

Auswirkungen eines stationären gruppentherapeutischen Behandlungskonzeptes auf Symptomlage und interpersonale Probleme

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae (Dr. med.)

**vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

von Juliane Jakob

geboren am 26.07.1989 in Jena

Gutachter

- 1. Prof. Dr. B. Strauß, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena**
- 2. Prof. Dr. U. Brandl, Klinik für Kinderheilkunde/Neuropädiatrie, Universitätsklinikum Jena**
- 3. Prof. Dr. H.-J. Hannich, Institut für Medizinische Psychologie, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald**

Tag der öffentlichen Verteidigung: 04.10.2016

Abkürzungsverzeichnis

B	unstandardisierter Regressionskoeffizient zur Beschreibung des Einflusses einer unabhängigen auf eine abhängige Variable
d	Cohens d; statistisches Maß zur Beschreibung der Effektgröße
df	Freiheitsgrad als Differenz zwischen der Anzahl unabhängiger Beobachtungswerte und der Anzahl schätzbarer Parameter
ES	Effektstärke als Maß für die Ausprägung eines statistischen Phänomens
F	Prüfgröße des F-Testes, der die Varianz zwischen zwei oder mehr Stichproben auf Signifikanz hin prüft
GSI	Global Severity Index, Globaler Kennwert SCL-90 zur grundsätzlichen psychischen Belastung
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision
IIP	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme
IIP: BC	zu streitsüchtig/konkurrierend
IIP: DE	zu kalt/abweisend
IIP: FG	zu introvertiert/sozial vermeidend
IIP: HI	zu selbstunsicher/unterwürfig
IIP: JK	zu ausnutzbar/nachgiebig
IIP: LM	zu fürsorglich/freundlich
IIP: NO	zu expressiv/aufdringlich
IIP: PA	zu autokratisch/dominant
IIP-32	Kurzform des IIP mit 32 Items
IIP-C	Kurzform des IIP mit 64 Items

IIP-D	Langform des IIP mit 127 Items
MW	Mittelwert
n	Stichprobenumfang
p	Signifikanzwert als Ergebnis eines statistischen Signifikanztestes zur Wahrscheinlichkeitsabschätzung eines Beobachtungswertes
PSDI	Positive Symptom Distress Index, Globaler Kennwert SCL-90 zur Intensität der Antworten
PST	Positive Symptom Total, Globaler Kennwert SCL-90 zur Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt
r	Korrelationskoeffizient als statistisches Maß für das Ausmaß des linearen Zusammenhanges zwischen zwei Merkmalen
R ²	Bestimmtheitsmaß zur Abschätzung des durch ein statistisches Modell erklärten Anteils der Varianz einer abhängigen Variable y
SCL-90-R	Symptom – Check – Liste 90 Revised
SD	Standardabweichung
SE	Standardfehler
SPSS	Statistical Package of the Social Sciences, Computerprogramm zur statistischen Auswertung von Daten
t	Prüfgröße des t – Tests
x ²	Prüfgröße des x ² – Tests
VIF	Variance – Inflation – Factor, Kehrwert der Toleranz als Differenz zwischen 1 und dem Bestimmtheitsmaß für die Regression einer unabhängigen Variablen auf die übrigen unabhängigen Variablen einer Regressionsfunktion
z	Prüfgröße des Wilcoxon-Tests
β	standardisierter Regressionskoeffizient zur Beschreibung des Einflusses einer unabhängigen auf eine abhängige Variable

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	1
Inhaltsverzeichnis	3
Zusammenfassung	5
1. Einleitung.....	7
1.1 Hinführung zum Thema.....	7
1.2 Theoretischer Hintergrund.....	8
1.2.1 Störungsbilder innerhalb der untersuchten Stichprobe.....	8
1.2.1.1 Anorexia nervosa.....	9
1.2.1.2 Bulimia nervosa	10
1.2.1.3 Somatoforme Störungen.....	11
1.2.1.4 Depression.....	12
1.2.2 Angewandtes therapeutisches Konzept- Gruppenpsychotherapie	13
1.2.2.1 Definition einer Gruppe	13
1.2.2.2 Therapeutische Gruppen	13
1.2.2.3 Historische Grundlagen der Gruppenpsychotherapie	14
1.2.2.4 Voraussetzungen der Gruppenpsychotherapie.....	15
1.2.2.5 Strukturelle Merkmale einer therapeutischen Gruppe.....	15
1.2.2.6 Rollenverteilung innerhalb einer (therapeutischen) Gruppe.....	16
1.2.2.7 Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie.....	17
1.2.2.8 Risiken und Nebenwirkungen in der Gruppenpsychotherapie	20
1.2.2.9 Gruppenpsychotherapieforschung – empirische Wirksamkeitsbelege	21
1.2.3 Angewandtes therapeutisches Konzept - tiefenpsychologisch orientierte interaktionelle Gruppenpsychotherapie.....	22
1.2.3.1 Methodische Einordnung	22
1.2.3.2 Historischer Kontext.....	22
1.2.3.3 Theoretisches Konzept und Umsetzung	23
1.2.4 Angewandtes therapeutisches Konzept - zusätzlich angewandte therapeutische Verfahren.....	25
1.2.4.1 Autogenes Training.....	25
1.2.4.2 Kommunikative Bewegungstherapie.....	25
1.2.4.3 Musiktherapie	26
1.2.5 Interpersonale Theorie	26
2. Ziele der Arbeit	30

3. Methodik	32
3.1 Stichprobe	32
3.2 Datenerhebung.....	35
3.3 Behandlungssetting	35
3.4 Messinstrumente	37
3.4.1 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP).....	37
3.4.2 Symptom-Check-Liste 90 Revised (SCL-90-R)	39
3.5 Statistische Auswertung	41
4. Ergebnisse.....	43
4.1 Drop-out-Analysen	43
4.2 Hypothesenprüfung	46
4.2.1 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich Symptombereichen	46
4.2.2 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich Patientengruppen bzgl. deren Hauptdiagnose.....	47
4.2.3 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich Patientengruppen bzgl. soziodemografischer Merkmale	50
4.2.4 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich interpersonaler Probleme	52
4.2.5 Abhängigkeit des Ausmaßes der Therapieauswirkungen.....	53
5. Diskussion	62
5.1 Inhaltliche Diskussion	62
5.1.1 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich Symptombereichen	62
5.1.2 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich Patientengruppen bzgl. deren Hauptdiagnose.....	64
5.1.3 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich Patientengruppen bzgl. soziodemografischer Merkmale	68
5.1.4 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich interpersonaler Probleme	70
5.1.5 Abhängigkeit des Ausmaßes der Therapieauswirkungen.....	72
6. Schlussfolgerungen	78
7. Literatur- und Quellenverzeichnis	80
8. Anhang	98
8.1 Ergänzende Abbildungen	98
8.2 Messinstrumente	103
8.3 Lebenslauf.....	107
8.4 Danksagung	108
8.5 Ehrenwörtliche Erklärung	109

Zusammenfassung

Schon im alten Griechenland charakterisierte Platon die Menschen als Gemeinschaften bildende Lebewesen. An dieser Sichtweise hat sich bis heute wenig geändert. Allerdings wurde über die Jahre herausgearbeitet, dass durchaus auch Probleme und destruktive Kräfte im Rahmen dieser Gruppen zum Tragen kommen können. Die Gruppenpsychotherapieforschung hat sich zum Ziel gesetzt, diese in der Gruppe entstandenen Störungen auch dort zu behandeln. Die diesbezügliche Forschungsarbeit stellt ein in sich sehr heterogenes Konstrukt dar, da bestimmte Zweige sehr ausgiebig und umfangreich erforscht wurden, während in anderen Bereichen noch viel Arbeit nötig ist. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll nun ein Beitrag auf dem Gebiet der Forschung zu stationärer tiefenpsychologisch orientierter interaktioneller Gruppenpsychotherapie im Rahmen eines multimodalen Gesamtbehandlungsplanes geleistet werden.

Dazu wurden die Daten von insgesamt 235 Patienten des Arbeitsbereiches Psychosomatik des Universitätsklinikums Jena in den Jahren 2006 bis 2012 ausgewertet. Der Fokus lag dabei auf der Erfassung der Symptombelastung und der interpersonellen Probleme zu Therapiebeginn und Therapieende. Dies geschah für die Symptombelastung unter Verwendung der Symptom-Check-Liste 90 Revised (SCL-90-R) und für die interpersonalen Probleme mit Hilfe der Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-32). Die jeweiligen Differenzen zwischen Therapiebeginn und -ende wurden als Auswirkungen des angewandten gruppentherapeutischen Konzeptes interpretiert. Die Untersuchung der Therapieauswirkungen auf einzelne Symptombereiche zeigte für alle analysierten Bereiche signifikante Veränderungen auf, wobei diese für Depressivität, Zwanghaftigkeit und Unsicherheit am deutlichsten ausfielen. Im Rahmen der Analyse bestimmter Patientengruppen ließen sich für die Hauptdiagnosen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, somatoforme Störungen und Depression jeweils signifikante Verbesserungen der grundsätzlichen psychischen Belastung nachweisen. Am stärksten waren diese bei Patienten mit Bulimia nervosa und Depression ausgeprägt. Im Vergleich verschiedener Patientengruppen hinsichtlich Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Beziehungs- und Bildungsstand ließen sich ebenfalls für alle jeweiligen Untergruppen signifikante Veränderungen aufzeigen. Auch die Analyse der interpersonalen Problemlage im Vergleich von Therapieanfang und Therapieende zeigte eine signifikante Abnahme der Belastung durch interperso-

nale Probleme. Zur Vorhersage des Ausmaßes an Therapieauswirkungen im Sinne einer Reduktion der grundsätzlichen psychischen Belastung wurde ein Modell mit insgesamt fünf Prädiktoren erstellt, das eine statistisch signifikante Aufklärung ermöglichte. Bei den Faktoren handelte es sich in der Reihenfolge ihres Einflusses im Gesamtmodell um die Ängstlichkeit zu Therapiebeginn, die Zwanghaftigkeit zu Therapiebeginn, die Veränderung interpersonaler Probleme im Therapieverlauf, die Belastung mit interpersonalem Problemen zu Therapiebeginn und die psychotischen Symptome zu Therapiebeginn.

Die geschilderten Ergebnisse wurden vor dem Hintergrund der diesbezüglichen Fachliteratur diskutiert. Schlussfolgernd wurde dabei konstatiert, dass zahlreiche bereits aus der Fachliteratur bekannte Effekte für das untersuchte Therapiekonzept nachgewiesen werden konnten. Einige unerwartete Ergebnisse gilt es in weiteren Untersuchungen zu überprüfen.

1. Einleitung

1.1 Hinführung zum Thema

„Man ist nicht bloß ein einzelner Mensch, man gehört einem Ganzen an.“

In diesem Satz von Theodor Fontane wird kurz und prägnant, aber dafür umso deutlicher ausgedrückt, dass wir Menschen als „soziale, auf Gemeinschaft angelegte und Gemeinschaften bildende Lebewesen“ (Platon) immer im Kontext unseres Umfeldes agieren und reagieren. Unter diesem Aspekt betrachtet stellt Gruppenpsychotherapie also eine logische Behandlungsform für ein derartiges Lebewesen dar. Gestützt wird diese Aussage durch Erkenntnisse aus der Sozialpsychologie. Dort wurde in Bezug auf die Annahmen Sigmund Freuds (1976), dass im Seelenleben des Einzelnen regelmäßig Andere in verschiedenen Funktionen wie Helfer oder auch Gegner vorkämen, diese Introjektionsüberzeugungen insofern ausgeweitet, als dass von der impliziten Anwesenheit ganzer Beziehungsgeflechte ausgegangen wird (Laing 1974). Diese entstammen oftmals frühen Erfahrungen mit sozialen Gefügen wie der Primärfamilie. Ähnliche Erfahrungen begleiten uns dann durch unser ganzes Leben. So haben wir im Laufe der Jahre die unterschiedlichsten Arten von Beziehungen zu Anderen aufgebaut – sei es in der Kindergartengruppe, in der Schulklasse oder im Arbeitsalltag. Überall sind wir gezwungen, uns in Gefüge zu integrieren, innerhalb derer wir sowohl in dyadischen (also im Bereich der Zweierbeziehung) als auch in triangulären (also im Bereich der Mehrpersonen- oder Dreiecksbeziehungen) Situationen agieren müssen. Konnten nun die für diese Interaktionen nötigen Kompetenzen aus verschiedenen Gründen gar nicht oder nur eingeschränkt aufgebaut werden, wird es früher oder später zu Konflikten kommen. Diese äußern sich je nach zu Grunde liegender Störung und entsprechend der übrigen Persönlichkeitsmerkmale in Form verschiedener psychischer Erkrankungen. So gilt eine perfektionistische, rigide Persönlichkeit (Pryor und Wiedermann 1996) in Kombination mit einer fehlgeschlagenen Separation von übermächtigen Bezugspersonen (Reich 2004) als Risikofaktor für die Entwicklung einer Anorexia nervosa. Vor diesem Hintergrund stellt der Behandlungsansatz psychischer Störungen durch Gruppenpsychotherapie also eine logische Konsequenz dar. Allerdings reicht diese Erkenntnis allein natürlich nicht aus, um den Einsatz gruppentherapeutischer Modelle zu rechtfertigen. Hierfür sind empirische Belege der Wirksamkeit dieser Therapieform nötig. Vor allem im Bereich der stationären Gruppenpsychotherapie stellt die Komplexität des stationären Settings die diesbezügliche Forschung jedoch vor große Herausforderungen (Strauß 2010). Hierbei ist es mitun-

ter sehr schwierig, die Effekte der Gruppenpsychotherapie von denen anderer Therapieformen innerhalb multimodaler stationärer Behandlungskonzepte abzubilden. Laut Strauß (2010) „ist aber davon auszugehen, dass die wesentlichen Veränderungsprozesse sich in der Gruppenpsychotherapie fokussieren und dort bearbeitet werden können, weswegen es legitim ist, die Wirksamkeit stationärer Gruppenpsychotherapien auch systematisch zusammenzufassen“.

Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, den diesbezüglichen Forschungsstand auszuweiten. Konkret sollen dabei die Auswirkungen tiefenpsychologisch orientierter interaktioneller Gruppenpsychotherapie als Bestandteil eines multimodalen Gesamtbehandlungsplanes im stationären Setting auf die Symptomlage und die interpersonellen Probleme untersucht werden. Dazu wurden die Auswirkungen der Therapie auf verschiedene Symptombereiche und auf spezielle Patientengruppen hinsichtlich Hauptdiagnose und soziodemografischer Merkmale untersucht. Des Weiteren wurde die Veränderung der interpersonalen Problemlage abgebildet. Schlussendlich erfolgte die Erstellung eines Modells zur Erklärung der Prädiktion des Ausmaßes der Therapieauswirkungen durch verschiedene Variablen.

1.2 Theoretischer Hintergrund

1.2.1 Störungsbilder innerhalb der untersuchten Stichprobe

Im folgenden Abschnitt soll ein kurzer Überblick über die Störungsbilder gegeben werden, die im weiteren Verlauf dieser Arbeit Eingang in die statistische Auswertung gefunden haben, da sie den Hauptteil der Krankheitsbilder innerhalb der Untersuchungsgruppe darstellen. Dabei handelt es sich um die Anorexia nervosa, die Bulimia nervosa, die somatoformen Störungen und die Depression. Die übrigen vergebenen Diagnosen (atypische Essstörung, Angststörung und Persönlichkeitsstörung) werden nicht näher dargestellt, da sie im Verlauf der weiteren Analysen keine bedeutende Rolle spielen.

1.2.1.1 Anorexia nervosa

Laut ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision) handelt es sich bei der Anorexia nervosa (F50.0) um eine psychische Erkrankung, die durch verschiedene diagnostische Kriterien gekennzeichnet ist (Weltgesundheitsorganisation 1994). Dazu gehört ein tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem zu erwartenden Körpergewicht oder ein BMI von $17,5 \text{ kg/m}^2$ und weniger. Der entsprechende Gewichtsverlust ist selbstinduziert durch Vermeidung hochkalorischer Nahrungsmittel oder Anwendung gegenregulatorischer Maßnahmen wie Erbrechen oder Abführen. Hinzu kommt eine Körperschemastörung im Sinne der Angst „zu dick zu werden“ als überwertiger Idee. Auch endokrine Störungen der Hypothalamus-Hypophysen-Achse wie Amenorrhö bei Frauen oder Potenzverlust bei Männern zählen zu den diesbezüglichen Kriterien. Bei Erkrankungsbeginn vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte gestört. Die Ursachen der Erkrankung sind vielfältig und gestalten sich multifaktoriell. Laut Bulik et al. (2006) lässt sich eine genetische Komponente von 56% vermuten. Auch soziokulturellen Einflüssen wird eine Bedeutung zugeschrieben. So gehen restriktives Essverhalten und ein extremes Schlankeitsideal mit der Zugehörigkeit zu höheren sozialen Schichten einher (Ogden und Thomas 1999). Neurobiologisch betrachtet geht man heute von einer serotonergen Dysfunktion als prädisponierendem Faktor bei den Betroffenen aus (Bailer et al. 2005). Patienten mit Anorexia nervosa werden als perfektionistisch, rigide und emotional eingeengt beschrieben (Pryor und Wiedermann 1996). Sie können sich nicht als selbstbestimmt wahrnehmen und die Krankheit stellt einen Versuch dar, Autarkie zu gewinnen (Selvini-Palazzoli 1984), weshalb sie einer Behandlung oft ambivalent gegenüber stehen, weil diese als Niederlage in der Autonomiebestrebung gesehen wird. Die Anorexia nervosa zählt in der Psychiatrie zu den Krankheitsbildern mit der höchsten Sterblichkeitsrate (Keel et al. 2003). Trotzdem existieren nur relativ wenige aussagekräftige Studien bzgl. ihrer Behandlung (Agras et al. 2004, Hay et al. 2004, Herzog 2000). In der 2014 veröffentlichten ANTOP-Studie konnten keine relevanten Unterschiede zwischen psychodynamischer Therapie und kognitiv behavioraler Therapie bei der ambulanten Behandlung von Patienten mit Anorexia nervosa gefunden werden. Allerdings können beide Therapieformen als wirksam und der optimierten Form der derzeit praktizierten Psychotherapie überlegen angesehen werden (Zipfel et al. 2014). Dabei stellten schon Herzog und Hartmann (1997) und Herzog und Sandholz (1997) heraus, dass die

Prognose von Patienten mit Anorexia nervosa durch psychodynamische Therapie verbessert werden könne, aber das Gesamttherapiekonzept immer auch behaviorale Aspekte beinhalten sollte, um eine Symptomzentrierung zu gewährleisten. Die modernen therapeutischen Konzepte beinhalten auf Grund der multifaktoriellen Ätiologie heute zumeist auch multimodale Ansätze, die tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische und zum Teil familientherapeutische Ansätze beinhalten (Herpertz et al. 2004). Während die ambulante Therapie zumeist in Form von Einzeltherapie durchgeführt wird, findet man im Rahmen stationärer Behandlungskonzepte sehr oft den Einsatz gruppentherapeutischer Elemente. Allerdings ist die Studienlage zu dieser Form der Behandlung im Moment noch unzureichend, sodass kaum Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit von Gruppentherapie bei Anorexie gemacht werden können (Strauß und Mattke 2012).

1.2.1.2 Bulimia nervosa

Entsprechend der ICD-10-Klassifikation (Weltgesundheitsorganisation 1994) ist die Bulimia nervosa (F50.2) eine psychische Erkrankung, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sich die Betroffenen ständig mit der Nahrungsaufnahme beschäftigen. Sie erleiden Essattacken mit einer unwiderstehlichen Gier zur Nahrungsaufnahme in großen Mengen. Dabei haben sie aber panische Angst davor, „zu dick“ zu werden. Aus diesem Grund führen sie Maßnahmen zur Gegenregulation durch. Hierzu zählen selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Medikamenten wie Abführmitteln oder Schilddrüsenhormonen und zeitweilige Hungerperioden. Nicht selten geht der eigentlichen Bulimie eine anorektische Anfangsphase voraus. Ähnlich der Anorexie geht man auch bei der Bulimia nervosa von einer multifaktoriellen Pathogenese aus. Hierbei spielen genetische, familiäre, soziokulturelle und Persönlichkeitsfaktoren eine Rolle (Reich 2003). So ist die Bulimie deutlich mit dem hierzulande verbreiteten leistungsorientierten Wertesystem und dem Körperideal verbunden (Reich 2003). Hinsichtlich ihrer Persönlichkeit werden Patienten mit Bulimia nervosa als „affektlabil“ (Westenhöfer 1992) und „dramatisch-impulsiv“ (Steiger et al. 1997) beschrieben. An Hand von Zwillingsstudien geht man von einer gewissen Heredität bei Bulimia nervosa aus (Lilienfeld et al. 1997). Ein 2004 veröffentlichter Cochrane Review von Hay und Bacaltchuk analysiert die Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Methoden in der Behandlung der Bulimia nervosa. Dabei zeigte sich die signifikante Überlegenheit einer kognitiven Verhaltenstherapie im Vergleich zu anderen psychotherapeutischen Verfahren. Allerdings konnte auch für die Therapie im Sinne einer

psychodynamischen Psychotherapie eine deutliche Verbesserung der Prognose bei Patienten mit Bulimia nervosa nachgewiesen werden (Hertzog und Hartmann 1997, Hertzog und Sandholz 1997). Der Großteil der bisher durchgeführten Studien bezüglich der Wirksamkeit bestimmter Therapieverfahren bezieht sich auf die Einzeltherapie. Laut Thompson-Brenner et al. (2003) zeichnet sich allerdings ab, dass auch Gruppentherapie bei Bulimia nervosa eine angemessene Wirksamkeit zeigt.

1.2.1.3 Somatoforme Störungen

Bei den somatoformen Störungen (F45) handelt es sich um eine Gruppe mehrerer Erkrankungen, die Überschneidungspunkte in wesentlichen diagnostischen Kriterien aufweisen. Um von einer somatoformen Störung sprechen zu können, fordert die ICD-10-Klassifikation bestimmte diagnostische Kriterien (Weltgesundheitsorganisation 1994). Dazu gehört die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome, auf Grund derer die Patienten hartnäckig medizinische Abklärung fordern. Trotz wiederholt negativer Befunde halten die Betroffenen die Forderung nach weiteren Untersuchungen aufrecht. Werden somatische Befunde erhoben, so können diese das Ausmaß und die Art der Symptome nicht zufriedenstellend erklären. Dabei unterteilt man die somatoformen Störungen entsprechend ihrer jeweiligen Symptomausprägung in die Untergruppen Somatisierungsstörung (F45.0), hypochondrische Störung (F45.2), somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3) und anhaltende Schmerzstörung (F45.4). Charakteristisch für die Somatisierungsstörung sind multiple wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren bestehen. Bei der Hypochondrischen Störung sind die Patienten überzeugt, an einer oder mehreren unheilbaren Krankheiten zu leiden und beschäftigen sich ständig mit dieser Thematik. Patienten mit einer somatoformen autonomen Funktionsstörung schildern Beschwerden, die im Bereich eines weitgehend vegetativ innervierten körperlichen Systems oder Organs liegen. So kommt es zu Herzneurosen, Magen-neurosen oder dem Colon irritabile. Die anhaltende Schmerzstörung ist gekennzeichnet durch andauernde, quälende Schmerzen, die durch körperliche Prozesse nicht hinreichend erklärt werden können und in Verbindung mit emotionalen Konflikten und Belastungen auftreten. Auch die somatoformen Störungen haben einen multifaktoriellen Ursprung. Dazu zählen bspw. bestimmte Persönlichkeitsaspekte wie hypochondrische Einstellung und ausgeprägt negative Affektivität (Gündel 2005). Entwicklungspsychologische Aspekte scheinen ebenso eine Rolle zu spielen. So fördern ein übermäßiger familiärer Somatisierungsstil und Klaghaftig-

keit der Familienmitglieder die Ausbildung eines typischen Krankheitsverhaltens (Noyes et al. 2003). Auch soziokulturelle Aspekte wie etwa gesellschaftlich konstruierte „Modekrankheiten“ tragen entscheidend zur Krankheitsentstehung bei (Ford 1997). Entsprechend ihrer multifaktoriellen Genese gestaltet sich auch die Therapie somatoformer Störungen multimodal. Dabei gibt es gute Wirkbelege für kognitiv verhaltenstherapeutische Konzepte sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting (Kroenke und Swindle 2000). Auch psychodynamisch orientierte Ansätze zeigen hinsichtlich ihrer Therapieeffizienz ermutigende Resultate (Henningsen et al. 2002). Im Rahmen der sogenannten Düsseldorf-Köln-Studie wurde eine psychodynamisch-interaktionelle Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie im ambulanten Setting durchgeführt. Hierbei konnten deutliche und auch hinsichtlich der Katamnese stabile Effekte bei Patienten mit somatoformen Störungen erreicht werden (vgl. Tschuschke et al. 2007).

1.2.1.4 Depression

Die Depression (F32.1) ist entsprechend der ICD-10-Klassifikation als eine psychische Krankheit definiert, bei der die Patienten über mindestens 2 Wochen unter mindestens zwei, bei einer schweren Episode unter drei, typischen Hauptsymptomen leiden (Weltgesundheitsorganisation 1994). Darunter fallen eine depressive Stimmung, ein Verlust von Freude oder Interesse und erhöhte Ermüdbarkeit. Die Patienten müssen zur Erfüllung der diagnostischen Kriterien noch unter mindestens zwei (leichte Episode), mindestens drei (mittelgradige Episode) bzw. vier oder mehr (schwere Episode) der folgenden Beschwerden leiden: verminderte Konzentration, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, negative Zukunftsperspektive, Schlafstörungen, Suizidgedanken, Appetitlosigkeit. Wie bei den meisten psychischen Erkrankungen muss auch bei der Entstehung der Depression von einem vielseitig beeinflussten und vielschichtigen Prozess ausgegangen werden. Zu den bedeutenden Risikofaktoren in der Pathogenese gehören bspw. neurobiologische Pathologien wie die monoaminerge Dysfunktion (Attenburrow et al. 2001, Durson et al. 2001). Als prädisponierende Persönlichkeitseigenschaften werden Ordentlichkeit, Überangepasstheit und Übergewissenhaftigkeit angesehen (Tölle 1987). Auch lerntheoretische Modelle wie das der erlernten Hilflosigkeit nach Seligmann (1979) oder das kognitive Modell der Depression nach Beck et al. (1996) werden als Erklärungsansätze herangezogen. Hinsichtlich der Wirksamkeit verschiedener Therapieformen machen die Leitlinien relativ eindeutige Aussagen (Schauenburg et al. 2002). Als eindeutig wirk-

sam basierend auf den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin gelten kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie und interpersonelle Psychotherapie. Für die klassischen psychoanalytischen Verfahren, die Gruppenpsychotherapie, die Paartherapie und die stationäre Psychotherapie liegen ebenfalls Hinweise auf Wirksamkeit vor.

1.2.2 Angewandtes therapeutisches Konzept- Gruppenpsychotherapie

1.2.2.1 Definition einer Gruppe

Von einer sozialen Gruppe spricht man immer dann, wenn mehr als zwei Personen in einer unmittelbaren Beziehung zu einander stehen und bestimmte Kriterien erfüllt werden (vgl. Krenz 2007). Dazu gehört eine festgelegte Zeitspanne des Zusammenseins, eine bestimmte Form der Interaktion, eine gegenseitige Beeinflussung, ein gemeinsames Ziel, eine spezielle Kommunikationsstruktur, ein „Wir-Gefühl“ und mehr oder weniger gemeinsam vertretene Normen und Werte.

1.2.2.2 Therapeutische Gruppen

Die Eigenschaften des oben beschriebenen Zusammenschlusses von Individuen zum Konstrukt Gruppe können und werden mehr und mehr auch therapeutisch im Sinne von Gruppenpsychotherapie genutzt. Hierbei stellt die psychotherapeutische Gruppe den sozialen Mikrokosmos dar, innerhalb dessen das Individuum relativ schnell seine aus dem Realraum vertraute Rolle in der Gemeinschaft einnimmt, sodass dortiges Verhalten aufgedeckt und bearbeitet werden kann (Yalom 1995, Yalom 2001, Yalom und Leszcz 2005). Im Gegensatz zur Einzelpsychotherapie, die im Sinne einer therapeutischen Dyade arbeitet, kommen in Anwesenheit mehrerer Menschen völlig andere Gesetzmäßigkeiten zum Tragen (Stroebe et al. 1996). Diese „Pluralität in der Gruppe“ lässt somit ganz andere Wirkfaktoren entstehen, als dies im Bereich der Einzelpsychotherapie der Fall ist (Eckert 1996, Tschuschke 1989, Tschuschke 2001).

1.2.2.3 Historische Grundlagen der Gruppenpsychotherapie

Burlingame und Baldwin (2012) haben eine umfassende Abhandlung zur historischen Entwicklung der Gruppenpsychotherapie verfasst. Diese soll im Folgenden als kurzer Überblick über die Entstehung, Formung und Reifung von Gruppenpsychotherapie in Auszügen wiedergegeben werden. Begonnen hat demnach das Kapitel der Gruppenpsychotherapie bereits 1905. Als erster Praktiker in diesem Bereich wird Joseph Pratt angesehen, der Tuberkulosepatienten in Gruppen behandelte, um sie über ihre Krankheit zu informieren und ihnen Hoffnung zu geben, damit der Heilungsprozess unterstützt würde. 1945 veröffentlichte Pratt dann seine Erkenntnisse zur Behandlung psychosomatischer Krankheiten in Therapiegruppen (Pratt 1945). Er behandelte schon damals Themen wie Kosteneffektivität, Wirkmechanismen und Behandlungserfolg. Bereits 1919 begann dann Lazell (1921) hospitalisierte Schizophrenie in psychoedukativen Gruppen zu behandeln und seine Ergebnisse zu dokumentieren. Als Begründer der Gruppenanalyse ging Trigant Burrow (1928) in die Geschichte ein. Er behandelte ab 1920 neurotische Patienten in Gruppen, da er kritisierte, dass in der damaligen Psychotherapie die Beziehungsfaktoren und sozialen Kräfte im Leben der Patienten außer Acht gelassen worden wären. Der Begriff Gruppentherapie an sich wurde 1932 durch Jacob Moreno auf einer Tagung der Psychiatric Association in Philadelphia geprägt. Somit wurde innerhalb von 25 Jahren eine neue Therapieform entwickelt und in die bestehenden Abläufe integriert. Von 1940 bis 1970 weitete sich das Feld gruppentherapeutischer Modelle immer weiter aus. 1942 gründete Moreno die American Society for Group Psychotherapy and Psychodrama und Slavson 1943 die American Group Psychotherapy Association. Somit gab es nun die ersten beiden professionellen Vereinigungen zur Gruppentherapie. In den 1970er Jahren waren vor allem Irvin Yalom's interpersonelle Gruppenpsychotherapie und die kognitiv-behavioralen Modelle von Ellis, Beck und Meichenbaum prägend. In den späteren 1980er Jahren kam es Schritt für Schritt zu Veränderungen in der Konzeptualisierung von Gruppen hinsichtlich dessen, dass sie nicht mehr um eine theoretische Orientierung herum organisiert wurden, sondern patientenbezogene Merkmale nun mehr und mehr an Bedeutung gewannen.

1.2.2.4 Voraussetzungen der Gruppenpsychotherapie

Laut Heinzl und Enke (2010) sollte „die Triangulierungsfähigkeit als Schlüssel zur Gruppenfähigkeit“ betrachtet werden. Die Teilnehmer müssen also in der Lage sein, die aus der Einzelpsychotherapie bekannte Dyade zu verlassen, und sich auf ein System verschiedenster Beziehungsmuster innerhalb einer Gruppe einzulassen. Neben dieser als grundlegend zu betrachtenden Eigenschaft der zukünftigen Teilnehmer einer Gruppenpsychotherapie gibt es weitere Aspekte, welche als Indikation zur Durchführung der entsprechenden Therapieform dienen. Eckert (2010) unterteilt diese in fünf verschiedene Kategorien. Dazu gehört als erste und wichtigste Voraussetzung die Motivation des Patienten hinsichtlich der geplanten Therapie, also hinsichtlich des Settings Gruppenpsychotherapie an sich und zusätzlich bezüglich des jeweils gewählten psychotherapeutischen Verfahrens, wie beispielsweise kognitiv-behaviorale oder tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie. Auch die Art der Störung hat einen großen Einfluss auf die zu wählende Therapieform. Als Kontraindikationen zählen hierbei hirnormale Verletzungen, paranoide, akut psychotische oder soziopathische Symptome, sowie teilweise Alkohol- und Drogensucht. Das Vorliegen interpersoneller Probleme ist als Indikator für die Möglichkeit der Durchführung einer Gruppenpsychotherapie zu werten. Patienten mit akuten Krisen, wie beispielsweise akuter Suizidalität, brauchen in der Regel intensive und auf Grund dessen besser einzeltherapeutische Betreuung. Die Gruppe kann hier die nötige Aufmerksamkeit nicht im geeigneten Maße vermitteln. Auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale der jeweiligen Patienten sind entscheidende Voraussetzungen für das Gelingen und somit die Indikation zur Gruppenpsychotherapie. Demzufolge sind Patienten mit Problemen hinsichtlich Kontakt bzw. Nähe und der Angst, durch die Probleme der anderen Teilnehmer zu sehr belastet zu werden, ungeeignet. Im Hinblick auf die genannten Kriterien basiert die Entscheidung des Therapeuten für oder gegen Gruppenpsychotherapie in der Praxis meist darauf, dass er bestimmte Patienten ausschließt und die anderen für geeignet hinsichtlich einer Gruppenpsychotherapie einstuft (Yalom 1996).

