangezogen wurden. Alle Instrumente zeigten signifikante prä-post Reduktionen der psychotraumatologischen Belastung.

Im T-Test für gepaarte Stichproben sank die gemittelte psychotraumatologische Belastung in der (1) Posttraumatic Symptom Scale (PTSS-10) von 38,79  $\hat{=}$  *dringender Verdacht* auf PTBS, auf rund 35  $\hat{=}$  *Verdacht* auf PTBS, bei einem kleinen Effekt ( $d=.26$ ). (2) In der Impact of Event Scale (IES-R) konnte im prä-post Vergleich eine signifikante Reduktion von *schwerer* zu *mittelschwerer psychotraumatologischer Belastung*, mit einem annähernd mittleren Effekt nachgewiesen werden (M: prä=47,58; post=41,88;  $d=.4$ ). (3) Hinsichtlich der subjektiven Einschätzung, wie belastend die traumatischen Vorerfahrungen in dem Moment der Befragung gewertet werden (SUD), konnte ebenfalls eine signifikante Reduktion im Gruppenverlauf nachgewiesen werden, bei einem kleinen Effekt (M: prä=7,06; post=6,14;  $d=.37$ ).

Bei der weiteren Interpretation dieser Ergebnisse müssen die teilweise großen Varianzen zwischen den Personen berücksichtigt werden. Im Hinblick auf den SUD ist einschränkend zu beachten, dass dieser durch den Punktwert einer einzelnen Zahl abgebildet wird. Vom SUD kann sicher eine Tendenz der Entwicklung, beispielsweise ob die subjektive Belastung eher steigt, stagniert oder sinkt abgeleitet werden, eine darüber hinausgehende Aussagekraft sollte jedoch mit der nötigen Vorsicht bewertet werden. Die hier gefundenen Ergebnisse decken sich mit den Resultaten, dargestellt im Reader der Begründerinnen (Mendelson et al., 2011). Nochmals muss sich der Leser an dieser Stelle vor Augen führen, dass die TRG ein Gruppenkonzept ist, welches traumakonfrontative Elemente einschließt und wie im vorangegangenen Abschnitt 7.2.1 beschrieben, eine besonders schwer erkrankte Zielgruppe behandelt. Das Design lässt eine direkte Zuschreibung der Reduktion auf Symptomniveau auf die TRG nicht zu. Allerdings ist eine Modifikation von Symptomatik nur weil Zeit vergangen ist, im klinischen Eindruck nicht zu erwarten. Aus den Ergebnissen kann geschlussfolgert werden, dass die durchschnittliche psychotraumatologische Belastung in allen genutzten Messinstrumenten (PTSS-10, IES-R und SUD) im prä-post Vergleich sinkt und dies trotz traumakonfrontativer Arbeit über 18 Wochen. Die erste Hypothese wird als bestätigt erachtet.

**Die TRG ist ein wirkungsvolles Gruppenkonzept zur Reduktion von psychotraumatologischer Belastung im prä-post Vergleich.**

### 7.2.5 Evaluation der TRG - Hypothese II

Die TRG ist ein wirkungsvolles Gruppenkonzept um Dissoziativität, Depressivität, Scham, allgemeinspsychopathologische Symptome, Lebenszufriedenheit und Selbstwert im prä-post Vergleich günstig zu beeinflussen.

Es wurde untersucht, ob es im Rahmen der TRG zu einer prä-post Reduktion von (1) Dissoziativität (FDS), (2) Depressivität (BDI), (3) Scham (TOSCA Subskala Scham) und (4) allgemeinspsychopathologischen Beschwerden (GSI des SCL-90) bzw. zur Steigerungen von (5) Lebenszufriedenheit (FLZ) und (6) Selbstwert (MSWS) kommt. In Tabelle 7.4 werden die Ergebnisse für Hypothese II zusammenfassend dargestellt.

**Tabelle 7.4: Ergebnisse der Funktionsskalen im prä-post Vergleich**

Erhebungsinstrument	N	prä		post		p	d
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD		
(1) FDS	50	17,81	13,63	15,64	12,90	.065	.35
(2) BDI	60	29,92	11,74	24,38	12,91	.000	.50
(3) TOSCA Scham	21	51,76	11,62	49,00	11,55	.074	.24
(4) GSI des SCL-90	38	1,69	0,81	1,40	0,87	.000	.35
(5) FLZ	48	180,94	36,74	191,23	44,36	.015	.25
(6) MSWS	48	108,75	38,91	116,04	39,94	.070	.20

In der Tabelle werden Mittelwerte, Standardabweichungen, Effektstärken sowie das Signifikanzniveau aller traumaassoziierten Funktionsskalen wiedergegeben, die zur Untersuchung von Hypothese II herangezogen wurden.

Im T-Test für gepaarte Stichproben konnte keine signifikante prä-post Reduktion (1) *dissoziativer Symptomatik* im Gruppenverlauf nachgewiesen werden. Allerdings deutet ein marginal signifikantes Ergebnis von  $p=.065$  im FDS auf die Tendenz, dass TRG Teilnehmerinnen ihre dissoziative Belastung im Gruppenverlauf reduzieren konnten. In der (2) Depressionsskala von Beck zeigte sich im prä-post Vergleich eine signifikante Reduktion der depressiven Belastung, von  $29,92 \triangleq$  schwere depressive Symptomatik, auf  $24,38 \triangleq$  mittelschwere depressive Symptomatik, bei einem mittleren Effekt ( $d=.5$ ). Auch im (3) TOSCA konnte ein marginal signifikantes Ergebnis von  $p=.074$  nachgewiesen werden, welches auf die Tendenz einer Reduktion von *Scham* im Verlauf der TRG deutet. Eine signifikante Reduktion der (4) *allgemeinspsychopathologischen* Beschwerden zeigte sich im Global Symptom Index des SCL-90, von 1,69 bei Gruppenbeginn, auf 1,4 bei Gruppenabschluss und einem kleinen Effekt ( $d=.35$ ). Günstig entwickelte sich ebenfalls (5) *Lebenszufriedenheit*, die im Gruppenverlauf von 180,94 auf 191,23 im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit stieg, bei einem kleinen Effekt ( $d=.25$ ). In Bezug auf (6) *Selbstwert* konnte ein marginal signifikantes Resultat ( $p=.070$ ) festgestellt werden, welches die Tendenz zeigt, dass Selbstwert im Gruppenverlauf zunahm.

Bei der Interpretation müssen die teils hohen Varianzen sowie die unterschiedlichen Stichprobengrößen berücksichtigt werden. Speziell bei dem Messinstrument, das im Studienverlauf ergänzt wurde (TOSCA), konnte nur eine vergleichsweise kleine Stichprobe zur Datenauswertung herangezogen werden. Bei kleinen Stichproben ist es statistisch schwieriger auf signifikante Ergebnisse zu stoßen, da die Testpower reduziert ist. Die

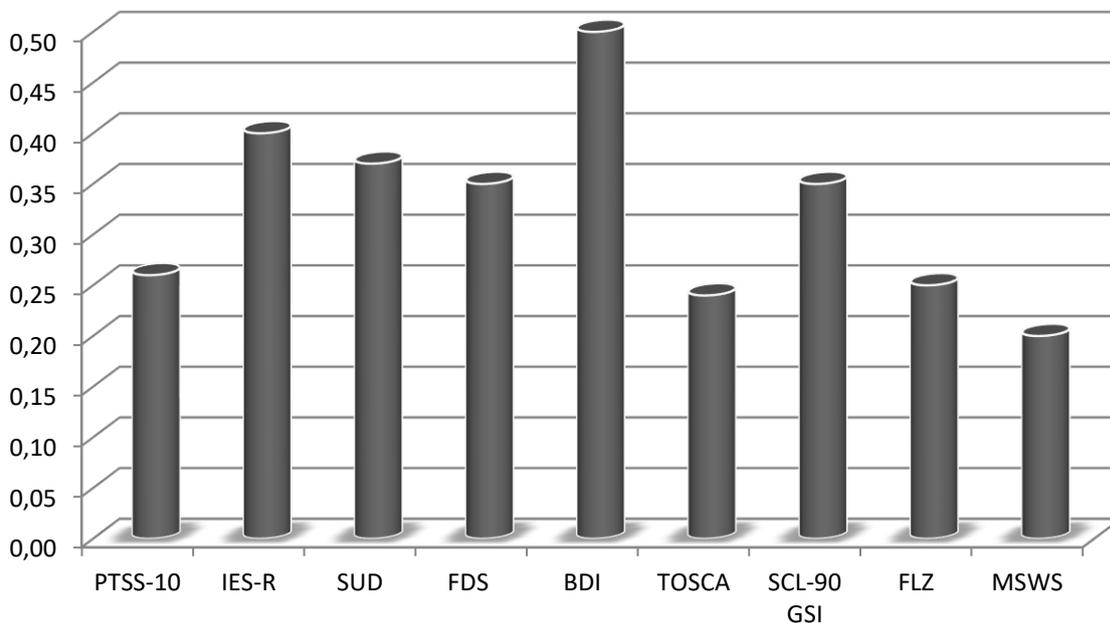
Ergebnisse decken sich für depressive Belastung mit den Resultaten, dargestellt im Reader der Begründerinnen (Mendelson et al., 2011). Die Begründerinnen konnten allerdings in ihrer Studie daneben auch eine prä-post Reduktion dissoziativer Symptomatik sowie Steigerung von Selbstwert nachweisen. Scham, allgemeinsychopathologische Symptome und Lebenszufriedenheit wurden in der Originalstudie nicht untersucht. Bei Betrachtung der hier gefundenen Mittelwerte für Dissoziativität (von prä 17,81 auf post 15,64), Scham (von prä 51,76 auf post 49,00) und Selbstwert (M: prä=108,75 auf post=116,04) verändern sich diese in die erwartete Richtung. Möglicherweise werden bei einer größeren Stichprobe und somit besseren Testpower gefundene Mittelwertsunterschiede das Signifikanzniveau erreichen.

Wie bereits beschrieben, muss bei der weiteren wissenschaftlichen Einordnung dieser Ergebnisse berücksichtigt werden, dass die TRG ein Gruppenkonzept ist welches traumakonfrontative Elemente integriert. Die hier vorgestellte Stichprobe weist höchste Symptombelastungen auf, die vergleichbar sind mit einer Stichprobe für die die Indikation einer psychotraumatologischen, stationären Maximalversorgung bestand (vgl. Abschnitt 7.2.1). Die TRG findet allerdings in einem ambulanten Behandlungskontext statt. Teilnehmerinnen sind somit weiter in ihren Alltagsstrukturen und den damit verknüpften Anforderungen eingebunden. Dennoch gelingt eine signifikante Veränderung in die erwartete Richtung für Depressivität, allgemeinsychopathologische Belastung und Lebenszufriedenheit im prä-post Vergleich von lediglich 18 Wochen, was bei der Ausprägung der Psychopathologie der behandelten Stichprobe beachtlich erscheint. Das Design lässt eine direkte Zuschreibung der Veränderungen auf Symptomniveau, durch die TRG nicht zu. Allerdings ist eine Modifikation von Symptomatik nur weil Zeit vergangen ist, im klinischen Eindruck nicht zu erwarten. Muth und Bering (2009) konnten keine Wartezeiteffekte nachweisen, bei einer Stichprobe die ebenfalls im ZfP in Behandlung war, dennoch kann statistisch nicht ausgeschlossen werden, dass der Therapieeffekt durch eine natürliche Genesung überlagert ist. Für Dissoziativität und Scham konnte die Tendenz einer Symptomreduktion bzw. für Selbstwert der Steigerung im Gruppenverlauf nachgewiesen werden, allerdings wurde das Signifikanzniveau (noch) nicht erreicht. Zusammenfassend kann somit die zweite Hypothese als teilweise bestätigt erachtet werden.

**Die TRG ist ein wirkungsvolles Gruppenkonzept, um Depressivität und allgemeinsychopathologische Beschwerden signifikant zu reduzieren bzw. Lebenszufriedenheit im prä-post Vergleich signifikant zu steigern. Für Dissoziativität und Scham konnte jeweils eine Tendenz der prä-post Reduktion bzw. für Selbstwert der Steigerung im Gruppenverlauf nachgewiesen werden.**

### 7.2.6 Therapieeffekte aus makroskopischer Sicht

Mit den beiden Hypothesen I und II wurde die Traumagenesungsgruppe hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert, psychotraumatologische Belastung sowie Psychopathologie in verschiedenen traumaassoziierten Funktionsbereichen günstig zu beeinflussen. Eine psychometrische Erfassung erfolgte zu Beginn der TRG sowie kurz vor Ablauf der Gruppenlaufzeit. Hierdurch ergab sich ein prä-post Design. Eine Effektgröße dient als Maß, wie bedeutungsvoll ein Unterschied ist. Die Berechnung der Effektgröße erfolgt, indem die Differenz zweier Mittelwerte durch ihre (gemeinsame oder gemittelte) Standardabweichung dividiert wird. In Abbildung 7.1 werden die Effektgrößen für die TRG im prä-post Vergleich dargestellt. Die Effektgrößen wurden gemäß der Konvention nach Cohen (1988, zitiert nach Hussy & Jain, 2002, S.157) festgelegt. Bei  $d \geq 0,8$  geht man von einem großen Effekt, bei  $d \geq 0,5$  von einem mittleren Effekt und bei  $d \geq 0,2$  von einem kleinen Effekt aus.



**Abbildung 7.1: Effektgrößen für alle Messinstrumente**

Die Effektgrößen werden gemäß der Konvention nach Cohen (1988) festgelegt: großer Effekt bei  $d \geq 0,8$ ; mittlerer Effekt bei  $d \geq 0,5$ ; kleiner Effekt bei  $d \geq 0,2$ ). Es konnten kleine bis mittlere Effekte gefunden werden.

Im T-Test für gepaarte Stichproben konnte ein signifikanter Therapieeffekt auf einem Signifikanzniveau von  $p < .05$  in der PTSS-10, IES-R, SUD, BDI, GSI des SCL-90 und FLZ, mit Effektgrößen im kleinen bis mittleren Bereich abgesichert werden. Im FDS, TOSCA und MSWS erreichten die gefundenen Therapieeffekte nicht das Signifikanzniveau, allerdings konnte die Tendenz der günstigen Beeinflussung von Dissoziativität, Scham und Selbstwert nachgewiesen werden.

### **7.2.7 Fragestellung - Wer profitierte besonders von der TRG?**

Die Fragestellung, welche Patientinnen besonders von der TRG profitieren, wurde dreigliedrig explorativ untersucht. In einem ersten Analyseschritt wurden potenzielle Zusammenhänge des Symptommiveaus bei Gruppenbeginn mit dem Therapieerfolg erforscht (7.2.7.1; T-Teste). Hierauf aufbauend wurde in einem zweiten Schritt geprüft, ob Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf sehr reduzieren konnten, auch Psychopathologie in anderen Funktionsbereichen im Gruppenverlauf verbesserten (7.2.7.2; Manovas). Ebenfalls mit multivariaten Varianzanalysen wurden Partnerschaftsstatus und Kinder, auf ihren potenziellen Zusammenhang mit der Entwicklung von Psychopathologie im Gruppenverlauf untersucht. In einem dritten Schritt wurden mögliche Prädiktoren des Therapieerfolgs mit einer Regressionsanalyse beforscht (7.2.7.3). In Abschnitt 7.2.7.4 erfolgt eine makroskopische Diskussion der Ergebnisse der Fragestellung. Die Ergebnisse der drei unterschiedlichen Analysemethoden werden nun nacheinander zusammenfassend dargestellt und diskutiert.

#### **7.2.7.1 Wer profitiert besonders von der TRG? (T-Teste)**

In einem ersten Analyseschritt wurde mittels T-Testen für ungepaarte Stichproben untersucht, in wie fern das Symptommiveau bei Gruppenbeginn den Therapieerfolg determiniert. „Therapieerfolg“ wurde als die prä-post Reduktion von (1) depressiven Beschwerden (BDI) sowie psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10 (2) und (3) IES-R operationalisiert. Da die TRG ein Gruppenkonzept für komplex Traumatisierte ist bzw. eine affektive Störung bei rund 60% der Stichprobe als comorbide Nebendiagnose besteht, wurden bei den affektiven Beschwerden bzw. der psychotraumatologischen Belastung bedeutende Therapieerfolge erwartet. Um Therapieerfolgskriterien ab zu leiten, wurden Extremgruppen gebildet mit Personen, die deutliche Verbesserungen zeigten (Erfolgsgruppe) versus Personen, die deutliche Verschlechterungen (Misserfolgsgruppe) angaben. Das Symptommiveau bei Gruppenbeginn wurde in den Bereichen Depressivität (BDI), Dissoziativität (FDS), psychotraumatologische Belastung (PTSS-10 & IES-R), Lebenszufriedenheit (FLZ), peritraumatische Dissoziationsneigung (PDEQ), Selbstwert (MSWS), Scham (TOSCA) sowie allgemeinspsychopathologische Beschwerden (GSI des SCL-90) auf ihren potenziellen Zusammenhang zum Therapieerfolg untersucht. In den einzelnen Analysen wurden primär alle Hauptskalen der oben genannten Messinstrumente überprüft bzw. im Falle einer Signifikanz auf einer Subskala, wurde diese ebenfalls ausgewertet.

#### ***Ad 1. (In wie fern) gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn mit dem Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Reduktion depressiver Belastung?***

Im T-Test für ungepaarte Stichproben wurden potenzielle Zusammenhänge zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn und dem Therapieerfolg im Hinblick auf depressive Belastung mittels Extremgruppen geprüft. Die Erfolgsgruppe konnte ihre depressive Belastung im Gruppenverlauf deutlich reduzieren, während die Misserfolgsgruppe eine

Zunahme der affektiven Beschwerden im prä-post Vergleich angab. Auf keiner der geprüften Hauptskalen konnten signifikante Zusammenhänge des Symptommiveaus bei Gruppenbeginn und dem Therapieerfolg nachgewiesen werden. Folglich ließ die Ausprägung von Depressivität, Dissoziativität, psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10 & IES-R, peritraumatischer Dissoziation, Selbstwert, Scham und allgemeinspsychopathologischen Beschwerden bei Gruppenbeginn, keine Rückschlüsse zu, wie sich depressive Belastung im Gruppenverlauf entwickelte. In der Literatur wird schwer depressive Symptomatik überwiegend mit geringeren Chancen einer Gesundung assoziiert (Nanni, 2013). Dies konnte hier nicht untermauert werden. Den Ergebnissen zufolge können schwer depressive Patientinnen ihre depressive Belastung nicht weniger günstig beeinflussen, als diejenigen die zu Beginn der TRG die diagnostischen Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllten. Gleiches gilt für psychotraumatologische Belastung. Ob eine Gruppenteilnehmerin eine ausgeprägte psychotraumatologische Belastung bei Gruppenbeginn angab, ließ laut den hier gefundenen Ergebnissen keine Rückschlüsse zu, wie sich depressive Belastung im Gruppenverlauf entwickelte. Auch dies ist im Widerspruch zur überwiegenden wissenschaftlichen Literatur. Nanni und Mitarbeiter (2012) prüften zehn klinische Studien, die den Zusammenhang von Trauma und Depression beforschten. Besonderes Forschungsinteresse widmeten sie dem Einfluss von Kindheitstraumatisierungen auf die Wahrscheinlichkeit, von einer Behandlung zu profitieren. Sie fanden heraus, dass traumatisierte depressive Patienten im Vergleich zu nicht traumatisierten, ein erhöhtes Risiko hatten, nicht von einer Behandlung zu profitieren. Allerdings beschrieben sie auch eine Ausnahme. In einer der analysierten Studien erschien der Zusammenhang genau gegensätzlich. In einer speziellen Psychotherapie, der „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ konnten Traumatisierte von der Behandlung mehr profitieren, als nicht traumatisierte. Offensichtlich besteht somit auch in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur kein Konsens darüber, in welchem Zusammenhang Trauma und der Therapieerfolg depressiver Belastung stehen. Daneben ist ein schlechteres Therapieergebnis in der Literatur zumeist mit hoher dissoziativer Symptombelastung sowie ausgeprägter peritraumatischer Dissoziationsneigung (u.a. Mauchnik, Ebner-Priemer, Kleindienst, Limberger, Schmal et al., 2009), mit geringer Lebenszufriedenheit (Schär & Bodenmann, 2011) und einer negativen Selbstbewertung (Moens, Braet & Timbremont, 2005) verknüpft, was durch die hier gefundenen Ergebnisse nicht gestützt werden konnte. Das Ergebnis für Scham wird ausführlich in Kapitel 7.2.8. diskutiert.

Die Ausprägung von Zufriedenheit mit der eigenen Person, welche mit einer Subskala des FLZ erfasst wurde, zeigte in dieser Untersuchung hingegen einen signifikanten Zusammenhang mit dem Therapieerfolg. Personen, die zu Beginn der TRG deutlich unzufrieden mit sich waren, konnten ihre depressive Belastung sehr reduzieren. Bei der weiteren wissenschaftlichen Einordnung und Interpretation könnte eine mögliche Erklärung dieses Ergebnis in der Sitzungsstruktur liegen. Im Rahmen der TRG erscheinen Patientinnen regelmäßig, verbindlich einmal in der Woche zu einem festen Gruppentermin. Besonders Personen, die zu Beginn der Gruppe sehr unzufrieden mit sich waren, da sie sich beispielsweise sehr zurückgezogen hatten, können möglicherweise von dieser Verbindlichkeit profitieren. Rund 60% der TRG Stichprobe zeigt eine comorbide affektive Störung. Im klinischen Eindruck klagten viele komplex traumatisierte Patientinnen insbesondere über einen

sozialen Rückzug mit erheblichen Beeinträchtigungen der sozialen Teilhabe, was wie oben argumentiert möglicherweise durch die Struktur der Sitzungen günstig beeinflusst wird. Denkbar ist, dass insbesondere diejenigen, die bei Gruppenbeginn sehr unzufrieden mit sich waren, von der Gruppenstruktur besonders profitieren können und daher ihre affektiven Beschwerden günstig beeinflussen.

***Ad 2. (In wie fern) gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn mit dem Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Reduktion psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10?***

Analog der vorangegangenen Analyse wurden Extremgruppen untersucht. Die Erfolgsgruppe konnte ihre psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 deutlich reduzieren, während die Misserfolgsgruppe eine Zunahme der psychotraumatologischen Beschwerden im prä-post Vergleich angab. Analysen konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der, bei Gruppenbeginn bestehenden Ausprägung von Depressivität, Dissoziativität, Lebenszufriedenheit, Scham und allgemeinspsychopathologischen Beschwerden, mit dem Therapieerfolg nachweisen. Wie bereits oben dargelegt, ist in der wissenschaftlichen Literatur geringer Therapieerfolg zumeist verknüpft mit schwer depressiver Symptomatik, ausgeprägter Dissoziativität, geringer Lebenszufriedenheit und wenig allgemeinspsychopathologischen Beschwerden (König, 2012; Mauchnik et al., 2009; Nanni, 2013), was durch diese Ergebnisse nicht gestützt werden konnte. Das Ergebnis für Scham wird ausführlich unter Abschnitt 7.2.8. diskutiert.

Das Symptommiveau bei Gruppenbeginn in den folgenden Bereichen zeigte jedoch signifikante Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg. Personen, die im Gruppenverlauf ihre psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe), zeigten zu Beginn der TRG (1) eine ausgeprägte psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 & IES-R, mehr Intrusionen, mehr Vermeidung, mehr Hyperarousal, (2) höhere peritraumatische Dissoziationsneigung (3) mehr Distanz zum Traumamaterial, (4) geringes Selbstwert sowie geringes leistungsbezogenes Selbstwert.

Bei der weiteren wissenschaftlichen Einordnung und Interpretation liegt eine mögliche Erklärung der größeren prä-post Reduktionen von psychotraumatologischer Belastung bei Personen, die zu Beginn (1) stärker psychotraumatologisch belastet waren, in der Range. Personen mit mehr Traumasymptomen bei Gruppenbeginn, haben auf den Messinstrumenten automatisch eine größere Spanne für eine potenzielle Reduktion zur Verfügung. Daneben kann jedoch auch argumentiert werden, dass die TRG für komplex Traumatisierte konzipiert wurde und genau diejenigen mehr profitieren, die stärkere Traumasymptomatik aufweisen. Foa & Kozak (1986) wiesen im Rahmen ihres Netzwerkmodells der Furchtstruktur darauf hin, dass insbesondere die Personen von einer Therapie profitieren, die ein stärkeres Vermeidungsverhalten vorweisen. Eine Reduktion von Vermeidung beispielsweise durch die Teilnahme an der TRG aktiviert möglicherweise die Furchtstruktur, wodurch ein Prozess der Verarbeitung angestoßen wird. Denkbar ist, dass eine Aufrechterhaltung und somit Chronifizierung der Furchtstruktur hierdurch abgewandt werden kann (Foa & Rauch, 2004). Erhöhte intrusive Symptomatik ist in der wissenschaftlichen Literatur assoziiert mit höheren Behandlungserfolgen bei Frühinterventionen (Ehlers et al., 1998b; Steil & Ehlers, 2000). Die

hier gefundenen Untersuchungsergebnisse legen nahe, dass auch bei einer bereits länger manifestierten, komplexen psychotraumatologischen Belastung, diejenigen mit ausgeprägter intrusiver Symptomatik mehr profitieren. Daneben ist eine ausgeprägte (2) peritraumatische Dissoziationsneigung in der Literatur überwiegend assoziiert mit schlechterem Therapieoutcome (Hickling & Broderick, 2006; Hopwood & Bryant, 2006; Kuhn, Blanchard, Fuse, Hickling & Boderick, 2006) und wird als hoher Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS bewertet (Marmar, Weiss & Metzler, 1998). Die Ergebnisse dieser Untersuchung legen nahe, dass Teilnehmerinnen mit ausgeprägter peritraumatischer Dissoziationen ihre psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf stärker senken können, wodurch die peritraumatische Dissoziation hier als Schutzfaktor interpretiert wird (Creamer, O'Donnell & Pattison, 2004). Auch Personen mit mehr (3) Distanz zu Traumamaterial bei Beginn der Gruppenbehandlung, konnten ihre psychotraumatologische Belastung stärker abbauen, als Personen mit nur geringer Distanz. Im klinischen Eindruck erscheint dies schlüssig. Distanz zum Traumamaterial bildet die Basis um belastende Erfahrung integrieren zu können (Sack et al., 2013). Das Gegenteil von Distanz ist Überflutung, in welcher keine Verarbeitung möglich ist. Folglich gelingt Patientinnen, die bei Gruppenbeginn distanzierter von Traumamaterial waren, eine größere Reduktion der psychotraumatologischen Belastung im Gruppenverlauf. (4) Daneben konnten zwei Aspekte des Selbstwertes in Verbindung mit Therapieerfolg gebracht werden. Personen, die bei Gruppenbeginn über ein geringes Selbstwert verfügten sowie weniger eine von Leistung abhängige Selbstwertdefinition hatten, zeigten deutliche Reduktionen der psychotraumatologischen Belastung. Begrifflichkeiten die primär von Yalom (1995; 2003) geprägt wurden, könnten diesen Zusammenhang erklären. Denkbar ist, dass Personen mit geringem Selbstwert im Gruppensetting besonders von *korrigierenden Erfahrungen der Primärfamilie*, von *Gruppenkohäsion* sowie *Universalität des Leidens* profitieren. Speziell diejenigen, mit geringem Selbstwert haben viel Potenzial ihre pathologischen Muster zur durchbrechen und somit besonders zu profitieren, was sich möglicherweise in dem Therapieerfolg abbildet. Weiterhin war eine geringe von Leistung abhängige Definition des Selbstwerts verknüpft mit deutlichem Therapieerfolg. Möglicherweise kann dies mit einer „selbsterfüllenden Prophezeiung“ begründet werden. Der von Watzlawick geprägte Begriff, meint „eine Annahme oder Voraussage, die rein aus der Tatsache heraus, dass sie gemacht wurde, das angenommene, erwartete oder vorhergesagte Ereignis zur Wirklichkeit werden lässt und so ihre eigene „Richtigkeit“ bestätigt“ (2002, S. 91). Personen die weniger eine von Leistung abhängige Selbstwertdefinition haben, nehmen möglicherweise an, ihre Symptomatik günstig beeinflussen zu können, wodurch ein größerer Therapieerfolg resultieren könnte.

***Ad 3. (In wie fern) gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn mit dem Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Reduktion psychotraumatologischer Belastung in der IES-R?***

Eine Erfassung des Therapieerfolgs erfolgte in dieser Analyse mit der IES-R. Geprüft wurde, ob dies zu vergleichbaren Ergebnissen führt, wie unter Punkt zwei, bei dem der Therapieerfolg von psychotraumatologischer Belastung mit der PTSS-10 erhoben wurde. Analog zur vorangegangenen Analyse wurden potenzielle Zusammenhänge zwischen dem

Symptomniveau bei Gruppenbeginn, mit dem Therapieerfolg mittels Extremgruppen geprüft. Die Erfolgsgruppe konnte ihre psychotraumatologische Belastung in der IES-R deutlich reduzieren, während die Misserfolgsgruppe eine eindeutige Zunahme der psychotraumatologischen Belastung im prä-post Vergleich angab. Diese Analyse führte zu vergleichbaren Ergebnissen für Depressivität, Dissoziativität, Lebenszufriedenheit, Scham und allgemeinspsychopathologischen Beschwerden, die bereits unter Punkt zwei wissenschaftlich eingeordnet wurden. Abweichende Ergebnisse wurden jedoch gefunden für die, bei Gruppenbeginn bestehende psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10, peritraumatische Dissoziationsneigung und Selbstwert. Für diese drei Symptombereiche konnten in dieser Analyse im Kontrast zur vorangegangenen Analyse, keine Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg nachgewiesen werden.

Es wird die Frage aufgeworfen, warum in Analyse zwei und drei unterschiedliche Ergebnisse gefunden wurden, obwohl in beiden Analysen der Therapieerfolg von psychotraumatologischer Belastung beforstet wurde. In Analyse zwei wurde der Therapieerfolg in der PTSS-10 und in Analyse drei mit der IES-R erfasst. Hinsichtlich der eingesetzten Messinstrumente muss konstatiert werden, dass die PTSS-10 im Kern ein Screeninginstrument ist. Die Instruktionen in den beiden Traumaskalen sind leicht abweichend. Die PTSS-10 erfragt das „momentane Befinden“, während die IES-R um eine Einschätzung der „vergangenen sieben Tage“ bittet. Weiterhin ist die Symptomstruktur der PTSS-10 am DSM-III und die der IES-R am DSM-IV orientiert, wodurch es möglicherweise zu den geschilderten Abweichungen kommt. Das Ergebnis für Scham wird ausführlich unter Abschnitt 7.2.8 diskutiert.

Ein signifikanter Zusammenhang konnte in dieser Analyse in zwei Bereichen mit dem Therapieerfolg nachgewiesen werden. Personen, die bei Gruppenbeginn eine (1) ausgeprägte psychotraumatologische Belastung in der IES-R, einhergehend mit mehr Intrusionen und ausgeprägter Vermeidung angaben, konnten ihre psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf sehr reduzieren. Daneben gelang Personen, die bei Gruppenbeginn sehr (2) zufrieden mit ihrer Wohnsituation waren, eine deutliche Reduktion der psychotraumatologischen Belastung im Gruppenverlauf.

Bei der wissenschaftlichen Einordnung dieser Ergebnisse wird das vorangegangene Ergebnis von Analyse zwei untermauert. Besonders diejenigen, die bei Gruppenbeginn eine ausgeprägte Traumasymptomatik aufweisen, konnten diese im Gruppenverlauf sehr reduzieren. Der zweite signifikante Zusammenhang konnte für (2) Zufriedenheit mit der Wohnsituation und Therapieerfolg gefunden werden. Eine stabile, zufriedenstellende Wohnsituation wird daher als ein Faktor gewertet, der den Erfolg einer Therapie fördern kann. Möglicherweise können sich Personen, die mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden sind, mehr auf die TRG einlassen, wodurch ihnen größere Verbesserungen der psychotraumatologischen Belastung gelingen, verglichen mit Personen, die mit ihrer Wohnsituation sehr unzufrieden sind. Kritisch muss berücksichtigt werden, dass Zufriedenheit mit der Wohnsituation im FLZ durch eine Subskala abgebildet wird, welche lediglich sieben Fragen einschließt.

Zusammenfassend konnten in den Extremgruppenvergleichen folgende **Therapieerfolgskriterien** exploriert werden:

- (1) Personen der Erfolgsgruppe, die ihre depressiven Beschwerden im prä-post Vergleich sehr reduzieren konnten, zeigten zu Beginn der TRG
  - (1) eine geringe Zufriedenheit mit sich selbst.
- (2) Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung im prä-post Vergleich in der PTSS-10 sehr reduzieren konnten, zeigten zu Beginn der TRG
  - (1) eine ausgeprägte psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 & IES-R, mehr Intrusionen, mehr Vermeidung, mehr Hyperarousal,
  - (2) eine höhere peritraumatische Dissoziationsneigung,
  - (3) mehr Distanz zum Traumamaterial sowie
  - (4) geringes Selbstwert und wenig leistungsbezogenes Selbstwert.
- (3) Personen die ihre psychotraumatologische Belastung in der IES-R sehr reduzieren konnten, zeigten zu Beginn der TRG
  - (1) eine ausgeprägte psychotraumatologische Belastung, mehr Intrusionen, mehr Vermeidung in der IES-R und
  - (2) eine ausgeprägte Zufriedenheit mit der Wohnsituation.

