

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität zu Lübeck
Direktor: Professor Dr. med. F. Hohagen

**Wirkfaktoren und Behandlungsergebnisse der
störungsspezifischen Gruppenpsychotherapie bei
Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen**

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- aus der Medizinischen Fakultät -

vorgelegt von
Dipl.-Psych. Annette Zessin
aus Burg

Lübeck 2009

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. U. Schweiger

2. Berichterstatterin: Prof. Dr. med. Ute Thyen

Tag der mündlichen Prüfung: 01.03.2010

zum Druck genehmigt. Lübeck, den 01.03.2010

gez. Prof. Dr. med. Werner Solbach

- Dekan der Medizinischen Fakultät -

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Persönlichkeitsstörung	8
2.1 Fallbeispiel	8
2.2 Definition Persönlichkeitsstörung	10
2.3 Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung	11
2.4 Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	17
2.4.1 Die Dialektisch-Behaviorale-Therapie (DBT)	17
2.4.2 Biosoziale Theorie der DBT - Das invalidierende Umfeld	19
2.4.3 Behandlungskonzept der Dialektisch-Behavioralen-Therapie (DBT)	20
2.4.4 Behandlungskonzept der Station 4 an der Universitätsklinik Lübeck	20
3. Gruppenpsychotherapie	23
3.1 Einführung	23
3.2 Störungsspezifische Gruppenpsychotherapie	24
3.3 Prozessforschung in der Gruppenpsychotherapie	24
4. Wirkfaktorenkonzept nach Grawe (1993)	27
4.1 Definition Wirkfaktor	27
4.2 Therapeutische Beziehung	28
4.3 Instrumentelle Wirkfaktoren	34
4.3.1 Kohäsion	34
4.3.2 Therapiekooperation	36
4.4 Positive Klärung	36
4.5 Problemaktualisierung	37
5. Fragestellungen und Hypothesen	39

5.1	Fragestellungen	39
5.2	Hypothesen	40
6.	Methodisches Vorgehen	42
6.1	Durchführung	42
6.2	Eingesetzte Instrumente	42
6.2.1	Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R)	42
6.2.2	Beck-Depressions-Inventar (BDI)	44
6.2.3	Gruppen-Stundenbogen (STB 93)	45
6.3	Durchführung der Erhebung	46
6.4	Datenverarbeitung und Statistik	47
6.5	Messung des Behandlungserfolges	48
6.5.1	Statistische Signifikanz	48
6.5.2	Effektstärke	48
6.5.3	Klinische Bedeutsamkeit	49
7.	Ergebnisse	50
7.1	Soziodemographische Daten und krankengeschichtliche Ausgangsbedingungen	50
7.1.1	Reliabilitätsanalysen zum Gruppen-Stundenbogen (STB 93)	51
7.2	Veränderung der Wirkfaktoren	52
7.2.1	Veränderung der Wirkfaktoren im Verlauf der Therapie	53
7.2.2	Vergleich der Mittelwerte der Wirkfaktoren zu den Zeitpunkten der Aufnahme (prä) und der Entlassung (post)	54
7.2.3	Entwicklung der Trendwerte der Wirkfaktoren über den Behandlungsverlauf	55
7.3	Veränderung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität im Verlauf der Behandlung	57
7.4	Zusammenhänge zwischen den Wirkfaktoren und der allgemeinen Symptombelastung (GSI) sowie der Depressivität (BDI)	57
7.4.1	Korrelation der Skalenwerte der Wirkfaktoren mit den Kennwerten GSI und BDI	58

7.4.2	Korrelation der Trendwerte der Wirkfaktoren mit den Änderungen der Kennwerten GSI und BDI	60
7.5	Einfluss der Ausprägung der Wirkfaktoren auf die Veränderung des GSI und des BDI	62
7.5.1	Einfluss der Ausprägung der Wirkfaktoren auf den GSI	62
7.5.2	Einfluss der Ausprägung der Wirkfaktoren auf den BDI	64
7.6	Auswirkungen der Wirkfaktoren auf den Behandlungserfolg	68
7.6.1	Behandlungserfolgsmessung anhand der Symptom Checkliste SCL-90-R	68
7.6.2	Der RCI als Behandlungserfolg	70
7.7	Zusammenhang zwischen der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung bzw. der Depressivität, der Wirkfaktoren und dem Behandlungserfolg	71
7.7.1	Allgemeine Symptombelastung	71
7.7.2	Depressivität	72
7.8	Zusammenhang zwischen der Anzahl der Komorbiditäten und der Veränderung der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität	74
8.	Diskussion der Ergebnisse	77
8.1	Veränderung der Wirkfaktoren im Verlauf der Therapie	77
8.1.1	Therapeutische Beziehung	77
8.1.2	Instrumentelle Gruppenbedingungen	78
8.1.3	Kohäsion	78
8.1.4	Therapiekoooperation	79
8.1.5	Positive Klärung	79
8.1.6	Problemaktualisierung	80
8.2	Veränderung der allgemeinen Symptombelastung (GSI) und der Depressivität über den Therapieverlauf (Behandlungserfolg)	81
8.3	Der Zusammenhang zwischen den Wirkfaktoren und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität (Behandlungserfolg)	82

8.3.1	Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität	82
8.3.2	Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Kohäsion“ und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität	83
8.3.3	Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Therapiekoooperation“ und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität	85
8.3.4	Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität	87
8.3.5	Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Positive Klärung“ und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität	89
8.3.6	Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Therapeutische Beziehung“ und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität	91
8.4	Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Wirkfaktoren und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität	93
8.5	Prädiktive Bedeutung der Wirkfaktoren auf den Behandlungserfolg	94
8.6	Zusammenhang zwischen der Symptomausprägung (GSI, BDI), der Wirkfaktorenausprägung und dem Behandlungserfolg	96
8.7	Zusammenhang zwischen der Anzahl der Komorbiditäten und der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität	96
9.	Abschließende Diskussion und Ausblick	98
10.	Zusammenfassung	102
11.	Literaturverzeichnis	104
12.	Anhang	120
12.1	Becks-Depressions Inventar (BDI)	120
12.2	Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)	124

12.3 Gruppen-Stundenbogen (STB 93)	127
12.4 Tabellen: Auswertungen ohne LOCF	130

1. Einleitung

Mit der provokanten Äußerung von Eyseneck (1952), dass Psychotherapie keine über eine Spontanheilung hinausgehenden Effekte erzielt, begann in der Psychotherapie die Phase der ergebnisorientierten Untersuchungen.

Diese Null-Hypothese Eysenecks konnte durch verschiedene Studien (Bozok und Bühler, 1988; Grawe, 1998) zurückgewiesen werden. Diese neuen Erkenntnisse unterstützten die Annahme einer Therapiewirksamkeit verschiedener Therapiekonzepte und Therapierichtungen. Das Resultat dieser Effektivitätsstudien zeigte keine Überlegenheit einer einzelnen Therapieschule (Kächele, 1990; Seligmann, 1995). Gleiches gilt auch für Studien, die sich mit dem Vergleich Einzel- versus Gruppenpsychotherapie beschäftigten (Bednar und Kaul, 1978; Fuhrmann und Burlingame, 1994). Obwohl die Gruppenpsychotherapie an Bedeutung weiter zunimmt, ist die empirische Befundlage im Vergleich zur Einzeltherapie relativ gering. Dies mag sicherlich mit erschwerten Bedingungen sowohl auf der inhaltlich-konzeptuellen als auch auf der methodischen Durchführung zusammenhängen.

Der Schwerpunkt der Gruppenpsychotherapieforschung lag in den letzten zwei Dekaden zum einen in der Ergebnisforschung und zum anderen in der Prozessforschung.

Die Ergebnisforschung stellt das Ergebnis, dass durch z.B. durch eine oder mehrere gruppentherapeutische Ansätze erzielt wird, in den Vordergrund. Die Prozessforschung hingegen beschäftigt sich mit Veränderungsmechanismen innerhalb der Gruppe und versucht therapeutische Wirkfaktoren oder Interaktionsmuster zu beschreiben. Während der Schwerpunkt der Gruppenpsychotherapie anfangs in der Ergebnisforschung lag, sich dann mehr auf die Prozessforschung verlagerte, steht heute im Zentrum der Gruppenpsychotherapieforschung die Prozess-Ergebnisforschung. Mit diesem Forschungsansatz kann neben der Frage „Was ist Psychotherapie?“ parallel die Frage „Was bewirkt Psychotherapie?“ untersucht werden, um letztendlich der Fragestellung „Wie wirkt Psychotherapie?“ nachgehen zu können.

Um dies untersuchen zu können, beschäftigte sich die Forschung in den letzten Jahren mit der Untersuchung von Prozessvariablen (Wirkfaktoren) und deren

Einfluss auf den Therapieverlauf und -erfolg. Daraus entwickelte sich die Frage nach psychotherapeutischen Wirkmechanismen und spezifischen Prozessen in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Dementsprechend hat die Beforschung der Wirkfaktoren eine große Anzahl von Studien ausgelöst (Yalom, 1974; Orlinsky, 1994; Grawe, 1995; Tschuschke, 2001). Nachdem zunächst die „allgemeinen“ und „spezifischen“ Wirkfaktoren für die Einzeltherapie identifiziert und beforscht wurden, stehen aktuell die „instrumentellen Gruppenbedingungen“ und der Wirkfaktor „Kohäsion“ in der Gruppenpsychotherapie im Zentrum des Forschungsinteresses, da sie auf das Gesamtsystem „Gruppe“ abzielen.

In zahlreichen Studien (Luborsky et al., 1984; Lambert, 1991; Bassler, 1995; Martin et al., 2000; Horvath und Bedi, 2002; Konzag et al., 2004; Botella et al., 2008) konnte die Bedeutung einer guten therapeutischen Beziehung bzw. Arbeitsbeziehung für den Behandlungserfolg nachgewiesen werden. Heute besteht größtenteils Einigkeit darüber, dass eine tragfähige therapeutische Beziehung für den Psychotherapieverlauf und das Outcome entscheidend ist. Komplettiert wurde dieser Forschungsschwerpunkt in den letzten Jahren durch Untersuchungen, die sich mit der Frage nach der Wirksamkeit bei störungsspezifischen Einzel und -Gruppenpsychotherapien, wie z.B. der Dialektisch-Behavioralen-Therapie (DBT) zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen, beschäftigten. Unterschiedliche Studienergebnisse (Linehan, 1993; 1994, Körner und Dimeff, 2000; Bohus, 2004; Kröger, 2006) belegten sowohl die Effektivität als auch den Grad der Wirksamkeit dieses gruppenpsychotherapeutischen Konzepts bei störungshomogenen Patienten. Aktuell liegt jedoch ein Ungleichgewicht an Effektivitätsstudien zu ungunsten der Persönlichkeitsstörungen (Achse II- Störungen) vor. Erst in den letzten Jahren nahm die Effektivitätsforschung zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen zu.

An der Universität zu Lübeck wird seit 1999 zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem DBT-Konzept gearbeitet. Da eine Erfassung der Wirkfaktoren und deren Verlauf, speziell für die stationäre Behandlung von Borderline-Patienten nach dem DBT-Konzept in der Gruppenpsychotherapie fehlt, bleibt die Frage, welche spezifischen Wirkfaktoren zu welchen Veränderungen in der Gruppenpsychotherapie führen, unbeantwortet. Auch die Frage nach der Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung zum Gruppenpsychotherapeuten

Gelöscht: *Einleitung*

Gelöscht: *Einleitung*

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

und dem Behandlungserfolg sowie der Kohäsion in der stationären Gruppenpsychotherapie bei Borderline-Patienten konnte bisher nicht ausreichend beantwortet werden. Daher soll mit dieser Arbeit zum einen der Verlauf der einzelnen Wirkfaktoren erfasst und der Zusammenhang zwischen den Wirkfaktoren und dem Behandlungserfolg ermittelt werden. Dazu sollen die für den Behandlungserfolg relevanten Wirkfaktoren identifiziert und die prädiktive Bedeutung der Wirkfaktoren für den Behandlungserfolg untersucht werden. Die Wirkfaktoren wurden anhand des Gruppen-Stundenbogens von Grawe und Braun (1993) erhoben.

Nach der Einleitung beginnt das zweite Kapitel mit einem Fallbeispiel und beschreibt eine Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie komorbiden Störungen. Anschließend wird kurz auf das Konstrukt der Persönlichkeitsstörung eingegangen und die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung gemäß des DSM-IV vorgestellt. Jedes der neun Kriterien wird ausführlich erläutert und beschrieben. Bevor das modifizierte DBT-Konzept der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Lübeck vorgestellt wird, soll kurz das Behandlungskonzept der Dialektisch-Behavioralen-Therapie (DBT) von Marsha Linehan erläutert werden. Im dritten Kapitel wird nach einer sehr kurzen Einführung zur Entstehung der Gruppenpsychotherapie das störungsspezifische Konzept der Gruppenpsychotherapie vorgestellt. Das darauf folgende Kapitel erläutert das Wirkfaktorenkonzept von Grawe und Braun (1993). Im fünften Kapitel erfolgt die Formulierung der Fragestellungen und Hypothesen. Anschließend werden das methodische Vorgehen und die eingesetzten Messinstrumente beschrieben. Im siebten Kapitel werden die Ergebnisse dargestellt gefolgt von der Diskussion und einer abschließenden Zusammenfassung.

Gelöscht: Persönlichkeitsstörung

Gelöscht: Persönlichkeitsstörung

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

2. Persönlichkeitsstörung

Bevor im folgenden Kapitel die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung vorgestellt werden, erfolgt eine kurze Falldarstellung. Sie dient zur Veranschaulichung und zeigt mit welchen Befürchtungen, Ängsten und interpersonellen Schwierigkeiten die Patienten in die stationäre Therapie kommen. In dieser Arbeit wird immer wieder auf das Fallbeispiel eingegangen, um den Bezug zwischen Praxis und Forschung darzustellen.

2.1 Fallbeispiel

Zur ersten stationären Aufnahme kommt eine 24-jährige, ledige, kinderlose Frau mit abgebrochener Ausbildung. Frau Mustermann berichtet im Aufnahmegespräch über ausgeprägte Stimmungsschwankungen (Wut, Reizbarkeit, depressive Stimmung), die sich stündlich ändern können, so dass es häufig vorkommt, dass sie geplante Termine bzw. Verabredungen nicht einhalten kann (Kriterium 6). Sie berichtet, dass infolge der Stimmungsschwankungen hohe Anspannungszustände auftreten. Diese reguliert sie mittels Konsum von Alkohol, Drogen (Speed, Kokain, Cannabis) und Essanfällen mit Erbrechen (Kriterium 5). Im weiteren Gesprächsverlauf berichtet Frau Mustermann über ein Muster instabiler zwischenmenschlicher Beziehungen, dass in den letzten Jahren durch kurze aber intensive Freundschaften oder Beziehungen geprägt war (Kriterium 2). In diesem Zusammenhang berichtet sie, dass sie aktuell mit einem 6 Jahre älteren Mann seit 6 Monaten zusammenlebt und befürchtet, verlassen zu werden. Diese Ängste würden zum einen dazu führen, dass sie „alles mit sich geschehen lässt“ oder aber mit Wutausbrüchen und/oder fremdaggressiven Verhalten reagiert. Aus der Vergangenheit kennt Frau Mustermann Suizidandrohungen, um „sich Gehör zu verschaffen“. Aktuell kommt es unter hoher Anspannung zu selbstverletzenden Verhaltensweisen, z.B. durch Schneiden oder Verbrennungen an den Oberarmen (Kriterium 1) oder zu dissoziativen Zuständen mit Depersonalisations- und Derealisationserleben (Kriterium 9). Darüber hinaus kennt Frau Mustermann chronische Suizidgedanken zur Spannungsregulation.

Weiter berichtet Frau Mustermann über eine seit dem 13. Lebensjahr bestehende

Gelöscht: Persönlichkeitsstörung

Gelöscht: Persönlichkeitsstörung

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

posttraumatische Belastungsstörung. Dieser Störung ging eine Vergewaltigung, durch den Bruder (18 Jahre) ihrer besten Freundin, voraus. Seitdem bestehen bei Frau Mustermann Flashbacks, eine ausgeprägte Schreckhaftigkeit, Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen und Schuldgefühle. Es kam zu einem ersten Suizidversuch mit Tabletten und Alkohol. Der letzte Suizidversuch erfolgte vor 4 Jahren, nachdem Frau Mustermann zuvor von ihrem Chef während der Ausbildung zur Rechtsanwältin vergewaltigt wurde. Frau Mustermann zog sich mehr und mehr zurück und beschreibt sich als „menschenscheu“. Seither meidet sie Situationen, in denen sie im Mittelpunkt stehen könnte, wie z.B. das Bezahlen im Supermarkt, Behördengänge, Referate halten oder Unterhaltungen in der Gruppe. Hier besteht vor allem die Befürchtung, etwas Peinliches zu tun, negativ bewertet oder abgelehnt zu werden.

Nach der Vorstellung des DBT-Konzeptes zum Ende des Aufnahmegespräches und der Planung des Weiteren therapeutischen Vorgehens, äußert Frau Mustermann starke Bedenken, hinsichtlich des DBT-Konzeptes mit Schwerpunkt Gruppenpsychotherapie. Sie könne unter gar keinen Umständen aus oben genannten Gründen in eine Gruppe gehen und erst recht nicht mit unbekannt Personen über ihre Probleme und Erfahrungen reden (Problemaktualisierung). Sie überlege bereits jetzt, die Therapie abzubrechen. Frau Mustermann entscheidet sich nach der Validierung ihrer Befürchtungen und Ängste für die Therapie. Nachdem Frau Mustermann sich auf das DBT-Konzept eingelassen hat, stößt sie auf neue Bedenken, z.B. kann sie sich unter der Vermittlung von Fertigkeiten (Stresstoleranz, Emotionsregulation, Training sozialer Kompetenzen) nichts vorstellen. Weitere Bedenken hat sie bezüglich der Gruppengröße, den Mitpatienten, die sie „ ganz sicher unterbuttern“ oder „nicht zu Wort kommen lassen werden“, oder „hinter ihrem Rücken, über ihre geschilderten Probleme sprechen“ (Instrumentelle Gruppenbedingungen/Kohäsion). Problematisch und schwierig wird es für Frau Mustermann, als sie erfährt, dass ihre Bezugstherapeutin nicht an jeder Gruppenpsychotherapie teilnehmen wird (therapeutische Beziehung). Durch die Bereitschaft der Patienten nach jeder Sitzung einen Gruppen-Stundenbogen (Grawe und Braun, 1993) auszufüllen, erhalten wir einen ersten Eindruck über die Therapiekooperation der Patienten (Instrumentelle Gruppenbedingungen).

2.2 Definition Persönlichkeitsstörung

Die Definition von Persönlichkeitsstörungen nach dem DSM-IV lautet:

„Persönlichkeitsstörungen sind überdauernde Muster von innerem Erleben und Verhalten, die von den gesellschaftlichen Normen und Erwartungen im erheblichen Maße abweichen, tiefgreifend und unflexibel sind. Sie beginnen in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter und sind im zeitlichen Verlauf stabil. Persönlichkeitsstörungen führen zu subjektivem Leid und/oder Beeinträchtigungen im sozialen Leben der betroffenen Personen“ (DSM-IV-TR, APA, 2000; S255).

Die allgemeinen diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung sind:

Kriterium A: Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden vier Bereiche:

- 1) Kognition (also die Art, sich selbst und andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren),
- 2) Affektivität (also die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen),
- 3) Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen,
- 4) Impulskontrolle.

Kriterium B: Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.

Kriterium C: Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Kriterium D: Das Muster ist stabil und lang andauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.

Kriterium E: Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.

Gelöscht: Persönlichkeitsstörung

Gelöscht: Persönlichkeitsstörung

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Kriterium F: Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder einen medizinischen Krankheitsfaktor (z.B. Hirnschädigung) zurück.

Die oben aufgeführten Kriterien zeigen, wie sehr die Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung in ihren Erlebens- und Verhaltensweisen beeinträchtigt sind und welche Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung bestehen.

2.3 Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Im Folgenden werden die neun Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem DSM-IV-TR dargestellt und ausführlicher erläutert.

Um die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vergeben zu können, müssen mindestens *fünf* der folgenden Kriterien erfüllt sein (DSM-IV-TR; APA; 2000; S. 259).

Kriterium 1

„Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.“ (DSM-IV-TR; APA; 2000; S. 259).

Ein hoher Prozentsatz der Borderline-Patienten erlebt starke Ängste verlassen zu werden, so dass das reale oder erwartende Verlassenwerden mit allen Mitteln verhindert werden muss. Diese erwarteten oder realen Verlassensängste führen in Beziehungen häufig zu impulsiven Verhaltensweisen wie z.B. der Einnahme von Drogen und/oder dem übermäßigen Konsum von Alkohol, fremdaggressivem und devotem Verhalten, um die Beziehungen aufrechtzuerhalten. Typische Auslösesituationen für dieses Verhalten, welches neben der Angst auch durch Wut, plötzlichen Affekt und Verhaltensdurchbrüche gekennzeichnet ist, sind Zurückweisungen, Trennungen, zwischenmenschliche Nähe, oder das Ändern von Plänen und Terminen.

Borderline-Patienten haben diese Verhaltensweisen durch ein invalidierendes Umfeld erworben, welches es ihnen nicht ermöglicht hat, zu lernen sich auf die eigenen Gefühle verlassen zu können und nach ihnen zu handeln. Häufig wurden

Gelöscht: Persönlichkeitsstörung

Gelöscht: Persönlichkeitsstörung

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

durch enge Bezugspersonen die Gefühle der Patienten als „falsch“ verurteilt, das Ausleben ihrer Gefühle bestraft und ihre Wünsche, Bedürfnisse und Interessen zurückgewiesen.

Kriterium 2

„Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist“ (DSM-IV-TR; APA; 2000; S. 260).

Ein weiteres Charakteristikum der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist, dass die Patienten häufig schnell intensive Beziehungen aufbauen und dabei gleichzeitig ihre Partner idealisieren. In diese Beziehungen investieren sie viel Zeit, Energie, Unterstützung sowie Zuwendung und erwarten die gleiche Aufmerksamkeit und Unterstützung von ihren Partnern. Wenn ihnen diese nicht entgegengebracht wird, kommt es meist zur Entwertung der Beziehung und Abwertung des Partners. Hier reichen schon „kleinste“ Zurückweisungen, die die Beziehung ins Negative umschlagen lassen, z.B. das Absagen einer Verabredung oder zu spät kommen. Diese werden als Ablehnung; nicht geliebt zu werden, nicht gut zu sein oder etwas falsch gemacht zu haben, interpretiert. Dieses dichotome Denken führt immer wieder zu Konflikten in den Beziehungen und deren abrupten Beendigungen. Gleichzeitig ist die Angst verlassen zu werden so stark, dass sie alles für die Erhaltung der Beziehung tun, so dass die Borderline-Patienten sich in einer Ambivalenz zwischen dem Bedürfnis nach Bindung und einer gegenläufigen Sorge um Autonomieverlust befinden.

Kriterium 3

„Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung“ (DSM-IV-TR; APA; 2000; S. 260).

Das Selbstbild vieler Borderline-Patienten unterliegt einem ständigen Wechsel, dass mit Veränderungen von privaten und beruflichen Zielen bzw. Einstellungen, der Freundesauswahl und der sexuellen Orientierung einhergeht. Das führt unter anderem dazu, dass Borderline-Patienten häufig zahlreiche Ausbildungen beginnen und wieder abbrechen. Eine weitere Instabilität ist in der

Gelöscht: Persönlichkeitsstörung

Gelöscht: Persönlichkeitsstörung

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Selbstwahrnehmung zu verzeichnen. Sie kann sich von einem positiven und fachlich kompetenten abrupt in ein negatives und inkompetentes Selbstbild ändern. Mal erleben sich die Borderline-Patienten als attraktiv oder selbstsicher, dann wieder als unattraktiv oder unsicher. Das Selbstbild der Patienten ist durch das augenblickliche Denken und Fühlen bestimmt. Somit fehlt den Patienten das Vertrauen, sich auf ihre Wahrnehmung verlassen zu können und mit sich selbst übereinzustimmen.

Kriterium 4

„*Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen*“ Es werden bei diesem Kriterium keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind. (DSM-IV-TR; APA; 2000; S. 260).

Impulsivität ist die Tendenz zu spontaner Reaktion, wobei während der Impulshandlung die rationale Billigung (Ablehnung oder Zustimmung) –zumindest im Zeitpunkt der Ausführung– fehlt (Dorsch, 1998). Die Funktionalität dieser impulsiven Handlungen besteht meistens in der Spannungsreduktion, selten löst es ein Gefühl von Macht, Kontrolle oder Überlegenheit aus.

Die Spontanität der impulsiven Handlung kann dabei unterschiedlich sein. Bei einigen Patienten führt die anwachsende Spannung zu einer sofortigen Handlung, bei anderen Patienten können zwischen dem Auslöser der emotionalen Spannung und der Handlung einige Minuten bis Stunden vergehen. Die letztgenannten Patienten versuchen die wachsende Anspannung zu kontrollieren bzw. zu steuern, was ihnen aber letztendlich häufig misslingt.

Impulsive Verhaltensweisen können schnelles und riskantes Autofahren, sexuelles Risikoverhalten, Hungern, Essanfälle, Ausübung riskanter Sportarten, impulsives Einkaufen und Substanzmissbrauch sein.

Kriterium 5

„Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten“ (DSM-IV-TR; APA; 2000; S. 260).

Die Ursachen bzw. Hintergründe der Selbstverletzungen sind vielfältig. Einerseits werden sie durchgeführt, um Spannungszustände zu reduzieren, andererseits können sie als Hilferuf oder Drohung verstanden werden. Häufig werden sie jedoch zur Reduktion des emotionalen Erlebens oder zur Selbstbestrafung eingesetzt. In der Regel gehen dem Selbstverletzungsverhalten belastende Ereignisse wie z.B. Zurückweisung, reale oder angenommene Trennungen, Konflikte oder Streitigkeiten voraus. Nicht selten treten Selbstverletzungen auch in dissoziativen Zuständen auf. Hier berichten beispielsweise Patienten sich selbst zu verletzen, um die dissoziativen Zustände zu durchbrechen.

65-70% aller Borderline-Patienten verletzen sich selbst, z.B. durch schneiden, verbrennen der Haut, kratzen, das Ablassen von Blut oder indem sie mit Extremitäten gegen die Wand schlagen. Etwa 8% bis 10% der Borderline-Patienten suizidieren sich, wobei das Suizidrisiko bei gleichzeitigem Vorliegen einer schweren depressiven Episode oder Substanzabhängigkeit am höchsten ist.

Kriterium 6

„Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung“ (DSM-IV-TR; APA; 2000; S. 260).

Die ausgeprägte Reaktivität der Stimmung beruht auf einer hohen Sensibilität gegenüber niedrighwelligen Reizen, einer hohen Affektintensität und plötzlichen Affektwechselln. Häufig versuchen Borderline-Patienten ihre starken und heftigen Stimmungsschwankungen zurückzuhalten oder zu verheimlichen, weil sie sich von anderen nicht verstanden oder sich selbst als „anormal“ fühlen. Diese „Anormalität“ wird wiederum als starke Unsicherheit empfunden. Häufig wird auf diese Empfindung mit Wut, Angst, Reizbarkeit und selbstschädigenden Handlungen reagiert. Auch wenn viele der Borderline-Patienten keinen direkten Auslöser für die Stimmungsschwankungen sehen, bestehen im Vorfeld häufig Konflikte und Probleme auf der Beziehungsebene oder reale oder angenommene Verlassensängste.

Kriterium 7

„Chronisches Gefühl der Leere“ (DSM-IV-TR; APA; 2000; S. 260).

Ähnlich wie bei depressiven Patienten berichten Borderline-Patienten über ein Gefühl der inneren Leere. Bei depressiven Patienten ist dieses Gefühl einmalig oder episodisch, bei Borderline-Patienten hingegen chronisch. Das Gefühl der andauernden Leere kann vielfältig sein. Patienten beschreiben sich als „hohl“, „leer“ oder „entkernt“, berichten über die Sinnlosigkeit des Lebens, fehlende Zukunftspläne und Langeweile. Einige Patienten versuchen das Gefühl der Langeweile durch übermäßige Aktivitäten zu kompensieren. Dies gelingt häufig nur kurzfristig, worauf viele Patienten mit Wut oder Angst reagieren. Diese führen letztendlich zur Verstärkung des Gefühls der inneren Leere.

Kriterium 8

„Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)“ (DSM-IV-TR; APA; 2000; S. 260).

Dieses Kriterium ist durch ein unangemessenes Wuterleben mit Ohnmachtsgefühlen und starken Handlungsimpulsen gekennzeichnet. Zurückführen lassen sich die Wutausbrüche auf Defizite in der Emotionsregulation, d.h. Borderline-Patienten gelingt es häufig nicht, intensive Gefühle durch Selbstberuhigung abzuschwächen.

Wutausbrüche von Borderline-Patienten können sich im „Beleidigtsein“, in Ironie, anhaltender Verbitterung, verbaler Entgleisung und fremdaggressivem Verhalten äußern. Häufig folgen diesen Wutausbrüchen negative Selbstverbalisationen sowie Schuld- und Schamgefühle, die wiederum zur Destabilisierung des Selbstbildes führen.

Gelöscht: Persönlichkeitsstörung

Gelöscht: Persönlichkeitsstörung

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Kriterium 9

„Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.“ (DSM-IV-TR; APA; 2000; S. 260).