1.2.2.5 Strukturelle Merkmale einer therapeutischen Gruppe

Zum Setting einer Gruppe gehören verschiedene äußere Merkmale, die Einfluss auf den Gruppenprozess nehmen und dadurch die Dynamik innerhalb der Gruppe beeinflussen. Nach Staats (2014) sind das die Gruppengröße, die Homogenität bzw. Hete-

rogenität der Teilnehmer, die zeitliche Dauer und der Abschluss der jeweiligen Therapie in Form offener oder geschlossener Gruppen. Hinsichtlich der Gruppengröße unterscheidet man Kleingruppen mit maximal acht Teilnehmern von Großgruppen mit einer höheren Teilnehmeranzahl. Der Hauptunterschied besteht darin, dass sich die Teilnehmer in Kleingruppen durch direkte Beobachtung untereinander abstimmen können, während eine Großgruppe eine aktivere Leitungsstruktur benötigt. In homogenen Gruppen sind die Teilnehmer durch die Übereinstimmung in mindestens einem relevanten Merkmal, wie zum Beispiel der Diagnose, gekennzeichnet. In heterogenen Gruppen hingegen fehlt diese Gemeinsamkeit. Während in homogenen Gruppen meist rasch ein hohes Maß an Kohäsion und dadurch eine schnelle Arbeitsfähigkeit erreicht wird, brauchen heterogene Gruppen mehr Zeit für diese Prozesse, bieten allerdings auf lange Sicht ein größeres Lernpotenzial. Die zeitliche Dauer einer Gruppenpsychotherapie hängt von verschiedenen Faktoren ab. Dazu gehören das vertretene therapeutische Konzept, der ambulante oder stationäre Rahmen und die individuelle Patientensituation. Dabei hat die jeweilige den Therapieprozess begrenzende Dauer Einfluss auf die angestrebten und möglichen Zielstellungen des Gruppenprozesses. Schließlich stellt auch die Gestaltung des Abschlusses einer Behandlung einen relevanten Faktor des jeweiligen Settings dar. So wird vor allem im Rahmen von Gruppentherapie mit kurzer zeitlicher Dauer (sogenannte Kurzgruppen) eher ein geschlossenes Setting gewählt, bei dem die Patienten die Therapie gemeinsam beginnen und beenden, um eine rasche Ausbildung von Kohäsion zu fördern. In halboffenen Gruppen werden die Plätze ausscheidender Teilnehmer durch neue Mitglieder ersetzt, wobei die eigentliche Gruppenzusammensetzung erhalten bleibt, dadurch wiederholen sich bestimmte Themen wie Neuanfang und Abschied immer wieder und die Teilnehmer können sie aus unterschiedlichen Perspektiven erleben. Von einer offenen Gruppe spricht man, wenn die Teilnehmer völlig frei entscheiden, ob sie die jeweiligen Sitzungen besuchen oder nicht. Diese Form der Therapie findet oftmals nur in Vorbereitung und Nachsorge der eigentlichen therapeutischen Gruppe Anwendung.

1.2.2.6 Rollenverteilung innerhalb einer (therapeutischen) Gruppe

Für Mensch und Tier war es in der Evolution elementar wichtig, Schutz innerhalb von Gruppen zu finden, da diese einen Überlebensvorteil für ihre Teilnehmer mit sich brachten und nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten funktionieren mussten, um ihr eigenes Überleben zu ermöglichen (Battegay 2000, Crook 1981, Knobloch 2001,

Plutchik 1981). Im Rahmen dessen haben sich bestimmte Rollenverteilungen ergeben, die sich bei jedem Zusammenschluss von Menschen zu sozialen Aggregaten finden lassen. Im Rollenmodell nach Schindler (1971) handelt es sich hierbei um folgende innerhalb einer Gruppe vertretene Positionen: Alpha, als Leiter der Gruppe, der sie nach außen hin vertritt und mit dem sich die einzelnen Teilnehmer identifizieren können; Beta als Berater von Alpha, der nach Weggang von Alpha selber die Leitung übernehmen könnte; Gamma als sogenannter Mitläufer, der vom Großteil der Teilnehmer repräsentiert wird; Omega als Gegenspieler zu Alpha, der als Außenseiter und Sündenbock fungiert. Neben dieser Vorstellung bezüglich der Rollenverteilung innerhalb von Gruppen existieren weitere diesbezügliche Konzeptionen. Dazu gehört das Modell der Rollenverteilung nach Beck (2001). Darin gliedern sich die Teilnehmer auf bestimmte Leiterrollen auf, die verschiedene Funktionsbereiche widerspiegeln. So wird die emotionale Leitung der Gruppe durch das beliebteste Mitglied übernommen, während der Leiter der Außenseiterposition die Rolle des schwarzen Schafes ausfüllt. Es liegt nun am therapeutischen Leiter der entsprechenden Gruppe, die Herausbildung dieser Rollen wahrzunehmen und zu reflektieren, um innerhalb des therapeutischen Prozesses im Sinne des sozialen Mikrokosmos nach Yalom (1995) Deutungen vorzunehmen.

1.2.2.7 Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie

Im Hinblick auf das Verständnis der Wirkungsweise von Psychotherapie spielt die Definition von Wirkfaktoren eine entscheidende Rolle, da mit Hilfe derer das Wirken oder auch Nicht-Wirken von bestimmten Verfahren bei bestimmten Patienten nachvollzogen werden kann. In diesem Zusammenhang entwickelte Frank 1961 erstmals ein Konzept zu allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie. Dazu zählen die intensive Beziehung zwischen Patient und Therapeut, das Erklärungsprinzip hinsichtlich der Erkrankungsursachen und der möglichen therapeutischen Ansätze, die Problemanalyse, die Vermittlung von Hoffnung und Erfolgserlebnissen und die Förderung emotionalen Erlebens als Voraussetzung für kognitive und emotionale Veränderungen. Der Forschungsansatz bezüglich der Ermittlung allgemein gültiger Wirkfaktoren entstammt im Kern der Gruppenpsychotherapieforschung. In der Erforschung dieses speziellen therapeutischen Rahmens wurde relativ schnell ersichtlich, dass eine Gruppe weit mehr ist als die Summe der Eigenschaften ihrer Mitglieder (Arsenian, Semrad und Shapiro 1982). Strauß und Mattke (2012) befanden dazu, dass es neben der Gruppenzusammensetzung und den Gruppenzielen weitere Prinzipien ge-

ben müsse, welche die Wirkung von Gruppen erklären. Im Sinne dieser Überlegungen stellten Corsini und Rosenberg 1955 erstmals eine Zusammenstellung von Faktoren vor, welche die Wirkung von Gruppenpsychotherapie erklären sollten. Diese wurde von Yalom 1970 (Yalom 2001) weiterentwickelt und zählt bis heute als allgemein anerkanntestes Modell der Wirkfaktoren von Gruppenpsychotherapie. Dieses Modell besteht aus den nachfolgend aufgeführten elf Faktoren: Hoffnung-Einflößen, Universalität des Leidens, Mitteilung von Informationen, Altruismus, korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe, Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs, nachahmendes Verhalten, interpersonales Lernen, Gruppenkohäsion, Katharsis und existenzielle Faktoren. Eckert (2007) gibt eine kurze Erklärung der einzelnen Faktoren, die an dieser Stelle cursorisch dargestellt werden soll. Durch das Einflößen von Hoffnung soll die „Demoralisierung“ der Patienten abgebaut und somit die Voraussetzung für den Verbleib im gruppentherapeutischen Prozess gesichert werden. Unter der Universalität des Leidens ist zu verstehen, dass die Patienten erheblich von der Erfahrung profitieren, dass sie mit ihren Sorgen und Problemen nicht allein sind, sondern es viele Menschen mit ähnlicher Problematik und auch Symptomatik gibt. Die Mitteilung von Informationen erfolgt vor allem zwischen den Gruppenmitgliedern und signalisiert untereinander bestehende Aufmerksamkeit. Unter dem Faktor Altruismus ist das Gefühl, „gebraucht zu werden“, zu verstehen, das die Patienten innerhalb eines gruppentherapeutischen Prozesses erfahren. Die Rekapitulation von Erfahrungen aus der Primärfamilie dient dazu, dass diese wiederholt und dabei korrigierend bearbeitet werden können. Durch das Feedback, das sich die Mitglieder innerhalb einer therapeutischen Gruppe geben, erlernen sie schrittweise den mitmenschlichen Umgang untereinander. Im Sinne des nachahmenden Verhaltens haben Patienten die Möglichkeit, Verhaltensweisen, die sie in der Gruppe bei anderen Teilnehmern oder dem Therapeuten gesehen und als positiv erlebt haben, für sich selber zu übernehmen. Innerhalb des Gruppenprozesses ist der Patient ständig zwischenmenschlichen Situationen ausgesetzt, die er durchstehen muss und die im Anschluss reflektiert werden. Dadurch wird er in die Lage versetzt, an seinem interpersonalem Verhalten zu arbeiten, indem er lernt, die eigene Aktion und die Reaktion anderer darauf einzuschätzen und zu werten. Unter Gruppenkohäsion versteht man die Anziehungskraft der Gruppe auf den einzelnen Teilnehmer, dem sie ein „Wir-Gefühl“ vermittelt und somit Voraussetzung für den Weiterverbleib in der Gruppe ist. Die Katharsis, verstanden als Affektabfuhr, ist ein sehr

allgemeiner Wirkfaktor, der sich in vielen Modellen hinsichtlich Therapiewirksamkeit finden lässt. In der Gruppentherapie wird dieser offene Ausdruck von Affekten von den Teilnehmern oft als sehr heilsam empfunden. Unter dem Begriff der existenziellen Faktoren werden bestimmte Themengebiete subsummiert, deren Behandlung innerhalb eines therapeutischen Prozesses Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. Dazu gehören Tod und Sterben, Einsamkeit und Leidensfähigkeit. Inzwischen existieren mehrere Prinzipien zur Ordnung der genannten Faktoren. So entwickelte MacKenzie 1987 in Anlehnung an die durch Yalom postulierten Wirkfaktoren von Gruppenpsychotherapie eine Aufteilung der durch ihn modifizierten Faktoren in vier Kategorien, indem er sie hinsichtlich ihrer jeweiligen Funktion zuordnete. Unter dem Oberbegriff „Supportiv“ fasste er die Faktoren Allgemeingültigkeit, Kohäsion, Altruismus und Hoffnung zusammen. Die Kategorie „Selbstoffenbarung“ beinhaltet die Selbstöffnung und die Katharsis. Unter den Begriff „Lernen“ fallen das stellvertretende Lernen, die Anleitung und die Rekapitulation familiärer Beziehungserfahrungen. Die „Psychologische Arbeit“ umfasst das interpersonelle Lernen und die Erkenntnis. Neben dem von MacKenzie entwickelten Prinzip zur Ordnung der Wirkfaktoren gibt es weitere Ordnungsversuche. Diese haben ihren Ursprung in subjektiven und objektiven Erhebungen hinsichtlich der Relevanz einzelner Faktoren. Zur Messung der subjektiven Wahrnehmung der Bedeutung einzelner Wirkfaktoren wurden die Teilnehmer von Gruppenpsychotherapien bezüglich dessen befragt. Auf diese Herangehensweise begründeten sich mehrere Studien (Lieberman et al. 1973, Rudnitzki et al. 1998, Strauß und Burgmeier-Lohse 1994, Tschuschke 1989, Yalom 1985). Auffällig dabei war, dass Katharsis und Kohäsion in all diesen Studien ständig im Bereich der fünf erstgenannten Faktoren bzgl. der Bedeutsamkeit für die Patienten zu finden waren. Laut Tschuschke (2010) kann die therapeutische Gruppe somit als „ein kathartisches Vehikel“ angesehen werden, „in dem Gefühle auf intensivere Weise ausgedrückt werden können, als dies vermutlich in der Einzelbehandlung der Fall ist“, was von den Patienten augenscheinlich als hilfreich wahrgenommen wird. Zur Erfassung der objektiven Bedeutung der Wirkfaktoren wurden jeweils erfolgreiche mit nicht erfolgreichen Patienten hinsichtlich der Ausprägung bestimmter Wirkfaktoren verglichen und auf Grundlage dessen eine Abfolge von spezifisch ausgeprägten Wirkfaktoren erstellt, die zum Therapieerfolg führen soll. In den entsprechenden Untersuchungen von Tschuschke (1993) und Tschuschke und Dies (1994) wurde dabei eine Abfolge aus folgenden Faktoren bei erfolgreichen Patienten erarbeitet: Eine initial

hohe Kohäsion führt zur erhöhten Öffnungsbereitschaft, wodurch der jeweilige Teilnehmer viel Feedback bekommt, was zu stärker ausgeprägten Veränderungen im Bereich von Selbst- und Objektwahrnehmung und somit zur Verhaltensänderung führt. Bei den nicht erfolgreichen Teilnehmern lag zu den einzelnen Punkten der Abfolge jeweils eine inverse Ausprägung vor. Neuere Modelle zur Wirkung von Gruppenpsychotherapie postulieren eine Abhängigkeit der Effekte von der jeweiligen Veränderungstheorie und deren Umsetzung, von der Gruppenstruktur mit Teilnehmer- und Therapeutenmerkmalen und von den Prozessfaktoren (Burlingame, MacKenzie und Strauß 2004, Burlingame, Strauß und Joyce 2013).

1.2.2.8 Risiken und Nebenwirkungen in der Gruppenpsychotherapie

Unter Risiken bzw. Nebenwirkungen einer Psychotherapie versteht man das Auftreten von Erfolglosigkeit, Symptomverschlechterung oder Entstehen einer neuen Symptomatik bei korrekt gewähltem und ausgeführtem therapeutischen Verfahren (Hoffmann, Rudolf und Strauß 2007). Allerdings arbeiteten Freyberger und Spitzer (2012) heraus, dass ein zumindest zeitweises Auftreten von Nebenwirkungen, wie bspw. eine vorübergehende Symptomverschlechterung, charakteristisch für den therapeutischen Prozess und untrennbar mit den gewünschten Wirkungen verbunden sei. Das Risiko für eine Zustandsverschlechterung wird in der Gruppenpsychotherapieforschung dabei auf ca. 15% geschätzt (Strauß und Mattke 2013). In einer Übersicht zu negativen Therapieeffekten unterscheidet Roback (2000) zwischen drei unterschiedlichen Kategorien. Für ihn gibt es Therapeutenfaktoren, wie bspw. zu konfrontativer Leitungsstil, Förderung interpersoneller Abhängigkeit oder negative Affekte, die zu negativen Auswirkungen führen können. Daneben existieren Patientenfaktoren, die sich unvorteilhaft auswirken. Die Tendenz zur Außenseiterrolle, Probleme hinsichtlich der Selbstöffnung und eine dissoziale Persönlichkeitsstruktur sind hier zu nennen. Zusätzlich haben auch die Prozessfaktoren einen entscheidenden Einfluss auf die Wirkungen einer Therapie. So können die Identifikation mit negativem Rollenverhalten, der Missbrauch von Vertrauen und Schweigepflicht und Ausschluss Tendenzen gegenüber einzelnen Teilnehmern negative Folgen für den Gruppenprozess haben. Diese negativen Auswirkungen spiegeln sich den Abbruchraten der Gruppenpsychotherapie wider, die laut Freyberger und Spitzer (2014) zwischen 17 und 50% liegen. Die wirksamste Protektion gegenüber negativen Auswirkungen bzw. Abbrüchen sei, so Yalom und Leszcz (2006), eine ausführliche und hochwertige Vorbe-

reitung der Gruppenpsychotherapie anhand der oben bereits ausgeführten Indikatoren für Gruppenpsychotherapie.

1.2.2.9 Gruppenpsychotherapieforschung – empirische Wirksamkeitsbelege

Inzwischen gibt es ein weites Feld verschiedener Studien, die sich mit dem Nachweis der Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie beschäftigen. Vor allem Metaanalysen, als komprimierende Zusammenschau der Ergebnisse von Einzelstudien, liefern hierbei einen guten Überblick über den aktuellen Stand der Forschung. An dieser Stelle sollen hinsichtlich dessen die Metaanalysen von Burlingame et al. 2003 und die Metaanalyse von Kösters et al. 2006 Erwähnung finden, da sich diese explizit mit der Wirkung stationärer Gruppenpsychotherapie beschäftigen. Zusammenfassend konnten die beiden Analysen jeweils einen Nachweis der Wirksamkeit dieser Therapieform anhand von Effektstärken erbringen. Dabei konnten bspw. Burlingame et al. (2003) eine Effektstärke von 0,2 für die Wirkung stationärer Gruppenpsychotherapie nachweisen. Hinsichtlich einzelner Diagnosegruppen konnten bezüglich der in dieser Dissertationsschrift relevanten Krankheitsbilder vor allem für die Depression und die Bulimia nervosa hohe Effektstärken aufgezeigt werden. In der Metaanalyse von Kösters et al. (2006) konnten von 80 Studien jeweils Prä-Post-Effektstärken berechnet werden, die eine Gesamteffektstärke von 0,59 für die Wirksamkeit stationärer Gruppenpsychotherapie ergaben. Dabei zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede in den Effektstärken der einzelnen psychotherapeutischen Verfahren, wie kognitiver oder psychodynamischer Therapie. Hinsichtlich des aktuellen Standes der Gruppenpsychotherapieforschung bemerkten Strauß und Burlingame (2012): „Die Ergebnisse stützen die Annahme, dass Gruppenpsychotherapien durchaus effektiv sind, dass aber viele Fragen noch zu klären sein werden“.

1.2.3 Angewandtes therapeutisches Konzept - tiefenpsychologisch orientierte interaktionelle Gruppenpsychotherapie

1.2.3.1 Methodische Einordnung

Die tiefenpsychologisch orientierte interaktionelle Gruppenpsychotherapie gehört in die Sparte der psychoanalytischen Therapieverfahren. Diese gehen auf Sigmund Freud zurück, der 1896 erstmals diesen Begriff prägte und ihn zur Beschreibung einer Forschungsmethode für psychische Vorgänge, einer Theorie menschlichen Erlebens und einer Behandlungsmöglichkeit psychischer Erkrankungen verwendete (Hoffmann 1987). In Anlehnung an die klassischen psychoanalytischen Verfahren entwickelten sich weitere daraus hervorgehende Konzepte zur Behandlung psychischer Erkrankungen. Dazu gehört auch die sogenannte tiefenpsychologisch orientierte Therapie. In der Beschreibung nach Götze (2006) versteht man darunter einen Therapieprozess, bei dem im Vergleich zu den klassischen analytischen Verfahren, die stark regressionsorientiert sind und vor allem auf frühe, unbewusste Konflikte eingehen, eher aktuelle Symptome und Konflikte im Mittelpunkt stehen. Der Therapeut verhält sich aktiver und wirkt strukturierend auf den Therapieprozess ein, wobei er sich im Gegensatz zu den klassischen Verfahren mit Deutungen zurückhält. Als Unterform dieser Methode haben sich wiederum verschiedene therapeutische Konzepte entwickelt, zu denen auch die tiefenpsychologisch orientierte interaktionelle Gruppenpsychotherapie als Bestandteil des Göttinger Modells zählt, auf das im Folgenden noch näher eingegangen wird.

1.2.3.2 Historischer Kontext

Wie bereits erwähnt liegt der Ursprung aller analytischen Verfahren in den Methoden und Überzeugungen Freuds begründet. Während Freud selber Gruppentherapie eher ablehnte, bildeten sich verschiedene Zweige analytisch orientierter gruppentherapeutischer Verfahren heraus. Eine Übersicht über die historischen Zusammenhänge soll zum besseren Verständnis der Entwicklung des in der Untersuchungsstichprobe angewendeten therapeutischen Verfahrens in Anlehnung an die diesbezügliche Beschreibung durch Tschuschke (2004) gegeben werden. Dieser skizziert ausgehend von den Erkenntnissen Freuds eine zweigeteilte Entwicklung der entsprechenden Verfahren. Während sich in den USA Therapieformen entwickelten, die einerseits das „Individuum in der Gruppe“ (Slavson 1950, Wolf/Schwartz 1962) und andererseits „Individuum und Gruppendynamik“ (French 1952, Whitman/Stock 1958,

Stock/Whitacker 1962) in den Mittelpunkt der therapeutischen Strategien stellten, wurde in Großbritannien die „Gruppe als Ganzes“ (Bion 1961, Ezriel 1950) oder „Individuum und Gruppe“ (Foulkes 1957) als Basis therapeutischer Arbeit in diesem Bereich postuliert und praktiziert. Laut Tschuschke (2004) entstanden in Deutschland basierend auf den geschilderten Entwicklungen ebenfalls zwei Konzepte zur analytischen Therapie in Gruppen. In den Jahren 1962/63 konzipierte Argelander und 1976 Ohlmeier ein Konzept, bei dem die „Gruppe als Person“ gesehen wurde. Dem gegenüber formulierten und praktizierten Heigl-Evers/Heigl (1973) und Heigl-Evers/Ott (1998) ein Konzept, das nach seinem Entstehungsort im niedersächsischen Landeskrankenhaus Tiefenbrunn bei Göttingen als Göttinger Modell bezeichnet wurde und im folgenden Abschnitt eine genauere Beschreibung erfährt.

1.2.3.3 Theoretisches Konzept und Umsetzung

Die tiefenpsychologisch orientierte interaktionelle Gruppenpsychotherapie entstammt dem sogenannten Göttinger Modell der psychoanalytisch geprägten Gruppenpsychotherapie. Dabei liegt die Besonderheit in der Störungsspezifität dieses Konzeptes, das Anwendungen sowohl für Neurosen als auch für (ich-) strukturelle Störungen bereithält (Rudolf 2004). Dies ist möglich auf Grund der Unterteilung innerhalb des Konzeptes in psychoanalytische, psychoanalytisch orientierte (tiefenpsychologisch fundierte) und psychoanalytisch-interaktionelle (tiefenpsychologisch orientierte interaktionelle) Gruppenpsychotherapie. Durch diese Variabilität des Verhaltens von Gruppenleitenden ermöglicht das Göttinger Modell die Umsetzung unterschiedlicher Sichtweisen, Zielvorstellungen und Interventionsmöglichkeiten (Lindner 2005, Staats 2012). Während sich die psychoanalytische Ausrichtung mit unbewussten Inhalten beschäftigt, in dem die Deutungen im Vordergrund stehen, fokussiert die psychoanalytisch orientierte Variante eher auf vorbewusste Inhalte und verwendet Klärung und Konfrontation als therapeutische Interventionsmaßnahmen und die psychoanalytisch-interaktionelle Form greift bewusste Normen und Werte auf, die sie in Form eines antwortenden Verhaltens seitens des Therapeuten bearbeitet (Staats, Bolm, Dally 2014). Welche der genannten Ausrichtungen Anwendung findet, ist abhängig vom strukturellen Zustand der Patienten. Während die analytische und die analytisch orientierte Form Anwendung findet bei Patienten mit Störungen, die im triadischen Bereich entstanden sind, also bei den klassischen neurotischen Störungen, wird die psychoanalytisch-interaktionelle Methode vor allem bei Störungen, die im Bereich der Dyade entstanden sind, verwendet (Staats, Bolm, Dally 2014). Der psychoanalyti-

sche und der psychoanalytisch orientierte Ansatz unterscheiden sich laut König (2010) vor allem durch die Regressionstiefe voneinander. Die psychoanalytische Form fördert tiefe Regression, sodass infantile Phantasien aus dem Bereich des Unbewussten zu Tage treten und von Therapeuten gedeutet werden können. Es wird also eine Verbindung zwischen Unbewusstem und Bewusstem hergestellt (König 2010). Im Gegensatz dazu befasst sich die psychoanalytisch orientierte Ausrichtung mit aktuellen Konflikten, die sich aus dem infantilen Bereich ableiten lassen (Gill 1954). Dabei arbeitet der Therapeut vor allem im Sinne des Klarifizierens und stellt Zusammenhänge zwischen bewussten und vorbewussten psychischen Inhalten her (König 2010). Die tiefenpsychologisch orientierte interaktionelle Ausprägung des Göttinger Modells unterscheidet sich nun grundsätzlich von diesen beiden eher analytisch ausgelegten Formen. Während erstere bei Patienten mit neurotischen Störungen, aber einem relativ hohen strukturellen Niveau zur Anwendung kommen, wird die psychoanalytisch-interaktionelle Form vor allem bei Patienten mit schweren strukturellen Störungen zum Einsatz gebracht. Solchen Patienten stehen grundlegende Funktionen der Selbst- und Beziehungsregulation nicht oder nur sehr eingeschränkt zur Verfügung (Fürstenau 1977, Heigl-Evers und Heigl 1983, Rudolf 2004). Auf Grund dessen haben Heigl-Evers und Heigl (1994) die Pathologie dieser Patienten als „Beziehungspathologie“ bezeichnet. Da interpersonale Beziehungen sowohl selbst- als auch interaktionsregulierende Fähigkeiten voraussetzen (Beebe und Lachmann 2004), muss der Therapeut sowohl den einzelnen Patienten als auch dessen Interaktionen zu anderen im Blick haben (Streeck 2010). Als Interventionsform steht ihm das sogenannte „Antworten“ zur Verfügung. Antworten bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Therapeut seine eigenen Gefühle und sein Erleben schildert, das sich bei ihm als Antwort auf das Verhalten des Patienten einstellt (Streeck 2010). Das macht ihn für die Gruppenmitglieder transparenter und als Person wahrnehmbar, sodass sie anhand seiner Rückmeldung erfahren, wie sie und ihr Verhalten auf andere Menschen wirken und dadurch lernen, ihr Verhalten in Beziehungen besser zu steuern (Staats, Bolm, Dally 2014). Zusätzlich erlernen die Patienten den sinnvollen Gebrauch von Ich-Funktionen, in dem sie sich anschauen können, was der Therapeut beobachtet und wie er seine jeweiligen Beobachtungen einschätzt und für sich nutzt (König 2010). Im Rahmen der Gruppe haben sie dann die Möglichkeit, dieses neu gewonnene Wissen auszuprobieren und zu trainieren. Dieses therapeutische Verfahren im Umgang mit strukturell eingeschränkten Patienten

resultiert aus der klinischen Erfahrung, dass solche Patienten über regressive Prozesse oft nicht erreicht werden können oder sich ihr Zustand unter dem Einfluss von Regression eher verschlimmert (Fürstenau 1992). Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass der große Vorteil des Göttinger Modells in seiner Vielseitigkeit liegt, die dem Therapeuten entsprechend des Zustandes seiner jeweiligen Patienten einen relativ großen Handlungsspielraum hinsichtlich seiner Vorgehens- und Interventionsmöglichkeiten lässt.

1.2.4 Angewandtes therapeutisches Konzept - zusätzlich angewandte therapeutische Verfahren

1.2.4.1 Autogenes Training

Das autogene Training ist ein autosuggestives Entspannungsverfahren, das der Ruhigstellung und Entängstigung des eigenen Körpers dient (Reimer et al. 2007). Entwickelt wurde das Verfahren von J.H. Schultz. Dieser beschreibt es als einen Prozess konzentrativer Selbstentspannung, der zu einer organismischen Umschaltung führen soll, welche in einer schrittweisen Entspannung mündet (Schultz 1972). Laut Reimer et al. (2007) ist der grundlegende Gedanke die Bewegung zwischen den beiden Polen Spannung und Entspannung, deren Mitte es zu finden gilt. Dabei sollten die Patienten den Ablauf der Übungen stufenweise von einfachen zu schwereren Anwendungen erlernen. Üblicherweise wird eine Grundhaltung, oft die sogenannte Droschkenkutschhaltung, im Sitzen mit leicht gespreizten Beinen bei nach vorne gebeugtem Oberkörper und geschlossenen Augen, gewählt. In der Grundstufe erfolgen nun Schwereübungen zur Muskelrelaxation, Wärmeübungen zur Gefäßrelaxation und Organübungen zur Kontrolle von Herz, Atmung, Bauchorganen und Kopf. Wurde durch wiederholtes Training der Grundfertigkeiten die Fähigkeit zu Entspannung und intensiverer Binnenwahrnehmung erreicht, geht man in die Oberstufe mit Imaginationen und formelhaften Vorsatzbildungen über. Somit können neben der Verhaltensmodifikation nun auch Haltungsänderungen erzielt werden.

1.2.4.2 Kommunikative Bewegungstherapie

Auf Grundlage der Darstellung nach Wilda-Kiesel et al. (2011) soll hier ein kurzer Überblick zur kommunikativen Bewegungstherapie gegeben werden. Diese Therapieform wurde in den 1960er Jahren von Anita Kiesel in Leipzig entwickelt. Ihre theoretische Konzeption fußt im Wesentlichen auf den Grundsätzen der dynamischen

Gruppenpsychotherapie. Dabei werden den Teilnehmern vom Gruppentherapeuten bestimmte Aufgaben gestellt (z.B.: „Errichten Sie ein Gebäude!“), die es nonverbal unter Einsatz des eigenen Körpers zu erfüllen gilt. Der Therapeut stellt nun Beobachtungen zu Einzelnen und zum Gruppengeschehen an. Die eigentliche Auswertung und Verbalisierung der stattgehabten Vorgänge erfolgt dann im Rahmen der Gruppentherapieeinheiten. So kann den Teilnehmern eigenes Verhalten bewusst und Fehlverhalten für sie erkennbar gemacht werden, wobei sie in den folgenden Therapieeinheiten die Möglichkeit erhalten, neue Verhaltensstrategien auszuprobieren. Sie haben so die Möglichkeit, ihr jeweiliges Störungsbild körperlich zu erfahren und somit auch dessen Veränderung während der Therapie „hautnah“ zu erleben.

1.2.4.3 Musiktherapie

Die Musiktherapie stellt kein einzelnes Therapieverfahren, sondern vielmehr ein vieltätiges Konzept zum therapeutischen Umgang mit Musik dar. Aus diesem Grund soll in der folgenden Beschreibung vor allem auf die Methode eingegangen werden, die im untersuchten Patientenkollektiv Anwendung fand. Dabei handelt es sich um die Musiktherapie im Sinne aktiver und rezeptiver Gruppenmusiktherapie. Smeijsters (1994) beschreibt dies grundsätzlich als ein Verfahren, bei dem Musiktherapie als Psychotherapie eingesetzt wird. Im aktiven Teil erzeugen die Teilnehmer mit Hilfe ihrer Stimmen oder durch Instrumente entsprechend ihrer Stimmungslage oder nach Vorgaben des Therapeuten Musik. Dadurch soll die persönliche Ausdruckskraft und die Kommunikationsfähigkeit der Patienten gestärkt werden. Der rezeptive Part besteht aus dem Hören von Musik. Das Ziel besteht darin, dass die Patienten die Musik auf sich wirken lassen und im Nachhinein ein Austausch über die so freigesetzten Emotionen stattfindet, sodass eine Expression verdrängter Gefühle und auch teilweise assoziative Elemente zum Tragen kommen können.

1.2.5 Interpersonale Theorie

An dieser Stelle sollen in Kurzform die Grundzüge der Interpersonalen Theorie und ihre Anwendung in der klinischen Praxis erläutert werden. Diese Erläuterungen sind deshalb von Bedeutung, weil im Rahmen der vorliegenden Arbeit durch Anwendung des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme Bezug auf diese Theorie genommen wird.