Bei der weiteren Generalisierung der geschilderten Ergebnisse muss stets die Stichprobengröße berücksichtigt werden. Um nur die Personen, mit den deutlichsten Verbesserungen versus denjenigen, mit den deutlichsten Verschlechterungen für schlussfolgernde Aussagen, in Bezug auf den Therapieerfolg heran zu ziehen, wurden Extremgruppen gebildet. Hierdurch verbleiben in den entsprechenden Vergleichsgruppen weniger Personen, als in der Gesamtstichprobe von 95 Patientinnen zur Verfügung stehen. Weiterhin muss bei der Interpretation ein potenzieller Deckeneffekt in Betracht gezogen werden. In dieser Studie wurde eine klinische Stichprobe, mit höchster psychopathologischer Belastung untersucht. Bei einem Deckeneffekt kann ein Messinstrument in den oberen Bereichen nicht mehr ausreichend differenzieren. Somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass ab einer bestimmten hohen Ausprägung in dem untersuchten Symptombereich alle TRG Teilnehmerinnen den gleichen extremen Wert, nämlich die Maximalausprägung im Fragebogen erhielten, unabhängig ob sie diesen Wert exakt erreichen würden oder "eigentlich" einen höheren Wert haben. Die Ergebnisse der drei Extremgruppenvergleiche werden in folgender Tabelle 7.5 zusammenfassend dargestellt.

**Tabelle 7.5: Übersicht Ergebnisse der Extremgruppenvergleiche (T-Teste)**

<b>Unabhängige Variablen: bei Gruppenbeginn (prä)</b>	<b>Abhängige Variablen: deutlicher Therapieerfolg = prä-post Reduktion von</b>		
	<b>1. depressiver Belastung (BDI)</b>	<b>2. psychotraumatologischer Belastung (PTSS-10)</b>	<b>3. psychotraumatologischer Belastung (IES-R)</b>
Depressivität (BDI)	n.s.	n.s.	n.s.
Dissoziativität (FDS)	n.s.	n.s.	n.s.
Traumasympptome (PTSS-10)	n.s.	stärkere psychotrauma Belastung	n.s.
Traumasympptome (IES-R)	n.s.	stärkere psychotrauma Belastung	stärkere psychotrauma Belastung
Peritraumatische Dissoziationsneigung (PDEQ)	n.s.	höhere peritraumatische Dissoziation	n.s.
Lebenszufriedenheit (FLZ)	weniger Zufriedenheit mit der eigenen Person	n.s.	mehr Zufriedenheit mit der Wohnsituation
Selbstwert (MSWS)	n.s.	Geringes Selbstwert; wenig leistungsbezogenes Selbstwert	n.s.
Scham (TOSCA)	n.s.	n.s.	n.s.
Allgemeinpsychopathologische Symptome (GSI des SCL-90)	n.s.	n.s.	n.s.

*Obige Tabelle zeigt auf der Y-Achse die unabhängigen Variablen: Symptommiveau bei Gruppenbeginn mit den untersuchten abhängigen Variablen (X-Achse): Therapieerfolg, operationalisiert über prä-post Reduktion depressiver Belastung bzw. psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10 und IES-R. Die mit „n.s.“ markierten Felder zeigen an, dass dort kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn, mit dem Therapieerfolg nachgewiesen werden konnte.*

### 7.2.7.2 Wer profitiert besonders von der TRG? (Manova)

In einem zweiten Analyseschritt wurde mittels mehreren multivariaten Varianzanalysen (Manova) exploriert, ob Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf sehr reduzieren konnten, daneben auch eine günstige Beeinflussung von Dissoziativität, Depressivität, Scham, allgemeinpsychopathologischen Symptomen, Lebenszufriedenheit und Selbstwert gelang. Erneut wurden Erfolgs- und Misserfolgsgruppen unterschieden. Da das Konzept der TRG bedeutendes Genesungspotenzial im interpersonellen Bereich sieht, wurden daneben zwei Variablen aus dem interpersonelle Bereiche außerhalb des Gruppenkontextes Partnerschaftsstatus und Kinder auf ihren potenziellen Zusammenhang zur Entwicklung der Psychopathologie in oben genannten Symptombereichen untersucht. In den einzelnen Analysen wurde getestet, ob die psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 (Analyse A) bzw. in der IES-R (Analyse B), einer Erfolgsgruppe (konnte sehr profitieren) versus einer Misserfolgsgruppe (stieg in Belastung an) sowie der Partnerschaftsstatus (Analyse C) und Kinder (Analyse D), Zusammenhänge aufweist, wie sich Dissoziativität, Depressivität, Scham, allgemeinpsychopathologische Symptome, Lebenszufriedenheit und Selbstwert im Gruppenverlauf entwickeln.

In **Analyse A** konnte die Erfolgsgruppe ihre psychotraumatologische Belastung, welche mit der PTSS-10 erfasst wurde, im Gruppenverlauf deutlich reduzieren, während die Misserfolgsgruppe eine klare Zunahme der psychotraumatologischen Symptomatik zeigte. Die Analysen ergaben, dass deutliche Reduktionen von psychotraumatologischer Belastung einhergingen mit ebenfalls günstigen Entwicklungen von (1) *depressiven* und (2) *allgemeinpsychopathologischen Beschwerden* sowie (3) *Lebenszufriedenheit* und (4) *Selbstwert*. Der Umfang der Verbesserungen war bemerkenswert. So zeigten Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung sehr senken konnten, auch eine deutliche Reduktion von (1) schwer auf leichte *depressive Symptomatik*. Personen der Misserfolgsgruppe stagnierten hingegen auf einem mittleren Niveau depressiver Belastung. Auch im Hinblick auf (2) *allgemeinpsychopathologische Beschwerden* imponiert die Ausprägung der Verbesserung. Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung sehr reduzieren konnten, zeigten ebenfalls im Globalen Symptom Index des SCL-90 eine Reduktion von 1,65 bei Gruppenbeginn, auf durchschnittlich 1,07 des gemittelten Punktwerts bei Gruppenende. Bei Patienten der psychiatrischen Versorgung werden im Schnitt Level von 1,3 im GSI berichtet (Franke, 2002), welcher durch die TRG Stichprobe bei Gruppenbeginn deutlich überschritten und bei Gruppenende deutlich unterschritten wurde. Weiterhin konnte bei Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf sehr senken konnten, eine signifikante Steigerung von (3) *Lebenszufriedenheit* und (4) *Selbstwert* nachgewiesen werden, was im klinischen Eindruck schlüssig erscheint. Eine Verbesserung auf Symptomniveau geht erwartungsgemäß einher, mit einer Steigerung der Zufriedenheit bzw. Selbstwert. Kein signifikanter Zusammenhang konnte für *Dissoziativität* und *Scham* nachgewiesen werden. Ob jemand seine psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf günstig beeinflussen konnte oder nicht, zeigte demzufolge keine Zusammenhänge zu der prä-post Entwicklung in diesen beiden Symptombereichen. In der Literatur wird zumeist der potenzielle Einfluss von dissoziativer Symptomatik auf psychotraumatologische Belastung untersucht (z.B. Mauchnik et al., 2009). In dieser Analyse war eine Reduktion von psychotraumatologischer Belastung

nicht mit einer Reduktion der dissoziativen Belastung verknüpft. Dies überrascht im klinischen Eindruck und wird in Abschnitt 7.2.7.4 kritisch diskutiert. Das Ergebnis für Scham wird ausführlich in Abschnitt 7.2.8 diskutiert.

In **Analyse B** wurde die psychotraumatologische Belastung von Erfolgs- und Misserfolgsgruppe mit der IES-R erfasst. Geprüft wurde, ob dies zu vergleichbaren Ergebnissen führt, wie unter Analyse A, bei welcher psychotraumatologische Belastung mit der PTSS-10 erhoben wurde. Analog zur vorangegangenen Analyse wurde getestet, ob Personen, die ihre psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf sehr senken konnten, auch in anderen Symptombereichen von der TRG profitierten. Die Analysen ergaben, dass deutliche Reduktionen von psychotraumatologischer Belastung, mit ebenfalls günstigen Entwicklungen von (1) *Lebenszufriedenheit* und (2) *Selbstwert* einhergingen. Für (1) *Lebenszufriedenheit* deutete ein signifikanter Gruppeneffekt darauf hin, dass diejenigen die zufriedener bei Beginn der TRG waren, auch am Ende der Gruppenlaufzeit zufriedener erschienen. Personen hingegen, die zu Beginn unzufriedener waren, zeigten sich in etwa gleich unzufrieden bei Abschluss der TRG, was mit der bereits dargestellten selbsterfüllenden Prophezeiung nach Watzlawick (2002) erklärt werden könnte. Eine deutliche Verbesserung der psychotraumatologischen Belastung ging ebenfalls mit einer Steigerung von (2) *Selbstwert* einher, was das Ergebnis von Analyse A untermauert. In den übrigen untersuchten Bereichen konnten keine signifikanten Zusammenhänge nachgewiesen werden. Ob jemand seine psychotraumatologische Belastung in der IES-R sehr reduzieren konnte oder nicht, zeigte keine Zusammenhänge wie sich *Dissoziativität*, *Depressivität*, *Scham* und *allgemeinpsychopathologische Symptombelastung* im Gruppenverlauf entwickeln. Somit kommen in Analyse A und B teils unterschiedliche Ergebnisse zustande. Die unterschiedlichen Instrumente, die genutzt wurden um psychotraumatologische Belastung zu erfassen, führen somit auch hier zu abweichenden Ergebnissen, was wie bereits zuvor diskutiert, vermutlich mit der unterschiedlichen Instruktion sowie Orientierung der Symptomstruktur zusammenhängen könnte.

In **Analyse C** wurde untersucht, ob der Partnerschaftsstatus (mit und ohne Partner) Zusammenhänge dazu aufweist, wie sich *Dissoziativität*, *Depressivität*, *Scham*, *allgemeinpsychopathologische Symptome*, *Lebenszufriedenheit*, *Selbstwert* und *psychotraumatologische Belastung* im Gruppenverlauf entwickeln. Die Ergebnisse zeigten entweder keinen signifikanten Effekt oder lediglich signifikante Zeiteffekte. Demzufolge konnten zwar Veränderungen auf Symptomniveau im Gruppenverlauf nachgewiesen werden, allerdings zeigten sich diese sowohl bei Personen ohne, als auch Personen mit einer Partnerschaft. Ob jemand eine Partnerschaft führte oder Single war, erlaubte somit keinerlei Aussage darüber, wie sich Psychopathologie in den oben genannten Bereichen im Gruppenverlauf entwickelte. Kritisch muss bei der Interpretation an dieser Stelle berücksichtigt werden, dass in dieser Untersuchung qualitativ erhoben wurde, ob Partnerschaft ja/nein potenzielle Zusammenhänge zur Symptomentwicklung im Gruppenverlauf zeigte. Es wurde nicht erfasst, ob sich die Probandin durch die bestehende Partnerschaft beispielsweise unterstützt fühlt. Denkbar ist, dass eine Person zwar in einer Partnerschaft lebt, diese jedoch nicht unterstützend erlebt wird. Die Ergebnisse legen nahe,

dass es für die Symptomentwicklung gleichgültig ist, ob jemand eine Partnerschaft führt oder Single ist. Die wissenschaftliche Literatur kommt jedoch vorwiegend zum Schluss, dass eine supportive Partnerschaft Genese fördert (z.B. Fischer & Riedesser, 2003; Kilpatrick, Veronen & Bert, 1985; Walter, 2003; Weiss, Marmar, Metzler & Ronfeldt, 1995).

In **Analyse D** wurde der mögliche Zusammenhang von Kinder/keine Kinder und den abhängigen Variablen analog zu Analyse C untersucht. Wie bereits für den Partnerschaftsstatus konnte auch hier entweder kein signifikanter Effekt oder lediglich ein signifikanter Zeiteffekt nachgewiesen werden. Somit zeigte sich lediglich eine gemittelte prä-post Veränderung auf Symptomniveau bei Personen mit und ohne Kinder. Kritisch muss jedoch auch hier berücksichtigt werden, dass die unabhängige Variable Kinder lediglich qualitativ erfasst wurde. Wie bereits bei Analyse C diskutiert, erlaubt dies keine Aussage, wie sehr sich eine Probandin möglicherweise durch ihre Kinder gestützt fühlt oder welche Qualität die Beziehung hat.

Bei der Interpretation und Generalisierung der beschriebenen Ergebnisse aus Analysen A-D muss erneut die Stichprobengröße beachtet werden. In den untersuchten Vergleichsgruppen verbleiben weniger Personen, als in der Gesamtstichprobe zur Verfügung stehen. Um mögliche Therapieerfolgskriterien abzuleiten, wurden nur die Personen mit den deutlichsten Unterschieden betrachtet. Analog der Ergebnisse der T-Teste muss auch hier die Möglichkeit von Verzerrungen durch potenzielle Deckeneffekte berücksichtigt werden. Weiterhin muss bei Analyse C und D einschränkend beachtet werden, dass lediglich qualitativ erhoben wurde, ob eine Probandin Single ist oder sich in einer Partnerschaft befindet bzw. ob sie Kinder hat oder kinderlos war. Nicht analysiert werden konnte, ob sich die Teilnehmerin durch die Partnerschaft oder die Kinder unterstützt fühlt, oder wie viel Bindung und Nähe es in der Beziehung gibt. Die geschilderten Ergebnisse der Multivariaten Analysen werden in Tabelle 7.6 zusammenfassend dargestellt.

**Tabelle 7.6: Übersicht der Ergebnisse von Multivariaten Analysen A-D (Manova)**

<b>Abhängige Variablen: prä-post</b>	<b>Unabhängige Variablen</b>			
	<b>Erfolgs- und Misserfolgsgruppe Psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 (Analyse A)</b>	<b>Erfolgs- und Misserfolgsgruppe Psychotraumatologische Belastung in der IES-R (Analyse B)</b>	<b>Partnerschafts- Status: Single vs. Partnerschaft (Analyse C)</b>	<b>Kinder/keine Kinder (Analyse D)</b>
Dissoziativität (FDS)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Depressivität (BDI)	<i>Zeiteffekt:</i> Depressivität sinkt in Erfolgs- u. Misserfolgsgruppe  <i>Interaktion:</i> Erfolgsgruppe = Reduktion von schwer auf leichte depressive Symptomatik	<i>Zeiteffekt:</i> Depressivität sinkt in Erfolgs- u. Misserfolgsgruppe	<i>Zeiteffekt:</i> Depressivität sinkt bei Singles und Personen in Partnerschaft	<i>Zeiteffekt:</i> Depressivität sinkt bei Personen mit u. ohne Kinder
Scham (TOSCA)	n.s.	<i>Zeiteffekt:</i> Scham sinkt in Erfolgs- u. Misserfolgsgruppe	n.s.	n.s.
Allgemeinpsychopathologische Symptome (GSI des SCL-90)	<i>Zeiteffekt:</i> GSI sinkt in Erfolgs- u. Misserfolgsgruppe  <i>Interaktion:</i> Erfolgsgruppe = weniger allgemeinpsychopathologische Beschwerden	n.s.	n.s.	<i>Zeiteffekt:</i> GSI sinkt bei Personen mit u. ohne Kinder
Lebenszufriedenheit (FLZ)	<i>Zeiteffekt:</i> Zufriedenheit steigt in Erfolgs- u. Misserfolgsgruppe  <i>Interaktion:</i> Erfolgsgruppe = größere Lebenszufriedenheit	<i>Gruppeneffekt:</i> Zufriedenere Personen bei Beginn, sind auch am Ende zufriedener; Unzufriedene stagnieren	<i>Zeiteffekt:</i> Zufriedenheit steigt bei Singles und Personen in Partnerschaft	<i>Zeiteffekt:</i> Zufriedenheit steigt bei Personen mit u. ohne Kinder
Selbstwert (MSWS)	<i>Interaktion:</i> Erfolgsgruppe = Steigerung des Selbstwert	<i>Interaktion:</i> Erfolgsgruppe = Steigerung des Selbstwert	n.s.	n.s.
Traumasympptome (IES-R)			<i>Zeiteffekt:</i> Traumasymptome sinken bei Singles und Personen in Partnerschaft	<i>Zeiteffekt:</i> Traumasymptome sinken bei Personen mit u. ohne Kinder
Traumasympptome (PTSS-10)			<i>Zeiteffekt:</i> Traumasymptome sinken bei Singles und Personen in Partnerschaft	<i>Zeiteffekt:</i> Traumasymptome sinken bei Personen mit u. ohne Kinder

*n.s = nicht signifikant.*

*Obige Tabelle zeigt die Ergebnisse der Multivariaten Analysen A-D. Eine signifikante Interaktion zeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen der unabhängigen (X-Achse) und abhängigen Variable (Y-Achse) gibt. Ein Gruppeneffekt weist auf einen Unterschied in der abhängigen Variable hin. Ein Zeiteffekt bedeutet, dass beide Gruppen der unabhängigen Variable sich über Zeit (prä-post) verändern.*

*Erfolgsgruppe = deutliche prä-post Reduktion der psychotraumatologischen Belastung,  
Misserfolgsgruppe = deutliche Zunahme der psychotraumatologischen Belastung im prä-post Vergleich.*

### 7.2.7.3 Fragestellung I - Wer profitierte besonders von der TRG?

In einem dritten Analyseschritt wurde mit Hilfe eines **regressionsanalytischen** Untersuchungsdesigns erforscht, welche Variablen als Prädiktoren des Therapieerfolgs herangezogen werden können. Therapieerfolg wurde als die prä-post Reduktion von psychotraumatologischer Belastung, erhoben mit der IES-R, operationalisiert. Im Modell wurden die Kontrollvariablen Alter, Partnerschaftsstatus (mit und ohne Partner), Kinder (ja/nein), schon einmal ambulante Psychotherapie durchgeführt (ja/nein) und schon einmal in stationär psychiatrischer Behandlung gewesen (nie bis mehr als 10 Mal) aufgenommen. Es wurden zunächst ausschließlich Kontrollvariablen integriert, mit dem Ziel Prädiktoren um den Einfluss der Kontrollvariablen zu bereinigen. Erwartungsgemäß konnte für die Kontrollvariablen keine signifikante Vorhersageleistung auf den Behandlungserfolg, bei einer Varianzaufklärung von rund 1% errechnet werden. Als erster Prädiktor wurde die psychotraumatologische Belastung, welche mit der IES-R erfasst wurde, zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns aufgenommen. Dieser lieferte einen signifikanten zusätzlichen Beitrag der Varianzaufklärung von 27,1%. Somit konnten besonders die komplex Traumatisierten mit ausgeprägter psychotraumatologischer Belastung bei Gruppenbeginn diese im Gruppenverlauf sehr senken, was bei der untersuchten klinischen Stichprobe erstaunlich erscheint. Beck (2013) fand bei einer Level 1 Gruppe den gleichen Zusammenhang. Besonders Personen, die sehr schwer psychotraumatologisch belastet waren, konnten vom Gruppensetting sehr profitieren, was die Annahme untermauert, dass eine Gruppe für komplex Traumatisierte enormes Genesungspotenzial hat (Mendelson et al, 2011).

Die Integration des zweiten Prädiktors Dissoziativität erklärte 36% der Varianz. Umso höher die Dissoziativität bei Beginn der TRG, je niedriger fiel die prä-post Reduktion von psychotraumatologischer Belastung aus, was sich mit der überwiegenden wissenschaftlichen Literatur deckt (z.B. Mauchnik et al., 2009).

Auf der nächsten Stufe der Modellbildung wurde Zufriedenheit mit der eigenen Person eingeschlossen. Hierdurch ergab sich eine signifikante Varianzaufklärung von rund 42%. Eine größere Zufriedenheit mit der eigenen Person bei Gruppenbeginn, war mit der Tendenz einer größeren Verbesserung von psychotraumatologischen Beschwerden verknüpft. Dies kann mit einer selbsterfüllenden Prophezeiung (Watzlawick, 2002) erklärt werden. Möglicherweise haben Personen, die zufriedener bei Gruppenbeginn sind, die Annahme ihre Beschwerden günstig beeinflussen zu können, wodurch ihnen dies auch gelingt. Denkbar ist, dass sich unzufriedenere Personen durch ihre Beschwerden von einer Genesung eher „abhalten“ lassen. Allerdings muss der letztgenannte Bereich mit Vorsicht interpretiert werden, da das Signifikanzniveau knapp verfehlt wurde. Einschränkend muss ebenfalls berücksichtigt werden, dass Zufriedenheit mit der eigenen Person mit einer Subskala des FLZ erfasst wurde, die lediglich sieben Items umfasst.

Es konnte zusammenfassend eine zufriedenstellende Aufklärung von rund 42% der Gesamtvarianz des Behandlungserfolgs, operationalisiert über die prä-post Reduktion von psychotraumatologischer Belastung in der IES-R, mit Hilfe der drei oben genannten Prädiktoren ermittelt werden.

#### **7.2.7.4 Makroskopische Diskussion der Ergebnisse von Therapieerfolgskriterien**

Die Fragestellung wurde dreigliedrig mittels Extremgruppenvergleichen, Manova und Regression beforscht. Bei der makroskopischen Betrachtung der Ergebnisse fällt ein vermeintlich widersprüchliches Ergebnis für Dissoziativität auf. In den Multivariaten Analysen zeigten die Ergebnisse, dass zwischen psychotraumatologischer Belastung und Dissoziativität (FDS) kein Zusammenhang nachgewiesen werden konnte. Ob jemand seine psychotraumatologische Belastung in der IES-R oder PTSS-10 sehr reduzieren konnte oder sich diesbezüglich im Gruppenverlauf verschlechterte, zeigte keine Zusammenhänge dazu, wie sich Dissoziativität im Gruppenverlauf entwickelte. In der Regression wurde hingegen gefunden, dass ein größerer Therapieerfolg, welcher über die prä-post Reduktion von psychotraumatologischer Belastung operationalisiert wurde, mit geringer Dissoziativität bei Gruppenbeginn verknüpft war. Wie kann nun in den multivariaten Analysen gefunden werden, dass es zwischen psychotraumatologischer Belastung und Dissoziativität keinen Zusammenhang gibt und in der Regression ein negativer Zusammenhang festgestellt werden?

Bei Betrachtung der Mittelwerte in der Manova erscheint die Richtung des Zusammenhangs, vergleichbar wie in der Regression. Aufgrund der Bildung von Extremgruppen in der Manova sinkt die Teststärke im Vergleich zu einer Regressionsanalyse, in der die „echten“ Werte verwendet werden. Bedingt durch hohe Standardabweichungen in der Manova ist es schwieriger, das Signifikanzniveau zu erreichen. Die Unterschiede lassen sich durch die verschiedenen Testmethoden erklären. Beide legen jedoch bei der makroskopischen Betrachtung nahe, dass geringe Dissoziativität mit größeren Therapieerfolgen verknüpft ist, was wiederum deckungsgleich mit der überwiegenden wissenschaftlichen Literatur ist (z.B. Mauchnik et al., 2009).

### 7.2.8 Makroskopische Diskussion der Ergebnisse rund um Scham

Besonderes Forschungsinteresse galt in dieser Arbeit dem Aspekt der Scham. Historisch bedingt wurde bei der PTBS der Behandlungsschwerpunkt lange Zeit auf die, bis dahin angenommene zentrale Emotion „Angst“ ausgerichtet. Demzufolge wurde in der Therapie der PTBS eine Angstreduktion angestrebt (Foa & Meadows, 1997). In der wissenschaftlichen Literatur ist eine Debatte entfacht, ob Personen, die unter hohem Schamgefühlen leiden, von diesem Behandlungsansatz profitieren können (Harmen & Lee, 2010). Der Einfluss von Scham wird zunehmend wahrgenommen und mit der Einführung des DSM-5 wurde Scham erstmalig in den Kriterienkatalog der Posttraumatischen Belastungsstörung aufgenommen (APA, 2013). Diese Entwicklung untermauert aus Sicht der Verfasserin die Bedeutung von Scham bei der PTBS. Scham entsteht in einer komplexen Wechselwirkung, zwischen einerseits dem Impuls sich einer sozialen Situation zu entziehen, um Scham ab zu bauen und andererseits dem Wunsch Bindung aufrecht zu erhalten, was wiederum Scham auslöst. Schamauslösend sind Situationen, in denen Bewertungen und Reflektionen über unser globales Selbst nicht unseren Erwartungen entsprechen (Tagney & Tracy, 2011). Nicht zwangsläufig ein Erlebnis an sich, sondern nachfolgende Interpretationen und negative Selbstattribuierungen sind somit die eigentlichen schamauslösenden Faktoren (Lewis, 1995). Vor allem ein Attributionsstil, der negative Erfahrungen internalen, stabilen und globalen Ursachen beimisst, löst im Zuge einer Schamreaktion Minderwertigkeitsgefühle aus (Haas, 2013). Bereits 1971 schrieb Lewis, dass Scham bei komplex Traumatisierten internalisiert ist und die Person SICH als tief abstoßend und falsch erlebt. Interpersonale Gewalterfahrungen stellen eine Missachtung der persönlichen Grenzen und Rechte der Opfer dar (Lotter, 2012). In der resultierenden Schamreaktion spiegeln sich die ungleichen Machtverhältnisse zwischen Opfer und Täter wider, in welchem sich das Opfer als minderwertig empfindet (Herman, 2012). Scham und Schuldgefühle sind hierbei in einer Wechselwirkung häufig miteinander verwoben. Schuldgefühle beziehen sich eher auf eine konkrete Handlung, während die Scham eine Bewertung des globalen Selbst, in einem interpersonellen Kontext umfasst. Bewertungsmaßstab sind hauptsächlich die von der Person internalisierten Beziehungsnormen und Ideale (Schüttauf et al., 2003). Wertet sich die Person aufgrund dieser Ideale als minderwertig, wird eine Schamreaktion ausgelöst (Lewis, 1987b). Eine erwartete negative Bewertung des sozialen Umfeldes auf den Autonomieverlust des Opfers, wird in der traumatischen Situation als Selbstabwertung und Geringschätzung wahrgenommen und löst wiederum Schamgefühle aus (Strassberg, 2004). Eine überbordende schamhafte Reaktion aufgrund des traumatischen Erlebnisses scheint hierbei Bedingung der anschließenden schuldhaften Verarbeitung des Geschehenen zu sein. Der Fokus, auf die mit einer komplexen PTBS einhergehenden Schamgefühle, erscheint aus Sicht der Verfasserin daher plausibel indiziert.

Zur Erfassung von Scham wurde in dieser Arbeit der Test of Self Conscious Affect (TOSCA) von Tangney et al. (2000) herangezogen.

Im empirischen Teil wurde zunächst der zentrale konzeptionelle Bestandteil der TRG, die **Zielearbeit** im Hinblick auf Scham untersucht. Es wurde analysiert, ob sich ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Scham bei Gruppenbeginn und der prä-post

Zielerreichung ableiten ließ. Es wurden Extremgruppen betrachtet, bestehend aus Personen mit deutlicher Zielerreichung (Erfolgsgruppe: Zielerreichung  $\geq$  30 Prozentpunkte) und Personen, die sich ihrem Ziel nicht oder kaum nähern konnten (Misserfolgsgruppe: Zielerreichung  $\leq$  5 Prozentpunkte). In den Resultaten ließ sich kein Zusammenhang zwischen dem Schamniveau bei Gruppenbeginn und der Zielerreichung nachweisen. Ob Teilnehmerinnen sich bei Gruppenbeginn sehr schämen oder vergleichsweise eine geringe Schamneigung vorweisen, ließ somit keine Rückschlüsse zu, in welchem Ausmaß das Ziel im Gruppenverlauf erreicht wurde. In der überwiegenden wissenschaftlichen Literatur ist ausgeprägte Scham, verknüpft mit geringerem Therapieerfolg (z.B. Ehlers et al., 1998a; Øktedalen et al., 2015; Owens et al., 2008), was in dieser Analyse nicht bestätigt werden konnte.

Potenzielle individuelle Wirkfaktoren auf Therapieerfolg versus Misserfolg, wurden durch eine *qualitative Analyse zweier Extremgruppen Einzelfälle* untersucht. Hierfür wurde ein semi-strukturiertes Interview entworfen und ein Erfolgsfall (Frau W.), der das formulierte Ziel im Gruppenverlauf sehr klar erreichen konnte (+50%), mit einem Misserfolgsfall (Frau H.) verglichen, dem keine günstige Zielannäherung (-10 %) gelang.

Für Scham ergaben die durchgeführten Interviews, dass der Erfolgsfall Scham seit ihrer Gruppenteilnahme bewusster wahrnehme. Vor der TRG habe sie sich nicht mit diesem Gefühl auseinander gesetzt. Auf der Verhaltensebene fühle sie sich hierdurch etwas gehemmter, wobei Schamgefühle insgesamt subjektiv leicht abgenommen hätten. Sie machte im Interview diesbezüglich folgende Aussage: „Scham ist mir bewusster geworden. Ich nehme die Scham mehr wahr. Die war vorher gedeckelt, mir ist das etwas klarer geworden. Ich fühle mich insgesamt etwas gehemmter. Ich hatte ehrlich gesagt ganz schön Angst, dass die Anderen schlecht über mich denken und mich blöd finden.“ Folglich nehme sie ihre Scham nun insgesamt bewertet mehr wahr. Frau W. beschreibt hier in ihren eigenen Worten sehr anschaulich, was in Fachkreisen unter *Problemaktualisierung* verstanden wird (Grawe et al., 1994) und einer der therapieunspezifischen Wirkfaktoren ist. Das Ausmaß der Beeinträchtigung durch Scham habe während der Gruppenlaufzeit stark geschwankt, in Abhängigkeit davon, ob sie beispielsweise Zielearbeitszeit für sich in Anspruch genommen habe oder nicht. Wolf und Bering (2016) beschreiben die exzessive Rumination über den eigenen Zustand und dessen Folgen, insbesondere über eine potenzielle negative Beurteilung durch andere und das durch Angst vor Stigmatisierung ausgelöste Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten, welches zudem dazu dient, die schamhafte Beschäftigung mit traumabezogenen Inhalten zu beenden, als zwei Hauptfaktoren der Aufrechterhaltung einer PTBS. Korrespondierend hierzu, gab der Erfolgsfall im Interview eine ausgeprägte Sorge vor potenzieller negativer Beurteilung durch Andere („Ich hatte [...] Angst, dass die Anderen schlecht über mich denken und mich blöd finden“) einhergehend mit Schamgefühlen an. Daneben berichtete sie von ihrem subjektiven Eindruck, sich durch die TRG verschiedenen herausfordernden Situationen gestellt zu haben, wodurch es möglicherweise zu der Entwicklung hinsichtlich ihres Schamgefühls gekommen sei. Ferner äußerte sie im Interview, dass es ihr sehr geholfen habe, dass „andere die gleichen Probleme haben [...] und die auch mitten im Leben stehen.“ Ihre Beeinträchtigung durch Scham erlebe der Erfolgsfall unterschiedlich in Abhängigkeit des Geschlechtes ihres Interaktionspartners. So äußerte sie im

Interview: „Bei Männern habe ich ein größeres Problem, nicht bei allen Männern. Mit Frauen habe ich das zwar auch aber weniger.“ Eine Prozentuale Beeinträchtigung durch Scham an zu geben, fiel ihr schwer. Der Erfolgsfall schätzte ihre Beeinträchtigung durch Scham in zwischenmenschlichen Beziehungen auf etwa 60-70% vor der TRG und ca. 50% nach der TRG ein, was konform mit der aktuellen wissenschaftlichen Literatur ist, in der der Impact von Scham, bei Komplextraumatisierten hervorgehoben wird. So wird in der Literatur beschrieben, dass posttraumatische Schamgefühle aufgrund interpersoneller Traumatisierungen häufiger zu einer Chronifizierung ebendieser führen (Kubany & Watson, 2003), da die Betroffenen ausgelöst durch die Verletzung der eigenen kulturellen Normen einem höheren Stresslevel ausgesetzt sind und in der Regel mit unumkehrbaren Nachwirkungen konfrontiert werden (Wilson & Lindy, 1994).

Auffällig erscheint, dass der Erfolgsfall in ihrer subjektiven Einschätzung einer Beeinträchtigung durch Scham, eine leichte Verbesserung angab, die sich allerdings nicht in der punktdiagnostischen Messung abbildete. Im TOSCA hatte der Erfolgsfall prä: 64 und post: 68 Punkte, was einen leichten Anstieg von Scham suggeriert. Hier divergieren die statistisch abgesicherten Forschungsergebnisse der quantitativen Methode, mit den klinischen Daten und untermauert, was Tschuschke & Czogalik (1990) konstatieren, dass nur differenzierte Einzelfallstudien Aufschluss über das komplexe Gefüge von Wirkmechanismen geben können, die für Therapieergebnisse determinierend sind.