Wenn Borderline-Patienten unter starken Belastungen oder extremen emotionalem Druck stehen, kann es zu einschließenden reversiblen pseudo-psychotischen Symptomen, dissoziativen Erlebnisweisen, Derealisation oder Zuständen verminderter Bewegungslosigkeit kommen. Diese dissoziativen Symptome sind ausgesprochen vielfältig und in ihrer Dauer sehr individuell und werden beschrieben als: „ich war gelähmt und erstarrt“, „sich von außen betrachtend“, „den Körper verlassend“, wie in einem Film zu sein“. Ein relativ häufiges Symptom ist das dissoziative Stimmenhören, welches sich qualitativ vom psychotischen Stimmenhören dahingehend unterscheidet, dass es als von innen kommend erlebt wird. Einige Patienten berichten, dissoziative Zustände „einzusetzen“, um schwierige Situationen, traumatische Erinnerungen oder Traumata aus ihrem Bewusstsein auszublenden. Das heißt, dem Phänomen Dissoziation kann auch eine Schutzfunktion bzw. ein Abwehrcharakter zugesprochen werden.

Nachfolgend soll auf die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung eingegangen werden.

2.4 Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung gibt es verschiedene Therapieformen. Als wirksame Behandlungsformen haben sich die Schematherapie (Giesen-Bloo et al., 2006; Young et al., 2005), die psychoanalytische Therapie Transference Focused Therapy (Leichsenring und Leibing, 2003), die Mentalization-based Therapy (Bateman und Fonagy, 2000) und die Dialektisch Behaviorale Therapie von Marsha Linehan (1993) erwiesen. Im Rahmen dieser Arbeit wird nur die Dialektisch-Behaviorale-Therapie (DBT) nach Marsha Linehan vorgestellt, da dieses Behandlungskonzept modifiziert an der Universität zu Lübeck durchgeführt wird.

2.4.1 Die Dialektisch-Behaviorale-Therapie (DBT)

Die Dialektisch-Behaviorale-Therapie (DBT) wurde in den achtzigern Jahren von Linehan zur ambulanten Behandlung chronisch suizidaler Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt.

Die Bezeichnung „Dialektik“ wurde von Linehan verwendet, nachdem sie durch die Evaluation ihrer Therapiesitzungen feststellte, dass sich innerhalb der Sitzungen Spannungen aus unterschiedlichen Positionen zwischen Patienten und Therapeuten aufbauten. Es bestand hierfür die Notwendigkeit eine Balance bzw. Synthese der Gegensätze zu finden. In der Dialektik fand Linehan dafür die entsprechende wissenschaftliche Basis, da dort diese Vorgehensweise mit den Begriffen These und Antithese, die zu einer Synthese führen, bereits definiert wurde. In der Dialektik kann die Synthese als ausbalancierter Standpunkt zwischen der These und der Antithese bzw. als innovative Problemlösung angesehen werden, die jedoch im gleichen Augenblick neue Gegensätze, also auch neue Spannungen hervorruft. In einem nächsten Therapieschritt werden diese neuen Gegensätze (These und Antithese) wieder integriert (Synthese), wodurch sich die Therapie einem ständigen Wandlungsprozess unterzieht und dadurch ein kontinuierlicher Veränderungsprozess entsteht.

Seit der ersten wissenschaftlichen Veröffentlichung wurden zahlreiche empirische Überprüfungen und Evaluationen (Linehan, 1993; 1994; Körner und Dimeff, 2000; Bohus, 2004) durchgeführt, die gute bis sehr gute Behandlungserfolge bestätigten. Diese Behandlungserfolge führten nicht nur zur weltweiten Akzeptanz der DBT,

Gelöscht: Gruppenpsychotherapie

Gelöscht: Gruppenpsychotherapie

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

sondern auch zur Aufnahme in die „Liste empirisch validierter psychotherapeutischer Verfahren“ der American Psychiatric Association (APA), die die DBT als einziges effizientes Behandlungskonzept bei der Borderline Persönlichkeitsstörung anerkennt.

Darüber hinaus wurden im letzten Jahrzehnt zahlreiche Adaptionen für andere versorgungspolitische Programme wie z.B. Konzepte für drogenabhängige Patienten und suizidale Jugendliche entwickelt (Bohus, 2001). Auch in Deutschland wird das Konzept in der psychiatrischen Versorgung eingesetzt (Bohus et al., 1996; Gunia et al., 2000).

2.4.2 Biosoziale Theorie der DBT - Das invalidierende Umfeld

Die DBT beruht auf einer biosozialen Theorie, in der angenommen wird, dass die Wechselwirkungen zwischen spezifischen Umweltfaktoren und biologischen Dispositionen im Kindesalter zu emotionalen Dysregulationen führen.

Linehan verwendet hier den Begriff der invalidierenden Umwelt. Invalidierung bezeichnet die Interaktion zwischen Betroffenen und ihren Bezugspersonen, in der auf das Äußern von subjektiven Erfahrungen in unangemessener, unvorhergesehener oder in extremer Weise reagiert wird. Typische Merkmale eines invalidierenden Umfeldes sind z.B. das Negieren von emotionalen Zuständen, Kognitionen, Bestrafung, Nichtbeachtung oder das Zurückweisen von Wünschen, Interessen oder Bedürfnissen, die ein Kind an seine Umwelt hat. Zudem bewirkt eine invalidierende Umgebung auch das Unterdrücken von Gefühlen, Emotionen und Erfahrungen, insbesondere negativer Erfahrungen oder Emotionen, so dass ein Kind nicht lernt, emotionale Spannungen auszuhalten oder sich auf seine eigenen emotionalen Reaktionen, als gültige Interpretation von Ereignissen, verlassen zu können.

Weitere Risikofaktoren sind:

- Frühe Erfahrung von sexueller Gewalt und körperlicher Gewalt,
- Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen,
- Gewalterfahrung im Erwachsenenalter und
- das Fehlen einer zweiten Bezugsperson, die den Betroffenen Schutz und Sicherheit gewährt, die Wahrnehmung teilt oder deren Emotionen bestätigt (Bohus und Schmah, 2001).

Im folgenden Abschnitt soll kurz das Behandlungskonzept der Dialektisch-Behavioralen-Therapie (DBT) vorgestellt werden.

2.4.3 Behandlungskonzept der Dialektisch-Behavioralen-Therapie (DBT)

Die Dialektisch-Behaviorale-Therapie (DBT) basiert vorwiegend auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden, die Strategien und Techniken aus anderen Therapierichtungen sowie Meditationstechniken berücksichtigen. Das ambulante Setting der Dialektisch-Behavioralen-Therapie setzt sich aus vier aufeinander folgenden Behandlungsmodulen zusammen, die im Folgenden kurz beschrieben werden. Das stationäre Setting wurde modifiziert und wird unter Punkt 2.4.4 beschrieben.

- **Einzeltherapie**, welche sich über einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren mit ein bis zwei Behandlungsstunden pro Woche erstreckt
- Ein einmal wöchentlich stattfindendes **Fertigkeitstraining** in der Gruppe über einen Zeitraum von 6 Monaten. Dieses Fertigkeitstraining besteht aus vier Modulen:
 - 1. Innere Achtsamkeit
 - 2. Zwischenmenschliche Fähigkeiten/Emotionsregulation
 - 3. Bewusster Umgang mit Gefühlen und
 - 4. Stresstoleranz
- **Telefonberatung** zur Lösung lebensbedrohlicher Krisen
- **Supervisionsgruppe**, zur Kommunikation zwischen Einzel- und Gruppentherapeuten, zur Fallbesprechung und zur gegenseitigen Unterstützung. Diese sollte ebenfalls einmal wöchentlich stattfinden.

Im nun folgenden Abschnitt soll das modifizierte Behandlungskonzept der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Lübeck vorgestellt werden.

2.4.4 Behandlungskonzept der Station 4 an der Universitätsklinik Lübeck

Seit 1999 gibt es an der Universitätsklinik zu Lübeck ein Therapiekonzept, das speziell für Patienten mit Essstörungen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung konzipiert wurde. Dieses Therapiekonzept unterscheidet sich vom Konzept Linehans darin, dass Essstörungen, parasuizidale und suizidale Verhaltensweisen auf gleicher Ebene angesiedelt werden. Dies resultiert aus der Erfahrung, dass bei der Behandlung von Essstörungen parasuizidale und suizidale Verhaltensweisen

zunehmen können. Häufig steigt analog die Anzahl der Heißhungeranfälle bei einer angestrebten Reduzierung suizidaler und parasuizidaler Verhaltensweisen.

Das Therapiekonzept setzt sich aus einer Kombination von Einzeltherapie, Gruppenpsychotherapie und Komplementärtherapien zusammen.

Die einmal wöchentlich stattfindende Einzeltherapie über 50 Minuten wird genutzt, um individuelle Schwierigkeiten zu bearbeiten und um bereits erlernte Verhaltensfertigkeiten in den Alltag zu implementieren. Darüber hinaus finden täglich Kurzkontakte bei Krisen, zur Klärung von Fragen oder zur Überprüfung von Hausaufgaben statt. Alle Patienten nehmen sowohl an der dreimal wöchentlich durchgeführten Gruppenpsychotherapie mit spezifischer Informationsvermittlung und Patienten mit einer Essstörung an der täglichen Ess- und Tischgruppe teil.

Ergänzt und erprobt werden die gelernten Fertigkeiten durch stationsspezifische Aktivitäten (z.B. Expositionstag). Hierbei werden die Patienten durch ein Bezugspflegesystem und ein wöchentlich durchgeführtes Pflegegespräch über 30 bis 50 Minuten unterstützt. An komplementären Therapien finden in der Woche Gestalttherapie (2x120 min), Entspannungstherapie (1x45 min.), tägliche Sport- und Bewegungstherapie sowie das Selbstverteidigungstraining statt.

Weitere Unterstützung erhalten die Patienten durch Sozialarbeiter, wenn es um die Verbesserung des sozialen Umfeldes oder die Wiedereingliederung in das Berufsleben oder die Integration in den Alltag geht.

Die *Gruppenpsychotherapie* ist das Kernstück des DBT-Konzeptes. Sie findet dreimal wöchentlich für jeweils 90 Minuten statt und soll die Patienten zur Verbesserung ihrer Verhaltensfertigkeiten befähigen. Dieses Fertigkeitstraining besteht aus vier Modulen:

- 1. Stresstoleranz
- 2. Emotionsregulation (Umgang mit Gefühlen)
- 3. Interpersonelle Fertigkeiten (Training sozialer Kompetenzen)
- 4. Innere Achtsamkeit

Darüber hinaus können in der Gruppenpsychotherapie individuelle Anliegen in strukturierter Form angesprochen werden.

Gruppenpsychotherapie

Das folgende Kapitel beginnt mit einer kurzen Einführung zur Gruppenpsychotherapie und der Prozessforschung. Anschließend werden verschiedene Formen der Gruppenpsychotherapie vorgestellt.

- Gelöscht:** Gruppenpsychotherapie
- Gelöscht:** Gruppenpsychotherapie
- Formatiert:** Schriftart: Kursiv
- Formatiert:** Schriftart: Kursiv

Gelöscht: Gruppenpsychotherapie

Gelöscht: Gruppenpsychotherapie

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

3. Gruppenpsychotherapie

3.1 Einführung

In einer Zeit in der das Gesundheitswesen, also auch die Psychotherapien, wesentlich durch ökonomische Zwänge reglementiert werden, sprechen die Ergebnisse der Gruppenpsychotherapien, insbesondere der letzten 20 Jahre, für sich. Verschiedene Befunde (Grawe et al., 1990; Fals-Stewart et al., 1993; Fuhrman und Burlingame, 1994; Burlingame, MacKenzie und Strauss, 2004) zeigten, dass die Gruppenpsychotherapie der Einzeltherapie ebenbürtig ist. Heute sind die Gruppenpsychotherapien aus dem stationären Alltag nicht mehr wegzudenken und stellen je nach Behandlungskonzept „das“ oder „ein“ zentrales Behandlungselement dar.

Die Gruppenpsychotherapie ist eine Therapieform, bei der mindestens zwei Personen von einem oder mehreren Therapeuten behandelt werden. Die Häufigkeit und die Dauer der Gruppenpsychotherapien können individuell sehr unterschiedlich sein. Das bedeutet, dass Gruppensitzungen wöchentlich ein- bis fünfmal stattfinden und bis zu mehreren Jahren andauern können. Gruppenpsychotherapien werden „offen“ oder „geschlossen“ durchgeführt. In die „offene“ Gruppe werden jederzeit neue Teilnehmer aufgenommen. Mitglieder der „geschlossenen“ Gruppe beginnen zu einem festgelegten Zeitpunkt und beenden diese auch gemeinsam. „Geschlossen“ deshalb, weil die Inhalte der Gruppensitzungen systematisch aufeinander aufbauen.

Zur inter- und intrapsychischen sowie zur Verhaltensänderung werden bekannte Phänomene (Wirkfaktoren) aus dem Gruppenpsychotherapieprozess genutzt. Ziel ist es, während des Gruppensettings, Gefühle zu wecken, Probleme zu aktualisieren oder Fertigkeiten zu erlernen. Wie die Interventionen des Therapeuten eingesetzt oder umgesetzt werden, hängt von der jeweiligen Therapieschule und dem Gruppenkonzept ab.

Nachfolgend soll das Modell der störungsspezifischen Gruppenpsychotherapie vorgestellt werden.

3.2 Störungsspezifische Gruppenpsychotherapie

Störungsspezifische bzw. indikative Verhaltenstherapiegruppen arbeiten mit Patienten, die gleiche Störungen oder ähnliche Problembereiche aufweisen. Gerade in diesem Bereich wurden aufgrund der störungsspezifischen Ausrichtung in den letzten Jahren zahlreiche Gruppenpsychotherapiekonzepte standardisiert und liegen heute in manualisierter Form vor. So gibt es beispielsweise störungsspezifische Gruppenkonzepte für Depressionen (Hautzinger, 1997), Angst- und Zwangserkrankungen (Schmidt-Traub, 2000; Müller-Svitak et al., 2002), Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Linehan, 1996) und schizophrene Psychosen (Roder et al., 2002). Auch bei dem DBT-Konzept handelt es sich um eine störungsspezifische Gruppenpsychotherapie. Bei störungsspezifischen Gruppenpsychotherapien ist ein stark strukturierendes Vorgehen bzgl. des Sitzungs- und Therapieverlaufes notwendig, weil die Themeninhalte aufeinander aufgebaut sind. Das bedeutet, dass die Gruppenteilnehmer die Therapie zur gleichen Zeit beginnen und beenden (Sipos und Schweiger, 2003). Das Ziel störungsspezifischer Gruppenpsychotherapien besteht in der Informationsvermittlung über die Erkrankung, der Problemaktualisierung und -bewältigung, der Verhaltensbeobachtung z.B. durch Tagebücher, der Förderung des Selbstmanagements, der Verhaltensmodifikation, der Aktivierung von Ressourcen und der Rückfallprophylaxe. Ein wesentlicher Baustein dieses Gruppenkonzepts besteht in der Durchführung von Übungen und Hausaufgaben. In diesem Zusammenhang betont Fiedler (2001) die tragende Rolle der Gruppe, die Anregungen und Feedback geben, die bei Problemlösestrategien Unterstützung bieten, sich solidarisieren, einander Hoffnung vermitteln und auch als Modell fungieren. Weitere Modelle zur Gruppenpsychotherapie können bei Schweiger und Sipos (2003) nachgelesen werden.

3.3 Prozessforschung in der Gruppenpsychotherapie

Obwohl die Gruppenpsychotherapie an Bedeutung gewonnen hat und weiter zunimmt, ist die empirische Befundlage im Vergleich zur Einzeltherapie relativ gering. Dies mag mit erschwerten Bedingungen sowohl auf der inhaltlich-konzeptuellen als auch auf der methodischen Durchführung zusammenhängen.

Der Schwerpunkt der Gruppenpsychotherapieforschung lag in den letzten zwei Dekaden zum einen in der Ergebnisforschung und zum anderen in der Prozessforschung.

Die Ergebnisforschung stellt das Ergebnis, dass durch z.B. durch eine oder mehrere gruppentherapeutische Ansätze erzielt wird, in den Vordergrund. Die Prozessforschung hingegen beschäftigt sich mit Veränderungsmechanismen innerhalb der Gruppe und versucht therapeutische Faktoren (Wirkfaktoren) oder Interaktionsmuster zu beschreiben.

Während der Schwerpunkt der Gruppenpsychotherapie anfangs in der Ergebnisforschung lag, sich dann mehr auf die Prozessforschung verlagerte, steht heute im Zentrum der Gruppenforschung die Prozess-Ergebnisforschung. Welche rasante Entwicklung dieser Forschungsschwerpunkt vollzogen hat, spiegelt sich in der Outcome-Prozess-Literatur wieder. So konnten Orlinsky et al. (1994) für ihren Übersichtsartikel auf 2300 Artikel zurückgreifen, in den 80er Jahren waren es erst etwa die Hälfte.

Obwohl Studien zur Prozess-Ergebnisforschung bei der DBT noch ausbleiben, ist der Literaturumfang in anderen Gruppentherapiekonzepten zu verschiedenen Störungen immens (z.B. Joyce, Piper und Ogradniczuk, 2007; Crowe und Grenyer, 2008). Insbesondere die Beziehung zum Therapeuten und zur Gruppe (vgl. Kap. 4.3 und 4.4) stehen im Zentrum der Prozess-Ergebnisforschung (z.B. Brown und O'Leary, 2000; Constantino et al., 2007; Joyce et al., 2007; Johnson, Penn, Bauer, Meyer und Evans, 2008). Die Art des Einflusses (z.B. Prädiktor, Mediator, Moderator; vgl. Svensson und Hansson, 1999; Kaufman, Rohde, Seeley, Clarke und Stice, 2005) auf Outcome-Variablen, sowie deren Ausmaß und Richtung (positiv oder negativ) hängen nicht selten von der Therapiedauer, Therapierichtung, Störungen, der Operationalisierung und weiteren inhaltlichen und methodischen Faktoren ab. So konnten beispielsweise Lorentzen und Høglend (2004) in einer analytischen Langzeittherapie mit Patienten, die in 97% der Fälle eine Achse-I- und in 68% der Fälle eine Achse-II-Diagnose trugen, Wirkfaktoren ermitteln (z.B. Dauer der Behandlung), die in Kurzzeittherapien nicht ausfindig gemacht werden konnten oder andere Effekte hatten (vgl. dazu Van et al., 2008).

Gelöscht: Gruppenpsychotherapie

Gelöscht: Gruppenpsychotherapie

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Nachdem in den letzten Jahrzehnten zunächst die „allgemeinen“ und „spezifischen“ Wirkfaktoren identifiziert und beforscht worden sind, stehen aktuell die „instrumentellen Gruppenbedingungen“ im Zentrum des Forschungsinteresses.

Im nachfolgenden Kapitel soll das Wirkfaktorenkonzept von Grawe (1993) vorgestellt, die verschiedenen Wirkfaktoren erläutert und ein Einblick in die Gegenstandsforschung gegeben werden.

4. Wirkfaktorenkonzept nach Grawe (1993)

4.1 Definition Wirkfaktor

Wirkfaktoren werden nach Bloch & Crouch (1985) „als Element der Gruppenpsychotherapie, welches zur Patientengenesung beiträgt und als Funktion der Interaktion zwischen dem Therapeuten, den Gruppenmitgliedern und dem Patienten selbst“ definiert (S.4). Die Definition bezieht nicht nur patientenfokussierte Interventionen, sondern auch die Interaktionen der Gruppenmitglieder untereinander als Wirkungskomponente mit ein. Das Kapitel 4 gibt einen Überblick der Forschungsstandes zu den Wirkfaktoren.

Eine erste systematische Klassifizierung von gruppenpsychotherapeutischen Wirkfaktoren wurde bereits 1955 von Corsini und Rosenberg vorgenommen, erweitert wurde diese später von Yalom (1974) und Bloch und Crouch (1985).

Der historisch erste Vorschlag eines Wirkfaktorenkonzeptes stammt von Yalom, der durch eigene Studien verschiedene Wirkfaktoren identifizieren konnte, und diese 1974 durch die Entwicklung eines Sortiertestes für Patienten operationalisierte. Yalom identifizierte dabei folgende Wirkfaktoren: *Katharsis, Existentielle Einsicht, Universalität des Leidens, Hoffnung einflößen, Altruismus, Kohäsion und Interpersonelles Lernen*. Ausführlich nachzulesen bei Sipos und Schweiger (2003).

Im deutschsprachigen Raum hat sich vor allem das Konzept von Klaus Grawe (1994) etabliert. Grawe selbst war ein Vertreter der allgemeinen Psychotherapie und entwickelte vor diesem Hintergrund in den neunziger Jahren ein Wirkfaktorenkonzept (welches in den letzten Jahren mehrfach modifiziert wurde), das unabhängig von der Therapieschule für sich stand.

Im Folgenden werden die Wirkfaktoren: „Therapeutische Beziehung“, „Problemaktualisierung“, „Kohäsion“ und „Positive Klärung“ erläutert und dazu entsprechende Forschungsergebnisse dargestellt. Durch zahlreiche Effektivitätsstudien und Prozess-Outcome-Studien (Orlinsky, Grawe und Parks, 1994; Grawe, 1995; 1998) wurde festgestellt, dass dann eine besonders gute Therapiewirkung erzielt wurde, wenn die oben genannten Wirkfaktoren genutzt wurden.

4.2 Therapeutische Beziehung

Die Qualität der therapeutischen Beziehung wird allgemein als einer der wesentlichen Prädiktoren für das Therapieergebnis in der Einzeltherapie angesehen. Die therapeutische Beziehung umfasst Merkmale wie die Qualität der gemeinsamen Arbeit, Empathie, Akzeptanz, Echtheit, Wertschätzung, hilfreiche Rückmeldungen, Transparenz, gegenseitiges Vertrauen und stellt die Bindung zwischen Patient und Therapeut dar.

Umso besser es dem Therapeuten gelingt, das Gefühl des Verstehens, die Nähe und das Vertrauen zum Patienten aufzubauen, umso erfolgreicher ist die Therapie (Luborsky, 1985). Unabhängig von der Therapieschule wird dem Wirkfaktor „Therapeutische Beziehung“ eine tragende Rolle im Psychotherapieprozess und dem Behandlungserfolg in der ambulanten Einzeltherapie und stationären Psychotherapie zugeschrieben.

In zahlreichen Studien konnte ein positiver Zusammenhang zwischen einer guten therapeutischen Beziehung zum Einzeltherapeuten und dem Behandlungserfolg nachgewiesen werden (Luborsky et al., 1985; Orlinsky et al., 1994; Konzag et al., 2004; Botella et al., 2008). Dennoch werden Untersuchungen zur therapeutischen Beziehung veröffentlicht, die der Wirksamkeit dieser auf therapeutischen Outcome eher kritisch gegenüberstehen. Wilson, Fairburn, Agras, Walsh und Kraemer (2002) konnten in ihrem methodisch anspruchsvollen Design zur Effektivität der Kognitiv-Behavioralen-Therapie bei Bulimia Nervosa, auch mehrere Mediatoren aufdecken (z.B. Häufigkeit des Binge-Ess-Verhaltens). Doch entgegen den meisten Studien (Martin et al., 2000; Horvath und Bedi, 2002) hatte die therapeutische Beziehung keine signifikante Mediatorwirkung auf den Zusammenhang zwischen therapeutischer Intervention und Outcome. Die Autoren Wilson et al. (2002) vermuteten, dass das Training und die begleitende Supervision der Therapeuten möglicher Grund für die fehlende Mediation der therapeutischen Beziehung sind. Denkbar wäre, dass die Variabilität der therapeutischen Fertigkeiten dadurch verringert wird und somit keine Kovariabilität mit anderen Variablen (z.B. Outcome) ermöglichen.

Unterschiedliche Ergebnisse liegen zum Verlauf der Therapiebeziehung vor. In den meisten Untersuchungen nahm die Qualität der therapeutischen Beziehung während des Therapieverlaufes kontinuierlich zu (Luborsky et al., 1983; Marziali,

1984; Greenberg, 1994; Kivlighan und Shaughnessy, 1995). Andere fanden ein intervallähnliches Modell, indem anfangs eine gute therapeutische Beziehung bestand, diese aber einbrach und sich zum Ende der Therapie wieder stabilisierte (Gelso und Carter, 1994). In anderen Untersuchungen konnten keine Veränderungen der therapeutischen Beziehungen während des Therapieverlaufes ermittelt werden (Tichenor und Hill, 1989; Bachelor und Salamé, 2000). Stevens, Muran, Safran, Gorman und Winston (2007) berichten bei 66% der Patienten einen linearen Verlauf der therapeutischen Beziehung. Sie konnten den intervallähnlichen Verlauf nicht bestätigen.

Das der Behandlungserfolg, gemessen an der allgemeinen Symptombelastung, hoch mit dem Wirkfaktor „Therapeutische Beziehung“ in der stationären Psychotherapie korreliert, konnte ebenso in zahlreichen Studien nachgewiesen werden (Orlinsky, Grawe und Parks, 1994; Koechel et al., 2000; Kern und Küchenhoff, 2000; Orlinsky, Roennestadt und Willutzki, 2004).

Verschiedene Studien markieren die Bedeutsamkeit der Therapieanfangsphase für eine erfolgreiche Verlaufsentwicklung (z.B. Svensson und Hansson, 1999; Klein et al., 2003; Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman und Arntz, 2007; Constantino und Smith-Hansen, 2008). In einer Stichprobe chronisch depressiver Patienten, die entweder am CBASP-Konzept (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) teilnahmen oder CBASP und Medikation erhielten, konnte gezeigt werden, dass die frühe Beziehung zum Therapeuten signifikant Veränderungen der depressiven Symptome vorhersagte (Klein et al., 2003). Ein positiver Zusammenhang zwischen früher therapeutischer Beziehung und Symptomverbesserung wurde auch bei PTBS-Patienten beobachtet. Hier fungierte die Emotionsregulation als Mediator des Zusammenhangs aus therapeutischer Beziehung und Outcome (Cloitre, Stovall-McClough, Miranda und Chemtob, 2004). Lorentzen, Sexton und Høglend (2004) empfanden die frühe Rating-Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient der Beziehung zueinander besonders wichtig. So konnten sie in einer analytischen Langzeitbehandlung feststellen, dass mit größerer Übereinstimmung eine stärkere Symptomverbesserung einherging.

Derzeit besteht jedoch ein Ungleichgewicht an Wirkfaktorenstudien zwischen Achse-I und Achse II-Störungen. Erst seit den letzten Jahren liegen Studien zu Achse-II Störungen vor. Vorliegende Studien zur Prozess-Outcome-Forschung bei

Persönlichkeitsstörungen zeigten, dass auch bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen im stationären Setting der Wirkfaktor „Therapeutische Beziehung“ ein Prädiktor für den Behandlungserfolg ist (Konzag et al., 2004). So konnte Konzag et al. (2004) in einer Untersuchung zeigen, dass sich die Qualität der Therapiebeziehung bereits nach 2 Wochen als Prädiktor für den Behandlungserfolg bzw. -misserfolg zeigte. Die Autoren Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis und Siqueland (2000) fanden ebenfalls einen Zusammenhang zwischen der Beziehung zum Therapeuten und Therapie-Outcome. Die Untersuchung fand an Patienten mit chronisch verlaufender Depression, einer generalisierten Angststörung, einer zwanghaften oder ängstliche vermeidenden Persönlichkeitsstörung in einem psychodynamischen Setting statt. Die Forscher sprechen sich für eine kausale Wirkung der therapeutischen Beziehung auf Zustandsveränderung aus (Barber et al., 2000).

Einen relevanten Beitrag zur Erforschung der Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung liefern Spinhoven et al. (2007). Sie stellten fest, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung und deren Einfluss auf klinische Veränderung von bestimmter Therapieart und -technik abhängt. Die Forscher stellten Schema- und Transferenz-Fokussierte-Therapie (SFT vs. TFT) gegenüber. Sowohl die Ratings der therapeutischen Beziehung durch Patienten, als auch durch Therapeuten, waren in der SFT höher als in der TFT. Generell waren besonders negative Bewertungen der therapeutischen Beziehung zu Beginn der Therapie prädiktiv für hohe Dropout-Quoten, während hohe Einschätzungen der therapeutischen Beziehung in der ersten Behandlungshälfte zu essentiell klinischer Verbesserung führte. Ein interessantes Nebenergebnis der Studie bezog sich auf die Unterschiedlichkeit der pathologischen Persönlichkeitseigenschaften zwischen Therapeuten und Patienten: Je unterschiedlicher beide Gruppen in den Pathologisierung ihrer Persönlichkeit waren, desto eher verbesserte sich die Qualität der Beziehung zum Therapeuten (von Patienten bewertet; Spinhoven et al., 2007).

Eine Vielzahl an Studien widmete ihren Beitrag der Mediatorwirkung der therapeutischen Beziehung. Belege für die intervenierende Variable „Beziehung zum Therapeuten“ konnten u. a. Hardy et al. (2001), sowie Howard, Turner, Olkin und Mohr (2006) bei depressiven Patienten zeigen. In der erstgenannten Studie

dienten verschiedene Items aus Skalen zum interpersonellen Stil der Probanden (Inventory of Interpersonal Problems; IIP; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno und Villasenor, 1988; Dysfunctional Attitudes Scale; DAS; Weissman und Beck, 1978) als Prädiktoren des BDI-Messwerte-Outcome (vgl. Kap. 6.2.2). Die therapeutische Beziehung stellte bei diesem Zusammenhang einen signifikanten Mediator dar (Hardy et al., 2001). Ähnliche Feststellungen machten Howard et al. (2006), indem sie ebenfalls den Einfluss interpersoneller Probleme (IIP) auf Depressivität (BDI) untersuchten. Auch dieser Zusammenhang wurde durch die therapeutische Beziehung mediiert (Howard et al., 2006).

Dennoch konnten nicht alle Studien die therapeutische Beziehung als Mediator eines Zusammenhangs ausmachen. Wie bereits in Kapitel 3.3 erwähnt, sind verschiedenen Faktoren und Mechanismen an Zusammenhängen beteiligt und können nur schwer herauspartialisiert werden (vgl. Meyer et al., 2002).