Das Hauptanliegen der Interpersonalen Theorie besteht darin, zwischenmenschliches Verhalten und die im Rahmen dessen ablaufenden Prozesse zu beschreiben und zu erklären (Thomas und Strauß 2008). Dabei soll vor allem darauf fokussiert werden, welche Folgen die jeweiligen Beziehungen auf die Beteiligten und deren psychischen Zustand haben.

Seinen Ursprung hat dieser Ansatz in der Interpersonalen Theorie der Psychiatrie von Sullivan (1953). Für ihn ist die Persönlichkeitsentwicklung dadurch gekennzeichnet, dass im Umgang mit anderen Menschen immer wieder ein bestimmtes Verhaltensschema gezeigt wird, aus welchem heraus sich Störungen in der interpersonalen Interaktion ergeben können. Laut Sullivan entstehen psychische Störungen also auf dem Boden gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen (Thomas und Strauß 2008). Die angesprochenen dysfunktionalen Interaktionsmuster sind meist schon in der frühesten Kindheit entstanden und werden wiederkehrend auf die jeweiligen Bezugspersonen übertragen.

Freedman et al. (1951) haben sich eingehend mit der Theorie Sullivans auseinandergesetzt und sind dabei auf deren Darstellbarkeit mit Hilfe eines Circumplex gestoßen. Für Leary (1957) lassen sich interpersonale Verhaltensweisen entlang eines Kreismodells darstellen, das sich zwischen zwei Dimensionen bewegt. Die eine der beiden wird als Kontrolldimension bezeichnet und spannt sich zwischen den Extremen Kontrolle und Unterwerfung auf. Dem gegenüber deckt die Dimension Zuneigung alle Verhaltensweisen von Hingabe / Liebe bis Hass ab. Benachbarte Kategorien zeigen in empirischen Untersuchungen eine hoch positive Korrelation zueinander und sind somit als ähnliche Verhaltensweisen zu interpretieren (Fiedler 1994). Die einander gegenüber liegenden Segmente korrelieren hoch negativ und können demzufolge als entgegengesetzte Verhaltensweisen gedeutet werden. In Abbildung 1 wird dieses Interpersonale Circumplexmodell in der nach Kiesler (1983) bearbeiteten Form dargestellt.

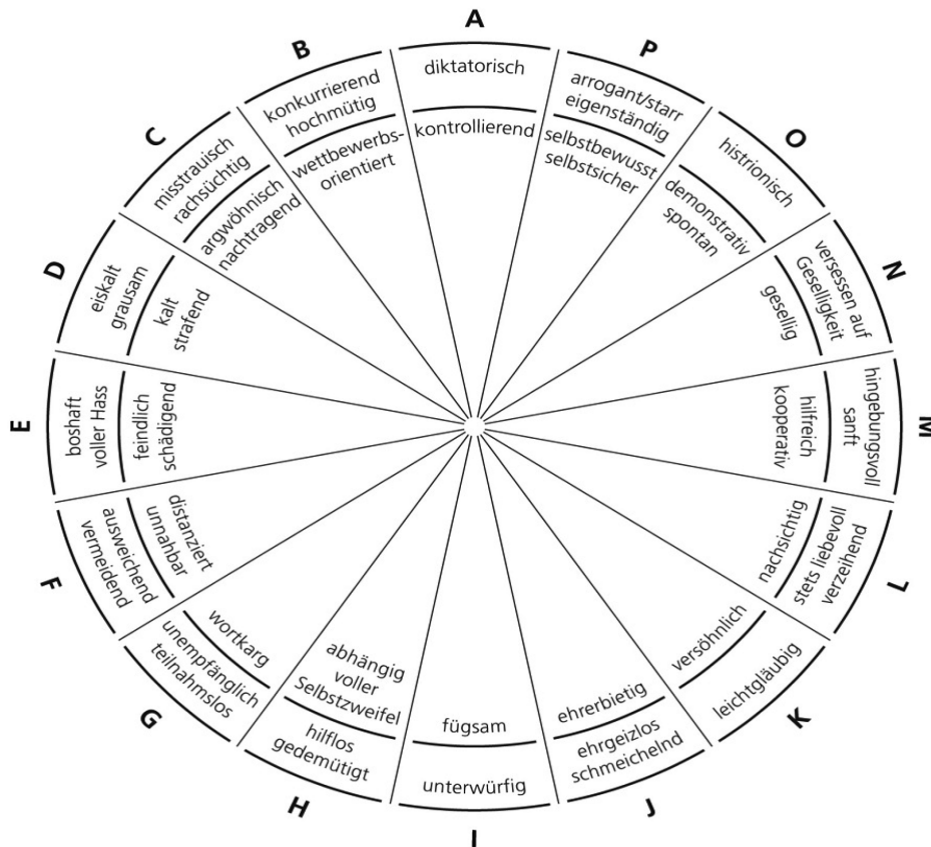


Abbildung 1: Das Interpersonale Kreismodell nach Kiesler (Kiesler 1983)

In der oben genannten Arbeit (Leary 1957) komprimierte schon Leary die ausführliche Form des Circumplex zu einer gekürzten Version mit nur noch acht statt sechzehn Segmenten, indem er jeweils aus zwei benachbarten Kreissegmenten ein neues erstellte. Derartige Modelle mit acht Segmenten werden als Oktanten bezeichnet. Ein Beispiel dafür findet sich in Abbildung 4 auf Seite 38 dieser Arbeit.

Ausgehend vom Interpersonalen Kreismodell wurden im Laufe der Jahre zahlreiche Messinstrumente zur Abbildung verschiedener Aspekte des interpersonalen Verhaltens entwickelt (Thomas und Strauß 2008). Die dabei entstandenen Fragebogenverfahren bestehen in Anlehnung an die Oktanten des Interpersonalen Kreismodells meist aus acht Skalen. Sie messen interindividuelle Unterschiede auf den verschiedenen Verhaltensebenen entlang der Dimensionen Kontrolle und Zuneigung. Das von Horowitz, Rosenberg, Baer und Villasenor (Horowitz et al. 1988) entwickelte Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme hat sich als eines der „am besten akzeptierten und dadurch brauchbaren Selbstbeurteilungsverfahren zur Diagnostik und Bewertung interaktioneller Schwierigkeiten und Persönlichkeitseigenschaften“ (Fied-

ler 1994) durchgesetzt. Im Abschnitt „3.3 Methoden“ dieser Arbeit wird das genannte Messinstrument vertiefend beschrieben.

2. Ziele der Arbeit

In der vorliegenden Dissertationsschrift sollen die Auswirkungen eines stationären psychotherapeutischen Konzeptes, dessen Kernelement die psychoanalytisch- interaktionelle Gruppenpsychotherapie bildet, auf psychosomatische Patienten dargestellt und analysiert werden. In einem ersten Schritt soll dabei geklärt werden, in welchen Symptombereichen es zu Veränderungen kommt. Bünger (2004) und Mladen (2009) beschäftigten sich ebenfalls mit stationärer Gruppenpsychotherapie bei psychosomatischen Patienten und konnten Veränderungen in allen mittels SCL-90-R abgefragten Symptombereichen nachweisen, wobei Änderungen im Bereich Depressivität führend waren. In Anlehnung daran ergibt sich die nachfolgende Hypothese:

1. Im Zuge der durchgeführten Therapie kommt es in allen mittels SCL-90-R abgefragten Symptombereichen zur signifikanten Abnahme der Belastung, die im Bereich Depressivität am deutlichsten zu erwarten ist.

Des Weiteren sollen die Auswirkungen auf spezifische Patientengruppen hinsichtlich Hauptdiagnose und bzgl. soziodemografischer Merkmale analysiert werden. Bereits Sack et al. (2003), Höflich (2005) und Schaefer et al. (2008) nutzten Veränderungen des GSI (Global Severity Index) der SCL-90-R als Wirksamkeitsnachweis stationärer Gruppenpsychotherapie. Da sowohl bei Essstörungen (Burlingame et al. 2002), als auch bei somatoformen Störungen (Petra et al. 2007) und Depressionen (Budman et al. 1988, Robinson et al. 1990, Tyllitski 1990, McDermut et al. 2001) Gruppentherapie als wirksam gilt, wird Folgendes vertreten:

2a. Die angewandte Therapie führt zur signifikanten Verminderung des GSI im untersuchten Patientenkollektiv und speziell bei Patienten, die an Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, somatoformen Störungen oder Depression leiden.

In einer groß angelegten Metaanalyse von Burlingame et al. (2003) zur Wirksamkeit stationärer Gruppenpsychotherapie konnten besonders hohe Effektstärken für Patienten mit Bulimia nervosa und Depression nachgewiesen werden, sodass die folgende Hypothese angenommen wird:

2b. Die stärkste GSI-Abnahme ist bei Patienten mit Bulimia nervosa und Depression zu vermuten.

1994 erstellte Dies eine Übersicht zu empirisch bewährten Prädiktoren des Erfolges von Gruppenpsychotherapie, die von Piper (1994) auf ihre Praxisrelevanz hin bewertet wurden. Hierbei zeigte sich, dass soziodemografische Merkmale keinen oder nur marginalen Einfluss auf den Therapieerfolg haben, was zu folgender Annahme führt:

3. Unabhängig von Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Beziehungs- und Bildungsstand kommt es in der Untersuchungstichprobe zur GSI-Änderung.

Im Anschluss daran sollen die Therapieauswirkungen hinsichtlich interpersonaler Probleme untersucht werden. Diesbezüglich muss erwähnt werden, dass die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie die Änderung zwischenmenschlicher Interaktionsmuster zum Ziel hat (Hoffmann und Hochapfel 2008). Wenn den vorherigen Hypothesen Folge leistend Wirksamkeit angenommen wird, so sind Veränderungen der interpersonalen Problemlage zu vermuten, die sich mit Hilfe des IIP (siehe Seite 37) darstellen lassen. Somit wird Folgendes vertreten:

4. Durch die angewandte Therapie kommt es zu signifikanten Veränderungen interpersonaler Probleme ermittelt über das IIP.

Abschließend gilt es, die Abhängigkeit des Ausmaßes der Therapieauswirkungen zu klären. Basierend auf den Arbeiten von Dies (1994) und Piper (1994) formulierte Eckert (2010) generelle Annahmen zur Prädiktion des Erfolges von Gruppenpsychotherapie. Danach gelten Prädiktoren, die im theoretischen Zusammenhang mit Merkmalen des Therapieprozesses stehen, als relevant - im vorliegenden Fall einer psychoanalytisch-interaktionellen Therapie also die Änderung interpersonaler Probleme. Laut Dally (2014) ist auch der Ausgangszustand der Patienten hinsichtlich Symptombelastung und interpersonaler Probleme entscheidend für den Therapieerfolg. Vor allem einer hohen Belastung durch interpersonale Probleme wird große Relevanz zugesprochen, was zu den folgenden Annahmen führt:

5a. Das Ausmaß der Änderung interpersonaler Probleme hat entscheidenden Einfluss auf die Symptomveränderung gemessen an der GSI-Differenz.

5b. Die Symptomveränderung ist zusätzlich abhängig vom Ausgangszustand der Patienten hinsichtlich interpersonaler Problemlage und Symptombelastung.

3. Methodik

3.1 Stichprobe

Die untersuchte Patientenstichprobe bestand aus 235 Patientinnen und Patienten, die in den Jahren 2006 bis 2012 im Arbeitsbereich Psychosomatik des Universitätsklinikums Jena stationär behandelt wurden.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei 10 Wochen, wobei mit 42,3% (n = 99) die meisten Patienten insgesamt 12 Wochen auf Station verbrachten. Der Mittelwert des Patientenalters lag bei 31,4 Jahren und der zugehörige Median bei 27 Jahren.

Die Altersverteilung umfasste dabei einen Bereich von 17 bis 64 Jahren. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung innerhalb der Patientenstichprobe ließ sich eine relative Häufigkeit von 78,3% (n = 184) an Frauen und 21,7% (n = 51) an Männern ausmachen.

Die nachfolgenden Angaben zur Untersuchungsstichprobe weisen auf Grund von Dokumentationsmängeln fehlende Werte auf. Allerdings bleibt trotz dessen der Überblick über die soziodemografischen Merkmale der untersuchten Population erhalten. Zur Charakterisierung der Stichprobe bezüglich des Familienstandes konnten die Daten von 177 Patienten ausgewertet werden. Dabei zeigte sich, dass mit 62,1% (n = 110) der größte Teil der Patientinnen und Patienten ledig war. 25,4% (n = 45) befanden sich in einer Partnerschaft bzw. Ehe, 11,3% (n = 20) waren getrennt bzw. geschieden und 1,1% (n = 2) verwitwet (siehe Abbildung 2).

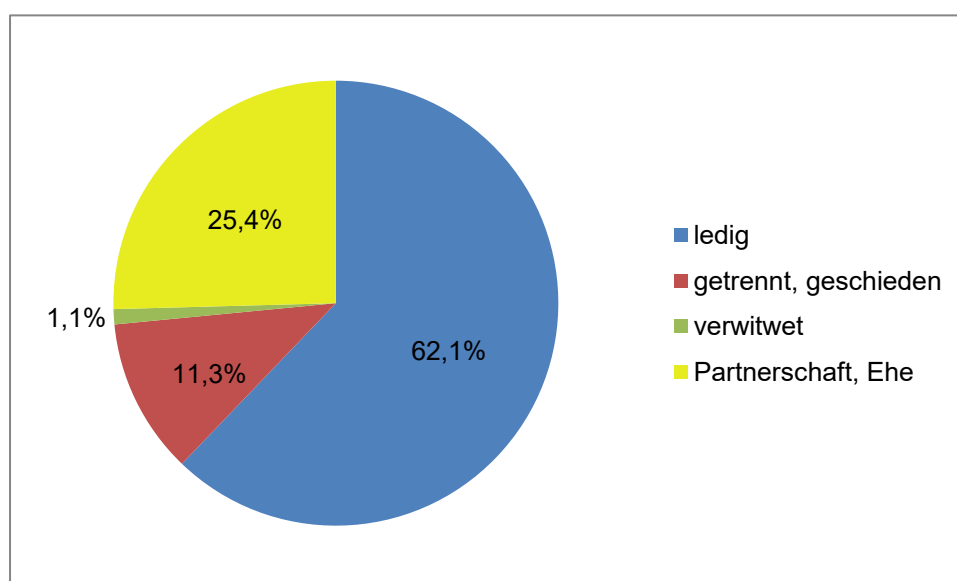


Abbildung 2: Familienstand innerhalb der Stichprobe (n = 177)

Der Bildungsstand wurde innerhalb des Patientenkollektivs anhand des bis zum Zeitpunkt der Therapie höchsten erreichten Abschlusses ausgemacht. Dabei hatten 127 Patienten (57,2%) eine abgeschlossene Ausbildung als höchsten Abschluss vorzuweisen. Das Abitur stellte mit 21,6% (n = 48) den zweitgrößten Anteil dar. Die übrigen Abschlüsse (Hochschul-, Realschul-, Hauptschul-, Sonderschul- und kein Abschluss) waren nur in relativ geringer Anzahl vertreten. Hinsichtlich der zum Zeitpunkt der Therapie ausgeführten beruflichen Tätigkeit gaben 39,9% (n = 71) der Patienten an, berufstätig zu sein. 33,7% (n = 60) befanden sich in einer Ausbildung, waren Schüler oder Studierende. Ein Anteil von 16,3% (n = 29) des Kollektivs war arbeitslos. 6,2% (n = 11) waren aktuell berufsunfähig und 3,9% (n = 7) bereits berentet. Einen Überblick über Bildungsstand und Berufstätigkeit liefern die Tabellen 1 und 2.

Tabelle 1: Bildungsstand in der Untersuchungsstichprobe (n = 222)

Variable	absolute Häufigkeit (n)	relative Häufigkeit (%)
Ausbildung	127	57,2
Abitur	48	21,6
Hochschulabschluss	21	9,5
Realschulabschluss	19	8,6
Hauptschulabschluss	4	1,8
ohne Abschluss	2	0,9
Sonderschulabschluss	1	0,5

Tabelle 2: Berufliche Tätigkeit in der Untersuchungsstichprobe (n = 178)

Variable	absolute Häufigkeit (n)	relative Häufigkeit (%)
berufstätig	71	39,9
Ausbildung, Schüler/Student	60	33,7
arbeitslos	29	16,3
arbeitsunfähig	11	6,2
berentet	7	3,9

Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gemäß der Ausgabe des Deutschen Institutes für Medizinische Statistik und Information von 2000 gestellt. Bei der Verteilung der Hauptdiagnosen auf das Patientenkollektiv (n = 217) machte die Anorexia nervosa (F50.0) mit 24,4% (n = 53) den größten Anteil aus. Mit 21,2% (n = 46) folgten die somatoformen Störungen (F45) an zweiter Stelle. Die Depression (F32.1) mit 20,3% (n = 44) und die Bulimia nervosa (F50.2) mit 17,1% (n = 37) folgten auf den Plätzen drei und vier. Diese Verteilung, um die übrigen vergebenen Diagnosen ergänzt, wird durch Abbildung 3 veranschaulicht.

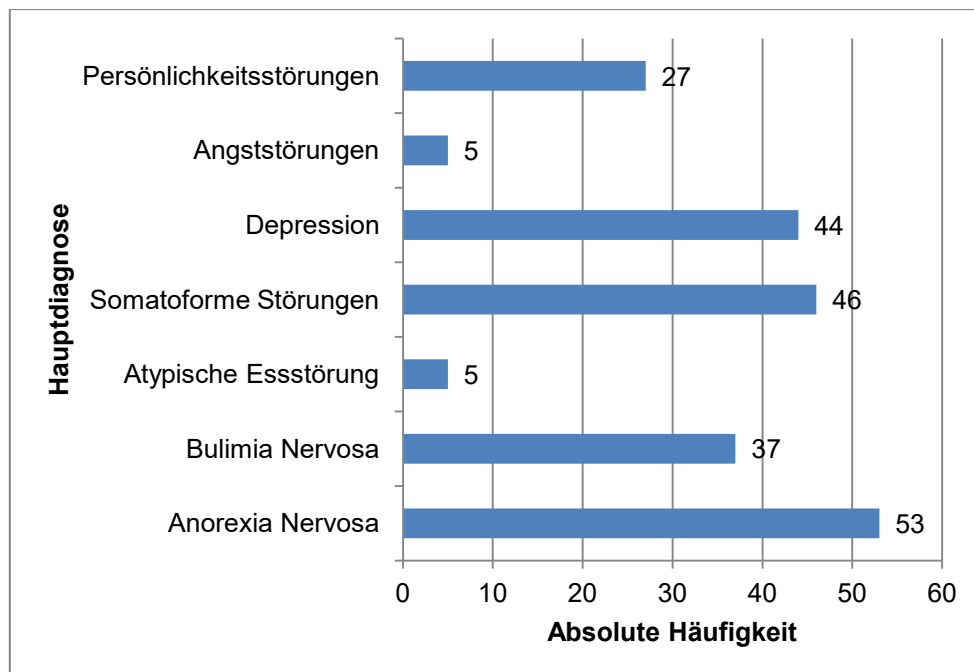


Abbildung 3: Im Patientenkollektiv vertretene Hauptdiagnosen (n = 217)

Bei 40% der Patienten (n = 94) im untersuchten Kollektiv fanden sich Komorbiditäten definiert als das Auftreten von mindestens einer zusätzlich zur primären psychischen Störung vorliegenden psychischen Erkrankung. Die Daten der entsprechenden Patienten wurden jeweils anhand der zum Therapiezeitpunkt vorherrschenden Symptomatik, verschlüsselt in Form der Hauptdiagnose, ausgewertet.

3.2 Datenerhebung

Die Daten der Patienten wurden im Rahmen der Basisdokumentation erfasst und mit deren Einverständnis zur wissenschaftlichen Nutzung der Angaben ausgewertet. Zur stationären Aufnahme erfolgte die Ausgabe der verwendeten Fragebögen zur Einschätzung der interpersonalen Problemlage (IIP-32) und zur subjektiv empfundenen Belastung durch psychische und körperliche Symptome (SCL-90-R). Die Patienten hatten sieben Tage Zeit zum Ausfüllen des Materials. Eine Woche vor der geplanten Entlassung aus dem stationären Behandlungssetting wurden erneut die beiden oben genannten Fragebögen an die Patienten ausgegeben, sodass diese zum zweiten Messzeitpunkt, der Entlassung, vorlagen. Hierbei ist anzumerken, dass das IIP-32 erst seit November 2010 an die Patienten ausgegeben wurde, sodass dafür ein kleinerer Stichprobenumfang vorliegt als für die seit 2006 verwendete SCL-90-R.

3.3 Behandlungssetting

Der Arbeitsbereich Psychosomatik am Universitätsklinikum Jena wurde 1985 von Professor Dr. G. Klumbies gegründet. Seit dem Jahr 2004 existiert er als eigenständiger Arbeitsbereich der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und steht in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie unter Leitung von Prof. Dr. B. Strauß.

Im Arbeitsbereich stehen 16 stationäre Therapieplätze zur Verfügung. Behandelt wurden bis jetzt Männer und Frauen zwischen 17 und 64 Jahren, die zwischen acht bis zwölf Wochen auf Station verblieben. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz beträgt circa sieben Wochen.

Die Behandlung beinhaltet als Kernelement eine tiefenpsychologisch orientierte interaktionelle Gruppenpsychotherapie, die im Sinne eines multimodalen Therapiekonzeptes durch zusätzliche Elemente wie Einzelpsychotherapie oder Musiktherapie ergänzt wird. Dabei gliedert sich der Gesamtbehandlungsablauf in drei Phasen auf. Den Beginn stellt die ambulante Vorbereitungsphase dar. Diese erfolgt im Rahmen

eines ambulanten Explorationsgesprächs mit integrierter psychologischer Testung auf Station. Dabei müssen die Indikationen zur Einleitung einer stationären Gruppenpsychotherapie geprüft und die Voraussetzungen seitens des Patienten geschaffen werden. Zu diesen Voraussetzungen gehören das Verständnis des Patienten bezüglich einer möglichen biopsychosozialen Genese seiner Erkrankung, das Erreichen eines Minimalkonsenses zwischen Patient und Therapeut über das anzustrebende Behandlungsziel und ein ausreichend stabiler körperlicher Zustand des Patienten. Zu den Indikationen zählen Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (speziell Essstörungen; ICD-10: F50-54 und F59), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F43-49) und Depressionen mit somatischem Syndrom (F30-39). Ausschlusskriterien sind Sucht und Psychosen (F10, F20), Intelligenzminderung (F70), kombinierte Persönlichkeitsstörungen (F61) und fehlende bzw. mangelnde Offenheit gegenüber dem tiefenpsychologischen Therapie- bzw. Gruppentherapieverfahren. Zusätzlich wird an dieser Stelle auf die möglichen Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychotherapie hingewiesen.

An diese Phase schließt sich die stationäre Gruppenpsychotherapie an. Bevor diese jedoch beginnen kann, wird der Patient körperlich untersucht und es werden zum Teil Konsile aus anderen medizinischen Fachbereichen angefordert, um die jeweilige Diagnose zu sichern und physische Ursachen der Erkrankung auszuschließen. Zusätzlich werden gezielt Sachinformationen zur Krankheit, zu psychischen Störungen allgemein und zu den eventuell einzunehmenden Medikamenten gegeben. Nach Durchführung all dieser Maßnahmen wird der Patient in eine der beiden halboffenen symptomheterogenen Gruppen mit jeweils acht Mitgliedern auf Station aufgenommen. Jede dieser Gruppen absolviert pro Woche drei Gruppenpsychotherapiesitzungen à 75 Minuten. Hinzu kommt eine Stunde tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie pro Woche. Zusätzlich nehmen die Patienten innerhalb einer Woche an 2,5 Stunden Musiktherapie, 30 Minuten kommunikativer Bewegungstherapie, 30 Minuten Bildervisite, 50 Minuten Ressourcen orientierter Gruppe (sogenannte „Schatzkiste“), 2 Einheiten Physiotherapie à 75 Minuten und zweimal Großgruppe teil. Des Weiteren werden ein bis zwei Familiengespräche pro Aufenthalt angeboten und die Patienten bekommen eine ausführliche Therapieeinführung und Einführung in das autogene Training als Entspannungsverfahren nach J.H. Schultz (1970). Bei den essgestörten Patienten erfolgen zusätzlich die Kontrolle des Gewichtes und die Nachbesprechung von Essprotokollen, wobei die dabei angestrebte Entwicklung vorher mittels Essver-

trag festgelegt wurde. Der Essvertrag regelt auch die Konsequenzen, wie beispielsweise Verbot der Teilnahme an Gruppenaktivitäten, die bei Nichteinhaltung in Kraft treten. Diese verhaltenstherapeutischen Elemente dienen dazu, bei den Patienten ein größeres Verantwortungsgefühl bezüglich ihres Essverhaltens zu erzeugen. Außerdem nimmt dieses Patientenkollektiv einmal wöchentlich an einer Essstörungsgruppe teil, in der die Essprotokolle besprochen werden und eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Thema Essen erfolgt. Diese Gruppe von Patienten erhält weiterhin eine Ernährungsberatung. Zusätzlich zu den aufgezählten Therapieeinheiten planen die Patienten selbstständig Aktivitäten, denen sie dann im Gruppenverbund auch außerhalb des Klinikgeländes nachgehen.

Zum Ende des stationären Aufenthaltes gehen die Patienten in die Abschluss- oder Abschiedsphase der Therapie über. Hier erfolgt die Verabschiedung aus den einzelnen Gruppensettings und von den Mitpatienten. Es besteht die Möglichkeit, nach der Therapie an einer ambulanten Gruppe teilzunehmen, die einmal pro Woche für 50 Minuten angeboten wird. Unabhängig davon werden die Patienten angehalten, schon während der stationären Zeit eine ambulante Versorgung zu organisieren. Soweit dies erforderlich scheint, wird auch eine Wiederaufnahme der Patienten im Sinne einer Intervalltherapie vereinbart.

3.4 Messinstrumente

3.4.1 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)

Das IIP ist ein Fragebogen für Erwachsene zur selbsteinschätzenden Beurteilung der Probleme im Umgang mit anderen Menschen, also der interpersonalen Probleme. Darin werden zwischenmenschliche Verhaltensweisen, die ein Proband im Übermaß zeigt („Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren.“) und die ihm schwerfallen („Es fällt mir schwer, meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern.“), erfragt (Thomas et al. 2011). Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme wurde 1988 von Horowitz, Rosenberg, Baer und Villasenor entwickelt (Horowitz et al. 1988). Diese ursprüngliche Form besteht aus 127 Items. Im Jahr 1990 untersuchten es Alden, Wiggins und Pincus auf seine circumplexe Struktur und führten eine Anpassung durch, sodass eine Kürzung auf 64 Items erfolgte (Alden et al. 1990). Diese Überarbeitung basiert auf dem „Interpersonalen Circumplexmodell“ von Leary (siehe

Abbildung 4), das auf die Interpersonale Theorie von Sullivan(Sullivan 1953) und Leary (Leary 1957) zurückzuführen ist (siehe Seite 26).

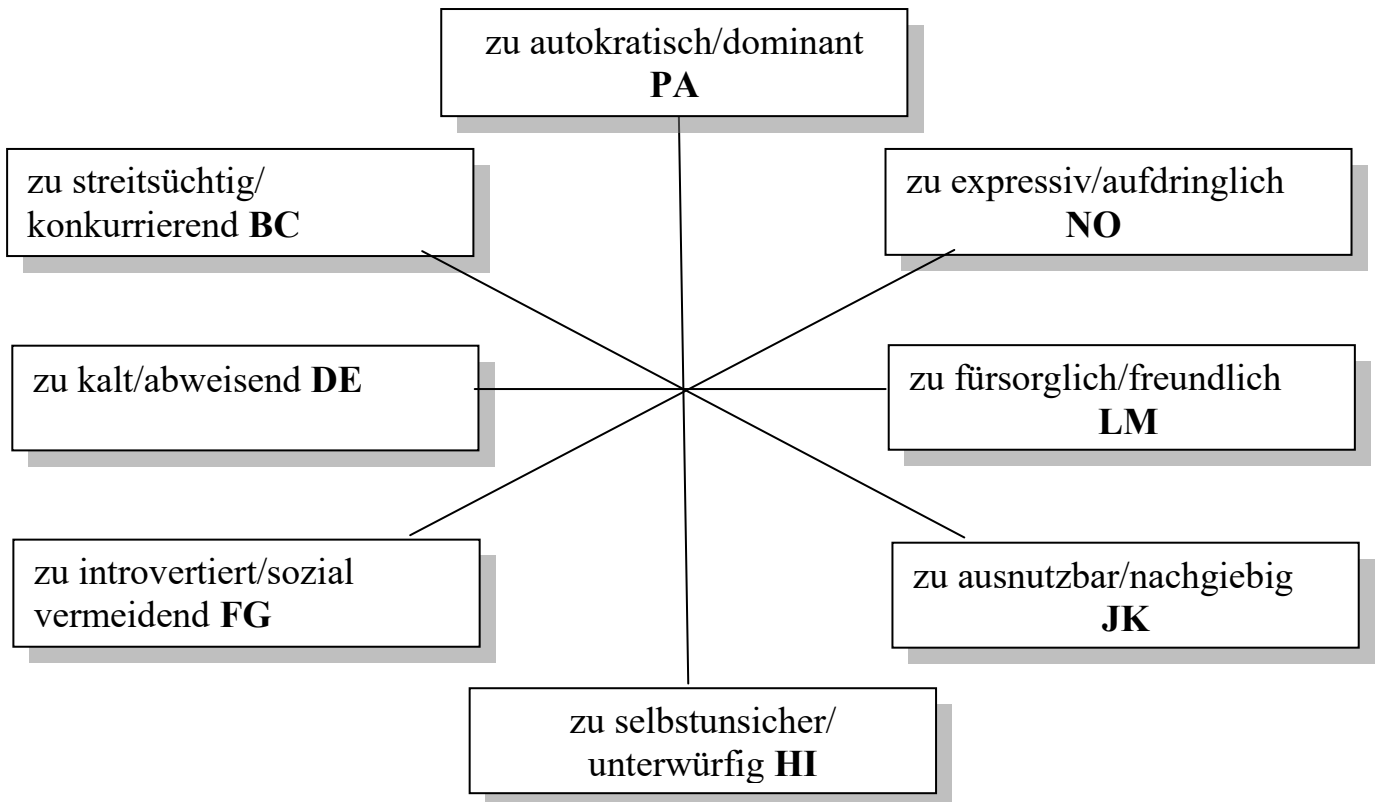


Abbildung 4: Circumplexmodell des IIP (Strauß und Kordy 1996)

Somit existieren zwei Fassungen des IIP: Eine Langform mit 127 Items (IIP-D) und eine Kurzform mit 64 Items (IIP-C). Schon auf Grund der Reduktion auf nur noch 64 Items ist das IIP-C heute im deutschsprachigen Raum wesentlich gebräuchlicher als die Langform mit 127 Items. Diese 64 Items verteilen sich gleichmäßig auf acht Skalen (Oktanten), die von PA bis NO entgegengesetzt des Uhrzeigersinnes im Circumplexmodell der alphabetischen Reihenfolge folgend bezeichnet werden (vgl. Thomas et al. 2011).

Die Beantwortung der Items erfolgt mit Hilfe einer fünfstufigen Ratingskala mit den Ausprägungen „nicht“, „wenig“, „mittelmäßig“, „ziemlich“ und „sehr“ (Horowitz et al. 2000). Die Itemrohwerte (0 - 4) werden für jede Skala aufsummiert. Die dabei entstehenden Summenwerte stellen die Skalenrohwerte dar. Diese Skalenrohwerte werden anschließend ebenfalls aufsummiert und durch acht dividiert. Damit wird der IIP-Gesamtwert oder Mittelwert berechnet. Diesen benötigt man, um im Anschluss daran

ipsatierte (subtrahierte) Skalenwerte zu erhalten, indem man von den Skalenrohwer-ten der jeweiligen Skala diesen Mittelwert abzieht. Diese ipsatierten Werte zeigen nun den individuellen Score des Probanden in den einzelnen interpersonalen Prob-lembereichen an. Nach Alter und Geschlecht differenziert gibt es nun sowohl für die ipsatierten als auch für die unipsatierten Werte Stanine. Durch die Zuordnung zu die-sen Staninen-Werten ist die Begutachtung der interpersonalen Problemlage des je-weiligen Probanden im Vergleich zu einer Bezugspopulation möglich.