Ein Rückzug aus sozialen Situationen aufgrund von Scham, liege für den Erfolgsfall vor der TRG in 40% der Situationen und nur noch in 25% der Situationen, am Ende der Gruppenlaufzeit vor. Allerdings unterliege auch dies starken Schwankungen. Die Entwicklung ihrer Beeinträchtigung durch Scham kommentierte der Erfolgsfall folgendermaßen: „Mir hat geholfen, mich groß zu machen, wenn ich den Arbeitskollegen gesehen habe und daran zu denken, dass ich Blickkontakt halten sollte.“ Auf die Frage, ob dies ursächlich für weniger Schamgefühle sei, antwortete der Erfolgsfall: „Weiß ich nicht genau, vielleicht ist es vor allem, dass ich gesehen habe, dass Andere auch Schwierigkeiten mit Männern haben. Ich weiß es nicht.“ Offensichtlich bringt der Erfolgsfall eine Veränderung von Scham, in Verbindung mit den von Yalom (1995; 2003) geprägten Begrifflichkeiten *Universalität des Leidens* und *Gruppenkohäsion*. Ihr gelang durch das *Mitteilen* von Teilen ihrer Traumageschichte eine *korrigierende Erfahrung*, welches ebenfalls, die von Yalom beschriebenen Wirkfaktoren beinhaltet. Wie bereits Wilson et al. (2006) feststellten, erscheint bei der komplexen PTBS die Möglichkeit in einem geschützten Rahmen Schamgefühle offen auszusprechen, zu normalisieren und zu limitieren von besonderer Wichtigkeit, da die Betroffenen damit Kontrolle über ihr Handeln zurückgewinnen (Stone, 1992).

Frau H. hingegen, der keine günstige Zielannäherung gelang, äußerte im Interview durch das Gruppengefüge ihre Schwelle „überhaupt mal wieder zu reden“ etwas überwunden zu haben. Diese Entwicklung führe sie sowohl auf ihre Gruppenteilnahme aber auch ihre ambulante Psychotherapie zurück. Interessanterweise gab Frau H. an, deutlich weniger durch Schamgefühle im Alltag beeinträchtigt zu sein, als durch Ängste. Die Beeinträchtigung durch Scham in zwischenmenschlichen Interaktionen wurde zum Zeitpunkt des Interviews, auf nur 5% geschätzt. Allerdings ziehe sich der Misserfolgsfall nach der Gruppe wieder so sehr

zurück, dass sie potenziell schambesetzten Situationen kaum ausgesetzt sei. Korrespondierend zu der wissenschaftlichen Literatur, wird somit beim Misserfolgsfall durch die Aufrechterhaltung von Vermeidung, die weitere Verarbeitung des traumatischen Geschehens erschwert (Brewin, Dalgeish & Joseph, 1996). Aufgrund von Schamgefühlen neige der Misserfolgsfall zum Zeitpunkt des Interviews, in 20-30% der interpersonellen Beziehungen zu Rückzug. Sie gab folgenden Kommentar, der beeindruckend das Ausmaß der erlebten Scham wiedergibt: „Ich will nicht, dass irgendwer oder meine Freunde meine Krankheit sehen. Darum habe ich absichtlich alle Kontakte unterbrochen. Ich schäme mich, dass meine Krankheit mich so beherrscht.“ Passend zu der Aussage des Misserfolgsfalls, wird in der Literatur beschrieben, dass bestimmte Inhalte oder Selbstanteile als unannehmbar stigmatisiert werden (Wurmser, 2007). Folge dessen, ist die Sehnsucht dem überbordenden Schamgefühl durch Selbstauflösung zu entfliehen, einhergehend mit einer Vielzahl maladaptiver Abwehrmechanismen, einem erhöhten Suizidrisiko sowie einer erhöhten Fragilität für die Entwicklung psychischer Störungen (Wilson et al., 2006). Beide Einzelfälle schilderten eine Vorgeschichte mit Suizidgedanken, beim Misserfolgsfall sogar multiple Suizidversuche, einhergehend mit geschlossenen psychiatrischer Unterbringung, was den Impact von Scham im Kontext der komplexen PTBS verdeutlicht.

Im **hypothesenprüfenden Teil** wurde getestet, ob Scham im Gruppenverlauf abnimmt. Dies wurde mittels T-Testen für gepaarte Stichproben analysiert. Die Analyse zeigte mit einem marginal signifikanten Ergebnis von  $p=.074$ , die Tendenz der erwarteten Reduktion von Scham im Gruppenverlauf. Es konnte ein kleiner Effekt ( $d=.24$ ) nachgewiesen werden, wobei das Signifikanzniveau knapp verfehlt wurde. Dies legt nahe, dass es mit der TRG gelingt, den von Wilson et al. (2006) geforderten geschützten Rahmen zu kreieren, um Schamgefühle offen auszusprechen und zu normalisieren.

Daneben wurden potenzielle **Therapieerfolgskriterien** explorativ, quantitativ beforscht. In Bezug auf Scham wurde geprüft, ob das Schamniveau bei Gruppenbeginn einen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg, operationalisiert über die prä-post Reduktion von depressiver sowie psychotraumatologischer Belastung zeigte. In den durchgeführten *Extremgruppenvergleichen* konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Scham bei Gruppenbeginn und dem Therapieerfolg nachgewiesen werden. Personen mit ausgeprägter Scham bei Gruppenbeginn konnten ebenso von der TRG profitieren, wie Personen, die lediglich vergleichsweise geringe Scham bei Gruppenbeginn vorwiesen.

Weiterhin wurde mit *Multivariaten Varianzanalysen* geprüft, ob Personen denen eine deutliche Reduktion der psychotraumatologischen Belastung im Gruppenverlauf gelang, ebenfalls Scham im prä-post Vergleich günstig beeinflussen konnten. Auch wurde mit Manovas analysiert, ob der Partnerschaftsstatus bzw. Kinder im Zusammenhang dazu steht, wie sich Scham im Gruppenverlauf entwickelte. Die Analysen konnten keine signifikanten Zusammenhänge aus den untersuchten Variablen ableiten. Ob Personen ihre psychotraumatologische Belastung in beiden Traumaskalen prä-post sehr reduzieren konnten oder im Gruppenverlauf eine Zunahme der psychotraumatologischen Belastung angaben, lieferte keine Hinweise darauf, wie sich Scham im Gruppenverlauf entwickelte. Allerdings konnte in einer Traumaskala, der IES-R, ein signifikanter Zeiteffekt nachgewiesen werden.

Dieser deutet darauf hin, dass die gemittelte Scham sank, sowohl bei Personen die ihre psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf sehr senken konnten (Erfolgsgruppe), aber auch bei der Misserfolgsgruppe, bei der es zu einem Anstieg der Psychotraumabelastung kam. Ob jemand Kinder hatte oder kinderlos war beziehungsweise ob eine Partnerschaft geführt wurde oder die Probandin Single war, ließ keine Rückschlüsse zu, wie sich Scham im Gruppenverlauf entwickelte. Kritisch muss berücksichtigt werden, dass Partnerschaftsstatus und Kinder lediglich qualitativ erfasst wurden und in diesem Design keine Aussagen möglich sind, in wie fern die Beziehung zum Partner oder dem/den Kinder(n) als stützend erlebt wurde.

In die *Regressionsanalyse* wurde Scham nicht aufgenommen, da hierdurch keine signifikante Vorhersageleistung im Modell erreicht wurde. Scham bei Gruppenbeginn sagte somit nicht voraus, wie sich Therapieerfolg entwickelt.

In der überwiegenden wissenschaftlichen Literatur ist hohe Scham verknüpft mit geringerem Therapieerfolg (z.B. Ehlers et al., 1998a; Øktedalen et al., 2015; Owens et al., 2008). In einem Review von Stiles (1995) werden Studien beschrieben, die ein starkes „sich öffnen“ von Seiten der Patienten, mit einem günstigen Therapieergebnis in Verbindung bringen. Macdonald und Morley (2001) konnten zeigen, dass ein „sich öffnen“ häufig durch hohe Schamneigung verhindert wird. Dieser Zusammenhang konnte durch die hier gefundenen Ergebnisse nicht gestützt werden. Der Therapieerfolg zeigte sich unabhängig davon, wie ausgeprägt Scham bei Gruppenbeginn war.

Bei der weiteren *Interpretation und Generalisierung* der Ergebnisse für Scham, muss die verfügbare Stichprobengröße berücksichtigt werden. Da der TOSCA im Studienverlauf ergänzt wurde, stand eine Stichprobe von N=21 Personen für eine prä-post Auswertung zur Verfügung. Bei kleinen Stichproben ist es schwieriger signifikante Ergebnisse nachzuweisen, da die Testpower reduziert ist. Aufgrund des nun bereits marginal signifikanten Ergebnisses im prä-post Vergleich, wird eine signifikante Reduktion von Scham bei einer größeren Stichprobe erwartet. Im klinischen Eindruck erscheint eine Veränderung von Scham, lediglich weil Zeit vergangen ist höchst unwahrscheinlich, kann jedoch statistisch nicht ausgeschlossen werden. Die gefundene tendenzielle Reduktion von Scham bei einer Gruppenlaufzeit von lediglich 18 Wochen erscheint höchst bemerkenswert. Wie unter 7.2.1 beschrieben, leidet die Zielgruppe der TRG unter höchster psychopathologischer Belastung. Scham zeigt sich im einzelpsychotherapeutischen Setting zumeist recht therapieresistent. In der vorliegenden Untersuchung konnte trotz vergleichsweise kurzer Gruppenlaufzeit, eine annähernd signifikante Reduktion von Scham, bei einer kleinen Stichprobe nachgewiesen werden. Dies unterstreicht den Ansatz des Originalkonzeptes von Mendelson et al. (2011), dass im interpersonellen Bereich bedeutendes Genesungspotenzial für komplex Traumatisierte besteht.

Insgesamt betrachtet, konnte somit in punktdiagnostischen Verfahren kein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Scham bei Therapiebeginn und dem Therapieergebnis gefunden werden. Im klinischen Eindruck besteht untermauert von den Einzelfall Kasuistiken, ein deutlicher Zusammenhang einer erschwerten Verarbeitung des traumatischen Geschehens, bei

einer Aufrechterhaltung von schambedingter Vermeidung. Auch Ehlers et al. (1998a) kommen zu dem Schluss, dass Schamgefühle den Behandlungsverlauf determinieren können und Owens et al. (2008) fanden, dass nebst Angstgefühlen, schambezogene Kognitionen vor einer Behandlung, das Ausmaß von traumaspezifischen Beschwerden nach einer Behandlung voraussagen.

Zusammenfassend schließt sich die Verfasserin Wolf und Bering (2016) an, die Scham- und Schuldgefühle als maßgebliches Hindernis für eine adäquate und ressourcenorientierte Aufarbeitung des traumatischen Erlebens und somit der Behandlung der PTBS Symptome werten. Die statistisch abgesicherten Ergebnisse divergieren allerdings mit dem klinischen Eindruck, gestützt durch die Einzelfallkasuistiken. Die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen Schamgefühle offen auszusprechen, erscheint der Verfasserin von besonderer Wichtigkeit (Wilson et al., 2006), da die Betroffenen damit Kontrolle über ihr Handeln zurückgewinnen (Stone, 1992). Dieser Rahmen wird durch die Trauma Genesungsgruppe geboten. Da auf interpersonale Traumatisierungen häufig Beziehungsbrüche (Muller, Sicoli & Lemieux, 2000) und Schwierigkeiten sich zu binden (Gold, Sinclair & Bulge, 1999) folgen und Schamgefühle durch ihre Begleitsymptome maßgeblich zu diesen interpersonellen Komplikationen beitragen (Wolf & Bering, 2016), erscheint eine therapeutische Bearbeitung destruktiver Scham, infolge einer KPTBS zudem maßgeblich für langfristige Behandlungserfolge. Hieraus abgeleitet ist die Bearbeitung von Schamgefühlen aus Sicht der Verfasserin, ein elementarer therapeutischer Ansatzpunkt einer zeitgemäßen Traumabehandlung.

### 7.3 Zusammenfassung

Die Implementierung sowie Evaluation der Traumagenesungsgruppe - einem Gruppenkonzept für Komplextraumapatientinnen, welches traumakonfrontative Elemente integriert und angelehnt an das Originalkonzept von Mendelson et al. (2011) unter engmaschiger Supervision von J. L. Herman sowie E. Schatzow, zwei der Begründerinnen im deutschen Sprachraum, adaptiert wurde, steht im Mittelpunkt dieser Arbeit.

Im **theoretischen Teil** wurde das Störungsbild der komplexen PTBS in Abgrenzung zur konventionellen PTBS mit besonderem Fokus auf den Bereich Scham dargestellt. Hierbei wurde deutlich, dass zwar die Diagnose der KPTBS bisher in den gängigen Diagnostiksystemen keinen Einzug gefunden hat, jedoch im klinischen Alltag ein deutlicher Unterschied zwischen einfachen Typ I und multiplen Typ II Traumatisierungen (Terr, 1995) besteht. Der vorwiegend von Herman (1992) geprägte Begriff der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung beschreibt ein weitreichenderes Symptomenspektrum und bietet gleichzeitig die Möglichkeit mehrere, sonst als comorbid beschriebene Beschwerdebilder, unter einem Syndromkomplex zusammen zu fassen. Es besteht ein weitgehender Konsens darüber, dass in der Behandlung von komplex Traumatisierten verschiedene, aufeinander aufbauende Behandlungsschwerpunkte Berücksichtigung finden sollen. DeGPT, AWMF und die S3 Leitlinien schlagen die Reihenfolge Stabilisierung, Traumabearbeitung und Reintegration vor (Flatten et al., 2011). Herman (1997) beschreibt in ihrem auf Level basierten Behandlungsansatz exakt dieses Vorgehen. Sie geht jedoch noch einen Schritt weiter, indem sie konstatiert, dass für komplex Traumatisierte enormes Genesungspotenzial im interpersonellen Bereich liege. Durch uns wurde der optimale Behandlungsansatz aufgegriffen, nämlich nach hinreichender stabilisierender Arbeit (Level 1) dem darauf folgenden Genesungslevel entsprechend traumakonfrontativ zu arbeiten (Level 2). Während sich gruppenpsychotherapeutische Konzepte, die überwiegend auf Stabilisierung ausgerichtete sind, nach Herman sog. Level 1 Gruppen, mittlerweile in Kliniken fest etabliert haben, gelingt uns im NNP durch die TRG eine zeitnahe Versorgung von Patientinnen, die sich bereits im zweiten Genesungslevel befinden. Vor dem Hintergrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen stellen wir in der klinischen Praxis fest, dass die Versorgung von komplex Traumatisierten durch Gruppen zukunftsweisend ist und als höchst ökonomisches Setting vermutlich weiter an Bedeutung gewinnen wird. Heinzl (2010) berechnete eine Gesamt-Kosten-Relation von 1:13 Einzel- vs. Gruppentherapie. Die Veränderung der Abrechnung von Gruppenbehandlungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland in den letzten Jahren ist ein erster Schritt in diese Richtung, obwohl ambulante Gruppentherapien im Vergleich zum Einzelsetting im ambulanten Sektor noch immer weniger etabliert sind (Freyberger, 2007; Strauß, 2008). Der Implementierungsprozess der Traumagenesungsgruppe im deutschen Sprachraum wurde geschildert und anhand eines Fallbeispiels wurden die Besonderheiten dieses Level 2 Gruppenkonzeptes, mit dem zentralen Element, der Zielearbeit dargelegt.

Im **empirischen Teil** dieser Arbeit wurde die Zielearbeit als zentraler konzeptioneller Bestandteil der TRG beforscht, mit anschließender qualitativer Untersuchung zweier Extremgruppen Einzelfälle, um mögliche individuelle Wirkfaktoren zu identifizieren.

Daneben wurde eine Evaluation der TRG im Hinblick auf die günstige Beeinflussung von psychotraumatologischer Belastung (Hypothese I) bzw. traumaassoziierter Funktionsbereiche (Hypothese II) durchgeführt. Weiterhin wurde beforscht, wer besonders von der TRG profitierte und versucht, hieraus Therapieerfolgskriterien zu definieren. Bering (2011, S. 372) betont: „Erst wenn ein Resultat nach mindestens zwei unterschiedlichen Methodentypen bestätigt ist, wenn Ergebnisse also ›konvergieren‹, kann von einer sicheren Basis gesprochen werden.“ Hieraus abgeleitet erfolgte methodisch eine Triangulation aus qualitativem Datenmaterial zur Zielerreichung, Einzelfällen und der psychometrischen Datenbasis. Die wesentlichen Ergebnisse des empirischen Teils werden nun zusammengefasst.

Besonderes Forschungsinteresse galt in dieser Arbeit der **Zielearbeit**, da dies ein essenzieller Bestandteil des Gruppenkonzeptes ist. Angelehnt an das Originalkonzept (Mendelson et al., 2011) wurden alle Ziele in sogenannte in-group goals, Ziele an denen vorwiegend in den Gruppensitzungen gearbeitet wurde, und Ziele die vorwiegend zwischen den Gruppensitzungen bearbeitet wurden, sogenannte out-of-group goals, unterteilt. Die Begründerinnen empfehlen eine 50:50 Verteilung beider Zielkategorien, um eine möglichst genesungsfördernde Dynamik kreieren zu können. Diese beiden übergeordneten Kategorien wurden von der Verfasserin weiter differenziert in logisch zusammenhängende Subkategorien. Kritisch muss angemerkt werden, dass eine Erhebung der Ziele bzw. der subjektiven Zielerreichung bei lediglich der Hälfte aller TRG Teilnehmerinnen geglückt ist.

Rund 43% äußerten ein Ziel, an dem vorwiegend innerhalb der Gruppensitzungen gearbeitet wurde. Hiervon formulierte rund 26% ein Ziel, dass der Subkategorie Kontakt mit der Gruppe verbessern zugeordnet wurde. Daneben verbalisierten rund 15% ein Ziel, im Hinblick auf den Wunsch ihre Eigen- und Fremdwahrnehmung zu verbessern. Eine Teilnehmerin formulierte das Ziel, ein Ziel zu finden, an dem sie in der TRG arbeiten möchte, welches einer Restkategorie zugeordnet wurde (rund 2%).

57% der TRG Teilnehmerinnen äußerte hingegen ein Ziel, welches vorwiegend außerhalb der Gruppensitzungen bearbeitet wurde. Diese Ziele wurden den Subkategorien Rückzug abbauen (21%), in Bezug zur Partnerschaft (11%) und mit Bezug zur Familie (11%) zugeordnet. Ein kleinerer Anteil erarbeitete Ziele, die auf die Bereiche Arbeit (rund 4%) oder Freundeskreis (rund 2%) Bezug nahmen. Vier Personen formulierten Ziele, die vorwiegend außerhalb der Gruppensitzungen bearbeitet wurden, jedoch keiner Subkategorie zugeordnet werden konnten (9%).

Rund um die Zielearbeit wurde daneben untersucht, *wie stark Teilnehmerinnen durchschnittlich ihrem definierten Ziel im Gruppenverlauf näher kamen*. Die Zielerhebung erfolgte erstmalig in Sitzung neun (prä), am Ende der Gruppenlaufzeit (Sitzung 16, post) und sechs Monate nach Abschluss zur Katamnese (kat), welche telefonisch erfolgte.

Im *prä-post* Vergleich gaben rund 76% aller Teilnehmerinnen an, ihrem Ziel im Gruppenverlauf näher gekommen zu sein. Allerdings war mit rund 22% auch ein hoher Anteil der Meinung, stagniert zu sein. Lediglich 2% äußerte eine negative Entwicklung, indem sie sich im Gruppenverlauf von ihrem Ziel entfernten.

Im *post-kat* Vergleich gab mit rund 62% der überwiegende Teil an, noch über die Gruppensitzungen hinaus profitiert zu haben, indem eine günstige Zielannäherung auch ohne

Teilnahme an der Gruppe erreicht wurde. Rund 26% sei stagniert und rund 12% habe sich verschlechtert.

Ein beeindruckendes Ergebnis konnte zwischen der *Präerhebung und Katamnese* gefunden werden. 81% aller Teilnehmerinnen gaben eine günstige Zielannäherung an. Lediglich rund 7% äußerten, eine Zielannäherung verfehlt zu haben und rund 12 % gaben an, stagniert zu sein. Besonders imponierte, dass rund 55% berichteten, ihrem Ziel 10-45 Prozentpunkte näher gekommen zu sein und rund 26% gaben an, ihrem Ziel 50-80 Prozentpunkte näher gekommen zu sein.

*Kritisch* muss berücksichtigt werden, dass die Ergebnisse vermutlich in die positive Richtung verfälscht wurden, da alle Drop-outs in diese Auswertung nicht eingeschlossen werden konnten und da die Katamnese telefonisch erfolgte, wodurch sozial erwünschte Antworttendenzen denkbar sind.

Ferner wurde der potenzielle Zusammenhang zwischen *dem Symptommiveau bei Gruppenbeginn, mit der Zielerreichung* untersucht. Schlussfolgernde Aussagen wurden aus zwei Extremgruppen mit den deutlichsten Unterschieden abgeleitet. Die Erfolgsgruppe konnte ihr Ziel im prä-post Vergleich sehr stark erreichen (Zielannäherung um  $\geq 30$  Prozentpunkte) und wurde mit einer Misserfolgsgruppe verglichen, die ihr Ziel nicht bzw. kaum erreichen konnten ( $\leq 5$  Prozentpunkte). Lediglich in einem der untersuchten Bereiche ließ sich ein signifikantes Ergebnis nachweisen. Personen, die bei Beginn der TRG eine ausgeprägte Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit aufwiesen, konnten ihr Ziel sehr stark erreichen. Personen, die vergleichsweise wenig zufrieden mit ihrer Gesundheit bei Gruppenbeginn waren, gelang entweder keine Zielannäherung oder nur in sehr geringem Ausmaß.

Es wurde ein **semi-strukturiertes Interview** entworfen, mit der Zielsetzung qualitativ bei zwei Extremgruppen Einzelfällen zu beforschen, durch welche Faktoren oder Beziehungskonstellationen [Psychotherapieerfolg versus Misserfolg] bewirkt oder erleichtert“ wird (Fäh & Fischer, 1998, S. 175). Der Therapieerfolg wurde als Maß der Zielerreichung operationalisiert. Aus der zuletzt abgeschlossenen TRG im Oktober 2016 wurden die beiden Fälle, mit dem besten und schlechtesten Ergebnis hinsichtlich der Zielerreichung ausgewählt, telefonisch kontaktiert und zum Interview eingeladen. Angelehnt an den katamnestischen Erhebungsbogen (KÖDOKAT) im Kölner Dokumentations- und Planungssystem für dialektische Psychotherapie, Psychoanalyse und Traumabehandlung (KÖDOPS) sowie die Erfolgs- und Misserfolgsskripte Forschung von Köhler und Bering (2012) wurde versucht, mögliche Parameter zu identifizieren, welche die Verschiedenheit von Therapieverläufen bestimmen. Neben möglichen Unterschieden in der (1) Zielformulierung, (2) Personenvariablen, der (3) Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, dem (4) Symptommiveau sowie der (5) Lebensgeschichte, wurden in den Interviews Informationen, im Hinblick auf (6) Scham, potenziellen (7) Erfolgs- und Misserfolgsskripten sowie eine Erhebung der subjektiven Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis (8) betrachtet. Unter Einbezug von **zwei Einzelfallkasuistiken** konnte gezeigt werden, dass positive und negative TRG Verläufe voneinander divergieren.

(1) *Zielformulierung*: Der Erfolgsfall formulierte ein out-of-group goal. In Bezug zum Arbeitsplatz wollte sie mit Hilfe der TRG lernen, einen bestimmten männlichen Arbeitskollegen selbstbewusst an zu sprechen. Sie konnte sich diesem Ziel im prä-post

Vergleich um +50% nähern und über die Gruppenlaufzeit hinaus eine weitere Zielannäherung von insgesamt 85% zum Interviewzeitpunkt vorantreiben. Der Misserfolgsfall formulierte das in-group goal, ihre Kommunikation mit anderem Menschen verbessern zu wollen, indem sie in der TRG Gruppe Blickkontakt hält und versucht über beispielsweise Fragen, aktiv zum Gruppengeschehen beizutragen. Dies wurde der Subkategorie Kontakt zur Gruppe verbessern zugeordnet. Der Misserfolgsfall gab eine negative Zielannäherung von zunächst 20% in der neunten Sitzung, auf nur noch 10% bei Gruppenende und einer Stagnation von 10% zum Zeitpunkt des Interviews an. Laut den Begründerinnen (Mendelson et al. 2011) können out-of-group goals etwas leichter geplant, definiert und darüber berichtet werden als in-group goals. Im klinischen Eindruck erscheinen Teilnehmerinnen, die in-group goals formulieren, im Vergleich zu Teilnehmerinnen, die out-of-group goals formulieren, zum Teil etwas fragiler, kämpfen etwas stärker mit sozialer Isolation sowie Affekttoleranz und wirken insgesamt bewertet auf einem eher basalen Level der Genesung, was durch die untersuchten Einzelfälle gestützt werden konnte.

(2) *Personenvariablen*: Die beiden Extremgruppen Einzelfälle berichteten eine Stabilität hinsichtlich ihrer Personenvariablen während und nach der TRG mit einer Ausnahme. Der Partner des Erfolgsfalls trennte sich kurz vor Abschluss der Gruppenlaufzeit. Diese Trennung habe laut dem Erfolgsfall zwar zu einer teilweise Verschlechterung auf Symptomebene geführt, die in quantitativen Messinstrumenten abgebildet wurde, jedoch gab sie zum Zeitpunkt des Interviews an, die Trennung retrospektiv beurteilt als genesungsfördernd einzuschätzen. Für den Misserfolgsfall fiel auf, dass sie nach Gruppenabschluss erneut sehr sozial isoliert lebte, während der Erfolgsfall multiple Kontakte aufrechterhielt. Die wissenschaftliche Literatur kommt vorwiegend zum Schluss, dass eine supportive Partnerschaft sowie Unterstützung durch das soziale Umfeld Genese fördert, was in den Extremgruppen Einzelfälle bestätigt werden konnte.

(3) *Inanspruchnahme des Gesundheitssystems*: Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erscheint durch den Erfolgsfall im Vorfeld der TRG geringer verglichen mit dem Misserfolgsfall. Wie aus der Literatur bekannt, sagt eine höhere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zumeist Folgebehandlungen voraus. Dies konnte in den Einzelfällen bestätigt werden, da der Misserfolgsfall eine erneute stationäre Trauma Rehabilitation nach der TRG anstrebt, während der Erfolgsfall lediglich ambulant in Behandlung ist und eine Planung von stationären Anschlussbehandlungen im Interview negierte.

(4) *Symptomniveau*: Beide Einzelfälle zeigten weitgehend vergleichbare Symptomlevel zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns. Lediglich ein Unterschied im Hinblick auf Dissoziationsneigung war feststellbar. So wies der Erfolgsfall eine klinisch geringere Dissoziationsneigung zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns auf als der Misserfolgsfall.

(5) *Lebensgeschichte*: Beide Extremgruppen Einzelfälle haben eine Kombination aus traumatischen Ereignissen in Kindheit und Erwachsenenalter erlebt. Die Traumaerlebnisse erschienen im klinischen Eindruck ähnlich, wobei der Misserfolgsfall über eine zusätzliche Vernachlässigung/emotionalen Missbrauch klagte und der Erfolgsfall dies nicht erleben musste. Vermutlich durch eine deutlich wahrnehmbare Dissoziationsneigung beim Misserfolgsfall, entstand während der Gruppenlaufzeit der klinische Eindruck, dass ihre Traumatisierung tiefgreifender sei als die des Erfolgsfalls. Korrelierend hierzu zeigte der Misserfolgsfall, wie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben höhere Werte im FDS und

PDEQ. In der Literatur ist Vernachlässigung in der Kindheit einer der stärksten Prädiktoren für dissoziative Symptomatik. Ausgeprägte dissoziative Symptomatik ist wiederum mit schlechteren Therapieergebnissen verknüpft, was in den beiden Extremgruppen Kasuistiken bestätigt werden konnte.

(6) *Scham*: Das Ergebnis der beiden untersuchten Extremgruppen Einzelfälle für Scham wird auf Seite 226 zusammengefasst.

(7) *Erfolgs- und Misserfolgsskripte*: Köhler und Bering (2012) schlagen fünf Erfolgsskripte (Ressourcenaktivierung, Aufarbeitung von „Altlasten“, Zukunftsorientierung, nachhaltige positive Beziehung zum Therapeuten, Unterstützung durch das soziale Umfeld) und sechs Misserfolgsskripte (mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld, Unterbrechung des Heilungsprozess, geringe Anerkennung durch Funktionsträger, Wunsch nach Berentung, Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen) als Einflussfaktoren einer Traumatherapie vor, die in dieser Arbeit top-down als mögliche Einflussgrößen der TRG Verläufe untersucht wurden. Top-down bedeutet, dass die Extremgruppen Einzelfälle auf die in der Literatur bekannten Skripte hin geprüft wurden. Dies ergab für den Erfolgsfall, dass alle fünf Erfolgsskripte gegeben sind. Sie beschrieb ihren Beruf als Verstärker, ihr gelang in der Gruppenlaufzeit eine erste Verarbeitung von Trauma Erinnerungen, sie kann positive Ereignisse der Zukunft benennen, erlebt sich als aktives Mitglied einer gegründeten WhatsApp Gruppe von ehemaligen TRG Teilnehmerinnen und beschreibt ihr soziales Netz als hinreichend unterstützend. Daneben konnte nur eines der insgesamt sechs Misserfolgsskripte beim Erfolgsfall gefunden werden. So berichtete sie zum Zeitpunkt des Interviews, im Sinne einer Unterbrechung des Heilungsprozess, auf den Beginn einer ambulanten Psychotherapie zu warten.

Im Gegensatz dazu konnten für den Misserfallsfall lediglich ein Erfolgsskript, die Unterstützung durch das soziale Umfeld, bestätigt werden. Sie gab an, regelmäßig durch ihren Partner unterstützt zu werden, dies als ausreichend zu empfinden und nicht mehr Unterstützung zu wünschen. Die übrigen Erfolgsskripte konnten für den Misserfallsfall nicht bestätigt werden. Erlernete Techniken, wie beispielsweise Blickkontakt zu Gesprächspartnern zu halten, wurden von ihr über die Gruppenlaufzeit hinaus nicht fortgesetzt. Sie äußerte im Interview ihren Eindruck, gerade erst in der Gruppe angekommen zu sein, als diese bereits, aufgrund der abgelaufenen Gruppenlaufzeit, beendet wurde. Der Misserfallsfall nehme in einer gegründeten WhatsApp Gruppe passiv teil und wolle sich in geplanten Treffen nicht einbringen. Bei der Analyse der Misserfolgsskripte konnten drei von sechs klar bestätigt werden. So äußerte sich der Misserfallsfall skeptisch in Bezug auf die Erfolgsaussichten einer Folgetherapie, sie macht ihren weiteren psychischen Zustand von einer Entscheidung hinsichtlich einer beantragten EU-Rente abhängig und weist eine comorbide Persönlichkeitsstörung auf. Das Skript mangelnde soziale Unterstützung wurde analog zu den Angaben des Misserfallsfalls als nicht bestätigt bewertet, obwohl der supportive Beistand von lediglich einer Person klinisch als fraglich solide eingeschätzt wird. Auch die Skripte Unterbrechung des Heilungsprozess und geringe Anerkennung durch Funktionsträger konnten beim Misserfallsfall nicht ausgemacht werden.

Das Verhältnis Erfolgs-, Misserfolgsskripte ist somit für den Erfolgsfall 5:1 und beim Misserfallsfall 1:3. Eine konkrete Empfehlung in welchem Verhältnis Erfolgs- und Misserfolgsskripte zueinander stehen sollten, um prognostisch einen günstigen TRG Verlauf

zu forcieren, erscheint basierend auf nur zwei Kasuistiken nicht angemessen und sollte daher in zukünftiger Forschung aufgegriffen werden.