Aktuellere Studien widmen ihre Hypothesen den verschiedenen Komponenten der therapeutischen Beziehung (Elvins und Green, 2008), dem positiven Einfluss auf weitere therapierelevante Variablen neben dem Outcome (z.B. Dropout-Rate, Dauer der Therapieteilnahme; Barber et al., 2001; Cournoyer, Brochu, Landry und Bergeron, 2007). Ebenso beschäftigen sie sich mit dem Abgleich der durch verschiedene Rater, Instrumente und unterschiedliche Varianzanteile beurteilten therapeutischen Beziehung (Diamond et al., 2006; Baldwin, Wampold und Imel, 2007; Rozmarin et al., 2008) und dem Aufdecken komplizierterer Zusammenhänge verschiedener Patientencharakteristiken, therapeutischer Beziehung und Erfolgsvariablen (Zuroff et al., 2000; Zuroff und Blatt, 2006; Iacoviello et al., 2007).

Verstärkt wird die Therapiewirksamkeit vor dem Hintergrund von Subgruppen und Interaktionseffekten betrachtet (Piper, Ogrodniczuk, Lamarche, Hilscher und Joyce, 2005; Hilbert et al., 2007). In manchen Untersuchungen zeigen bestimmte Prozessvariablen ihren Einfluss auf den Outcome abhängig von bestimmten Stichprobeneigenschaften. Piper et al. (2005) stellten fest, dass von der Ausgangseinschätzung der therapeutischen Beziehung und vom weiteren Verlauf abhing, wie der Einfluss auf den Outcome in einer Kurzzeit-Trauer-Therapie war. Die Forscher erhoben sowohl Patienten- als auch Therapeutenratings der Einschätzung therapeutischer Beziehung. Aus Patientensicht zeigten sowohl die zu Beginn der Behandlung bewerteten Beziehungswerte, als auch der Verlauf

dieser, signifikante Zusammenhänge mit den Outcome-Variablen. Aus Therapeutesicht wurde kein direkter Zusammenhang mit dem Outcome gefunden. Bei genauerer Betrachtung der Therapeutenratings allerdings, zeigte sich ein Interaktionseffekt zwischen Ausgangswert und Verlauf der therapeutischen Beziehung. Für die Patientengruppe mit niedrigem (von Therapeuten eingeschätzten) Ausgangswert der Beziehung gilt: Je größer der Anstieg der Beziehungsqualität, desto besser der Outcome. Für die Patientengruppe mit hohem (von Therapeuten eingeschätzten) Ausgangswert gilt: Je größer der Abfall der Beziehungsqualität, desto besser der Outcome (Piper et al., 2005).

Von einigen Autoren wird die Idee diskutiert, verstärkt auf die Prozessvariablen verschiedener Subgruppen in der Therapie einzugehen (Hilbert et al., 2007).

Baldwin et al. (2007) äußern die Implikation, dass die Forschung weniger einen Fokus auf Patienten-, sondern auf Therapeuteneigenschaften legen sollte. Zu dieser Annahme gelangten die Autoren in der 2007 veröffentlichten Untersuchung zur Wirksamkeit von therapeutischer Beziehung, die anhand 80 Therapeuten von über 330 Patienten bewertet wurde. Der Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung, die mit dem Working Alliance Inventory (WAI; Horvath und Greenberg, 1994), einem Patienten-Rating-Instrument, erfasst wurde, und dem Psychotherapie-Outcome, der mit dem Outcome Questionnaire-45 (OQ-45; Lambert et al., 2004) erhoben wurde, war zwar ein mäßiger, jedoch signifikanter. Dies deckt sich mit den Korrelationen in Metaanalysen (z. B. Martin et al., 2000; Horvath und Bedi, 2002). Allerdings ist aus der Gesamtkorrelation nicht abzulesen, ob der Effekt auf Variabilität der Patienten oder der Therapeuten zurückzuführen ist. Die Untersuchung der „Innerhalb“- und „Zwischen“-Varianz stellt die Besonderheit der Studie von Baldwin et al. (2007) dar. Dadurch konnten die Forscher einen Unterschied der beiden Varianzen feststellen. Während die Variabilität, welche auf unterschiedliche Patienten zurückzuführen ist, nicht mit dem Outcome korreliert, ist die Variabilität, welche aus verschiedenen Therapeuten resultiert, ein signifikanter Prädiktor für den Outcome. Zwischen beiden Variabilitäten ist keine Interaktion zu beobachten. Aus diesen Ergebnissen schließen die Autoren, dass die Verschiedenartigkeit der Therapeuten, z. B. bestimmte Eigenschaften oder Fähigkeiten, der Variabilität zugrunde liegen. Aufgrund des Studiendesigns konnten Baldwin et al. (2007) die Frage nach den

Therapeuteneigenschaften nicht beantworten. Sie verweisen jedoch auf verschiedene in der Literatur diskutierte therapeutische Eigenschaften, die einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der therapeutischen Beziehung haben (z.B. Linehans (1997) Validierungsstrategien). Zukunftsweisend sei nach Baldwin et al. (2007) eine genauere Erforschung therapeutischer Eigenschaften zur Stärkung der therapeutischen Beziehung, sowie Trainingsprogramme für Therapeuten, wodurch die Qualität der therapeutischen Beziehung verbessert werden könne (vgl. dazu Crits-Christoph et al., 2006).

Die bisher skizzierten Ergebnisse verdeutlichen die Rolle der einzeltherapeutischen Beziehung auf den Behandlungserfolg. Aktuell liegen der Autorin, nach Recherche in den üblichen Datenbanken, jedoch keine relevanten Korrelationsstudien zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der dialektischen verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie vor. Obwohl Untersuchungen zur therapeutischen Beziehung immer wieder auch keine Zusammenhänge mit Outcome- oder anderen therapielevanten Variablen aufdecken (Krupnik et al., 1996; Caroll, Nich, Rounsaville, 1997; Barber et al., 2001; Wilson et al., Fairburn, Agras, Walsh und Kraemer, 2002), summieren die Autoren Martin, Garske und Davis (2000) in einer systematischen Übersichtsarbeit, in die 79 Studien einfließen, dass die Beziehung zwischen therapeutischer Beziehung und Outcome von mittlerem und konsistentem Effekt ist und dass alle betrachteten Instrumente zur Messung der therapeutischen Beziehung (vgl. Catty, Winfield und Clement, 2007) adäquate Reliabilitäten aufweisen.

In dem oben beschriebenen Fallbeispiel überlegte Frau Mustermann bereits während des Aufnahmegesprächs, die Therapie abubrechen. Nach einer Krisenintervention entschied sich Frau Mustermann für die Therapie. Vor dem Hintergrund, dass in zahlreichen Studien die Entwicklung einer guten therapeutischen Beziehung in den ersten Stunden das beste Vorhersagemerkmal für den Erfolg einer Psychotherapie ist, lässt sich zu Recht fragen, was hat zur Meinungsänderung bei Frau Mustermann geführt. War es bereits die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung, ein abrupter Stimmungswechsel oder ein interventionsspezifischer Wirkfaktor?

4.3 Instrumentelle Wirkfaktoren

Die Begrifflichkeit „Instrumentell“ wurde Ende der siebziger durch Grawe (1980) geprägt und von Revensdorf (1992) übernommen. „Instrumentell“ werden die Wirkfaktoren deshalb genannt, weil sie wesentliche gruppenspezifische Voraussetzungen schaffen, die sich dann therapeutisch nutzen lassen. Unter instrumentelle Wirkfaktoren“ werden bei Grawes Stundenbogen (1994) „Kohäsion“ und „Therapiekoooperation“ subsumiert. In dieser vorliegenden Untersuchung wurden jedoch die Items zu den Wirkfaktoren „Kohäsion“ und „Therapiekoooperation“ selektiv betrachtet, weil untersucht werden soll, ob diese prädiktiv für den Behandlungserfolg sind.

4.3.1 Kohäsion

Der Wirkfaktor „Therapeutische Beziehung“ in der Einzeltherapie wird in der Gruppenpsychotherapie erweitert, da sowohl eine Beziehung zur Gruppe (Kohäsion) als auch eine Beziehung zum Gruppenleiter bestehen.

Im Gegensatz zur Einzeltherapie finden die Interaktionen in der Gruppe zwischen dem Therapeuten und den Gruppenmitgliedern als Ganzes statt.

Yalom (2001) definiert „Kohäsion“ als die Resultante aller Kräfte, die auf alle Gruppenmitglieder so einwirken, dass sie in der Gruppe bleiben oder einfach als die Anziehungskraft, die eine Gruppe auf ihre Mitglieder ausübt. Für die Gruppenmitglieder besitzt die Gruppe eine eigene Attraktivität, was sich in einem „Wir-Gefühl“ äußert. Das Ausmaß der „Kohäsion“ lässt sich an Variablen wie Pünktlichkeit, Vollzähligkeit, Regelmäßigkeit der Sitzungen, Vertrauen und der Beteiligung der Gruppenmitglieder erkennen (Yalom, 2001). Gruppenmitglieder mit einer hohen „Kohäsion“ werten die Gruppe höher und verteidigen sie gegen Bedrohung von außen und innen. Taube-Schiff, Suvak, Antony, Bieling und McCabe (2007) stellten bei Patienten mit sozialer Phobie fest, dass das Kohäsionsgefühl über die kognitiv-behavioralen Gruppentherapiesitzungen hinweg stieg und zu jedem Messzeitpunkt mit Symptomverbesserung einherging. Die verbesserte Kohäsions-Qualität korrelierte auch mit verbesserten Depressionswerten und weniger funktionaler Beeinträchtigung der Patienten.

Obwohl die Kohäsion der vermutlich wichtigste Faktor in der Gruppenpsychotherapie ist, ist die Begriffsklärung bis heute unscharf. Heute wird

auch der Begriff des „Gruppenklimas“ verwendet, der sowohl die Gruppenatmosphäre als auch das Engagement der Gruppenmitglieder beinhaltet.

Vor dem Hintergrund, dass der Wirkfaktor „Kohäsion“ als Äquivalent zur therapeutischen Beziehung in der Einzeltherapie betrachtet wird, lässt sich nachvollziehen, warum in den letzten Jahrzehnten dessen Spezifität und Effektivität beforscht worden ist. Zahlreiche Studien (Liebermann et al., 1973; Hand und Tichatzky, 1979; Tschuschke et al., 1994; Marziali et al., 1997; Yalom, 2001; van Andel et al., 2003; Taube-Schiff et al., 2007), die die Effektivität des Wirkfaktors untersuchten, identifizierten diesen als zentralen Wirkfaktor, der signifikant mit dem Behandlungserfolg korrelierte. Unterschiede zeigten sich jedoch im Prozessverlauf. Bei Tschuschke und Dies (1994) korrelierte die Kohäsion mit dem Behandlungserfolg durchgehend, in den Untersuchungen von Grabhorn et al. (2001) und Taube-Schiff et al. (2007) stieg die Kohäsion im Behandlungsverlauf.

Es liegen aber auch Untersuchungen vor, in denen der Wirkfaktor „Kohäsion“ im stationären oder ambulanten Setting nur eine untergeordnete oder keine messbare Rolle spielte (Strauß und Burgmeier-Lohse, 1994; Kersting et al., 2002; Lorentzen et al., 2004;) Beispielsweise konnten die Autoren Oei und Browne (2006) in einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie für Angststörungen und Depression keine Belege für den Wirkfaktor Kohäsion finden. Dieser war mit den Outcome-Variablen nicht verbunden. Dennoch wiesen sie auf die Bedeutsamkeit anderer gruppenspezifischer Wirkfaktoren, wie z.B. Ausdrucksfähigkeit und Unabhängigkeit innerhalb der Gruppe, hin (Oei und Browne, 2006).

Frau Mustermann aus dem Fallbeispiel hat die Befürchtung, dass andere Gruppenmitglieder „schlecht hinter ihrem Rücken reden“ oder „sie unterbuttern“ werden. Aus jetziger Sicht kann sich Frau Mustermann nicht vorstellen, dass sie sich vor der Gruppe öffnen und eine vertrauensvolle Beziehung zur Gruppe aufbauen kann.

4.3.2 Therapiekooperation

Die Therapiekooperation spiegelt sich in der Bereitschaft wieder, sich auf etwas Neues einzulassen, durch eigene Mitarbeit die Gruppe zu unterstützen und zu bereichern, ohne dabei selbst immer im Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens zu stehen.

Es besteht kein Zweifel darüber, dass Patienten mehr Nutzen aus einer Therapie ziehen, wenn diese bereit sind, sich auf die Therapie einzulassen (vgl. Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue und Hayes, 1996) und sich bereitwillig an der Patienten-Therapeuten-Interaktion beteiligen (Bozok und Bühler, 1988). Eine positive Therapiekooperation und der Wille zur Veränderung sind somit grundlegende Voraussetzungen für Verhaltensänderungen und dürften damit entscheidend für das Therapieergebnis sein. Darüber hinaus erwies sich neben der Veränderungsmotivation der Patienten auch die realistische Erwartung der Patienten an die Wirksamkeit der Therapie als förderlich für den Behandlungserfolg (Høglend, 1996.) Ähnliche Beobachtungen konnten Meyer et al. (2002) bei depressiven Patienten machen: Sowohl die Erwartungen der Patienten über den Therapieerfolg, als auch die Erwartungen der Therapeuten über die Patientenveränderungen hingen signifikant mit Symptomlinderung zusammen. In einer weiteren, therapievergleichenden Untersuchung von Patienten mit Bulimia Nervosa konnte beobachtet werden, dass Patientenerwartungen bezüglich der Zustandsveränderungen positiv mit der Beziehung zum Therapeuten korrelierten (Constantino, Arnow, Blasey und Agras, 2005).

Auch Flückiger (2003) bestätigte diese Ergebnisse. Hier schätzten sich erfolgreiche Patienten offener und kooperativer ein als nicht erfolgreiche Patienten. Ebenso zeigte sich während des Therapieverlaufes ein kontinuierlicher Anstieg des Wirkfaktors „Therapiekooperation“.

Auch in unserem Fallbeispiel ist Frau Mustermann trotz ihrer Befürchtungen bereit, sich auf etwas Neues einzulassen.

4.4 Positive Klärung

Als einen weiteren zentralen Wirkfaktor postuliert Grawe (1998) die „positive Klärung“ oder „motivationale Klärung“. Bei diesem Wirkprinzip unterstützt der

Therapeut den Patienten darin, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens durch bewusste oder unbewusste Annahmen, Werte, Normen oder Ziele bewusst zu werden. Der Patient soll lernen sich zu fragen, warum er so empfindet, welches seine Motivationen sind und warum er sich so verhält und nicht anders.

Kurz gesagt, der Patient soll ein klares Bewusstsein für die Determinanten seines problematischen Erlebens und Verhalten entwickeln. Gerade bei der Behandlung von Borderline-Patienten stellt das „sich bewusst werden“ über seine Verhaltensweisen und das „sich besser annehmen“ bzw. „sich akzeptieren zu können“ ein wichtiges therapeutisches Ziel dar, um so dysfunktionale Verhaltensweisen wie z.B. Selbstverletzungen, Dissoziationen oder Risikoverhalten zu verändern.

In der Untersuchung von Flückiger (2003) zeigten sich Effekte zwischen dem Behandlungserfolg und der positiven Beurteilung des Wirkfaktors „Positive Klärung“. Parallel stieg der Wirkfaktor unabhängig vom Therapieergebnis während des Behandlungsverlaufes an.

4.5 Problemaktualisierung

Die Problemaktualisierung beinhaltet die Bearbeitung unmittelbar erlebter Erfahrungen. Hier genügt es nicht nur über die Schwierigkeiten zu reden, sondern das Problem muss in der Therapie „lebendig“ bzw. „erfahrbar“ gemacht werden, damit eine andere Verarbeitung möglich ist. Hierbei setzen Therapeuten gezielte Interventionen, z.B. der „leere Stuhl“ ein, um das Problem zu aktualisieren. Flückiger (2003) konnte signifikante Zusammenhänge zwischen der Problemaktualisierung und dem Behandlungserfolg nachweisen, wobei gegen Ende der Therapie ein Rückgang der Problemaktualisierung bei den erfolgreichen Patienten zu verzeichnen war.

Frau Mustermann im Fallbeispiel berichtet, dass sie „unter gar keinen Umständen mit unbekanntem Personen über ihre Probleme und erst recht nicht über ihre Erfahrungen reden könne“ und „außerdem sei sie sich nicht sicher, ob sie überhaupt über ihre Probleme reden möchte“.

Wirkfaktorenkonzept nach Grawe (1993)

Gelöscht: *Wirkfaktorenkonzept nach Grawe (1993)*

Gelöscht: *Wirkfaktorenkonzept nach Grawe (1993)*

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Auch hier stellt sich exemplarisch am Fallbeispiel die Frage, welche Bedeutung dem Wirkfaktor Problemaktualisierung in der Gruppenpsychotherapie zukommt.

Aus dem aktuellen Forschungsstand, der im Theorieteil ausführlich dargestellt wurde, ergeben sich einige Fragestellungen, welche folgend erläutert werden und in statistische Hypothesen übergehen.

5. Fragestellungen und Hypothesen

Wie dem Theorieteil zu entnehmen ist, liegt der Schwerpunkt der Wirkfaktorenforschung in der Gruppenpsychotherapie hauptsächlich in der Prozess-Ergebnis-Forschung und in der Spezifitätsforschung eines Wirkfaktors. Hier stehen zu den einzelnen Wirkfaktoren recht widersprüchliche Daten zur Verfügung.

In den letzten Jahren wurde vor allem der Frage nach der Wirksamkeit bei störungsspezifischen Einzel- und Gruppenpsychotherapien, wie z.B. der Dialektisch-Behavioralen-Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung nachgegangen. Unterschiedliche Studien (Linehan, 1993; Bohus et al., 2004; Kröger et al., 2006) belegten die Effektivität dieses gruppentherapeutischen Konzepts bei störungshomogenen Patienten. An der Universität zu Lübeck wird seit 1999 zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem DBT-Konzept gearbeitet. Da eine Erfassung und der Verlauf der Wirkfaktoren, speziell für die stationäre Behandlung von Borderline-Patienten nach dem DBT-Konzept in der Gruppenpsychotherapie fehlt, bleibt die Frage, welche Wirkfaktoren zu welchen Interaktionen und Veränderungen in der Gruppenpsychotherapie führen, unbeantwortet. Auch die Fragen nach der Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung zum Gruppentherapeuten und für den Behandlungserfolg konnte bisher nicht ausreichend beantwortet werden. Ebenso verhält es sich mit der Kohäsion in der Gruppenpsychotherapie bei Borderline-Patienten

Daher sollen durch die vorliegende Arbeit folgende Fragestellungen untersucht werden:

5.1 Fragestellungen

- 1.) Wie verändern sich die Wirkfaktoren im Verlauf der dialektischen Verhaltenstherapie?
- 2.) Lässt sich im Verlauf der dialektischen Verhaltenstherapie ein Behandlungserfolg bei der allgemeinen Symptombelastung und Depressivität nachweisen?

3.) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den Wirkfaktoren und der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität?

4.) Unterscheiden sich die Patienten, die von der Gruppenpsychotherapie profitierten, von den nicht erfolgreichen Patienten in der Ausprägung der Wirkfaktoren?

5.2 Hypothesen

Hypothese 0: Während des Therapieverlaufes kommt es zu einer signifikanten Änderung der Wirkfaktoren.

Hypothese 1-1: Während des Therapieverlaufes kommt es zur Reduzierung der allgemeinen Symptombelastung.

Hypothese 1-2: Während des Therapieverlaufes kommt es zur Reduzierung der Depressivität.

Hypothese 2-1: Es besteht ein bedeutsam negativer Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Therapeutische Beziehung“ und der allgemeinen Symptombelastung (GSI).

Hypothese 2-2: Es besteht ein bedeutsam negativer Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Therapeutische Beziehung“ und der Depressivität (BDI).

Hypothese 3-1: Es besteht ein bedeutsam negativer Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Kohäsion“ und der allgemeinen Symptombelastung (GSI).

Hypothese 3-2: Es besteht ein bedeutsam negativer Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Kohäsion“ und der Depressivität (BDI).

Hypothese 4-1: Bei Patienten mit niedrigen Ausgangswerten der Wirkfaktoren wird die Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung im

Verlauf der Therapie weniger reduziert als bei Patienten mit hohen Ausgangswerten.

Hypothese 4-2: Bei Patienten mit niedrigen Ausgangswerten der Wirkfaktoren wird die Ausprägung der Depressivität im Verlauf der Therapie weniger reduziert als bei Patienten mit hohen Ausgangswerten

Hypothese 5: Durch die Wirkfaktoren „Therapeutische Beziehung“ und „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ lässt sich der Behandlungserfolg vorhersagen.

Hypothese 6-1: Die Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und die Ausprägung der Wirkfaktoren stehen im Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg.

Hypothese 6-2: Die Ausprägung der Depressivität und die Ausprägung der Wirkfaktoren stehen im Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg.

Gelöscht: *Methodisches Vorgehen*

Gelöscht: *Methodisches Vorgehen*

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

6. Methodisches Vorgehen

Das folgende Kapitel stellt das Vorgehen und die Messinstrumente vor, die eingesetzt wurden, um den Therapieprozess, den Behandlungserfolg und die Wirkfaktoren zu operationalisieren.

6.1 Durchführung

Um die Veränderung des Therapieprozesses und den Behandlungserfolg darzustellen wurden zwei Messungen durchgeführt. Der erste Messzeitpunkt erfolgte unmittelbar nach Aufnahme und der zweite kurz vor der Entlassung. Die Gruppen-Stundenbögen wurden jeweils unmittelbar nach jeder Therapiestunde von den jeweiligen Gruppenteilnehmern ausgefüllt.

6.2 Eingesetzte Instrumente

In diesem Kapitel werden die Testinstrumente ausführlich beschrieben, die in der Untersuchung eingesetzt wurden.

6.2.1 Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R) ist ein standardisiertes und änderungssensitives Messinstrument, das die subjektiv empfundenen Belastungen durch körperliche und psychische Symptome erfragt. Bei der SCL-90-R handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches in seiner heute vorliegenden Fassung 1977 von Derogatis modifiziert wurde. Die deutsche Fassung liegt seit 1995 vor und wurde anhand von 1477 Normalpersonen und 1106 Patienten von Franke (1995) standardisiert. Dabei konnte eine gute Trennschärfe der einzelnen Items, eine gute Retest-Reliabilität ($r_{\min}=.69$, $r_{\max}=.92$) und eine gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha_{\min}=.79$, $\alpha_{\max}=.89$), allerdings nur eine mangelnde Konstruktvalidität und eine ausreichend geringe Interkorrelation ($r =.27$ bis $r =.81$) nachgewiesen werden (Franke, 1995).

Die Angaben der subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen beziehen sich auf ein Zeitfenster von sieben Tagen. Mit der SCL-90-R können somit Veränderungsmessungen durchgeführt werden.

Gelöscht: Methodisches Vorgehen

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Gelöscht: Methodisches Vorgehen

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Einsetzbar ist das Messinstrument ab dem 14. Lebensjahr und wird bevorzugt in psychologischen, medizinpsychologischen und psychiatrischen Bereichen verwendet. Eingesetzt wird es in diesen Bereichen vor allem deshalb, weil es mit insgesamt 90 Items körperliche und psychische Symptome exploriert. Diese werden zu neun Skalen zusammengefasst. Der Umfang der Skalen variiert zwischen sechs und 13 Items. (siehe Tab. 1). Außerdem kann mit der Symptom-Checkliste der „GSI“ ermittelt werden. Der „Gesamtschwereindex“ bzw. „Global Severity Index“ (GSI), der sich als guter Indikator für die allgemeine Belastung herausgestellt hat, errechnet sich aus dem Mittelwert aller Items.

Formatiert: Formatvorlage Beschriftung + Fett Zchn, Schriftart: 12 pt

Formatiert: Schriftart: 12 pt, Nicht Fett, Rechtschreibung und Grammatik prüfen

Gelöscht: Tab. 1

Die Beantwortung der Items erfolgt in fünf Stufen von „überhaupt nicht“ über „ein wenig“, „ziemlich“, „stark“ bis „sehr stark“ zu. Da die Items in der Beantwortung den Zahlen 0 bis 4 zugeordnet werden, entspricht ein hoher Wert der Interpretationsrichtung der Skalenbezeichnung.

Formatiert: Formatvorlage Beschriftung + Fett Zchn, Schriftart: 12 pt

Formatiert: Schriftart: 12 pt, Nicht Fett, Rechtschreibung und Grammatik prüfen

Gelöscht: Tab. 1

Tab. 1 Skalen der Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R) nach Franke (1995)

Skala	Items	Inhalt „Beispielitem“ „Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen...“
Gesamtschwereindex (GSI)	90	Grundsätzliche psychische Belastung
Somatisierung	12unter Herz- und Brustschmerzen?.“
Zwanghaftigkeit	10unter zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen?“.
Unsicherheit im Sozialkontakt	9	...unter Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit?“
Depressivität	13unter frühem Erwachen am Morgen?“.
Ängstlichkeit	10	... unter Herzklopfen oder Herzrasen?“.
Aggressivität	6	...unter dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern?“.
Phobische Angst	7	... unter Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße?“.
Paranoides Denken	6	...unter dem Gefühl das man den meisten Menschen nicht trauen darf?“.
Psychotizismus	10	...unter der Idee, dass irgendjemand Macht über ihre Gedanken hat?“.

Gelöscht: *Methodisches Vorgehen*

Gelöscht: *Methodisches Vorgehen*

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

6.2.2 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Der BDI von A.T. Beck ist eines der gebräuchlichsten Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung der depressiven Symptomatik. Die deutsche Version wurde von Hautzinger, Bailer und Keller bearbeitet und liegt seit 1995 in 2. überarbeiteter Auflage vor. Bei dem BDI handelt es sich zudem um ein änderungssensitives Instrument, so dass Krankheitsverläufe während der Depressionsbehandlung dokumentiert werden können.

Das Messinstrument erfasst durch 21 Items mit unterschiedlicher Ausprägung den Schweregrad einer Depression. So wird jedes der 21 Items durch vier Aussagen unterschiedlicher Intensität von 0 = nicht vorhanden, 1= leichte Ausprägung, 2 = mäßige Ausprägung bis 3 = starke Ausprägung exploriert. Der Patient soll die für ihn zutreffende Aussage kennzeichnen. Die Summe der gewählten Aussagen (null bis drei) wird zu einem Gesamtscore verrechnet. Je höher der Gesamtwert ist, desto stärker ist die Ausprägung der depressiven Symptomatik.

Klinisch relevant sind die Punktwerte ab 18, hier sprechen wir von einer mittelgradigen Depression. Ab einem Punktwert von 30 Punkten handelt es sich um eine schwere Depression.

Gefragt wird z.B. nach niedergedrückter Stimmung, Interessenverlust, sozialem Rückzug, Gewichts- und Libidoverlust sowie Schlafstörungen. In der Tab. 2 ist exemplarisch ein Beispielitem dargestellt.

Tab. 2 Beispielitem des BDI nach Beck

Beispielitem:	
0	Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren
1	Ich interessiere mich weniger für Menschen als früher
2	Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren
3	Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren

Eingesetzt werden kann der BDI ab dem 18. Lebensjahr bis ins hohe Lebensalter. Voraussetzung ist das eigenständige Ausfüllen des Fragebogens.

Die Güte der Kriterien wie z.B. Reliabilität wurden in verschiedenen Studien nachgewiesen (Kammer, 1983). Bei den meisten Items liegt die Trennschärfe mit

Gelöscht: Methodisches Vorgehen
Gelöscht: Methodisches Vorgehen
Formatiert: Schriftart: Kursiv
Formatiert: Schriftart: Kursiv

$r_{it} = .40$ in einem akzeptablen Bereich. Lediglich das Item 19 (Gewichtsverlust) erreicht mit $r_{it} = .30$ eine unzureichende Trennschärfe.

Die Split-Half-Reliabilität ($r = .72$) und die Retest-Reliabilität ($r = .75$) sind jedoch wieder zufriedenstellend. Die interne Konsistenz, die über verschiedene Stichproben mit Cronbachs $\alpha = .88$ angegeben wird, kann als gut bewertet werden.

6.2.3 Gruppen-Stundenbogen (STB 93)

Um den Prozess, die Qualität und die Erfahrungen von Patienten und Therapeuten in der laufenden Therapien erfassen zu können, sind so genannte „Stundenbogen“ geeignet. Diese werden unabhängig von den Patienten und den Therapeuten im Anschluss nach jeder Therapiesitzung ausgefüllt. Das Ausfüllen eines solchen Stundenbogens dauert 5 bis 10 Minuten. Die ursprüngliche Version des Gruppen-Stundenbogens geht auf Grawe und Dziewas (1978) zurück. Die hier verwendete Version des Gruppen-Stundenbogens (STB-93) wurde von Grawe und Braun (1994) weiterentwickelt und kann zu unterschiedlichen Zwecken, z.B. in der Zustands-, Prozess- und Ergebnisforschung, eingesetzt werden. In den letzten Jahren wurde dieser mehrfach modifiziert und weist gute bis sehr gute Reliabilitäten auf (Cronbachs $\alpha_{min} = .80$, $\alpha_{max} = .96$, Flückiger et al., 2004).

Im Gruppen-Stundenbogen Version 93 (Grawe und Braun, 1994) werden die Patienten durch 34 Items nach jeder Sitzung danach gefragt, wie sie die heutige Gruppensitzung erlebt haben. Die Patienten beurteilen aus ihrer Sicht die Wirkfaktoren „Therapeutische Beziehung“, die „Instrumentellen Gruppenbedingungen“, „Therapiekoooperation“, „Kohäsion“, die „Problemaktualisierung“ und die „positive Klärung“.

Die Beantwortung der Items erfolgt durch eine siebenstufige Skala mit den Einteilungen in „überhaupt nicht“, „nein“, „eher nicht“, „weder noch“, „eher ja“, „ja“, und „ja, ganz genau“. Für die Berechnungen sind diesen Einteilungen die Zahlen -3 bis 3 zugeordnet. Von den 34 Items müssen 14 Items umgepolt werden.