Im Jahr 1994 wurde von Horowitz, Strauß und Kordy eine deutsche Version des IIP-D und des IIP-C geschaffen (Horowitz et al. 1994). Diese wurde 2000 überarbei-tet und neu normiert. Dabei liegen die Retest-Reliabilitäten der Circumplexskalen zwischen $r = 0,81$ (BE) und $r = 0,90$ (JK). Sowohl für die amerikanische Originalver-sion als auch für die deutsche Fassung wurden mehrfach Validierungsstudien ange-fertigt. Diese zeigen, dass das IIP zwischen klinischen Gruppen differenzieren kann, dass es sich zur Indikationstellung und zur Prognosebewertung eignet und dass ein Zusammenhang der interpersonalen Problematik mit anderen klinischen Merkmalen und Konstrukten nachgewiesen ist (Horowitz et al. 2000).

In der vorliegenden Arbeit wurde eine weitere Kurzform des IIP verwendet, das IIP-32. Dabei handelt es sich um eine Version des Inventars zur Erfassung interpersona-ler Probleme, die aus nur noch 32 Items besteht, welche sich auf acht Skalen vertei-len, zu denen jeweils vier Items gehören. Diese Form des IIP wurde im Jahr 2011 von Thomas et al. veröffentlicht. Die Normierung dieses Instrumentes erfolgte im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung, an der bundesweit 2115 Personen im Alter von 14 bis 98 Jahren teilnahmen. Zur Überprüfung der Item- und Skalenparameter sowie zur konfirmatorischen Prüfung dienten zwei nicht klinische mit $N_1 = 1000$ und $N_2 = 1054$ und zwei klinische Stichproben mit $N_1 = 245$ und $N_2 = 305$. Dabei erwies sich das IIP-32 als eine dem IIP-C weitgehend vergleichbare Fassung, die sich für den Gebrauch in klinischen und nicht klinischen Studien eignet (vgl. Thomas et al. 2011).

3.4.2 Symptom-Check-Liste 90 Revised (SCL-90-R)

Die SCL-90-R ist ein Fragebogen, der die subjektiv empfundene körperliche und psychische Belastung der Probanden innerhalb der letzten sieben Tage misst (Fran-ke 1995). Damit stellt er eine Ergänzung zu den Verfahren zur Messung der zeitlich

extrem variablen Befindlichkeit und der überdauernden Persönlichkeitsstruktur dar. Der Fragebogen wird bei Jugendlichen ab zwölf Jahren und bei Erwachsenen eingesetzt. Die Einsatzgebiete liegen im psychologischen, medizinpsychologischen, psychosozialen, psychotherapeutischen, psychiatrischen und medizinischen Kontext. Er wurde im Jahr 1977 von Derogatis erstellt (Derogatis 1977). Franke veröffentlichte 1995 die erste deutschsprachige Ausgabe der SCL-90-R (Franke 1995). Seit dem Jahr 2002 liegt diese bereits in der zweiten Auflage vor (Franke 2002). In dieser Arbeit wurde die erste Auflage verwendet.

Die 90 Items, die im einzelnen bestimmte Symptome darstellen bzw. abfragen, verteilen sich auf insgesamt neun Skalen (vgl. Franke 1995). Diese Skalen spiegeln die Bereiche „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im sozialen Kontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität / Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotische Symptome“ wider. Pro Skala wird eine bestimmte Anzahl an Items abgefragt. Hinzu kommen noch sieben Zusatzitems, die keine eigene Skala bilden, sondern nur Zusatzinformationen liefern und deshalb innerhalb der 90 Items vertreten sind. Der Proband beantwortet jedes Item mit Hilfe einer fünfstufigen Likertskala (0 = überhaupt nicht, 1 = ein wenig, 2 = ziemlich, 3 = stark, 4 = sehr stark). Die Skalen können entweder getrennt voneinander oder aber durch drei globale Kennwerte ausgewertet werden, die Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items geben. Zu diesen drei Werten gehört der GSI, der die grundsätzliche psychische Belastung misst. Außerdem zählt hierzu der PSDI (Positive Symptom Distress Index), der Aussagen zur Intensität der Antworten ermöglicht. Schlussendlich gibt es noch den PST (Positive Symptom Total), der die Anzahl der Symptome angibt, bei denen eine Belastung vorliegt. Die Auswertung der SCL-90-R erfolgt dadurch, dass man in einem ersten Schritt aus den Itemrohwerten der jeweiligen Skala durch Aufsummierung den Summenwert der zugehörigen Skala bildet. Dieser Summenwert wird nun durch die Anzahl der Items dividiert, die zu der jeweiligen Skala gehören. Dadurch erhält man den Skalenwert. Für die Zusatzitems entfällt dieser Divisionsschritt, hier wird nur der Summenwert berechnet. Für jede Skala und die Zusatzitems wird nun die Anzahl der Items, die einen Wert größer als 0 aufweisen als sogenannte Belastungstendenz angegeben. Die Summenwerte der neun Skalen und die der Zusatzitems werden nun aufsummiert und durch 90 dividiert. Dadurch erhält man den GSI. Die Belastungstendenzen der neun Skalen und

die der Zusatzitems werden ebenfalls aufsummiert. Somit wird der PST gebildet. Durch Division der zehn Summenwerte durch den PST entsteht der PSDI.

Laut Franke (2002) sind Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität bei der SCL-90-R gewährleistet. Die Retest-Reliabilität liegt für Medizinstudenten im Zeitraum einer Woche im Bereich von $r = 0,69$ für die Skala „Phobische Angst“ bis $r = 0,92$ für die Skala „Depressivität“ (Franke 1995). Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen zwischen $\alpha = 0,75$ für Phobische Angst und $\alpha = 0,88$ für Depressivität und sind somit insgesamt als zufriedenstellend bis gut zu bewerten. Für den GSI mit $\alpha = 0,97$ kann sogar von einer sehr guten Bewertung gesprochen werden. Die SCL-90-R stellt ein zur Messung der globalen psychischen Symptombelastung als Gesamtskala reliables Instrument dar. Allerdings korrelieren die einzelnen Skalen untereinander sehr hoch und auch die faktorenanalytische Struktur lässt sich nicht bestätigen. Das bedeutet, dass keine valide Erfassung voneinander abgrenzbarer Symptombereiche über die unterschiedlichen Subskalen möglich ist (vgl. Hessel et al. 2001).

3.5 Statistische Auswertung

Alle im Folgenden dargestellten Analysen beruhen auf der Bearbeitung der erhobenen Daten mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (Statistical Package of the Social Sciences) Statistics 17.0. Bei den Berechnungen wird, sofern nicht anders angegeben, von einem Signifikanzniveau $\alpha < 5\%$ ausgegangen.

In einem ersten Schritt wurden Drop-out-Analysen durchgeführt, um eine eventuelle systematische Verzerrung der späteren Analyseergebnisse auf Grund von Stichprobenmortalität aufzudecken. Hierbei kamen t-Tests für unabhängige Stichproben zum Einsatz, wenn es sich um zwei voneinander unabhängige Grundgesamtheiten handelte, deren Daten unter Annahme von Normalverteilung jeweils metrisch waren. Der Vierfeldertest oder Chi²-Test fand Verwendung bei dichotomen Daten, die wiederum aus zwei unabhängigen Grundgesamtheiten stammten. Zusätzlich wurde der Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben mit ordinal skalierten Daten angewendet.

Im Verlauf der statistischen Überprüfung der Eingangs aufgestellten Hypothesen kamen verschiedene Methoden zur Anwendung. Zur Auswertung der Veränderungen im Bereich der Symptombelastung wurden sowohl für die Einzelbereiche als auch für den Globalmesswert t-Tests für abhängige Stichproben bei metrischen Daten unter

Annahme von Normalverteilung verwendet. Bei Ablehnung der Normalverteilung kam zur Analyse der Veränderungen sowohl im Bezug auf die Symptombelastung als auch im interpersonalen Bereich bei ebenfalls metrischen Daten der Wilcoxon-Test zum Einsatz.

Um die Abhängigkeit der Symptomveränderung im Verlauf der Therapie von verschiedenen Variablen wie der Veränderung der interpersonalen Problemlage oder der Ausprägung verschiedener Symptome zu Therapiebeginn zu untersuchen, wurde bei Vorliegen normalverteilter untereinander linearer Variablen und unter Prüfung der entsprechenden Gütekriterien die lineare Regression angewendet. Im Vorfeld wurden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson eingesetzt, um Zusammenhänge zwischen den Variablen aufzudecken.

4. Ergebnisse

4.1 Drop-out-Analysen

Auf Grund von unzureichend bzw. nicht ausgefüllten Fragebögen innerhalb der untersuchten Patientenpopulation variieren die Stichprobenumfänge bezüglich der Einzelauswertungen von SCL-90-R und IIP-32 zuweilen erheblich. Die Ursachen hierfür sind vermutlich in verschiedenen Umständen der Datenerhebung zu suchen. Dazu zählt sicherlich die Tatsache, dass es sich bei den analysierten Patienten um psychisch beeinträchtigte Menschen handelt, denen zum Teil die Konzentration fehlte, um eine vollständige Bearbeitung des Fragebogenmaterials durchzuführen. Vorstellbar wäre auch die Möglichkeit des bewussten Auslassens der Beantwortung einiger Fragen in den jeweiligen Erhebungsbögen als Ausdruck des inneren Schwankens zwischen Ehrlichkeit und vermeintlicher sozialer Erwünschtheit. Kritisch zu bemerken ist die Tatsache, dass die Ausgabe und Rücknahme der entsprechenden Materialien im Stationsalltag zuweilen ungenügend erfolgte. Hinzu kommen Verlegungen auf andere Stationen innerhalb der Klinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums Jena und Entlassungen gegen ärztlichen Rat auf Wunsch der Patienten.

Um eventuelle systematische Verzerrungen hinsichtlich der späteren Analyseergebnisse durch das Fehlen einer bestimmten Patientengruppe aufzudecken, wurden Drop-out-Analysen durchgeführt. Hierfür wurde die Gruppe der Patienten mit fehlenden bzw. unzureichend ausgefüllten Fragebögen hinsichtlich soziodemografischer Merkmale, Hauptdiagnosen und Aufenthaltsdauer mit der Gruppe von Patienten verglichen, innerhalb derer eine vollständige Auswertung der Erhebungsmaterialien möglich war. Dabei wurden die Analysen getrennt für die SCL-90-R und das IIP-32 durchgeführt, da wie bereits erwähnt die Aufnahme des IIP-32 als Erhebungsinstrument in dem beschriebenen Setting erst im November 2010 erfolgte. Im Ergebnis zeigten sich sowohl bei der SCL-90-R als auch beim IIP-32 vereinzelt signifikante Unterschiede zwischen dem untersuchten Patientenkollektiv und der Drop-out-Gruppe. Bei beiden Messinstrumenten war die Aufenthaltsdauer in Wochen für die Drop-outs signifikant kürzer als im Untersuchungskollektiv. Dieser Umstand lässt sich durch die Verlegungen und Entlassungen gegen ärztlichen Rat begründen, welche Gründe für eine unzureichende Beantwortung der Fragebögen und somit für ein Drop-out darstellen. Für die SCL-90-R zeigten sich zwei weitere signifikante Abweichungen zwischen den beiden Gruppen. Einerseits war die Hauptdiagnose Anorexia

nervosa signifikant häufiger in der Drop-out-Gruppe vertreten und andererseits fand sich dort auch ein signifikant höherer Anteil an Frauen. Da 90,57% der Patienten mit Anorexia nervosa innerhalb der Stichprobe weiblich sind, erklärt sich der hohe Anteil an Frauen in der Drop-out-Gruppe. Das Krankheitsbild der Anorexia nervosa ist durch eine hohe Ambivalenz hinsichtlich therapeutischer Interventionen und nicht selten durch eine vollkommen fehlende Krankheitseinsicht geprägt (siehe Seite 9). Somit ist das häufige Vorkommen der Diagnose Anorexie in der Drop-out-Gruppe teilweise durch das Krankheitsbild an sich erklärbar. In Anlehnung daran muss die Interpretation der weiteren Ergebnisse die Diagnose Anorexie betreffend somit kritisch erfolgen. Einen Überblick über die beschriebene Analyse für die SCL-90-R gibt Tabelle 3.

Tabelle 3: Drop-out-Analyse für die SCL-90-R

Variable	Untersuchungsstichprobe	Drop-outs
Aufenthalt in Wochen (MW(SD))***	10.55(2.13)	9.25(3.11)
Alter in Jahren (MW(SD))	31.12(10.90)	31.93(12.58)
Geschlecht (n(%) weiblich)*	74.38%	86.67%
Partnerschaft (n(%) vorhanden)	54.47%	50.94%
Bildungsstand (Mittlerer Rang)	112.33	107.73
Berufliche Tätigkeit (n(%) vorhanden)	72.00%	76.92%
Anorexia nervosa (n(%) vorhanden)*	19.46%	35.29%
Bulimia nervosa (n(%) vorhanden)	17.45%	16.18%
Atypische Essstörung (n(%) vorhanden)	2.01%	2.94%
Somatoforme Störung (n(%) vorhanden)	22.15%	19.12%
Depression (n(%) vorhanden)	23.49%	13.24%
Angststörung (n(%) vorhanden)	2.68%	1.47%
Persönlichkeitsstörung (n(%) vorhanden)	12.75%	11.76%

***p<.001, *p<.05

Die Drop-out-Analyse des IIP-32 weist ebenfalls einen weiteren signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen auf. Hierbei handelt es sich um das signifikant

häufigere Vorkommen von Angststörungen in der Untersuchungsgruppe bei vollständigem Fehlen der Diagnose Angststörung in der Drop-out-Gruppe. Somit erweist sich die Auswertung der statistischen Berechnungen in Bezug auf die Diagnose Angststörung als optimal, da sie keinerlei Stichprobenmortalität unterliegt. Die entsprechenden Analyseergebnisse werden in Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4: Drop-out-Analyse für das IIP-32

Variable	Untersuchungsstichprobe	Drop-outs
Aufenthalt in Wochen (MW(SD))*	11.70(1.30)	9.95(3.34)
Alter in Jahren (MW(SD))	31.27(12.67)	32.52(11.74)
Geschlecht (n(%) weiblich)	68.18%	83.05%
Partnerschaft (n(%) vorhanden)	42.86%	44.00%
Bildungsstand (Mittlerer Rang)	33.95	36.08
Berufliche Tätigkeit (n(%) vorhanden)	78.57%	84.00%
Anorexia nervosa (n(%) vorhanden)	22.73%	33.33%
Bulimia nervosa (n(%) vorhanden)	9.10%	15.79%
Atypische Essstörung (n(%) vorhanden)	0.00%	1.75%
Somatoforme Störung (n(%) vorhanden)	9.10%	26.31%
Depression (n(%) vorhanden)	27.27%	14.04%
Angststörung (n(%) vorhanden)**	13.64%	0.00%
Persönlichkeitsstörung (n(%) vorhanden)	18.18%	8.77%

**p<.01, *p<.05

4.2 Hypothesenprüfung

In den nun folgenden Ausführungen wird die Überprüfung der Eingangs aufgestellten Hypothesen mit Hilfe statistischer Testverfahren geschildert. Dabei erfolgt die Abhandlung der einzelnen Aspekte in der Reihenfolge, die im Kapitel „Ziele der Arbeit“ aufgestellt wurde.

4.2.1 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich Symptombereichen

In Hypothese 1 wurde die Behauptung aufgestellt, im Zuge der durchgeführten stationären Gruppentherapie käme es zur signifikanten Abnahme der Belastung in den durch die SCL-90-R formulierten Symptombereichen, wobei diese am deutlichsten im Bereich Depressivität zu erwarten sei.

Zur Verifizierung des Wahrheitsgehaltes dieser Aussage erfolgte eine statistische Auswertung mittels t-Test für abhängige Stichproben. Hierbei wurden die Mittelwerte der T-Werte der einzelnen Skalen der SCL-90-R zu Therapiebeginn mit den entsprechenden Werten zum Abschluss der Therapie verglichen.

Es ließ sich eine signifikante Abnahme der T-Werte auf allen Skalen zwischen Therapiebeginn und –ende nachweisen ($p < .01$). Diese kann als deutlich positive Beeinflussung der Belastung innerhalb des untersuchten Patientenkollektives gewertet werden. Dabei zeigte sich bei der Betrachtung der mittels Cohen`s d ($MW_{\text{vor}} - MW_{\text{nach}} / SD_{\text{Differenz}}$) erfassten Effektstärke, dass die deutlichste Veränderung mit einer ES (Effektstärke) von .72 im Bereich Depressivität zu verzeichnen ist. Dem folgen mit einer ES = .69 der Bereich Zwanghaftigkeit und mit einer ES von .56 Unsicherheit. Die drei benannten Skalen stellten gleichzeitig die Bereiche dar, in denen die untersuchten Patienten zu Therapiebeginn die größte Belastung gemessen an der Höhe der T-Werte auf den einzelnen Skalen aufwiesen (Depressivität: $MW_{\text{vor}} = 70.00$, Unsicherheit: $MW_{\text{vor}} = 67.26$, Zwanghaftigkeit: $MW_{\text{vor}} = 66.24$). Die erste der aufgestellten Hypothesen kann also in vollem Umfang bestätigt werden. Die Darstellung der oben beschriebenen Ergebnisse wird in Tabelle 5 veranschaulicht.

Tabelle 5: Mittelwertsvergleich der T-Werte der SCL-90-R-Skalen vor und nach der Therapie und zugehörige Effektstärken

Symptombereich n=157	Therapiebeginn MW(SD)	Therapieende MW(SD)	Effektstärke ES
Soma***	64.01(13.26)	59.44(13.72)	.37
Zwang***	66.24 (12.31)	57.86(13.20)	.69
Unsich***	67.26 (12.29)	61.01(11.83)	.56
Depr***	70.00 (10.11)	61.46(12.87)	.72
Ängst***	65.64(12.20)	60.65(11.10)	.43
Aggr***	62.03(11.27)	56.45(11.65)	.45
Phob***	62.31(13.49)	56.66(13.24)	.45
Para***	61.68(13.16)	58.18(11.73)	.29
Psych***	65.24(10.83)	59.03(11.46)	.55

Soma=Somatisierung; Zwang=Zwanghaftigkeit; Unsich=Unsicherheit; Depr=Depressivität; Ängst=Ängstlichkeit; Aggr=Aggressivität; Phob=Phobische Angst; Para=Paranoides Denken; Psych=Psychotische Symptome; ***p<.001

4.2.2 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich Patientengruppen bzgl. deren Hauptdiagnose

Hypothese 2a postulierte die signifikante Abnahme der grundsätzlichen psychischen Belastung repräsentiert durch den Globalwert GSI der SCL-90-R als Ausdruck der Therapieauswirkungen im Patientenkollektiv insgesamt und im Speziellen bei Patienten mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, somatoformen Störungen und Depression.

Zur Überprüfung der Richtigkeit dieser Annahme wurden mit den T-Werten des GSI vor und nach der Therapie t-Tests für verbundene Stichproben sowohl für das gesamte Patientenkollektiv, als auch für die vier hauptsächlich vertretenen Diagnosen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, somatoforme Störungen und Depression durchgeführt. Zusätzlich erfolgte die Bestimmung der Effektstärke über Cohen's d ($MW_{\text{vor}} - MW_{\text{nach}} / SD_{\text{Differenz}}$) Zur Analyse der drei übrigen im Gesamtkollektiv vertretenen Diagnosen (atypische Essstörung, Angststörung und Persönlichkeitsstörung) wurden diese zusammengefasst. Bei einem Stichprobenumfang n = 24 und somit Ablehnung der Normalverteilungsannahme laut zentralem Grenzwertsatz (Weiß 2010) wurde bei metrischen Daten ein Wilcoxon-Test veranlasst. In den Tabellen 6 und 7 werden die hierbei ermittelten Ergebnisse zusammengefasst.

Tabelle 6: Vergleich der Mittelwerte des GSI vor und nach der Therapie im gesamten Kollektiv und bei einzelnen Diagnosegruppen, jeweilige Effektstärken

Untersuchungsgruppe	Therapiebeginn MW(SD)	Therapieende MW(SD)	Effektstärke ES
Kollektiv*** n=157	70.67(10.57)	62.81(12.72)	.63
Anorexie** n=28	67.61(10.89)	60.32(12.34)	.70
Bulimie** n=26	71.62(9.95)	61.19(9.39)	.99
Somatoform.** n=33	71.94(10.58)	63.70(14.26)	.49
Depression*** n=35	70.20(10.74)	60.80(13.77)	.72

***p<.001, **p<.01

Tabelle 7: Medianvergleich des GSI vor und nach Therapie bei zusammengefasster Diagnosegruppe

	Negative Ränge(n)	Positive Ränge(n)	Bindungen(n)
Zus. Diagnosegruppe n= 24	11 ^a	5 ^b	8 ^c

a: $GSI_{nach} < GSI_{vor}$; b: $GSI_{nach} > GSI_{vor}$; c: $GSI_{nach} = GSI_{vor}$

Bei der Untersuchung des Gesamtkollektivs der Patienten ließ sich eine signifikante Abnahme des GSI im Vergleich der Werte vor und nach der Therapie darstellen ($p < .001$). Auch für die Einzeldiagnosegruppen (Anorexie, Bulimie, somatoforme Störung, Depression) konnte jeweils eine signifikante Abnahme der Mittelwerte des GSI vor und nach der Therapie mit $p < .01$ nachgewiesen werden. Für die zusammengefasste Diagnosegruppe bestehend aus den Diagnosen atypische Essstörung, Angststörung und Persönlichkeitsstörung konnte diese signifikante Abnahme des GSI nicht bestätigt werden ($p > .05$). Somit konnte Hypothese 2a angenommen werden.

In Hypothese 2b wurde die Annahme zum Ausdruck gebracht, dass bei Patienten mit Bulimia nervosa bzw. Depression im Vergleich mit den übrigen Diagnosegruppen die stärkste Abnahme des GSI beim Vergleich von Therapiebeginn und Therapieende zu erwarten wäre.

Betrachtete man die mittels Cohen's d erfassten Effektstärken (siehe Tabelle 6), so zeigte sich die deutlichste GSI-Verminderung bei Patienten mit Bulimia nervosa mit $ES = .99$. Die Patienten mit Depression aus dem untersuchten Kollektiv wiesen mit $ES = .72$ eine geringere Effektstärke im Bereich der GSI-Abnahme vor und nach Therapie auf. Allerdings zeigte sich, dass diese beiden Diagnosegruppen im Ver-

gleich zu den übrigen vergebenen Diagnosen (Anorexia nervosa: ES = .70, somatoforme Störung: ES = .49) gemessen an der Effektstärke die deutlichste Verminderung des GSI aufwiesen. Dabei kam es sowohl bei den Patienten mit Bulimia nervosa ($MW_{\text{vor}} = 71.62$, $MW_{\text{nach}} = 61.19$) als auch bei den Patienten mit Depression ($MW_{\text{vor}} = 70.20$, $MW_{\text{nach}} = 60.80$) zu einer Abnahme der T – Werte des GSI um annähernd eine Standardabweichung. Damit erreichten die Patienten im Verlauf der Therapie annähernd den Durchschnittsbereich von T-Werten, der bekanntermaßen zwischen 40 - 60 anzusiedeln ist. Folglich muss Hypothese 2b nicht abgelehnt werden. Zur Veranschaulichung der geschilderten Ergebnisse wurde Abbildung 5 erstellt, welche die Entwicklung der T-Werte des GSI im Vergleich von Therapiebeginn zu Therapieende für die 4 Hauptdiagnosegruppen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, somatoforme Störungen und Depression grafisch darstellt. Neben der farblichen Unterscheidung von Therapiebeginn und Therapieende wurde auch der als Durchschnittsbereich geltende Abschnitt der T-Werte zwischen 40 und 60 hervorgehoben, um die Annäherung innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen an diesen Bereich zu verdeutlichen.

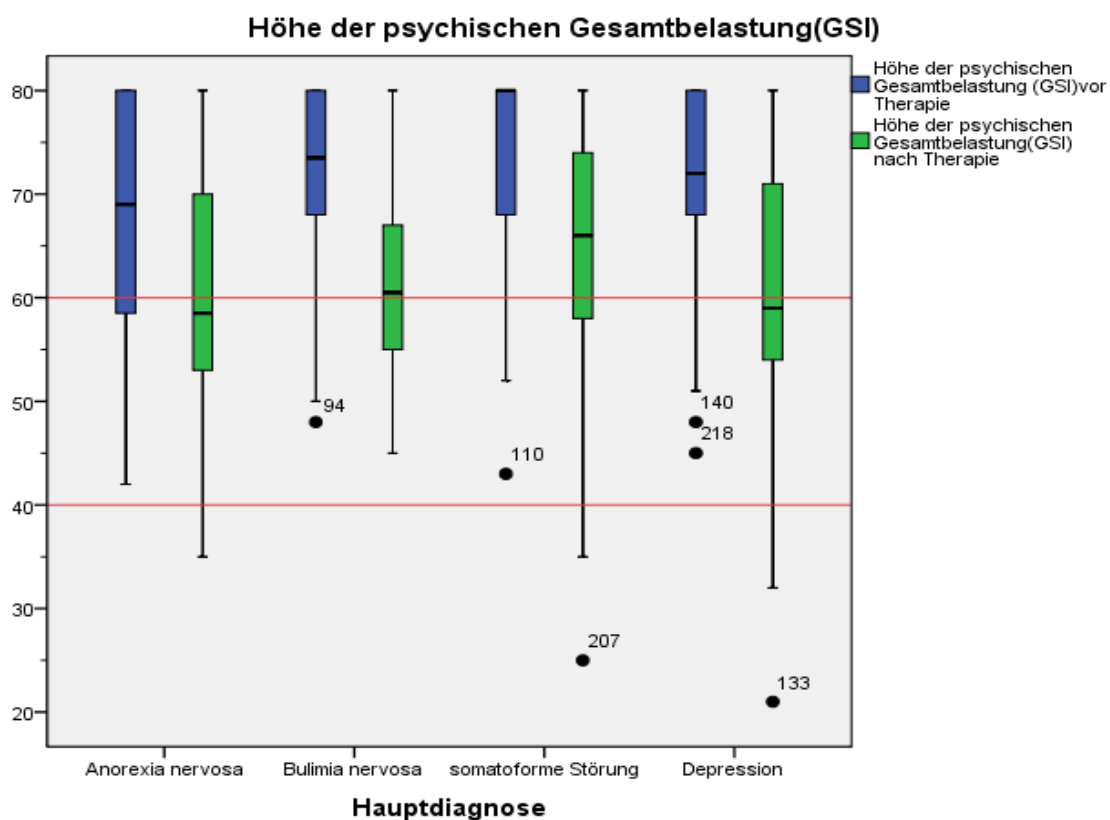


Abbildung 5: Grafische Darstellung der Veränderung der T-Werte des GSI vor und nach Therapie bei einzelnen Diagnosegruppen mittels Boxplot

4.2.3 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich Patientengruppen bzgl. soziodemografischer Merkmale

Durch Hypothese 3 wurde die Annahme zum Ausdruck gebracht, dass es unabhängig von soziodemografischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Beziehungs- und Bildungsstand zu signifikanten GSI-Veränderungen als Ausdruck der Therapieauswirkungen käme.

Zur Untersuchung dieser These hinsichtlich ihrer Richtigkeit kamen bei intervallskalierten Daten unter Annahme von Normalverteilung t-Tests zum Einsatz. Bei Ablehnung von Normalverteilung entsprechend des zentralen Grenzwertsatzes (Weiß 2010) auf Grund eines Stichprobenumfanges $n < 25$ wurden Wilcoxon-Tests angewandt. Die beschriebenen Testverfahren wurden jeweils bzgl. des zu untersuchenden Merkmals (Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Beziehungsstand, Bildungsstand) mit den GSI-Werten vor und nach Therapie durchgeführt. Die jeweiligen Effektstärken wurden für den t-Test mittels Cohen's d ($MW_{\text{vor}} - MW_{\text{nach}} / SD_{\text{Differenz}}$) und für den Wilcoxon Test approximativ nach Field (z / \sqrt{n}) bestimmt (Field 2009). Die auf diese Art und Weise gewonnenen Ergebnisse werden in Tabelle 8 - 12 zusammengefasst.

Zum Vergleich der Therapieauswirkungen bzgl. des Patientenalters erfolgte bei einer Altersverteilung zwischen 17 und 64 Jahren eine Unterteilung des Kollektivs in drei Gruppen. Die erste Gruppe umfasste dabei den Bereich zwischen 17 und 32 Jahren. In der zweiten Gruppe befanden sich die Patienten mit einem Alter zwischen 33 und 48 Jahren und in der dritten Gruppe im Alter zwischen 49 und 64 Jahren. Für alle drei Gruppen konnte jeweils eine signifikante Veränderung des GSI nachgewiesen werden ($p < .001$ bzw. $p < .05$). Dabei war die Veränderung gemessen anhand der Effektstärke in der Altersgruppe 17 - 32 mit einer $ES = .84$ am stärksten ausgeprägt (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Mittelwert- bzw. Medianvergleich des GSI vor und nach Therapie bei verschiedenen Altersgruppen, jeweilige Effektstärken

Alter in Jahren	MW(SD) _{vor} MW(SD) _{nach}			Effektstärke ES
	Neg.R.(n)	Pos.R.(n)	Bindg.(n)	
17-32***	70.63(9.99)	61.12(12.43)		.84
33-48*	70.33(12.14)	65.17(13.65)		.34
49-64*	3 ^a	7 ^b	3 ^c	.59

a: $GSI_{\text{nach}} < GSI_{\text{vor}}$, b: $GSI_{\text{nach}} > GSI_{\text{vor}}$, c: $GSI_{\text{nach}} = GSI_{\text{vor}}$; R.= Ränge; *** $p < .001$, * $p < .05$

Beim Vergleich der Therapieauswirkungen hinsichtlich des Geschlechtes innerhalb der Stichprobe, der in Tabelle 9 dargestellt wurde, konnte wiederum sowohl für weibliche ($p < .001$) als auch für männliche ($p < .05$) Patienten eine signifikante GSI-Veränderung nachgewiesen werden. Dabei war diese bei den Frauen mit einer Effektstärke von .73 deutlich ausgeprägter als bei den Männern ($ES = .39$).

Tabelle 9: Mittelwertvergleich des GSI vor und nach Therapie bei weiblichen und männlichen Patienten, jeweilige Effektstärken

Geschlecht	MW(SD) _{vor}	MW(SD) _{nach}	Effektstärke ES
weiblich***	71.21(10.31)	62.42(12.67)	.73
männlich*	69.10(11.27)	63.95(12.96)	.39

*** $p < .001$, * $p < .05$

Ein weiteres soziodemografisches Merkmal, das es zu untersuchen galt, war der Beziehungsstand hinsichtlich des Vorhandenseins einer Partnerschaft. Dazu wurde das Kollektiv in eine Gruppe von Patienten mit bestehender Partnerschaft und eine Gruppe von Patienten ohne bestehende Partnerschaft eingeteilt. Auch hier wurde für jede Gruppe einzeln die GSI-Veränderung analysiert. Es zeigte sich, dass es in beiden Gruppen zu einer signifikanten GSI-Veränderung ($p < .001$) kam. Diese war in der Gruppe ohne Partnerschaft ($ES = .86$) stärker ausgeprägt. Die diesbezüglichen Ergebnisse wurden in Tabelle 10 zusammengefasst.

Tabelle 10: Mittelwertvergleich des GSI vor und nach Therapie bei Patienten in einer Partnerschaft und Patienten ohne bestehend Partnerschaft, jeweilige Effektstärken

Partnerschaft	MW(SD) _{vor}	MW(SD) _{nach}	Effektstärke ES
nein***	70.59(10.82)	61.28(11.69)	.86
ja***	71.06(10.74)	63.57(13.91)	.51

*** $p < .001$

Der nächste Vergleich bezog sich auf die Erwerbstätigkeit innerhalb der Stichprobe. Dazu erfolgte eine Einteilung des Kollektivs in erwerbstätige und erwerbslose Patienten. Die beiden Gruppen wurden wiederum hinsichtlich der GSI-Änderung untersucht. Auch hierbei zeigten sich bei beiden Gruppen signifikante Veränderungen des GSI vor und nach Therapie ($p < .001$), wobei die Änderung in der Gruppe ohne Erwerbstätigkeit deutlicher ausfiel ($ES = .74$) als in der Gruppe mit Erwerbstätigkeit ($ES = .59$). Tabelle 11 wurde zur Verdeutlichung dieser Analyse angefertigt.