(8) *Therapieergebnis*: Korrelierend zu der Zielerreichung beschrieb der Erfolgsfall eine klare Zufriedenheit mit dem Ergebnis der TRG. Wie aus der wissenschaftlichen Literatur bekannt ist, setzen komplex Traumatisierte pathogene Beziehungsstrukturen vielfach störungsbedingt fort, so dass sie genesungshinderlichen Lebensumständen ausgesetzt sind. Allerdings ist der individuelle Bewertungskontext von höchster Wichtigkeit. Der Erfolgsfall wertete die Trennung des Partners vorübergehend als belastend, weswegen die Ergebnisse in den quantitativen Messungen teilweise ungünstig ausfielen. Nach einem größeren zeitlichen Abstand von drei Monaten, äußerte der Erfolgsfall, dass die Trennung retrospektiv beurteilt genesungsfördernd gewesen sei. Ihr gelang der Gebrauch, von in der TRG erlernten Strategien auch über die Gruppenlaufzeit hinaus, wie beispielsweise Männer ansehen, Männern mit einer aufrechten Körperhaltung begegnen. Sie gab jedoch daneben die kritische Rückmeldung, dass sie zukünftig an einer Verfestigung von neuen Verhaltensmustern arbeiten müsse. Der Misserfallsfall konnte hingegen keine günstige Zielannäherung im Gruppenverlauf erreichen und beschrieb ihre Gesamtzufriedenheit mit dem TRG Ergebnis entsprechend unzufrieden. Ursächlich für das unzufrieden stellende Ergebnis sei laut dem Misserfallsfall nur sie selbst bzw. ihr Arbeitstempo. Durch eine sehr ausgeprägte erhöhte alltägliche Dissoziationsneigung, habe sie etwa 50% der Gruppeninhalte durch Dissoziation nicht folgen können.

Abgeleitet aus den Ergebnissen wurden die folgenden **Empfehlungen für die klinische Praxis** von zukünftigen TRG Gruppen von der Verfasserin formuliert, die jedoch mit der erforderlichen Vorsicht bewertet werden müssen, da sie sich aus lediglich zwei Einzelfallkasuistiken ableiten.

- Fragile Patientinnen, die wenig Affekttoleranz zeigen und auf einem insgesamt basalen Level der Genesung sind, können möglicherweise mehr vom TRG Konzept profitieren, wenn die Gruppenleiterinnen sie ermutigen, out-of-group goals statt in-group goals zu formulieren.
- Die TRG Teilnahme sollte kritisch geprüft werden, wenn einer oder mehrere folgender Parameter erfüllt ist:
  - Mangelnde soziale Unterstützung
  - Multiple stationäre Vorbehandlungen
  - Eine traumatische Vorgeschichte von Vernachlässigung und emotionalem Missbrauch in einer vulnerablen Phase, da dies zumeist mit ausgeprägter Dissoziativität einher geht und diese sich wiederum negativ auf die Therapieprognose auswirkt.
  - Sekundärem Krankheitsgewinn in Form von z.B. einem Wunsch der Verrentung.
  - Einer comorbiden Persönlichkeitsstörung.
  - Verhältnis von Erfolgs- und Misserfolgsskripten ist deutlich ungünstig ausgeprägt.

Es folgt nun eine Zusammenfassung der Ergebnisse der untersuchten Hypothesen.

Mit **Hypothese I** wurde untersucht, ob die TRG ein wirkungsvolles Konzept zur Reduktion von psychotraumatologischer Belastung im prä-post Vergleich ist. Die klinischen Effektgrößen in den psychotraumatologischen Symptomskalen (PTSS-10 & IES-R bzw. dem SUD) zeigten eine Reduktion von der schwersten klinischen Bewertung, auf eine mittelschwere posttraumatische Belastung. Es konnten kleine Effekte abgesichert werden.

*Die erste Hypothese konnte bestätigt werden. Die TRG ist erwartungsgemäß ein wirkungsvolles Gruppenkonzept zur signifikanten Reduktion von psychotraumatologischer Belastung im prä-post Vergleich bei kleinen Effekten.*

Mit **Hypothese II** wurde untersucht, in wie fern im prä-post Vergleich der TRG verschiedene traumaassoziierte Funktionsbereiche günstig beeinflusst wurden. Es konnte eine signifikante Reduktion von schwer depressiver Belastung bei Gruppenbeginn, auf eine mittelschwere depressive Symptomatik am Gruppenende abgesichert werden. Weiterhin war die allgemeinsychopathologische Gesamtbelastung im Gruppenverlauf der TRG signifikant rückläufig und eine signifikante Steigerung der gemittelten Lebenszufriedenheit konnte belegt werden. In den übrigen untersuchten traumaassoziierten Funktionsbereichen Dissoziativität, Selbstwert und Scham ließ sich aus jeweils einem marginal signifikanten Ergebnis, die Tendenz der günstigen Entwicklung im Gruppenverlauf ableiten. Die zweite Hypothese konnte somit teilweise bestätigt werden.

*Die Traumagenesungsgruppe ist ein wirkungsvolles Gruppenkonzept um Depressivität und allgemeinsychopathologische Symptome signifikant zu reduzieren sowie Lebenszufriedenheit signifikant zu steigern. Für Dissoziativität und Scham konnte jeweils eine Tendenz der prä-post Reduktion bzw. für Selbstwert der Steigerung nachgewiesen werden. Es ließen sich kleine bis mittlere Effekte absichern.*

Bei Betrachtung der durchschnittlichen **Symptombelastung** bei Beginn der **Traumagenesungsgruppe** zeigte sich, dass die TRG Stichprobe bei Behandlungsbeginn unter einer komplexen PTBS mit Symptomlevel von höchster Ausprägung litt. Die Belastung lag auf vergleichbarem Niveau einer Stichprobe, die ebenfalls im NNP behandelt wurde und bei welcher die Indikation einer stationären psychotraumatologischen Maximalversorgung bestand. Die untersuchte Stichprobe der TRG zeigte somit eine psychopathologische Belastung von höchster Ausprägung.

Mögliche **Therapieerfolgskriterien** wurden dreigliedrig untersucht. In einem ersten Schritt wurde mittels **T-Testen** analysiert, ob und in wie fern das Symptommiveau von Depressivität, Dissoziativität, psychotraumatologischer Belastung, Lebenszufriedenheit, peritraumatischer Dissoziationsneigung, Selbstwert, Scham sowie allgemeinsychopathologischen Symptomen bei Gruppenbeginn den Therapieerfolg determiniert. Der Therapieerfolg wurde anhand der prä-post Reduktion depressiver Belastung sowie psychotraumatologischer Belastung in der PTSS-10 und der IES-R operationalisiert. Um Personen mit den deutlichsten Verbesserungen (Erfolgsgruppe) mit Personen zu vergleichen, die die größten Verschlechterungen zeigten (Misserfolgsgruppe), wurden jeweils Extremgruppen gebildet.

Analysen ergaben, dass Personen, die ihre *depressive Belastung* im prä-post Vergleich sehr reduzieren konnten, zu Beginn der TRG eine geringere Zufriedenheit mit sich selbst zeigten. Personen, die ihre *psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10* im Gruppenverlauf sehr reduzieren konnten (Erfolgsgruppe), zeigten zu Beginn der TRG eine ausgeprägte psychotraumatologische Belastung in der PTSS-10 und IES-R, mehr Intrusionen, mehr Vermeidung, mehr Hyperarousal, höhere peritraumatische Dissoziationsneigung und mehr Distanz zum Traumamaterial. Auch weniger Selbstwert bzw. eine weniger von Leistung abhängige Selbstwertdefinition bei Gruppenbeginn, waren mit größeren Verbesserungen der psychotraumatologischen Belastung in der PTSS-10 verknüpft. Personen, die ihre *psychotraumatologische Belastung in der IES-R* im prä-post Vergleich sehr reduzieren konnten, zeigten zu Beginn der TRG eine stärkere psychotraumatologische Belastung in der IES-R, mehr Intrusionen, mehr Vermeidung sowie eine größere Zufriedenheit mit der Wohnsituation. Die beiden genutzten Instrumente PTSS-10 und IES-R führten somit zu unterschiedlichen Ergebnissen, was vermutlich darin begründet liegt, dass die PTSS-10 primär ein Screeninginstrument ist, welches sich an der Symptomstruktur des DSM-III orientiert und die IES-R angelehnt an das DSM-IV entwickelt wurde.

In einem nächsten Schritt wurden **Therapieerfolgskriterien** mittels **multivariaten Varianzanalysen** untersucht. Erforscht wurde, ob Personen die ihre psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf sehr reduzieren konnten, auch in anderen Funktionsbereichen von der TRG profitierten. Erneut wurden Erfolgs- und Misserfolgsgruppen unterschieden.

Ergebnisse zeigten, dass eine deutliche Reduktionen der *psychotraumatologischen Belastung in der PTSS-10* auch mit einer Reduktion von schwerer auf leichte depressive Symptomatik, einer Reduktion der allgemeinspsychopathologischen Beschwerden sowie einer Steigerung der Lebenszufriedenheit und des Selbstwertes verknüpft war. Bemerkenswert erschien die Ausprägung der Verbesserungen von allgemeinspsychopathologischen Beschwerden. Diese waren zu Beginn der TRG auf einem vergleichbaren Level wie bei einer Stichprobe, für die die Indikation einer psychotraumatologischen Maximalversorgung bestand. Am Ende der TRG zeigten sich die allgemeinspsychopathologischen Beschwerden deutlich unter den durchschnittlichen Punktwerten von Patienten der psychiatrischen Versorgung.

Hierauf aufbauend wurde untersucht, ob eine Erfassung von *psychotraumatologischer Belastung* der Erfolgsgruppe (konnte im prä-post Vergleich Belastung sehr senken) und Misserfolgsgruppe (Anstieg der psychotraumatologischen Belastung) mit der *IES-R* vergleichbare Ergebnisse lieferte. Personen, die zufriedener zu Beginn der TRG waren, zeigten sich auch am Ende der Gruppenlaufzeit zufriedener. Personen hingegen, die zu Beginn der TRG unzufrieden erschienen, zeigten sich in etwa gleich unzufrieden am Ende der Gruppenlaufzeit. Personen, denen eine deutliche Reduktionen der psychotraumatologischen Belastung in der IES-R gelang, zeigten ebenfalls eine Steigerung des Selbstwertes. Somit wurden auch in den multivariaten Analysen teils abweichende Ergebnissen in den beiden Traumaskalen, PTSS-10 und IES-R, gefunden. Dies kann analog zu oben mit der abweichenden Instruktion sowie Symptomstruktur der Messinstrumente erklärt werden.

Weiterhin wurden zwei interpersonelle Bereiche außerhalb des Gruppenkontextes, *Partnerschaftsstatus* sowie *Kinder* auf ihren potenziellen Zusammenhang zu der prä-post Symptombelastung untersucht. Sowohl für Partnerschaftsstatus als auch Kinder konnten keine

signifikanten Zusammenhänge mit der Symptomentwicklung in allen untersuchten Bereichen nachgewiesen werden. Demzufolge ergab sich eine potenzielle Veränderung von Depressivität, Dissoziativität, psychotraumatologischer Belastung, Lebenszufriedenheit, Selbstwert, Scham sowie allgemeinpsychopathologischen Symptomen völlig unabhängig davon, ob jemand in einer Partnerschaft lebte oder Single war beziehungsweise ob er Kinder hatte oder kinderlos waren. Kritisch muss jedoch berücksichtigt werden, dass Partnerschaft und Kinder in dieser Analyse lediglich qualitativ erfasst wurden und hierdurch keine Aussagen möglich sind, wie supportiv die Beziehung erlebt wurde.

In einem dritten Schritt wurden **Therapieerfolgskriterien** mit einer **Regressionsanalyse** untersucht, um mögliche Prädiktoren des Therapieerfolgs abzuleiten. Therapieerfolg wurde als die prä-post Reduktion psychotraumatologischer Belastung in der IES-R operationalisiert. Ergebnisse zeigten eine Aufklärung des Therapieerfolgs zu rund 42%. Das Vorhersagemodell wurde mit drei unabhängigen Variablen sowie Kontrollvariablen erstellt. Die Varianzaufklärung durch alleinige Berücksichtigung der Kontrollvariablen lag bei rund 1% und erreichte erwartungsgemäß nicht das Signifikanzlevel. Der erste Prädiktor, die psychotraumatologische Belastung bei Gruppenbeginn, lieferte eine Varianzaufklärung von rund 27%. Je höher die psychotraumatologische Belastung bei Gruppenbeginn ausfiel, umso größer fiel auch der Therapieerfolg aus. Der zweite Prädiktor, Dissoziativität, erklärte rund 36% der Varianz. Umso höher Dissoziativität bei Beginn der TRG war, je niedriger erschien eine Reduktion von psychotraumatologischer Belastung im Gruppenverlauf. Zufriedenheit mit der eigenen Person wurde als dritte Variable in das Vorhersagemodell aufgenommen. Personen, die bei Gruppenbeginn zufriedener mit sich waren, konnten ihre psychotraumatologische Belastung im Gruppenverlauf tendenziell reduzieren.

Auffallend war ein vermeintlich **widersprüchliches Ergebnis für Dissoziativität** in den Multivariaten Varianzanalysen und der Regression. Während in den Manovas kein Zusammenhang von Dissoziativität und Therapieerfolg nachgewiesen werden konnte, deutete in der Regression ein signifikant negativer Zusammenhang darauf hin, dass geringe Dissoziativität bei Gruppenbeginn, mit größerem Therapieerfolg verknüpft war. Bei Betrachtung der Mittelwerte in den multivariaten Analysen wiesen diese ebenfalls auf einen negativen Zusammenhang, erreichten jedoch aufgrund einer reduzierten Testpower, infolge der Extremgruppenvergleiche nicht das Signifikanzniveau, während bei der Regression die echten Werte genutzt wurden. Das vermeintlich widersprüchliche Ergebnis konnte mit den unterschiedlichen Testmethoden erklärt werden, wobei beide Analysemethoden darauf hinwiesen, dass geringe Dissoziativität mit höherem Therapieerfolg assoziiert ist, was wiederum im Einklang mit der überwiegenden wissenschaftlichen Literatur ist.

Besonderes Forschungsinteresse galt dem Aspekt der **Scham**. Im neusten Diagnosesystem, dem DSM-5, ist Scham im D Kriterium der PTBS erstmalig benannt, was ihre Bedeutung unterstreicht. Im theoretischen Teil wurde dargestellt, dass auf interpersonelle Traumatisierungen häufig Beziehungsbrüche und Schwierigkeiten sich zu binden, folgen und Schamgefühle durch ihre Begleitsymptome maßgeblich zu diesen interpersonellen Komplikationen beitragen, weswegen eine therapeutische Bearbeitung destruktiver Scham infolge einer KPTBS maßgeblich für langfristige Behandlungserfolge erscheint. Der Fokus

auf die, mit einer komplexen PTBS einhergehende Scham, erscheint aus Sicht der Verfasserin daher plausibel indiziert. In dieser Arbeit wurde untersucht, ob im interpersonellen Kontext einer Gruppe, Scham günstig beeinflusst werden kann.

Potenzielle individuelle Wirkfaktoren auf Therapieerfolg versus Misserfolg, wurden durch eine *qualitative Analyse zweier Extremgruppen Einzelfälle* untersucht. Hierfür wurde ein semi-strukturiertes Interview entworfen und ein Erfolgsfall (Frau W.), der ihr formuliertes Ziel im Gruppenverlauf sehr klar erreichen konnte (+50%), mit einem Misserfallsfall (Frau H.) verglichen, dem keine günstige Zielannäherung (-10 %) gelang. Der Erfolgsfall nehme Scham seit ihrer Gruppenteilnahme bewusster wahr. Hierdurch fühle sie sich auf der Verhaltensebene etwas gehemmter, wobei Schamgefühle insgesamt subjektiv leicht abgenommen hätten. Die Beeinträchtigung des Erfolgsfalls durch Scham habe während der Gruppenlaufzeit geschwankt. Sie äußerte die Hypothese, dass es zu einer Verringerung von subjektiver Scham gekommen sei, da sie sich im Rahmen der TRG herausfordernden Situationen gestellt habe bzw. erfahren habe, dass sie als ein wertvolles Mitglied der Gruppe wahrgenommen wurde. Daneben habe ihr die Anwendung von, in der TRG erlernten Strategien geholfen, ihren schambedingte Rückzug von zunächst 40% vor der TRG, auf nur noch 25% am Ende der Gruppenlaufzeit zu reduzieren. Die von Yalom (1995; 2003) geprägten Begriffe der *Universalität des Leidens Gruppenkohäsion*, das *Mitteilen* von Traumageschichte und eine *korrigierende Erfahrung* erscheinen am überzeugendsten, um die Entwicklung des Erfolgsfalls hinsichtlich Scham wissenschaftlich ein zu ordnen.

Dem Misserfallsfall gelang hingegen keine günstige Zielannäherung. Allerdings habe sie mit Hilfe der TRG ihre Schwelle „überhaupt mal wieder zu reden“ etwas überwunden. Diese Entwicklung führe sie sowohl auf ihre Gruppenteilnahme aber auch ihre ambulante Psychotherapie zurück. Interessanterweise gab der Misserfallsfall an, deutlich weniger durch Schamgefühle im Alltag beeinträchtigt zu sein, als durch Ängste. So werde eine Beeinträchtigung durch Scham im Alltag nur in 5% der Situationen erlebt. Allerdings ziehe sich der Misserfallsfall nach der Gruppe wieder so sehr zurück, dass sie potenziell schambesetzten Situationen kaum ausgesetzt sei. Demzufolge wird beim Misserfallsfall eine weitere Verarbeitung des traumatischen Geschehens durch eine Aufrechterhaltung von Vermeidung erschwert. Das Ausmaß der erlebten Scham wird durch folgenden Kommentar von ihr beeindruckend wiedergegeben: „Ich will nicht, dass irgendwer oder meine Freunde meine Krankheit sehen. Darum habe ich absichtlich alle Kontakte unterbrochen. Ich schäme mich, dass meine Krankheit mich so beherrscht.“

In punktdiagnostischen Verfahren konnte kein Zusammenhang zwischen der Ausprägung von Scham bei Gruppenbeginn und dem Therapieergebnis festgestellt werden. Weder das Erreichen des formulierten Ziels, noch depressive Symptomatik oder Traumasymptomatik bei Gruppenabschluss, konnte statistisch in Verbindung mit dem Niveau von Scham bei Gruppenbeginn gebracht werden. Es konnte allerdings die Tendenz einer Reduktion von Scham im Gruppenverlauf nachgewiesen werden. Somit wird die Bedeutung des interpersonellen Kontextes der Gruppe in der Genese der komplexen PTBS, aus Sicht der Verfasserin untermauert. Trotz einer vergleichsweise kurzen Behandlungszeit von lediglich 18 Wochen, bei einer kleinen Stichprobe, die psychopathologische Belastungen von höchster Ausprägung zeigt, ist bereits eine annähernd signifikante Reduktion von Scham zu verzeichnen, was höchst bemerkenswert erscheint.

**Zusammenfassend** konnte in dieser Arbeit festgestellt werden, dass insbesondere Personen, mit einer sehr stark ausgeprägten Psychopathologie bei Gruppenbeginn, diese am stärksten senken können. Die Stichprobe der TRG weist vergleichbar ausgeprägte Symptomlevel vor, wie eine Stichprobe, die ebenfalls im ZfP in Behandlung war und für die die Indikation einer stationären psychotraumatologischen Maximalversorgung bestand. Rund die Hälfte der TRG Teilnehmerinnen ist zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns arbeitsunfähig oder arbeitslos, was die volkswirtschaftliche Relevanz einer zeitnahen, dem Genesungslevel entsprechenden Behandlung bekräftigt. Vor dem Hintergrund des steigenden Kostendrucks im Gesundheitssystem erscheint die Gruppenpsychotherapie zukunftsweisend. In dieser Arbeit konnte belegt werden, dass eine traumakonfrontative Behandlung von komplex Traumatisierten im Gruppensetting gelingen kann. Im Zeitalter moderner Kommunikation war es in einer internationalen Supervisionsgruppe möglich, den Prozess der Implementierung in Telefonkonferenzen am Nordrheinischen Netzwerk für Psychotraumatologie zu begleiten.

Abgeleitet aus den methodischen Schwachpunkten der vorliegenden Arbeit, erfolgt nun ein Ausblick mit Anregungen für zukünftige Forschungsprojekte.

#### **7.4 Kritik und Anregungen für zukünftige Forschungsprojekte**

Aufbauend auf den vorliegenden Erfahrungen, sollte die Größe der Stichprobe ausgeweitet werden. Die bisherigen Ergebnisse könnten durch eine größere Fallzahl aussagekräftiger, ergänzt oder auch revidiert werden. Aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen, müssen die verallgemeinernden Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen mit der nötigen Vorsicht betrachtet werden. Insbesondere bei den Extremgruppenvergleichen wurden nur die Personen, mit den deutlichsten Verbesserungen versus denjenigen, mit den deutlichsten Verschlechterungen betrachtet, wodurch sich die Fallzahlen in den untersuchten Extremgruppen verringerten.

Die Untersuchungen wurden ausschließlich mit Patientinnen durchgeführt, die unter einer komplexen PTBS litten und zur Behandlung im NNP erschienen. Da es sich um eine sehr selektive Untersuchungsgruppe handelt, können alle Aussagen nur auf diese Patientenpopulation generalisiert werden. Aufgrund der naturalistischen Studie kann der Effekt der therapeutischen Interventionen nicht sicher kausal zugeordnet werden. In zukünftigen Studien sollte ein möglichst kontrolliertes Design, möglichst auch unter Hinzunahme einer unbehandelten Kontrollgruppe ggf. mit einem Vergleich zu einer anderen Behandlungsgruppe umgesetzt werden. Durch die hier fehlende Wartelistekontrollgruppe kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Therapieeffekt durch eine natürliche Genesung überlagert ist. Allerdings erscheint es im klinischen Eindruck höchst unwahrscheinlich, dass komplex Traumatisierte, die in der Regel bereits Jahre erkrankt sind, genesen weil Zeit vergangen ist.

Weiterhin kann durch das genutzte prä-post Design der punktdiagnostischen Verfahren keine Aussage über die Nachhaltigkeit der TRG gemacht werden. Bei einem hierauf aufbauenden Forschungsprojekt ist es ebenfalls sinnvoll, die Menge der eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumente ein zu schränken und spezifische Fragestellungen gezielt zu untersuchen. Bedingt dadurch, dass einzelne Fragestellungen der vorliegenden Arbeit parallel zur Implementierung des Gruppenkonzeptes entwickelt wurden, konnten entsprechende Messinstrumente erst im Forschungsverlauf ergänzt werden. Auch der Einsatz von Fremdbeurteilungsinstrumenten sollte zukünftig erwogen werden. Rückblickend wäre es interessant gewesen, auch die beiden Co-Therapeutinnen einschätzen zu lassen, ob und in wie fern eine Teilnehmerin beispielsweise ihr Ziel erreicht hat.

Überdurchschnittlich häufig wurden einzelne Teilnehmerinnen im Gruppenverlauf erneut in pathogene Beziehungen verstrickt, was nicht verwunderlich erscheint, da bei komplex Traumatisierten die pathologischen Beziehungsmuster oft wenig bewusst sind. Allerdings bilden sich diese „Nebenbaustellen“ auch in den Ergebnissen der Selbstbeurteilungsinstrumente ab. Bei zukünftigen Studien könnte eine Kombination von Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren, zu objektiveren und differenzierteren Ergebnissen führen. Ein weiterer limitierender Faktor betrifft die eingesetzten Fragebögen. Diese bilden beispielsweise das subjektive Gefühl von Teilnehmerinnen, in der Gruppe erstmalig verstanden zu werden, sich zugehörig statt sonderbar, abgespalten und erstmalig wieder sozial verbunden zu fühlen, nicht in dem Maße ab, wie es im klinischen Eindruck geschildert wurde. Insbesondere in den Abschlussitzungen berichteten Gruppenmitglieder überwiegend positive

Erfahrungen mit der TRG. Diese Rückmeldungen zeigen sich jedoch nicht in dem Maße anhand der Datenlage ab. Im klinischen Eindruck finden die Veränderungen vor allem in Bereichen statt, die durch die Fragebögen nicht abgebildet werden und eher die von Yalom (1995) beschriebenen Wirkfaktoren einer Gruppe tangieren sowie in den qualitativen Einzelfallanalysen herausgearbeitet wurden. Möglicherweise könnte es Inhalt einer zukünftigen Forschungsarbeit sein, ein punktdiagnostisches Instrument zu entwickeln und zu evaluieren, welches diese Veränderungen adäquat abbilden kann.

Weiterhin muss bei der Interpretation ein potenzieller Deckeneffekt in Betracht gezogen werden, welcher darauf hindeutet, dass ein Messinstrument in den oberen Bereichen nicht mehr ausreichend differenziert, was ein weiteres Argument dafür ist, ein adäquates Messinstrument zu entwickeln.

Die Ergebnisse der Extremgruppen Einzelfälle müssen mit der nötigen Vorsicht interpretiert werden, da lediglich zwei Einzelfalldarstellungen systematisch betrachtet wurden. Auch beim Semi-strukturierten Interview konnte auf keine zusätzliche Fremdbeurteilung zurückgegriffen werden, so dass es möglicherweise zu systematischen Verzerrungen kam. Allerdings sind die Transkripte abgedruckt in Anhang 12. Basierend auf lediglich zwei Extremgruppen Kasuistiken wurden in dieser Arbeit keine konkreten Empfehlungen gegeben, welches Verhältnis Erfolgs- und Misserfolgsskripte zueinander haben sollten. Zukünftige Forschung von Einzelfällen könnte untersuchen, ab welcher Anzahl erfüllter Misserfolgsskripte im Verhältnis zur Menge erfüllter Erfolgsskripte, eine TRG Teilnahme noch ausreichend prognostisch günstig ist bzw. wann eine Teilnahme prognostisch ungünstig wäre.

Ein weiterer kritisch zu bewertender Punkt betrifft die gewählten Testzeitpunkte. Streng genommen sind die prä-post Testzeitpunkte nicht wirklich vor und nach der TRG, sondern eingebettet in das Gruppenmodell. Die prä-Testung findet in der zweiten Gruppensitzung statt und die post-Testung in Sitzung 16, vor den beiden Abschiedssitzungen. Möglicherweise wären die quantitativen Daten noch günstiger ausgefallen, falls die prä Testung noch vor dem Beginn der ersten Sitzung und die post-Testung in Sitzung 18 erfolgt wäre. Die TRG findet eingebettet in Klinikstrukturen statt. Angelehnt an die psychometrische Testung aus anderen Bereichen, wie beispielsweise der Rehabilitation im ZfP, wurden die Testzeitpunkte eingebettet in das Gruppenmodell festgelegt, um die Compliance zu erhöhen.

Diese Arbeit versteht sich insgesamt als eine Pionierarbeit auf Basis derer vertiefende Forschungsfragen entwickelt werden könnten. Aus Sicht der Verfasserin, muss in zukünftigen Projekten zunächst an einer möglichst einheitlichen Definition gearbeitet werden, wann Level zwei der Genesung erreicht ist. Einige Teilnehmerinnen absolvierten parallel zur TRG auch ambulante Psychotherapie in einem Richtlinienverfahren, andere nicht. In zukünftigen Projekten könnte untersucht werden, ob parallele Einzeltherapie zu Synergieeffekten führt oder die Kombination aus TRG und Einzelbehandlung einer ausschließlichen TRG versus Einzelbehandlung nicht überlegen ist. Weiterhin könnte in zukünftigen Projekten ein Vergleich von Männern und Frauen interessant sein. Dies ist zum Abgabezeitpunkt noch nicht möglich, eine Gruppe für Männer befindet sich jedoch in der Planungsphase. Auch eine Adaptation des Konzeptes an die Bedürfnisse von Jugendlichen könnte ein interessantes zukünftiges Forschungsfeld sein.

Ich möchte gern abschließen mit der Schilderung meines klinischen Eindrucks aus bisherigen Traumagenesungsgruppen. Nachdem eine erste Phase überstanden ist, in der spürbar die Unsicherheit der Teilnehmerinnen überwiegt, wachsen diese beeindruckend zusammen und helfen einander aber primär sich selbst, indem sie über traumatische Inhalte ihrer Vergangenheit sprechen und vor Allem an einer Veränderung arbeiten. In den subjektiven Beschreibungen der TRG gibt der überwiegende Teil ehemaliger Teilnehmerinnen noch deutlich nach dem Abschluss der letzten Sitzung an, wie sehr ihnen die Gruppe weiter geholfen habe. Sie berichten, sich weniger abgespalten und „anders“ zu fühlen. Leider habe ich keinen Selbstbeurteilungsfragebogen finden können, der diese Faktoren adäquat abbildet. So bleibt mir nur mit meinem subjektiven Eindruck ab zu schließen. Ich bin tief beeindruckt vom Konzept der Traumagenesungsgruppe.

Danke Judy und Emily

- Alexianer Krefeld GmbH (Hrsg.) (2015). Psychotraumatologische Ambulanz für Erwachsene. URL: [http://www.alexianer-Krefeld.de/alexianer\\_krefeld/unsere\\_angebote/hilfen\\_bei\\_psychischen\\_erkrankungen/zentrum\\_fuer\\_psychotraumatologie/psychotraumatologische\\_ambulanz\\_fuer\\_erwachsene\\_in\\_krefeld/](http://www.alexianer-Krefeld.de/alexianer_krefeld/unsere_angebote/hilfen_bei_psychischen_erkrankungen/zentrum_fuer_psychotraumatologie/psychotraumatologische_ambulanz_fuer_erwachsene_in_krefeld/), Abruf: 01.04.2015.
- Alexianer Krefeld GmbH (Hrsg.) (2016). Nordrheinisches Netzwerk für Psychotraumatologie. URL: [http://www.alexianer-krefeld.de/unsere\\_angebote/krankenhaus\\_maria\\_hilf\\_\\_psychiatrische\\_Kliniken/zentrum\\_fuer\\_psychotraumatologie/nordrheinisches\\_zentrum\\_fuer\\_psychotraumatologie/](http://www.alexianer-krefeld.de/unsere_angebote/krankenhaus_maria_hilf__psychiatrische_Kliniken/zentrum_fuer_psychotraumatologie/nordrheinisches_zentrum_fuer_psychotraumatologie/), Abruf: 20.03.2016.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5. Auflage DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Andrews, B. (1998). Shame and childhood abuse. In P. Gilbert & B. Andrews (Hrsg.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (S. 176-190). New York: Oxford University Press.
- Armour, C., Contractor, A. A., Palmieri, P. A. & Elhai, J. D. (2014). Assessing latent level associations between PTSD and dissociative factors: Is depersonalization and derealization related to PTSD factors more so than alternative dissociative factors? *Psychological Injury and Law*, 7(2), 131–142.
- Auchter, T. (2013). Gesichter der Scham. Eine psychoanalytische Einführung. In J. Küchenhoff, J. Pfeiffer & C. Pietzcker, *Scham. Freiburger literaturpsychologische Gespräche. Jahrbuch für Literatur und Psychoanalyse* (Bd. 32, S. 41-58). Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH.
- Barnes, J. E., Noll, J. G., Putnam, F. W. & Trickett, P. K. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 33(7), 412-420.
- Barnow, S., Pawils, S. & CANSAS Study Group. (2016). Substanzbezogene Störungen als Ursache und als Folge früher Gewalt. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(1), 35-43.
- Beck, D. P. N. (2013). Wirksam bei komplexer PTBS nach Missbrauch im Kindesalter?. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 15(5), 28-31.
- Beck, J. G. & Clapp, J. D. (2011). A different kind of comorbidity: Understanding posttraumatic stress disorder and chronic pain. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 3(2), 101.
- Beck, J. G., Jones, J. M., Reich, C. M., Woodward, M. J. & Cody, M. W. (2015). Understanding the role of dysfunctional post-trauma cognitions in the co-occurrence of Posttraumatic Stress

- Disorder and Generalized Anxiety Disorder: Two trauma samples. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 23-31.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, D., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Becker, C. B., Zayfert, C. & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 277-292.
- Bering, R. (2011). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagen, Prävention, Behandlung* (2. Aufl.). Aachen: Shaker Verlag.
- Bering, R., Horn, A., Bredenbeck, C. & Fischer, G. (2005). Das Zentrum für Psychotraumatologie des Alexianer-Krankenhauses Krefeld: Therapie- und Versorgungskonzept. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 7-21.
- Bering, R., Horn, A. & Fischer, G. (2002). Die Abteilung für Psychotraumatologie des Alexianer Krankenhauses Krefeld: Therapie- und Versorgungskonzept. *Psychotraumatologie* 4, available: [www.thieme.de/psychotrauma](http://www.thieme.de/psychotrauma). Stuttgart: Thieme.
- Berkowitz, C. D. (1998). Medical consequences of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 22, 541-554.
- Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociative scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Black, A. C., Cooney, N. L., Justice, A. C., Fiellin, L. E., Pietrzak, R. H., Lazar, C. M. et al. (2016). Momentary assessment of PTSD symptoms and sexual risk behavior in male OEF/OIF/OND Veterans. *Journal of Affective Disorders*, 190, 424-428.
- Bohn, C. (2008). *Die soziale Dimension der Einsamkeit. Unter besonderer Berücksichtigung der Scham*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bradley, R., Green, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional metaanalysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-244.
- Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L. & Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Society of Biological Psychiatry*, 48, 902-909.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.