Für die vorliegende Untersuchung wurden Reliabilitätsanalysen zur Ermittlung der Inneren Konsistenz (Cronbachs Alpha) durchgeführt, um aussagen zu können, wie gut die Items zur jeweiligen Skala zusammenpassen. Hier wurde Cronbachs Alpha über den Verlauf der 1. Sitzung, der 15. und der 30. Sitzung ermittelt.

6.3 Durchführung der Erhebung

Nach positivem Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck nahmen in dem Untersuchungszeitraum von August 2000 bis August 2001 alle Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV an der Untersuchung teil. Die Diagnosen wurden anhand des SKID I und SKID II- Interviews erhoben und richten sich nach den Bestimmungen des DSM – IV (APA, 1994).

Einschlusskriterien:

- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- beide Geschlechter wurden akzeptiert

als Ausschlusskriterien galten:

- das Vorliegen einer schwerwiegenden hirnorganischen Erkrankung
- psychotische Störungen,
- akute Intoxikationen
- Minderbegabung
- fehlendes Einverständnis

Die Gruppenpsychotherapie wurde von zwei ärztlichen und psychologischen Therapeuten mit einer Gruppengröße von 8 bis 10 Patienten durchgeführt.

Die Patienten füllten bei der Aufnahme und Entlassung die Symptom-Checkliste SCL-90-R von Franke (1995) und den BDI von Beck (1995) aus. Über die gesamte Behandlungszeit von 12 Wochen füllten die Patienten nach jeder Gruppenpsychotherapie den Gruppen-Stundenbogen (STB 93) von Grawe und Braun (1994) aus.

Das in die Analyse eingehende Datenmaterial beinhaltet die Angaben von n = 37 Personen, die zwischen August 2000 bis August 2001 auf der Psychotherapiestation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Universität zu Lübeck behandelt wurden.

Gelöscht: *Methodisches Vorgehen*

Gelöscht: *Methodisches Vorgehen*

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

6.4 Datenverarbeitung und Statistik

Die statistische Auswertung wurde mit dem Programm SPSS Version 11.5 (Statistical Package for Social Sciences) durchgeführt. Für die Tabellen und Abbildungen wurden die Programme Microsoft Excel und Word 2003 verwendet.

Die hier verwendeten statistischen Verfahren basieren auf der Annahme intervallskaliertter Daten. Zur Ermittlung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) der einzelnen Wirkfaktoren wurden Reliabilitätsanalysen durchgeführt. Die Gruppenbildung innerhalb einzelner Skalen erfolgte anhand des Stichprobenmedians für jede einzelne Skala. Für die vorliegende Untersuchung kamen folgende Verfahren zur Anwendung: Regressionsanalysen, t-Tests für abhängige und unabhängige Stichproben, 1-faktorielle und 2-faktorielle Varianzanalysen sowie Trendanalysen orthogonaler Polynome.

Bei der Bestimmung des Signifikanzniveaus wurden gemäß der allgemein gültigen Vereinbarungen Irrtumswahrscheinlichkeiten von $\alpha \leq 0,001$ als hochsignifikant, $\alpha \leq 0,01$ als sehr signifikant, $\alpha \leq 0,05$ als signifikant und $\alpha \leq 0,10$ als Tendenz eingestuft.

Bei einigen Personen fehlten zu den einzelnen Gruppensitzungen Daten. Diese wurden nach dem LOCF-Verfahren (Last Observation Carried Forward) vervollständigt, da dieses das bisher gängigste Verfahren ist, um fehlende Daten zu ersetzen. Bei diesem Verfahren wird der letzte beobachtete Wert eines Patienten für den fehlenden Wert eingetragen (Heitjan, 1997).

Der Alpha-Fehler wurde nicht an die Anzahl der durchgeführten Tests adjustiert. Deshalb verstehen sich alle inferenzstatistischen Befunde letztlich deskriptiv.

Gelöscht: Methodisches Vorgehen

Gelöscht: Methodisches Vorgehen

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

6.5 Messung des Behandlungserfolges

Zur Messung des Behandlungserfolges gibt es zwei Kennwerte. Dabei wird zwischen der statistischen Signifikanz und der klinischen Bedeutsamkeit unterschieden.

6.5.1 Statistische Signifikanz

Die statistische Signifikanz schließt mit hoher Wahrscheinlichkeit aus, dass sich die Symptome nur zufällig verändern. Ein zuverlässiger Kennwert zur Ermittlung der statistischen Signifikanz ist der „Reliable-Change-Index“ (RCI). Der RCI muss für jede Person gebildet werden. Der RCI ist der Wert aus der Differenz der Mittelwerte von Prä- und Postmessung und dem Standardfehler der Differenz der zwei Messungen.

$$RCI = \frac{x_1 - x_2}{\sqrt{2(S_E)^2}}, \quad S_E = SD_{norm} \sqrt{1 - r_{x_1, x_2}}$$

Der RCI gibt an, welche Patienten sich signifikant verschlechtert haben (kleiner/gleich -1,96) welche ohne bedeutsame Veränderung sind (größer/gleich -1,96 bis kleiner 1,96) und welche sich signifikant verbessert haben (größer/gleich 1,96) (Jacobsen, Follette und Revenstorf; 1984).

6.5.2 Effektstärke

Für diese Untersuchung wurde zur Berechnung der Effektstärke von 2 abhängigen Gruppen die Formel von Hartmann et al. (1992) verwendet:

$$ES = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{\frac{(N_1 - 1)s_1^2 + (N_2 - 1)s_2^2}{N_1 + N_2 - 2}}}$$

Die Effektstärke oder *Effektgröße* bezeichnet das (standardisierte) statistische Maß, das die (relative) Größe eines Effektes angibt. Aus diesem Grund kann die Effektstärke auch zur Verdeutlichung einer gewissen praktischen Relevanz von

signifikanten Ergebnissen herangezogen werden, die aus randomisierten (zufälligen) Stichproben durch Teststatistiken gewonnen wurden.

Geringe Effektstärken erfordern größere Versuchsgruppen, damit die Ergebnisse statistisch signifikant werden. Über eine Formel kann bestimmt werden, wie groß die untersuchten Stichproben mindestens sein müssen, um bei festgelegter Effektgröße, Alpha- und Betafehler ein gesichertes Ergebnis zu erhalten. Bortz und Döring (2002) werten $ES = 0,2$ als einen schwachen Effekt, $ES = 0,5$ als einen mittleren und $ES = 0,8$ als einen starken Effekt.

6.5.3 Klinische Bedeutsamkeit

Die klinische Bedeutsamkeit macht Aussagen darüber, ob statistisch signifikante Symptomänderungen auch zu einem Wechsel von einem dysfunktionalen (krank) Bereich zu einem funktionalen (gesund) Bereich geführt haben.

Die Symptome der Patienten wurden unmittelbar nach der Aufnahme (Prä-Messung) und kurz vor der Entlassung (Post-Messung) durch die Symptom-Checkliste SCL-90-R erfasst. Die globale Symptombelastung wird durch den GSI-Wert (Global Severity Index), der aus den Mittelwerten der neunzig Items errechnet wird, dargestellt. Die Veränderung der GSI Prä- und Postwerte geben Hinweise auf eine therapieinduzierte Verbesserung der allgemeinen Symptombelastung.

Dabei ist die Grenze zwischen den funktionalen (gesund) und dysfunktionalen (krank) Bereichen in der gegenwärtigen Psychotherapieforschung nicht exakt definiert (Franke, 1995). Für diese Arbeit wird daher ein Cut-off-point (Grenzwert) von 0,83 verwendet, wie er in der Arbeit von Schmitz und Davies-Osterkamp (1997) aufgeführt ist, da sich Patienten unterhalb dieses Wertes dann im Bereich einer nicht gestörten Population (Normstichprobe $N=1006$) befinden.

7. Ergebnisse

Nachdem im vorherigen Kapitel die Messinstrumente und die Methoden der Datenerhebung vorgestellt wurden, geht es in diesem Kapitel um die Präsentation der Ergebnisse. Zunächst werden die soziodemographischen Daten der Stichprobe und die Reliabilitätsanalysen zum Gruppen-Stundenbogen (STB93) vorgestellt. Anschließend werden der Verlauf und die Veränderungen der Wirkfaktoren sowie die Veränderungen der allgemeinen Symptombelastung und der Depression während des Therapieverlaufes dargestellt. Im Weiteren wird auf den Zusammenhang zwischen den Wirkfaktoren, der allgemeinen Symptombelastung, der Depressivität und dem Behandlungserfolg eingegangen. Abschließend wird Einfluss der Komorbiditäten auf den Behandlungserfolg erläutert.

7.1 Soziodemographische Daten und krankengeschichtliche Ausgangsbedingungen

Insgesamt wurden 37 Datensätze (N=37) für die vorliegende Untersuchung berücksichtigt. Die Stichprobe setzt sich aus 93,3% Frauen und 6,7% Männern zusammen. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 30,5 Jahren, die Standardabweichung betrug 7,4 Jahre und die Altersspanne erstreckte sich von 18 bis 46 Jahren. 40% der Befragten besitzen einen Realschulabschluss, 20% einen Hauptschulabschluss und ebenfalls 40% der Befragten haben die Schule mit Abitur abgeschlossen. Über eine Berufsausbildung verfügen mehr als die Hälfte der Befragten mit 53,3% und 10,0% besitzen einen Universitätsabschluss. 36,7% der Befragten verfügen über keine abgeschlossene Ausbildung.

Tab. 3 Soziodemographische Daten der Stichprobe N=30

		männlich %	weiblich %	Gesamt %
Befragte		6,6	93,4	100
Schulbildung				
	Hauptschulabschluss	3,3	16,7	20,0
	Fachabitur / Abitur	3,3	36,7	40,0
	Realschulabschluss	0,0	40,0	40,0
Berufsausbildung				
	Keine Ausbildung	3,3	33,3	36,6
	Beruf	3,4	50,0	53,4
	Hochschule	0,0	10,0	10,0
Komorbiditäten				
	1-4			25,8
	5-7			74,2

7.1.1 Reliabilitätsanalysen zum Gruppen-Stundenbogen (STB 93)

Für die vorliegende Untersuchung wurden Reliabilitätsanalysen zur Ermittlung der Inneren Konsistenz (Cronbachs Alpha) durchgeführt, um aussagen zu können, wie gut die Items zur jeweiligen Skala zusammenpassen. Hier wurde Cronbachs Alpha über den Verlauf der 1. Sitzung, der 15. und der 30. Sitzung ermittelt.

Tab. 4 Testgütemerkmale des Gruppen-Stundenbogens (Grawe, 1993) mit Beispielitems

Wirkfaktoren-Skala	$\alpha_{\text{prä}}$	α_{post}	Items	Inhalt „Beispielitem“
Therapeutische Beziehung	,83	,86	14	„Heute habe ich mich in der Beziehung zum Therapeuten wohl gefühlt“.
Instrumentelle Gruppenbedingungen	,63	,74	7	„Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe“
Kohäsion	,57	,57	3	„Ich habe das Gefühl, dass wir wirklich eine Gruppe bilden“.
Therapiekoooperation	,75	,77	4	„Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann“
Positive Klärung	,76	,83	7	„Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden“
Problemaktualisierung	,73	,85	2	„Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, was für mich teilweise sehr unangenehm.“

Wie aus der Tabelle 4 entnommen werden kann, ergeben sich für die Skalen „Therapeutische Beziehung“, „Positive Klärung“ und „Problemaktualisierung“ befriedigende bis gute Werte (Cronbachs $\alpha_{\min}=.73$, $\alpha_{\max}=.83$). Über den Verlauf betrachtet steigen die Werte der Skalen und erreichen mit Cronbachs $\alpha_{\min}=.83$, $\alpha_{\max}=.86$ gute Werte. Zufriedenstellende Werte werden lediglich bei den Skalen „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ (Cronbachs $\alpha_{\min}=.63$, $\alpha_{\max}=.74$) und „Kohäsion“ erreicht (Cronbachs $\alpha_{\min}=.57$, $\alpha_{\max}=.57$). Hier wurden aus der Skala „Instrumentelle Gruppenbedingungen“, die Teilskalen „Kohäsion“ und „Therapiekooperation“ herausoperationalisiert. Dies war notwendig, um den Einfluss der „Kohäsion“ und der „Therapiekooperation“ auf den Behandlungserfolg getrennt ermitteln zu können. Ohne Unterteilung in die Teilskalen ist die Skala „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ in sich konsistenter.

7.2 Veränderung der Wirkfaktoren

Für die Veränderung der Wirkfaktoren über den Therapieverlauf wurden die Mittelwerte pro Woche ermittelt und grafisch dargestellt, ein t-Test der Prä- und Postmittelwerte durchgeführt, sowie eine ANOVA mit Messwiederholung berechnet. Um jedoch den Prozess der Entwicklung der Wirkfaktoren detaillierter darstellen zu können und um die Hypothesen statistisch besser abzusichern, wurden zudem Trendanalysen orthogonaler Polynome durchgeführt. Bortz, Lienert und Boehnke (1990) sagen hierzu, dass „Lineare, quadratische und kubische Polynome in der Regel ausreichend sind, um unsere hypothetischen Vorstellungen über den Verlaufstyp einer Zeitreihe hinreichend genau beschreiben zu können“. In der Abbildung 1 sind beispielhaft der lineare, quadratische sowie kubische Trend des Wirkfaktors „Problemaktualisierung“ dargestellt.

- Gelöscht: Ergebnisse
- Gelöscht: Ergebnisse
- Formatiert: Schriftart: Kursiv
- Formatiert: Schriftart: Kursiv

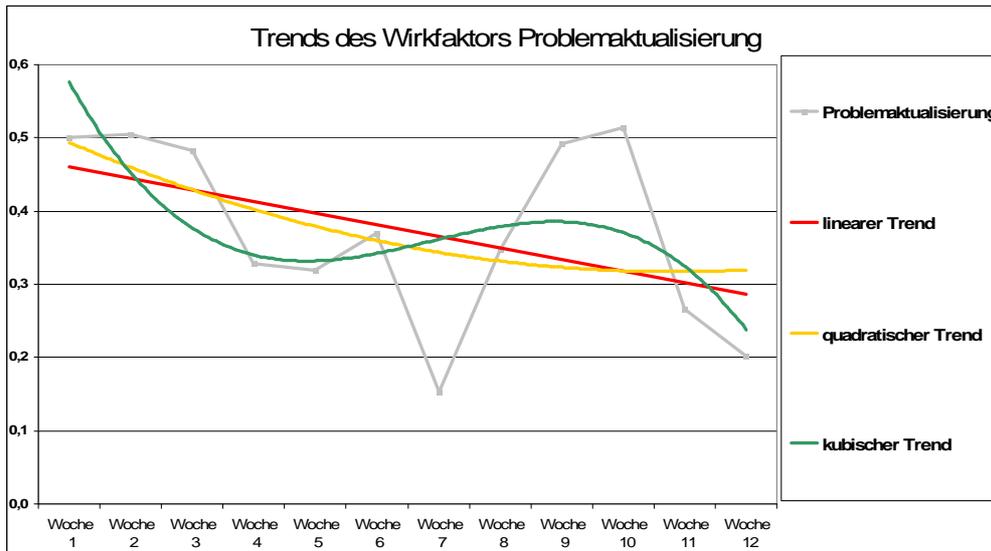


Abb. 1 Trends des Wirkfaktors Problemaktualisierung

7.2.1 Veränderung der Wirkfaktoren im Verlauf der Therapie

In der Abbildung 2 ist der Verlauf der Mittelwerte der einzelnen Wirkfaktoren über den Behandlungszeitraum von 12 Wochen dargestellt.

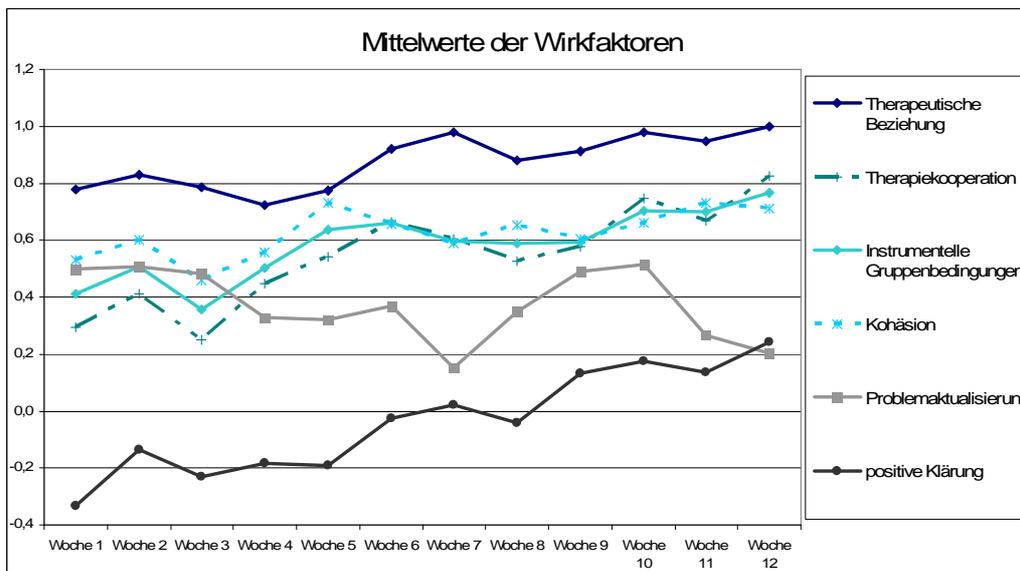


Abb. 2 Mittelwertsentwicklung der Wirkfaktoren im Therapieverlauf

Gelöscht: Ergebnisse
Formatiert: Schriftart: Kursiv
Gelöscht: Ergebnisse
Formatiert: Schriftart: Kursiv

Für die zunächst durchgeführte Prä-Post-Betrachtung der Wirkfaktoren konnte bei fast allen Wirkfaktoren eine Veränderung der Wirkfaktoren beobachtet werden.

Bei der Betrachtung der einzelnen Wirkfaktoren sowie der statistischen Befunde, zeigen sich jedoch Unterschiede in der Veränderung beziehungsweise in deren Signifikanz.

Mittels einer Varianzanalyse mit Messwiederholung konnte für die „Therapiekoooperation“ ($F=3,20$; $p=0,006$) und die „positive Klärung“ ($F=4,54$; $p=0,000$) eine signifikante Veränderung über die Zeit zwischen den Mittelwerten der ersten und der 12. Woche ermittelt werden.

Die Hypothese 0 kann daher nur für die Wirkfaktoren „Therapiekoooperation“ und „positive Klärung“ bestätigt werden.

7.2.2 Vergleich der Mittelwerte der Wirkfaktoren zu den Zeitpunkten der Aufnahme (prä) und der Entlassung (post)

Betrachtet man in der [Tab. 5](#) die Mittelwerte der Prä- und Postwerte, so fällt auf, dass sich fast alle Mittelwerte im Verlauf der Therapie signifikant bzw. hochsignifikant verbessert haben. Der Wirkfaktor „Kohäsion“ zeigt sich dagegen über den Therapieverlauf konstant. Lediglich der Mittelwert des Wirkfaktors „Problemaktualisierung“ hat sich im Therapieverlauf verringert ($M_{prä}=,50$ zu $M_{post}=,22$). Es wird angenommen, dass die abnehmende Beurteilung dieses Items auf eine bessere Problembearbeitung und auf einen besseren Umgang mit Gefühlen zurückzuführen ist.

Gelöscht: Tab. 5
Gelöscht: Tab. 5

Tab. 5 Vergleich der Prä- und Postmittelwerte (t-Test bei abhängigen Stichproben) mit LOCF

Wirkfaktor	Prä			post			t-Test			d
	N	M	SD	N	M	SD	t	df	p	
Kohäsion	37	,56	,87	37	,73	1,15	-,848	36	,402	-0,167
Problemaktualisierung	37	,50	1,23	37	,22	1,39	1,22	36	,228	0,213
Therapiekoope- ration	37	,33	,88	37	,77	,90	-3,39	36	,002**	-0,494
Instrumentelle Gruppen- bedingungen	37	,43	,76	37	,75	,83	-2,72	36	,010**	-0,402
Positive Klärung	37	-,28	,80	37	,21	1,02	-3,69	36	,001**	-0,535
Therapie- beziehung	37	,79	,82	37	,96	,94	-2,26	36	,030*	-0,193

* = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$

Die Effektstärken d liegen im Bereich zwischen $d=0,17$ und $d=0,5$ und weisen auf einen leichten bis mittelstarken Effekt hin.

In der Tab. 18 (Anhang) sind die Daten ohne Vervollständigung (LOCF) dargestellt. Auch hier nimmt die Bewertung der Wirkfaktoren „Instrumentelle Gruppenbedingungen“, und „positive Klärung“ während des Therapieverlaufes signifikant zu. Unterschiede zeigen sich jedoch bei den Wirkfaktoren „Therapeutische Beziehung“ und „Therapiekoope-
ration“, da hier die Veränderung nicht mehr signifikant ist.

7.2.3 Entwicklung der Trendwerte der Wirkfaktoren über den Behandlungsverlauf

Mit Hilfe einer Trendanalyse der orthogonalen Polynome wird die Entwicklung der Wirkfaktoren über den Behandlungsverlauf von 12 Wochen untersucht. In der Tabelle sind zunächst die Werte der deskriptiven Statistik dargestellt.

Tab. 6 Deskriptive Statistik der Trendanteile der Wirkfaktoren

Wirkfaktor	Trendanteil	N	M	SD
Kohäsion	Niveau	37	,623	,901
	linear	37	,008	,050
	quadratisch	37	,000	,007
	kubisch	37	,000	,010
Positive Klärung	Niveau	37	-,036	,655
	linear	37	,024	,040
	quadratisch	37	,000	,006
	kubisch	37	,000	,008
Problemaktualisierung	Niveau	37	,373	1,069
	linear	37	-,008	,070
	quadratisch	37	,001	,010
	kubisch	37	-,002	,011
Instrumentelle Gruppenbedingungen	Niveau	37	,585	,649
	linear	37	,015	,034
	quadratisch	37	,000	,006
	kubisch	37	,001	,007
Therapeutische Beziehung	Niveau	37	,875	,765
	linear	37	,011	,026
	quadratisch	37	,000	,005
	kubisch	37	-,001	,006
Therapiekoooperation	Niveau	37	,546	,628
	linear	37	,021	,043
	quadratisch	37	,000	,007
	kubisch	37	,000	,009

Die Angaben beziehen sich dabei auf den Stichprobenumfang. Unter Berücksichtigung der Standardabweichung sind bei den einzelnen Trendanteilen

der Wirkfaktoren sowohl negative als auch positive Trends möglich, was in der folgenden Diskussion zu berücksichtigen ist.

7.3 Veränderung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität im Verlauf der Behandlung

Für die Prüfung der Hypothesen 1-1 und 1-2 wurden die Prä- und Postwerte des GSI und des BDI einem t-Test für abhängige Stichproben unterzogen. In der [Tab. 7](#), sind die Ergebnisse dargestellt:

Gelöscht: Tab. 7

Gelöscht: Tab. 7

Tab. 7 Vergleich der Prä- und Postmittelwerte (t-Test bei abhängigen Stichproben) mit LOCF

Kennwert	Prä			post			t-Test		
	N	M	SD	N	M	SD	t	df	p
GSI	31	1,79	0,74	31	1,25	0,76	5,39	30	0,000***
BDI	36	31,36	10,20	36	24,97	12,70	3,68	35	0,001***

*** = $p \leq .001$

Sowohl die Änderung des GSI-Wertes (von $m_{\text{prä}}=1,79$ zu $m_{\text{post}}=1,25$) als auch die Abnahme des BDI-Wertes (von $M_{\text{prä}}=31,36$ auf $M_{\text{post}}=24,97$) sind hochsignifikant ($p_{\text{GSI}}=0,000$ und $p_{\text{BDI}}=0,001$). Die Effektstärke beträgt für den GSI $d=0,65$ und für den BDI $d=0,55$. Dies entspricht gemäß Bortz und Döring (2002) einem mittleren Effekt.

In der klinischen Praxis bedeutet eine solche Änderung, dass sich der Schweregrad der Depression von „schwer“ auf „mittelgradig“ reduziert hat.

Auch in der Auswertung ohne vervollständigte Daten finden sich ähnliche Ergebnisse. Hier wurden etwas stärkere Effekte in der Reduktion der Mittelwerte bezüglich der Depressivität ermittelt (siehe [Tab. 19](#), im Anhang).

Gelöscht: Tab. 19

Gelöscht: Tab. 19

Die Hypothesen 1-1 und 1-2, die eine Reduzierung der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität postulieren, können somit bestätigt werden.

7.4 Zusammenhänge zwischen den Wirkfaktoren und der allgemeinen Symptombelastung (GSI) sowie der Depressivität (BDI)

Für die Prüfung, ob es einen Zusammenhang zwischen den Wirkfaktoren und der allgemeinen Symptombelastung (GSI) und der Depressivität (BDI) gibt, wurden

zunächst die Skalenwerte der Wirkfaktoren zu Beginn der Therapie (Sitzung 1-5 = prä) und am Ende der Therapie (Sitzung 32-36 = post) gemittelt (siehe 7.2.2). In einem nächsten Schritt wurde dann untersucht, ob diese Mittelwerte mit den Kennwerten GSI und BDI korrelieren (siehe 7.4.1). Daraufhin wurden die Trendanteile der Wirkfaktoren aus der Trendanalyse der orthogonalen Polynome mit den Änderungen der Kennwerte BDI und GSI mittels Korrelation in Beziehung gesetzt. Diese Methode ergibt eine wesentlich genauere Aussage über den Zusammenhang der Entwicklung der Wirkfaktoren und der Änderung der Kennwerte BDI und GSI als eine Korrelation mit den Prä- und Post-Werten.

7.4.1 Korrelation der Skalenwerte der Wirkfaktoren mit den Kennwerten GSI und BDI

Im nächsten Schritt wurde mittels einer bivariaten Korrelationsanalyse geprüft, ob es ein Zusammenhang zwischen den Mittelwerten der [Tab. 5](#) und den Kennwerten GSI und BDI besteht. Die Ergebnisse sind in der [Tab. 8](#) dargestellt.

Gelöscht: Tab. 5

Gelöscht: Tab. 5

Gelöscht: Tab. 8

Gelöscht: Tab. 8

Tab. 8 Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen den Wirkfaktoren und den Kennwerten GSI und BDI zu den Zeitpunkten der Aufnahme (prä) und der Entlassung (post)

Wirkfaktor	Zeit	N	r _{GSI}	p _{GSI}	r _{BDI}	p _{BDI}
Kohäsion	Prä	37	-,17	,333	-,29	,087
	Post	37	-,15	,427	-,17	,324
Positive Klärung	Prä	37	-,22	,194	-,34*	,042
	Post	37	-,51**	,004	-,51**	,002
Problemaktualisierung	Prä	37	,51**	,001	,38*	,022
	Post	37	,03	,851	,03	,860
Instrumentelle Gruppenbedingungen	Prä	37	-,26	,129	-,36*	,029
	Post	37	-,31	,095	-,32	,055
Therapeutische Beziehung	Prä	37	-,47**	,004	-,29	,085
	Post	37	-,45*	,011	-,25	,142
Therapiekoooperation	Prä	37	-,27	,112	-,34*	,042
	Post	37	-,35	,052	-,38*	,024

* = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$

Gelöscht: Ergebnisse
Formatiert: Schriftart: Kursiv
Gelöscht: Ergebnisse
Formatiert: Schriftart: Kursiv

In Bezug auf die allgemeine Symptombelastung (GSI) besteht zu Beginn der Therapie zwischen der „Problemaktualisierung“ und dem GSI-Wert ein positiver Zusammenhang und zwischen der „Therapeutischen Beziehung“ und dem GSI-Wert ein negativer Zusammenhang, der jeweils hochsignifikant ist.

Bei Beendigung der Therapie besteht dieser Zusammenhang für die „Therapeutische Beziehung“ weiter.

Die Hypothese 2-1, die einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Therapeutische Beziehung“ und der allgemeinen Symptombelastung (GSI) annahm, kann daher bestätigt werden.

Während bei der Beendigung der Therapie bei der „Problemaktualisierung“ kein Zusammenhang mehr feststellbar ist, ist nun ein negativer Zusammenhang zwischen der „Positiven Klärung“ und dem GSI-Wert bei der Entlassung zu verzeichnen, der hochsignifikant ist.

Für den Wirkfaktor „Kohäsion“ konnte kein signifikanter Zusammenhang zum GSI-Wert ermittelt werden.

Die Hypothese 3-1, die einen Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Kohäsion“ und der allgemeinen Symptombelastung herstellt, muss verworfen werden.

Die Korrelationsanalysen zwischen den Wirkfaktoren und dem BDI zeigen, dass die „Positive Klärung“ in einem negativen Zusammenhang mit dem BDI steht, wobei die Korrelation zum Zeitpunkt der Entlassung ($r_{\text{post}} = -0,51$) noch höher ausfällt, als bei der Aufnahme ($r_{\text{prä}} = -0,34$). Der negative Zusammenhang zwischen der „Therapiekoooperation“ und dem BDI ist ebenfalls bei der Aufnahme ($r_{\text{prä}} = -0,34$) als auch bei der Entlassung ($r_{\text{post}} = -0,38$) signifikant. Bei den „Instrumentellen Gruppenbedingungen“ verringert sich der Zusammenhang, während er bei der „Problemaktualisierung“ verschwindet. Kein Zusammenhang besteht bei den Wirkfaktoren „Therapeutische Beziehung“ und „Kohäsion“, so dass die Hypothesen 2-2 und 3-2 durch obige Ergebnisse für den BDI verworfen werden müssen. Die Korrelationsanalyse mit den nicht vervollständigten Daten (ohne LOCF) zeigen fast identische Ergebnisse (Tab. 20 im Anhang). Leichte Unterschiede bestehen bei dem Wirkfaktor „Positive Klärung“, bei dem bei der

Gelöscht: Tab. 20
Formatiert: Schriftart: 12 pt, Nicht Fett
Gelöscht: Tab. 20
Formatiert: Schriftart: 12 pt, Nicht Fett

- Gelöscht: Ergebnisse
- Formatiert: Schriftart: Kursiv
- Gelöscht: Ergebnisse
- Formatiert: Schriftart: Kursiv

Aufnahme ein signifikanter Zusammenhang zur Depressivität besteht, der am Ende der Behandlung nicht mehr nachgewiesen werden kann.