Tabelle 11: Mittelwertvergleich des GSI vor und nach Therapie bei erwerbstätigen und erwerbslosen Patienten, jeweilige Effektstärken

Erwerbstätigkeit	MW(SD) _{vor}	MW(SD) _{nach}	Effektstärke ES
erwerbslos***	73.91(8.84)	64.94(13.83)	.74
erwerbstätig***	69.57(11.13)	61.66(12.47)	.59

***p<.001

Zusätzlich wurde die Überprüfung der GSI-Änderung innerhalb der Patientenstichprobe noch hinsichtlich des Bildungsstandes differenziert durchgeführt (siehe Tabelle 12). Dazu wurden vier Gruppen gebildet und die Patienten hinsichtlich ihres jeweils höchsten Abschlusses zugeteilt (Hochschule, Ausbildung, Abitur, Real-/ Hauptschule). In allen so gebildeten Gruppen konnten signifikante GSI-Änderungen im Vergleich des GSI vor und nach der Therapie nachgewiesen werden ($p < .001$ bzw. $p < .01$). Die bzgl. der gemessenen Effektstärke geringste Veränderung zeigte sich in der Gruppe Ausbildung (ES = .55).

Tabelle 12: Mittelwert-/bzw. Medianvergleich des GSI vor und nach Therapie bei verschiedenen Bildungsabschlüssen, jeweilige Effektstärken

Bildungsstand	MW(SD) _{vor} MW(SD) _{nach}			Effektstärke ES
	Neg.R.(n)	Pos.R.(n)	Bindg.(n)	
Hochschule**	10 ^a	2 ^b	2 ^c	.71
Ausbildung***	69.99(11.47)	62.77(12.20)		.55
Abitur***	70.95(9.19)	63.68(14.28)		.76
Real-/Hauptschule**	10 ^a	3 ^b	1 ^c	.74

a: $GSI_{nach} < GSI_{vor}$, b: $GSI_{nach} > GSI_{vor}$, c: $GSI_{nach} = GSI_{vor}$; R.=Ränge; ***p<.001, **p<.01

Somit konnte bei allen überprüften soziodemografischen Merkmalen gezeigt werden, dass es in allen diesbezüglichen Gruppen zu signifikanten Änderungen des GSI im Vergleich zwischen Therapiebeginn und Therapieende kam. Hypothese 3 konnte also bestätigt werden.

4.2.4 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich interpersonaler Probleme

In Hypothese 4 erfolgte die Auseinandersetzung mit den Veränderungen im interpersonalem Bereich im Zuge der durchgeführten Therapie als Hauptangriffspunkt des Behandlungskonzeptes. Bezüglich dessen wurde die Behauptung aufgestellt, im Laufe der Therapie käme es zu einer signifikanten Veränderung der über das IIP-32 ermittelten interpersonalem Probleme.

Um eine Aussage bezüglich des Wahrheitsgehaltes dieser These treffen zu können, wurde eine statistische Auswertung der Ergebnisse des IIP-32 vorgenommen. Hierzu

wurden die Mediane der Anzahl der als auffällig zu wertenden Skalen des IIP-32 vor und nach der Therapie miteinander verglichen. Dies erfolgte unter Zuhilfenahme des Wilcoxon-Tests bei Vorliegen intervallskalierter Daten und Ablehnung der Normalverteilungsannahme bei $n = 22$. Die Effektstärke wurde approximativ nach Field (2009) bestimmt (z / \sqrt{n}). Tabelle 13 veranschaulicht die dementsprechend gewonnenen Ergebnisse.

Tabelle 13: Medianvergleich der Anzahl auffälliger IIP-32-Skalen vor und nach Therapie, zugehörige Effektstärke

	Neg. Ränge(n)	Pos. Ränge(n)	Bindungen(n)	EffektstärkeES
Auffällige Sk.* n= 22	14 ^a	4 ^b	4 ^c	.50

a:auffällige IIP-Skalen_{nach}<auffällige IIP-Skalen_{vor}; b:auffällige IIP-Skalen_{nach}>auffällige IIP-Skalen_{vor}; auffällige IIP-Skalen_{nach}=auffällige IIP-Skalen_{vor}; *p<.05

Mit $p < .05$ zeigte sich eine signifikante Veränderung der Anzahl auffälliger Skalen des IIP-32 und somit der interpersonalen Problemlage im Vergleich zwischen Therapiebeginn und Therapieende. Bei einer Effektstärke $ES = .50$ stellte sich die Signifikanz dieses Ergebnisses als hoch relevant heraus.

4.2.5 Abhängigkeit des Ausmaßes der Therapieauswirkungen

Die Änderung der Belastung durch die mittels SCL-90-R erfassten Symptome im Zuge der durchgeführten Therapie wäre laut Hypothese 5a/b abhängig von verschiedenen Einflussfaktoren. Hypothese 5a postulierte hierbei einen entscheidenden Einfluss des Ausmaßes der Veränderungen im Bereich interpersonaler Probleme. In Hypothese 5b wurde der Ausgangslage der Patienten hinsichtlich Symptombelastung und interpersonaler Problemlage eine ebenso wichtige Rolle zugeschrieben.

Zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen erfolgte die Durchführung linearer Regressionsanalysen in Form von einfacher und multipler Regression im Einschlussverfahren. Als abhängige Variable wurde die Differenz der T-Werte des GSI ermittelt über die SCL-90-R gewählt, die dabei als Maß für den Erfolg der Therapie gewertet wurde. Als unabhängige Variablen wurden die entsprechend der aufgestellten Hypothesen formulierten Prädiktoren des Therapieerfolges eingesetzt. Hierzu zählte in einem ersten Analyseschritt die Differenz der Anzahl an auffälligen Skalen des IIP-32 vor und nach Therapie, die als Maß für die Änderung zwischenmenschlicher Interaktionsmuster den Kernpunkt der durchgeführten therapeutischen Intervention repräsentierte. Des Weiteren wurden die Anzahl an auffälligen IIP-32-Skalen zu Therapie-

beginn und die T-Werte verschiedener SCL-90-R-Skalen zu Therapiebeginn eingesetzt, die jeweils den Ausgangszustand der Patienten auf dem entsprechenden Gebiet darstellten und dadurch mit großer Wahrscheinlichkeit Auswirkungen auf den zu erreichenden Therapieerfolg hatten.

Vorab wurden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson aufgestellt, mit dem Ziel, Zusammenhänge zwischen den verwendeten Variablen aufzudecken. Die erste der beschriebenen Analysen umfasste die Darstellung der Zusammenhänge zwischen der Symptombelastung bzw. der Belastung durch interpersonale Probleme zu Therapiebeginn und der im Verlauf der Therapie erzielten Veränderung in den jeweiligen Bereichen (siehe Tabelle 14). Zur Darstellung der Symptombelastung wurde der GSI der SCL-90-R als globaler Kennwert zur Kennzeichnung der grundsätzlichen psychischen Belastung verwendet. Die interpersonale Problemlage konnte durch die Anzahl der als auffällig zu wertenden Skalen des IIP-32 veranschaulicht werden. Hierbei ließen sich keine signifikanten Zusammenhänge nachweisen.

Tabelle 14: Produkt-Moment-Korrelation zwischen interpersonaler und Symptombelastung zu Therapiebeginn und Veränderung der Belastung im Verlauf

	GSI_v	GSI_Diff	IIP_v	IIP_Diff
GSI_v				
GSI_Diff	.02			
IIP_v	.16	-.11		
IIP_Diff	.17	.29	.42	

v=vor Therapie; Diff=Veränderung im Verlauf der Therapie; GSI=T-Wert des GSI; IIP=Anzahl auffälliger IIP-Skalen

Zusätzlich dazu wurde eine weitere Produkt-Moment-Korrelation für die einzelnen mittels SCL-90-R ermittelten Symptombereiche bzw. deren Ausprägung zu Therapiebeginn in Form der T-Werte der entsprechenden SCL-90-R-Skalen durchgeführt (Tabelle 15). Wie zu erwarten war (siehe Seite 41), zeigte sich hierbei eine mittlere bis hohe Korrelation der Skalen untereinander ($r = .42$ bis $r = .80$, $p < .01$). Die Korrelationskoeffizienten stellten sich jeweils positiv dar, d.h., je höher die Belastung in dem einen Symptombereich, umso höher ist sie auch in dem anderen. Diesen Umstand galt es in der Anfertigung der späteren Regressionsanalyse zu berücksichtigen.

Tabelle 15: Produkt-Moment-Korrelation zwischen den T-Werten der einzelnen Skalen der SCL-90-R zu Therapiebeginn

	Soma	Zwang	Unsich	Depr	Ängst	Aggr	Phob	Para	Psych
Soma									
Zwang	.61**								
Unsich	.54**	.65**							
Depr	.57**	.78**	.80**						
Ängst	.66**	.71**	.67**	.71**					
Aggr	.42**	.52**	.55**	.58**	.55**				
Phob	.51**	.61**	.67**	.66**	.68**	.52**			
Para	.48**	.60**	.77**	.70**	.59**	.56**	.59**		
Psych	.52**	.63**	.71**	.74**	.67**	.56**	.71**	.70**	

Soma=Somatisierung; Zwang=Zwanghaftigkeit; Unsich=Unsicherheit; Depr=Depression; Ängst=Ängstlichkeit; Aggr=Aggressivität; Phob=Phobische Angst; Para=Paranoides Denken; Psych=Psychotische Symptome; **p<.01

Um die Durchführung einer linearen Regression zu rechtfertigen, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Dazu zählen die Normalverteilung der verwendeten Variablen, die Linearität der Beziehung zwischen den Variablen, die Normalverteilung der Residuen (Differenz zwischen eigentlichen Daten und Modellschätzern), das Vorliegen von Homoskedastizität (Zustand, dass alle Residuen die gleiche konstante Varianz besitzen), der Ausschluss von Autokorrelation der Residuen und die Abwesenheit von Multikollinearität, also der linearen Abhängigkeit der unabhängigen Variablen untereinander (vgl. Albers und Skiera 1999). Die beiden erstgenannten Voraussetzungen wurden vorab testtheoretisch bzw. grafisch geprüft. Zur Überprüfung der Normalverteilungsannahme der Variablen wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test durchgeführt. Dieser bestätigte das Vorliegen von Normalverteilung bei den getesteten abhängigen und unabhängigen Variablen mit $p < .05$. Die Linearität der Beziehung zwischen den Variablen wurde grafisch mit Hilfe der Punkteverteilung im Streudiagramm dargestellt. Hierbei zeigten sich keine exakten, aber ausreichend lineare Zusammenhänge. Somit waren die beiden grundlegenden Bedingungen sichergestellt, welche die Anfertigung einer linearen Regressionsanalyse rechtfertigen. Die übrigen drei Voraussetzungen wurden jeweils bei der Erstellung des entsprechenden Analyseschrittes überprüft und an der jeweiligen Stelle der Ergebnisbeschreibung erläutert. Grundsätzlich wurde dabei die Normalverteilung der Residuen an Hand von Histogrammen abgeschätzt, welche im Anhang dieser Arbeit einzeln aufgeführt wurden. Der Nachweis von Homoskedastizität wurde mittels Residuenplots geführt, wo-

bei die Bedingung kontrolliert wurde, dass die Residuen unsystematisch um die Nulllinie schwanken. Auch diese grafischen Darstellungen finden ihren Platz im Anhang der Dissertationsschrift. Das Vorliegen von Autokorrelation wurde unter Anwendung des Durbin-Watson-Tests überprüft, wobei Testwerte zwischen 1 und 3 als akzeptabel angesehen wurden und zum Ausschluss von Autokorrelation dienten. Auf Grund der als Voranalysen angefertigten Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson und der dabei festgestellten Korrelationen zwischen den einzelnen SCL-90-R-Skalen galt es vor allem, die Aufmerksamkeit auf mögliche Probleme im Rahmen von Multikollinearität zu richten. Die Abwesenheit von Multikollinearität wurde in Form der Ermittlung von Toleranz bzw. deren Kehrwert, dem Variance-Inflation-Factor (VIF), abgesichert. Die Toleranz stellt dabei die Differenz zwischen 1 und dem Bestimmtheitsmaß für die Regression einer unabhängigen Variablen auf die übrigen unabhängigen Variablen der Regressionsfunktion dar (Albers und Skiera 1999). In der Interpretation der entsprechenden Werte für Toleranz und VIF wurde der Empfehlung von Urban und Mayerl (2008) gefolgt, die sich dafür aussprechen, dass der Toleranzwert nicht unter 0,25 und der VIF nicht über 5 liegen sollte.

Bei der Auswertung der im Rahmen dieser Regressionsanalyse entstandenen Modelle wurde auf bestimmte Kennzahlen näher eingegangen. Dazu gehörte das Bestimmtheitsmaß R^2 , das den prozentualen Anteil der erklärten Varianz an der Gesamtvarianz angibt. Der ebenfalls benannte F-Wert bzw. dessen Signifikanz geht aus einer einfaktoriellen Varianzanalyse hervor, die den Anteil der erklärten Varianz an der Fehlervarianz relativiert und erst dann signifikant wird, wenn der durch die Regression erklärte Anteil der Varianz deutlich höher ist als der Fehlervarianzanteil und somit eine Aussage über die statistische Signifikanz des Gesamtmodells zulässt. Außerdem fand die Prüfung der bereits beschriebenen Modellprämissen Eingang in die Auswertung der Analyse und wurde an der jeweiligen Stelle erwähnt.

Zur Überprüfung des ersten Teils der aufgestellten Hypothese (5a) wurde eine einfache lineare Regression angefertigt. Hierbei wurde als abhängige Variable die Differenz der T-Werte des GSI vor und nach der Therapie (GSI-Differenz) als Maß für den Therapieerfolg verwendet. Als unabhängige Variable kam die Differenz der Anzahl an als auffällig zu wertenden Skalen des IIP-32 (IIP-Diff) zum Einsatz, welche als Einflussfaktor der durchgeführten tiefenpsychologisch orientierten interaktionellen Therapie gewertet wurde. Es zeigte sich ein Bestimmtheitsmaß R^2 von .08. Demzu-

folge sind 8% der GSI-Änderung im Verlauf der Therapie durch die Änderung der Anzahl an auffälligen Skalen des IIP-32 erklärbar. Dabei erreichte das Gesamtmodell keine statistische Signifikanz ($F = 1.41, p > .05$). Hypothese 5a musste somit abgelehnt werden. Die Verteilung der Residuen konnte mittels Histogramm als ausreichend normal bestätigt werden. Auch der Residuenplot zeigte das geforderte unsystematische Schwanken um die Nulllinie, sodass von Homoskedastizität ausgegangen werden konnte (die jeweiligen grafischen Darstellungen finden sich im Anhang dieser Arbeit). Mit einem Ergebnis von 1.22 in der Durbin-Watson-Statistik konnte Autokorrelation größtenteils ausgeschlossen werden. Auf die Testung nach Multikollinearität wurde bei Vorliegen nur einer unabhängigen Variablen verzichtet. Die Ergebnisse des beschriebenen Modells werden in Tabelle 16 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 16: Lineare Regression zur Vorhersage der Veränderung der Symptombelastung, unabhängige Variable: IIP-Differenz

Prädiktor	B	SE B	β	t
1.Modell: (Konstante)	6.21	3.35		1.85
IIP-Diff	1.84	1.55	.29	1.19

Um den zweiten Teil von Hypothese 5 auf seinen Wahrheitsgehalt hin zu untersuchen, wurden mehrere Modelle multipler linearer Regression erstellt. Es wurden nacheinander im Sinne der Einschlussmethode Daten als unabhängige Variablen in das jeweilige Modell aufgenommen, die entsprechend der formulierten Hypothese 5b den Ausgangszustand der Patienten beschrieben. Dabei enthielt das erste dementsprechende Modell zusätzlich zu der bereits getesteten unabhängigen Variablen die Anzahl der auffälligen IIP-32-Skalen zu Therapiebeginn (IIP-vor) als weitere unabhängige Variable. In Tabelle 17 wurde das beschriebene Modell aufgeführt.

Tabelle 17: Lineare Regression zur Vorhersage der Veränderung der Symptombelastung, unabhängige Variable: IIP-Differenz, IIP-vor

Prädiktor	B	SE B	β	t
<u>2.Modell:</u> (Konstante)**	11.97	3.93		3.05
IIP-Diff*	3.37	1.54	.52	2.19
IIP-vor*	-2.11	.93	-.54	-2.26

** $p < .01$, * $p < .05$

Hierbei zeigte sich ein Bestimmtheitsmaß R^2 von 32%. Nach diesem Modell müssten also 32% der Varianz des Therapieerfolges durch die Veränderung der interpersona-

len Problemlage in Kombination mit der Ausgangslage im interpersonalen Bereich erklärbar sein. Das Modell verpasste dabei ganz knapp die statistische Signifikanz ($F = 3.45$, $p > .05$). Das Histogramm zur Darstellung der Verteilung der Residuen und der Residuenplot (beide im Anhang ersichtlich) erfüllten jeweils die vorgegebenen Kriterien. Autokorrelation konnte bei einem Wert der Durbin-Watson-Statistik von 1.63 ausgeschlossen werden. Bei einem Toleranzwert von .81 bzw. einem $VIF = 1.24$ wurde die Abwesenheit von Multikollinearität bestätigt.

Gemäß der aufgestellten Hypothese galt es auch, die Ausgangslage der Patienten bezüglich der Symptombelastung in die Betrachtung mit einzubeziehen. Zu diesem Zweck wurden die einzelnen durch die SCL-90-R ermittelten Symptombereiche in Form ihrer jeweiligen T-Werte zu Therapiebeginn in das Modell integriert. Dies geschah ausgehend von Modell 2 mit den T-Werten vor der Therapie aller SCL-90-R-Skalen. Dann wurden alle diejenigen Prädiktoren aus dem Modell entfernt, die keinen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung leisteten. In Folge dessen konnten 3 unabhängige Variablen ermittelt werden, mit Hilfe derer ein entscheidender Anteil der Varianz der im Laufe der Therapie auftretenden GSI-Änderung erklärbar war. Diese wurden nun wiederum per Einschussverfahren einzeln in das bestehende Modell aufgenommen. Zu Beginn erfolgte die Aufnahme der Vorbelastung im Bereich Ängstlichkeit in Form des T-Wertes zu Therapiebeginn der Skala Ängstlichkeit der SCL-90-R (Ängstl-vor). Die entsprechende Analyse wird durch Tabelle 18 veranschaulicht.

Tabelle 18: Lineare Regression zur Vorhersage der Veränderung der Symptombelastung, unabhängige Variable: IIP-Diff, IIP-vor, Ängstl-vor

Prädiktor	B	SE B	β	t
<u>3.Modell:</u> (Konstante)*	24.84	10.48		2.37
IIP-Diff*	3.60	1.51	.56	2.38
IIP-vor	-1.86	.93	-.48	-2.00
Ängstl-vor	-.22	.17	-.29	-1.32

* $p < .05$

Hierbei zeigte sich nun eine Varianzaufklärung von 39% nach Aufnahme des T-Wertes der Skala Ängstlichkeit zu Therapiebeginn als unabhängige Variable in das Modell. Dabei verfehlte das Modell die statistische Signifikanz ($F = 2.99$, $p > .05$) nach wie vor. Die Normalverteilung der Residuen und der Nachweis von Homoskedastizität konnten bestätigt werden (siehe Anhang). Der optimale Wert von 2.00 in der Durbin-Watson-Statistik ermöglichte den Ausschluss von Autokorrelation.

Auch die Kollinearitätsdiagnostik schloss mit Toleranzwerten zwischen .77 und .91 das Vorliegen von Multikollinearität aus.

Als weitere unabhängige Variable wurde der T-Wert der Skala Zwanghaftigkeit zu Therapiebeginn (Zwang-vor) in das Modell eingefügt. Hierdurch konnte eine Zunahme des Bestimmtheitsmaßes R^2 auf 70% verzeichnet werden. Das Gesamtmodell erlangt dabei erstmals statistische Signifikanz mit $F = 7.63$ und $p < .01$. Mittels Histogramm und Residuenplot (siehe Anhang) konnten Normalverteilung und Homoskedastizität nachgewiesen werden. Die Durbin-Watson-Statistik ließ den Ausschluss von Autokorrelation mit einem Wert von 1.68 zu und auch die Annahme von Multikollinearität konnte anhand von Toleranzwert und VIF abgelehnt werden. Tabelle 19 wurde als Zusammenschau der Ergebnisse erstellt.

Tabelle 19: Lineare Regression zur Vorhersage der Veränderung der Symptombelastung, unabhängige Variable: IIP-Diff, IIP-vor, Ängstl-vor, Zwang-vor

Prädiktor	B	SE B	β	t
<u>4. Modell:</u>				
(Konstante)	16.28	7.96		2.05
IIP-Diff**	3.51	1.10	.54	3.20
IIP-vor*	-2.04	.68	-.52	-3.02
Ängstl-vor**	-.82	.20	-1.09	-4.04
Zwang-vor**	.76	.21	.99	3.68

** $p < .01$, * $p < .05$

In einem letzten Schritt wurde nun noch der T-Wert der Skala Psychotische Symptome vor der Therapie (Psych-vor) als weitere unabhängige Variable in das Modell aufgenommen. In Folge dessen stieg R^2 noch einmal an und erreichte 74%. Somit konnten 74% der Varianz der Änderung der Symptombelastung im Verlauf der Therapie durch die im Modell integrierten 5 Prädiktoren erklärt werden. Das Gesamtmodell erreichte dabei statistische Signifikanz ($F = 6.84$, $p < .01$). Folglich konnte der Hypothese 5b zugestimmt werden, da es sich bestätigen ließ, dass die Veränderung der Symptombelastung im Zuge der durchgeführten Therapie auch von der Ausgangslage der Patienten hinsichtlich Symptombelastung und interpersonaler Problemlage abhängig ist. Die Betrachtung der standardisierten Koeffizienten β ließ dabei eine Abschätzung des Einflusses der einzelnen unabhängigen Variablen auf das Gesamtmodell zu. Danach stellte sich die Variable Ängstl-vor als bedeutendster Prädiktor für die Symptomänderung im Rahmen der durchgeführten Therapie dar ($\beta = -1.20$). Den zweitwichtigsten Einfluss mit einem $\beta = .80$ hatte der Ausgangswert

auf der Skala Zwanghaftigkeit. Somit zeigte sich, dass die Ausgangslage der Patienten für den Therapieerfolg bedeutender war als die IIP-Differenz, welche erst an dritter Stelle folgte ($\beta = .55$) und als Maß für die Änderung zwischenmenschlicher Interaktionsmuster den Kernpunkt der durchgeführten Therapie verkörperte. Den geringsten Einfluss hatte die Variable „Psych-vor“ mit einem β von $.34$. Auffällig war außerdem, dass die Regressionskoeffizienten, die die Steigung der Regressionsgeraden angeben, für die Variablen IIP-vor und „Ängstl-vor“ negativ und für die übrigen unabhängigen Variablen positiv waren. Während also eine hohe IIP-Differenz und hohe Vorwerte auf den Skalen Zwanghaftigkeit und Psychotische Symptome der SCL-90-R eine große GSI-Differenz bedingten und somit zu größerem Therapieerfolg führten, wirkten sich hohe Vorwerte im Bereich der Anzahl auffälliger IIP-32-Skalen und auf der SCL-90-R-Skala Ängstlichkeit dahin gehend aus, dass die GSI-Differenz und somit der Therapieerfolg kleiner ausfielen. In der Zusammenschau bedeutete dies also für die vorliegende Patientenstichprobe, dass bei Betrachtung der drei Variablen mit dem größten Einfluss auf den Therapieerfolg Patienten mit einer geringen Belastung zu Therapiebeginn durch Ängstlichkeit, einer hohen Belastung durch Zwanghaftigkeit und einer großen Änderung der interpersonellen Interaktionsmuster im Laufe der Therapie die größten Aussichten auf Therapieerfolg hatten. Die Überprüfung der Modellprämissen erfolgte auch hier wieder für die Voraussetzung der Residuennormalverteilung und die Homoskedastizität grafisch und konnte, wie im Anhang dieser Arbeit ersichtlich, bestätigt werden. Autokorrelation konnte bei einem Wert der Durbin-Watson-Statistik von 1.74 ausgeschlossen werden. Die Kollinearitätsdiagnostik stellte sich mit Toleranzwerten zwischen $.80$ und $.24$ bzw. einem VIF zwischen 1.26 und 4.10 grenzwertig dar. Da aber die diesbezüglichen Grenzwerte in der Literatur sehr uneinheitlich gehandelt wurden und die ermittelten Werte nah an der Grenze lagen, stellte dies sicherlich einen Kritikpunkt des Regressionsmodells dar, wurde aber als Gütekriterium zum Ausschluss von Multikollinearität akzeptiert. In Tabelle 20 wird das erläuterte Modell zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 20: Lineare Regression zur Vorhersage der Veränderung der Symptombelastung, unabhängige Variable: IIP-Diff, IIP-vor, Ängstl-vor, Zwang-vor, Psych-vor

Prädiktor	B	SE B	β	t
<u>5.Modell:</u>				
(Konstante)	11.27	8.58		1.31
IIP-Diff**	3.58	1.07	.55	3.35
IIP-vor*	-2.02	.66	-.52	-3.06
Ängstl-vor**	-.90	.21	-1.20	-4.38
Zwang-vor*	.62	.23	.80	2.69
Psych-vor	.31	.23	.34	1.34

**p<.01, *p<.05

5. Diskussion

Nach der Darstellung der Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen im vorherigen Kapitel sollen diese nun ausführlich diskutiert werden. Dabei erfolgt die diesbezügliche Auseinandersetzung in einem ersten Schritt auf inhaltlicher Ebene, indem die gewonnenen Ergebnisse in Bezug zur vorhandenen Fachliteratur gesetzt werden. In einem weiteren Schritt werden sie methodisch diskutiert, wobei auf die Messinstrumente, das Untersuchungsdesign und die statistischen Auswertungen Bezug genommen wird.

5.1 Inhaltliche Diskussion

5.1.1 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich Symptombereichen

Die Eingangs aufgestellte Hypothese, die durchgeführte Therapie führe zur signifikanten Abnahme der Belastung in allen mittels SCL-90-R ermittelten Symptombereichen, konnte unter Anwendung von t-Tests für abhängige Stichproben bestätigt werden. Dabei wurde zusätzlich die Annahme, dass die Belastungsabnahme im Bereich Depressivität am stärksten ausgeprägt sei, als zutreffend eingeschätzt.

Die Ergebnisse gehen konform mit den diesbezüglichen Aussagen der vorhandenen Fachliteratur. So haben bereits Büniger (2004) und Mladen (2009) in ihren Arbeiten zur Untersuchung der Wirksamkeit stationärer Gruppenpsychotherapie auf die Belastung psychosomatischer Patienten durch psychische und physische Symptome eine Verminderung dieser in allen durch die SCL-90-R abgefragten Symptombereichen nachgewiesen, wobei die Veränderungen im Bereich der Depressivität am stärksten ausgeprägt waren. Im Rahmen der sogenannten PAGE-Studie wurden die Auswirkungen ambulanter gruppentherapeutischer Konzepte untersucht, wobei auch tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie zum Einsatz kam (Tschuschke und Anbeh 2010). Auch hier konnte hinsichtlich der Belastung in den einzelnen Symptombereichen der SCL-90-R die stärkste Verminderung im Bereich von Depressivität und Zwanghaftigkeit nachgewiesen werden. In der vorliegenden Dissertationsschrift wurde die Ausprägung der Veränderung zwischen den einzelnen Symptombereichen anhand von Effektstärken verglichen. Dabei zeigte sich, wie Eingangs erwähnt, die deutlichste Veränderung im Bereich der Depressivität ($ES = .72$), gefolgt von Zwanghaftigkeit ($ES = .69$) und Unsicherheit ($ES = .56$). Auffällig dabei war, dass die Belastung vor der Therapie in genau diesen Bereichen, gemessen an der Höhe des T-

Wertes in den jeweiligen Symptombereichen, am höchsten war. Für die Depressivität ($MW_{\text{vor}} = 70.00$; $MW_{\text{nach}} = 61.46$) und die Zwanghaftigkeit ($MW_{\text{vor}} = 66.24$; $MW_{\text{nach}} = 57.86$) ließ sich eine Reduktion der Belastung um annähernd eine Standardabweichung nachweisen, die zumindest im Bereich der Zwanghaftigkeit zu einem anhand der T-Werte abgeschätzten Erreichen des Normalbereiches führte, der für T-Werte bekanntermaßen zwischen 40 und 60 liegt. Statistisch betrachtet muss hier darauf hingewiesen werden, dass niedrige Ausgangswerte im Bereich einer Skala die Wahrscheinlichkeit auf hohe Effektstärken hinsichtlich einer Veränderung mindern. Andersherum aber hohe Ausgangswerte die Wahrscheinlichkeit auf hohe Effektstärken erhöhen. Hinsichtlich dessen müssen also die hohen Effektstärken bzgl. der Veränderung der Belastung in den genannten Symptombereichen durchaus kritisch betrachtet werden. Allerdings zeigt ein Blick in die diesbezügliche Fachliteratur durchaus schlüssige Erklärungen für die positive Beeinflussung gerade dieser Symptombereiche auf. Zur differenzierten Betrachtung dieser Erkenntnisse muss allerdings zuerst einmal geklärt werden, warum die Belastung der Patienten gerade in den aufgeführten Symptombereichen so hoch ist. Zur Klärung dieser Frage ist es notwendig, die Diagnosen zu beleuchten, die innerhalb der Stichprobe am stärksten vertreten sind. Dabei handelt es sich um die Anorexia nervosa, die somatoformen Störungen, die Depression und die Bulimia nervosa. Betrachtet man diese Störungen, so finden sich sowohl für die Anorexia nervosa, als auch für die Bulimia nervosa und die somatoformen Störungen als wichtige Komorbidität die Depression (Gleixner et al. 2011). Für die Anorexie und die Bulimie zählen zusätzlich Zwangsstörungen zu den entscheidenden komorbiden Faktoren (Gleixner et al. 2011). Vor diesem Hintergrund erschließt sich die ausgeprägte Belastung innerhalb der Stichprobe in genau diesen Symptombereichen als Folge der dort am stärksten vertretenen Störungsbilder. Um die Stärke der Veränderungen in diesen Bereichen nachzuvollziehen, muss man die Wirkungsweise der angewandten Therapie genauer beleuchten. Als Kernelement des multimodalen Konzeptes ist die Gruppenpsychotherapie anzusehen. Dies ist laut Strauß (2010) möglich, da sich trotz der Multimodalität des Ansatzes die relevanten Veränderungsprozesse in der Gruppenpsychotherapie bündeln. Diese wirkt in Form eines Konzeptes sogenannter Wirkfaktoren (Yalom 2001) auf die Teilnehmer ein. In Bezug auf die Veränderungen in den Symptombereichen Depressivität und Unsicherheit sind vor allem zwei der insgesamt elf Wirkfaktoren nach Yalom (2001) entscheidend. Dazu gehört zum Verständnis der Beeinflussung des Bereiches Unsi-

cherheit der Faktor „Altruismus“. In der Beschreibung nach McKenzie (1987) empfinden es viele Gruppenteilnehmer als angenehm, zu erfahren, dass sie anderen Teilnehmern helfen können. Diese Erfahrung stärkt ihr Selbstbewusstsein und fördert den Selbstwert. Auf Grund dessen gewinnen sie wieder mehr Sicherheit und dies trägt zum Abbau von Unsicherheit bei. Laut McKenzie (1987) führe dieses Erstarren des Selbstwertes dazu, dass als weiterer Wirkfaktor „Hoffnung“ zum Tragen komme. Diese Hoffnung beziehe sich auf den Glauben daran, dass sich die eigene persönliche Situation wieder verbessern könne. Somit ist eine Unterbrechung der kognitiven Triade im Sinne des kognitiven Modells der Depression nach Beck (1996) möglich, die eine negative Sicht der Welt, der eigenen Person und der Zukunft als Voraussetzungen zur Entwicklung einer Depression postuliert. Auf Grund dessen kann eine Verminderung der Belastung durch Depressivität erreicht werden. In Anlehnung an die Ergebnisse einer Studie zu stationärer Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit einer Zwangsstörung (Quint und Rath 1987) können vor allem zwei Merkmale gruppentherapeutischer Settings als relevant hinsichtlich der Beeinflussung von Zwanghaftigkeit angesehen werden. Dabei handelt es sich einerseits um den Verlust von Angst- und Schamgefühlen durch das Erfahren von geteiltem Leid, indem die Patienten innerhalb der Gruppe Menschen mit ähnlichen Problemen kennenlernen und sich ob ihrer zwanghaften Neigungen nicht mehr ausgegrenzt fühlen - im Sinne der Wirkfaktorentheorie also das Erleben der „Universalität des Leids“ (nach Yalom 2001). Andererseits bekommen sie durch das Feedback der übrigen Gruppenteilnehmer aufgezeigt, welchen weitreichenden Einfluss ihre Zwanghaftigkeit auf die interpersonellen Beziehungen hat. Abschließend lässt sich also konstatieren, dass die Belastung der Patienten innerhalb der untersuchten Stichprobe durch spezifische Symptome in ihrer jeweiligen Erkrankung, verschlüsselt in Form der Hauptdiagnose, begründet liegt und sich die Veränderungen in den jeweiligen Symptombereichen durch die spezifische Wirkungsweise von Gruppenpsychotherapie erklären lassen.