- Brewin, C. R., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 670-686.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson.
- CarboneII, D. M. & Parteleno Barehmi, C. (1999). Psychodrama groups for girls coping with trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49, 285-306.
- Carnì, S., Petrocchi, N., Del Miglio, C., Mancini, F. & Couyoumdjian, A. (2013). Intrapyschic Aand interpersonal guilt: A critical review of the recent literature. *Cognitive Processing*, 14, 333-346.
- Chantarujikapong, S. I., Scherrer, J. F., Xian, H., Eisen, S. A., Lyons, M. J., Goldberg, J. et al. (2001). A twin study of generalized anxiety disorder symptoms, panic disorder symptoms and post-traumatic stress disorder in men. *Psychiatry Research*, 103(2), 133-145.
- Chard, K. M. (2005). An evaluation of Cognitive Processing Therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965-971.
- Charuvastra, A. & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 59, 301-328.
- Cloitre, M. (2009). Effective Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: A Review and Critique. *CNS Spectrum*, 14(1), 32-43.
- Cloitre, M. & Koenen, K.C. (2001). The impact of borderline personality disorder on process group outcome among women with posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 379-398.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science* (rev. ed.). New York: Academic Press.
- Courtois, C. A., Ford, J. M. & Cloitre, M. (2011). *Optimale Behandlungsverfahren für die psychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen*. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Hrsg.), *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung* (S. 107-131). Jufermann: Paderborn.
- Creamer, M., Burgess, P. & McFarlane, A.C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237-1247.
- Creamer, M., O'Donnell, M. L. & Pattison, P. (2004). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in severely injured trauma survivors. *Behavior Research and Therapy*, 42, 315-328.

- Dearing, R. L. & Tangney, J. P. (Hrsg.). (2011). *Shame in the therapy hour*. Washington DC: American Psychological Association.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring & procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis, National Computer Systems, Inc.
- Derogatis, L. R., Lippmann, R. S. & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (Hrsg.) (2001). URL: [http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/48/aid/3171/title/Psychiatrische\\_Institutsambulanzen](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/48/aid/3171/title/Psychiatrische_Institutsambulanzen). Abruf: 02.06.2015.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10 Kapitel V (F). Klinische-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- DiNunno, J. H. (2000). Long-term group psychotherapy for women who are survivors of childhood abuse. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 330-349.
- Dorahy, M. J. & Clearwater, K. (2012). Shame and guilt in men exposed to childhood sexual abuse: A qualitative investigation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21, 155-175.
- Dorahy, M. J., Middleton, W., Seager, L., Williams, M. & Chambers, R. (2016). Child abuse and neglect in complex dissociative disorder, abuse-related chronic PTSD, and mixed psychiatric samples. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(2), 223-236.
- Drossman, D. A., Talley, N. J., Leserman, J., Olden, K. W. & Barreiro, M. A. (1995). Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Annals of Internal Medicine*, 123(10), 782-794.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F. & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the lifespan: Findings from the Adverse Childhood Experiences study. *Journal of the American Medical Association*, 286, 3089-3095.
- Edwards, V., Holden, G., Felitti, V. & Anda, R. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents. *American Journal of Psychiatry*, 106(8), 1453-1460.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E. & Foa, E. D. (1998a). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 457-471.
- Ehlers, A., Mayou, R. A. & Bryant, B. (1998b). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.

- Ehlers, A. & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: a cognitive approach. *Behaviorale and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 217-249.
- Eitinger, L. (1965). Concentration camp survivors in Norway and Israel. *International Journal of Medical Science*, 1, 883–895.
- Fäh, M. & Fischer, G. (Hrsg.) (1998). *Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M, Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W. et al. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.
- Feinauer, L. L. & Stuart, D. A. (1996). Blame and resilience in women sexually abused as children. *American Journal of Family Therapy*, 24, 31-40.
- Feiring, C. & Taska, L. S. (2005). The persistence of shame following abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10(4), 337-349.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1, 245–258.
- Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1994). Teststatistische Überprüfung der Impact of Event-Skala: Befunde zu Reliabilität und Stabilität. *Diagnostica*, 40, 344-362.
- Feselmayer, S. & Andorfer, U. (2009). Trauma und Sucht. *Psychopraxis*, 12(6), 16-21.
- Fine, C. G. & Madden, N. E. (2000). *Group Psychotherapy in the Treatment of Dissociative Identity Disorder and Allied Dissociative Disorders*. In: R. H. Klein & V. L. Schermer (Hg.), *Group Psychotherapy for Psychological Trauma* (pp. 298-325). New York: Guilford Press.
- Fischer, G. (2000). *KÖDOPS - Kölner Dokumentations- und Planungssystem für dialektische Psychotherapie, Psychoanalyse und Traumabehandlung*. Köln/Much: Deutsches Institut für Psychotraumatologie (DIPT).
- Fischer, G., Becker-Fischer, M. & Düchting, C. (1999). *Neue Wege in der Opferhilfe. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell (KOM)*. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Fisher, C. (1945). Amnesic states in war neuroses: the psychogenesis of fugue. *The Psychoanalytic Quarterly*, 14, 437-468.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C. H., Lampe, A., Liebermann, P. et al. (2011). S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 3, 202-210.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B. & Meadows, E. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Foa, E. B. & Rauch, S. A. M. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 879-884.
- Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A. & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1022-1028.
- Ford, J. D. (1999). Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 3-12.
- Ford, J. D. & Courtois, C. A. (2009). *Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorder*. In: C. A. Courtois & J. D. Ford (Hrsg.), *Treating complex traumatic stress disorders. An evidence-based guide*. New York: Guilford Press.
- Ford, J. D., Courtois, C., van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. (2005). Treatment of complex post-traumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 437-447.
- Ford, J. D. & Steward, J. (1999). *Group psychotherapy for war-related PTSD with military veterans*. In B. H. Young & D. D. Blake (Hg.), *Approaches to group psychotherapy with PTSD* (pp. 75-100). San Francisco: Taylor & Francis.
- Franke, G. H. (2002). *Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis. SCL-90-R*. (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Freyberger, H. J. (2007). Gruppenpsychotherapie- eine vernachlässigte Methode? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55(2), 73-74.

- Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R.-D. (1999). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen FDS*. (Testmanual). Bern: Hans Huber.
- Freyberger, H. J., Spitzer, C., Stieglitz, R.-D., Kuhn, G., Magdeburg, N. & Bernstein Carlson, E. (1998). Fragebogen zu dissoziativen Symptomen. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 48, 223-229.
- Ganzarain, R. (2000). *Group-as-a-Whole Dynamics in Work with Traumatized Patients: Technical Strategies, their Rationales, and Limitations*. In: R. H. Klein & V. L. Schermer (Hg.), *Group Psychotherapy for Psychological Trauma* (pp. 89-115). New York: Guilford Press.
- Gardner, C. B. & Gronfein, W. P. (2005). Reflections on varieties of shame induction, shame management, and shame avoidance in some works of Erving Goffmann. *Symbolic Interaction*, 28, 175-182.
- Gesetzliche Kranken Versicherung (Hrsg.) (2012). *Krankenversicherung – Krankenhäuser – Psychiatrie – Psychiatrische Institutsambulanzen*. URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrische\\_institutsambulanzen/psychiatrische\\_institutsambulanzen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrische_institutsambulanzen/psychiatrische_institutsambulanzen.jsp). Abruf: 03.06.2015.
- Gold, S. R., Sinclair, B. B. & Bulge, K. A. (1999). Risk of sexual revictimization: A theoretical model. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 457-470.
- Golding, J. M. (1994). Sexual Assault History and Physical Health in Randomly Selected Los Angeles Women. *Health Psychology*, 13(2), 130-138.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grey, N., Holmes, E.M. & Brewin, C. R. (2001). Peritraumatic emotional “hot spots” in memory. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29 (3), 367–372.
- Haas, D. (2013). *Das Phänomen Scham. Impulse für einen lebensförderlichen Umgang mit Scham im Kontext von Schule und Unterricht*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Häcker, H. & Stapf, K. H. (1998). (Hrsg.). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. (13. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H. J., John, U. & Meyer, C. (2006). Post-traumatic stress disorder: The role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(5), 299–306.
- Harmen, R. & Lee, D. (2010). The Role of Shame and Self-Critical Thinking in the Development and Maintenance of Current Threat in Post-Traumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 13–24.

- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Das Beck Depressionsinventar – BDI*. Testhandbuch (2. überarbeitete Aufl.). Bern: Huber.
- Heigl-Evers, A. & On, J. (2000). *Gruppenpsychotherapie*. In: U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (2. Aufl.) (S. 390–404). Stuttgart: Schattauer.
- Heinzel, R. (2010). *Behandlungsökonomische Aspekte der Gruppentherapie*. In V. Tschuschke (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 138-143). Stuttgart: Thieme.
- Henning, K. R. & Frueh, B. C. (1997). Combat guilt and its relationship to PTSD symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 53(8), 801-808.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J.L. (1993). *Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS)*. In: J. R. Davidson & E. B. Foa (Hrsg.), *Posttraumatic Stress Disorder - DSM IV and beyond* (pp. 213-228). Washington: American Psychiatric Press.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and Recovery* (überarb. Aufl.). New York: Basic Books.
- Herman, J. L. (2006). *Die Narben der Gewalt*. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Jufermann.
- Herman, J. L. (2012). *Shattered shame states and their repair*. In J. Yellin & K. White (Eds.), *Shattered States: Disorganized Attachment and its Repair* (pp. 157-170). London: Karnac.
- Herman, J.L. (2017). Re: question about in and out-of-group-goals. E-mail: [herman.j@comcast.net](mailto:herman.j@comcast.net) (10. Januar 2017).
- Herman, J. L., Perry, J. C. & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490-495.
- Herman, J. L. & Schatzow, E. (1984). Time-limited group psychotherapy for women with a history of incest. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34, 605-616.
- Hilgers, M. (2013). *Scham: Gesichter eines Affekts* (4. Ausg.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hopper, E. (2001). Difficult patients in group analysis: The personification of (ba) I: A/M. *Group*, 25(3), 139-171.
- Hopwood, S. & Bryant, R. (2006). Intrusive experiences and hyperarousal in acute stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 137-142.

- Horowitz, M. J. (1979). *States of mind. Analysis of change in psychotherapy*. New York: Plenum Medical Book Company.
- Hubbard, J., Realmuto, G. M., Northwood, A. K., & Masten, A. S. (1995). Comorbidity of psychiatric diagnoses with posttraumatic stress disorder in survivors of childhood trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1167-1172.
- Hussy, W. & Jain, A. (2002). *Experimentelle Hypothesenprüfung in der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Huttner, D. (2006). *Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten: Analyse über einen Zeitraum von 9 Jahren*. Dissertation, LMU München: Medizinische Fakultät.
- Jacobson, E. (1959). Depersonalisation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 581-610.
- Jaite, C., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. & Salbach-Andrae, H. (2013). Traumatische Kindheitserlebnisse bei Jugendlichen mit Anorexia Nervosa im Vergleich zu einer psychiatrischen und einer gesunden Kontrollgruppe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41(2), 99-108.
- Janet, P. (1893). *L'Amnesie continue*. Bd. IV. Revue générale des Sciences pures et appliquées et Bulletin de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences (pp. 167-179).
- Janet, P. (1925). *Psychological Healing*. New York: Macmillan.
- Johnson, D. R. & Lubin, H. (2000). *Group Psychotherapy for the Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder*. In: R. H. Klein & V. L. Schermer (Hg.), *Group Psychotherapy for Psychological Trauma* (pp. 141-169). New York: Guilford Press.
- Kagan, R. (2008). *Transforming troubled children into tomorrow's heroes*. In D. Brom, R. Pat-Horenczyk & J. D. Ford (Hg.), *Treating traumatized children: Risk, resilience, and recovery* (pp. 225-268). London: Routledge.
- Kanas, N. (1999). Trauma-focused group therapy for patients with post-traumatic stress. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49, 540-543.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048- 1060.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J. & Best, C. L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. In: C. R. Figley (Hrsg.), *Trauma and its wake*. New York: Bruner/Mazel.

- Kocherscheidt, K., Fiedler, P., Kronmüller, K.-T., Backenstraß, M. & Mundt, C. (2002). Zur empirischen Unterscheidung von Scham und Schuld: Beschreibung und Evaluierung der dt. Version des TOSCA. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23(1).
- Köhler, M. & Bering, R. (2012). Misserfolgs- und Erfolgsskripte als Einflussfaktoren in der Traumatherapie. *Trauma und Gewalt*, 6(1), 30-47.
- König, J. (2012). *Cognitive Processing Therapy in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung* (Doctoral dissertation, Imu).
- Krammer, S. & Maercker, A. (2012). *Opferstatus, Traumafolgen und Grundsätze der Traumatherapie aus psychologischer Sicht*. In: S. Barton & R. Kölbl (Hrsg.), *Ambivalenzen der Opferzuwendung im Strafrecht. Interdisziplinäre Studien zu Recht und Staat*. Nomos: Baden-Baden.
- Kubany, E. & Watson, S. B. (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *The Psychological Record*, 53, 51-90.
- Kuch, K., Cox, B. J. & Evans, R. J. (1996). Posttraumatic stress disorder and motor vehicle accidents: a multidisciplinary overview. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 429-434.
- Kuhn, E., Blanchard, E. B., Fuse, T., Hickling, E. J. & Broderick, J. (2006). Heart rate of motor vehicle accident survivors in the emergency department, peritraumatic psychological reactions, ASD, and PTSD severity: A 6-month prospective study. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 735-740.
- La Bash, H. & Papa, A. (2014). Shame and PTSD symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6 (2), 159-166.
- Lee, D. A., Scragg, P. & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 451-466.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: Int. Univ. Press.
- Lewis, H. B. (1986). *The Role of Shame in Depression*. In: M. Rutter, C. Izard & P. Read (Eds.), *Depression in Young People*. New York: Guilford Press.
- Lewis, H. B. (1987a) (Eds.). *The role of shame in symptom formation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lewis, H. B. (1987b). *Shame and the Narcissistic Personality*. In: D. L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame*. New York: Guilford Press.
- Lewis, M. (1995). Self-conscious emotions. *American Scientist*, 83, 68-78.

- Liedl, A. & Knavelsund, C. (2015). *Gruppentherapie*. In G. H. Seidler, H. Freyberger & A. Maercker, *Handbuch der Psychotraumatologie* (pp. 718-727). Klett-Cotta.
- Lisak, D. (1994). The psychological impact of sexual abuse: Content analysis of interviews with male survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 7 (4), 525-548.
- Lotter, M. S. (2012). *Scham, Schuld, Verantwortung. Über die kulturellen Grundlagen der Moral*. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Lubin, H. & Jahson, D. R. (2008). *Trauma-centered group psychotherapy for women: A clinician's manual*. Philadelphia, PA: Haworth Press.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J. & van der Kolk, B. A. (2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS). Diagnosis, Part One: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21, 373–415.
- Macdonald, J. & Morley, I. (2001). Shame and non-disclosure: a study of the emotional isolation of people referred for psychotherapy. *The British Psychological Society*, 74, 1-21.
- Maercker, A. (Hrsg.) (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4.vollst. überarb. u. aktualis. Aufl.). Berlin: Springer.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Braehler, E. (2008). Posttraumatic stress disorder in Germany. Results of a nationwide epidemiological study. *Nervenarzt*, 79, 577 – 586.
- Maercker, A., Michael, T., Fehm, L., Becker, E. S. & Margraf, J (2004). Age of traumatisation as a predictor of posttraumatic stress disorder or major depression in young women. *British Journal of Psychiatry*, 184, 482–487.
- Margalit, A. (2012). *Politik der Würde: Über Achtung und Verachtung*. Berlin: Suhrkamp.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S. & Metzler, T. J. (1997). *The peritraumatic dissociative experiences questionnaire*. In J. Wilson & J. Keane (Hrsg.), *Assessing psychological trauma and PTBS* (pp. 412-428). New York: Guilford Press.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S. & Metzler, T. J. (1998). *Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder*. In: J. D. Bremner & C. R. Marmar (eds.), *Trauma, memory and dissociation* (pp. 229–252). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Marmar, C., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Kulka, R. A. & Hough, R. L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theatre veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- Mauchnik, J., Ebner-Priemer, U. W., Kleindienst, N., Limberger, M., Schmahl, C. & Bohus, M. (2009). Dissoziation als möglicher Einflussfaktor auf Lernprozesse und

- Therapieerfolg bei Trauma-assoziierten Störungen. *PPmP-Psychotherapie Psychosomatik-medizinische Psychologie*, 59(02), A019.
- Mays, D.T. & Franks, C.M. (1985). *Negative Outcome in psychotherapy and what to do about it*. New York: Springer.
- McCann, I. L. & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor*. New York: Brunner/Mazel.
- Mendelson, M., Herman, J. L., Schatzow, E., Coco, M, Kallivayalil, D. & Levitan J. (2011). *The Trauma Recovery Group: A Guide for practitioners*. New York: Guilford Press.
- Mendelson, M., Zachary, R. & Harney, P. (2007). *Group therapy as an ecological bridge to new community for trauma survivors*. In M. R. Harvey & P. Tummala-Narra (Hg), Sources and expression of resilience in trauma survivors. Ecological theory. Multicultural practice (pp. 227-244). New York: Haworth Press.
- Moens, E., Braet, C. & Timbremont, B. (2005). Depression und Selbstwertgefühl bei adipösen Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 14(4), 237-243.
- Morgan, T. & Cummings, A. L. (1999). Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 28-36.
- Muller, R. T., Sicoli, L. A. & Lemieux, K. E. (2000). Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 321-332.
- Muth, K. & Bering, R. (2009). Trauma und Schmerz: Evaluation der Myoreflextherapie im Kontext der Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3, 25 – 35.
- Najavits, L. M. (2003). How to design an effective treatment outcome study. *Journal of Gambling Studies*, 19(3), 317-337.
- Najavits, L. M., Gallop, R. J. & Weiss, R. D. (2006). Seeking safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 33, 453-463.
- Nanni, V. (2013). Traumatische Kindheitserfahrung beeinflusst Verlauf einer Depression. *PSYCH up2date*, 7(01), 5-5.
- Nanni, V., Uher, R. & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169, 141-151.

- Neckel, S. (1991). *Status und Scham. Zur symbolischen Reproduktion sozialer Ungleichheit*. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag.
- O'Donnell, M. L., Alkemade, N., Nickerson, A., Creamer, M., McFarlane, A. C., Silove, D. et al. (2014). Impact of the diagnostic changes to post-traumatic stress disorder for DSM-5 and the proposed changes to ICD-11. *The British Journal of Psychiatry*, 205(3), 230-235.
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., Berntsen, D. & Siegler, I. C. (2013). The frequency and impact of exposure to potentially traumatic events over the life course. *Clinical psychological science*, 1, 426-434.
- Øktedalen, T., Hoffart, A. & Langkaas, T. F. (2014). Trauma-related shame and guilt as time-varying predictors of posttraumatic stress disorder symptoms during imagery exposure and imagery rescripting: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 1-15.
- Ott, J. (2001). Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie - ein Behandlungsangebot für Patienten mit strukturellen Störungen. *PID-Psychotherapie im Dialog*, 2(01), 50-58.
- Owens, G. P., Chard, K. M. & Cox, T. A. (2008). The relationship between maladaptive cognitions, anger expression, and posttraumatic stress disorder among veterans in residential treatment. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 17 (4), 439-452.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S. & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-16.
- Pitman, R. K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R. E., Macklin, M. L., Poire, R. E. et al. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(1), 17-20.
- Potthast, N. & Catani, C. (2012). Trauma und Sucht: Implikationen für die Psychotherapie. *Sucht*, 58(4), 227-235.
- Pratchett, L. C. & Yehuda, R. (2011). Foundations of posttraumatic stress disorder: does early life trauma lead to adult posttraumatic stress disorder? *Development and Psychopathology*, 23, 477-491.
- Priebe, K., Steil, R., Kleindienst, N., Dyer, A. S., Kruger, A. & Bohus, M. (2012). Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62(01), 5-17.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

- Raphael, B., Lundin, T. & Weisaeth, L. (1989). A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 353, 1-75.
- Raphael, B. & Woodling, S. (2006). *Group intervention for the prevention and treatment of acute initial stress reactions in civilians*. In L. Schein, H., Spitz, G., Burlingame & P. Muskin (Hg.), *Psychological effects of catastrophic disasters: Group approaches to treatment* (pp. 481-503). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Raubolt, R. R. (1999). Trauma, regression, and the intensive group experience. *Group*, 23, 157-171.
- Reddemann, L. (2000). Zur Behandlung komplexer posttraumatischer Störungen im (teil-) stationären Setting. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 36, 119-132.
- Reddemann, L. (2010). Ressourcenorientierte psychodynamische Gruppenpsychotherapie in der Behandlung komplexer Traumafolgestörungen. *Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Psychodynamik*, 46, 22-40.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1999). Trauma first! *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 16-20.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (2000). *Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. In: O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 555-571). Stuttgart: Schattauer.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (5), 748-756.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A. & Sauer, H. (1998). On the Validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*, 31, 160-168.
- Romans, S., Belaise, C., Martin, J., Morris, E. & Raffi, A. (2002). Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(3), 141-150.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B. & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539-555.
- Sachsse, U. & Herbold, W. (2015). *Selbst-Verletzung: Ätiologie, Psychologie und Behandlung von selbstverletzendem Verhalten*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Sack, M. (2004). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. *Der Nervenarzt*, 75(5), 451-459.

- Sack, M., Sachsse, U. & Schellong, J. (Hg.) (2013). *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Saxe, G. N., van der Kolk, B. A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G. & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1037– 1042.
- Schär, M. & Bodenmann, G. (2011). Behandlungsverlauf bei depressiven Störungen  
Intrapsychische und interpersonelle Prädiktoren des Patienten und dessen Partner. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(1), 42-52.
- Schneider, F., Frister, H. & Olzen, D. (2015). Renten-und Entschädigungsleistungen. In *Begutachtung psychischer Störungen* (pp. 355-430). Springer Berlin Heidelberg.
- Schoenleber, M., Sippel, L. M., Jakupcak, M. & Tull, M. T. (2014). Role of trait shame in the association between posttraumatic stress and aggression among men with a history of interpersonal trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7 (1), 43-49.
- Schofferman, J., Anderson, D., Hines, R., Smith, G. & Keane, G. (1993). Childhood psychological trauma and chronic refractory low-back pain. *Clinical Journal of Pain*, 9(4), 260-265.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V. & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: review and methodological considerations. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*, 71(2), 134-168.
- Schüttauf, K., Specht, E. K. & Wachenhausen, G. (2003). *Das Drama der Scham. Ursprung und Entfaltung eines Gefühls*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schütz, A. & Sellin, I. (2006). *Multidimensionale Selbstwertskala*. Göttingen: Hogrefe.
- Segalla, R., Wine, B. & Silvers, D. (2000). Response to DiNunno's Long-term group psychotherapy for women who are survivors of childhood abuse. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 350-358.
- Seidler, G. H. (1995). *Der Blick des Anderen. Eine Analyse der Scham*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Simons, R. L. & Whitbeck, L. B. (1991). Sexual abuse as a precursor to prostitution and victimization among adolescent and adult homeless women. *Journal of Family Issues*, 12, 361-379.
- Sloan, D. M., Feinstein, B. A., Gallagher, M. W., Beck, J. G. & Keane, T. M. (2013). Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. *Psychological Trauma. Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(2), 176-183.

- Speckens, A. E., Ehlers, A., Hackmann, A., Ruths, F. A. & Clark, D. M. (2007). Intrusive memories and rumination in patients with post-traumatic stress disorder: A phenomenological comparison. *Memory*, 15 (3), 249-257.
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H., John, U., Freyberger, H. & Grabe, H. J. (2009). Trauma, posttraumatic stress disorder and physical illness: findings from the general population. *Psychosomatic Medicine*, 71(9), 1012–1017.
- Steil, R. & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 537-558.
- Stevenson, J. (1999). The treatment of the long-term sequelae of child abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (1), 89-111.
- Stieglitz, R. & Ahrens, B. F. H. (2001). *Fremdbeurteilungsverfahren*. In R. Stieglitz, U. Baumann & H. Freyberger (Ed.), *Psychodiagnostik in klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 95-106). Stuttgart: Thieme.
- Stieglitz, R. & Freyberger, H. (2001). *Selbstbeurteilungsverfahren*. In R. Stieglitz, U. Baumann & H. Freyberger (Ed.), *Psychodiagnostik in klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 83-94). Stuttgart: Thieme.
- Stiles, W. (1995). *Disclosures as a speech act: is it psychotherapeutic to disclose?* In J. Pennebaker (Ed.), *Emotion disclosure and health* (pp.71-91). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Stone, A. M. (1992). The role of shame in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (1), 131-136.
- Strassberg, D. (2004). Scham als Problem der psychoanalytischen Theorie und Praxis. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 5, 225-228.
- Strauß, B. (2008). *Spannungsfelder um die klinische Gruppenpsychotherapie- zwischen Spezialisierung und Integration*. In J. Kokai & D. Mattke (Eds.), *Entwicklungen der klinischen Gruppenpsychotherapie* (S. 11-29). Opladen: Budrich.
- Swan, S. & Andrews, B. (2003). The relationship between shame, eating disorder and disclosure in treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 367-378.
- Tangney, J. & Dearing, R. (2002a). *Shame, guilt and psychopathology, in Shame and Guilt* (pp. 112-129). New York: Guilford Press.
- Tangney, J. & Dearing, R. (2002b). *Shame into Anger? The special link between shame and interpersonal hostility, in Shame and Guilt* (pp. 90-111). New York: Guilford Press.
- Tangney, J., Dearing, R., Wagner, P. & Gramzow, R. (2000). *The test of self-conscious affect-3 (TOSCA- 3)*. Fairfax: George Mason University.

- Tangney, J. P. & Tracy, J. (2011). Self-conscious emotions. In M. Leary & J. P. Tangney (Hrsg.), *Handbook of self and identity* (2. Ausg., S. 446-478). New York: Guilford Press.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E. et al. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 13-18.
- Teegen, F. & Vogt, S. (2002). Überlebende von Folter. Eine Studie zu komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23, 91-106.
- Teegen, F. & Zumbeck, S. (2000). Prävalenz traumatischer Erfahrungen und Posttraumatischer Belastungsstörung bei substanzabhängigen Personen. *Psychotherapeut*, 45(1), 44-49.
- Terr, L. C. (1995). *Childhood traumas: An outline and overview*. In G. S. Everly J. & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology. Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 301-320). New York: Plenum Press.
- Traue, H. C. & Jerg-Bretzke, L. (2016). Das Trauma vergeht—die Schmerzen bleiben. *MMW-Fortschritte der Medizin*, 158(2), 60-64.
- Tschuschke, V. & Czogalik, D. (Hrsg.). (1990). *Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Berlin: Springer.
- Tummala-Narra, P., Kallivayalil, D., Singer, R. & Andreini, R. (2011). Relational experiences of complex trauma survivors in treatment: Preliminary findings from a naturalistic study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4 (6), 640-648.
- van der Kolk, B. A. (1993). *Group Psychotherapy with Posttraumatic Stress Disorder*. In: H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Hg.), *Comprehensive Group Psychotherapy* (3. Aufl.) (pp.550-559). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Van der Kolk, B. A. (1996). *The complexity of adaptation to trauma: Self-Regulation, stimulus discrimination, and characterological development*. In B. A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (eds.), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on body, mind and society* (pp. 182-213). New York: The Guilford Press.
- van der Kolk, B. A. (1999). Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeit. *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 21-29.
- van der Kolk, B. A. (2002). *The assessment and treatment of complex PTSD*. In: R. Yehuda (Hrsg.), *Traumatic stress* (pp. 1-29). American Psychiatric Press: New York.

- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A. & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
- Volz, H. P. & Stieglitz, R. D. (2010). *Generalisierte Angststörung: Krankheitsbild, Komorbiditäten, Psycho-und Pharmakotherapie mit 40 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Walter, C. (2003). *Risikofaktoren psychischer Beeinträchtigungen nach Banküberfällen. Validierung des Kölner Risikoindex für die spezielle Situation von Gewaltopfern*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Kultur.
- Warsitz, R. P. (2013). Zur Entwicklungsdynamik der Scham. In J. Küchenhoff, J. Pfeiffer & C. Pietzcker, *Scham. Freiburger literaturpsychologische Gespräche. Jahrbuch für Literatur und Psychoanalyse* (Bd. 32, S. 59-76). Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B. & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 541-550.
- Watzlawick, P. (2002). *Selbsterfüllende Prophezeiungen*. In P. Watzlawick, *Die erfundene Wirklichkeit* (S. 91-109). München: Piper Verlag GmbH.
- Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1996). *The Impact of Event Scale – Revised*. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Hrsg.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford.
- Weiss, D. S., Marmar, C. R. Metzler, T. & Ronfeldt, H. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 361-368.
- Williams, B. (2000). *Scham, Schuld und Notwendigkeit*. Berlin: Akademie Verlag.
- Wilson, J. P., Droždek, B. & Turkovic, S. (2006). Posttraumatic shame and guilt. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7 (2), 122-141.
- Wilson, J. P. & Lindy, J. (Hrsg.). (1994). *Counter-transference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press.
- Wise, K. (2002). Klinische Erfahrungen mit einem Gruppentherapieprogramm für sexuell missbrauchte und traumatisierte Patientinnen. *Verhaltenstherapie*, 12, 133-142.
- Wolf, N. M. & Bering, R. (2016). Wie sich Scham und Schuld infolge interpersonaler Traumatisierungen auswirken. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendung*, 14(3), 60-70.

- Wolfsdorf, B. A. & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 169-181.
- Wöller, W. (1998). Die Bindung des Missbrauchsofners an den Missbraucher. *Psychotherapeut*, 43, 117-120.
- Wöller, W. (2005). Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller Traumatisierung. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 73, 83-90.
- Wöller, W., Siol, T. & Liebermann, P. (2001). Traumaassoziierte Störungsbilder neben der PTSD. *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quelltext*, 25-39.
- Wurmser, L. (2007). Scham, Schamabwehr und tragische Wahrheit. In W. Schwendemann & S. Marks (Hrsg.), *Scham - Beschämung - Anerkennung* (S. 19-33). Berlin: Lit Verlag Dr. W. Hopf.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press.
- Yalom, I. D. (1995). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: ein Lehrbuch*. München: Leben lernen.
- Yalom, I. D. (2003). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Zlotnick, C., Shea, T.M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A. et al. (1997). An effect-management group for women with post-traumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (3), 425-436.
- Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T. et al. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 195-205.