7.4.2 Korrelation der Trendwerte der Wirkfaktoren mit den Änderungen der Kennwerten GSI und BDI

Für die Prüfung, ob die Entwicklung der Wirkfaktoren im Laufe der Behandlung im Zusammenhang mit der Höhe der Änderung der Kennwerte BDI und GSI stehen, wurden die Trendwerte der Wirkfaktoren mit den Änderungen des BDI und GSI korreliert. Dabei ist zu beachten, dass $M_{BDI} = -7,567$ mit $SD_{BDI} = 11,032$ und $M_{GSI} = -0,545$ mit $SD_{GSI} = 0,563$ sind. Die Ergebnisse sind in Tab. 9 dargestellt.

- Gelöscht: Tab. 9
- Formatiert: Schriftart: 12 pt
- Gelöscht: Tab. 9
- Formatiert: Schriftart: 12 pt

Tab. 9 Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen den Trendanteilen der Wirkfaktoren und den Änderungen der Kennwerte GSI und BDI

Wirkfaktor	Trendanteil	Änderung BDI			Änderung GSI		
		N	r	p	N	r	p
Kohäsion	Niveau	30	-,123	,517	31	,046	,805
	linear	30	,294	,115	31	,284	,121
	quadratisch	30	,201	,286	31	,154	,409
	kubisch	30	-,018	,924	31	,022	,907
Positive Klärung	Niveau	30	-,312	,093	31	-,145	,437
	linear	30	-,136	,473	31	-,230	,214
	quadratisch	30	-,379*	,039	31	-,279	,129
	kubisch	30	,314	,091	31	,422*	,018
Problem-aktualisierung	Niveau	30	-,162	,392	31	-,222	,229
	linear	30	-,207	,271	31	-,295	,107
	quadratisch	30	-,397*	,030	31	-,460**	,009
	kubisch	30	-,350	,058	31	-,270	,142
Instrumentelle Gruppenbedingungen	Niveau	30	-,242	,198	31	-,011	,951
	linear	30	,149	,431	31	,069	,713
	quadratisch	30	-,084	,658	31	-,035	,850
	kubisch	30	,190	,315	31	,285	,120
Therapeutische Beziehung	Niveau	30	-,033	,861	31	,213	,861
	linear	30	-,059	,756	31	-,063	,738
	quadratisch	30	-,270	,149	31	-,305	,096
	kubisch	30	,191	,311	31	,323	,076
Therapiekooperation	Niveau	30	-,306	,100	31	-,083	,657
	linear	30	-,122	,521	31	-,258	,161
	quadratisch	30	-,314	,091	31	-,197	,288
	kubisch	30	,346	,061	31	,461**	,009

* = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$

Gelöscht: Ergebnisse
Formatiert: Schriftart: Kursiv
Gelöscht: Ergebnisse
Formatiert: Schriftart: Kursiv

Für den Wirkfaktor „Positive Klärung“ ist die negative Korrelation wie folgt zu interpretieren: Der quadratische Trend ist negativ, was bedeutet, dass er durch U-förmigen Verlauf charakterisiert ist. Die Veränderungswerte im BDI und GSI wurden als post-prae-Differenzwerte gebildet, hohe negative Werte beschreiben daher hohe Symptombesserung. Die Korrelation zwischen dem quadratischen Trend und dem Veränderungswert im BDI ist negativ, das heißt, je deutlicher der U-förmige Trend umso geringer die BDI-Differenzwerte. Eine hohe Symptombesserung geht daher mit ausgeprägterem U-förmigen Verlauf der „Positiven Klärung“ einher. Das heißt, diese Patienten weisen anfangs hohe Werte der „Positiven Klärung“ auf, die sich dann im Verlauf der Therapie verringern, um zum Ende wieder zu steigen. Auf die Bedeutung für den therapeutischen Alltag soll in der Diskussion zu den einzelnen Wirkfaktoren näher eingegangen werden.

7.5 Einfluss der Ausprägung der Wirkfaktoren auf die Veränderung des GSI und des BDI

Im Weiteren soll nun geprüft werden, ob die Ausprägung der Wirkfaktoren einen Einfluss auf die Veränderungen der Kennwerte (GSI, BDI) hat. Zu diesem Zweck wurden die Wirkfaktoren an den jeweiligen Prä- und Postmittelwerten in eine Gruppe mit „niedriger“ Ausprägung ($< M$) und in eine Gruppe mit „hoher“ Ausprägung ($> M$) geteilt. Die dazu verwendeten Mittelwerte wurden bereits in der Tab. 5 dargestellt.

Gelöscht: Tab. 5
Gelöscht: Tab. 5

7.5.1 Einfluss der Ausprägung der Wirkfaktoren auf den GSI

Im nächsten Schritt wurde mit einer univariaten zweifaktoriellen Varianzanalyse der Einfluss der Ausprägung der Wirkfaktoren auf die Symptombelastung (GSI) über die Zeit geprüft. In der Tab. 10 sind die Ergebnisse ausführlich dargestellt.

Gelöscht: Tab. 10
Formatiert: Absatz-Standardschriftart, Schriftart: 12 pt
Gelöscht: Tab. 10
Formatiert: Absatz-Standardschriftart, Schriftart: 12 pt

Tab. 10 Ergebnis der Varianzanalyse zum Einfluss der Wirkfaktoren auf den GSI

Wirkfaktor [WF]	GSI						Interaktion WF*GSI		
	prä			post			Haupteffekt Zeit Haupteffekt WF		
	N (30)	M	SD	N	M	SD	F	df	p
hohe Kohäsion	13	1,71	,90	13	1,08	,85	,48	1	,493
Niedrige Kohäsion	17	1,87	,63	17	1,39	,69	27,70***	1	,000
hohe Problemaktualisierung	15	2,08	,76	15	1,52	,84	,01	1	,917
Niedrige Problemaktualisierung	15	1,53	,65	15	0,99	,60	26,77***	1	,000
hohe Therapiekooperation	16	1,60	,82	16	1,03	,80	,04	1	,838
Niedrige Therapiekooperation	14	2,04	,59	14	1,51	,66	26,54***	1	,000
hohe Gruppenbedingungen	16	1,70	,84	16	1,09	,82	,37	1	,548
Niedrige Gruppenbedingungen	14	1,92	,64	14	1,44	,69	26,57***	1	,000
Hohe therapeutische Beziehung	15	1,41	,67	15	0,92	,63	,34	1	,565
Niedrige therapeutische Beziehung	15	2,20	,61	15	1,59	,76	27,08***	1	,000
hohe positive Klärung	17	1,60	,83	17	0,99	0,81	,39	1	,538
Niedrige positive Klärung	13	2,08	,53	13	1,61	0,57	25,79***	1	,000
							5,24*	1	,030

* = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$

Wie die Ergebnisse in der [Tab. 10](#) zeigen, gibt es bei keinem Wirkfaktor einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen der Ausprägung der Wirkfaktoren und der Veränderung der Allgemeinen Symptombelastung (GSI).

Gelöscht: Tab. 10

Formatiert: Absatz-Standardschriftart, Schriftart: 12 pt

Gelöscht: Tab. 10

Formatiert: Absatz-Standardschriftart, Schriftart: 12 pt

Die Hypothese 4-1, die bei Patienten mit niedriger Wirkfaktorausprägung eine über den Therapieverlauf geringere Veränderung der allgemeinen Symptombelastung prognostizierte, muss somit verworfen werden.

Die Auswertung der Messwiederholung zeigt die hochsignifikante Abnahme des Kennwertes der allgemeinen Symptombelastung (GSI), die bereits in der [Tab. 7](#) dargestellt wurde, auch für jeden einzelnen Wirkfaktor. Die Unterschiede in der Ausprägung der Wirkfaktoren sind bei der „Problemaktualisierung“ und der „Positiven Klärung“ signifikant und bei der „Therapeutischen Beziehung“ hochsignifikant. Dennoch konnte kein statistischer Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Wirkfaktoren und der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung identifiziert werden.

Die [Abb. 3](#) soll die Ergebnisse am Beispiel des Wirkfaktors „Therapeutische Beziehung“ veranschaulichen. So verdeutlicht der nahezu parallele Verlauf der Geraden die fehlende Interaktion zwischen der Ausprägung des Wirkfaktors und der Veränderung der allgemeinen Symptombelastung. Die Neigung beider Geraden ist dabei ein Maß für die signifikante Abnahme der allgemeinen Symptombelastung, während der Abstand der Geraden auf den signifikanten Unterschied in der Ausprägung der „Therapeutischen Beziehung“ hinweist.

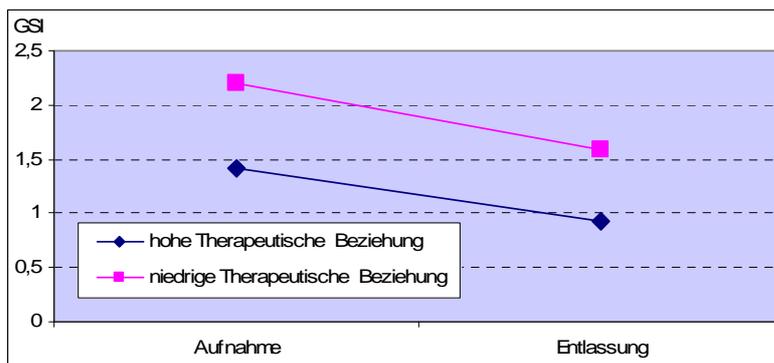


Abb. 3 GSI bei Aufnahme und Entlassung bei Patienten mit unterschiedlich hoher Ausprägung im Wirkfaktor „Therapeutischen Beziehung“

7.5.2 Einfluss der Ausprägung der Wirkfaktoren auf den BDI

In Analogie zu der allgemeinen Symptombelastung wurden die gleichen Untersuchungen für die Depressivität vorgenommen. Bei den Wirkfaktoren „Therapiekoooperation“ ($p_{\text{therapiekoooperation}}=0,044$) und „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ ($p_{\text{instr. Gruppenbedingungen}}=0,010$) kann ein signifikanter Zeiteffekt zwischen der Ausprägung der Wirkfaktoren auf den Verlauf der Depressivität

- Gelöscht: Ergebnisse
- Formatiert: Schriftart: Kursiv
- Gelöscht: Ergebnisse
- Formatiert: Schriftart: Kursiv
- Gelöscht: Tab. 11
- Gelöscht: Tab. 11

festgestellt werden, wie in der Tab. 11, dargestellt ist. Patienten mit einer hohen Ausprägung des Wirkfaktors „Positive Klärung“ weisen einen hochsignifikanten Zeiteffekt bei der Ausprägung der Depressivität gegenüber Patienten mit einer niedrigeren Wirkfaktorenausprägung auf. Für die Wirkfaktoren „Therapiekoope-ration“, „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ und „Positive Klärung“ kann die Hypothese 4-2 in Bezug auf die Depressivität bestätigt werden.

Tab. 11 Ergebnisse der Varianzanalyse zum Einfluss der Wirkfaktoren auf den BDI

Wirkfaktor [WF]	BDI						Interaktion WF*BDI		
	prä			post			Haupteffekt Zeit Haupteffekt WF		
	N	M	SD	N	M	SD	F	df	p
hohe Kohäsion	14	30,07	11,64	13	19,50	13,14	2,23	1	,146
niedrige Kohäsion	17	32,82	9,70	17	28,00	12,32	16,01***	1	,000
							2,25	1	,144
hohe Problemaktualisierung	15	34,27	11,66	15	26,40	13,80	,05	1	,829
niedrige Problemaktualisierung	16	29,06	8,99	16	22,06	12,60	14,00***	1	,001
							1,60	1	,216
hohe Therapiekoope-ration	16	29,56	11,28	16	18,38	13,30	4,42*	1	,044
niedrige Therapiekoope-ration	15	33,73	9,57	15	30,33	10,11	15,51***	1	,000
							5,09*	1	,032
hohe Gruppenbedingungen	16	30,88	11,24	16	18,75	13,25	7,54**	1	,010
niedrige Gruppenbedingungen	15	32,33	10,05	15	29,93	10,65	16,81***	1	,000
							2,93	1	,098
hohe therapeutische Beziehung	16	28,44	10,59	16	19,50	12,12	,64	1	,432
niedrige therapeutische Beziehung	15	34,93	9,69	15	29,13	12,74	14,04***	1	,001
							5,09*	1	,032
hohe positive Klärung	17	29,76	11,29	17	17,53	12,75	9,46***	1	,005
niedrige positive Klärung	14	33,79	9,46	14	32,21	8,48	15,86***	1	,000
							7,21*	1	,012

* = p ≤ .05, ** = p ≤ .01, *** = p ≤ .005

In den Abb. 4, 5 und 6 ist der signifikante Einfluss der Ausprägung der Wirkfaktoren „Instrumentelle Gruppenbedingungen“, „Therapiekoope-ration“ und „Positive Klärung“ auf die Ausprägung der Depression dargestellt. Die Neigung beider Geraden gibt einen Hinweis auf die Veränderung des Kennwertes der Depression (BDI), wobei die Spreizung zwischen beiden Geraden ein Indiz für

- Gelöscht: Abb. 4
- Gelöscht: Abb. 4

einen signifikanten Einfluss der Ausprägung der Wirkfaktoren auf diese Veränderung ist.

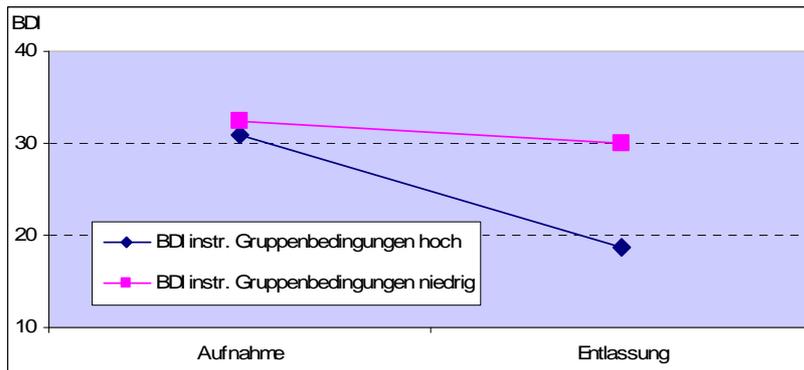


Abb. 4 BDI bei Aufnahme und Entlassung bei Patienten mit unterschiedlich hoher Ausprägung im Wirkfaktor „Instrumentelle Gruppenbedingungen“

Die Ausprägung des Wirkfaktors „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ zeigt in der [Abb. 4](#) den signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Depressivität. Niedrige Ausprägungswerte des Wirkfaktors führen zu einer geringeren Abnahme der Depressivität und umgekehrt, so dass die Hypothese 4-2 angenommen werden kann.

Gelöscht: Abb. 4

Gelöscht: Abb. 4

Ein ähnliches Bild ergibt sich auch für die Ausprägung des Wirkfaktors „Therapiekoooperation“ in der [Abb. 5](#). Auch hier zeigt sich, dass ein Zusammenhang zur Depressivität besteht. Hohe Ausprägungswerte des Wirkfaktors führen auch hier zu einer stärkeren Abnahme der Depressivität.

Gelöscht: Abb. 5

Gelöscht: Abb. 5

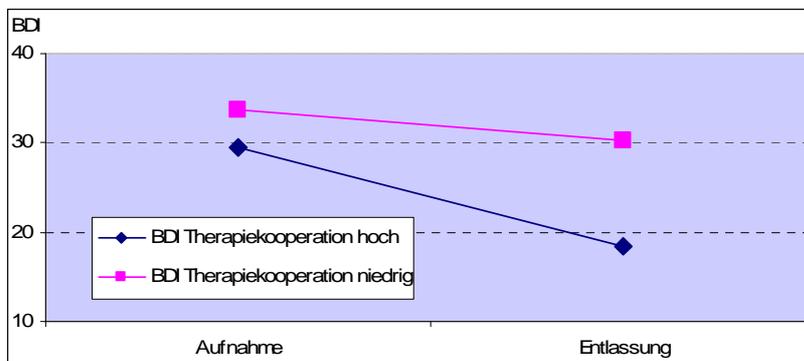


Abb. 5 BDI bei Aufnahme und Entlassung bei Patienten mit unterschiedlich hoher Ausprägung im Wirkfaktor „Therapiekoooperation“

- Gelöscht: Ergebnisse
- Formatiert: Schriftart: Kursiv
- Gelöscht: Ergebnisse
- Formatiert: Schriftart: Kursiv
- Gelöscht: Abb. 6
- Gelöscht: Abb. 6

Bestätigt werden konnte ebenfalls ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Wirkfaktors „Positive Klärung“ und der Depressivität, der in der [Abb. 6](#) visualisiert wird. Auch hier führt eine hohe Ausprägung des Wirkfaktors zu einer stärkeren Abnahme der Depressivität.

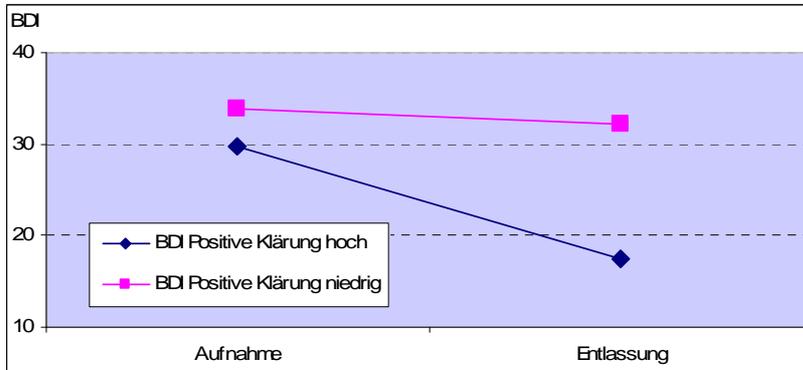


Abb. 6 BDI bei Aufnahme und Entlassung bei Patienten mit unterschiedlich hoher Ausprägung im Wirkfaktor „Positive Klärung“

Die Ausprägung der Wirkfaktoren „Kohäsion“, „Problemaktualisierung“ und der „Therapeutischen Beziehung“ hat keinen signifikanten Einfluss auf die Änderung der Depression, wie die Signifikanzprüfung in der [Tab. 11](#) zeigt.

- Gelöscht: Tab. 11
- Gelöscht: Tab. 11

In der [Abb. 7](#), sind die BDI-Werte bei der Aufnahme und bei der Entlassung am Beispiel des Wirkfaktors „Therapeutische Beziehung“ dargestellt, wobei der nahezu parallele Verlauf der Geraden darauf hindeutet, dass hier kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Wirkfaktors und der Veränderung der Depression vorliegt.

- Gelöscht: Abb. 7
- Gelöscht: Abb. 7

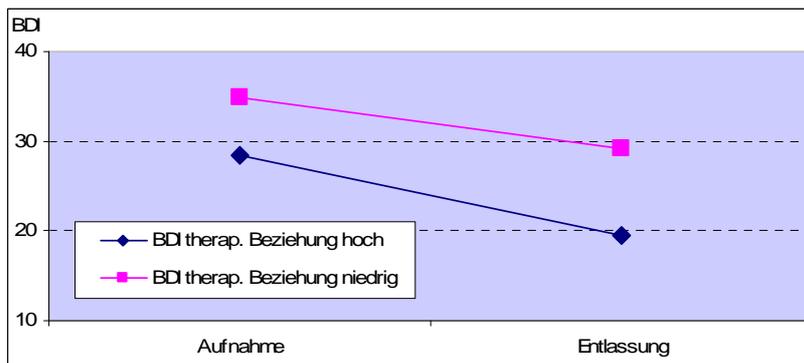


Abb. 7 BDI bei Aufnahme und Entlassung bei Patienten mit unterschiedlich hoher Ausprägung im Wirkfaktor „Therapeutische Beziehung“

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zur prädiktiven Bedeutung der Wirkfaktoren auf den Behandlungserfolg dargestellt.

7.6 Auswirkungen der Wirkfaktoren auf den Behandlungserfolg

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit lag neben der Identifizierung und dem Verlauf der Wirkfaktoren sowie der Effektivität der Behandlung auch in der Vorhersage des Behandlungserfolges durch die Wirkfaktoren.

7.6.1 Behandlungserfolgsmessung anhand der Symptom Checkliste SCL-90-R

Eine Fragestellung dieser vorliegenden Arbeit beschäftigte sich mit der Effektivität des gruppentherapeutischen DBT-Konzepts (Linehan, 1993). Gemessen wurde der Behandlungserfolg durch die Symptom-Checkliste-90-R (Franke, 1995), welche die psychopathologische Symptombelastung der Patienten darstellt. Zusammengefasst wurden die 90 Items im Global Severity Index (GSI), der Auskunft über das Gesamtausmaß der psychischen Belastung gibt. Als Behandlungserfolgskriterium wurde die Differenz zwischen der Gesamtschwere (GSI) zu Beginn der Therapie ($GSI_{prä}$) und am Ende (GSI_{post}) der Therapie berechnet. Veränderungen der GSI-Werte werden als anerkanntes Outcome-Kriterium in der Psychotherapie angesehen (Schauenburg et al., 2004).

Die GSI-Werte betragen bei der Aufnahme $M=1,79$ ($SD=0,74$) und bei der Entlassung $M=1,25$ ($SD=0,76$). Es konnte eine Effektstärke von $d=0,72$ ermittelt

- Gelöscht: Ergebnisse
- Formatiert: Schriftart: Kursiv
- Gelöscht: Ergebnisse
- Formatiert: Schriftart: Kursiv
- Gelöscht: Tab. 12
- Gelöscht: Tab. 12

werden, was einem mittelstarkem Effekt entspricht und zeigt, dass die Patienten von der Therapie profitieren konnten. In der [Tab. 12](#) sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Prä- und Post-GSI-Werte sowie das Ergebnis der Effektstärkenberechnung dargestellt.

Tab. 12 t-Test für die Prä- und Post- GSI-Werte und Effektstärke der Stichprobe

	N	M	SD	Testwert = ,31			Effektstärke
				t	df	p	ES
GSI _{prä}	31	1,79	,74	11,72	30	,000***	,720
GSI _{post}	31	1,25	,76	6,92	30	,000***	

* = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$

Im nächsten Schritt wurden die GSI Prä- und Postwerte daraufhin untersucht, ob sie im Bereich der „psychisch Kranken“ oder im Bereich der „Gesunden“ lagen. Als klinisch relevant gebessert gilt ein Patient nach Schmitz und Davies-Osterkamp (1997) dann, wenn seine allgemeine Symptombelastung nach der Therapie den Cut-off-Wert von 0,83 unterschritten hat. In der Abb. 8 sind die Prä- und Postwerte der einzelnen Patienten zueinander in Beziehung gesetzt.

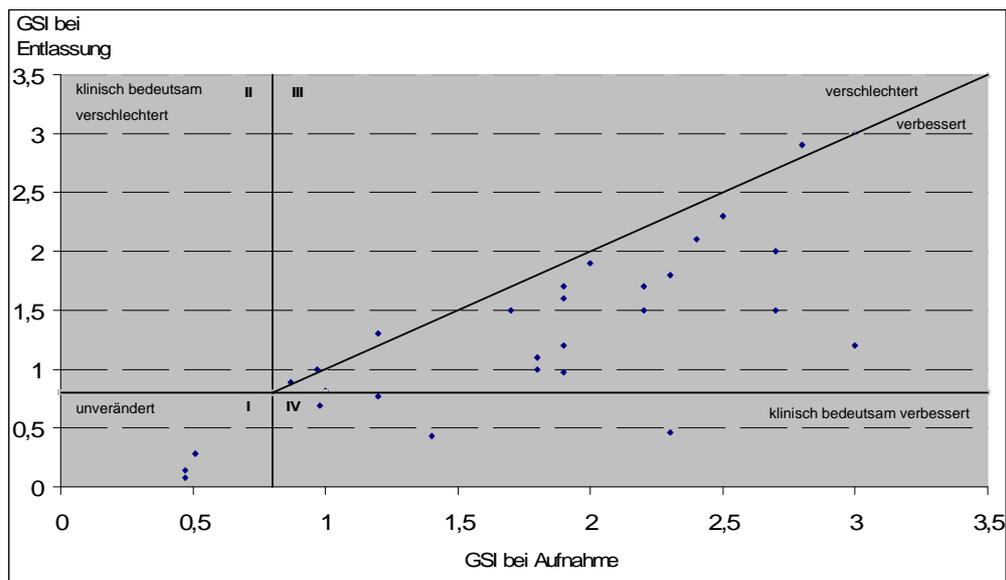


Abb. 8 Veränderung des GSI-Wertes zwischen Aufnahme und Entlassung
 I : prä – unauffällig, post – unauffällig; II : prä – unauffällig, post – auffällig
 III: prä – auffällig, post – auffällig; IV : prä – auffällig, post – unauffällig

Zusätzlich werden die Cut-off-Werte (0,83) durch die Geraden dargestellt, die das Diagramm in vier Quadranten teilen. In dem unteren linken Quadranten sind die GSI-Werte der Patienten enthalten, die sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung kleiner als der Cut-off-Wert waren und somit als gesund gelten. Im rechten unteren Quadranten sind die Patienten dargestellt, die sich klinisch bedeutsam verbessert haben, da sich ihre GSI-Werte von größer 0,83 bei der Aufnahme zu kleiner 0,83 verändert haben. Darüber befinden sich die Patienten, deren GSI-Werte sich verbessert haben, wobei einige sich davon auch statistisch signifikant verbessert haben. Da diese jedoch nicht unter den Cut-off-Wert von 0,83 gelangen, sind sie nicht klinisch signifikant. Die Werte oberhalb der Diagonalen weisen auf Patienten hin, die mit einem höheren GSI-Wert entlassen wurden, als sie bei der Aufnahme hatten.

7.6.2 Der RCI als Behandlungserfolg

Die Prüfung der Interkorrelation der einzelnen Wirkfaktoren zeigt hohe Korrelationen zwischen den „Instrumentellen Gruppenbedingungen“ und der „Therapiebeziehung“ ($r=0,554$) sowie der „Positiven Klärung“ ($r=0,762$).

In einer schrittweisen multiplen Regressionsanalyse erweist sich ausschließlich der Wirkfaktor „Positive Klärung“ als signifikant für den Behandlungserfolg bei der Depression ($\beta=0,43$; $t=2,77$; $p=0,01$; $\text{korr.}R^2=0,16$).

Zur Vorhersage des Behandlungserfolges bei der allgemeinen Symptombelastung wurden zunächst die Interkorrelationen der Wirkfaktoren ermittelt. Auch hier bestehen hohe Korrelationen zwischen den „Instrumentellen Gruppenbedingungen“ und der „Therapiebeziehung“ ($r=0,514$) und der „Positiven Klärung“ ($r=0,833$). In der schrittweisen Regressionsanalyse wurden dann jedoch alle Wirkfaktoren ausgeschlossen und somit kein Prädiktor ermittelt.

Da die Wirkfaktoren „Therapeutische Beziehung“ und „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ im Zuge der schrittweisen multiplen Regression für die Ermittlung eines Prädiktors ausgeschlossen wurden, muss die Hypothese 5 verworfen werden.

7.7 Zusammenhang zwischen der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung bzw. der Depressivität, der Wirkfaktoren und dem Behandlungserfolg

Für die Beantwortung der Fragestellung, ob die Ausprägung der Kennwerte GSI und BDI einen Einfluss auf die Wirksamkeit der Wirkfaktoren für den Behandlungserfolg hat, wurden zusätzlich zu den bereits dichotomisierten Werten der Wirkfaktoren nun auch die Kennwerte der allgemeinen Symptombelastung (GSI) und der Depression (BDI) dichotomisiert. Zu diesem Zweck wurden für die Kennwerte GSI und BDI die jeweiligen Postmittelwerte ermittelt, welche die Stichprobe in eine Gruppe mit „niedriger“ Ausprägung und in eine Gruppe mit „hoher“ Ausprägung teilt.

7.7.1 Allgemeine Symptombelastung

Für die Prüfung, ob es einen Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Symptombelastung und der Ausprägung der Wirkfaktoren gibt, wurde mit den jeweils dichotomisierten Werten eine univariate zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt, deren Ergebnisse in der Tab. 13 dargestellt sind. Es wird dabei bis auf zwei Ausnahmen (Wirkfaktoren „Problemaktualisierung“ und „Therapeutische Beziehung“) deutlich, dass der Mittelwert des Behandlungserfolges unabhängig von der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung bei den „niedrigen“ Wirkfaktoren niedriger ist als bei den „hohen“ Wirkfaktoren (siehe „Kohäsion“). Auf die entgegengesetzte Wirkung des Wirkfaktors „Problemaktualisierung“ wurde bereits weiter oben eingegangen. Dieses Phänomen tritt auch bei dem Wirkfaktor „Therapeutische Beziehung“ auf, hier jedoch lediglich bei den Patienten mit einem niedrigen GSI ($M_{RCI\ hohe\ therap.\ Bez.} = 1,017 < M_{RCI\ niedrige\ therap.\ Bez.} = 1,360$), während dies bei den Patienten mit einer hohen Symptombelastung nicht so ist ($M_{RCI\ hohe\ therap.\ Bez.} = 2,682 > M_{RCI\ niedrige\ therap.\ Bez.} = 2,258$).