5.1.2 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich Patientengruppen bzgl. deren Hauptdiagnose

Die Vermutung, dass der GSI der SCL-90-R als Globalwert zur Darstellung der psychischen Belastung in der untersuchten Stichprobe bei Patienten mit den Hauptdiagnosen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, somatoformen Störungen oder Depression signifikant abnimmt, konnte unter Verwendung von t-Tests für verbundene Stich-

proben und eines Wilcoxon-Tests bestätigt werden. Anhand von Effektstärken und veranschaulicht durch einen Boxplot konnte zusätzlich nachgewiesen werden, dass entsprechend der diesbezüglich aufgestellten Hypothese die GSI-Abnahme bei Patienten mit Bulimia nervosa und Depression am ausgeprägtesten war.

Somit konnten die in Bezug auf die entsprechende Fachliteratur gewonnenen Annahmen im Rahmen der untersuchten Stichprobe untermauert werden. Bei Betrachtung der Datenlage bezüglich der Anorexia nervosa fällt auf, dass im Vergleich zu anderen Essstörungen insgesamt nur sehr wenige wissenschaftlich fundierte Untersuchungen vorliegen (Agras et al. 2004, Hay et al. 2004, Herzog 2000). Gruppentherapeutische Interventionen zur Behandlung von Patienten mit Anorexie sind vor allem im stationären Bereich zu finden. Hierbei ist es auf Grund der starken Kopplung von körperlicher und seelischer Symptomatik erforderlich, das entsprechende Konzept ebenso vielschichtig zu gestalten (Zeeck 2012). Wird, wie in der vorliegenden Arbeit, ein psychodynamischer Ansatz verfolgt, so muss die entsprechende Therapie zusätzlich Elemente der Symptomzentrierung enthalten (Herzog und Hartmann 1997, Herzog und Sandholz 1997). Dabei handelt es sich meist um Interventionen aus dem edukativen und kognitiv-behavioralen Bereich, die zur Bekämpfung von ausgeprägtem Untergewicht eingesetzt werden, um die eigentlichen Konflikte auf interaktioneller Ebene zugänglich zu machen (Zeeck 2012). In Bezug auf die Anwendung eines gruppentherapeutischen Konzeptes kommen dann spezifische Wirkmechanismen zum Tragen. Diesbezüglich zu nennen ist laut einer Zusammenstellung nach Zeeck (2012) beispielsweise das Erleben von Verständnis innerhalb der Gruppe im Gegensatz zu der Überzeugung, niemand könne nachvollziehen, warum eine Änderung des Essverhaltens so unmöglich scheint. Des Weiteren wird durch den Kontakt zu anderen Gruppenmitgliedern vor allem in symptomhomogenen Gruppen die Überzeugung anorektischer Patienten „von der Einmaligkeit ihrer Symptomatik“ in Frage gestellt (Bruch 1973). Gleichzeitig wird durch das Erleben von Solidarität innerhalb der Gruppe dieser scheinbare Verlust an Einzigartigkeit kompensiert (Garfinkel und Garner 1982). Im Rahmen des in dieser Arbeit untersuchten therapeutischen Konzeptes kommen viele der in der entsprechenden Literatur als hilfreich im Kampf gegen die Erkrankung beschriebenen therapeutischen Elemente zum Einsatz. So finden verhaltenstherapeutische Interventionen in Form der Essverträge Eingang in das Konzept. Die Auseinandersetzung mit der Symptomatik und ihrer scheinbaren Einzigartigkeit wird durch zusätzliche essstörungsspezifische Gruppensitzungen fokus-

siert und der interaktionelle Ansatz der Gruppenpsychotherapie hilft bei der Bearbeitung der zumeist bei Anorektikern bestehenden „Schwierigkeiten im Umgang mit anderen“ (Zeeck 2012). Somit könnte sich die positive Auswirkung des angewandten Konzeptes auf den GSI bei Patienten mit Anorexia nervosa ($ES = .70$) erklären. Allerdings muss an dieser Stelle kritisch angemerkt werden, dass im Rahmen dieser Arbeit keine Aussagen zur Stabilität des Therapieergebnisses gemacht werden. Vor allem bei Essstörungen wie der Anorexia nervosa gibt es aber eindeutige Hinweise darauf, dass im Gegensatz zu kurzen, intensiven stationären Aufenthalten eher langfristig angelegte Konzepte zu dauerhafter Stabilisierung führen (Fairburn et al. 1995, Seligman 1995, Leuzinger-Bohleber et al. 2002). Es wäre also eine katamnestiche Nachbeobachtung erforderlich, um gerade bei den Patienten mit Anorexia nervosa die Therapieauswirkungen differenzierter betrachten zu können. Erschwerend kommt hinzu, dass Patienten mit Anorexia nervosa einen großen Teil der Diagnosen innerhalb der Drop-Out-Gruppe dieser Arbeit darstellen. Somit werden eventuelle Misserfolge der Therapie bei Anorektikern eher unterrepräsentiert, was die Qualität des Nachweises von Therapieauswirkungen einschränkt. Bezüglich der Therapie somatoformer Störungen muss festgestellt werden, dass hinsichtlich des stationären Behandlungssettings kognitiv-behaviorale Ansätze bisher am eingehendsten untersucht wurden (Allen et al. 2006, Bleichardt et al. 2004, Looper und Kirmayer 2002). Das liegt unter anderem auch darin begründet, dass es bisher nur sehr wenige Konzepte zur psychodynamischen Behandlung somatoformer Störungen gibt. Beispiele dafür sind die Konzepte nach Nickel und Egle (1999), nach Scheidt (2002) und nach Monsen (Monsen und Monsen 2000). Allerdings handelt es sich einzig und allein bei dem Ansatz von Nickel und Egle um einen gruppentherapeutisch konzipierten. Dabei wird im Sinne einer psychodynamisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie behandelt. Dieses Konzept hat sich laut Nickel und Egle (2012) „als praktikabel und effektiv erwiesen und wurde empirisch überprüft“. Ein ebenfalls psychodynamisch-interaktioneller gruppentherapeutischer Ansatz im ambulanten Setting wurde im Rahmen der sogenannten Düsseldorf-Köln-Studie überprüft und auch hier ließen sich anhand des GSI der SCL-90-R respektable Verbesserungen nachweisen, die gemessen an der Effektstärke zu Therapieende bei $ES = .48$ lagen (Tschuschke et al. 2007). In der vorliegenden Arbeit konnte dieses Ergebnis mit einer erreichten Effektstärke ES von $.49$ bestätigt werden. Somit kann konstatiert werden, dass die durchgeführte Therapieform Auswirkungen auf Patienten mit somatoformen Störungen

gen aufweist. Dabei bedarf es allerdings weiterer empirischer Belege, um diese auch im Vergleich zu anderen, viel besser und häufiger untersuchten, Therapieformen, wie zum Beispiel der kognitiv-behavioralen Ansätze (Kroenke und Swindle 2000), abzuschätzen. Die Auswirkungen des untersuchten Therapiekonzeptes auf Patienten mit einer Depression als Hauptdiagnose lassen sich gemessen an der Effektstärke der Änderung des GSI im Vergleich von Therapiebeginn und –ende ($ES = .72$) als gut einschätzen. Dies stimmt überein mit den diesbezüglichen Aussagen der entsprechenden Fachliteratur. Bezüglich der Effektivität von Gruppenpsychotherapie bei Depression liegen verschiedene Reviews und Metaanalysen vor (z.B. Cuijpers 1998, Kühner 2003, McDermut et al. 2001). Diese bestätigen vor allem der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie gute kurzzeitige Wirksamkeit. Insgesamt gesehen liegt laut Kühner und Hautzinger (2012) die größte Anzahl von Wirksamkeitsstudien auch in eben diesem Bereich von Gruppenpsychotherapie vor und andere Bereiche wie bspw. die psychodynamischen Therapieverfahren sind noch weitaus weniger stark beforscht worden. Allerdings sind Hautzinger (2000) und Hautzinger und Kischkel (2000) in ihren Studien zu dem Ergebnis gekommen, dass für die Depression die in der Einzeltherapie angewandten Konzepte und deren dortige Wirksamkeit auch auf die Gruppenpsychotherapie übertragen werden können. Hinsichtlich stationärer gruppentherapeutischer Behandlungskonzepte soll diesbezüglich vor allem auf die Metaanalysen von Burlingame et al. (2003) und Kösters et al. (2006) verwiesen werden. Burlingame et al. (2003) konnten für Patienten mit Depression hohe Effektstärken bzgl. der Therapiewirksamkeit von Gruppenpsychotherapie in ihren Studien nachweisen. Kösters et al. (2006) konnten diese Aussage bestätigen und ebenfalls ausgeprägte Effektstärken für affektive Störungen aufzeigen. Insofern entspricht das vorliegende Ergebnis den Erwartungen und bestätigt einmal mehr die gute Behandelbarkeit von Depressionen mit Hilfe von Gruppenpsychotherapie. Gemessen an der Effektstärke der GSI-Veränderung im Verlauf der Therapie haben die Patienten mit Bulimia nervosa ($ES = .99$) in der untersuchten Stichprobe den bedeutendsten Therapieerfolg zu verzeichnen. Auch diese Erkenntnis war im Hinblick auf die diesbezüglichen Aussagen der Fachliteratur zu erwarten und konnte in vollem Umfang bestätigt werden. Zur Bulimia nervosa existieren im Vergleich mit anderen Essstörungen die meisten Studien und Veröffentlichungen hinsichtlich der dortigen Wirkung von Gruppenpsychotherapie (Thompson-Brenner et al. 2003). Auch wenn der Einzeltherapie nach aktueller Studienlage noch der Vorzug gegeben werden soll-

te, können gruppentherapeutische Konzepte doch als wirksam betrachtet werden (Thompson- Brenner et al. 2003). Hierbei kann hinsichtlich der Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Verfahren, wie kognitiv-behavioraler oder tiefenpsychologisch orientierter interaktioneller Gruppenpsychotherapie, noch keine empirisch belegte Differenzierung vorgenommen werden (Zeeck 2012). In der bereits aufgeführten Metaanalyse von Burlingame et al. (2003) konnten beachtliche Effektstärken für die gruppentherapeutische Behandlung von Patienten mit Bulimia nervosa aufgezeigt werden. Diese ließen sich hinsichtlich der in der vorliegenden Untersuchung zum Einsatz gekommenen tiefenpsychologisch orientierten interaktionellen Gruppenpsychotherapie bestätigen, die im Sinne eines multimodalen Ansatzes durch verhaltenstherapeutische Elemente wie Essverträge ergänzt wird.

5.1.3 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich Patientengruppen bzgl. soziodemografischer Merkmale

Unter Verwendung von t-Tests und Wilcoxon-Tests konnte die Annahme, dass es unabhängig von soziodemografischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Beziehungs- und Bildungsstand zu signifikanten GSI-Veränderungen käme, bestätigt werden.

Dieses Ergebnis war unter Betrachtung der diesbezüglichen Fachliteratur bereits vorher postuliert worden. So hat bereits Piper (1994) diese Erkenntnis in der Bewertung der Praxisrelevanz der von Dies (1994) zusammengetragenen empirisch bewährten Prädiktoren des Therapieerfolges von Gruppenpsychotherapie veröffentlicht. In der Beschreibung dieser Untersuchungen nach Eckert (2010) wurde zusammenfassend erläutert: „Die meisten soziodemografischen Merkmale, wie Geschlecht, Alter oder Bildungsstand, haben keinen oder nur einen geringen Einfluss auf die Vorhersagbarkeit des Therapieerfolges.“ Auch für die Faktoren Familienstand und beruflicher Status konnte laut Eckert (2010) jeweils nur eine geringe Evidenz ausgemacht werden. Hinsichtlich dieser Erkenntnis soll im Folgenden exemplarisch anhand von zwei der fünf untersuchten Merkmale ein Einblick in die dahingehende empirische Forschung gegeben werden. Hinsichtlich der Auswirkungen des Faktors Geschlecht auf die Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie gibt es einige empirisch gestützte Erkenntnisse, die an dieser Stelle kurz angerissen werden sollen. In der Literatur zur Zusammensetzung einer therapeutischen Gruppe wird wiederholt auf die genderspezifischen Aspekte bei der Interaktion zwischen Männern und Frauen

hingewiesen (Levine und Moreland 1990). Jordan (1997) fand diesbezüglich heraus, dass das weibliche Selbst durch „empathische Reaktion im Kontext von interpersoneller Wechselseitigkeit“ gekennzeichnet sei. Männer hingegen würden laut Krugman und Osherson (1993) in dem Sinne sozialisiert, dass sie nicht auf die Bedürfnisse nach Abhängigkeit und Beziehung achten sollten. Außerdem können laut einer Studie von Brooks (1996) Männer schlechter über ihre Ängste und Emotionen sprechen, wenn sich Frauen in ihrer Gegenwart befinden. Vor diesem Hintergrund führten Ogorodniczuk et al. (2004) eine Studie zum Genderaspekt hinsichtlich des Outcomes in der Gruppenpsychotherapie durch. Hierbei zeigte sich, dass die Therapieergebnisse von Frauen etwas schlechter waren, wenn sich eine geringe Zahl von Männern mit in der Gruppe befand. Im Rahmen der in dieser Dissertationsschrift untersuchten Stichprobe waren die Frauen mit einer relativen Häufigkeit von ca. 78% eindeutig in der Überzahl, während die Männer nur einen Anteil von ca. 22% der Teilnehmer stellten. Dabei konnten sowohl für Männer als auch für Frauen signifikante Verbesserungen des GSI nachgewiesen werden ($p < .05$). Allerdings waren diese mit einer Effektstärke ES von .73 bei Frauen wesentlich deutlicher ausgeprägt als bei Männern mit einer ES von .39. Hierzu ist zu bemerken, dass keine gesonderte Auswertung der Ergebnisse hinsichtlich der jeweiligen geschlechtsbezogenen Gruppenzusammensetzung stattfinden konnte, da auf Grund des halboffenen Settings die diesbezügliche Gruppenstruktur ständigen Veränderungen unterworfen war. Die Frage, ob die Auswirkungen der Therapie bei Frauen ohne die Anwesenheit von Männern in der Gruppe also noch besser gewesen wäre, kann somit nicht beantwortet werden. Zu der Vermutung, dass Männer mehr von der Gruppenpsychotherapie hätten profitieren können, wenn sie diese in einer reinen Männergruppe absolviert hätten, kann ebenfalls keine Stellung bezogen werden. Als zweites Merkmal soll das Alter und seine Bedeutung für den Erfolg einer Gruppenpsychotherapie anhand einiger empirischer Belege genauer beleuchtet werden. Hierzu wurde zunächst analysiert, ob es Belege für die Wirksamkeit gruppentherapeutischer Verfahren in Abhängigkeit vom Lebensalter gibt. In einer Übersicht von Schneider und Heuft (2001) konnten keine eindeutigen Vorteile für Gruppentherapie im Vergleich zur Einzeltherapie bei alten und jungen Menschen gemacht werden. Allerdings gibt es eindeutige Hinweise für die Wirksamkeit der entsprechenden Konzepte. So liegen bezüglich der Gruppenpsychotherapie bei älteren Menschen eine Reihe von Ergebnissen vor (Kühner 2003, Cuijpers et al. 2006, Krishna et al. 2011), die deren Wirksamkeit belegen. Auch für gruppenthera-

apeutische Konzepte bei jungen Patienten konnten ähnliche Ergebnisse erzielt werden. Hoag und Burlingame (1997) haben beispielweise in einem Übersichtsartikel die gute Wirksamkeit dieser Therapieform bei jungen Patienten beschrieben. Unterschiede hinsichtlich des Lebensalters gibt es nur bezüglich der Wirkfaktoren innerhalb der Gruppenpsychotherapie und deren Bedeutung in verschiedenen Lebensaltern. So spielt bei älteren Menschen der Wirkfaktor „Altruismus“ zum Beispiel eine sehr große Rolle, da sie durch das Gefühl des „Gebrauchtwerdens“ neues Selbstbewusstsein und neuen Selbstwert gewinnen können (Hirsch 2010). Hinsichtlich jüngerer Patienten betonten schon Grinberg et al. (1960) die Bedeutung des Faktors Identifizierung. Bezüglich der Gruppenzusammensetzung geht man davon aus, dass es sinnvoll für den therapeutischen Prozess sei, verschiedene Altersgruppen innerhalb einer Gruppe zu mischen, um die Themenbearbeitung vielfältiger zu gestalten und die innerhalb einer Generation moralisch genormte Ausblendung bestimmter Themen zu umgehen (z.B. Thilo 1987). In der untersuchten Stichprobe befanden sich Patienten mit einer Altersverteilung zwischen 17 und 64 Jahren. Zur Untersuchung eventueller Unterschiede in der GSI-Änderung bezogen auf verschiedene Altersgruppen wurde die Stichprobe in 3 Untergruppen aufgeteilt (17 - 32 Jahre, 33 - 48 Jahre, 49 - 64 Jahre). Dabei zeigten sich für alle drei Gruppen signifikante Veränderungen des GSI im Vergleich von Therapiebeginn zu Therapieende ($p < .05$). Die größte Effektstärke mit $ES = .84$ wies dabei die Gruppe der 17 - 32 Jährigen auf, die gleichzeitig mit $n = 98$ die quantitativ größte Gruppe gebildet haben. Doch wie bereits erwähnt, konnten auch bei den anderen beiden Untergruppen signifikante Veränderungen nachgewiesen werden, sodass sich auch bezüglich des Merkmals Alter die in der Literatur gefundenen Aussagen bestätigen lassen.

5.1.4 Auswirkungen der Therapie hinsichtlich interpersonalen Probleme

Die Hypothese, im Laufe der durchgeführten Therapie käme es zu Veränderungen der interpersonalen Probleme ermittelt an Hand des IIP-32, konnte unter Verwendung eines Wilcoxon-Tests bestätigt werden.

Ein Blick in die diesbezügliche Fachliteratur zeigt die Konformität des in der vorliegenden Arbeit erzielten Ergebnisses hinsichtlich dieser Fragestellung mit den bereits zu diesem Thema erhobenen empirischen Beobachtungen. So wurde im Rahmen der PAGE-Studie eine Erhebung zu ambulant praktizierter tiefenpsychologisch orientierter Gruppenpsychotherapie durchgeführt. Dabei zeigte sich mit einer Effektstärke

ES von .71 eine deutliche Veränderung der interpersonalen Problemlage, dargestellt durch das IIP-32, im Rahmen der durchgeführten Therapie (Tschuschke und Anbeh 2010). Bezüglich stationärer Therapieformen kann die diesbezügliche Studie von Davies- Osterkamp et al. (1996) angeführt werden. Hier wurden die Auswirkungen verschiedener stationärer Gruppenpsychotherapien untersucht, die psychoanalytisch orientierte, psychoanalytisch-interaktionelle und psychodynamische Therapieverfahren enthielten. Dabei konnten ebenfalls signifikante Veränderungen der interpersonalen Probleme im Laufe der Therapie nachgewiesen werden, wobei diese allerdings gemessen an den Veränderungen auf den einzelnen IIP-Skalen deutlich geringere Effektstärken (ES zwischen .12 bis .30) gezeigt haben. Auch Franz et al. (2000) wiesen in einer multizentrisch angelegten Studie zur Wirksamkeit stationärer psychosomatischer Therapieprogramme in Form von tiefenpsychologisch-psychodynamischer Einzel- und Gruppenpsychotherapie relevante Auswirkungen auf die interpersonale Problemlage nach. Auch dort waren die entsprechenden Effektstärken bedeutend geringer. Mit einer Effektstärke ES von .50 reiht sich das Ergebnis der Untersuchungstichprobe zwischen den Studien zur ambulanten und stationären Gruppenpsychotherapie ein. Eine mögliche Erklärung für diese Verteilung der ermittelten Effektstärken bezüglich der Auswirkungen auf die interpersonale Problemlage liefern Strauß und Burgmeier-Lohse (1994). Sie gehen nämlich davon aus, dass die Patienten im Rahmen einer stationären Gruppenpsychotherapie die Defizite im Bereich ihres interpersonalen Verhaltens erst einmal erkennen müssen. Die eigentliche Bearbeitung und Umstrukturierung ihres Verhaltens kann allerdings erst dann erfolgen, wenn sich die Patienten im Alltag den entsprechenden Situationen ausgesetzt sehen und das in der Therapie erlangte Wissen zum Einsatz bringen können. Innerhalb einer ambulant durchgeführten Therapie, wie das bei der PAGE-Studie der Fall war, können diese Kompetenzen also schon während der Therapie erworben werden, was zu einem größeren Erfolg hinsichtlich interpersonaler Probleme nach der Therapie führt. Im Bereich stationärer Konzepte ist also eine katamnestische Nachbetrachtung nötig, um entsprechende Effekte in vollem Umfang nachweisen zu können. Im Bezug auf die hier vorliegende Arbeit wäre es also wünschenswert gewesen, den bereits nachgewiesenen Effekt der Therapie im interpersonalen Bereich in Form weiterer Messzeitpunkte nach Therapieabschluss zu spezifizieren. Dies war allerdings aus organisatorisch-zeitökonomischen Gründen nicht möglich.

5.1.5 Abhängigkeit des Ausmaßes der Therapieauswirkungen

Die Eingangs getroffenen Aussagen hinsichtlich der Abhängigkeit des Ausmaßes der Therapieauswirkungen von bestimmten Faktoren konnten mittels linearer Regression teilweise bestätigt werden. Während eine signifikante Abhängigkeit der Therapieauswirkungen von der Änderung der interpersonalen Problemlage im Laufe der Therapie nicht nachweisbar war, konnte für die zusätzliche Abhängigkeit des Ergebnisses von der Ausgangslage der Patienten hinsichtlich interpersonaler Probleme und Symptombelastung ein solcher Nachweis im Gesamtmodell erbracht werden.

Es zeigt sich also hinsichtlich der Ergebnisse eine teilweise Übereinstimmung mit der diesbezüglichen Fachliteratur. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Auswirkungen der Therapie anhand der Änderungen des GSI dargestellt. Dies geschah in Anlehnung an die Untersuchungen von bspw. Sack et al. (2003), Höflich (2005) und Schaefer et al. (2008), die ebenfalls GSI-Änderungen als Nachweis für die Wirkung von Gruppenpsychotherapie verwendeten. Um entsprechend der aufgestellten Hypothese eine Aussage zur Vorhersagbarkeit des Therapieerfolges in Form der GSI-Änderung treffen zu können, wurde Bezug auf eine Publikation von Eckert (2010) genommen. Dieser postulierte, dass vor allem Prädiktoren relevant seien, die in einem theoretischen Zusammenhang mit dem Therapieprozess stehen. In Bezug darauf wurde die Differenz der Anzahl an auffälligen IIP-Skalen zwischen Therapiebeginn und Therapieende als unabhängige Variable gewählt, da die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie als Kernelement des Therapiekonzeptes die Änderung zwischenmenschlicher Interaktionsmuster zum Ziel hat (Hoffmann und Hochapfel 2008). Die auf dieser Grundlage entstandene einfache Regression erreichte keine statistische Signifikanz ($p > .05$) und die Varianzaufklärung innerhalb dieses ersten Modells lag bei nur 8%. Somit musste dieser Teil der Hypothese abgelehnt werden. Eine Erklärung hierfür liefern Keller und Schneider (1993), die in ihrer Studie zu den Auswirkungen von Gruppenpsychotherapie feststellten, dass die interpersonellen Änderungen zum Abschluss der Therapie noch nicht vollständig ausgeprägt sind und erst in der katamnestischen Nachbetrachtung zum Tragen kommen. Diese Tatsache konnte auch in weiteren Studien bestätigt werden, die jeweils zeigten, dass unmittelbar zu Abschluss der Therapie zwar die Änderung im Bereich der Symptombelastung deutlich ausgeprägt ist, aber die interpersonalen Veränderungen im Vergleich dazu eher gering ausfallen (Liedtke und Geiser 2001, Deubner-Böhme 2007). Somit ist die ermittelte Differenz an auffälligen IIP-Skalen höchstwahrschein-

lich ein vorläufiges Ergebnis und zu diesem Zeitpunkt noch nicht in vollem Umfang darstellbar, sodass zu ihrem Einfluss auf das Therapieergebnis noch keine endgültige Aussage getroffen werden kann. Bei dem in der vorliegenden Arbeit folgenden Aufbau eines multiplen Regressionsmodells wurde wiederum auf die Ausführungen Eckerts (2010) Bezug genommen. Dieser beschreibt eine gute Prädiktion des Therapieerfolges von Gruppenpsychotherapie durch Merkmale, die in theoretischem Zusammenhang mit der Beziehung des Patienten zu seinen Mitpatienten oder zum Therapeuten stehen. Im Fall der vorliegenden Untersuchung waren das also die interpersonalen Probleme zu Therapiebeginn, die in Folge dessen als nächster Parameter in das Modell aufgenommen wurden. Gestützt wird dieses Vorgehen durch Aussagen bezüglich der Indikation zur Gruppenpsychotherapie. So haben bereits Strauß und Mattke (2007) Probleme in Beziehungen als Indikator für Gruppenpsychotherapie aufgefasst und Eckert (2010) beschreibt explizit das Vorliegen interpersonaler Probleme als günstige Therapievoraussetzung hinsichtlich des zu erwartenden Therapieerfolges. Nach Aufnahme der entsprechenden Variablen, in Form der auffälligen IIP-Skalen zu Therapiebeginn, erlangte das Modell eine deutlich höhere Varianzaufklärung von 32%. Allerdings war mit $p > .05$ keine statistische Signifikanz gegeben. Ähnliche Ergebnisse wurden auch schon durch Davies-Osterkamp et al. (1996) beschrieben. Auch sie konnten keinen relevanten Einfluss der interpersonalen Problemlage vor der Therapie auf den Therapieerfolg nachweisen, sondern lediglich eine Beeinflussung der Drop-out-Rate feststellen. Interessanterweise stellte sich in der im Rahmen dieser Arbeit vorgenommenen Untersuchung der diesbezügliche Regressionskoeffizient negativ dar. Das bedeutet, je niedriger die interpersonale Problemlage zu Therapiebeginn war, umso ausgeprägter war der Therapieerfolg in Form der GSI-Änderung. Dieser Umstand steht also in Opposition zu den Erkenntnissen aus der Fachliteratur. Somit sind in jedem Fall weitere Beobachtungen bezüglich dessen für das untersuchte Therapiekonzept nötig, um zu überprüfen, ob sich dieser Trend bestätigen lässt. Laut Dally (2014) hat auch die Symptomlage zu Therapiebeginn Einfluss auf das Therapieergebnis. Im Modell wurde dieser Erkenntnis insofern Rechnung getragen, als dass die Werte einzelner SCL-90-Skalen zu Therapiebeginn in das Regressionsmodell aufgenommen wurden. Dabei wurde per Ausschlussverfahren überprüft, welche Variablen einen relevanten Einfluss auf das Modell zeigen, und diese dann in das Modell integriert. Den stärksten Einfluss aller unabhängigen Variablen hatte dabei mit $\beta = -1.20$ der Vorwert der SCL-Skala Ängst-

lichkeit. Dabei handelt es sich auf Grund des negativen Vorzeichens um eine inverse Abhängigkeit. Ein Vergleich mit der diesbezüglichen Literatur untermauert dieses Ergebnis. Die Skala Ängstlichkeit der SCL-90-R beschreibt die Ausprägung von Gefühlen spürbarer Nervosität bis hin zu starker Angst, wobei das Hauptaugenmerk auf den körperlichen Symptomen der Angst, wie z.B. Zittern oder Herzklopfen, liegt (Franke 1995). Dies ist also mit dem Krankheitsbild phobischer Störungen vergleichbar. Für diese gelten vor allem kognitive Verhaltenstherapien als hinsichtlich der Wirksamkeit erfolgreich, wobei die Evidenz ihrer Langzeitwirkung eher begrenzt ist (Sánchez-Meca et al. 2010). Für psychodynamische Konzepte, wie das in der vorliegenden Arbeit angewandte, gibt es ebenfalls Wirksamkeitsnachweise (Milrod et al. 2007), wobei direkte Vergleiche beider Therapieformen eher zu Gunsten der kognitiven Verhaltenstherapie ausfallen (Leichsenring et al. 2009, Leichsenring et al. 2013). Bei Patienten mit phobischen Störungen fanden sich in verschiedenen Studien eher unsichere Bindungsstile bzw. Bindungsängste (Rosenstein und Horowitz 1996, Warren et al. 1997, Watt et al. 2005). Smith et al. (1999) fanden eine Assoziation zwischen Bindungsangst und geringerem Therapieerfolg bei Gruppenpsychotherapie und auch Rom und Mikulincer (2003) postulierten auf Grund ihrer Untersuchungen einen Zusammenhang zwischen Bindungsangst und geringerer Gruppenleistung. So haben Strauß und Mattke (2007) sehr schüchterne und eher vermeidende Personen als möglicherweise ungeeignet für Gruppenpsychotherapie eingeschätzt. Auch Eckert (2010) sieht Angst vor Kontakt und Nähe als negativ für den Gruppenprozess an. Um auch solche Patienten positiv durch den Gruppenprozess zu beeinflussen, ist vor allem das Schaffen einer sicheren Basis hinsichtlich der Einbindung in die therapeutische Gruppe nötig (Marmarosh und Tasca 2013). In einem halboffenen Setting, wie dem hier vorliegenden, ist das in dieser Form allerdings eher weniger zu realisieren. Somit lassen sich also mehrere Settingfaktoren ausfindig machen, welche die gefundene inverse Abhängigkeit zwischen der Belastung durch Ängstlichkeit und den Auswirkungen der Therapie erklären. Auch die Variable Zwanghaftigkeit vor der Therapie hat Eingang in das Regressionsmodell gefunden und stellt mit $\beta = .80$ den zweitgrößten und dabei positiven Regressionskoeffizienten dar. Je stärker ausgeprägt die Zwanghaftigkeit vor der Therapie ist, umso größer ist also auch der Therapieerfolg. In der vorliegenden Arbeit gehört die Zwanghaftigkeit dabei zu den Skalen mit den höchsten Ausgangswerten, wobei sich diese im Verlauf der Therapie auch mit am stärksten vermindern. Statistisch betrachtet ist eine starke Veränderung gera-

de bei hohen Ausgangswerten durchaus ein geläufiges Phänomen. Zusätzlich wirkt sich die Gruppenpsychotherapie auch gerade auf diese Symptomatik stark aus. Dadurch erleben die Patienten eine deutliche Erleichterung im Rahmen ihrer symptomatischen Belastung, was wiederum die psychische Allgemeinlage sehr positiv beeinflusst, anhand derer Therapieerfolg in dieser Untersuchung ausgemacht wurde. Als Variable mit dem geringsten Einfluss im Gesamtmodell ist der Ausgangswert für psychotische Symptome mit $\beta = .34$ anzusehen. Allerdings handelt es sich hierbei um eine direkte Proportionalität. Dieses Ergebnis war in Hinblick auf die entsprechende Fachliteratur nicht zu erwarten, da psychotische Symptome prinzipiell als Kontraindikation zur Gruppenpsychotherapie angesehen werden (vgl. Eckert 2010, Burlingame, Fuhrman und Johnson 2002). Eventuell ist bei der Interpretation dieses Ergebnisses der jeweilige Ausprägungsgrad der Symptomatik in Betracht zu ziehen. Die entsprechende SCL-90-R-Skala deckt hinsichtlich psychotischer Symptome ein Spektrum von milden Entfremdungs- und Isolationsgefühlen bis hin zu psychotischem Erleben ab (Franke 1995). Dabei muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass sowohl im ambulanten Vorgespräch als auch zur stationären Aufnahme Patienten mit einer manifesten Psychose von der Therapie ausgeschlossen werden. Unter der Voraussetzung, dass die Ausprägung ein gewisses Maß nicht überschreitet, sodass keine negative Beeinflussung der Gruppe, wie von Strauß und Mattke (2007) postuliert, zu erwarten ist, kann diese laut (Vauth 2012) als „soziales Lernfeld“ fungieren. Das ist insbesondere dann vorteilhaft, wenn soziale Probleme auf Grund der Symptomatik im Vordergrund stehen. Aber um konkrete Aussagen bzgl. des Einflusses dieser Variablen treffen zu können, sind unbedingt Überprüfungen des Zusammenhangs in weiteren Untersuchungen notwendig. Zusammenfassend betrachtet vermittelt das Gesamtmodell mit einer Varianzaufklärung von 74% ($p < .01$) einen Eindruck darüber, welche Faktoren sich auf das Therapieergebnis auswirken. Danach haben Patienten mit einer geringen Belastung durch Ängstlichkeit und einer hohen Belastung durch Zwanghaftigkeit zu Therapiebeginn und einer starken Änderung der interpersonellen Probleme im Therapieverlauf die größten Aussichten auf positive Auswirkungen der Therapie innerhalb des in dieser Untersuchung angewandten therapeutischen Konzeptes. Allerdings müssen weitere und hinsichtlich der Stichprobengröße umfangreichere Untersuchungen folgen, um die gefundenen Effekte differenzierter betrachten und bewerten zu können.