**Tabellenverzeichnis**

- Tab. 2.1: Kriterien der PTBS (F43.1) nach ICD-10
- Tab. 2.2: Kriterien der PTBS (309.81) nach DSM-5
- Tab. 5.1: Verwendete Erhebungsinstrumente zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten
- Tab. 5.2: Liste der unabhängigen Variablen, die der Regression zur Auswahl standen
- Tab. 6.1: Übersicht der Completers und Dropouts mit Gründen für das Ausscheiden
- Tab. 6.2: Häufigkeit sowie prozentuale Verteilung comorbider Nebendiagnosen
- Tab. 6.3: Übersicht über Traumaart und Zeitpunkt
- Tab. 6.4: Verteilung von Zielen die innerhalb oder außerhalb der Gruppe lagen
- Tab. 6.5: Kategorische Einteilung der Ziele
- Tab. 6.6: Zielerreichung im prä-post Vergleich
- Tab. 6.7: Zielerreichung im post-kat Vergleich
- Tab. 6.8: Zielerreichung im prä-kat Vergleich
- Tab. 6.9: Extremgruppenvergleich: Zielerreichung im prä-post Vergleich
- Tab. 6.10: Ziel sowie Zielannäherung der Extremgruppen Einzelfälle
- Tab. 6.11: Personenvariablen der Extremgruppen Einzelfälle
- Tab. 6.12: Vorbehandlungen der Extremgruppen Einzelfälle
- Tab. 6.13: prä-post Symptommiveau der Extremgruppen Einzelfälle
- Tab. 6.14: A-Kriterien sowie weitere Belastungen der Extremgruppen Einzelfälle
- Tab. 6.15: Ergebnisse für Scham beider Extremgruppen Einzelfälle
- Tab. 6.16: Erfolgsskripte beider Extremgruppen Einzelfälle
- Tab. 6.17: Misserfolgsskripte beider Extremgruppen Einzelfälle
- Tab. 6.18: Zufriedenheit Therapieergebnis beider Extremgruppen Einzelfälle
- Tab. 6.19: Statistische Ergebnisse für die PTSS-10 im prä-post Vergleich
- Tab. 6.20: Statistische Ergebnisse für die IES-R im prä-post Vergleich
- Tab. 6.21: Statistische Ergebnisse für den SUD im prä-post Vergleich
- Tab. 6.22: Statistische Ergebnisse für den FDS im prä-post Vergleich
- Tab. 6.23: Statistische Ergebnisse für das BDI im prä-post Vergleich
- Tab. 6.24: Statistische Ergebnisse für den TOSCA im prä-post Vergleich
- Tab. 6.25: Statistische Ergebnisse für die SCL-90 im prä-post Vergleich
- Tab. 6.26: Statistische Ergebnisse für den FLZ im prä-post Vergleich
- Tab. 6.27: Statistische Ergebnisse für die MSWS im prä-post Vergleich
- Tab. 6.28: Extremgruppenvergleich für Zielsymptom Depressivität (BDI)
- Tab. 6.29: Extremgruppenvergleich für Zielsymptom Traumasymptomatik (PTSS-10)
- Tab. 6.30: Extremgruppenvergleich für Zielsymptom Traumasymptomatik (IES-R)
- Tab. 6.31: Varianzanalytisches Design mit Messwiederholung, Analyse A
- Tab. 6.32: Deskriptive Statistik FDS, Analyse A
- Tab. 6.33: Deskriptive Statistik BDI, Analyse A
- Tab. 6.34: Deskriptive Statistik TOSCA, Analyse A
- Tab. 6.35: Deskriptive Statistik GSI, Analyse A
- Tab. 6.36: Deskriptive Statistik FLZ, Analyse A
- Tab. 6.37: Deskriptive Statistik MSWS, Analyse A
- Tab. 6.38: Varianzanalytisches Design mit Messwiederholung, Analyse B
- Tab. 6.39: Deskriptive Statistik FDS, Analyse B
- Tab. 6.40: Deskriptive Statistik BDI, Analyse B
- Tab. 6.41: Deskriptive Statistik TOSCA, Analyse B
- Tab. 6.42: Deskriptive Statistik GSI, Analyse B
- Tab. 6.43: Deskriptive Statistik FLZ, Analyse B
- Tab. 6.44: Deskriptive Statistik MSWS, Analyse B
- Tab. 6.45: Varianzanalytisches Design mit Messwiederholung, Analyse C
- Tab. 6.46: Deskriptive Statistik FDS, Analyse C
- Tab. 6.47: Deskriptive Statistik BDI, Analyse C
- Tab. 6.48: Deskriptive Statistik TOSCA, Analyse C
- Tab. 6.49: Deskriptive Statistik GSI, Analyse C
- Tab. 6.50: Deskriptive Statistik FLZ, Analyse C
- Tab. 6.51: Deskriptive Statistik MSWS, Analyse C
- Tab. 6.52: Deskriptive Statistik IES-R, Analyse C
- Tab. 6.53: Deskriptive Statistik PTSS-10, Analyse C
- Tab. 6.54: Varianzanalytisches Design mit Messwiederholung; Analyse D
- Tab. 6.55: Deskriptive Statistik FDS, Analyse D
- Tab. 6.56: Deskriptive Statistik BDI, Analyse D

- Tab. 6.57: Deskriptive Statistik TOSCA, Analyse D
- Tab. 6.58: Deskriptive Statistik GSI, Analyse D
- Tab. 6.59: Deskriptive Statistik FLZ, Analyse D
- Tab. 6.60: Deskriptive Statistik MSWS, Analyse D
- Tab. 6.61: Deskriptive Statistik IES-R, Analyse D
- Tab. 6.62: Deskriptive Statistik PTSS-10, Analyse D
- Tab. 6.63: Korrelationsmatrix der einzelnen Einflussgrößen
- Tab. 6.64: Blockweise Regression
- Tab. 6.65: Koeffizienten
- Tab. 7.1: Mittelwertvergleich der TRG und einer klinischen Vergleichsstichprobe
- Tab. 7.2: Zusammenfassung der Erfolgs- und Misserfolgsskripte des Erfolgs- und Misserfalls
- Tab. 7.3: Ergebnisse der traumaassoziierten Messinstrumente im prä-post Vergleich
- Tab. 7.4: Ergebnisse der Funktionsskalen im prä-post Vergleich
- Tab. 7.5: Übersicht Ergebnisse der Extremgruppenvergleiche (T-Teste)
- Tab. 7.6: Übersicht Ergebnisse der Multivariaten Analysen A-D (Manova)

### **Abbildungsverzeichnis**

- Abb. 3.1: Das Netzwerk für Psychotraumatologie Nordrhein
- Abb. 3.2: Übersicht über mögliche Zuweisungen zur TRG im NNP
- Abb. 5.1: TOSCA mit Subskalen
- Abb. 5.2: SCL-90 mit Subskalen
- Abb. 5.3: FLZ und Subskalen
- Abb. 5.4: MSWS – Aufbau, Abkürzungen und Beispielitems
- Abb. 5.5: Beispielhafte Auswertung des MSWS
- Abb. 5.6: Messzeitpunkte der psychometrischen Erhebung
- Abb. 6.1: Altersverteilung bei Gruppenbeginn
- Abb. 6.2: Familienstand bei Gruppenbeginn
- Abb. 6.3: Anzahl Kinder bei Gruppenbeginn
- Abb. 6.4: Anzahl bisheriger stationärer Vorbehandlungen
- Abb. 6.5: Sitzungsanzahl ambulanter Vorbehandlungen
- Abb. 6.6: Schulbildung
- Abb. 6.7: Arbeitsstatus Präerhebung
- Abb. 6.8: Erstdiagnose und comorbide Nebendiagnosen
- Abb. 6.9: Traumaart und Zeitpunkt
- Abb. 6.10: Kategoriale Einteilung der Ziele
- Abb. 6.11: Erhebungszeitpunkte des Ziels & Zielerreichung
- Abb. 6.12: Zielerreichungseinschätzung im prä-post
- Abb. 6.13: Zielerreichungseinschätzung im post-kat
- Abb. 6.14: Zielerreichungseinschätzung im prä-kat
- Abb. 6.15: Normalverteilungsdiagramm des Zielerreichung Differenzwertes
- Abb. 6.16: Normalverteilungsdiagramme der PTSS-10, IES-R und SUD
- Abb. 6.17: Boxplot Symptomverlauf PTSS-10
- Abb. 6.18: Boxplot Symptomverlauf IES-R
- Abb. 6.19: Boxplot SUD zu den zwei Messzeitpunkten
- Abb. 6.20: Normalverteilungsdiagramme des FDS, BDI, TOSCA, GSI des SCL-90, FLZ und MSWS
- Abb. 6.21: Boxplot Symptomverlauf FDS
- Abb. 6.22: Boxplot Symptomverlauf BDI
- Abb. 6.23: Boxplot Symptomverlauf TOSCA
- Abb. 6.24: Boxplot Diagramme des GSI sowie des Subskalen der SCL-90
- Abb. 6.25: Boxplot Symptomverlauf FLZ Gesamtwert und den Subskalen
- Abb. 6.26: Boxplot Symptomverlauf der MSWS Hauptskalen sowie Subskalen
- Abb. 6.27: Normalverteilungsdiagramm für BDI Differenzwert
- Abb. 6.28: Normalverteilungsdiagramm für PTSS-10 Differenzwert
- Abb. 6.29: Normalverteilungsdiagramm für die IES-R Differenzwert
- Abb. 6.30 (A/B/C/D/E/F): Symptombelastung im prä-post Vergleich; Analyse A
- Abb. 6.31 (A/B/C/D/E/F): Symptombelastung im prä-post Vergleich; Analyse B
- Abb. 6.32 (A/B/C/D/E/F/G/H): Symptombelastung im prä- post Vergleich; Analyse C
- Abb. 6.33 (A/B/C/D/E/F/G/H): Symptombelastung im prä- post Vergleich; Analyse D
- Abb. 7.1: Effektgrößen für alle Messinstrumente

## **Anhang 1: Merkblatt der Zugangsvoraussetzungen für Zuweiser zur TRG**

### Traumagenesungsgruppe

Dieses Projekt wird engmaschig über Telefonkonferenzen durch MD Judith Lewis Herman (Klinische Professorin an der Harvard Medical School) und Kollegen supervidiert und beschäftigt sich mit einem neuen Konzept der traumatherapeutischen Arbeit. Wichtige Informationen und Zugangsvoraussetzungen für Teilnehmerinnen sind unten zusammen gefasst. Nachdem ein Turnus (18 Wochen) durchlaufen ist, startet eine neue Gruppe.

#### **Informationen zur Gruppe:**

- Es handelte sich um eine geschlossene, reine Frauengruppe, in der Sicherheit und Stabilität im Gruppen-Setting und in der Form des moderierten Umgangs eine überaus wichtige und entscheidende Rolle spielt
- Die Behandlung dauert 18 Wochen bei einer Frequenz von einmal die Woche, 90 Minuten
- Teilnehmerinnenanzahl, meist 6 - 10 Personen
- Gruppensitzungen beginnen mit einer Eingangs- und enden stets mit einer Abschlussrunde aller Teilnehmerinnen. Die restliche Zeit wird zwischen meist drei Teilnehmerinnen geteilt, die zunächst ihre Arbeit an ihrem Ziel beschreiben und hierauf dann Feedback von anderen Teilnehmerinnen bekommen. Teilnehmerinnen an dieser Gruppe haben üblicherweise eine Menge Trauma -Erfahrungen gemacht, teilen jedoch nur die Aspekte mit, die relevant sind bzgl. ihres Ziels.
- Ziele sollen traumarelevant sein und innerhalb von 18 Wochen erreichbar erscheinen.
- Eine erste Idee, was ein mögliches Ziel sein kann, sollten Teilnehmerinnen optimalerweise vorab bereits mitbringen. Die genaue Zielformulierung und Zielfindung erfolgt innerhalb der ersten Gruppensitzungen.

#### **Zugangsvoraussetzungen:**

- Teilnehmerinnen sind weiblich und haben **zwischenmenschliche** Traumatisierungen erlebt
- Teilnehmerinnen haben in einer **vorhergehenden Therapie** bereits stabilisierende Arbeit durchgeführt. Teilnehmerinnen sollten Distanzierungstechniken kennengelernt haben und einzelne Distanzierungstechniken anwenden können. Patientinnen sollen also so stabil sein, sich mit einzelnen Details eigener Trauma - Erinnerungen auseinander setzen zu können und einzelne Details aus traumatischen Erfahrungen der anderen Teilnehmerinnen anhören können.
- Gegenwärtig sind Teilnehmerinnen bezüglich ihrer Symptomatik relativ stabil bzw. wissen was zu tun ist, wenn es ihnen schlechter geht.
- Teilnehmerinnen sollten in allgemeiner Form über Trauma und wie es sie beeinflusst informiert sein, da diese Gruppe nur einen eher geringen psychoedukativen Anteil haben soll.
- Innerhalb der nächsten sechs Monate sollten keine größeren Veränderungen im Leben geplant sein (z.B. Umzug, Geburt eines Kindes, Eheschließung etc.)
- Im letzten Jahr ...haben Teilnehmerinnen kein selbstverletzendes Verhalten durchgeführt
  - ...waren Teilnehmerinnen nicht stationär im Krankenhaus
  - ...sollten Teilnehmerinnen keine Suizidversuche unternommen haben
  - ... haben Teilnehmerinnen keine illegalen oder abhängigkeiterzeugenden Substanzen oder Alkohol in schädlicher Menge oder Regelmäßigkeit konsumiert
- Teilnehmerinnen erklären sich dazu bereit, **bestimmte Aspekte** von Traumamaterial und zwar nur die Aspekte die von Bedeutung für das formulierte Ziel sind, innerhalb der Gruppe offen zu machen. Auch teilen Teilnehmerinnen innerhalb der Gruppe mit, in wie fern Traumamaterial sie gegenwärtig in diesem einen Aspekt weiterhin beeinflusst
- Teilnehmerinnen leiden oder litten nicht unter einer Psychose
- Teilnehmerinnen sollten zur vereinbarten Zeit regelmäßig teilnehmen können.

## Anhang 2: Zielenotizen

1 Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

### 2. Diagnostiksituation: (prä)

3. Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

4. Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

5. Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

6. Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

7. Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

8. Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

9. Woche (Zielerhebung) \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

10. Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

11. Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

12. Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

13. Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

14. Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

15. Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

### 16. Diagnostiksituation: (post)

17. Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

18. Woche \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_  
Teilnehmerin \_\_\_\_\_

### Anhang 3: Informationen zur psychometrischen Erhebung

Sehr geehrte Teilnehmerinnen

Wir sind uns bewusst, dass Fragebögen nicht immer ein einfache Angelegenheit sind, sondern diesbezüglich Vorbehalte, Unsicherheiten und sogar Ängste bestehen. Diese Wachsamkeit ist Teil eines sinnvollen Schutzmechanismus und zeugen davon, dass Sie die Fähigkeit haben, zu erkennen, wann Ihnen etwas gut tut und wann nicht. Deswegen möchten wir Sie über den Sinn und Zweck dieser Erhebung aufklären und Ihnen Hilfestellungen geben, wie Sie diese Fragebögen am besten ausfüllen.

#### Sinn und Zweck

<b>Teil der Behandlung</b>	Fragebögenerhebungen sind fundamentaler Bestandteil unseres Behandlungskonzeptes und Teil der Behandlung.
<b>Rückmeldung</b>	Durch eine Erhebung zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns und eine zweite Erhebung zu einem späteren Zeitpunkt können Sie eine gute Rückmeldung über die Veränderungen bekommen.
<b>Forschung</b>	Weil das Zentrum eine Forschungseinrichtung der Universität ist, kann über diese Erhebung die Therapie und Behandlung von seelischen Verletzungen verbessert werden.

#### Formaler Aspekt

<b>Freiwilligkeit</b>	Die Erhebung ist Bestandteil der Behandlung, aber dennoch freiwillig. Sie können die Erhebung jederzeit abbrechen.
<b>Anerkannte Fragebögen</b>	Die Fragebögen sind von Experten in Zusammenarbeit mit Betroffenen entwickelt und werden auch in vielen anderen Einrichtungen und teils international eingesetzt. Es gibt feststehende Normen für die Auswertung.
<b>Auswertung</b>	Die Fragebögen werden von geschulten Fachkräften im Zentrum für Psychotraumatologie ausgewertet und befundet.
<b>Transparenz Befunde selbst bekommen</b>	Sie haben das Recht diese Befunde zu bekommen. Wir schicken Ihnen diese Befunde jedoch nicht zu, sondern möchten diese Befunde mit Ihnen in einem persönlichen Gespräch besprechen, bevor Sie sie mit nach Hause nehmen, da die Gefahr von Missverständnissen geschieht und Sie die Bedeutung der Ergebnisse zu hoch einschätzen.
<b>Datenschutz</b>	Die Befunde sind Teil Ihrer Patientenakte, die nur von Fachkräften eingesehen werden kann, die an Ihrer Behandlung beteiligt sind. Wissenschaftler können anhand der Fragebögen keine Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen.

#### Technischer Aspekt – Wie fülle ich die Fragebögen aus:

<b>KEIN TEST</b>	- Fragebögen sind kein Mathetest. - Es geht nicht um richtig oder falsch.
<b>Instruktion</b>	- Bitte lesen Sie die Anleitung, die über jedem einzelnen Erhebungsinstrument steht und achte Sie dabei vor allem auf den Zeitraum, auf den sich die Fragen beziehen. (Meist: die letzten 7 Tage)

<b>Wie beantworte ich die Fragen?</b>	- Lesen Sie jede Frage genau durch, aber antworten Sie am besten möglichst <b>spontan</b> und halten sich nicht zu lange an den einzelnen Antwortmöglichkeiten auf.
<b>Was mache ich, wenn eine Frage nicht richtig passt?</b>	- Sie finden Fragen, die nicht zu 100 % Ihre Situation widerspiegeln. Bitte beantworten Sie auch diese. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, zögern Sie bitte nicht zu fragen. (Sie können auch ein Kreuzchen an den Fragen machen, die Sie nicht verstehen und wir besprechen diese dann am Ende) - Sie werden aber auch Fragen finde, die sehr genau einen Aspekt Ihres Erlebens erfassen, über den Sie noch nicht nachgedacht haben.
<b>Schnell oder langsam?</b>	- Manche Bögen kann man schnell beantworten, für andere braucht man mehr Zeit. Die Zeit, die Sie für die Bearbeitung der Bögen brauchen, sagt nichts über ihre Leistungsfähigkeit und nichts über die Ergebnis aus.

### Psychodynamischer Aspekt

<b>Anstrengung</b>	- Unsere Erhebung ist recht umfangreich. Allein deswegen kann die Beantwortung anstrengend sein.
<b>Triggergefahr</b>	- Es kann aber auch sein, dass Sie durch die Fragebögen nochmal intensiv über sich, über Ihre Situation und belastende Lebenserfahrungen nachdenken. Dies muss nicht so sein, ist aber ein psychologisch verständlicher und normaler Vorgang.

### Während der Erhebung

<b>Hilfestellung</b>	Ich bleibe hier im Raum, nicht um Ihnen über die Schulter zu schauen, sondern um Ihre Fragen zu beantworten.
----------------------	--

### Ablauf am Ende der Erhebung

<b>Kontrolle der Vollständigkeit</b>	Ich möchte nicht spicken, sondern nur sicherstellen, dass Sie nicht versehentlich ein paar Fragen oder eine Seite übersehen haben. Die Bögen sind oft auf <b>Doppelseiten</b> kopiert und wenn man eine Rückseite vergisst, dann kann der Bogen nicht ausgewertet werden und Sie habe sich die Mühe vergebens gemacht.
<b>Danach...</b>	Die Fragebögen können anstrengend sein und noch etwas nachwirken. Dies muss nicht sein, aber wir würden Sie bitten darauf zu achten. Was können Sie sich heute noch Gutes tun?

## Anhang 4: Gruppenregeln

- **Vertrauen.** Alle Informationen die innerhalb der Gruppe mitgeteilt werden, müssen vertraulich bleiben (einzige Ausnahme: falls Sie eine ambulante Psychotherapie haben, dürfen Sie selbstverständlich hier von Inhalten der Gruppe erzählen). Falls Sie bezogen auf diese Gruppe die Unterstützung von Familienangehörigen oder Freunden benötigen, stellen Sie bitte sicher, dass Sie nur Informationen über sich selbst diskutieren oder spezifische Details anderer Teilnehmerinnen verfremden.
- **Gegenseitiger Respekt.** Es ist wichtig, dass Teilnehmerinnen respektvoll miteinander umgehen indem Sie einander zuhören und sich bemühen einander nicht zu unterbrechen. Dies beinhaltet auch die unterschiedlichen Erfahrungen die jede von Ihnen gemacht hat, zu respektieren - selbst wenn sie schwer zu verstehen sind- und in Bezug auf Feedback den Bitten bzw. Bedürfnissen der Anderen Aufmerksamkeit zu schenken. Wohlüberlegte Fragen zu stellen ist auch manchmal eine wertvolle Art Respekt zu zeigen. Unstimmigkeiten sind akzeptabel und können hilfreich sein, wenn sie auf eine respektvolle Art und Weise mitgeteilt werden. „Ich-Botschaften“ sind hier sehr hilfreich.
- Keine **Kontakte** zueinander außerhalb der Gruppe. Interaktionen außerhalb dieser Gruppe sollten sich auf Freundlichkeiten beschränken und niemals Informationen beinhalten die relevant zu dieser Gruppe sind. Die Möglichkeit über die Gruppe hinaus Kontakte zu halten wird erneut gegen Ende der Gruppenphase diskutiert werden.
- Die Anderen Teilnehmerinnen nicht **berühren**. Bitte versuche Sie Worte zu nutzen anstatt ihre Botschaft über Berührungen zu transportieren. Für viele Menschen die etwas Traumatisches erlebt haben, kann eine Berührung große Unsicherheit hervorrufen.
- Keine **Nahrungsmittel**. Es ist in Ordnung nicht-alkoholische Getränke in die Gruppensitzungen mit zu bringen, jedoch können Nahrungsmittel ablenkend sein und sollen daher nicht mit in die Gruppenstunden mitgebraucht werden.
- **Verspätung und Abwesenheit.** Bitte seien Sie bestrebt pünktlich zu erscheinen. Falls sie aus welchen Gründen auch immer zu spät sein werden, informieren Sie bitte im Vorhinein bzw. so schnell wie möglich die Co-Therapeutinnen. Erwähnen Sie bitte jede vorhersehbare Abwesenheit so früh wie möglich gegenüber beiden Co-Therapeutinnen, so dass die übrigen Teilnehmerinnen über die Gründe Ihrer Abwesenheit im Vorhinein informiert werden können.

## Anhang 5: Zielformulierungshinweise

### ENTWICKLUNG EINES PERSÖNLICHEN ZIELS

#### Wie sollte das Ziel sein?

1. **Traumabezogen** (die Ziele, die mit Problemen zu tun haben, die sich nicht auf das Trauma beziehen, können in dieser Gruppe nicht so gut bearbeitet werden)
2. **Auf die Gegenwart bezogen** (welche Bereiche des Lebens sind aktuell durch das Trauma beeinträchtigt? Wo besteht im Moment Handlungsbedarf?)
3. **Realistisch und erreichbar** (Innerhalb der Laufzeit der Gruppe! Das Ziel sollte sich auf Dinge beziehen, die ich selbst beeinflussen kann und so klein sein, dass ich von einem Erfolg ausgehen kann. Z.B. eher nicht „Arbeit finden“, weil ich den Arbeitsmarkt nicht beeinflussen kann, sondern vielleicht „eine ehrenamtliche Tätigkeit für einige Stunden übernehmen“ oder „zwei Bewerbungen schreiben und abschicken“)
4. **Konkret, detailliert, messbar** (Es sollte klar festgelegt werden, woran ich merke, dass mein Ziel erreicht ist. Je messbarer, desto besser! Also eher nicht „ich möchte mich besser um mich kümmern“, sondern eher „ich möchte mir einmal am Tag etwas Gutes tun“. In der Gruppe könnte überlegt werden, was damit für Gefühle verbunden sind und was es im Alltag vielleicht für Hindernisse gibt.)
5. **Spezifisch, persönlich** (nicht so weit gefasst, dass es auf jede in der Gruppe passen könnte)

Ein persönlich entstandenes Ziel kann in der Gruppe gemeinsam entwickelt und verfeinert werden.

Ziele sind nicht „in Stein gemeißelt“, sie dürfen und sollten bei Bedarf verändert, neu verhandelt, angepasst, verkleinert oder erweitert werden

Ziele dürfen sich auf Dinge innerhalb der Gruppe oder außerhalb beziehen. (zum Beispiel der Gruppe gegenüber das Vertrauen entwickeln, über eine bisher verschwiegene Eigenschaft von mir zu erzählen. Oder in der Kantine bei der Arbeit einen Kollegen ansprechen, obwohl ich bisher das Gespräch mit Männern vermieden habe)

## **Anhang 6: Zielerhebung und Erreichung**

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

Gruppenleiter TRG:

Liebe Teilnehmerinnen,

Folgende Fragen dienen der Übersicht an welchem Ziel/welchen Zielen Sie gearbeitet haben und wo sie diesbezüglich Ihrer Meinung nach aktuell stehen. Natürlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt

### **1. Was ist/ war Ihr Ziel?**

---

---

Bitte schätzen sie auf einer Zielerreichungsscala ein, in wie fern sie ihr Ziel durch die Gruppenstunden prozentual glauben bereits erreicht haben  
(0% überhaupt nicht erreicht bis 100% vollständig erreicht)

**0% -- 10 -- 20 -- 30 -- 40 -- 50 -- 60 -- 70 -- 80-- 90 -- 100 %**

Vielen Dank für Ihre Rückmeldung

## **Anhang 7: Abschlussitzung**

### A. Selbstbewertung

- Was war mein Ziel?
- Was habe ich erreicht in Bezug auf mein Ziel?
- Was könnte ein möglicher nächster Schritt sein, der sich aus meiner Teilnahme an der Gruppe ergeben hat?
- Welches imaginäre Geschenk möchte ich mir selbst geben bezüglich meiner Arbeit in der Gruppe?

### B. Feedback für die anderen Gruppenmitglieder

Bitte wenden Sie die gleichen Fragen wie oben auch auf die anderen Gruppenmitglieder an. Verwenden Sie Ihre Notizen, um in der letzten Gruppenstunde Feedback zu geben. Denken Sie bitte daran, auch bei Ihren Notizen die Schweigepflicht zu wahren.

Mitglied 1:

Mitglied 2:

Mitglied 3:

Mitglied 4:

Mitglied 5:

Mitglied 6:

Mitglied 7:

Mitglied 8:

### C. Gruppenleiter- und Gruppenfeedback

- Was hat Ihnen an der Gruppe am meisten gefallen?
- Was hat Ihnen an der Gruppe am wenigsten gefallen?
- Was haben die Gruppenleiterinnen gemacht, was hilfreich war?
- Was sollten die Gruppenleiterinnen in zukünftigen Gruppen anders machen?
- Gibt es noch weiteres Feedback, das Sie zur Gruppenerfahrung geben wollen?

## Anhang 8:

### a) Basisdokumentation:

#### 1) Familienstand:

(0)	ledig, ohne feste Partnerschaft
(1)	verheiratet/ in einer festen Partnerschaft lebend
(2)	geschieden oder getrennt lebend
(3)	verwitwet

#### 2) Haben Sie Kinder?

(1)	Ja
(2)	Nein

Wenn ja, wie viele?: \_\_\_\_\_.

Wie alt sind Ihre Kinder?: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Wie viele Ihrer Kinder leben in Ihrem Haushalt? \_\_\_\_\_

#### 3) Haben Sie Geschwister?

(1)	Ja
(2)	Nein

Wenn ja, wie viele: \_\_\_\_\_

Wie alt sind Ihre Geschwister? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

#### 4) Was ist Ihre Muttersprache? \_\_\_\_\_

b) Wir erlauben uns einige Fragen bezüglich eventueller früherer Behandlungen zu stellen:

1) Waren Sie schon einmal in stationärer *psychiatrischer* Behandlung gewesen?

(0)	Nie
(1)	1 Mal
(2)	2–3 Mal
(3)	4–6 Mal
(4)	7–10 Mal
(5)	mehr als 10 Mal

Wenn ja:

Wie lange ist es her, dass Sie das letzte Mal in stationärer *psychiatrischer* Behandlung aufgenommen wurden?

(0)	weniger als 1 Woche
(1)	weniger als 1 Monat
(2)	weniger als 6 Monate
(3)	weniger als 1 Jahr
(4)	mehr als 1 Jahr

3) Wir bitten Sie Angaben über die gesamte Dauer vorheriger stationärer *psychiatrischer* Behandlungen zu machen:

(0)	keine (nie in Behandlung gewesen)
(1)	1–3 Monate
(2)	4–6 Monate
(3)	mehr als 6 Monate
(4)	mehr als 12 Monate

4) Waren Sie schon einmal in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung:

(0)	Nein
(1)	Ja

5) Wenn ja, an wie vielen Therapiestunden haben Sie teilgenommen:

(0)	25 Stunden
(1)	50 Stunden
(2)	80 Stunden
(3)	mehr als 80 Stunden
(4)	abgebrochen

6) Wurden Sie bereits stationär im Zentrum für Psychotraumatologie behandelt:

(0)	Nein
(1)	Ja

c) Ausbildung

1) Welche Art der Schulbildung haben Sie genossen?

(0)	keinen Schulabschluss
(1)	einen Hauptschulabschluss
(2)	die mittlere Reife bzw. ein Fachschulabschluss
(3)	Abitur/ Fachabitur
(4)	abgeschlossenes Fach- oder Hochschulstudium
(5)	Sonderschule

2) Welche Art von Berufsausbildung haben Sie:

(0)	keine
(1)	abgeschlossene Lehre
(2)	Hochschulstudium

Ihre Ausbildung in Worten: \_\_\_\_\_

3) Welche Art von Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt?

(0)	eine angelernte Tätigkeit
(1)	Fachkraft (Lehre)
(2)	Akademischer/ höherer Dienst
(3)	Selbständig
(4)	Hausfrau/ Hausmann
(5)	Schüler/ Student

Ihr letzter Beruf in Worten: \_\_\_\_\_

4) Was für eine Art von Beruf führen Sie derzeit aus?

(0)	eine angelernte Tätigkeit
(1)	Fachkraft (Lehre)
(2)	Akademischer/ höherer Dienst
(3)	Selbständig
(4)	Hausfrau/ Hausmann
(5)	Rentner
(6)	Berufs und Erwerbsunfähigkeit
(7)	Arbeitslos
(8)	Schüler

Ihre derzeitige Berufstätigkeit in Worten: \_\_\_\_\_

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

## Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientinnen,

das Zentrum für Psychotraumatologie (ZfP) fungiert unter der Leitung von Prof. Dr. Bering im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit der Universität zu Köln als Lehr- und Forschungsabteilung der Humanwissenschaftlichen Fakultät. In Verbindung mit dem Alexianer-Institut für Psychotraumatologie verfolgt das ZfP die Zielsetzung, die gesundheitlichen Folgen von Psychotraumatisierungen wissenschaftlich zu erforschen.

Zu unseren Kooperationspartnern gehören insbesondere

- die Universität zu Köln
- das Deutsche Institut für Psychotraumatologie e.V.,
- die Heinrich Heine Universität Düsseldorf
- und die Fachhochschule Düsseldorf.

Darüber hinaus ermittelt das ZfP im Auftrag der Landesverbände der Krankenversicherungen regelmäßig die Bedarfslage und medizinische Versorgung von Betroffenen. Vor diesem Hintergrund ist das Zentrum in verschiedene Forschungsprojekte einbezogen. Mit Ihrer Erlaubnis zur Datennutzung helfen Sie uns sehr, diese Zielsetzung zu verwirklichen.

**1) Daten:** Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir Ihre Daten aus

- der Psychometrischen Untersuchung
- der Diagnostik
- den medizinischen Befunde aus der Krankenakte
- den standardisierten Angaben aus der Krankenakte und
- der Nachbefragung

zu Forschungszwecken nutzen dürfen. Wir versichern, dass für Außenstehende ein Rückschluss auf Ihre Person unmöglich ist.

\_\_\_\_\_  
Vor-und Name

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

**2) Verwendung der Kontaktdaten:** Das ZfP gibt Ihre Kontaktdaten (Anschrift, Telefonnummer) nicht an Dritte weiter. Mit der zweiten Unterschrift, bestätige ich mein Einverständnis, dass das ZfP meine Kontaktdaten für die ca. 6 Monate nach Abschluss der Behandlung stattfindende Nachbefragung zum Behandlungserfolg verwendet.

\_\_\_\_\_  
Vor-und Name

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

**3) Aufklärung:** Mit der dritten Unterschrift bestätige ich, dass ich die Möglichkeit hatte, Fragen über Art und Umfang der Daten, sowie Fragen zur Verwendung der Daten stellen zu können.