Generell ist jedoch festzustellen, dass durch die geringe Fallanzahl in den einzelnen Gruppen ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Symptombelastung und der Ausprägung der Wirkfaktoren nicht gefunden werden kann ($p > 0,5$). Die Hypothese 6-1 ist daher für die allgemeine Symptombelastung zu verwerfen.

Tab. 13 Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse: RCI_{GSI} in Abhängigkeit von der Ausprägung des GSI und der Wirkfaktoren

Ausprägung Wirkfaktor	Ausprägung GSI						F	df	p
	niedriger GSI			hoher GSI					
	N	M_{RCI}	SD	N	M_{RCI}	SD			
hohe Kohäsion	7	1,345	1,103	7	2,850	2,400	,021	1	,886
niedrige Kohäsion	6	,807	1,041	11	2,113	2,158			
hohe Problemaktualisierung	3	,908	,024	12	2,157	2,117	,097	1	,758
niedrige Problemaktualisierung	10	1,153	1,220	6	2,885	2,532			
hohe therapeutische Beziehung	10	1,017	,856	6	2,682	2,401	,242	1	,627
niedrige therapeutische Beziehung	3	1,360	1,843	12	2,258	2,214			
hohe positive Klärung	10	1,224	1,150	7	3,266	3,120	,343	1	,563
niedrige positive Klärung	3	,670	,722	11	1,848	1,284			
hohe instrumentelle Gruppenbedingungen	8	1,327	1,278	8	2,820	2,530	,013	1	,910
niedrige instrumentelle Gruppenbedingungen	5	,727	,530	10	2,063	2,004			
hohe Therapiekooperation	9	1,289	1,200	7	2,775	2,820	,000	1	,994
niedrige Therapiekooperation	4	,663	,590	11	2,161	1,848			

* = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$

Bei genauer Betrachtung der Signifikanzniveaus fällt auf, dass weder geringe Effekte oder Tendenzen für etwaige Zusammenhänge erkennbar sind.

7.7.2 Depressivität

Die univariate Varianzanalyse zwischen der Ausprägung der Depressivität und der Ausprägung der Wirkfaktoren liefert zwar geringfügig bessere Werte für die Signifikanz, jedoch sind auch diese weit von einem statistisch relevanten Signifikanzniveau entfernt ($p > 0,177$), wie der Tab. 14 entnommen werden kann. Wie bereits bei dem Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Wirkfaktoren und der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung angeführt, zeigen sich

auch hier wegen der geringen Fallzahlen lediglich Tendenzen. Bis auf den Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ ist bei allen anderen Wirkfaktoren erkennbar, dass die Patienten mit „niedrigen“ Wirkfaktoren einen geringeren Mittelwert des RCI aufweisen, als die Patienten mit „hohen“ Wirkfaktoren. Ebenso ist ersichtlich, dass Patienten mit hohen BDI-Werten und „hohen“ Wirkfaktoren klinisch relevante Behandlungserfolge ($M_{RCI} > 1,96$) erzielen, während dies bei Patienten mit „niedrigen“ Wirkfaktoren nicht immer der Fall ist. Die Hypothese 6-2 muss daher auch für die Depressivität verworfen werden.

Tab. 14 Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse: RCI_{BDI} in Abhängigkeit von der Ausprägung des BDI und der Wirkfaktoren

Ausprägung Wirkfaktor	Ausprägung BDI						F	df	p
	niedriger BDI			hoher BDI					
	N	M_{RCI}	SD	N	M_{RCI}	SD			
hohe Kohäsion	10	1,518	1,587	8	2,115	2,828	,580	1	,452
niedrige Kohäsion	8	,027	1,828	10	1,757	2,485			
hohe Problemaktualisierung	7	1,363	1,779	10	1,605	2,257	1,003	1	,324
niedrige Problemaktualisierung	11	,532	1,844	8	2,305	3,026			
hohe therapeutische Beziehung	10	1,323	1,275	10	2,223	2,661	,109	1	,743
niedrige therapeutische Beziehung	8	,271	2,280	10	1,670	2,670			
hohe positive Klärung	11	1,538	1,607	7	4,028	2,969	1,910	1	,177
niedrige positive Klärung	7	-,217	1,680	11	0,572	0,901			
hohe instrumentelle Gruppenbedingungen	9	1,422	1,143	9	3,254	3,008	1,317	1	,260
niedrige instrumentelle Gruppenbedingungen	9	,289	2,228	9	0,578	0,970			
hohe Therapiekooperation	10	1,215	1,262	8	3,335	3,205	1,593	1	,216
niedrige Therapiekooperation	8	,407	2,352	10	0,781	1,116			

* = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$

7.8 Zusammenhang zwischen der Anzahl der Komorbiditäten und der Veränderung der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen weisen eine hohe Anzahl an Komorbiditäten auf. In diesem Zusammenhang interessierte uns als Nebenbefund, ob es möglicherweise einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Komorbiditäten und der Veränderung der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depression gibt.

Es erfolgte eine Einteilung in 1-4 Diagnosen und 5-7 Diagnosen.

Mittels einer Varianzanalyse mit Messwiederholung wurde ein Zusammenhang zwischen den Diagnosegruppen und den Kennwerten für die allgemeine Symptombelastung und der Depression sowohl bei der Aufnahme (prä) und bei der Entlassung (post) geprüft.

Die Anzahl der Diagnosen beeinflusst maßgeblich die Ausprägung bzw. den Schweregrad der allgemeinen Symptombelastung. Dies wird bei den Prä- und Postmittelwerten deutlich (siehe Tab. 15). Jedoch interessierte hier auch, ob mit Zunahme der Diagnoseanzahl Unterschiede in der Veränderung der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung zu erwarten sind. Ein signifikanter Unterschied konnte dabei jedoch nicht festgestellt werden, wie ebenfalls der Tab. 15 entnommen werden kann.

Tab. 15 Ergebnisse der Varianzanalyse zum Einfluss der Anzahl der Diagnosen auf die allgemeine Symptombelastung (GSI)

GSI*Anzahl Diagnosen	Prä			Post			F	df	p
	N	M	SD	N	M	SD			
1-4 Diagnosen	8	1,31	0,64	8	0,66	0,59	0,41	1	0,526
5-7 Diagnosen	23	1,96	0,70	23	1,46	0,70			

* = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$

In der Abb. 9 ist die Abnahme der GSI-Werte für beide Patientengruppen dargestellt, wobei der nahezu parallele Verlauf der Geraden das Ergebnis der Signifikanzprüfung aus der Tab. 15 verdeutlicht.

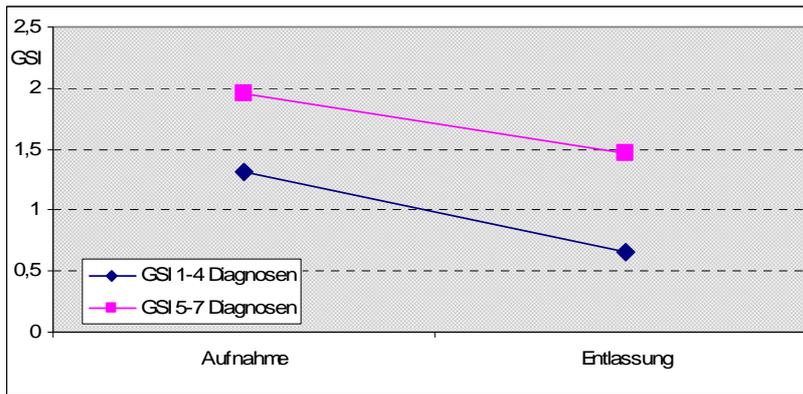


Abb. 9 GSI und Anzahl Diagnosen

Bezogen auf den BDI liefert die Varianzanalyse ein ähnliches Bild. Bei beiden Patientengruppen ist eine Abnahme der Depressivität zu verzeichnen.

Es konnte ebenfalls, unabhängig von der Diagnosenanzahl, eine signifikante Reduktion in der Ausprägung der Depressivität während des Therapieverlaufes ermittelt werden (siehe Tab.16).

Tab. 16 Ergebnisse der Varianzanalyse zum Einfluss der Anzahl der Diagnosen auf die Depressivität (BDI)

BDI*Anzahl Diagnosen	Prä			Post			F	df	p
	N	M	SD	N	M	SD			
1-4 Diagnosen	9	29,67	12,98	9	19,44	16,91	1,66	1	0,206
5-7 Diagnosen	27	31,93	9,33	27	26,81	10,73			

* = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$

Auch hier ist eine stärkere Abnahme der Depressivität bei den Patienten mit 1-4 Diagnosen zu verzeichnen, die in der Abb. 10 dargestellt ist. Die Reduktion der Ausprägung der Depressivität ist gegenüber der Reduktion bei den Patienten mit 5-7 Diagnosen jedoch nicht statistisch signifikant ($p = 0,206$).

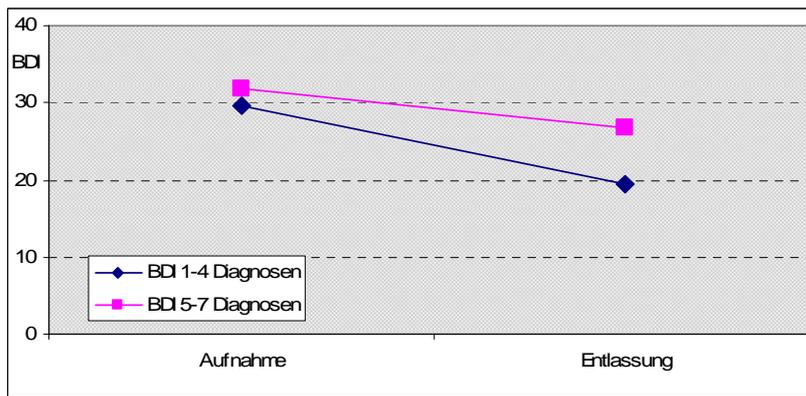


Abb. 10 BDI und Anzahl Diagnosen

Zur Absicherung obiger Ergebnisse wurde noch ein t-Test für unabhängige Stichproben zur Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen der Anzahl der Komorbiditäten und dem Behandlungserfolg RCI_{BDI} durchgeführt. Das Ergebnis ist in der Tab. 17 dargestellt.

Tab. 17 t-Test Anzahl Komorbiditäten und Behandlungserfolg RCI_{BDI}

RCI* Anzahl Diagnosen	RCI _{BDI}			F	df	p
	N	M	SD			
1-4 Diagnosen	9	2,217	3,058	1,661	1	0,206
5-7 Diagnosen	27	1,109	1,912			

* = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$

Auch hier wird ein Einfluss der Anzahl der Komorbiditäten sichtbar, da die Patienten mit 1-4 Diagnosen einen höheren Mittelwert des Behandlungserfolgs ($m_{RCI}=2,217$) aufweisen, als die Patienten mit der hohen Anzahl an Komorbiditäten ($m_{RCI}=1,109$). Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant ($p=0,206$).

8. Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst und die deskriptiven Befunde interpretiert und diskutiert. Zunächst wird der Verlauf der Wirkfaktoren betrachtet und erörtert. Im Anschluss daran werden die Behandlungsergebnisse und die Zusammenhänge zwischen den Wirkfaktoren dargestellt und mit anderen Studien verglichen. Abschließend wird der Einfluss der Komorbiditäten auf die allgemeine Symptombelastung und die Depressivität diskutiert.

8.1 Veränderung der Wirkfaktoren im Verlauf der Therapie

Für die zunächst durchgeführte Prä-Post-Betrachtung der Wirkfaktoren konnte bei den Wirkfaktoren „Therapiekoooperation“, „Instrumentelle Gruppenbedingungen“, „Positive Klärung“ hochsignifikante bzw. bei der „Therapeutische Beziehung“ signifikante Veränderungen beobachtet werden.

Die konservativere ANOVA mit Messwiederholung zeigt nur für die Wirkfaktoren „Therapiekoooperation“ und „Positive Klärung“ hochsignifikante Veränderungen zwischen den Mittelwerten der ersten und 12. Woche.

8.1.1 Therapeutische Beziehung

In den meisten Untersuchungen konnte ein kontinuierlicher Anstieg der therapeutischen Beziehung während des Therapieverlaufes ermittelt werden (Luborsky et al.; 1983; Marziali, 1984; Kivlighan und Shaughnessy, 1995; Stevens et al., 2007) Andere fanden ein intervallähnliches Modell, indem anfangs eine gute therapeutische Beziehung bestand, diese aber einbrach und sich zum Ende der Therapie wieder stabilisierte (Gelso und Carter, 1994). Es gibt aber auch Untersuchungen in denen keine Veränderungen der therapeutischen Beziehung während des Therapieverlaufes ermittelt werden konnte (Tichenor und Hill, 1989; Bachelor und, Salamé, 2000).

In unserer Untersuchung blieben die Werte zur therapeutischen Beziehung im Wesentlichen über den Therapieverlauf konstant. Dies überrascht zunächst, denn aufgrund der Persönlichkeitsstruktur wäre ein intervallartiger Verlauf durchaus plausibel gewesen. Dies zeigt, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung durchaus über einen längeren Zeitraum Kontinuität zeigen.

Die fehlende signifikante Veränderung der therapeutischen Beziehung während des Therapieverlaufes, lässt sich vermutlich auf das störungsspezifische Gruppenkonzept mit Schwerpunkt Psychoedukation zurückführen. Vermutlich erschwert das hochstrukturierte Vorgehen die Bildung der Therapeutischen Beziehung. Ein anderer Grund könnte sein, dass die Patienten die Therapiebeziehung zum Gruppentherapeuten als weniger wichtig bewerten und sie damit einen geringeren Stellenwert einnimmt als zum Einzeltherapeuten.

8.1.2 Instrumentelle Gruppenbedingungen

Der Wirkfaktor „Instrumentelle Gruppenbedingungen“, der sich aus den Subskalen „Kohäsion“ und „Therapiekoooperation“ zusammensetzt, stieg bei der Betrachtung der Prä- und Post-Werte signifikant an. Es erwies sich als methodisch richtig, die einzelnen Subskalen selektiv zu untersuchen, um so einzelne Effekte und Zusammenhänge differenzierter betrachten zu können. Aufgrund der bisherigen Forschungslage zur „Kohäsion“ hätte man davon ausgehen können, dass die Veränderungen der „Instrumentellen Gruppenbedingungen“ auf den Subwirkfaktor „Kohäsion“ zurückzuführen sei. Diese Annahme hat sich für die vorliegende Untersuchung jedoch nicht bestätigt. Die signifikante Zunahme der „Instrumentellen Gruppenbedingungen“ während des Therapieverlaufes resultiert bei der untersuchten Stichprobe aus dem Wirkfaktor „Therapiekoooperation“.

8.1.3 Kohäsion

Für den Wirkfaktor „Kohäsion“ konnte keine signifikante Änderung über den Therapieverlauf ermittelt werden. Im Vergleich zu den Ergebnissen von Taube-Schiff et al. (2007), die eine Kohäsionserhöhung über die Sitzungen hinweg beobachten, sind die Kohäsionsverlaufscharakteristiken dieser Arbeit möglicherweise auf das strukturierte, störungsspezifische Vorgehen in der Gruppenpsychotherapie mit dem Schwerpunkt der Psychoedukation und zum anderen auf die Patientengruppe, mit ihren starken Defiziten im Interaktions- und Beziehungsverhalten, zurückzuführen. Eine andere Ursache könnte sein, dass durch die Patientenpatenschaft (Patienten übernehmen für einen neuen Mitpatienten die Patenschaft), die Kohäsion bereits zu Beginn der Therapie so hoch bewertet wird, dass die Veränderung nicht mehr signifikant ausfällt.

Die Divergenzen der Ergebnisse von dieser Arbeit im Vergleich zu weiteren Veröffentlichungen (z.B. Yalom, 2001; van Andel et al., 2003) können auf verschiedene störungsspezifische, therapeutische, operationale und andere Faktoren zurückzuführen sein und fordern systematische Vergleichsarbeiten zur Klärung der Wirkungsart und der Wirkungsgröße der Kohäsion auf therapeutischen Erfolg.

8.1.4 Therapiekooperation

Dem Wirkfaktor „Therapiekooperation“ wird eine wichtige Rolle bei der Veränderungsmotivation und dem Therapieerfolg zugeschrieben [Bozok und Bühler, 1988]. Auch in dieser Untersuchung nahm die „Therapiekooperation“ bei der Betrachtung der Prä- und Post-Werte hochsignifikant zu. Bestätigt wird dies auch durch das signifikante Ergebnis der ANOVA mit Messwiederholung mit $F=3,20$ und $p=0,006$. Vor dem Hintergrund der Borderline-Symptomatik (u.a. Impulsivität) zeigt dieses Ergebnis, dass es unter einer kontinuierlichen Beobachtung und Förderung durch den Therapeuten und die Gruppe auch Patienten mit BPS gelingt, sich in der Therapie über einen längeren Zeitraum kooperativ zu verhalten. Dies spiegelt den hohen Stellenwert der Therapiekooperation als Teil der Instrumentellen Gruppenbedingungen bei störungsspezifischen Gruppenpsychotherapien wieder. Möglicherweise lässt sich der Anstieg auch vor dem Hintergrund der Komorbiditäten diskutieren, da es gerade Patienten mit Angststörungen erst später gelingt, ihre Therapiekooperation zu zeigen. Darüber hinaus können Patienten auch durch erste eigene Erfolge und dem Selbstwirksamkeitserleben intrinsisch motiviert sein, was zur Steigerung und Aufrechterhaltung der Therapiekooperation beiträgt. Diese potentiellen Erklärungen lassen sich auch mit der Meinung von Castonguay et al. (1996) vereinen, welche die emotionale Involviertheit des Patienten als Schlüssel zum therapeutischen Änderungsprozess sahen. Eine Involviertheit in die Therapie ist vermutlich einfacher, je gesünder die Patienten sind.

8.1.5 Positive Klärung

Der Wirkfaktor „Positive Klärung“ nimmt bei der Betrachtung der Prä- und Post-Werte hochsignifikant zu. Dies wird auch durch die ANOVA mit Messwiederholung

mit $F=4,54$ und $p=0,000$ untermauert. Gerade vor dem Hintergrund des Entstehungsmodells der Borderline-Symptomatik, in dem angenommen wird, dass Kinder aufgrund eines invalidierenden Umfeldes nicht lernen, emotionale Spannungen auszuhalten oder sich auf ihre eigenen emotionalen Reaktionen zu verlassen, ist es wichtig, dass sich die Patienten über plausible Modelle und die Bedeutungen ihres eigenen Problemverhaltens bewusst werden. Dies ist gerade bei der Behandlung von Borderline-Patienten ein wichtiges therapeutisches Ziel, um so dysfunktionale Verhaltensweisen, wie z.B. Selbstverletzungen, Dissoziationen oder Risikoverhalten, zu verändern. Dieser hochsignifikante Anstieg lässt den Schluss zu, dass das DBT-Konzept, insbesondere die Gruppenpsychotherapie, diesem Ziel gerecht wird. Vermutlich profitieren die Patienten hier insbesondere von den Verhaltensanalysen und dem Modul „Umgang mit Gefühlen“.

8.1.6 Problemaktualisierung

Die Veränderung des Wirkfaktors „Problemaktualisierung“ ist nicht signifikant. Der Verlauf der Mittelwerte gestaltet sich diskontinuierlich. Der Verlauf zeigt, dass der Wirkfaktor in der Anfangstherapiephase hoch bewertet wurde, zur Mitte abnahm und im letzten Drittel wieder auf das Anfangsniveau stieg.

Dies erscheint insofern plausibel, als das es vom 1. Behandlungstag an um die Identifizierung und Bearbeitung von Problemen und Problemverhalten geht. Im Verlauf der Therapie werden die Patienten darin unterstützt, neue Verhaltensfertigkeiten im Umgang mit intensiven Gefühlen, Problemen und Konflikten zu erlernen. Die Patienten setzen sich unter anderem mit Fragen, wie „Kann ich das Erlernte dauerhaft umsetzen?“ oder „Wie wird es am Arbeitsplatz oder außerhalb der Klinik weitergehen?“, auseinander. Parallel werden die Patienten durch Belastungserprobungen und den Einsatz neuer Problemlösestrategien und daraus resultierenden Erfahrungen auf die Entlassung vorbereitet.

8.2 Veränderung der allgemeinen Symptombelastung (GSI) und der Depressivität über den Therapieverlauf (Behandlungserfolg)

Während der 12wöchigen dialektischen Behandlung kam es im Verlauf der Therapie zu einer hochsignifikanten Verbesserung der allgemeinen Symptombelastung.

Zur Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung liegen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen unterschiedliche Ergebnisse vor. Die hier vorliegende Stichprobe unterscheidet sich im Vergleich zur Stichprobe von Konzag (2004) stark in der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung ($GSI_{prä} m=1,79$ vs. ($GSI_{prä} m=1,44$). Zurückgeführt werden diese Unterschiede möglicherweise darauf, dass neben der Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Anteil der narzisstischen Persönlichkeitsstörung bei Konzag (2004) mit 32,6% recht hoch war. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese Patientengruppe ihre allgemeine Symptombelastung eventuell niedriger einschätzte als Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen.

In einer Studie von Bohus (2004) zur Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung konnten jedoch fast identische GSI-Präwerte ($GSI_{prä} m=1,74$) und GSI-Postwerte ($GSI_{post} m=1,18$) ermittelt werden. Darüber hinaus erfüllten alle Patienten mindestens die Kriterien einer weiteren Störung. Diese Ergebnisse zeigen, dass aufgrund der multiplen Störungen das psychosoziale Funktionsniveau erheblich beeinträchtigt ist.

Die Effektstärke ($d=0,72$) für den GSI der SCL-90-R ist vergleichbar mit den Ergebnissen anderer Studien (Franz et al., 2000; Konzag et al., 2004) und könnte damit Hinweise auf die Effektivität der Gruppenpsychotherapie nach der dialektischen Verhaltenstherapie geben (Linehan, 1993; Körner und Dimeff, 2000; Bohus, 2004). Auch wenn die Veränderungen der GSI Prä- und Postwerte hochsignifikant sind und deutliche Beschwerdeverbesserungen erreicht werden konnten, ist ein Teil dieser Patientengruppe durch die Symptomatik weiterhin stark beeinträchtigt. Dies wurde bei der Unterteilung der Patientengruppe in „erfolgreiche“ (Gesunde) und „nicht erfolgreiche“ (Kranke) deutlich. Hier zeigte sich, dass 73% ($n=22$) der Patienten mit einer verbesserten allgemeinen Symptombelastung entlassen werden konnten und es lediglich bei 7% ($n=2$) zu einer Verschlechterung der allgemeinen Symptombelastung kam. Die Hypothese

1-1, die eine Reduzierung der allgemeinen Symptombelastung während des Therapieverlaufs postuliert, konnte damit bestätigt werden.

Ein fast identisches Bild zeigte sich auch bezüglich der Depressivität. Hier kam es während der dreimonatigen dialektischen Verhaltenstherapie ebenfalls zu einer hochsignifikanten Reduktion der depressiven Symptomatik ($BDI_{prä} m=31,36$ und $BDI_{post} m=24,97$). Für den klinischen Alltag bedeutete dies, dass sich die Patienten von der Symptomatik einer „schweren Depression“ in eine „mittelgradige Depression“ verbesserten und somit gut durch eine ambulante Therapie weiter unterstützt werden könnten. Auch hier war die Verbesserung der depressiven Symptomatik fast identisch mit den Untersuchungsergebnissen aus der Studie von Bohus (2004). Dies gilt sowohl für den Stichprobenumfang als auch für die BDI-Prä- und Postwerte.

Die Hypothese 1-2, die eine Reduzierung der depressiven Symptomatik während des Therapieverlaufs postuliert, konnte damit bestätigt werden.

8.3 Der Zusammenhang zwischen den Wirkfaktoren und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität (Behandlungserfolg)

Ein Ziel der vorliegenden Arbeit bestand in der Identifizierung der für den Behandlungserfolg relevanten Wirkfaktoren. In der vorliegenden Untersuchung veränderten sich im Verlauf der Gruppenpsychotherapie alle Wirkfaktoren, was sich zum großen Teil in der Literatur spiegelt (z.B. Stevens et al., 2007)). Dies ist höchstwahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass die Patienten sowohl interpersonelle Fortschritte zeigten als auch ihre Fertigkeiten im Umgang mit ihren Gefühlen verbesserten. Die Bedeutung der Wirkfaktoren für den Behandlungserfolg sollen im Folgenden diskutiert werden.

8.3.1 Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität

Der Wirkfaktor „Instrumentelle Gruppenbedingungen“, der sich im Berner Gruppen-Stundenbogen Version 93 (Grawe und Braun, 1994) aus den Subskalen „Kohäsion“ und „Therapiekoooperation“ zusammensetzt, stieg während des

Therapieverlaufes signifikant an. Hier konnte lediglich zu Beginn der Behandlung ein negativer Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ und der Depressivität ermittelt werden, jedoch nicht für die allgemeine Symptombelastung. Auch in der durchgeführten Korrelationsanalyse zwischen den Trendanteilen und der Änderung der Depressivität beziehungsweise der allgemeinen Symptombelastung konnten keine signifikanten Zusammenhänge ermittelt werden.

Aufgrund der bisherigen Forschungslage zur „Kohäsion“ (z.B. Taube-Schiff et al., 2007) hätte man davon ausgehen müssen, dass die Veränderungen der „Instrumentellen Gruppenbedingungen“ auf den Subwirkfaktor „Kohäsion“ zurückzuführen sind. Diese Annahme hat sich für die vorliegende Untersuchung jedoch nicht bestätigt. Die signifikante Zunahme der „Instrumentellen Gruppenbedingungen“ während des Therapieverlaufes resultiert bei der untersuchten Stichprobe aus dem Wirkfaktor „Therapiekoooperation“.

Der negative Zusammenhang, der zu Beginn der Therapie zwischen dem Wirkfaktor „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ und der Depressivität bestand, zum Ende der Therapie aber nicht aufrechterhalten werden konnte, ist ebenfalls auf den Wirkfaktor „Therapiekoooperation“ zurückzuführen.

8.3.2 Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Kohäsion“ und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität

Zur Überprüfung eines möglichen Zusammenhangs mit dem Behandlungserfolg wurde der Wirkfaktor „Kohäsion“ aus dem Wirkfaktor „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ herausoperationalisiert. Dies erschien insofern sinnvoll, da dadurch der Einfluss der „Kohäsion“ auf den Behandlungserfolg differenzierter untersucht werden konnte. Den überwiegenden Ergebnissen zufolge (Taube-Schiff et al., 2008; Anthony et al., 2007; Budman et al., 1990; Tschuschke et al., 1994; Strauß und Burgmeier-Lohse, 1995, van Andel et al., 2003) wäre ein Zusammenhang zwischen der „Kohäsion“ und dem Behandlungserfolg zu erwarten gewesen. In dieser Untersuchung konnte entgegen den Hypothesen 3-1 und 3-2 zwar eine Zunahme der Kohäsion jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen der „Kohäsion“ und der allgemeinen Symptombelastung oder der Depressivität

ermittelt werden. Gleiches gilt auch für die Korrelationen der Trendanteile mit den Änderungen der Depressivität und der allgemeinen Symptombelastung.

Auch in Untersuchungen von Oei et al., 2006; Lorentzen et al., 2004; Strauß und Burgmeier-Lohse, 1994 konnten keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Therapie-Outcome gefunden werden.

Dieses Ergebnis bedarf einer differenzierten Betrachtung. Die meisten Ergebnisse zum Effektivitätsnachweis der Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie liegen zu tiefenpsychologischen, psychoanalytischen oder gesprächspsychotherapeutischen Behandlungskonzepten vor (z.B. Budman et al., 1990; Tschuschke et al., 1994; Barber et al., 2000; Lorentzen et al., 2004; Van et al., 2008). Es liegen zwar auch Studien zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepten, deren Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte (z.B. Sipos und Schweiger, 2003; Constantino et al., 2005; Constantino und Smith-Hansen, 2008), vor, jedoch fehlen Studien zum Effektivitätsnachweis einzelner Wirkfaktoren in der Verhaltenstherapie bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere von der Borderline Persönlichkeitsstörung (vgl. Spinhoven et al., 2007).

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei dieser Stichprobe um eine störungsspezifische Patientengruppe mit Verhaltensdefiziten im Interaktions- und Beziehungsverhalten und einem niedrigen psychosozialen Funktionsniveau handelt, erscheint es nachvollziehbar, dass die Veränderung der zwischenmenschlichen Fertigkeiten einer schrittweisen Verhaltensänderung bedarf. Somit lässt sich das Ergebnis auch dahin diskutieren, dass die Zunahme des Wirkfaktors „Kohäsion“ während des Therapieverlaufes bereits auf Veränderungen im Umgang mit Gefühlen und dem Erwerb von zwischenmenschlichen Fertigkeiten hindeutet. Weiter ist zu berücksichtigen, dass sich Erfolge im Umgang mit interpersonellen Problemen und Verhaltensänderungen häufig erst nach dem stationären Aufenthalt, nämlich in der Alltagserprobung zeigen.

Ein anderer Grund für die untergeordnete Bedeutung des Wirkfaktors „Kohäsion“ könnte auf die Art der Gruppenpsychotherapie selbst zurückgeführt werden. Da es sich hier um eine störungsspezifische verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie mit dem Schwerpunkt der Wissens- und Fertigkeitsvermittlung (Psychoedukation) handelt, erscheint es nachvollziehbar,

Gelöscht: Diskussion der Ergebnisse

Gelöscht: Diskussion der Ergebnisse

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

dass dem Wirkfaktor eine geringere Bedeutung zu kommt, als bei gruppenspezifisch orientierten Gruppen. Durch das strukturierte Vorgehen und das Therapeutenverhalten wird der Wirkfaktor Kohäsion weniger gefördert und nimmt dementsprechend einen nachrangigen Stellenwert ein.

Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass die Entwicklung eines Wir-Gefühls (Kohäsion) in der Gruppe täglich erschwerten Bedingungen ausgesetzt ist. Durch Dissoziationen der Patienten ist häufig eine Unterbrechung der Gruppensitzung notwendig, so dass neben der Unruhe, der eigenen Betroffenheit, der Schuld- und Schamgefühle die Gruppendynamik bzw. der Gruppenprozess stetig unterbrochen wird. Dies erschwert die Bildung eines Wir-Gefühls.

Eine andere Ursache könnte sein, dass durch das Bezugspflegesystem und die Patientenpatenschaft (Patienten übernehmen für einen neuen Mitpatienten die Patenschaft) die Kohäsion bereits zu Beginn der Therapie sehr hoch bewertet wird, so dass die Veränderung nicht mehr signifikant ausfällt.

8.3.3 Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Therapiekoooperation“ und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität

Wie schon Bühler und Bozok (1988) in ihrer Studie feststellten, wird dem Wirkfaktor „Therapiekoooperation“ eine wichtige Rolle bei der Veränderungsmotivation zugeschrieben. Aus diesem Grund wurde der Wirkfaktor in dieser vorliegenden Untersuchung selektiv betrachtet.

Die „Therapiekoooperation“ stieg beim Vergleich der Prä- und Postmittelwerte über den Therapieverlauf hochsignifikant an. Dies bestätigt auch der lineare Trend des Wirkfaktors, der ebenfalls signifikant anstieg. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der „Therapiekoooperation“ und der allgemeinen Symptombelastung wurde jedoch knapp verfehlt (5,2%).

Die Korrelationsanalyse der Trendanteile des Wirkfaktors mit der Veränderung der allgemeinen Symptombelastung zeigt dagegen einen hochsignifikanten Zusammenhang des kubischen Trends. Das bedeutet, dass die Patienten denen es gelungen ist, in der Anfangsphase und zum Ende der Therapie eine hohe Therapiekoooperation aufzubauen, eine hohe Veränderung in der allgemeinen Symptombelastung erreichten.

Hierfür können mehrere Gründe diskutiert werden: Ein Grund könnte sein, dass

Gelöscht: Diskussion der Ergebnisse

Gelöscht: Diskussion der Ergebnisse

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

neben dem Willen zur Verhaltensänderung, die Erwartungen der Patienten bezüglich der Therapie Einfluss auf die allgemeine Symptombelastung haben (Høglend, 1996). Für eine geringere Therapiekooperation könnte sprechen, dass sich die Patienten zu Beginn der Therapie erst einmal einen Überblick verschaffen mussten und deshalb in ihrer Bereitschaft, sich auf etwas Neues einzulassen, zurückhaltender waren. Ein anderer möglicher Grund könnte in der hohen Komorbidität von Angststörungen (78%) begründet sein, so dass die Patienten mit sozialphobischen Ängsten ihre Motivation zu Beginn der Therapie nicht zeigen konnten und erst mit der Angstreduktion in der Gruppenpsychotherapie präsenter wurden.

Eine therapeutische Schlussfolgerung aus dem Ergebnis könnte sein, dass der Therapeut insbesondere zur Behandlungsmitte die Therapiekooperation erneut überprüft und gegebenenfalls noch mal Motivationsarbeit leistet, um den Wirkfaktor „Therapiekooperation“ zu fördern, denn häufig arbeiten Patient und Therapeut zum jetzigen Zeitpunkt intensiv an anderen Problemen.

Ein anderes statistisches Bild zeigt sich bezüglich der Depressivität. Hier konnte sowohl zu Beginn der Therapie als auch zum Ende der Therapie ein negativ signifikanter Zusammenhang ermittelt werden (siehe Kap.7.3.2).

Inhaltlich bedeutet dies, dass die „Therapiekooperation“ mit abnehmender Depressivität höher ausfiel und einen Einfluss auf den Behandlungserfolg bei der Depressivität hat. Dies bestätigt die Ergebnisse von Flückiger (2003), der den Wirkfaktor „Therapiekooperation“ bei Patienten mit Achse I-Störungen untersuchte.

Der negativ signifikante Zusammenhang zur Depression muss auch vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass gerade bei einer Depression zusätzlich Defizite in der sozialen Kompetenz, eine begrenzte Handlungsfähigkeit, Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Aktivitäten und vermutlich eine geringere Erwartungshaltung an die Therapiewirksamkeit vorliegen. Das Ergebnis zeigt, je höher die depressive Symptomatik ausfällt, desto schwieriger fällt es den Patienten sich kooperativ zu verhalten. Dieses Ergebnis lässt die Schlussfolgerung zu, dass eine wesentliche Hauptaufgabe des Therapeuten darin besteht, den Patienten in die Handlung (Aktivität) zu bringen und somit die Therapiekooperation kontinuierlich zu fördern und einzufordern. Untermauert wird

diese Schlussfolgerung durch die Ergebnisse der Korrelation der Trends mit der Änderung der Depressivität. Hier konnte eine tendenziell negative Korrelation ($p=0,091$) zwischen dem quadratischen Trend und ein tendenzieller Zusammenhang ($p=,061$) des kubischen Trends zur Änderung des BDI ermittelt werden. Die negative Korrelation des quadratischen Trends zeigt, dass diejenigen Patienten die zu Beginn und am Ende der Behandlung eine hohe Therapiekooperation aufweisen auch eine hohe Änderung der BDI-Werte haben und somit von der Therapie profitieren. Der tendenzielle Zusammenhang des kubischen Trends mit der Änderung der BDI-Werte zeigt, dass es einzelne Patienten gibt, die neben einer hohen Therapiekooperation im ersten Drittel der Behandlung auch am Ende der Behandlung hohe Werte der Therapiekooperation aufweisen und gleichzeitig von der Behandlung profitieren.

Meyer et al. (2002) konnte in einer Untersuchung mit depressiven Patienten einen signifikanten Zusammenhang zwischen deren Erwartungen und der Symptomlinderung nachweisen. Castonguay et al. (1996) betont die Rolle der emotionalen Involviert des Patienten als Schlüssel zum therapeutischen Änderungsprozess und eine Involviertheit in die Therapie, gelingt vermutlich einfacher je gesünder die Patienten sind.

8.3.4 Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität

Zu Beginn der Therapie besteht zwischen dem Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ und der allgemeinen Symptombelastung ein positiver Zusammenhang. Das bedeutet, dass bei hoher „Problemaktualisierung“ die allgemeine Symptombelastung ebenfalls hoch ist. Gegen Ende der Therapie verliert der Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ an Bedeutung, die Ausprägung nimmt ab und es besteht auch kein positiver Zusammenhang mehr. Aus der Studie von Flückiger et al. (2003) ist bekannt, dass eine abnehmende Beurteilung der Problemaktualisierung mit einem positiven Behandlungserfolg einhergeht. Das wird durch die vorliegende Untersuchung ebenfalls untermauert.

Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zeigen, dass der quadratische Trend hochsignifikant negativ mit der Änderung der allgemeinen Symptombelastung korreliert. Das heißt, dass Patienten mit einer hohen Ausprägung des Wirkfaktors

„Problemaktualisierung“ zu Beginn und am Ende der Behandlung auch über hohe Änderungswerte des GSI verfügen und somit von der Therapie profitieren.

Vor dem Hintergrund, dass es bei Behandlungsbeginn explizit um die Auseinandersetzung und Konfrontation mit dysfunktionalen Verhaltensweisen geht, erscheint es plausibel, dass der Wirkfaktor einen hohen Stellenwert zu Beginn der Behandlung einnimmt. Im Therapieverlauf erlernen die Patienten neue Verhaltensfertigkeiten im Umgang mit ihren Gefühlen, Konflikten oder Problemen. Die Auseinandersetzung mit bedrohlichen Gefühlen und Konflikten wird zur Mitte der Behandlung vermutlich durch den Einsatz neuer Problemlösestrategien als nicht mehr so schmerzlich erlebt. Die zum Ende wieder zunehmende Bedeutung des Wirkfaktors lässt sich vermutlich auf die bevorstehende Entlassung und damit einhergehende Unsicherheiten zurückführen. Denn häufig bestehen neben den psychotherapeutischen Problemen auch soziale Probleme wie z.B. Wohnungslosigkeit, Schulden oder Arbeitslosigkeit.

Fast identische Korrelationsergebnisse konnten auch bezüglich der Depressivität ermittelt werden. Hier bestand zu Beginn der Therapie ebenfalls ein positiver Zusammenhang, der zum Ende der Therapie nicht mehr bestätigt werden konnte. Es ist anzunehmen, dass mit der Reduktion der depressiven Symptomatik und dem Erwerb von neuen Problemlösestrategien, Probleme und Gefühle einerseits anders bewertet und andererseits besser gelöst werden können, so dass der Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ im Verlaufe der Therapie an Bedeutung verliert (Flückiger, 2003). Dies wird auch durch die signifikant negative Korrelation des quadratischen Trends mit der Änderung des BDI gestützt, die bestätigt, dass die Patienten, die zu Therapiebeginn und -ende hohe Werte der „Problemaktualisierung“ aufweisen, besonders hohe Änderungswerte des BDI haben. Dies deckt sich auch mit der klinischen Erfahrung, dass der Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ zum Ende der Therapie wieder an Bedeutung gewinnt, da die Patienten mit Entlassungsängsten, der Befürchtung professionelle Versorgung und Unterstützung zu verlieren und den bevorstehenden Veränderungen (berufliche Wiedereingliederung, betreutes Wohnen, etc.) konfrontiert werden. Die Aufgabe des Therapeuten besteht an diesem Punkt darin, die vermittelten

Problemlösestrategien bei den Patienten zu aktivieren, damit diese die neuen Herausforderungen zuversichtlich und optimistisch bearbeiten können.

Dem Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ kann damit eine wichtige Rolle zugeschrieben werden, weil die Veränderung des Wirkfaktors vermutlich Auskunft darüber gibt, inwieweit die Patienten vom Erwerb neuer Problemlösestrategien während der Therapie profitieren konnten. Darüber hinaus kann der signifikante Zusammenhang auch als ein Beleg dafür angesehen werden, dass die Gruppenpsychotherapieinhalte zur Aktivierung und Bearbeitung der Probleme beitragen und somit Veränderungen herbeiführen.

8.3.5 Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Positive Klärung“ und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität

Zu Beginn der Therapie zeichnete sich bereits eine Tendenz ab, die einen negativen Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Positive Klärung“ und der „allgemeinen Symptombelastung“ prognostizierte. Zum Ende der Therapie wurde der negative Zusammenhang hochsignifikant. Diese Ergebnisse stimmen im Wesentlichen mit denen von Flückiger (2003) überein, jedoch erzielte er in seiner Untersuchung nur Effekte und keine signifikanten Zusammenhänge. Dies kann höchstwahrscheinlich auf die unterschiedliche Stichprobe (Achse-I-Störungen) zurückgeführt werden. Für die vorliegende Stichprobe bedeutet das inhaltlich, dass die Patienten mit niedriger allgemeiner Symptombelastung eine hohe positive Klärung aufweisen und umgekehrt.

Die orthogonale Trendanalyse untermauert diese Befunde und zeigt über den signifikanten Zusammenhang zwischen dem kubischen Trend und der Änderung der allgemeinen Symptombelastung, dass die Patienten, die zu Beginn der Behandlung steigende Werte des Wirkfaktors haben, die dann zur Mitte abnehmen, um dann zum Ende wieder anzusteigen, auch über eine hohe Änderung der GSI-Werte verfügen.

Der hochsignifikante negative Zusammenhang zur „allgemeinen Symptombelastung“ bei der Entlassung lässt darauf schließen, dass es den

Patienten besser gelungen ist, sich über die Bedeutungen ihres Erlebens und Problemverhaltens bewusst zu werden und andere Bewertungsschemata vorzunehmen. Dies trägt vermutlich wesentlich zur Reduzierung ihrer allgemeinen Symptombelastung bei. Gerade bei der Behandlung von Borderline-Patienten ist das essentiell, um dysfunktionale Verhaltensweisen, wie z.B. Selbstverletzungen oder Risikoverhalten, zu reduzieren.

Es kann vermutet werden, dass die Patienten hier insbesondere von den Verhaltens- und Lösungsanalysen profitieren.

Im Umkehrschluss bedeutet dies natürlich auch, dass Patienten mit hoher allgemeiner Symptombelastung aufgrund der psychopathologischen Schwere auf den Wirkfaktor „Positive Klärung“ schlechter ansprechen.

Im Unterschied zur allgemeinen Symptombelastung lag bereits zu Beginn der Therapie ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Positive Klärung“ und der Depressivität vor. Gegen Ende der Therapie war dieser Zusammenhang hochsignifikant. Bei der durchgeführten orthogonalen Trendanalyse konnte ein negativer Zusammenhang zwischen dem quadratischem Trend und der Änderung der Depressivität ermittelt. Demnach profitieren die Patienten von der Therapie, die zu Behandlungsbeginn und am Ende über hohe Werte der „Positiven Klärung“ verfügen. Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass es einigen Patienten trotz der depressiven Symptomatik gelungen ist, sich frühzeitig mit ihren Erlebens- und Verhaltensweisen auseinander zu setzen. Ein Auftrag des Therapeuten für den klinischen Alltag ist es demzufolge, den Patienten trotz seiner depressiven Symptomatik früh mit dysfunktionalen Verhaltensweisen oder irrationalen Bewertungen zu konfrontieren. Genauso gilt es, zum Ende der Behandlung den durch die bevorstehende Entlassung wieder verstärkt auftretenden Befürchtungen und Ängsten entgegenzutreten.

8.3.6 Zusammenhang zwischen dem Wirkfaktor „Therapeutische Beziehung“ und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität

In der Literatur ist die Bedeutung der Beziehung zum Einzeltherapeuten für den Therapieverlauf und den Behandlungserfolg bzw. -misserfolg unumstritten (Koechel et al., 2000; Kern und Küchenhoff, 2000; Martin et al., 2000; Sammet et al., 2001; Schauenburg et al., 2001; Konzag et al., 2004; Botella et al., 2008).

In dem Übersichtsartikel von Martin et al. (2000) konnte neben dem Zusammenhang von der Beziehung zum Therapeuten mit dem Outcome auch nachgewiesen werden, dass dieser Zusammenhang von potentiellen Moderatorvariablen wie z. B. die Art der Messung des Outcomes oder der therapeutischen Beziehung, sowie Art der Behandlung, unabhängig ist. Stets zeigte sich ein konsistenter, wenn auch mäßiger, Zusammenhang zwischen der Beziehung zum Therapeuten und dem Behandlungserfolg. Dadurch stimmten die Autoren Martin et al. (2000) der Hypothese, die Beziehung zum Therapeuten sei therapeutisch wirksam (Henry und Strupp, 1994), zu.

Studien von Constantino und Smith-Hansen (2008); Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman und Arntz (2007) makieren die Bedeutsamkeit der Therapieanfangsphase für eine gute Therapieentwicklung. Klein et al. (2003) konnte in einer Stichprobe mit chronisch depressiven Patienten zeigen, dass die frühe Beziehung zum Therapeuten signifikante Veränderungen der depressiven Symptome vorhersagte.

In unserer Untersuchung konnte bereits zu Beginn als auch zum Ende der Therapie ein hochsignifikant bzw. signifikant negativer Zusammenhang zur allgemeinen Symptombelastung ermittelt werden. Offensichtlich trägt eine gute therapeutische Beziehung zur Veränderung von Bewertungsprozessen bei, so dass sich Patienten durch ihre vorhandenen Probleme weniger belastet fühlen. Dies führt möglicherweise dazu, dass es den Patienten wiederum leichter gelingt, therapeutische Beziehungsangebote des Gruppentherapeuten wahrzunehmen und darauf zu reagieren. Vor diesem Hintergrund kommt es höchstwahrscheinlich schneller und intensiver zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung und zur objektiveren Bewertung der therapeutischen Beziehungsqualität.

Interessante Ergebnisse liefert auch die orthogonale Trendanalyse. Hier konnte bei den Korrelationen der Trendanteile und der allgemeinen Symptombelastung ein statistischer Trend ($p=0,76$) zwischen dem kubischen Trend und der Änderung der allgemeinen Symptombelastung ermittelt werden. Dies bedeutet, dass Patienten, die nach einer anfänglichen Steigerung der „Therapeutischen Beziehung“ diesen Wirkfaktor zur Mitte der Behandlung wieder geringer bewerten, um ihn dann zum Ende der Therapie erneut höher einzuschätzen, auch über eine größere Änderung des GSI aufweisen und somit mehr von der Therapie profitieren, als die Patienten, bei denen der kubische Trend nicht so ausgeprägt ist.

Dies lässt möglicherweise folgende Interpretationen zu: Zum einen könnte die untergeordnete Rolle der „Therapeutischen Beziehung“ zur Mitte dadurch erklärt werden, dass jetzt andere Themen im Vordergrund des therapeutischen Geschehens stehen, wie z.B. die Auseinandersetzung mit dem Störungsbild oder dysfunktionalen Verhaltensweisen. Diese schmerzlichen Auseinandersetzungen mit den Themen, aber auch die ständige Konfrontation des Therapeuten könnten subjektiv als Einbruch der Therapeutischen Beziehungen erlebt werden. Patienten könnten sich z.B. durch die Konfrontation mit ihren dysfunktionalen Verhaltensweisen und daraus resultierenden dysfunktionalen Bewertungen als abgelehnt, als schlecht, als wertlos oder gekränkt fühlen. Der Einbruch der „Therapeutischen Beziehung“ kann natürlich auch durch die Psychopathologie der Störung wie z.B. Stimmungsschwankungen, Abwertung oder Idealisierung charakterisiert sein. Der Anstieg der „Therapeutischen Beziehung“ zum Ende erfolgt vermutlich durch neu erlernte Bewertungsschemata und Problemlösestrategien.

Trotz der bestehenden Zusammenhänge konnte für den Wirkfaktor „Therapeutische Beziehung“ der erwartete Effektivitätsnachweis nicht erbracht werden.

Entgegen den Studien von Barber et al. (2000); Hardy et al. (2001) und Howord et al. (2006) mit depressiven Patienten, konnte in unserer Untersuchung kein Zusammenhang zwischen den Prä-Post-Korrelationen der Depressivität und dem Wirkfaktor oder zwischen den Korrelationen der Trendanteile ermittelt werden.

Vermutlich lässt sich der fehlende Zusammenhang zu Beginn der Therapie auf die Ausprägung der Depressivität und damit einhergehenden Beeinträchtigungen (Affekte, Kognitionen, etc.) zurückführen.

Eine andere Ursache dafür könnte sein, dass die Behandlung der Depression nicht allein durch eine gute therapeutische Beziehung geprägt wird, sondern es vielmehr um den Aufbau von Aktivitäten geht, um positive Erfahrungen zu schaffen, die dann zu einer Veränderung des Selbstwirksamkeitserleben und der depressiven Bewertungsschemata führen.

8.4 Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Wirkfaktoren und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität

Um den Einfluss der Ausprägung eines Wirkfaktors auf die allgemeine Symptombelastung untersuchen zu können, wurden univariate zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholungen durchgeführt. Zuvor wurden die Wirkfaktoren in ihrer Ausprägung nach „hoch“ und „niedrig“ durch einen Cut-off-Mittelwert eingeteilt.

Entgegen den Erwartungen, konnte kein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Wirkfaktoren und der Reduktion der allgemeinen Symptombelastung ermittelt werden. Bei differenzierter Betrachtung erklärt sich das durch die geringen Mittelwertunterschiede, was diagnostisch die Patientenhomogenität dieser Stichprobe widerspiegelt. Inhaltlich bedeutet dies, dass die Wirkfaktoren zwar durch den Cut-off-Mittelwert eingeteilt wurden, dass dies aber weder statistisch noch klinisch eine Rolle spielt, da die Ausprägungsunterschiede der Wirkfaktoren minimal sind.

Die *Hypothese 4-1* muss damit verworfen werden.

Ein anderes Bild zeigt sich bezüglich der Depressivität. Hier wurde bei mehreren Wirkfaktoren ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung und der Depressivität ermittelt. Erwartungsgemäß fällt es den Patienten mit geringer depressiver Symptomatik leichter, sich mit den Therapieinhalten auseinanderzusetzen und von diesen zu profitieren. Dies zeigt sich besonders bei den Patienten mit einer hohen Ausprägung der „Instrumentellen Gruppenbedingungen“, der „Therapiekooperation“ und der „Positiven Klärung“, da sich diese signifikant in der

Verbesserung der Depression von den Patienten mit einer niedrigen Ausprägung bei diesen Wirkfaktoren unterscheiden.

Als stabile Prädiktor-Variable zur Depressivität erwies sich der Wirkfaktor „Positive Klärung“. Hier bestand sowohl zu Beginn (Prä $p=0,005$) als auch zum Ende (Post $p=0,012$) der Therapie ein hochsignifikanter bzw. signifikanter Zusammenhang. Inhaltlich bedeutet dies, dass Patienten mit einer hohen Ausprägung des Wirkfaktors „Positive Klärung“ zum Ende der Therapie wesentlich niedrigere Depressionswerte aufweisen als Patienten mit einer niedrigen Ausprägung des Wirkfaktors „Positive Klärung“. Gleiches gilt für die Wirkfaktoren „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ und „Therapiekooperation“.

Für die Wirkfaktoren „Therapiekooperation“, „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ und „Positive Klärung“ kann die Hypothese 4-2 in Bezug auf die Depressivität bestätigt werden.

Wenn man die Irrtumswahrscheinlichkeit bis $p=,15$ noch als Trend betrachtet, dann ergibt sich ein Zusammenhang zwischen der „Kohäsion“ und der Depression.

8.5 Prädiktive Bedeutung der Wirkfaktoren auf den Behandlungserfolg

In einer schrittweisen multiplen Regressionsanalyse wurde die prädiktorische Bedeutung der Wirkfaktoren für den Behandlungserfolg geprüft. Hierzu liegen unterschiedliche Ergebnisse, insbesondere zur „Therapeutischen Beziehung“, vor. In einigen Studien (Bassler et al., 1995; Svensson und Hansson, 1999; Kern und Küchenhoff, 2000; Klein et al., 2003; Konzag et al., 2004; Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman und Arntz, 2007; Constantino und Smith-Hansen, 2008) erwies sich dieser Wirkfaktor bereits nach 2-6 Wochen als relevanter Prädiktor für den späteren Behandlungserfolg. In anderen Studien hingegen konnte ein kontinuierlicher Anstieg zwischen der „Therapeutischen Beziehung“ und dem Behandlungserfolg festgestellt werden (Luborsky et al., 1983; Marziali et al., 1984; Konzag et al., 2004; Stevens, Muran, Safran, Gorman und Winston (2007).

Entgegen der Erwartungen konnte keiner der Wirkfaktoren „Therapeutische Beziehung“, „Instrumentelle Gruppenbedingungen“ und „Problemaktualisierung“ als Prädiktor-Variable für den Behandlungserfolg identifiziert werden, so dass die Hypothese 5 verworfen werden muss.

Gelöscht: Diskussion der Ergebnisse

Gelöscht: Diskussion der Ergebnisse

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Als Prädiktor-Variable für den Behandlungserfolg, gemessen an der Depressivität, wurde der Wirkfaktor „Positive Klärung“ ermittelt, der den Patienten darin unterstützt, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens klar zu werden. Dieses Ergebnis ist zunächst als überraschend zu bezeichnen.

Bei genauerer Betrachtung spiegelt dies jedoch genau das störungsspezifische Vorgehen und die Pathologie der Störung, nämlich die Defizite in der Emotions- und Verhaltensregulation, wieder. Es scheint den Patienten offensichtlich leichter zu fallen, sich zunächst mit ihrem Problemverhalten auseinanderzusetzen, als mit ihren Gefühlen. Hierfür ist es zuvor zwingend notwendig, sich über das individuelle Störungsmodell und über dysfunktionale Verhaltensweisen bewusst zu werden. Dies erfolgt durch die Wissensvermittlung und das Verhaltenstraining in der Gruppe und stellt das vorrangige Ziel der störungsspezifischen Gruppenpsychotherapie dar. Die Bearbeitung intrapsychischer und interpersoneller Konflikte sowie die Korrektur dysfunktionaler Kognitionen und der daraus resultierenden Gefühle unterliegen dagegen einem zeitlich längeren Therapieprozess.

Aus dieser Perspektive erscheint die prädiktive Bedeutung des Wirkfaktors „Positive Klärung“ auf den Behandlungserfolg nachvollziehbar. Dies lässt die Interpretation zu, dass die anderen Wirkfaktoren vermutlich erst durch einen längeren Zeiteffekt an prädiktiver Relevanz zugenommen hätten.

Eine andere Erklärung für diese Ergebnisse könnte sein, dass der schrittweise Erwerb im Umgang mit Gefühlen (Emotionsmanagement) von den Patienten, beispielsweise durch das dichotome Denken (gut vs. schlecht), verfälscht bewertet worden ist und Teilfortschritte nicht wahrgenommen werden konnten. Dies würde auch erklären, warum die Wirkfaktoren „Problemaktualisierung“ und „Positive Klärung“ zum Zeitpunkt der Untersuchung einen höheren Stellenwert einnahmen, als die Wirkfaktoren „Kohäsion“ und „Therapeutische Beziehung“. Denn gerade bei der Behandlung von Borderline-Patienten ist es wichtig, dass die Patienten lernen, sich über die Bedeutung ihres Erlebens und Verhaltens klar zu werden. Erst wenn der Patient sich über sein problematisches Verhalten bewusst ist, kann eine Verhaltensänderung erfolgen.

8.6 Zusammenhang zwischen der Symptomausprägung (GSI, BDI), der Wirkfaktorenausprägung und dem Behandlungserfolg

Zur Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen der Ausprägung der Wirkfaktoren und der Symptomausprägung und dem Behandlungserfolg wurden sowohl die Wirkfaktoren als auch die allgemeine Symptombelastung und Depressivität in zwei Gruppen eingeteilt.

Entgegen den Erwartungen stehen die Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität, die Ausprägung der Wirkfaktoren und der Behandlungserfolg in keinem Zusammenhang. Das kann mit großer Wahrscheinlichkeit damit erklärt werden, dass die Fallzahlen (N=3 bis N=11) zu gering sind und somit statistische Zusammenhänge nicht deutlich werden.

Die Hypothesen 6-1 und 6-2, die einen Zusammenhang zwischen der Symptomausprägung (GSI und BDI) und der Ausprägung der Wirkfaktoren postulieren, müssen damit verworfen werden.

8.7 Zusammenhang zwischen der der Anzahl der Komorbiditäten und der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität

Abschließend wurde in dieser Untersuchung geprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Komorbiditäten und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Depressivität gibt. Wie aus anderen Studien bekannt ist (Zanarini et al., 1998; Konzag et al., 2004), ist die Anzahl komorbider Störungen bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung besonders hoch. In der vorliegenden Arbeit lagen bei allen Patienten komorbide Störungen vor. Aus diesem Grund wurde die Stichprobe in zwei Gruppen mit 1-4 und 5-7 Diagnosen geteilt. Gemäß der klinischen Erfahrung wäre zu erwarten gewesen, dass die Patientengruppe mit höherer Diagnoseanzahl eine niedrige Reduktion der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität erreicht, da diese Patienten in den Bereichen Kognitionen, Affekte und Wahrnehmungen stärker beeinträchtigt sein dürften, als die Patienten mit geringerer Diagnoseanzahl.

Dies konnte jedoch nicht bestätigt werden, da in beiden Diagnosegruppen ähnliche Therapieeffekte in der Veränderung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität erzielt worden sind. Schon Lorentzen et al. (2004) wiesen

Gelöscht: Diskussion der Ergebnisse

Gelöscht: Diskussion der Ergebnisse

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

darauf hin, dass Komorbiditäten nicht zwingend schlechtere Therapieergebnisse bewirke.

Bemerkenswert ist, dass die Patientengruppe mit der geringen Komorbidität mit $M_{GSIpost} = ,66$ unter den Cut-off von 0,83 gelangt ist und somit als gesund betrachtet werden kann. Die Patientengruppe mit der hohen Komorbidität hat sich zwar ebenfalls sehr stark verbessert, kann jedoch den Sprung unter den Cut-off nicht schaffen, da das Ausgangsniveau wesentlich höher ist.

Inhaltlich lässt sich daraus ableiten, dass unabhängig von der Anzahl der Komorbiditäten und der damit verbundenen Beeinträchtigungen, alle Patienten von der störungsspezifischen Gruppenpsychotherapie der dialektischen Verhaltenstherapie profitierten.

9. Abschließende Diskussion und Ausblick

Während der dreimonatigen stationären störungsspezifischen dialektischen Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt Gruppenpsychotherapie, in der es vorrangig um die Wissensvermittlung und das Fertigkeitstraining geht, konnten die allgemeine Symptombelastung und die Depressivität hochsignifikant reduziert werden. Diese Ergebnisse werden auch durch Untersuchungen von Linehan (1993); Bohus (2004) und Kröger (2006) bestätigt.