5.2 Methodische Diskussion

Im Rahmen der durchgeführten Untersuchung wurde die Symptombelastung mittels SCL-90-R erhoben und die interpersonellen Probleme durch das IIP-32 dargestellt. Dabei handelt es sich um Selbstbeurteilungsmaße, die ausschließlich die subjektive Sicht und das subjektive Empfinden des Patienten widerspiegeln. Das bedeutet, dass keine objektive Einschätzung der Situation erfolgt ist, wie das beispielsweise durch zusätzliche Einschätzungen seitens des Therapeuten möglich wäre. Um eine umfassendere Beurteilung der Therapieauswirkungen abgeben zu können, wäre die zusätzliche Einführung von Fremdbeurteilungsmaßen bei zukünftigen Untersuchungen in Erwägung zu ziehen. Die Verwendung der SCL-90-R zur Abschätzung der Belastung in verschiedenen Symptombereichen ist nicht unumstritten. So haben Hessel et al. (2001) die hohe Korrelation der Skalen untereinander und die fehlende Bestätigung deren faktorenanalytischer Struktur kritisiert, da ihrer Meinung nach somit keine valide Erfassung voneinander abgrenzbarer Symptombereiche über die unterschiedlichen Subskalen möglich sei. Trotzdem stellt die SCL-90-R ein etabliertes Instrument zur Erfassung von Symptombelastung dar, für das gute Objektivität, Reliabilität und interne Konsistenz nachgewiesen wurde (Franke 1995, Franke 2002), weshalb die Anwendung innerhalb der vorliegenden Arbeit als gerechtfertigt angesehen wurde. Auf Grund der Drop-out-Problematik, auf die bereits im Ergebnisteil der Arbeit näher eingegangen wurde, ergeben sich für einige Analysen sehr kleine Subgruppen. Dies birgt die Gefahr in sich, dass nur große Effekte statistisch nachgewiesen wurden, während kleine Effekte nicht zu Tage traten. Dies gilt es in zukünftigen Analysen zu beachten, sodass eventuell bis dato unentdeckte Effekte ebenfalls Berücksichtigung finden können. Ein weiterer Anhaltspunkt für nachfolgende Analysen ist der Umgang mit Komorbidität. Da diese Thematik nicht im Fokus der vorliegenden Arbeit stand, wurde Komorbidität zwar erfasst, aber es erfolgte keine gesonderte Auswertung im Sinne der Erörterung ihres Einflusses auf das Therapieergebnis. Dies gilt es in der Zukunft nachzuholen. Die Auswertung der Patientendaten erfolgte zum Zeitpunkt des Therapiebeginns und zum Therapieende. Vor allem zur differenzierteren Darstellung der Veränderungen im Bereich interpersonaler Probleme wäre ein weiterer Erhebungszeitpunkt nach Beendigung der stationären Therapie wünschenswert, was im Rahmen der vorliegenden Untersuchung aus organisatorisch-zeitökonomischen Gründen nicht möglich war. Die Auswirkungen der Therapie wurden größtenteils auf die darin enthaltene Gruppentherapie zurückgeführt. Dies stellt insofern einen Kritikpunkt dar, als dass es sich bei dem untersuchten um ein multi-

modales Therapiekonzept mit zusätzlicher Anwendung von beispielsweise Einzeltherapie, Musiktherapie oder Konzentrativer Bewegungstherapie handelt. Allerdings stellte schon Senf (1988) fest: „Jede Therapie im stationären Setting ist Gruppentherapie“. Strauß (2010) präziserte diese Aussage dahin gehend, dass er postulierte, es sei davon auszugehen, „dass die wesentlichen Veränderungsprozesse sich in der Gruppenpsychotherapie fokussieren und dort bearbeitet werden können, weswegen es legitim ist, die Wirksamkeit stationärer Gruppenpsychotherapien auch systematisch zusammenzufassen“. Auf Grund des Ein-Gruppen-Designs der vorliegenden Untersuchung ist kein Vergleich der erhaltenen Ergebnisse mit denen von anderen Therapieformen oder einer Warteliste möglich. Gerade der Vergleich zur Warteliste hätte allerdings noch spezifischer die Auswirkungen des angewandten Therapiekonzeptes herausstellen können. In der vorliegenden Arbeit wurden keine Kriterien für Therapieerfolg definiert. Es wurden lediglich die Auswirkungen der Therapie auf die interpersonale Problemlage und auf die Symptombelastung anhand von Prä-post-Differenzen erfasst, die laut Assmann (2003) eine sinnvolle Schätzung wirklicher Veränderungen im Rahmen von Veränderungshypothesen zulassen. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da in der vorliegenden Untersuchung die Auswirkungen dargestellt werden sollten, die sich im Rahmen der Therapie vollziehen, ohne diese im Sinne eines Wirksamkeitsnachweises an einem Erfolgskriterium zu messen. Diese Betrachtungsweise könnte in weiteren Untersuchungen zu diesem Therapiekonzept erfolgen.

6. Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Dissertationsschrift wurden die Auswirkungen eines stationären gruppentherapeutischen Behandlungskonzeptes auf die Symptomlage und die inter-personalen Probleme untersucht.

Zu Beginn wurden dabei die Veränderungen innerhalb einzelner Symptombereiche im Vergleich von Therapieanfang und –ende analysiert. Es zeigten sich signifikante Verbesserungen in allen Symptombereichen, die am deutlichsten für Depressivität und für Zwanghaftigkeit ausgeprägt waren. Somit konnte die diesbezügliche empirische Datenlage bestätigt werden.

Zur Überprüfung der Therapieauswirkungen auf bestimmte Patientengruppen wurden diese zunächst hinsichtlich ihrer jeweiligen Hauptdiagnose aufgeteilt und anschließend bzgl. der Veränderung ihrer grundsätzlichen psychischen Belastung im Verlauf der Therapie analysiert. Hierbei zeigten sich signifikante Verbesserungen bei allen Hauptdiagnosen. Für die Anorexia nervosa war die diesbezügliche Studienlage bis dato sehr rar und es gab Hinweise darauf, dass eher längerfristige Konzepte zum Erfolg führen würden. Somit sind weitere Untersuchungen zur empirischen Bestätigung der gefundenen Verbesserungen anzuraten. Für die somatoformen Störungen ergab sich ein ähnliches Bild hinsichtlich der nachgewiesenen Verbesserungen und der aktuell noch sehr spärlichen Vergleichsdatenlage zur psychodynamischen Gruppenpsychotherapie, sodass es auch hier noch weitere empirische Belege zu erarbeiten gilt, um den gewonnenen Ergebnissen Gewicht zu verleihen. Für die Diagnosen Depression und Bulimia nervosa konnte die gute Wirksamkeit, die bereits in einigen Metaanalysen zu Gruppenpsychotherapie herausgearbeitet worden war, auch für das untersuchte Behandlungskonzept bestätigt werden. Die Aufteilung der Patientenstichprobe hinsichtlich soziodemografischer Merkmale erbrachte den aus der Fachliteratur bekannten Nachweis, dass die Therapieauswirkungen unabhängig davon auftreten.

Die Untersuchung der Auswirkungen des therapeutischen Konzeptes auf die inter-personalen Probleme anhand deren Veränderung zwischen Therapiebeginn und Therapieabschluss konnte deutliche Verbesserungen nachweisen. Auf Grund der in der Fachliteratur vertretenen Annahme, dass sich interpersonale Veränderungen erst mit einer gewissen zeitlichen Latenz zum Abschluss der stationären Psychotherapie

nachweisen lassen, sollten diesbezügliche katamnestiche Nachbetrachtungen in folgenden Untersuchungen auf diesem Gebiet nachgeholt werden.

Entsprechend der Erkenntnisse aus den bereits beschriebenen Untersuchungen erfolgte zum Abschluss eine Analyse der Abhängigkeit der angesprochenen Therapieauswirkungen im Bereich der Symptombelastung von verschiedenen Prädiktoren. Es wurde ein Modell bestehend aus fünf Variablen erstellt, für die eine Beeinflussung der grundsätzlichen psychischen Belastung im Rahmen der Therapie nachgewiesen werden konnte. Demnach haben die Änderung der interpersonalen Problemlage im Verlauf der Therapie, die Belastung durch interpersonale Probleme zu Therapiebeginn und die Belastung im Symptombereich Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit und Psychotische Symptome zu Therapiebeginn Einfluss auf das Ausmaß der Therapieauswirkungen im Bereich des psychischen Gesamtzustandes. Interessanterweise ergab sich dabei eine inverse Abhängigkeit zwischen den interpersonalen Problemen zu Therapiebeginn und dem Therapieergebnis. Diese Inversität war mit Blick auf die diesbezügliche Fachliteratur primär nicht vorhersehbar. Die stärkste Abhängigkeit des Ausmaßes der Therapieauswirkungen konnte für die Belastung durch Ängstlichkeit vor der Therapie nachgewiesen werden. Dieser Zusammenhang stellte sich erwartungsgemäß invers dar. Die in dieser Untersuchung nachgewiesene direkte Abhängigkeit zwischen den Therapieauswirkungen und der Belastung durch psychotische Symptome zu Therapiebeginn steht in Opposition zu vergleichbaren Aussagen der Fachliteratur und bedarf weiterer Überprüfung hinsichtlich des untersuchten Therapiekonzeptes.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass im Rahmen der durchgeführten Analysen zahlreiche aus der Fachliteratur bekannte Effekte für das untersuchte Therapiekonzept bestätigt werden konnten. Dabei wurden allerdings auch einige unerwartete Ergebnisse gewonnen, die es in weiteren, quantitativ umfangreicheren, Untersuchungen zu überprüfen und zu bewerten gilt.

7. Literatur- und Quellenverzeichnis

Agras WS, Brandt HA, Bulik CM, et al. 2004. Report of the National Institutes of Health Workshop on Overcoming Barriers to Treatment Research in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 35(4): 509-521.

Albers S, Skiera B. 1999. Regressionsanalyse. In: Herrmann A, Homburg C, Hrsg. *Marktforschung- Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Erste Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag, 205-236.

Alden LE, Wiggins JS, Pincus AL. 1990. Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4): 521-536.

Allen LA, Woodfolk RJ, Escobar JI et al. 2006. Cognitiv-behavioural therapy for somatization disorder- A randomized-controlled trial. *Arch Intern Med*. 166(14): 1512-1518.

Arsenian J, Semrad EV, Shapiro D. 1982. An analysis of integral functions in small groups. *International Journal of Group Psychotherapy*. 12: 421-434.

Assmann J. 2003. *Wirksamkeit teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und ihre Beziehung zum Ausmaß und zur Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen [Dissertation]*. Tübingen: Eberhard-Karls-Universität.

Attenburrow MJ, Mitter PR, Whale R, Terao T, Cowen PJ. 2001. Low-dose citalopram as a 5HAT neuroendocrine probe. *Psychopharmacology*. 155(3): 323-326.

Bailer UF, Frank GK, Henry SE, Price JC, Meltzer CC, Weissfeld L, Mathis CA, Drevets WC, Wagner A, Hoge J, Ziolko SK, McConaha CW, Kaye WH. 2005. Altered brain serotonin 5-HT_{1A} receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and carbonyl¹¹CWAY-100 635. *Arch Gen Psychiatry*. 62(9): 1032-1041.

Battegay R. 2000. *Die Gruppe als Schicksal- Gruppenpsychotherapeutische Theorie und Praxis*. Erste Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Beck AP. 2001. Gruppenrollen und informelle Gruppenleitung in der Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V, Hrsg. *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. 1996. Kognitive Therapie der Depression. Fünfte Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Beebe B, Lachmann FM. 2004. Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Erste Auflage. Stuttgart: Klett.

Bleichardt G, Timmer B, Rief W. 2004. Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms- a randomized controlled trial in tertiary care. *Journal of Psychosomatic Research*. 56(4): 449-454.

Brooks GR. 1996. Treatment for therapy-resistant men. In: Andronico MP, Hrsg. Men in groups- insights, interventions and psychoeducational work. Erste Auflage. Washington DC: American Psychological Association.

Bruch H. 1973. Eating Disorders- Obesity, anorexia, and the person within. Erste Auflage. New York: Basic Books.

Budman SH, Demby A, Redondo JP, Hannan M, Feldstein M, Ring J, Springer T. 1988. Comparative outcome in time-limited individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38(1):63-86.

Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL. 2006. Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 63(3):305-312.

Bünger H. 2004. Prognosefaktoren in der stationären Psychotherapie [Dissertation]. Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universität.

Burlingame G, MacKenzie K, Strauß B. 2002. Zum aktuellen Stand der Gruppenpsychotherapieforschung: II. Effekte von Gruppenpsychotherapien als Bestandteil komplexer Behandlungsansätze. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 38(1): 5-32.

Burlingame GM, Baldwin S. 2012. Eine kleine Geschichte der Gruppentherapie. In: Strauß B, Mattke D, Hrsg. Gruppenpsychotherapie- Lehrbuch für die Praxis. Erste Auflage. Heidelberg: Springer.

- Burlingame GM, Fuhriman A, Johnson JE. 2002. Cohesion in group psychotherapy. In: Norcross J, Hrsg. Psychotherapy relationships that work- Therapist contributions and responsiveness to patients. Erste Auflage. New York: Oxford University Press.
- Burlingame GM, Fuhriman A, Mosier J. 2003. The differential effectiveness of group psychotherapy- A metaanalytic review. *Group Dynamics- Theory, Research and Practice*. 7(1): 3-12.
- Burlingame GM, MacKenzie KR, Strauß B. 2004. Small –Group Treatment- Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change. Fünfte Auflage. New York: Wiley.
- Burlingame GM, Strauß B, Joyce AR. 2013. Change Mechanisms and Effectiveness of Small Group Treatment. In: Lambert MJ, Hrsg. Bergin and Garfield`s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Sechste Auflage. New York: Wiley and Sons.
- Burrow T. 1928. The basis of group-analysis, or the analysis of reactions of normal and neurotic individuals. *British Journal of Medical Psychology*, 8 (3): 198- 206.
- Corsini R, Rosenberg B. 1955. Mechanism of group psychotherapy- process and dynamics. *Journal of Abnormal Social Psychology*. 51(3): 406-411.
- Crook JH. 1981. The evolutionary ethology of social processes in man. In: Kellerman H, Hrsg. Group cohesion- Theoretical and Clinical Perspectives. Erste Auflage. New York: Grune and Stratton.
- Cuijpers P, van Straten A, Smit F. 2006. Psychological treatment of late-life depression- A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 13(1): 41-48.
- Cuijpers P. 1998. A psychoeducational approach to the treatment of depression- A meta-analysis of Lewinsohn`s “coping with depression” course. *Behavioural Therapy*. 29(3): 521-533.
- Dally A. 2014. Indikation zur Gruppenpsychotherapie. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse- Ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis. Erste Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Davies-Osterkamp S, Strauß B, Schmitz N. 1996. Interpersonal problems as predictors of symptom related treatment outcome in longterm psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 6(3):164-176.

Derogatis LR. 1977. SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual- for the R(evised) version. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.

Deubner-Böhme M. 2007. Ressourcenrealisierung und Therapieerfolg von Psychosomatikpatienten [Dissertation]. Braunschweig: Technische Universität Carolo-Wilhelmina.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Hrsg. 2000. ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision. Zweite Auflage. Bern: Hans-Huber-Verlag.

Dies RR. 1994. Therapist variables in group psychotherapy research. In: Fuhriman A, Burlingame GM, Hrsg. *Handbook of group psychotherapy- An empirical and clinical synthesis*. Erste Auflage. New York: John Wiley and Sons.

Durson SM, Blackburn JR, Kutcher SP. 2001. An exploratory approach to the serotonergic hypothesis of depression-bridging the synaptic gap. *Med Hypothesis*. 56(2): 235-243.

Eckert J. 1996. Schulenübergreifende Aspekte der Psychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E, Hrsg. *Psychotherapie- Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Erste Auflage. Berlin: Springer.

Eckert J. 2007. Gruppenpsychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E. *Psychotherapie- Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Dritte Auflage. Heidelberg: Springer.

Eckert J. 2010. Indikation und Prognose. In: Tschuschke V, Hrsg. *Gruppenpsychotherapie- Von der Indikation bis zu Leitungstechniken*. Erste Auflage. Stuttgart, New York: Thieme.

Fairburn CG, Norman PA, Welch SL et al. 1995. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*. 52(4): 304-312.

- Fiedler P. 1994. Persönlichkeitsstörungen. Dritte Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Field A. 2009. Discovering Statistics Using SPSS. Dritte Auflage. London, Thousand Oaks, New Delhi, Singapur: Sage publications.
- Ford CV. 1997. Somatization and fashionable diagnoses- illness as a way of life. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. 23 (suppl. 3): 7-16.
- Frank JD. 1961. Persuasion and healing. Erste Auflage. Baltimore: Hopkins.
- Franke GH. 1995. SCL-90-R Die Symptom-Check-Liste von Derogatis Deutsche Version Manual. Erste Auflage. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Franke GH. 2002. SCL-90-R Die Symptom-Check-Liste von Derogatis Deutsche Version Manual. Zweite Auflage. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Franz M, Janssen P, Lensche H, Schmidtke V, Tetzlaff M, Martin K, Heuft G. 2000. Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie- Eine Multizenterstudie. Zeitschrift für psychosomatische Medizin. 46: 242-258.
- Freedman MB, Leary TF, Ossorio AG, Coffey HS. 1951. The interpersonal dimension of personality. Journal of Personality, 20 (2): 143-161.
- Freud S. 1976. Massenpsychologie und Ich-Analyse (1921). GW XIII S. Erste Auflage. Frankfurt: S. Fischer.
- Freyberger HJ, Spitzer C. 2012. Zum dialektischen Verhältnis von Haupt- und Nebenwirkungen in der Psychotherapie- Wo gehobelt wird, da fallen auch Späne. In: Linden M, Strauß B, Hrsg. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie- Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung. Erste Auflage. Berlin: Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Freyberger HJ, Spitzer C. 2014. Risiken, Nebenwirkungen und das Abbruchproblem in der Gruppentherapie. In: Staats H, Dally A, Bolm T, Hrsg. Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse- Ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis. Erste Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

- Fürstenau P. 1977. Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten. *Psyche*. 31: 197-207.
- Fürstenau P. 1992. Progressionsorientierte psychoanalytisch-systemische Therapie. *Forum Psychoanalyse*. 8: 17-31.
- Garfinkel P, Garner D. 1982. *Anorexia nervosa- A multidimensional perspective*. Erste Auflage. New York: Brunner and Mazell.
- Gill MM. 1954. Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2: 771-797.
- Gleixner C, Müller M, Wirth S. 2011. *Neurologie und Psychiatrie- Für Studium und Praxis*. Achte Auflage. Breisach: Medizinische Verlags- und Informationsdienste.
- Götze P. 2006. Psychoanalytische Therapieverfahren. In: Möller HJ, Hrsg. *Therapie psychischer Erkrankungen*. Dritte Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Grinberg L, Langer M, Rodrigue E. 1960. *Psychoanalytische Gruppentherapie*. Erste Auflage. Stuttgart: Klett.
- Gündel H. 2005. Alexithymie als Dimension von Persönlichkeitsstörung- Psychodynamische und neurobiologische Aspekte. *Persönlichkeitsstörungen- Theorie und Therapie PTT*. 9: 90-98.
- Hautzinger M, Kischkel E. 2000. *Kurzzeit Psychotherapeutisches Behandlungsprogramm für Minor Depression (Handbuch und Materialien)*. www.kompetenznetz-depression.de.
- Hautzinger M. 2000. *Depression im Alter*. Erste Auflage. Weinheim: Beltz/PVU.
- Hay P, Bacaltchuk J, Claudino A, et al. 2004. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Review*. In: *The Cochrane Library*. Erste Auflage. Chichester: John Wiley and Sons.
- Hay P, Bacaltchuk J. 2004. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Review*. In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Chichester: John Wiley and Sons.
- Heigl-Evers A, Heigl FS. 1973. Gruppentherapie- interaktionell-tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert)-psychoanalytisch. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*. 7: 132-157.

- Heigl-Evers A, Heigl FS. 1983. Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*. 29(1): 1-14.
- Heigl-Evers A, Heigl FS. 1994. Das Göttinger Modell der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen unter besonderer Berücksichtigung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. *Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik*. 30: 1-29.
- Heigl-Evers A, Ott J, Hrsg. 1998. Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Dritte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Heinzel R, Enke H. 2010. Gruppenpsychotherapie- Grundlagen und Zugänge- Psychotherapie, Sozialpsychologie, Systemtheorie. In: Tschuschke V, Hrsg. Gruppenpsychotherapie- Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Erste Auflage. Stuttgart, New York: Thieme.
- Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, et al. 2002. Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Erste Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Herpertz S, Kochhäuser W, Senf W. 2004. Stationäre psychodynamische multimodale Psychotherapie der Essstörungen. In: Herzog W, Kächele H, Munz D, Hrsg. Essstörungen- Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. Zweite Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Herzog T, Hartmann A. 1997. Psychoanalytische Behandlung der Anorexia nervosa- Eine methodenkritische Literaturübersicht unter Verwendung metaanalytischer Methoden. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*. 47(9-10): 299-315.
- Herzog T, Sandholz A. 1997. Störungsspezifische konflikt- und symptomzentrierte Kurzpsychotherapie der Bulimia nervosa. *Psychotherapeut*. 42(2): 106-115.
- Herzog T. 2000. Stand der vergleichenden Therapieforschung bei Anorexia nervosa. In: Gastpar M, Remschmidt H, Senf W, Hrsg. Essstörungen- Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven. Erste Auflage. Sternenfels Berlin: Verlag Wissenschaft und Praxis.
- Hessel A, Schumacher J, Geyer M, Brähler E. 2001. Symptom-Check-Liste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47 (1):27-39.

Hirsch RD. 2010. Gruppenpsychotherapie mit alten Menschen. In: Tschuschke V, Hrsg. Gruppenpsychotherapie- Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Erste Auflage. Stuttgart, New York: Thieme.

Hoag MJ, Burlingame GM. 1997. Evaluating the effectiveness of child and adolescent group treatment: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology*. 26(3): 234-246.

Hoffmann SO, Hochapfel G. 2008. Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Siebte Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B. 2007. Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut*. 53(1): 4-16.

Hoffmann SO. 1987. Psychoanalyse. In: Corsini RJ, Hrsg. Handbuch der Psychotherapie- Band zwei. Erste Auflage. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.

Höflich A. 2005. Ergebnisse und Vorhersagemerkmale einer stationären psychodynamischen Kurzzeit-Therapie[Dissertation]. Gießen: Justus-Liebig-Universität.

Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS. 1988. Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6): 885-892.

Horowitz LM, Strauß B, Kordy H. 1994. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme - Deutsche Version. Weinheim: Beltz.

Horowitz LM, Strauß B, Kordy H. 2000. Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Deutsche Version). Zweite Auflage. Weinheim: Beltz-Testgesellschaft.

Jordan J. 1997. A relational perspective for understanding women`s development. In: Jordan J, Hrsg. Women`s growth in diversity- more writings from the stone center. Erste Auflage. New York: Guilford Press.

Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT. 2003. Predictors of Mortality in Eating Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 60 (2):179-183.

Keller W, Schneider W. 1993. Veränderungen interpersonalen Probleme im Verlauf ambulanter oder stationärer Gruppentherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*. 29: 295-307.

Knobloch F. 2001. Altruism and the hypothesis of meta-selection in human evolution. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. 29(2): 339-354.

König K. 2010. Göttinger Modell als Sonderform psychodynamischer Gruppentherapie. In: Tschuschke V, Hrsg. *Gruppenpsychotherapie- Von der Indikation bis zu Leitungstechniken*. Erste Auflage. Stuttgart, New York: Thieme.

Kösters M, Burlingame GM, Nachtigall C et al. 2006. A metaanalytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics- Theory, Research and Practice*. 10(2): 146-163.

Krenz A. 2007. *Psychologie für Erzieherinnen und Erzieher*. Erste Auflage. Berlin: Cornelsen.

Krishna M, Jauhari A, Lepping P, Turner J, Crossley D. 2011. Is group psychotherapy effective in older adults- A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 26(4): 331-340.

Kroenke K, Swindle R. 2000. Cognitive-behavioral therapy for somatization and somatization syndroms- A critical review of controlled clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 69(4): 205-215.

Krugman S, Osherson S. 1993. Men in groups. In: Alonso A, Swiller H, Hrsg. *Group therapy in clinical practice*. Erste Auflage. Washington DC: American Psychiatric Press.

Kühner C, Hautzinger M. 2012. Depressive Störungen. In: Strauß B, Mattke D. *Gruppenpsychotherapie- Lehrbuch für die Praxis*. Erste Auflage. Heidelberg: Springer.

Kühner C. 2003. Das Gruppenprogramm "Depression bewältigen" und seine Varianten- Eine aktualisierte Metaanalyse. *Verhaltenstherapie*. 13(4): 254-262.

Laing RD. 1974. *Die Politik der Familie*. Erste Auflage. Köln: Kiepenheuer und Witsch.

Lazell EW. 1921. The group treatment of dementia praecox. *Psychoanalytic Review*, 8 (2): 168-179.

Leary TF. 1957. *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. Erste Auflage. New York: Ronald Press.

Leichsenring F, Salzer S, Beutel ME, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, Huesing J, Joraschky P, Nolting B, Poehlmann K, Ritter V, Stangier U, Strauss B, Stuhldreher N, Tefikow S, Teismann T, Willutzki U, Wilting J, Leibing E. 2013. Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder- a multicenter randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*. 170: 759-767.

Leichsenring F, Salzer S, Jaeger U, Kächele H, Kreische R, Leweke F, Rueger U, Winkelbach C, Leibing E. 2009. Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder- A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*. 166(8): 875-881.

Leuzinger-Bohleber M, Rüger B, Stuhr U, Beutel M, Hrsg. 2002. *Forschen und Heilen in der Psychoanalyse*. Erste Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Levine JM, Moreland RL. 1990. Progress in small group research. In: Rosenweig MR, Lyman WP, Hrsg. *Annual Review of Psychology*. Palo Alto/CA: Annual Reviews.

Lieberman MA, Yalom ID, Miles MB. 1973. *Encounter groups- first facts*. Erste Auflage. New York: Basic Books.

Liedtke R, Geiser F. 2001. Veränderungen interpersonaler Probleme und Symptomatik während und 2 Jahre nach stationärer Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*. 37: 214-228.

Lilienfeld LR, Kaye WH, Strober M. 1997. Genetics and family studies of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Baillières Clin Psychiatry*. 3: 177-193.

Lindner WV. 2005. Das Göttinger Modell der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen- Geschichte, Theorie, therapeutische Konzepte und Anwendungen im sozialen Feld. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*. 41: 99-129.

Looper KJ, Kirmayer LJ. 2002. Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70(3): 810-827.

MacKenzie KR. 1987. Therapeutic Factors in Group Psychotherapy- A Contemporary View. *Group*. 11(1): 26-34.

Marmarosh CL, Tasca GA. 2013. Adult attachment anxiety- using group therapy to promote change. *Journal for Clinical Psychology*. 69(11): 1172-1182.

McDermut W, Miller IW, Brown RA. 2001. The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1): 98–116.

Milrod B et al. 2007. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 164(2): 265-272.

Mladen S. 2009. Veränderung der Therapiemotivation bei Patienten mit einer Generalisierten Angststörung in Korrelation zur Symptomveränderung während der stationären psychosomatischen Behandlung [Dissertation]. Graz: Medizinische Universität.

Monsen K, Monsen NJ. 2000. Chronic pain and psychodynamic body therapy- A controlled outcome study. *Psychotherapy*. 37(3): 257-269.

Nickel R, Egle U. 1999. Therapie somatoformer Schmerzstörungen- Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie. Erste Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Nickel R, Egle U. 2012. Psychodynamisch-interaktionelle Gruppentherapie bei somatoformen Störungen. In: Strauß B, Mattke D. *Gruppenpsychotherapie- Lehrbuch für die Praxis*. Erste Auflage. Heidelberg: Springer.

Noyes R, Stuart SP, Langbehn DR et al. 2003. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatische Medizin*. 65(2): 292-300.

Ogden J, Thomas D. 1999. The role of familial values in understanding the impact of social class on weight concern. *International Journal of Eating Disorders*. 25 (3): 273-279.

Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. 2004. Differences in men`s and women`s responses to short-term group psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 14(2): 231-243.

Petrak F, Nickel R, Hardt J, Egle UT. 2007. Verhaltenstherapie versus psychodynamisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit somatoformen Schmerzen- 1-Jahres-Follow-up einer randomisierten kontrollierten Studie. *Verhaltenstherapie: Praxis, Forschung, Perspektiven*, 17(Suppl.1): 19-20.

Piper WE. 1994. Client variables. In: Fuhriman A, Burlingame GM, Hrsg. *Handbook of group psychotherapy- An empirical and clinical synthesis*. Erste Auflage. New York: John Wiley and Sons.

Plutchik R. 1981. Group cohesion in a psychoevolutionary context. In: Kellerman H, Hrsg. *Group cohesion- Theoretical and clinical perspectives*. Erste Auflage. New York: Grune and Stratton.

Pratt JH. 1945. Group method in the treatment of psychosomatic disorders. *Sociometry*, 8 (3/4): 323- 331.

Pryor T, Wiedermann MW. 1996. Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*. 67(2): 414-421.

Quint H, Rath H. 1987. Die Behandlung von Zwangskranken in der homogenen Gruppe. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*. 32(4): 184-191.

Reich G. 2003. Familienbeziehungen bulimischer Patienten, Eine Vergleichsstudie zu Patientinnen mit Anorexia nervosa und einer nicht-essgestörten Kontrollgruppe. Erste Auflage. Heidelberg: Kröning, Asanger Verlag.

Reich G. 2004. Essstörungen und Adipositas. In: Leichsenring F, Hrsg. *Lehrbuch der Psychotherapie- Band 2 Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie*. Zweite Auflage. München: CIP-Medien.

Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E. 2007. *Psychotherapie- Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Dritte Auflage. Heidelberg: Springer.

Roback HB. 2000. Adverse outcomes in group psychotherapy. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*. 9(3): 113-122.

Robinson L A, Berman JS, Neimeyer RA. 1990. Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108(1): 30–49.

Rom E, Mikulincer M. 2003. Attachment theory and group processes- The association between attachment style and group-related representations, goals, memories and functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84(6): 1220-1235.

Rosenstein DS, Horowitz HA. 1996. Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64(2): 244-253.

Rudnitzki G, Körtel B, Tschuschke V. 1998. Gruppenanalyse und Adoleszenz- Über die Wirkungen gruppenanalytischer Gruppenarbeit mit jungen Erwachsenen und deren Eltern in einem komplexen Setting. *Gruppenanalyse*. 8: 149-163.

Rudolf G. 2004. Strukturbezogene Psychotherapie- Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Erste Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Sack M, Lempa W, Lamprecht F, Schmid-Ott G. 2003. Individualized therapy goals and treatment efficacy-a follow-up study one year after inpatient psychotherapy. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49 (1): 63-73.

Sànches-Meca J, Rosa-Alcàzar AI, Marín-Martínez F, Gómez-Conesa A. 2010. Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia-a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 30: 37-50.

Schaefer A, Gieler U, Kurth R, Brosig B, Leweke F, Milch WE, Reimer C, Beutel ME. 2008. Long-term outcomes of short-term and long-term psychosomatic inpatient treatment and their predictors. *Journal of Psychosomatic Research*, 65 (4): 329-336.

Schauenburg H, Beutel M, Bronisch T, Hautzinger M, Leichsenring F, Reimer C, Rügger U, Sammet I, Wolfersdorf M. 2002. Leitlinien zur Psychotherapie der Depression, zertifiziert durch die Fachgesellschaften DGMP, DGPT, DKPM, AÄGP im Rahmen der AWMF. Internetveröffentlichung unter: [http:// www. awmf-online.de](http://www.awmf-online.de).