\_\_\_\_\_  
Vor-und Name

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Zentrum für  
Psychotraumatologie

**Ambulante Dienste**

Krefeld – Duisburg – Meerbusch – Köln

**CHEFARZT**

Professor

Dr. med. Dipl.-Psych. Robert Bering

TEL: (0 21 51) 334-7200

FAX: (0 21 51) 334-7882

E-MAIL: psychotraumatologie.krefeld@alexianer.de

## Anhang 10: Ziele

- „Beim Sprechen über Trauma, Augenkontakt zur Gruppe“
- „Bei Schwindel (=Beginn Dissoziation) stoppen, statt weiter zu reden“
- „Die Gruppe ansehen und im Dialog, statt Monolog sein wenn ich über Trauma spreche“
- „In meiner Arbeitszeit die Anderen ansehen“
- „Leiser sprechen wenn ich im Fokus stehe und auf meine Körperhaltung achten“
- „Beim Sprechen in (Augen)Kontakt mit der Gruppe bleiben“
- „Angaben wenn ich dissoziiere, auch wenn jemand dadurch in seiner Arbeitszeit nicht so viel Traumageschichte teilen kann“
- „Wenn ich spreche nach ca. zehn Sätzen eine Pause machen und die Gruppe bitten mir Rückmeldungen zu geben“
- „Offener in Gruppe sprechen“ (bezogen auf die Körperhaltung)
- „Die Gruppe wissen lassen was mir passiert ist und hierbei nicht dissoziieren“
- „Vor einer Gruppe das Wort ergreifen und sprechen ohne Dissoziation“
- „In ersten Ansätzen über Traumaerlebnisse sprechen“ (im Kontakt mit der Gruppe)
- „Selbstwahrnehmung bessern, Gruppenwahrnehmung zu mir erfahren“
- „Mir selber glauben/Misstrauen ggü. mir abbauen, über Gruppenwahrnehmung“
- „Mich selbst besser wahrnehmen lernen, Rückmeldungen der Gruppe nutzen“
- „Gruppe um Rückmeldungen bitten wie ich erlebt werde wenn ich über Belastendes spreche“
- „Mehr Akzeptanz ggü. mir, Rückmeldungen aus Gruppe zu mir nutzen“
- „Abgleich Außenwirkung u. innere Wahrnehmung“
- „Authentischer werden und Gruppe Gefühle zeigen, wie erlebt Gruppe mich?“
- „Ein Ziel finden“
- „Unwohl wenn viele Männer im Raum - das üben für zehn Min. aushalten“
- „In Sportstudio anmelden und an einem gemischtgeschlechtlichen Kurs teilnehmen“
- „Soz. Rückzug reduzieren, Kaffee besuchen einmal“
- „Beim Arbeitsamt um einen Sachbearbeiterwechsel zu einer Frau bitten“
- „raus gehen üben/Einkaufen u. da einem Mann guten Tag sagen“
- „In der Hundeschule Gespräch zum Trainer (sehr dominant) suchen.“
- „Im Halbdunkel einmal in der Woche für 20 Min spazieren gehen in der Stadt“
- „Soz. Rückzug reduzieren /in ein Sportstudio gehen, neben Mann trainieren“
- „Einmal in der Woche alleine Einkaufen und hierbei einen Mann grüßen“
- „In größere Menschenmengen trauen, einen fremden Mann zwei Sek. ansehen“
- „Ggü. Partner Misstrauen reduzieren/ mich ihm ggü. durchsetzen im Streit über Hausarbeit“
- „Ggü. Ehemann durchsetzen/ Finanzen in die Hand nehmen“
- „Partner ggü. etwas Traumamaterial offen machen“
- „Intimität ggü. Mann zulassen, einmal in Gruppenlaufzeit“
- „Ambivalenzklärung Beziehung zu Bekanntem (er schädigt sie)“
- „Bruder =Trigger - Kontakt meiden/ändern“

- „Ggü. Kindern bestimmte Traumasymptome erklären“
- „Mutter (indirekte Täterin) Kontakt reduzieren auf zweimal p. Monat telefonieren
- „Gespräch zu Mutter suchen (über Trauma)“
- „Kinder in Haushalt einbinden, statt aus Schuldgefühlen alles allein zu machen“
- „Panikattacken reduzieren“
- „Entscheiden ob Täter mit seiner Tat konfrontiert wird“
- „Sich trauen im Badeanzug zu zeigen“
- „Selbstwert steigern“ (im Kontakt zu Fremden)
- „Misstrauen an Arbeitsplatz reduzieren, einen Arbeitskollegen (Mann) ansprechen lernen in den Meetings“
- „In Job abgrenzen: Arbeitszeit/Leistung reduzieren, max. zwei Überstunden p. Woche“
- „Gespräche über belastende Themen (Missbrauch) bei Bekannten ablehnen.“

## Anhang 11: Semi-strukturiertes Interview mit zwei Extremfällen

<b>1. Zielerhebung</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Was waren Ihre Erwartungen und Ziele für die Gruppe vor Gruppenbeginn?</li><li>• Welches Ziel haben Sie im Rahmen der TRG formuliert?</li><li>• Aus heutiger Sicht, um wie viel Prozent haben Sie ihr Ziel heute erreicht (0-100%)</li><li>• Was hat Ihnen rückblickend bei der Zielerreichung am Meisten geholfen? Was war nicht hilfreich?</li></ul>	
<b>2. Personenvariablen</b>	<b>kann demografischen Daten entnommen werden/nur Veränderungen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Alter</li><li>• Kinder</li><li>• Geschwister</li><li>• Höchster Schulabschluss Mögliche Veränderungen während, nach der Therapie)</li><li>• Hat sich seit dem letzten Gespräch in unserer Einrichtung eine Änderung ihrer <u>Beschäftigungssituation</u> ergeben? Wenn ja, in welcher Form (Arbeitslosigkeit, Rentenempfänger, Krankschreibung, neuer Arbeitsplatz)?</li><li>• Gehen sie derzeit einer Beschäftigung nach, falls ja in welcher Form?</li></ul> <p><u>Familienstand:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gab es vor, während, nach der Therapie Veränderungen hinsichtlich Ihres Partnerschaftsstatus?</li></ul>	
<b>3. Angaben zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems</b>	
<p><u>Bisherige Vorbehandlungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vor Aufnahme der TRG, wie viele ambulante, stationäre oder teilstationäre Behandlungen haben sie durchgeführt?</li><li>• Haben sie seit Gruppenabschluss eine Weiterbehandlung in Anspruch genommen, falls ja welche?</li><li>• Waren Sie in den letzten Wochen krankgeschrieben?</li><li>• Haben sie eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen? (Vor, während, nach der TRG)</li></ul> <p><u>Medikation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Werden sie psychopharmakologisch mit behandelt?</li><li>• Welche Präparate nehmen sie ein? Gab es hierbei Änderungen während oder nach der TRG?</li></ul>	
<b>4. Ausprägung der Eingangs- und Ausgangssymptomatik</b>	
Wird quantitativem TRG Datenmaterial entnommen.	
<b>5. Angaben zur Lebensgeschichte</b>	
Wird Berichten aus Level 1 Vorbehandlungen im ZfP entnommen. <ul style="list-style-type: none"><li>• Traten bedeutende Veränderungen hinsichtlich der Traumavorgeschichte während oder nach der TRG ein?</li><li>• Haben sich weitere belastende Ereignisse während oder nach der TRG zugetragen?</li></ul>	

## 6. Scham im Rahmen der TRG

Konzentrieren Sie sich jetzt bitte auf den Zeitraum vor der Therapie.

Verglichen mit dieser Zeit ist mein Schamgefühl im Hinblick auf die Traumatisierung :

- deutlich gebessert
- etwas gebessert
- genau gleichgeblieben
- etwas verschlechtert
- deutlich verschlechtert

Die Verbesserung/ Verschlechterung führe ich großteils auf die Therapie zurück.

- ja
- eher ja
- eher nein
- nein

Bitte beschreiben Sie die Beeinträchtigungen durch Scham im Alltag, wie hat sich das während und nach der TRG entwickelt?

Bei einer Weiterentwicklung:

- ja
- eher ja
- eher nein
- nein

Diese Weiterentwicklung führe ich großteils auf die Therapie zurück.

- Würden sie sagen ihre Sichtweise auf sich selbst, die Welt, andere Personen hat sich in Folge der Traumatisierung verändert? In wie fern?
- Zu wie viel Prozent 0-100% fühlen sie sich in zwischenmenschlichen Beziehungen durch Scham beeinträchtigt? (Vor / nach / während der TRG)
- Zu wie viel Prozent 0-100% würden sie sagen, ziehen sie sich aus Scham aus sozialen Kontakten zurück ( vor / nach /während der TRG)
- Wodurch gibt es einen Unterschied in dieser prozentualen Einschätzung während und nach der TRG?

## 7. Skripte-Erhebungsbogen zur Therapieoptimierung (Köhler & Bering, 2012 modifiziert)

Erfolgsskript -Ressourcenorientierung

- Gibt es etwas in Ihrem Leben, was Ihnen Halt gibt?
- Können Sie Dinge benennen, die Ihnen früher geholfen haben, wenn Sie sich nicht wohl gefühlt haben?
- Kennen Sie Ihre Stärken? Können Sie Ihre Stärken einschätzen oder benennen?
- Gibt es eine Freizeitaktivität, die Sie gerne ausüben?
- Glauben Sie, dass Sie selbst etwas an ihrer Situation oder Ihrem Befinden ändern können?
- Gibt es Hobbys, Ehrenämter oder sonstige Aufgaben in denen sie Bestätigung erfahren?
- Wenden sie Strategien, die sie in bisherigen Behandlungen erlernt haben (regelmäßig) an?

Erfolgsskript -Aufarbeitung von „Altlasten“

- Planen Sie, größere Veränderungen in Ihrer Lebensgestaltung vorzunehmen, bzw. haben diese kürzlich bereits vorgenommen? Wenn ja, welche? z.B. Trennung /Umzug/Umschulung /Veränderung des Freundeskreises
- Gibt es neben der aktuellen traumatischen Belastung weitere kürzlich hinzugekommene traumatische Erlebnisse in Ihrem Leben, die Sie nun gerne verarbeiten möchten/ verarbeitet haben?
- Gelingt es Ihnen heute, ihr Leben in einen für Sie verständlicheren Gesamtzusammenhang zu sehen?
- Haben Sie durch die Therapie an Zuversicht gewonnen, sich weiteren Problembereichen aktiv zu stellen oder gibt es hierzu konkrete Planungen?
- Haben sie das Gefühl innerhalb der TRG „Altlasten“ bearbeitet zu haben? In wie fern genau? z.B. Hinterfragen ungesunder Beziehungen, Trennungen von ungesunden Freunden/Partner

#### Erfolgsskript -Zukunftsorientierung

- Können Sie sich auf ein Ereignis in der nahen oder fernen Zukunft freuen?
- Haben Sie eine Vorstellung davon wie Sie Ihr (zukünftiges) Leben positiver gestalten wollen?
- Können/ Haben Sie konkrete Ziele formuliert, die Sie in der nächsten Zeit erreichen wollen? Welche?
- Gibt es für Ihre Zukunft etwas, was Sie als positiv bewerten können (oder optimistisch betrachten)?
- Gibt es positive oder erfreuliche Ereignisse beziehungsweise Aktivitäten, von denen sie seit dem letzten Gespräch in unserer Einrichtung berichten können (neue Hobbys, neue Bekanntschaften, Geburten in der Familie, Haustiere, bestandene Prüfungen)?
- Was hat Ihnen seit dem letzten Gespräch in unserer Einrichtung geholfen, besser mit dem Ereignis fertig zu werden (Therapie, Kur, Sonstiges)?
- Nehmen sie an, dass ihnen durch eine weitere Therapie geholfen werden kann?

#### Erfolgsskript -Nachhaltig positive Beziehung zum Therapeuten /der TRG Gruppe?

- Erschienen Ihnen die Gespräche/ Vorschläge/ Übungen in der TRG als hilfreich?
- Glauben Sie, dass Sie die Inhalte der TRG im Alltag anwenden können?
- Haben Sie für sich Strategien entwickelt, die Ihnen dabei helfen können?
- Planen Sie, Absprachen, die Sie mit ihrem Therapeuten während der TRG getroffen haben, auch nach der Behandlung fortzuführen?
- Versuchen Sie, sich in schwierigen Situationen daran zu erinnern, welche Lösungsmöglichkeiten Sie während der Therapie erarbeitet haben?
- Haben sie noch zu einzelnen Teilnehmerinnen ihrer TRG Gruppe Kontakt?
- Falls ja, wie erleben sie diese Kontakte? (stützend/belastend etc...)

#### Erfolgsskript - Unterstützung durch das soziale Umfeld

- Fühlen Sie sich durch Ihr soziales Umfeld (Familie, Freunde, Bekannte) ausreichend unterstützt?
- Fühlen Sie sich von nahe stehenden Menschen verstanden?
- Gibt es einen Menschen, dem Sie vertrauen können und den Sie jederzeit kontaktieren können, wenn Sie Unterstützung benötigen?
- Haben Sie das Gefühl, dass ihr Freundeskreis Verständnis für Ihre besonders schwierige Lage hat?
- Haben Sie genug Zeit, ihre Freizeit mit Freunden zu gestalten?

#### Misserfolgsskript - Mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld

- Fehlen Ihnen Kontakte zu Menschen, die Ihnen Verständnis entgegenbringen?
- Haben Sie das Gefühl, für Ihre Familie oder andere Menschen eine große Verantwortung zu tragen, da kein anderer diese Rolle übernehmen könnte?
- Sind Sie ungewollt von einigen Familienmitgliedern z.B. Ihren Kindern getrennt?
- Gibt es Konflikte in Ihrer Familie, die ihr Verhältnis unnötig belasten?
- Haben Sie festgestellt, dass Sie sich in letzter Zeit viel zurückziehen?
- Wie erleben sie die Unterstützung durch ihr direktes Umfeld?
- Mit wie vielen Personen haben sie regelmäßig Kontakte? Und wie werten sie die Qualität dieser Kontakte?

#### Misserfolgsskript -Unterbrechung des Heilungsprozesses

- Werden Sie in der nächsten Zeit mit belastenden Situationen, die das traumatische Erlebnis betreffen, konfrontiert? Gerichtsprozess/ / Konfrontation mit dem Täter/ Konfrontation mit Arbeitsstelle?
- Werden Sie zukünftig mit Ereignissen konfrontiert sein, die ihr momentanes Befinden deutlich verschlechtern könnten?
- Fühlen Sie sich ausreichend stabil, um mit erneuten Belastungen umgehen zu können?
- Fühlen Sie sich nach der Behandlung gegenüber neuen belastenden Faktoren ausreichend geschützt?
- Ist eine nahtlose Anbindung an einen Therapeuten/ Psychiater geplant?
- Gab es andere negative oder unangenehme Ereignisse, die sich seit dem letzten Gespräch in unserer Einrichtung ergeben haben? Wenn ja, welche und wie belastend erleben Sie diese heute noch?

#### Misserfolgsskript -Fehlende Hoffnung in die Wirksamkeit von Therapie

- Haben Sie bereits negative Erfahrungen mit Therapeuten/ (ambulanten) oder stationären psychotherapeutischen Behandlungen gemacht?
- Glauben Sie, dass sich Ihre momentane psychische Beeinträchtigung durch therapeutische Gespräche mildern lässt?
- Haben Sie die Befürchtung, dass eine Therapie in Relation zu der Anstrengung, die Sie kostet, eine zu geringe Wirkung erzielt?
- Fällt es Ihnen schwer, therapeutische Unterstützung anzunehmen?
- Neigen Sie dazu, sich nur auf sich selbst zu verlassen?

#### Misserfolgsskript -Geringe Anerkennung durch Funktionsträger

- Haben Sie negative Erfahrungen mit Funktionsträgern gemacht (Polizei/ Gericht/ Behörde/ Sonstiges)?
- Ist Ihnen ein Nachteil aus dem Verhalten der Funktionsträger entstanden?
- Glauben Sie, dass Funktionsträger eine falsche Entscheidung getroffen haben?
- Hat das Verhalten von Funktionsträgern dazu geführt, dass Sie sich hilflos gefühlt haben/das Gefühl hatten, selbst nichts unternehmen zu können?
- Glauben Sie, dass eine Besserung Ihrer Beschwerden/Ihres Befinden davon abhängt, welche Entscheidung Funktionsträger treffen?
- Wie erleben sie die Unterstützung / den Umgang durch Arbeitsamt, Job-center, Rentenversicherung? z.B. erneute Behandlung beantragt, jedoch abgelehnt?
- Hat sich Ihre finanzielle Situation zwischenzeitlich verändert? Wenn ja, wie belastend ist dieser Umstand für Sie?

#### Misserfolgsskript -Wunsch nach Berentung

- Können Sie sich vorstellen, wieder Ihren Beruf auszuüben?
- Wenn nein, würden Sie stattdessen gerne eine Umschulung/eine andere Tätigkeit ausüben?
- Wenn nein, gäbe es einen Beruf, der Ihnen Freude bereiten würde?
- Würden Ihre Beschwerden ansteigen, wenn Sie an Ihren Arbeitsplatz zurückkehren?
- Erleben Sie Arbeit als etwas, was Ihrem Leben Stabilität gibt?
- Hätte die Wiederaufnahme einer Tätigkeit einen Einfluss auf Ihre Symptome? Wenn ja, positiv oder negativ?
- Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?

#### Misserfolgsskript -Komorbidität mit Persönlichkeitsstörung

Gibt es Hinweise für die folgenden Störungen:

- Paranoide/Schizoide/Dissoziale/Emotional instabile /Histrionische /Anankastische /ängstliche (vermeidende) oder Asthenische PS oder dissoziative Identitätsstörung

## 8. Gesamtzufriedenheit und Ergebnis der TRG

Konzentrieren Sie sich jetzt bitte auf den Zeitraum vor der Therapie.  
Verglichen mit dieser Zeit ist mein jetziger Gesamtzustand:

- deutlich besser
- etwas besser
- genau so
- etwas schlechter
- deutlich schlechter

Die Verbesserung/ Verschlechterung führe ich großteils auf die Therapie zurück.

- ja
- eher ja
- eher nein
- nein

Mit dem Ergebnis der Therapie bin ich aus meiner heutigen Sicht insgesamt

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- eher unentschieden
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

Meine Therapie betrachte ich überwiegend als einen Fehlschlag.

- ja
- eher ja
- eher nein
- nein

Wenn ja oder eher ja, gab es dennoch Teilerfolge in Ihrer Therapie, die Sie auch heute noch als wertvoll erleben?

nein  ja

Wenn ja, welche?

c) Für den (eventuellen) Fehlschlag in der Therapie sehe ich die Verantwortung eher bei:

*(Bitte tragen Sie die Zahlen 1 bis 4 in die Kästchen ein. Mit 1 kennzeichnen Sie die stärkste Verantwortlichkeit und mit 4 die schwächste. Hat einer der Punkte keine Bedeutung, so lassen sie das Feld frei)*

- mir
- meinem Therapeuten
- der Therapiemethode
- anderen, äußeren Umständen während der Therapie

In wie fern glauben Sie hat die TRG ihre Genesung beeinflusst?

Falls es Veränderungen gab, in wie fern sind diese aus der Gruppenteilnahme resultiert?

Möchten Sie abschließend etwas kommentieren?

## **Anhang 12 Transkripte der Extremgruppen Kasuistiken**

**Einzelfallinterview Frau W. - Erfolgsfall**

Interviewdatum 17.01.2017

### **1. Zielerhebung**

TH: Was waren Ihre Erwartungen und Ziele für die TRG vor Gruppenbeginn?

Frau W: Die Erwartung heraus zu finden wo meine Muster sind, warum ich im Leben so Schwierigkeiten habe. Mir war eine Traumakonfrontationsgruppe wichtig, um die Dinge weiter zu verarbeiten. Ich wollte wissen, wo wirklich der Auslöser ist. Welches Trauma von meinen ganzen Dingen ist überhaupt der Auslöser? Ich war gespannt, was mich erwartet. Eine Gruppe, wo ich was von meiner Geschichte erzählen soll, war ja ganz neu. Aber jetzt im Nachhinein bin ich froh, dass ich die Gruppe mitgemacht habe.

TH: Welches Ziel haben Sie im Rahmen der TRG formuliert?

Frau W: Meinem Arbeitskollegen anders zu begegnen.

TH: Aus heutiger Sicht, um wie viel Prozent haben sie ihr Ziel heute erreicht (0-100%)?

Frau W: So 85%.

TH: Was hat Ihnen rückblickend bei der Zielerreichung am Meisten geholfen?

Frau W: Schwer zu beantworten. Bezogen auf die Therapeuten selber fand ich super, dass sie zu zweit waren. Sie haben uns damit unglaublich unterstützt und eine unglaubliche Sicherheit gegeben.

TH: Und bei der Zielerreichung, was war da am hilfreichsten?

Frau W: Gut fand ich auch, dass wir sehr unterschiedlich zusammengesetzt waren, was das Alter und den Hintergrund betrifft. Wir waren alle sehr verschieden und hatten so immer viele Ideen für Lösungen. Außerdem fand ich gut zu hören, dass es den Anderen genau so geht wie mir. Eine hatte ja sogar auch einen Arbeitskollegen mit dem sie so Schwierigkeiten hatte. Das hat mir geholfen, weil ich dann nicht so anders bin. Und ich fand gut, dass wir alle unsere feste Zeit hatten und Sie dann gestoppt haben, wenn die Zeit vorbei war. Das hat mir viel Sicherheit gegeben.

TH: Und was fanden sie nicht gut?

Frau W: Schwer zu sagen. Das Einzige was ich nicht hilfreich finde ist, dass die Gruppe schon zu Ende ist. Ich bin am Anfang der Erkenntnis und da bräuchte ich Übung drin. Nun muss ich wieder anknüpfen, selber dafür sorgen, in die Übung gehen im Alltag und das zehrt an den Kräften. Und wenn man da keine Begleitung hat ist das schon schwierig. Die Theorie weiß ich ja schon aber nun geht's ja um die Praxis. Weil aus dem einen Ziel, den einen Zwischenschritt den man erreicht hat, ergeben sich ja weitere Ziele.

### **2. Personenvariablen**

TH: Gab es Veränderungen ihrer Beschäftigungssituation?

Frau W: Nein, ich arbeite immer noch für ein Call-Center, so wie auch während der Gruppe.

TH: Gab es während oder nach der Therapie Veränderungen hinsichtlich Ihres Partnerschaftsstatus?

Frau W: Mein Freund hat sich ja von mir getrennt kurz vor Gruppenende. Das war erst mal ganz schön hart. Das war ja auch seine Wohnung, weil ich ja, als wir zusammen gekommen sind, zu ihm gezogen bin. Aber ich habe jetzt eine neue Wohnung und bin ehrlich gesagt ganz froh, dass wir nicht mehr zusammen sind. Wir haben uns schon viel gestritten und so richtig glücklich waren wir beide nicht.

### **3. Angaben zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems**

TH: Haben sie seit Gruppenabschluss eine Weiterbehandlung in Anspruch genommen, falls ja, welche?

Frau W: Ich war nur bei meinem Arzt, der mir die Medikamente verschreibt.

TH: Waren Sie in den letzten Wochen krankgeschrieben?

Frau W: Ich hatte eine Erkältung, da war ich eine Woche krankgeschrieben, sonst aber nicht.

TH: Haben sie eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen?

Frau W: Bis jetzt nicht, aber ich stehe auf mehreren Wartelisten. Das habe ich schon vor der Gruppe gemacht und ich hoffe, dass ich bald damit anfangen kann.

TH: Gab es eine Änderung ihrer Medikation seit Gruppenabschluss?

Frau W: Nein.

## 5. Angaben zur Lebensgeschichte

TH: Traten bedeutende Veränderungen hinsichtlich der Traumavorgeschichte während oder nach der TRG ein?

Frau W: Nein.

TH: Haben sich weitere belastende Ereignisse während oder nach der TRG zugetragen?

Frau W: Die Trennung von meinem Ex-Freund war sehr belastend.

## 7. Scham

TH: Konzentrieren Sie sich jetzt bitte auf den Zeitraum vor der Therapie. Verglichen mit dieser Zeit ist Ihr Schamgefühl im Hinblick auf die Traumatisierung deutlich gebessert, etwas gebessert, genau gleich geblieben, etwas verschlechtert, deutlich verschlechtert?

Frau W: Scham ist mir bewusster geworden. Ich nehme die Scham mehr wahr. Die war vorher gedeckelt, mir ist das etwas klarer geworden. Ich fühle mich insgesamt etwas gehemmter. Ich hatte ehrlich gesagt ganz schön Angst, dass die Anderen schlecht über mich denken und mich blöd finden.

TH: Und das heißt nun deutlich gebessert, etwas gebessert, genau gleich geblieben, etwas verschlechtert oder deutlich verschlechtert?

Frau W: Die Scham ist mir nun bewusster, im Verhalten bin ich dadurch gehemmter als vorher, aber die Scham selber ist etwas besser.

TH: Die Verbesserung führen sie die auf die Gruppe zurück, entweder ja, eher ja, eher nein, nein?

Frau W: Ich habe mich ja schon schwierigen Situationen ausgesetzt. Also eher ja.

TH: In wie fern?

Frau W: Es hat mir geholfen, zu sehen, dass andere die gleichen Probleme haben wie ich und die auch mitten im Leben stehen.

TH: Bitte beschreiben Sie die Beeinträchtigungen durch Scham im Alltag, wie hat sich das während und nach der TRG entwickelt?

Frau W: Ich nehme meine Probleme mehr wahr. Ich habe zum Beispiel Angst davor im Mittelpunkt zu stehen. Mir ist das alles bewusster geworden, da reagiert mein Körper auch mit drauf.

TH: Diese Weiterentwicklung führen sie großteils auf die Therapie zurück? Ja, eher ja, eher nein, nein.

Frau W: Zum Teil auf die Gruppe.

TH: Würden sie sagen ihre Sichtweise auf sich selbst, die Welt, andere Personen hat sich in Folge der Traumatisierung verändert? In wie fern?

Frau W: Ja, der Umgang mit anderen Menschen. Ich bin fremden Menschen gegenüber, glaube ich, misstrauisch gegenüber. Keine Ahnung, ob das mit der Traumatisierung zu tun hat oder nicht aber wenn ich mit Freunden spreche, glauben die irgendwie mehr an das Gute und ich sehe vor allem das Schlechte.

TH: Zu wie viel Prozent 0-100 fühlen sie sich in zwischenmenschlichen Beziehungen durch Scham beeinträchtigt? (Vor / nach / während der TRG)

Frau W: Bei Männern habe ich ein größeres Problem, nicht bei allen Männern. Mit Frauen habe ich das zwar auch aber weniger.

TH: Und können sie versuchen das in Prozent angeben?

Frau W: Schwer, ich glaub jetzt so 50% und vorher, keine Ahnung, 60 oder 70 %.

TH: Und währenddessen, während der TRG?

Frau W: Das war sehr unterschiedlich. Mal mehr, mal weniger, je nachdem, ob ich dran war und was erzählt habe oder ob das, was die Anderen erzählt haben mich berührt hat oder nicht so.

TH: Zu wie viel Prozent 0-100% würden sie sagen, ziehen sie sich aus Scham aus sozialen Kontakten zurück? (vor / nach /während der TRG)?

Frau W: Das beeinträchtigt mich schon stark in meinem Leben, ist aber besser geworden. Mit dem Arbeitskollegen kann ich jetzt einigermaßen gut umgehen.

TH: Können sie Prozente angeben?

Frau W: Das ist schwer, weil das auch so schwankt. Vielleicht so 40 % Rückzug vor der Gruppe und nach der Gruppe 25%.

TH: Und während der Gruppenlaufzeit?

Frau W: Keine Ahnung.

TH: Wodurch gibt es einen Unterschied in dieser prozentualen Einschätzung vor und nach

der TRG?

Frau W: Mir hat geholfen, mich groß zu machen, wenn ich den Arbeitskollegen gesehen habe und daran zu denken, dass ich Blickkontakt halten sollte.

TH: Und dadurch erleben Sie weniger Schamgefühle?

Frau W: Weiß ich nicht genau, vielleicht ist es vor allem, dass ich gesehen habe, dass Andere auch Schwierigkeiten mit Männern haben. Ich weiß es nicht.

## **8. Skripte**

### Ressourcenorientierung

TH: Gibt es etwas in Ihrem Leben, was Ihnen Halt gibt?

Frau W: Mein Beruf macht mir Spaß und natürlich auch meine Freunde.

TH: Können Sie Dinge benennen, die Ihnen früher geholfen haben, wenn Sie sich nicht wohl gefühlt haben?

Frau W: Ganz früher habe ich mal eine Zeit lang Gras geraucht, wenn es mir nicht gut ging?

TH: Wie lang?

Frau W: Keine Ahnung, vielleicht so ein halbes Jahr.

TH: Wie alt waren Sie denn da?

Frau W: So 15, glaub ich.

TH: Und wie oft haben sie THC konsumiert?

Frau W: Das weiß ich jetzt nicht genau. Aber meistens am Wochenende mit Freunden zusammen, das war nicht so oft.

TH: Wie oft insgesamt?

Frau W: Keine Ahnung, vielleicht 10 Mal.

TH: Kennen Sie Ihre Stärken? Können Sie die einschätzen oder benennen?

Frau W: Meine Freunde sagen immer, ich bin Mutter Teresa.

TH: Das heißt?

Frau W: Das ich es immer allen Recht machen will und mich zurück nehme. Und ich kann gut zuhören.

TH: Gibt es eine Freizeitaktivität, die Sie gerne ausüben?

Frau W: Musik hören, kochen, spazieren gehen.

TH: Glauben Sie, dass Sie selbst etwas an ihrer Situation oder Ihrem Befinden ändern können?

Frau W: Manchmal ja, manchmal nein. Kommt immer drauf an, wie es mir geht. Meistens schon.

TH: Gibt es Hobbys, Ehrenämter oder sonstige Aufgaben, in denen sie Bestätigung erfahren?

Frau W: Bestätigung weiß ich jetzt nicht genau aber ich freue mich, wenn etwas gelingt, Kochen oder so und es anderen schmeckt. Das macht mir Spaß, wenn es anderen auch Freude macht.

### Erfolgsskript -Aufarbeitung von „Altlasten“

TH: Planen Sie größere Veränderungen in Ihrer Lebensgestaltung vorzunehmen bzw. haben Sie diese kürzlich bereits vorgenommen?

Frau W: Ist mein Auszug eine größere Veränderung?

TH: Ja.

Frau W: Ja, dann mein Auszug.

TH: Gibt es neben der aktuellen traumatischen Belastung weitere kürzlich hinzugekommene traumatische Erlebnisse in Ihrem Leben, die Sie nun gerne verarbeiten möchten, verarbeitet haben?

Frau W: Also traumatisch war der Auszug nicht aber schon belastend.

TH: Und gab es noch weitere traumatische Ereignisse nach der TRG?

Frau W: Nein.

TH: Haben sie das Gefühl, innerhalb der TRG „Altlasten“ bearbeitet zu haben? In wie fern genau?

Frau W: Ich fand es hilfreich, den Anderen zu erzählen, was ich damals zu Hause erlebt habe und zu sehen, dass die darauf ganz normal reagieren und mich gleich behandeln.

TH: Wie erleben sie, jetzt rückblickend beurteilt, die Trennung von ihrem Partner?

Frau W: Ich denke, das war ganz gut so, so sehr hat er mich ehrlich gesagt nicht unterstützt.

### Erfolgsskript -Zukunftsorientierung

TH: Können Sie sich auf ein Ereignis in der nahen oder fernen Zukunft freuen?

Frau W: Ich habe mir eine neue Couch bestellt, die ist aber noch nicht da. Da freue ich mich sehr drauf.

TH: Haben Sie eine Vorstellung davon, wie Sie Ihr (zukünftiges) Leben positiver gestalten wollen?

Frau W: Vielleicht irgendwann mal einen Freund finden, der mehr Rücksicht auf meine Erkrankung nimmt, aber nicht jetzt aktuell. Jetzt will ich erst mal alleine in meiner Wohnung ankommen. Die ist ja noch nicht ganz fertig und dann mal sehen.

TH: Haben Sie Ziele formuliert, die Sie in der nächsten Zeit erreichen wollen? Welche?

Frau W: Wie gesagt, erst mal in der Wohnung ankommen und alles Weitere wird sich zeigen.

TH: Gibt es für Ihre Zukunft etwas, was Sie als positiv bewerten können (oder optimistisch betrachten)?

Frau W: Jetzt grade glaube ich, dass es ganz gut war, dass mein Ex-Freund und ich nicht mehr zusammen sind. Das war zwar erst mal ein Schock für mich, aber jetzt finde ich schon, dass er mich nicht immer so gut unterstützt hat.

TH: Gibt es positive oder erfreuliche Ereignisse beziehungsweise Aktivitäten, von denen sie seit dem letzten Gespräch in unserer Einrichtung berichten können (neue Hobbys, neue Bekanntschaften, Geburten in der Familie, Haustiere, bestandene Prüfungen)?

Frau W: Also ich habe ja seit drei Wochen die Wohnung und da bin ich sehr stolz drauf.

TH: Was hat Ihnen seit dem letzten Gespräch in unserer Einrichtung geholfen, besser mit dem Ereignis fertig zu werden (Therapie, Kur, Sonstiges)?

Frau W: Ich hatte ehrlich gesagt gar keinen Kopf, mich weiter mit mir zu beschäftigen. Ich habe mir ja die neue Wohnung suchen müssen und das hat mich die meiste Zeit beschäftigt.

TH: Nehmen sie an, dass ihnen durch eine weitere Therapie geholfen werden kann?

Frau W: Durch die ambulante Therapie?

TH: Zum Beispiel.

Frau W: Da gehe ich von aus.

#### Erfolgsskript -Nachhaltig positive Beziehung zum Therapeuten /der TRG Gruppe?

TH: Erschienen Ihnen die Gespräche/ Vorschläge/ Übungen in der TRG als hilfreich?

Frau W: Also das mit dem groß machen, in die Augen gucken, das mache ich immer noch zwischendurch auf der Arbeit, wenn ich mit Männern rede. Ansonsten fand ich vor allem gut, zu sehen, dass es anderen genau so geht wie mir.

TH: Haben sie noch zu einzelnen Teilnehmerinnen ihrer TRG Gruppe Kontakt? Falls ja, wie häufig?

Frau W: Ja, wir haben eine Gruppe auf WhatsApp gegründet. Da schreibe ich mit den Andern. Wir wollen uns bald treffen. Da freu ich mich drauf.

TH: Und wie erleben Sie diese Kontakte über WhatsApp mit den Anderen?

Frau W: Ich find's schön, dass wir so einfach in Kontakt bleiben können.

#### Erfolgsskript - Unterstützung durch das soziale Umfeld

TH: Fühlen Sie sich durch Ihr soziales Umfeld (Familie, Freunde, Bekannte) ausreichend unterstützt?

Frau W: Ja.

TH: Fühlen Sie sich, von Ihnen nahe stehenden Menschen verstanden?

Frau W: Ich finde, meine engen Freunde versuchen mich zu verstehen, keine Ahnung, ob sie mich wirklich verstehen.

TH: Und fühlen sie sich denn verstanden?

Frau W: Glaub ja. Meistens zumindest.

TH: Gibt es einen Menschen, dem Sie vertrauen können und den Sie jederzeit kontaktieren können, wenn Sie Unterstützung benötigen?

Frau W: Als mein Freund sich von mir getrennt hat, habe ich eine Freundin angerufen. Die ist dann gekommen und hat sich um mich gekümmert. Ich bin froh, dass ich die habe.

TH: Haben Sie das Gefühl, dass ihr Freundeskreis Verständnis für Ihre besonders schwierige Lage hat?

Frau W: Meine engen Freunde wissen grob, dass ich krank bin und was mir passiert ist. Leute mit denen ich nicht so viel zu tun habe, habe ich das aber nicht erzählt und will das auch nicht.

TH: Haben Sie genug Zeit, ihre Freizeit mit Freunden zu gestalten?