Scheidt CE. 2002. Störungsspezifische psychodynamische Kurzzeittherapie somatoformer Schmerzstörungen. *Psychotherapeut*. 47(2): 110-123.

Schindler R. 1971. Die Soziodynamik der therapeutischen Gruppe. In: Heigl-Evers A, Hrsg. Psychoanalyse und Gruppe. Erste Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Schneider G, Heuft G. 2001. Gruppenpsychotherapie mit alten Menschen. In: Tschuschke V, Hrsg. Praxis der Gruppenpsychotherapie. Erste Auflage. Stuttgart: Thieme.

Schultz JH. 1970. Das autogene Training- Konzentration- Selbstentspannung- Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung. Zwanzigste Auflage. Stuttgart: Thieme.

Schultz JH. 1972. Übungsheft für das autogene Training. Fünfzehnte Auflage. Stuttgart: Thieme.

Seligman MEP. 1979. Erlernte Hilflosigkeit. Erste Auflage. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.

Seligman MEP. 1995. The effectiveness of Psychotherapy- The consumer Reports study. American Psychologist. 50(12): 965-974.

Selvini-Palazzoli M. 1984. Magersucht- von der Behandlung einzelner zur Familientherapie. Zweite Auflage. Stuttgart: Klett Cotta.

Senf W. 1988. Stationäre Gruppentherapie. In: Becker H, Senf W, Hrsg. Praxis der stationären Psychotherapie. Erste Auflage. Stuttgart: Thieme.

Smeijsters H. 1994. Musiktherapie als Psychotherapie. Erste Auflage. Stuttgart, Jena: Gustav Fischer Verlag.

Smith ER, Murphy J, Coats S. 1999. Attachment to groups- Theory and measurement. Journal of Personality and Social Psychology. 77(1): 94-110.

Staats H, Bolm T, Dally A. 2014. Das Göttinger Modell der Gruppenpsychotherapie. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse- Ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis. Erste Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Staats H. 2014. Rahmen und Rollen. In: Staats H, Dally A, Bolm T. Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse- Ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis. Erste Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

- Staats H. 2012. Innerer Raum und äußere Räume. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. 48: 355-356.
- Steiger H, Jabalpurwala S, Champagne J, Stotland S. 1997. A controlled study of trait narcissism in anorexia and bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders. 22(2): 173-178.
- Strauß B, Burgmeier-Lohse M. 1994. Stationäre Langzeitgruppenpsychotherapie- Ein Beitrag zur empirischen Psychotherapieforschung im stationären Feld. Erste Auflage. Heidelberg: Asanger.
- Strauß B, Burlingame GM. 2012. Gruppenpsychotherapieforschung und Wirksamkeitsnachweise von Gruppenbehandlungen. In: Strauß B, Mattke D, Hrsg. Gruppenpsychotherapie- Lehrbuch für die Praxis. Erste Auflage. Heidelberg: Springer.
- Strauß B, Mattke D, Hrsg. 2012. Gruppenpsychotherapie. Erste Auflage. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Strauß B, Mattke D. 2007. Differenzielle Indikationsstellung für die psychodynamische Gruppenpsychotherapie. Psychodynamische Psychotherapie. 6(2): 78-88.
- Strauß B, Mattke D. 2013. Nebenwirkungen und unerwünschte Wirkungen von Gruppentherapien. In: Linden M, Strauß B, Hrsg. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie- Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung. Erste Auflage. Berlin: Medizinisch- wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Strauß B. 2010. Behandlungseffekte- stationäre Behandlung. In: Tschuschke V, Hrsg. Gruppenpsychotherapie- Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Erste Auflage. Stuttgart, New York: Thieme.
- Streeck U. 2010. Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie. In: Tschuschke V, Hrsg. Gruppenpsychotherapie- Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Erste Auflage. Stuttgart, New York: Thieme.
- Stroebe W, Hewstone M, Stephenson GM, Hrsg. 1996. Sozialpsychologie- Eine Einführung. Erste Auflage. Berlin: Springer.
- Sullivan HS. 1953. The interpersonal theory of psychiatry. Erste Auflage. New York: Norton.

- Thilo HJ. 1987. Analytische Gruppentherapie mit Patienten nach dem 63. Lebensjahr. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. 22: 330-337.
- Thomas A, Brähler E, Strauß B. 2011. IIP-32: Entwicklung, Validierung und Normierung einer Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme. Diagnostica, 57 (2): 68-83.
- Thomas A, Strauß B. 2008. Diagnostische Methoden nach dem Interpersonalen Modell der Persönlichkeit. Klinische Diagnostik und Evaluation, 1 (1):255-277.
- Thompson-Brenner H, Glass S, Westen D. 2003. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for bulimia nervosa. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(3): 269-287.
- Tölle R. 1987. Persönlichkeit und Melancholie. Nervenarzt. 58: 327-339.
- Tschuschke V, Anbeh T. 2010. Wirksamkeit ambulanter Gruppenpsychotherapie in Deutschland- Ergebnisse der PAGE-Studie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. 46(3): 198-214.
- Tschuschke V, Dies RR. 1994. Der Mythos von den zwei Welten- Forschung und Praxis brauchen einander. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. 30: 227-250.
- Tschuschke V, Weber R, Horne E, et al. 2007. Ambulante psychodynamische Kurzgruppenpsychotherapie bei Patienten mit somatoformen Störungen. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. 55(2): 87-95.
- Tschuschke V. 1989. Wirksamkeit und Erfolg in der Gruppenpsychotherapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. 25(3): 60-78.
- Tschuschke V. 1993. Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie- Prozess- Ergebnis- Relationen. Erste Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Tschuschke V. 2001. Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V, Hrsg. Praxis der Gruppenpsychotherapie. Erste Auflage. Stuttgart: Thieme.

Tschuschke V. 2004. Gruppentherapeutische Verfahren. In: Leichsenring F, Hrsg. Lehrbuch der Psychotherapie- Band 2 Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie. Zweite Auflage. München: CIP Medien.

Tschuschke V. 2010. Gruppen- versus Einzeltherapie- Setting und Wirkfaktoren. In: Tschuschke V, Hrsg. Gruppenpsychotherapie- Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Erste Auflage. Stuttgart, New York: Thieme.

Tyllitski CJ.1990. A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus control treatments. International Journal of Group Psychotherapy, 40(2): 215–224.

Urban D, Mayerl J. 2008. Regressionsanalyse- Theorie, Technik und Anwendung. Dritte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.

Vauth R. 2012. Gruppenpsychotherapeutische Interventionen bei schizophrener Störungen. In: Strauß B, Mattke D. Gruppenpsychotherapie- Lehrbuch für die Praxis. Erste Auflage. Heidelberg: Springer.

Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. 1997. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. Journal of the American Academy of Clinical Child Psychology. 36: 637-644.

Watt MC, McWilliams LA, Campbell AG. 2005. Relations between anxiety sensitivity and attachment style dimensions. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 27(3): 191-200.

Weiß C. 2010. Basiswissen medizinische Statistik. Fünfte Auflage. Heidelberg: Springer.

Weltgesundheitsorganisation.1994. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Kapitel V (F) Forschungskriterien. Erste Auflage. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.

Westenhöfer J. 1992. Gezügeltes Essen und Störbarkeit des Essverhaltens. Zweite Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Wilda-Kiesel A, Tögel A, Wutzler U. 2011. Kommunikative Bewegungstherapie- Brücke zwischen Psychotherapie und Körpertherapie. Erste Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Yalom ID, Leszcz M. 2005. The theory and practice of group psychotherapy. Fünfte Auflage. New York: Basic Books.

Yalom ID, Leszcz M. 2006. The theory and practice of group psychotherapy. Erste Auflage. New York: Basic Books.

Yalom ID. 1985. The theory and practice of group psychotherapy. Dritte Auflage. New York: Basic Books.

Yalom ID. 1995. The theory and practice of group psychotherapy. Vierte Auflage. New York: Basic Books.

Yalom ID. 1996. Theorie und Praxis der Gruppentherapie- Ein Lehrbuch. Vierte Auflage. München: Pfeiffer.

Yalom ID. 2001. Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Sechste Auflage. München: Pfeiffer.

Zeeck A. 2012. Gruppentherapie bei Essstörungen. In: Strauß B, Mattke D, Hrsg. Gruppenpsychotherapie- Lehrbuch für die Praxis. Erste Auflage. Heidelberg: Springer.

Zipfel S, Wild B, Groß G, et al. 2014. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. The Lancet. 883(9912): 127-137.

8. Anhang

8.1 Ergänzende Abbildungen

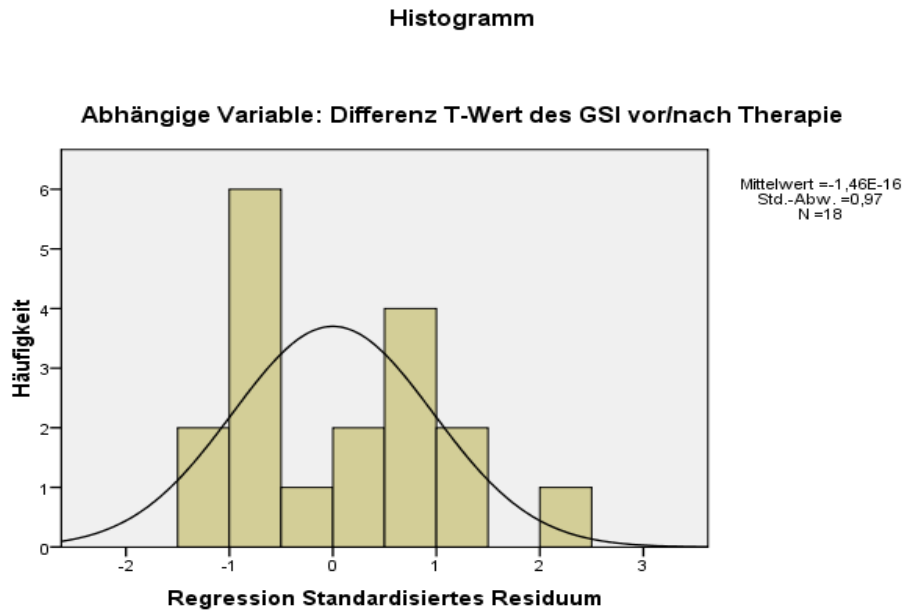


Abbildung 6: Normalverteilung der Residuen Regressionsanalyse Modell 1

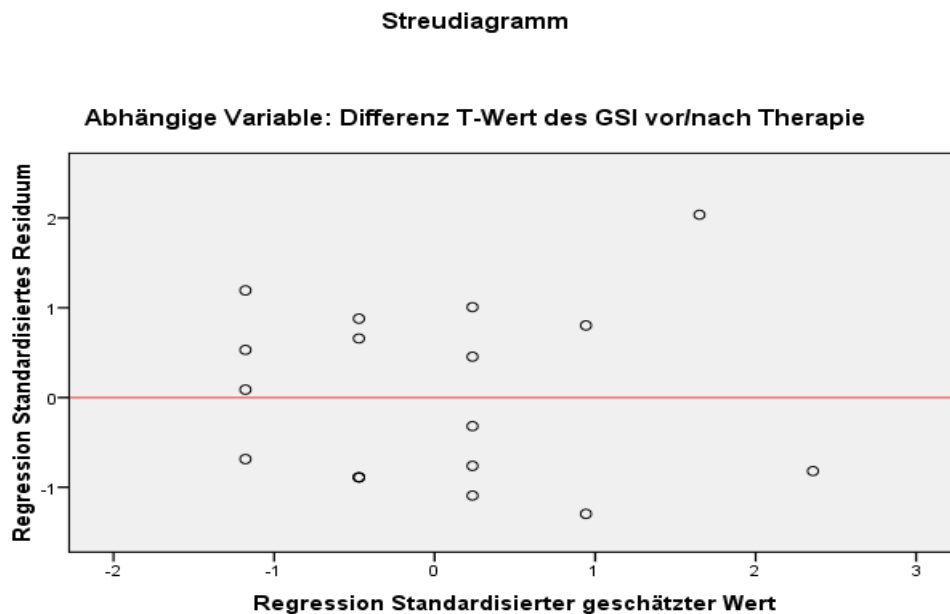


Abbildung 7: Residuenplot Regressionsanalyse Modell 1

Histogramm

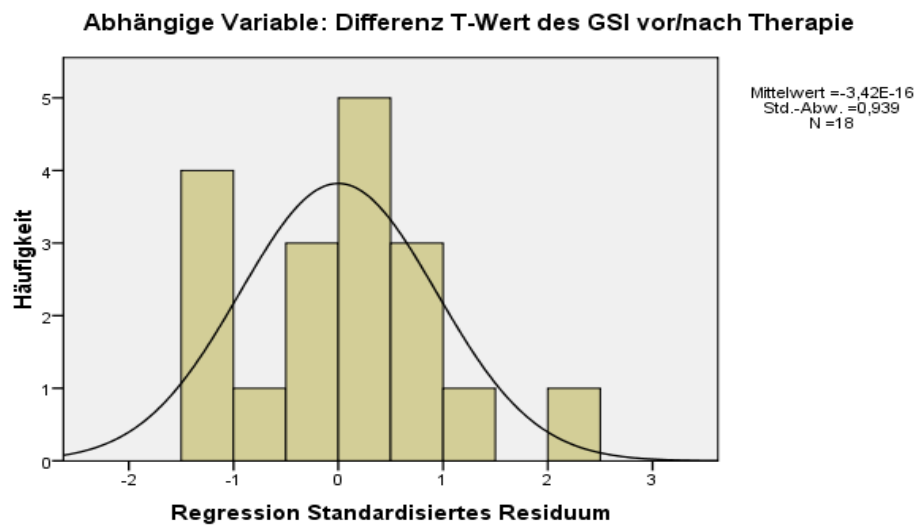


Abbildung 8: Normalverteilung der Residuen Regressionsanalyse Modell 2

Streudiagramm

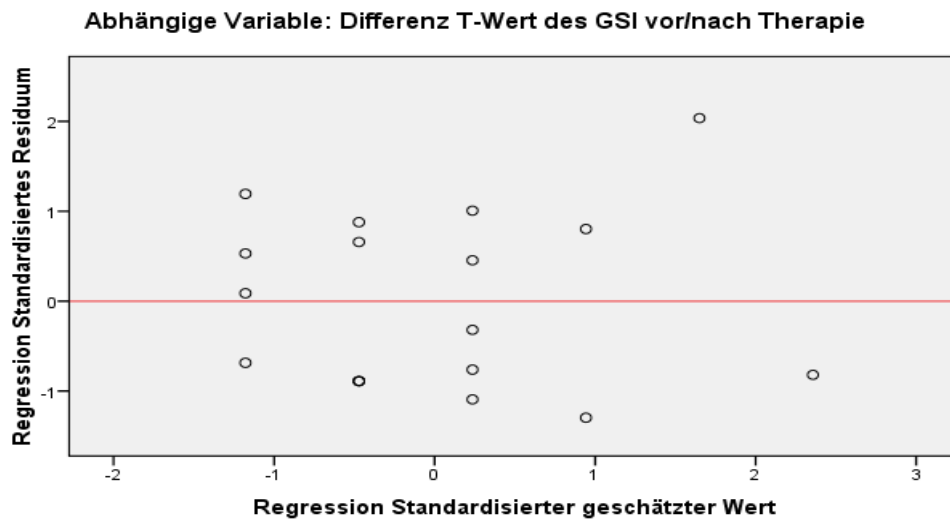


Abbildung 9: Residuenplot Regressionsanalyse Modell 2

Histogramm

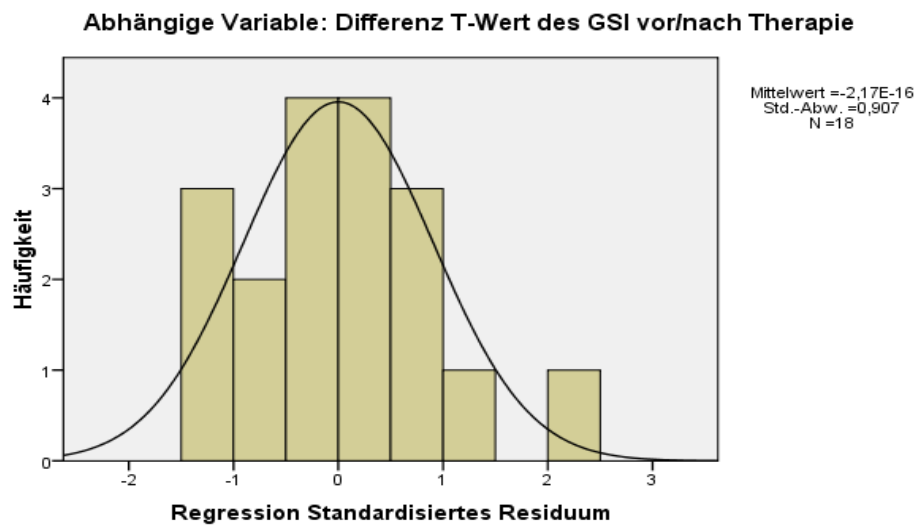


Abbildung 10: Normalverteilung der Residuen Regressionsanalyse Modell 3

Streudiagramm

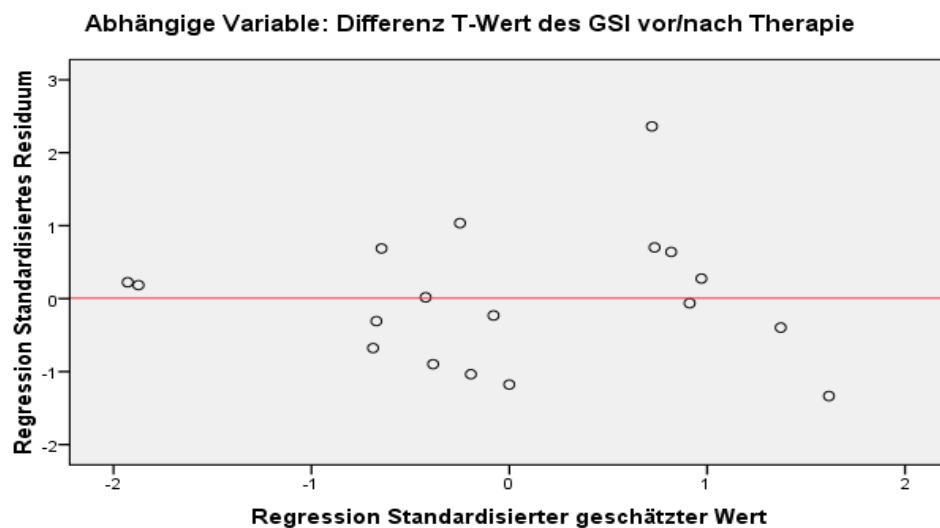


Abbildung 11: Residuenplot Regressionsanalyse Modell 3

Histogramm

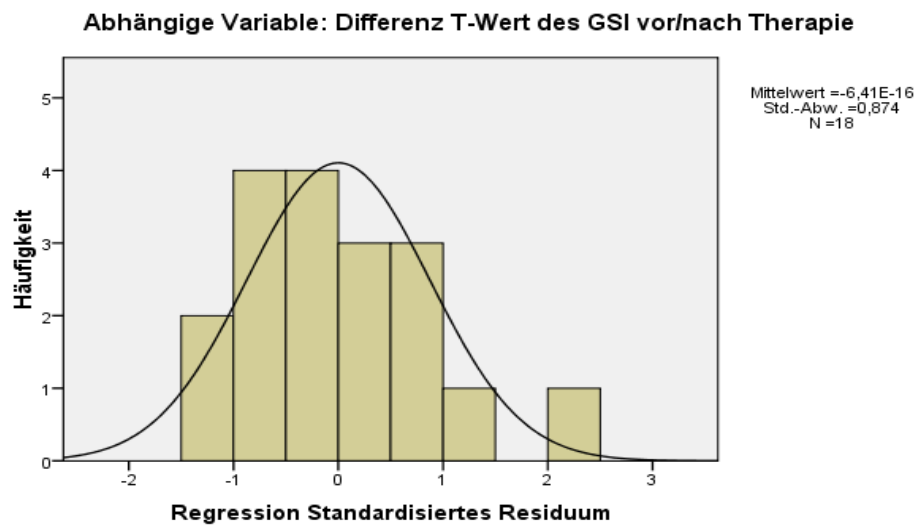


Abbildung 12: Normalverteilung der Residuen Regressionsanalyse Modell 4

Streudiagramm

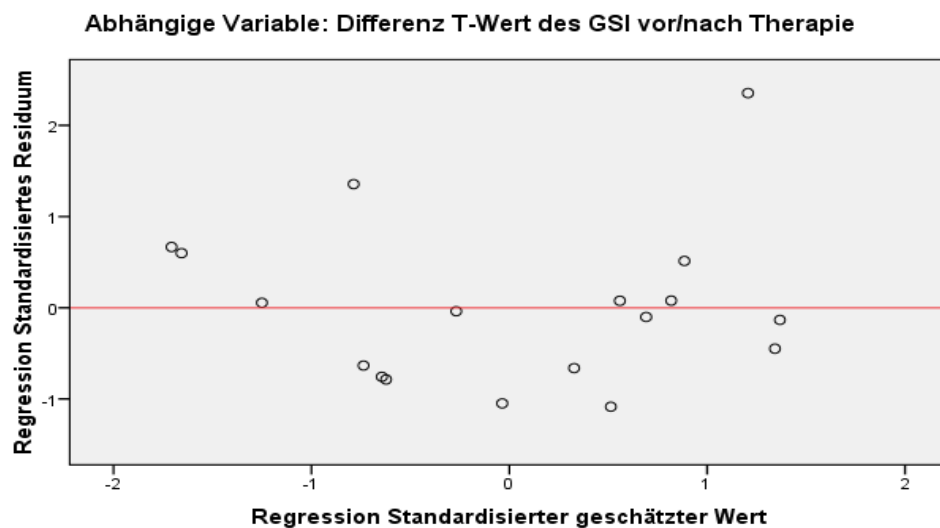


Abbildung 13: Residuenplot Regressionsanalyse Modell 4

Histogramm

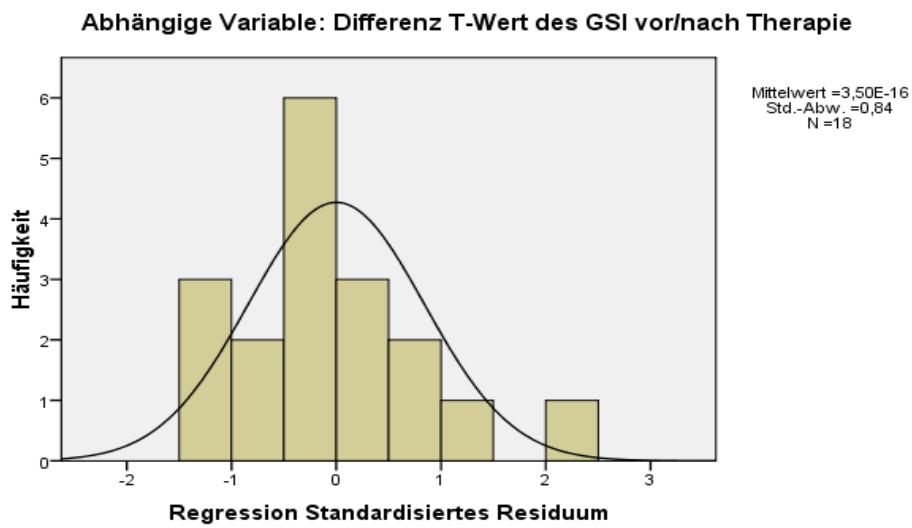


Abbildung 14: Normalverteilung der Residuen Regressionsanalyse Modell 5

Streudiagramm

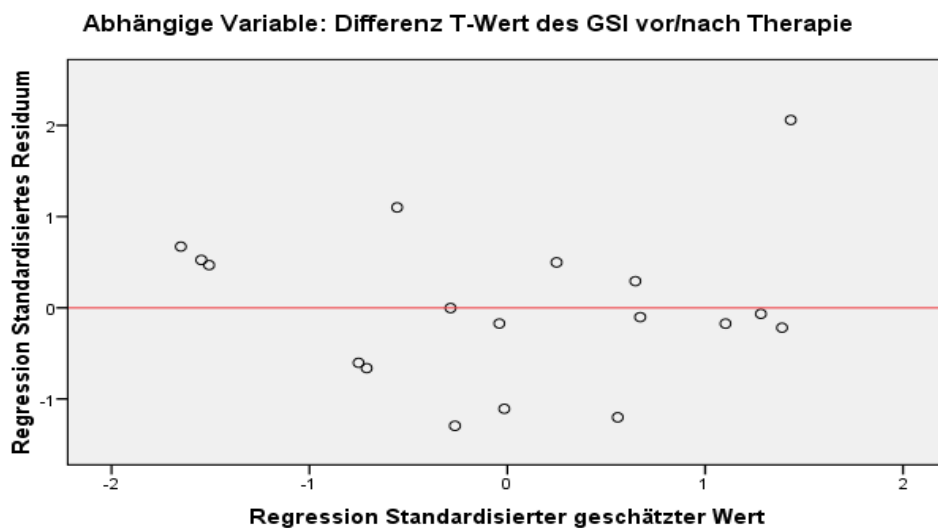


Abbildung 15: Residuenplot Regressionsanalyse Modell 5

8.2 Messinstrumente

IIPK

Fragebogen (Kurzform)

Anleitung

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen berichtet werden. Bitte lesen Sie die Liste durch und überlegen Sie, ob die einzelnen Schwierigkeiten für Sie ein Problem darstellen und zwar bezogen auf irgendeine Person, die in Ihrem Leben eine bedeutsame Rolle spielte. Kreuzen Sie bitte für jedes Problem die Ziffer an, die beschreibt, wie sehr Sie darunter gelitten haben.

Beispiel

Wie sehr haben Sie unter diesem Problem gelitten?
Es fällt mir schwer...

0. Mit meinen Angehörigen nicht wenig mittelmäßig ziemlich sehr
zurecht zu kommen

Teil I. Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen Menschen schwierig sein.

Es fällt mir schwer...

	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziem- lich	sehr
1. anderen gegenüber „nein“ zu sagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. mich Gruppen anzuschließen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. mich fremden Menschen vorzustellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. mich gegenüber jemand anderem behaupten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. mich mit jemand anderem zu streiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. aggressiv zu sein, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. mit anderen zurecht zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. meine Gefühle anderen gegenüber frei zu äußern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. wenn nötig, standfest zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. mich anderen nahe zu fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. mich aus den Angelegenheiten anderer rauszuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. mich über das Glück eines anderen zu freuen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil II. Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun.					
	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziem- lich	sehr
20. Ich öffne mich anderen zu sehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich lege zu viel Wert darauf, von anderen beachtet zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich vertraue anderen zu leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich stelle oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich streite oft mit anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ich lasse mich leicht von anderen überreden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codenummer / Name:

Geschlecht: männlich weiblich

Bildungsstand: Haupt- / Realschule Abitur abgeschl. Studium unbekannt

Alter:

Datum:

SCL -
90-R

Anleitung

Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort, Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Beispiel:

Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?
Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen **4** = „sehr stark“ an.

Stärke Ihrer Zustimmung:

überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark

0 1 2 3 **4**

Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich stark	sehr stark	
1. Kopfschmerzen	0	1	2	3	4
2. Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	0	1	2	3	4
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude am Sex	0	1	2	3	4
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen.	0	1	2	3	4
7. der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat.	0	1	2	3	4
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	0	1	2	3	4
9. Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	0	1	2	3	4
11. dem Gefühl, leicht reizbar und ärgerbar zu sein	0	1	2	3	4
12. Herz- und Brustschmerzen	0	1	2	3	4
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in Bewegungen oder im Denken	0	1	2	3	4
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	0	1	2	3	4
17. Zittern	0	1	2	3	4
18. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	0	1	2	3	4
19. schlechtem Appetit	0	1	2	3	4
20. Neigung zum Weinen	0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich stark	sehr stark	
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	0	1	2	3	4
22. der Befürchtung, erlappt oder erwischt zu werden	0	1	2	3	4
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos sind	0	1	2	3	4
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	0	1	2	3	4
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	0	1	2	3	4
27. Kreuzschmerzen	0	1	2	3	4
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
29. Einsamkeitsgefühl	0	1	2	3	4
30. Schwermut	0	1	2	3	4
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0	1	2	3	4
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
33. Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	0	1	2	3	4
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	0	1	2	3	4
37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	0	1	2	3	4
39. Herzklopfen oder Herzjagen	0	1	2	3	4
40. Übelkeit oder Magenverstimmungen	0	1	2	3	4

SCL -
90- R

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0 1 2 3 4
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen	0 1 2 3 4
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0 1 2 3 4
44. Einschlafschwierigkeiten	0 1 2 3 4
45. dem Zwang , wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0 1 2 3 4
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0 1 2 3 4
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U- Bahn oder Zug	0 1 2 3 4
48. Schwierigkeiten beim Atmen	0 1 2 3 4
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	0 1 2 3 4
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0 1 2 3 4
51. Leere im Kopf	0 1 2 3 4
52. Taubheit oder kribbeln in einzelnen Körperteilen	0 1 2 3 4
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0 1 2 3 4
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0 1 2 3 4
55. Konzentrationsschwierigkeiten	0 1 2 3 4
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0 1 2 3 4
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0 1 2 3 4
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0 1 2 3 4
59. Gedanken an den Tod und das Sterben	0 1 2 3 4
60. dem Drang, sich zu überessen	0 1 2 3 4
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	0 1 2 3 4
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	0 1 2 3 4
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0 1 2 3 4
64. frühem Erwachen am Morgen	0 1 2 3 4
65. zwanghafter Wiederholung derselben -Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	0 1 2 3 4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter..?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	0 1 2 3 4
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0 1 2 3 4
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	0 1 2 3 4
69. starker Befangenheit im Umgang mit mit anderen	0 1 2 3 4
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	0 1 2 3 4
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	0 1 2 3 4
72. Schreck- und Panikanfällen	0 1 2 3 4
73. Unbehagen bei Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0 1 2 3 4
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0 1 2 3 4
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0 1 2 3 4
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistung durch andere	0 1 2 3 4
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0 1 2 3 4
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht nicht stillsitzen können	0 1 2 3 4
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	0 1 2 3 4
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	0 1 2 3 4
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder gegenständen zu werfen	0 1 2 3 4
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0 1 2 3 4
83. dem Gefühl, dass Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0 1 2 3 4
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	0 1 2 3 4
85. dem Gedanken , dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0 1 2 3 4
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	0 1 2 3 4
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	0 1 2 3 4
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0 1 2 3 4
89. Schuldgefühlen	0 1 2 3 4
90. dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0 1 2 3 4

8.3 Lebenslauf

	Jakob, Juliane
26.07.1989	Jena
1996-2000	Grundschule Possenhain
2000-2002	Sekundarschule Alexander von Humboldt in Naumburg
2002-2008	Domgymnasium in Naumburg
2008	Abitur
2008	Beginn Studium der Humanmedizin an der FSU Jena
2010	1. Staatsexamen
2014	2. Staatsexamen und Approbation zur Ärztin
Seit 2015	Facharztausbildung an der Augenklinik des Universitäts- klinikums Jena

Schönburg, den 01.11.2015

8.4 Danksagung

Ich danke meinem Doktorvater Herrn Professor Dr. phil. habil. Bernhard Strauß für die Vergabe des Promotionsthemas und Frau Dr. phil. Mandy Koschke für die Betreuung der Arbeit und die freundliche Unterstützung in manch kritischer Lage.

Ebenso gilt mein Dank den Patienten des Arbeitsbereiches Psychosomatik des Universitätsklinikums Jena für ihre Bereitschaft, die Fragebögen auszufüllen und somit diese Arbeit zu ermöglichen.

Bei Frau Gisela Clemens möchte ich mich sehr herzlich für das Korrekturlesen der Arbeit bedanken und bei Herrn Dr. rer. nat. Thomas Lehmann für die Beratung in Statistikfragen.

Mein besonderer Dank gilt Nicolas Girbig für die tatkräftige Unterstützung bei manch computertechnischem Problem, das Aushalten einiger stressiger Phasen und die liebevolle Zuversicht in jeder Lebenslage.

Schlussendlich möchte ich meinen Eltern dafür danken, immer hinter mir zu stehen und für mich da zu sein.

8.5 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Herr Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß, Frau Dr. phil. Mandy Koschke, Herr Dr. rer. nat. Thomas Lehmann, Frau Gisela Clemens,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Schönburg, den 01.11.2015