Frau W: In der Woche habe ich entweder Früh- oder Spätschicht. Bei der Spätschicht sehe ich meine Freunde weniger, aber dann schreiben wir. Das ist auch ok.

### Misserfolgsskript - Mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld

TH: Fehlen Ihnen Kontakte zu Menschen, die Ihnen Verständnis entgegenbringen?

Frau W: Manchmal fehlen mir meine Eltern und meine Schwester. Zu denen habe ich ja keinen Kontakt. Ich weiß, dass das besser ist für mich, aber fehlen tun sie mir trotzdem manchmal.

TH: Haben Sie das Gefühl, für Ihre Familie oder andere Menschen eine große Verantwortung zu tragen, da kein anderer diese Rolle übernehmen könnte?

Frau W: Nein.

TH: Sind Sie ungewollt von einigen Familienmitgliedern z.B. Ihren Kindern getrennt?

Frau W: Kinder habe ich noch nicht und den Kontakt zu meiner Familie habe ich ja bewusst nicht.

TH: Haben Sie festgestellt, dass Sie sich in letzter Zeit viel zurückziehen?

Frau W: Also ich hab mich eigentlich früher mehr zurückgezogen. Ich war jetzt erkältet und deswegen nicht auf der Arbeit, aber sonst gehe ich regelmäßig arbeiten und habe meine Freunde.

TH: Wie erleben Sie die Unterstützung durch ihr direktes Umfeld?

Frau W: Gut.

TH: Mit wie vielen Personen haben Sie regelmäßig Kontakte? Und wie werten sie die Qualität dieser Kontakte?

Frau W: Ich habe zwei enge Freundinnen, die sehe ich so 1-2 Mal in der Woche und verschiedene Freundinnen, die ich meistens am Wochenende sehe. Mit einer Arbeitskollegin verstehe ich mich auch sehr gut und wir machen manchmal was zusammen.

TH: Und wie erleben sie die Qualität?

Frau W: Gut.

### Misserfolgsskript -Unterbrechung des Heilungsprozesses

TH: Werden Sie in der nächsten Zeit mit belastenden Situationen, die das traumatische Erlebnis betreffen, konfrontiert?

Frau W: Ich muss mich noch mit meinem Ex-Freund treffen, weil ich noch ein paar Sachen in unserer Wohnung habe. Das wird sicher nicht so angenehm.

TH: Hat das was mit der ursprünglichen Traumatisierung zu tun?

Frau W: Nein.

TH: Fühlen Sie sich ausreichend stabil, um mit erneuten Belastungen umgehen zu können?

Frau W: Also mir ist schon mulmig, wenn ich daran denke. Ich wollte eine Freundin bitten, mit zu kommen.

TH: Fühlen Sie sich nach der Behandlung gegenüber neuen belastenden Faktoren ausreichend geschützt?

Frau W: Das ist situationsabhängig. Mit dem Arbeitskollege komme ich mittlerweile ganz gut zurecht, obwohl das manchmal tagesformabhängig ist. Was neue Situationen angeht, bin ich immer noch manchmal überfordert.

TH: Ist eine nahtlose Anbindung an einen Therapeuten/ Psychiater geplant?

Frau W: Einen Psychiater habe ich und auf einen Therapeuten warte ich noch. Dann möchte ich gerne weiter arbeiten.

TH: Gab es andere negative oder unangenehme Ereignisse, die sie seit ihrem letzten Gespräch in unserer Einrichtung ergeben haben? Wenn ja, welche und wie belastend erleben Sie diese heute noch?

Frau W: Als sich mein Freund von mir getrennt hat, haben wir ja erst noch 2 Monate zusammen gewohnt. Eine Freundin hatte mir angeboten, zum Übergang zu ihr zu ziehen. Das wollte ich aber nicht. Seit drei Wochen habe ich Gott sei Dank eine eigene Wohnung. Klein aber fein, hier in Krefeld.

### Misserfolgsskript -Fehlende Hoffnung in die Wirksamkeit von Therapie

TH: Haben Sie bereits negative Erfahrungen mit Therapeuten, ambulanten oder stationären psychotherapeutischen Behandlungen gemacht?

Frau W: Ich stehe schon eine ganze Zeit auf mehreren Wartelisten für einen Therapieplatz. Ich hoffe, das ich da bald auch mit beginnen kann. Ansonsten war ich ja nur einmal in Rheinberg in der Klinik aber nur für eine Nacht.

TH: Glauben Sie, dass sich Ihre momentane psychische Beeinträchtigung durch therapeutische

Gespräche mildern lässt?

Frau W: Da gehe ich jetzt mal von aus. Ich habe ja noch nie so eine Therapie gemacht, wo ich einmal pro Woche zu einem Therapeuten gehe.

TH: Haben Sie die Befürchtung, dass eine Therapie in Relation zu der Anstrengung, die Sie kostet, eine zu geringe Wirkung erzielt?

Frau W: Ich glaube nicht.

TH: Fällt es Ihnen schwer, therapeutische Unterstützung anzunehmen?

Frau W: Weiß ich nicht genau.

TH: Neigen Sie dazu, sich nur auf sich selbst zu verlassen?

Frau W: Ja.

#### Misserfolgsskript -Geringe Anerkennung durch Funktionsträger

TH: Haben Sie negative Erfahrungen mit Funktionsträgern gemacht wie Polizei, Gericht, Behörden?

Frau W: Nein. Bisher hatte ich so was Gott sei Dank noch nicht.

TH: Wie erleben sie die Unterstützung, den Umgang durch Arbeitsamt, Job-center, Rentenversicherung?

Frau W: Wenn ich bisher Termine beim Job-Center hatte, war meine Sachbearbeiterin immer nett zu mir und daran interessiert, wie es mir geht. Ich kann nichts Negatives sagen.

TH: Hat sich Ihre finanzielle Situation zwischenzeitlich verändert?

Frau W: Dadurch dass ich jetzt alleine lebe, muss ich etwas mehr mit meinem Geld haushalten. Vorher haben wir uns ja die Kosten geteilt.

TH: Wie belastend fühlt sich das an?

Frau W: Schon belastend, der Umzug war für mich teuer, weil ich eine neue Küche kaufen musste. Schulden habe ich aber nicht.

#### Misserfolgsskript -Wunsch nach Berentung

TH: Erleben Sie Arbeit als etwas, was Ihrem Leben Stabilität gibt?

Frau W: Ja, ich gehe eigentlich gern arbeiten, auch wenn Telefonieren immer wieder eine Überwindung ist. Ich bin froh, dass ich mit dem Kollegen besser zurecht komme.

TH: Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?

Frau W: Nein.

### **9. Gesamtzufriedenheit und Ergebnis der TRG**

TH: Konzentrieren Sie sich jetzt bitte auf den Zeitraum vor der Therapie. Verglichen mit dieser Zeit ist Ihr jetziger Gesamtzustand: deutlich besser, etwas besser, gleich, etwas schlechter, deutlich schlechter?

Frau W: Der Gesamtzustand ist etwas besser geworden, weil ich klarer sehe. Ich finde etwas besser aber halt noch nicht so, wie ich es gern hätte. Insgesamt bin ich, glaube ich, ein klein wenig selbstbewusster geworden.

TH: Führen Sie die Verbesserung auf die Therapie zurück? Bitte schätzen Sie ein: ja, eher ja, eher nein, nein

Frau W: Eher ja.

TH: Sind sie mit dem Ergebnis der Therapie aus heutiger Sicht insgesamt sehr zufrieden, eher zufrieden eher unentschieden, eher unzufrieden, sehr unzufrieden?

Frau W: Eher zufrieden.

TH: Betrachten sie die Therapie als einen Fehlschlag? Bitte wählen sie zwischen ja, eher ja, eher nein, nein.

Frau W: Nein, überhaupt nicht. Ich finde, insgesamt hat mir die Gruppe gut getan. Gegen Ende ging es mir halt nicht so gut wegen meinem Freund, aber das hatte ja mit der Gruppe an sich nichts zu tun.

TH: Sind Teilerfolge vorhanden die sie benennen können?

Frau W: Wie schon gesagt, kann ich meinem Arbeitskollegen gegenüber schon etwas offener sein. Bei Männern fällt es mir nach wie vor schon schwer ein Gespräch zu führen und dem dann auch zu folgen. Aber ich merke, dass es mir jetzt gerade etwas leichter fällt als vor der Gruppe.

TH: Für das Ergebnis der Therapie sehen Sie die Verantwortung eher bei sich, den Therapeutinnen, der Methode oder äußeren Umständen? Bitte geben Sie eine Reihenfolge an.

Frau W: 1. Äußeren Umständen (Trennung Partner); 2. Mir; 3. den Therapeutinnen; 4. der Methode

TH: In wie fern glauben Sie hat die TRG Ihre Genesung beeinflusst?

Frau W: Die Erkenntnis über meine Probleme durch die Gruppe. Diese Erkenntnis ist da. Ich sehe da eine gewisse Verbesserung, aber nicht so Himmel hoch jauchzend. Ich habe noch einen langen Weg vor mir. Trotzdem bin ich stolz auf das, was ich schon erreicht habe.

TH: Falls es Veränderungen gab, in wie fern sind diese aus der Gruppenteilnahme resultiert?

Frau W: Ich habe gemerkt, dass andere auch Probleme haben. Und die anderen haben meine Probleme ernst genommen und Verständnis gezeigt. Das hat geholfen.

TH: Möchten sie abschließend noch etwas zur TRG kommentieren?

Frau W: Die Entwicklung aller war unheimlich spannend zu sehen. Ich möchte Ihnen noch einmal danken, dass sie mit uns die Gruppe gemacht haben.

Interviewdatum 06.01.2017

## **Transkript Einzelfallinterview Frau H. - Misserfolgsfall**

### **1. Zielerhebung**

TH: Was waren Ihre Erwartungen und Ziele für die TRG vor Gruppenbeginn?

Frau H: Das Trauma bearbeiten. In einer Gruppe kann man sich austauschen und hören wie die Anderen damit fertig werden und damit umgehen.

TH: Wissen sie noch, was ihr Ziel in der Gruppe war?

Frau H: Am Anfang gar nicht. Ich musste erst mal schauen, wo die Reise hin geht.

TH: Sie haben etwas gebraucht, um an zu kommen?

Frau H: Genau, ich musste erst mal ankommen, weil ich lange vorher keinen Kontakt mehr mit Menschen hatte, musste ich erst mal ankommen.

TH: Dann hatten sie ja das Ziel formuliert, mit der Gruppe in Kontakt zu kommen. Frau L. (Therapeutin) und ich hatten Ihnen vorgeschlagen, die anderen in ihrer persönlichen Arbeitszeit an zu schauen und wenn die anderen arbeiten, immer mal eine Frage zu stellen.

Frau H: Genau, weil ich oft so dissoziativ wurde. Meine Konzentration war sehr schwierig, grob gesagt 50% habe ich nicht gefolgt. Und wenn ich nun überlege, weiß ich nun auch nicht mehr, wo bei der ein oder anderen ihr Problem war.

TH: Aus heutiger Sicht, um wie viel Prozent haben sie ihr Ziel heute erreicht (0-100%)?

Frau H: Ganz wenig, 10 %.

TH: Das ist auch genau das, was sie am Ende der Gruppe angegeben haben, 10 %. Es ist also gleich geblieben?

Frau H: Das ich mich überhaupt ein bisschen öffnen konnte, ist eine gute Sache und auch überhaupt mit anderen in Kontakt zu kommen.

TH: Was hat ihnen rückblickend bei der Zielerreichung am Meisten geholfen? Was war nicht hilfreich?

Frau H: Mir war nicht so klar, wann ein Gespräch enden soll und wann es weiter gehen soll. Wo die Grenze liegt.

TH: Was meinen sie damit?

TH: Wo die Grenze liegt, wann es jemandem nicht gut ging und sie dann gestoppt haben oder wo man weiter sprechen soll. Ich wusste nicht genau, ob es vielleicht auch möglich gewesen wäre, ein bisschen weiter zu erzählen.

TH: Verstehe, wir (die Therapeutinnen) haben zu Beginn der Gruppe oft gestoppt, wenn zu tief über Trauma gesprochen wurde. Hierdurch waren sie eher verunsichert?

Frau H: Genau.

TH: Und was war eher hilfreich.

Frau H: Wenn man Bestätigung kriegt von andern Leuten, was die empfinden oder einen Rat geben und angenommen zu werden.

### **2. Personenvariablen.**

TH: Hat sich während der Gruppenlaufzeit irgendetwas beruflich oder privat oder sonstiges an äußeren Umständen geändert, während und nach der TRG?

Frau H: Nein, aber ich hatte das Gefühl, ich komme nicht weiter. Ich möchte das verarbeiten, aber ich habe das Gefühl ich bin noch an der gleichen Stelle, gleich instabil und das war für mich schwierig.

TH: Während der Gruppenlaufzeit haben sie keinen Beruf ausgeübt, richtig?

Frau H: Ja.

TH: Und danach?

Frau H: Auch nicht. Ich bin schon seit zwei Jahren krankgeschrieben. Das ist gleich geblieben.

TH: Gab es irgendeine Veränderung in ihrer Partnerschaft seit der TRG?

Frau H: Das ist auch gleich geblieben. Es gibt diese traumatischen Erinnerungen, die unsere Partnerschaft belasten. Aber das ist gleich geblieben. Ich denke ganz am Ende der Gruppe hatte ich das Gefühl, ich fang gerade an und ich fühle mich, da so stehen gelassen. Ich komme nicht weiter. Und ich habe mich gefragt, warum es in der Reha, die ich vorher gemacht habe, nicht auch so eine Gruppe ist. Das hätte ich mir gewünscht.

TH: Verstehe, in der TRG hatten sie also das Gefühl, gerade angekommen zu sein, zu wissen wie das Konzept funktioniert und schon war die Gruppe zu Ende.

Frau H: Genau.

TH: Am Ende der TRG haben Sie angedeutet, sie wollen noch mal eine Behandlung machen.

Frau H: Richtig, ich gehe noch mal in eine Klinik im Sauerland. Da wird Traumatherapie gemacht. Das ist zwar auch eine Reha, aber die machen erst eine Traumatherapie und dann wird das Programm bei jedem angepasst. Hinterher wird dann auch eine berufliche Unterstützung organisiert. Nicht wie in der Reha in Krefeld, da war beides gleichzeitig. Das kann ich nicht.

TH: Wann beginnt die Weiterbehandlung?

Frau H: Ich muss erst mal einen Antrag stellen. Das will ich bald gern machen. Das wurde ja auch in der Reha in Krefeld empfohlen.

TH: Habe sie eine ambulante Therapeutin?

Frau H: Ja, die sehe ich etwa alle drei Wochen.

TH: Behandelt sie sonst noch jemand?

Frau H: Ja mein Arzt. Der verschreibt mir Medikamente.

TH: Sind die gleich wie in der Reha in Krefeld?

Frau H: Etwas stärker.

TH: Gab es während oder nach der TRG belastende Lebensveränderungen?

Frau H: Einige traumatische Erinnerungen sind hoch gekommen, die ich vorher nicht hatte. Da habe ich mit meiner Therapeutin drüber gesprochen. Früher hatte ich nur eine Depression. An ein Trauma habe ich früher gar nicht gedacht. Und jetzt ist dieses Trauma Thema sehr konzentriert.

TH: Gab es im Außen, in der Nachbarschaft, Arbeitsamt, Freundeskreis, Familie usw. weiter belastende Ereignisse während oder nach der TRG?

Frau H: Dadurch, dass ich sehr zurückgezogen lebe, ist so was nicht passiert.

### **Scham**

TH: Verglichen mit dem Zustand vor der Therapie, würden sie sagen, Schamgefühle im Hinblick auf die Traumatisierung sind gleich geblieben / haben sich gebessert / haben sich ein bisschen gebessert oder verschlechtert? Wie würden sie sich einsortieren?

Frau H: Ich glaube etwas weniger.

TH: Woran merken sie das?

Frau H: Diese eine Blockade. Das man überhaupt mal wieder redet, die ist überstanden. Aber natürlich ist die immer noch da.

TH: Würden sie sagen, die Veränderung, dass es ein bisschen besser geworden ist, ist schon mit der TRG verbunden oder eher mit anderen Dingen?

Frau H: TRG und auch meine Psychotherapie, beides.

TH: Gibt es Veränderungen bei der Beeinträchtigungen durch Scham im Alltag während und nach der TRG?

Frau H: Kann ich schlecht sagen. Zum Teil war das nicht gut. Ich weiß es nicht so genau, vielleicht bin ich etwas empfindlicher geworden.

TH: Gibt es denn im Alltag manchmal Situationen, in denen Sie intensiv Schamgefühle merken?

Frau H: Ja.

TH: Zum Beispiel?

Frau H: Ich habe Probleme, über meine Krankheit zu sprechen, dann schäme ich mich. Oder wenn jemand schreit, dann kommt bei mir diese Starre und mein Freund sagt dann „Ich habe doch gar nicht geschrien“. Da bin ich sehr sensibel und jedes Mal finde ich das so doof von mir. Aber ich kann es nicht ändern.

TH: Und das ist gleich geblieben oder hat sich im Rahmen der TRG verändert?

Frau H: Ist gleich.

TH: Würden Sie sagen, dass die Sichtweise auf sich, auf die Welt, andere Personen sich im Rahmen der TRG in irgendeiner Form verändert hat?

Frau H: Das ist gleich geblieben.

TH: Zu wie viel Prozent fühlen sie sich im Kontakt zu Menschen durch Scham beeinträchtigt, 0-100%?

Frau H: Durch Scham nicht so, mehr durch Ängste. Ich habe eine Abneigung zu der Welt, zu Leuten.

TH: Wie viel Prozent?

Frau H: 5%

TH: Zu wie viel Prozent würden sie sagen, ziehen sie sich aus Scham aus sozialen Kontakten zurück?

Frau H: 20-30 %.

TH: Gibt es da eine Veränderung durch die TRG?

Frau H: Nein. Ich will nicht, dass irgendwer oder meine Freunde meine Krankheit sehen. Darum habe ich absichtlich alle Kontakte unterbrochen. Ich schäme mich, dass meine Krankheit mich so beherrscht.

## **7. Erfolgs- und Misserfolgsskripte**

### 1. Erfolgsskript- Ressourcenorientierung

TH: Was gibt es in Ihrem Leben, das Ihnen Halt gibt?

Frau H: Mein Freund und mein Hund und mein Sohn.

TH: Können Sie Dinge benennen, die Ihnen früher geholfen haben, wenn sie sich nicht wohl gefühlt haben?

Frau H: Ja, früher habe ich mich viel durch Arbeit abgelenkt und weiter gemacht oder Medikamente genommen. Ich habe sehr viel gearbeitet.

TH: Kennen sie ihre Stärken? Können sie diese selber einschätzen und benennen?

Frau H: Im Moment habe ich keine.

TH: Gibt es Freizeitaktivitäten, die sie gern machen?

Frau H: Im Moment mache ich manchmal Gymnastik oder gehe schwimmen.

TH: Wie oft?

Frau H: Ich habe gestern ein Verbot bekommen vom Arzt, weil mein Knie wieder entzündet ist. Jetzt darf ich keinen Sport mehr machen.

TH: Glauben Sie, dass sie selber etwas an Ihrer Situation und Befinden ändern können?

Frau H: Ich weiß es nicht. Ich hoffe. Ich weiß nicht was noch kommt. Ich habe das Gefühl, ich habe schon alles gegeben.

TH: Gibt es sonstige Hobbys oder Ehrenämter, in denen sie Bestätigung erfahren?

Frau H: Momentan nicht.

TH: Wenden sie bestimmte Strategien, die sich in Vorbehandlungen oder auch der TRG gelernt haben, tatsächlich auch an?

Frau H: Skills?

TH: Zum Beispiel.

Frau H: Das ist bei mir eher schwer.

### 2. Erfolgsskript – Aufarbeitung von „Altlasten“

TH: Planen Sie irgendwelche größeren Veränderungen in Ihrem Leben in der Zukunft vorzunehmen?

Frau H: Angenommen, wenn ich wieder gesund wäre und ich dann vielleicht nicht wieder Kunst mache, aber irgendwas das mir Spaß macht. Da weiß ich noch nicht was, das hätte ich gern.

TH: Gelingt es Ihnen heute, ihr Leben in einen für Sie verständlicheren Gesamtzusammenhang zu

sehen?

Frau H: Ich glaube eher nicht.

TH: Würden sie sagen, durch die TRG haben sie an Zuversicht gewonnen, dass sie sich den Problemen aktiv stellen können?

Frau H: Nein. Das ist genau das. Ich habe gerade den Anfang gemacht und die Gruppe ist jetzt um.

TH: Haben sie das Gefühl, sie konnten zumindest ein wenig ihren alten Kram los werden?

Frau H: Nein.

### 3. Erfolgsskript – Zukunftsorientierung

TH: Können Sie sich auf ein Ereignis in der nahen oder fernen Zukunft freuen?

Frau H: Nein.

TH: Haben Sie eine Vorstellung davon, wie Sie Ihr zukünftiges Leben positiver gestalten wollen?

Frau H: Nein.

TH: Haben Sie konkrete Ziele formuliert, die Sie in der nächsten Zeit erreichen wollen?

Frau H: Erstmal die Krankheit zu verarbeiten und danach kommen die anderen Pläne.

TH: Gibt es für Ihre Zukunft positive oder erfreuliche Ereignisse, die sie seit dem TRG Ende erlebt haben?

Frau H: Nein.

TH: Was hat Ihnen seit dem letzten Gespräch in unserer Einrichtung geholfen, besser mit dem Ereignis fertig zu werden (Therapie, Kur, Sonstiges)?

Frau H: Meine ambulante Therapeutin.

TH: Glauben sie, dass ihnen durch eine weitere Therapie, z.B. die Reha, die sie machen möchten, geholfen werden kann?

Frau H: Da bin ich nicht sicher, aber ich werde das auf jeden Fall machen. Vielleicht hilft es ja doch was.

### 4. Erfolgsskript – Nachhaltige positive Beziehung zum Therapeuten/der Gruppe

TH: Erschienen Ihnen die Gespräche/ Vorschläge/ Übungen in der TRG als hilfreich?

Frau H: Zum Teil. In der TRG haben wir ja keine Übungen gemacht.

TH: Glauben Sie, dass Sie die Inhalte der TRG, in ihrem Fall andere Leute ansehen, mal eine Frage zu Stellen im Gespräch im Alltag anwenden können?

Frau H: keine Antwort - [Frau H. dissoziiert]

TH: Sollen wir eine Pause machen?

Frau H: Nein.

TH: Ich wiederhole die letzte Frage. Glauben Sie, dass Sie die Inhalte der TRG, in ihrem Fall andere Leute ansehen, mal eine Frage zu stellen, im Gespräch im Alltag anwenden können?

Frau H: Ich bin ja noch immer so zurückgezogen und habe gar keine Möglichkeit jemanden an zu sprechen.

TH: Verstehe, sie haben daher gar keine Möglichkeit, zu üben.

Frau H: Ja. Will ich momentan aber auch nicht.

TH: Haben Sie für sich Strategien entwickelt, die Ihnen insgesamt helfen können?

Frau H: Nein.

TH: Haben sie noch zu einzelnen Teilnehmerinnen ihrer TRG Gruppe Kontakt?

Frau H: Ja, wir haben Telefonnummern ausgetauscht und haben diese WhatsApp Gruppe. Die schreiben sich gegenseitig. Ich hab am Anfang einmal geschrieben, aber jetzt nicht mehr.

TH: Sie sind dann ein passives Mitglied. Hilft Ihnen das?

Frau H: Nicht wirklich, aber es ist nett zu sehen, wie die so miteinander vertraut sprechen. Die wollen sich auch treffen, einmal in einem Kaffee, aber ich werde mit Sicherheit da nicht hingehen.

TH: Warum nicht?

Frau H: Ich will nicht.

### 5. Erfolgsskript – Unterstützung durch das soziale Umfeld

TH: Fühlen sie sich denn durch ihr Umfeld, z.B. ihren Partner, ihren Sohn ausreichend unterstützt, oder hätten sie gerne mehr Unterstützung?

Frau H: Die können mich nicht mehr unterstützen, ich muss selber gucken wie ich weiter komme. Wie mein Freund mich unterstützt ist ausreichend, mehr will ich nicht.

TH: Fühlen sie sich von ihren Angehörigen verstanden?

Frau H: Nicht immer aber viel mehr als früher.

TH: Gibt es Menschen, denen sie vertrauen können und die sie jederzeit kontaktieren können, wenn sie sie brauchen?

Frau H: Ja, mein Partner ist jederzeit da und mein Sohn ist teilweise da. Mein Sohn ist 19 Jahre und hat sein eigenes Leben.

TH: Haben sie das Gefühl, das ihr Freundeskreis Verständnis hat?

Frau H: Es gibt mehrere die von meiner Krankheit wussten. Denen habe ich damals geschrieben, dass ich keinen Kontakt mehr haben möchte, weil es mir gerade nicht gut geht und ich mich melde, wenn ich wieder bereit bin.

TH: Und das war ok?

Frau H: Ja, eine Einzige, mein Patenkind in der Schweiz, zu der habe ich ab und zu telefonisch Kontakt.

### 1. Misserfolgsskript – mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld

TH: Fehlen ihnen denn persönliche Kontakte zu Menschen, die sie unterstützen oder ist das gerade von ihnen so gewählt?

Frau H: Das ist so gewählt.

TH: Haben sie das Gefühl, für bestimmte andere Menschen gerade die Verantwortung zu tragen, weil vielleicht gerade kein anderer die Rolle einnimmt?

Frau H: Mein Partner wahrscheinlich.

TH: Sind sie ungewollt von Familienmitgliedern getrennt?

Frau H: Nein.

TH: Gibt es Konflikte in ihrer Familie die sie belasten?

Frau H: Ja klar, mit meinem Partner, wenn ich traumatische Erinnerungen von früher habe mit meinen Eltern, und er das nicht versteht.

TH: Mit wie viel Leuten haben sie regelmäßig Kontakt?

Frau H: Mein Partner, täglich; Sohn alle 1-2 Wochen; Ex-Ehemann (Vater des Sohnes) durchschnittlich ca. 1-2 Mal pro Monat. Zu anderen Personen will ich keinen Kontakt.

### 2. Misserfolgsskript – Unterbrechung des Heilungsprozesses

TH: Werden sie in nächster Zeit mit belastenden Situationen konfrontiert?

Frau H: Ein Verfahren wegen EU-Rente läuft. Vor einem Monat habe ich den Antrag gestellt. Das Arbeitsamt möchte, dass ich Rente bekomme.

TH: Würden sie sich jetzt gerade als ausreichend stabil fühlen, damit umzugehen falls die Rente nun nicht bewilligt würde und somit eine neue Belastung auf sie zukäme, könnten sie damit umgehen?

Frau H: Schwierig.

TH: Gab es andere negative oder unangenehme Ereignisse, die sie während oder nach der TRG erlebt haben?

Frau H: Ich hatte diesen Autounfall hier auf dem Rückweg der Gruppe. Ich wollte an der Tankstelle tanken und von hinten seitlich ist mir wer aufgefahren. Das war ein wahnsinniger Krach und ich konnte erst nicht sehen, was passiert ist. Das war kurz vor dem Ende der Gruppenlaufzeit (3-4 Sitzungen vor Ende).

TH: Wie belastend ist das heute noch?

Frau H: Sehr. Seit dem habe ich große Probleme beim Autofahren. Ich habe beim Fahren immer Angst, wenn jemand wo rausfahren will. Dann stockt kurz mein Atem.

### 3. Misserfolgsskript - Fehlende Hoffnung in die Wirksamkeit der Therapie

TH: Glauben sie, das ihr momentaner psychischer Zustand durch die weitere Therapie eine Veränderung eintreten wird?

Frau H: Ich hoffe. Weiß nicht.

TH: Haben sie manchmal die Befürchtung, dass eine weitere Therapie, wenn sie beurteilen, was sie rein stecken an Anstrengung versus was sie raus kriegen, das dieses Verhältnis nicht so gut ist?

Frau H: Das weiß man nie so genau. Manchen geht es nach einer Trauma Behandlung, wenn alles mal raus ist, viel besser und manchen nicht.

TH: Und Sie, haben sie das Gefühl, was sie investiert haben in der TRG, passt zu dem Ergebnis oder würden sie sagen, sie haben mehr erwartet?

Frau H: Ich habe natürlich mehr erwartet, aber das liegt nicht unbedingt an der Gruppe sondern bei mir, das die Geschwindigkeit anders war als bei anderen Patienten.

TH: Haben sie in Vorbehandlungen schon mal negative Erfahrungen gemacht?

Frau H: In der Reha hätte ich mir mehr Einzeltherapie gewünscht. Ich hätte mir mehr Traumatherapie gewünscht.

TH: Fällt es ihnen schwer, Unterstützung durch Behandler wie z.B. ihre ambulante Psychotherapeutin an zu nehmen?

Frau H: Nein, eher leicht.

TH: Würden sie sagen, sie neigen dazu, sich auf sich selbst zu verlassen?

Frau H: Sie meinen alles auf mich? Ja.

### 4. Misserfolgsskript geringe Anerkennung durch Funktionsträger

TH: Glauben sie, dass ihr psychischer Zustand auch davon abhängt, ob die Rente bewilligt oder nicht bewilligt wird?

Frau H: Ja. Eine Ablehnung würde mir schwer fallen. Ich bin ja nicht nur traumatisiert, sondern ich habe auch eine Depression. Wenn das wegfällt, das wäre ein Schlag.

TH: Hat sich ihre finanzielle Situation verändert, während/ nach der Gruppenlaufzeit?

Frau H: Das ist fast gleich geblieben. Jetzt zahlt das Arbeitsamt. Das ist etwas weniger.

TH: Ist das in irgendeiner Form belastend oder kommen sie damit aus?

Frau H: Im Moment ist mir das nicht wichtig. Wenn ich allein wäre, käme ich nicht über die Runden, aber mit meinem Partner ist es noch ok.

### 5. Misserfolgsskript – Wunsch nach Berentung

TH: Können sie sich vorstellen, irgendwann mal Ihren Beruf wieder aus zu üben?

Frau H: Im Moment denke ich nicht. Der Kunstberuf, aktueller Stand, auf gar keinen Fall.

TH: Würden sie gern irgendwann mal eine Umschulung oder andere Tätigkeit machen?

Frau H: Also wenn dann eine andere Tätigkeit.

TH: Gäbe es einen Beruf der Ihnen Freude bereiten würde

Frau H: Ich könnte mir einen Bauernhof vorstellen mit Ferienwohnungen. Aber das ist unrealistisch, weil mein Freund das nicht mitmachen will. Das wäre ruhig und ich möchte Tiere um mich haben.

TH: Warum schließen sie den gelernten Beruf der Künstlerin aus?

Frau H: Da habe ich plötzlich so was Sinnloses empfunden. Ein Knopf hat sich umgelegt. Das habe ich nur gemacht, um mich nicht um zu bringen. So komische Gedanken kamen.

TH: Glauben sie, wenn sie wieder als Künstlerin tätig wären, würden Ihre Beschwerden mehr werden?

Frau H: Zumindest würde alles wieder hoch kommen.

## **9. Gesamtfriedenheit mit TRG**

TH: Verglichen mit dem Zeitraum vor der Gruppe, hat sich ihr Gesamtzustand in wie fern verändert?

Frau H: Der ist etwas schlechter.

TH: Die Verschlechterung führen sie auf die Gruppe zurück oder hat eher nichts mit der Gruppe zu tun oder mit anderen Dingen?

Frau H: Die hat mit mir zu tun.

TH: Heißt das, mit der Gruppe hat die Verschlechterung nichts zu tun oder ein bisschen?

Frau H: Nein, eigentlich nicht.

TH: Mit dem Ergebnis der Gruppe sind sie sehr zufrieden, eher zufrieden, eher unentschieden, eher unzufrieden, sehr unzufrieden.

Frau H: Schon unzufrieden.

TH: Betrachten Sie die TRG als einen Fehlschlag?

Frau H: Nein.

TH: Gab es Teilerfolge, die sie dennoch für sich festhalten können aus der Teilnahme an der TRG?

Frau H: Ja, das ich am Ende etwas erzählen konnte.

TH: Für den Fehlschlag in der Therapie sehen Sie die Verantwortung bei sich, bei den Gruppenleiterinnen, bei der Methode oder anderen äußeren Umständen? Bitte geben sie eine Reihenfolge 1-4 an, bei wem sie die Verantwortung sehen.

Frau H: Nur bei mir.

TH: Möchten sie abschließend noch etwa zur Traumagenesungsgruppe kommentieren?

Frau H: Wie lang ging die Gruppe insgesamt?

TH: 16 Wochen plus zwei Diagnostiksitzungen, macht 18 Wochen insgesamt.

Frau H: Ich hätte mir ein halbes Jahr gewünscht. Bei mir war das ja sowieso langsam, aber bei anderen Leuten hatte ich auch das Gefühl, das die gerade so mittendrin sind und noch ein bisschen könnte die noch weiter gehen.