Bisherigen Studienergebnissen und klinischen Erfahrungen zufolge wurde den klassischen therapeutischen Wirkfaktoren „Therapeutische Beziehung“ und „Kohäsion“ sowohl in der Einzeltherapie als auch in der Gruppenpsychotherapie für den Behandlungserfolg eine bedeutende Rolle zugeschrieben (siehe Kap.4.2 und 4.3.1). Diese erwiesen sich ebenfalls häufig auch als Prädiktoren. Dies ließ sich in der vorliegenden Untersuchung nicht in dem erwarteten Ausmaß bestätigen. Die Ergebnisse in der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass der Wirkfaktor „Kohäsion“ von untergeordneter Bedeutung ist und dass die Patienten eher von den interventionsspezifischen Wirkfaktoren („Positive Klärung“) profitieren als von den instrumentellen Wirkfaktoren („Kohäsion“), mit Ausnahme der „Therapiekoooperation“. Die untergeordnete Bedeutung des Wirkfaktors „Kohäsion“ lässt sich zum einen durch das störungsspezifische Gruppenkonzept und zum anderen durch die Psychopathologie der Störung erklären. Insofern sind die Ergebnisse vor allem vor dem Hintergrund des Störungsbildes differenzierter zu betrachten. Es ist psychotherapeutisch erklärbar und erwünscht, dass die Bearbeitung intrapsychischer und interpersoneller Konflikte sowie die Korrektur dysfunktionaler Kognitionen und daraus resultierender Verhaltensänderungen einem zeitlichen Therapieprozess unterliegen. Dabei scheint es möglicherweise eine bestimmte Abfolge von Prozess- und Veränderungsschritten zu geben. Hier scheinen die Patienten im ersten Schritt durch die interventionsspezifischen Wirkfaktoren („Positive Klärung“, „Problemaktualisierung“) zu profitieren, um sich dann im nächsten Schritt mit ihren Gefühlen auseinanderzusetzen. Dies bedarf jedoch eines zeitlich längeren Prozesses. Dies würde auch den kontinuierlichen Anstieg der Wirkfaktoren über den Therapieverlauf erklären. Insofern ist es auch inhaltlich nachvollziehbar, warum die Wirkfaktoren „Problemaktualisierung“ und „Positive Klärung“ einen höheren Stellenwert einnehmen, als der Wirkfaktor

„Kohäsion“ Zum anderen wird durch die störungsspezifische Gruppenpsychotherapie und dem Therapeutenverhalten der Wirkfaktor „Kohäsion“ weniger gefördert und nimmt dementsprechend einen anderen Stellenwert, als bei gruppenspezifisch orientierten Gruppenpsychotherapien, ein.

Im Unterschied zur Einzeltherapie konnte für diese Untersuchung gezeigt werden, dass der Faktor „Positive Klärung“, der den Patienten darin unterstützt, sich über plausible Modelle und Bedeutungen ihres eigenen Problemverhaltens bewusst zu werden, im Vordergrund steht, da er sich in der Regressionsanalyse als dominant erwiesen hat.

Bei genauerer Betrachtung spiegelt dies jedoch das störungsspezifische gruppentherapeutische Vorgehen und die Pathologie der Störung wieder. Gerade vor dem Hintergrund des Entstehungsmodells der Borderline-Symptomatik, in dem angenommen wird, dass Kinder aufgrund eines invalidierenden Umfeldes nicht lernen, emotionale Spannungen auszuhalten oder sich auf ihre eigenen emotionalen Reaktionen zu verlassen, ist es wichtig, dass Patienten sich über plausible Modelle und die Bedeutungen ihres eigenen Erlebens und Problemverhaltens bewusst werden. Dies ist gerade bei der Behandlung von Borderline-Patienten ein wichtiges therapeutisches Ziel, um so dysfunktionales Erleben und Verhalten, wie z.B. heftige emotionale Krisen, Selbstverletzungen, Dissoziationen oder Risikoverhalten, zu verändern. Diese Umstände können erklären, warum sich der therapeutische Wirkfaktor „Positive Klärung“ unter diesen spezifischen Bedingungen als bedeutsamer erweist als andere Wirkfaktoren.

Entgegen den Erwartungen konnte zwischen der Ausprägung der Wirkfaktoren, hier erfolgte eine Dichotomisierung der Wirkfaktoren in „hoch“ und „niedrig“, und der Veränderung der allgemeinen Symptombelastung kein Zusammenhang ermittelt werden. In Bezug auf den Parameter Depression konnte ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Wirkfaktoren und der Depression gezeigt werden. Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass mit abnehmender depressiver Symptomatik zum einen die Wirkfaktoren als hilfreicher bewertet worden sind und zum anderen es den Patienten, wahrscheinlich trotz der Borderline-Persönlichkeitsstörung, besser gelingt, sich auf die Verhaltens- und Beziehungsebene einzulassen.

In einem nächsten Schritt wurde die Stichprobe in eine Gruppe mit „hoch“ ausgeprägten Symptomen versus „niedrig“ ausgeprägten Symptomen geteilt und

anschließend mit den dichotomisierten Ausprägungen der Wirkfaktoren korreliert. Die Ergebnisse überraschen insofern, als dass keine Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Symptome (BDI, GSI) und den Wirkfaktoren ermittelt werden konnten. Möglicherweise kann das damit erklärt werden, dass die Fallzahlen (N=3 bis N=11) zu gering waren und statistische Zusammenhänge dadurch nicht gefunden werden konnten.

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen jedoch einige Aspekte berücksichtigt werden. Methodisch ist anzumerken, dass die Erhebung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität durch Selbstbeurteilungsinstrumente erfolgte, wodurch Effekte, wie z.B. Übertreibung oder Untertreibung der Symptome, oder das Konstrukt „soziale Erwünschtheit“, trotz dem Entgegenwirken das alles anonymisiert wird, nicht ausgeschlossen werden können. Ein weiterer Kritikpunkt stellt die fehlende Katamnese dar. Hierdurch wäre eine Überprüfung der erlernten Problemlösestrategien, wie z.B. die Reduktion von Selbstverletzungen oder Verbesserungen der interpersonellen Fertigkeiten im Alltag, möglich. So kann z.B. nicht ausgeschlossen werden, dass sich durch die Veränderung des sozialen Umfeldes (Einzug in eine betreute Wohneinrichtung) weitere Behandlungserfolge einstellen oder ausbleiben. Deshalb stellt eine fehlende Nachuntersuchung auch immer einen Verlust von Informationen dar.

Des Weiteren wird die Erhebung der Wirkfaktoren aus Patientensicht in der Literatur problematisch diskutiert (Cabral et al., 1975; Tress et al., 2000), weil dadurch die Aussagekraft dieser Arbeit auf das subjektive Erleben der Patienten eingeschränkt ist und somit nicht generalisiert werden kann. Zum Berner Gruppen-Stundenbogen ist anzumerken, dass trotz der guten bis sehr guten Reliabilitäten (Cronbachs Alpha $\alpha_{\min}=.80$, $\alpha_{\max}=.96$) der Items, dieser vergleichsweise selten zur Erfassung von Gruppenwirkfaktoren eingesetzt worden ist, so dass Vergleiche mit anderen Studien nur sehr begrenzt vorgenommen werden konnten. Abschließend muss berücksichtigt werden, dass es aufgrund der begrenzten Stichprobe von N=37 zu einer Einschränkung der statistischen Power kommen kann. Das bedeutet, dass möglicherweise Zusammenhänge wegen des zu kleinen Stichprobenumfangs nicht gefunden werden konnten.

Darüber hinaus wäre es für das Untersuchungsdesign wissenschaftlich sinnvoller gewesen, die Gruppenpsychotherapie losgelöst von der Einzeltherapie zu vergleichen. Aus therapeutischen und vor allem aus ethischen Gründen wäre dies

jedoch nicht vertretbar gewesen. Das hätte bedeutet, einigen Patienten die Gruppenpsychotherapie, die Hauptbestandteil der Therapie ist, vorzuenthalten bzw. zu verweigern. Methodisch wäre es zu dem auch nicht hilfreich gewesen, den Patienten beispielsweise nur eines der beiden Therapieangebote für ca. 6 Wochen anzubieten, da ansonsten der Untersuchungs- und Prozessverlauf der Wirkfaktoren zu kurz gewesen wäre.

Trotz der beschriebenen Einschränkungen kann angenommen werden, dass mittels der vorliegenden Untersuchung gezeigt werden konnte, dass die dialektische Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt Gruppenpsychotherapie die Symptomatik in klinisch relevanter Weise reduzierte. Die Fragen nach der Effektivität der Wirkfaktoren konnte jedoch nicht zufriedenstellend beantwortet werden.

Für zukünftige Forschung wird impliziert, in der Literatur bereits diskutierte Mediatoreffekte der Wirkfaktoren (z.B. Hardy et al., 2001), aber auch auf Wirkfaktoren (z.B. Cloitre et al., 2004), zu untersuchen. Eine systematische Übersichtsarbeit wäre von hoher Relevanz um einen Vergleich zwischen Patienten- Therapeuten- und objektive Bewertungen der Wirkfaktoren (vgl. Rozmarin et al., 2008) erzielen, da in der vorherrschenden Literatur keine Konkordanz darüber herrscht. Die zentrale methodische Schlussfolgerung der vorliegenden Arbeit besteht in der Erkenntnis, dass zum einen größere Stichprobenumfänge vorliegen sollten und zum anderen die Patienten zur Nachbehandlung oder im Rahmen der Intervallbehandlung erneut das Studiendesign durchlaufen und Follow-up Studien folgen sollten. Dies wäre wichtig, um einerseits den gegenwärtigen Behandlungserfolg zu überprüfen und andererseits wäre zu vermuten, dass durch den Zeiteffekt und der weiteren Vermittlung von Fertigkeiten in der Emotionsregulation und interpersoneller Fähigkeiten, die Wirkfaktoren an Relevanz zunehmen würden. Denn aus Sicht der Autorin reicht, aufgrund des komplexen Störungsbildes, häufig ein stationärer Aufenthalt nicht aus, um lang erworbene, dysfunktionale Verhaltensmuster und Interaktionsstörungen zu korrigieren.

10. Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung wurde zum einen die Effektivität der Gruppenpsychotherapie nach dem DBT-Konzept und zum anderen der Verlauf der Wirkfaktoren untersucht. Ebenso wurde der Zusammenhang zwischen den Wirkfaktoren und dem Behandlungserfolg als auch die prädiktive Bedeutung der einzelnen Wirkfaktoren auf den Behandlungserfolg betrachtet. Über einen Zeitraum von 12 Monaten wurden N=37 Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die mittels dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV, Achse II, Persönlichkeitsstörungen (SKID II, Fydrich et al., 1997) erhoben wurden, in die Studie eingeschlossen. Für die Datenerhebung wurde der Gruppen-Stundenbogen Version 1993 (Grawe und Braun 1994) verwendet, der von den Patienten nach jeder Gruppenpsychotherapiestunde (3xWo.) ausgefüllt wurde. Die allgemeine Symptombelastung wurde durch die Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke et al., 1995) und die Depressivität durch den Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger et al., 1995) jeweils zu Beginn und am Ende der Behandlung erfasst.

Unter der 12wöchigen dialektischen Verhaltenstherapie, mit Schwerpunkt Gruppenpsychotherapie, konnte sowohl die allgemeine Symptombelastung ($GSI_{prä}=1,79$, $GSI_{post}=1,25$) als auch die Depressivität ($BDI_{prä}=31,36$; $BDI_{post}=24,97$) hochsignifikant reduziert werden.

Für die Wirkfaktoren „Positive Klärung“ und „Therapiekooperation“ konnten signifikante beziehungsweise hochsignifikante Veränderungen über den 12wöchigen Behandlungszeitraum ermittelt werden.

Die zu erwartende Zusammenhänge zwischen den Wirkfaktoren, insbesondere der „Kohäsion“ und der „Therapeutischen Beziehung“, und dem Behandlungserfolg ließen sich nicht in dem erwartenden Ausmaß bestätigen. Es konnten zwar Zusammenhänge zwischen der allgemeinen Symptombelastung und der „Therapeutischen Beziehung“ nachgewiesen werden, jedoch konnte kein Effektivitätsnachweis für diese Wirkfaktoren erbracht werden. Als Prädiktor für den Behandlungserfolg bei der Depressivität wurde der Wirkfaktor „Positive Klärung“ ermittelt. Die untergeordnete Bedeutung der „Kohäsion“ und der „Therapeutischen

Gelöscht: Zusammenfassung
Gelöscht: Zusammenfassung
Formatiert: Schriftart: Kursiv
Formatiert: Schriftart: Kursiv

Beziehung“ für den Behandlungserfolg lässt sich möglicherweise auf die spezifische Gruppenpsychotherapie mit Schwerpunkt Psychoedukation und Skillvermittlung bzw. -training und auf die Psychopathologie der Störung zurückführen. Diese Ergebnisse sprechen eher für den Effektivitätsnachweis der interventionsspezifischen Wirkfaktoren („Positive Klärung“).

Diese Ergebnisse untermauern die Effektivität der Gruppenpsychotherapie nach dem DBT-Konzept für die stationäre Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Um die Zusammenhänge zwischen den Wirkfaktoren und dem Behandlungserfolg im Bereich der Persönlichkeitsstörungen weiter spezifizieren zu können, sind Untersuchungen an größeren Stichproben und Kontrollgruppen notwendig. Darüber hinaus sollten die Stichproben im Rahmen der Intervallbehandlung das Studiendesign erneut durchlaufen und Follow-up Studien folgen, um den Therapiestand zu überprüfen. Vermutlich wird durch den Zeiteffekt und die weitere Vermittlung von Fertigkeiten, insbesondere in der Emotionsregulation, die Effektivität der Wirkfaktoren „Kohäsion“ und „Therapeutische Beziehung“ weiter steigen, wodurch diese höchstwahrscheinlich dann auch als Outcome-Variablen nachweisbar wären.

11. Literaturverzeichnis

Bachelor A, Salamé R: Participants perceptions of dimensions of helping alliance over the course of therapy. J Psychother Pract Res 9: 39-53, 2000

Baldwin SA, Wampold BE, Imel ZE: Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. J Consult Clin Psychol 75/6: 842-852, 2007

Barber JP, Luborsky L, Gallop R et al.: Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. J Consult Clin Psychol 69/1: 11-124, 2001

Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P et al.: Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. J Consult Clin Psychol 68/6: 1027-1032, 2000

Bassler M, Hoffmann SO: Die therapeutische Beziehung im Rahmen von stationärer Psychotherapie. Psychother Psychosom med Psychol 43: 325–332, 1993

Bassler M (Hrsg): Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2000

Bateman AW, Fonagy P: Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. Br J Psychiatry. 177: 138-43, 2000

Beck AT, Stern RA: Beck-Depressions-Inventar (BDI) Testhandbuch. Hautzinger M; Bailer M; Worall H; Keller F (Hrsg): Dt. Bearbeitung. Bern: Verlag Hans Huber, 1994

Bednar RL, Kaul TJ: Experimental group research. Current perspectives: In Bergin E, Garfield SL. (eds) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: John Wiley und Sons, 1978

Bloch S; Crouch E: Therapeutic Factors in group psychotherapy.
Oxford: Oxford University Press, 1985

Bohus M; Schmahl C: Therapeutische Prinzipien der Dialektisch – Behavioralen
Therapie für Borderline – Störungen. Persönlichkeitsstörungen 5: 91 - 102, 2001

Bohus M, Haaf B, Simms T et al.: Effectiveness of inpatient dialectical behavioral
therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. Behav Res Ther 42:
487- 499, 2004

Bortz J, Lienert G.A., Boehnke K: Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik.
Berlin: Springer-Verlag, 1990

Botella L, Corella S, Belles L et al.: Predictors of therapeutic outcome and
process. Psychother Res 18/5: 535-542, 2008

Bozok B; Bühler KE: Wirkfaktoren der Psychotherapie – spezifische und
unspezifische Einflüsse. Fortschr Neurol Psychiat 56: 119-132, 1988

Brown PD, O`Leary KD: Therapeutic alliance: predicting continuance and success
in group treatment for spouse abuse. J Consult Clin Psychol 68/2: 340-345, 2000

Budman SH, Soldz S, Demby A et al. Kohäsion, therapeutische Alliance und
Therapieerfolg in der Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke und D. Czogali
(Hrsg.), Psychotherapie - Welche Effekte verändern? Zur Frage der
Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Berlin: Springer, 1990

Burlingame GM, MacKenzie KR, Strauß B. Zum aktuellen Stand der
Gruppenpsychotherapieforschung: I. Allgemeine Effekte von Gruppen-
psychotherapien und Effekte störungsspezifischer Gruppenbehandlungen.
Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 37/4: 299-318, 2001

Burlingame GM, MacKenzie KR,., Strauss B: Zum aktuellen Stand der
Gruppenpsychotherapieforschung: II. Effekte von Gruppenpsychotherapien als

Bestandteil komplexer Behandlungsansätze. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 38/4: 5-32, 2002

Burlingame GM; MacKenzie R., Strauss B: Small-Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change (M. J. Lambert (ed). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5 ed.). New York: Wiley & Sons, 2004

Cabral R, Paton A: Evaluation of group therapy: Correlations between clients and observers assessments. Br J Psychiatry 126: 477- 477, 1975

Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ: Contribution of the therapeutic alliance to outcome in active versus control psychotherapies. J Consult Clin Psychol 65/3: 510-514, 1997

Castonquay LG, Goldfried MR, Wiser S, Raue PJ, Hayes AM: Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. J Consult Clin Psychol 64/3: 497-504, 1996

Catty J, Winfield H, Clement S: The therapeutic relationship in secondary mental health care: a conceptual review of measures. Acta Psychiatrica Scandinavica 116/4: 238-252, 2007

Cloitre M, Stovall-McClough KC, Miranda R, Chemtob CM: Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. J Consult Clin Psychol 72/3: 411-416, 2004

Constantino MJ, Arnow BA, Blasey C, Agras AS: The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. J Consult Clin Psychol 73/2: 201-211, 2005

Constantino MJ, Manber R, Ong J, et al.: Patient expectations and therapeutic alliance as predictors of outcome in group cognitive-behavioral therapy for insomnia. *Behav Sleep Med* 5/3: 210-228, 2007

Constantino M, Smith-Hansen L: Patient interpersonal factors and the therapeutic alliance in two treatments for bulimia nervosa. *Psychother Res* 18/6: 683-698, 2008

Corsini R, Rosenberg B: Mechanisms of group psychotherapy: process and dynamics. *J Abnorm Soc Psychol* 51: 406-411, 1955

Cournoyer LG, Brochu S, Landry M, Bergeron J: Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: the moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction* 102/12: 1960-1979, 2007

Crits-Christoph P, Connolly Gibbons MB, Crits-Christoph K, Narducci J, Schamberger M, Gallop R: Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychother Res* 16: 268-281, 2006

Crowe TP, Grenyer BF: Is therapist alliance or whole group cohesion more influential in group psychotherapy outcomes? *Clin Psychol Psychother* 15/4: 239-246, 2008

Diamond GS, Liddle HA, Wintersteen MB et al.: Early therapeutic alliance as a predictor of treatment outcome for adolescent cannabis users in outpatient treatment. *Am J Addict* 15 Suppl 1: 26-33, 2006

Dilcher K, Walter A, Sprenger B, Margraf J: Die therapeutische Beziehung und ihr Einfluss auf den Behandlungserfolg im Rahmen der stationären Psychotherapie. *Psychother Psychosom med Psychol* 50: 105-112, 2000

Elvins R, Green J: The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clin Psychol Rev* 28/7: 1167-1187, 2008

Eyseneck HJ: The effects of psychotherapy: An evaluation. J Concult Psychol 16:319 – 324, 1952

Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer J: A comparison of behavioral group therapy and individual behaviour therapy in treating. J Nerv Ment Dis 181: 189-193, 1993

Fiedler P: Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis. Weinheim: Beltz, 1999

Fiedler P: Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. In: Tschuschke (Hrsg.): Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme. 343-348, 2001

Flückiger C: Allgemeine und settingspezifische Prozessmerkmale erfolgreicher Gruppenpsychotherapien. Eine Studie zur Vorhersage des Therapieerfolgs mittels Patienten-Stundenbogen. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Universität: Trier, 2003

Franke G: Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Weinheim: Beltz, 1995

Fuhriman A, Burlingame GM: Group psychotherapy: Research and practice. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Eds.) Handbook of Group Psychotherapy. New York: Wiley & Sons, 1994

Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B et al.: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (SKID II). Göttingen: Hogrefe, 1997

Gelso CJ, Carter J: Components of the psychotherapy relationship: their interactions and unfolding during treatment. J Couns Psychol 41: 296-306, 1994

Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A : Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatry. 63/6: 649-58; 2006

Grabhorn R, Kaufhold J: Zum differenziellen Gruppenerleben im Verlauf stationärer Psychotherapie. In: Bassler M (Hrsg): Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2001

Grawe K: Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. Zeitschrift für Klinische Psychologie 17/1: 1-7, 1988

Grawe K, Braun U: Gruppen-Stundenbogen Version 93 (STB-93), Psychotherapeutische Praxisstelle. Universität Bern, 1994

Grawe K; Braun U: Qualitätskontrolle in der Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie 23/4: 242-267, 1994

Grawe K, Caspar F, Ambühl H: Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. Zeitschrift für Klinische Psychologie 19/4: 338-361, 1990

Grawe K. Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe, 1998

Grawe K, Dziwys H: Das Interaktionelle Problemlösungsvorgehen (IPV) in Gruppen. Partnerberatung 3: 188-204, 1978

Greenberg LS: What is "real" in the relationship? Comment on Gelso and Carter. J Couns Psychol 41: 307-310, 1994

Gunderson JG, Zanarini MC; Kisiel CL: Borderline personality disorder. In W.J. Livesley, The DSM-IV personality disorders. Diagnosis and treatment of mental disorders (pp. 141-157). New York: Guilford Press, 1995

Gunia H, Huppertz M, Friedrich J; Ehrental J: Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 32: 651-662, 2000

Häcker H, Stapf KH: Dorsch Psychologisches Wörterbuch. Bern: Huber Verlag, 1998

Hand I, Tichatzky M: Behavioral group therapy for obsessions and compulsions: First results of a pilot study; in Sjoden PO, Bates D, Dockens WS (eds): Trends in Behavior Therapy. 269-297, New York: Academic Press, 1979

Hautzinger M: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: Beltz, 1997

Hautzinger M, Bailer M, Worall H et al: Das Beck-Depressions-Inventar (BDI)., Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Testhandbuch. Bern: Verlag Hans Huber, 1994

Heitjan DF: Annotation: What can be done about missing data? Approaches to imputation. Am J Public Health 87: 548 – 549, 1997

Henry WP, & Strupp HH: The therapeutic alliance as interpersonal process; in Horvath AO & Greenberg LS (eds.): The working alliance: Theory, research, and practice (pp. 51-84). New York: Wiley, 1994.

Hilbert A, Saelens BE, Stein RI et al.: Pretreatment and process predictors of outcome in interpersonal and cognitive behavioral psychotherapy for binge eating disorder. J Consult Clin Psychol 75/4: 645-651, 2007

Horowitz LM, Rosenberg, SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS: Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. J Consult Clin Psychol 56: 885-892, 1988

Horvath AO, Bedi RP: The alliance; in Norcross JC (ed.): Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients (pp. 37-70). New York: Oxford University Press, 2002

Howard I, Turner R, Olkin R, Mohr DC: Therapeutic alliance mediates the relationship between interpersonal problems and depression outcome in a cohort of multiple sclerosis patients. *J Clin Psychol* 62/9: 1197-1204, 2006

Iacoviello BM, McCarthy KS, Barrett MS et al.: Treatment preferences affect the therapeutic alliance: implications for randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol* 75/1: 194-198, 2007

Jacobson N.S, Follette W.C, Revenstorf D: Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy* 15: 336-352, 1984

Johnson DP, Penn DL, Bauer DJ, Meyer P, Evans E: Predictors of the therapeutic alliance in group therapy for individuals with treatment-resistant auditory hallucinations. *Br J Clin Psychol* 47/2: 171-183, 2008

Joyce AS, Piper WE, Ogrodniczuk JS: Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 57/3: 269-296, 2007

Kächele H: Einführung zu Psychotherapie - Welche Veränderung?. In Tschuschke V, Czogalik D (Hrsg.): *Psychotherapie - Welche Effekte verändern?* Berlin: Springer-Verlag, 1990

Kammer D: Eine Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des deutschen Beck-Depressions-Inventars. *Diagnostica* 24: 48-60, 1983

Kaufman NK, Rohde P, Seeley JR, Clarke GN, Stice E: Potential mediators of cognitive-behavioral therapy for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. *J Consult Clin Psychol* 73/1: 38-46, 2005

Kern C; Küchenhoff J: Zur Evaluation der Psychotherapie im teilstationären Setting. In Bassler (Hrsg): *Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie* 236-255. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2000

Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, 2000

Kersting A, Reutemann M, Staats H, Ohrmann P, Suslow T, Arolt V: Wirkfaktoren ambulanter Gruppentherapie: Zur prädiktiven Validität des Gruppenerfahrungsbogens (GEB). Psychother Psych Med 52: 294-301, 2002

Kivlighan D, Shaughnessy P: Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. J Couns Psychol 42: 338-349, 1995

Klein DN, Schwartz JE, Santiago NJ et al.: Therapeutic alliance in depression treatment: controlling for prior change and patient characteristics. J Consult Clin Psychol 71/6: 997-1006, 2003

Koechel R, Pütz B: Vorläufige Ergebnisse eines themenzentrierten gruppenpsychotherapeutischen Angebots für getrennt Lebende, Geschiedene und Verwitwete im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation. In Bassler (Hrsg): Störungsspezifische Ansätze in stationären Psychotherapie, 114-127. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2001

Koerner K und Dimeff LA: Further data on dialectical behavior therapy. Clinical Psychology Science & Practice 7: 104-112, 2000

Koerner K und Linehan MM: Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. Psychiatric Clinics of North America 23: 151-167, 2000

Konzag TA, Bandemer-Greulich U, Bahrke U, Fikentscher E: Therapeutische Beziehung und Therapieerfolg bei der stationären Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Z Psychosom Med Psychother 50: 394-404, 2004

Kordy H, Rad M, Senf W: Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie – Die Sicht des Patienten. Psychother Psychosom med Psychol 40: 380-387, 1990

Kröger C: Komorbidität und Prädiktoren für den Therapieerfolg bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, Unveröffentlichte Dissertation. Universität Bamberg, 2002

Kröger C, Schweiger U, Sipos V et al.: Effectiveness of dialectical behavior therapy versus for borderline personality disorder in an inpatient setting. Behav Res Ther 44: 1211–1217, 2006

Krupnick JL, Sotsky SM, Simmers S et al.: The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. J Consult Clin Psychol 64/3: 532-539, 1996

Lambert MJ, Morton JJ, Hatfields D, Harmon C, Hamilton S, Reid RC, et al.: Administration and scoring manual for the OQ-45.2. Orem, UT: American Professional Credentialing Services, 2004

Leichsenring F, Leibling E : The effectiveness of psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in personality disorders: A meta-analysis. Am J Psychiatry 160: 1223-1232, 2003

Liebermann M., Miles M, Yalom ID: Encounter Groups: First Facts. New York, 1973

Linehan MM: Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In Zielke M, Sturm J: (Hrsg.) Handbuch stationärer Verhaltenstherapie, 796-804, Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1994

Linehan MM: Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung . München: CIP-medien, 1996

Linehan MM: Validation and psychotherapy. In Bohart AC & Greenberg LS (Eds.): Empathy reconsidered: New directions, 353-392, Washington, DC: American Psychological Association, 1997

Lorentzen S, Sexton HC, Høglend P: Therapeutic alliance, cohesion and outcome in a long-term analytic group. A preliminary study. Nord J Psychiatry 58/1: 33-40, 2004

Lorentzen S, Høglend P: Predictors of change during long-term analytic group psychotherapy. Psychother Psychosom 73/1: 25-35, 2004

Luborsky L, Crits-Christopf P, Alexander L: Two helpings alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: a counting signs vs. global rating method. J. Nerv Ment Dis 171: 480-491, 1983

Luborsky L, Mclellan AT, Woody GE, O Brian CP, Auerbach A: Therapist Success and its Determinants. Archives of General Psychiatry 42: 602-611, 1985

MacKenzie KR, Burlingame GM; Strauß B: Zum aktuellen Stand der Gruppenpsychotherapieforschung: III. Gruppenpsychotherapieprozess-forschung. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 111-131, 2002

Marziali E: Three viewpoints on the therapeutic alliance. J Nerv Ment Dis 172: 417-423, 1984

Marziali E, Munroe-Blum H, McCleary L: The contribution of group cohesion and group alliance to the outcome of group psychotherapy. Int J Group Psychotherapy 47: 475-97, 1997

Martin DJ, Garske JP, Davis MK: Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 68/3: 438-50, 2000

Meyer B, Pilkonis PA Krupnick JL et al.: Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. J Consult Clin Psychol 70/4: 1051-1055, 2002

Müller-Svitak S, Reinecker H, Rief W, Fichter M: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. Verhaltenstherapie 12: 108-115, 2002

Oei TP, Browne A: Components of group processes: have they contributed to the outcome of mood and anxiety disorder patients in a group Cognitive-Behaviour Therapy program? Am J Psychother 60/1: 53-70, 2006

Orlinsky DE, Grawe K und Parks BK: Process and outcome in psychotherapy: In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th ed) pp. 270-376. New York: Wiley, 1994

Orlinsky DE, Ronnestad MH, Willutzki U: Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In Lambert M.J. (ed) Bergin & S. L. Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed., pp. 307-389). New York: Wiley, 2004

Piper W.E, Oqrodniczuk JS, Lamarche C, Hilscher T, Joyce AS: Level of alliance, pattern of alliance, and outcome in short-term group therapy. Int J Group Psychother 55/4: 527-550, 2005

Regli D, Flückiger C. und Grawe K: Die Realisierung von Wirkfaktoren im Therapieprozess von erfolgreichen Gruppen- und Einzeltherapien. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 35/4: 753 – 768, 2003

Revensdorf D: Richtung und Ansätze in der Psychotherapie. In: Bastine R (Ed.): Klinische Psychologie Bd. 2, 203-360. Stuttgart: Kohlhammer, 1992

Roder V, Zorn P, Andres K, Pfammatter M, Brenner HD: Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter. Bern: Huber-Verlag, 2002

Rozmarin E, Muran JC, Safran JD et al.: Subjective and intersubjective analyses of the therapeutic alliance in a brief relational therapy. Am J Psychother 62/3: 313-328, 2008

Sachse R: Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen. 3. Auflage. Hogrefe: Göttingen 2001

Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I: Dt. Bearbeitung: Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR. Hogrefe-Verlag: Göttingen, 2003

Schauenburg H. Strack, M: Measuring psychotherapeutic change with the Symptom Checklist SCL – 90 – R. Psychotherapy and Psychosomatics, 68: 199-206; 1999

Schmidt-Traub S: Panikstörung und Agoraphobie. Göttingen: Hogrefe, 2000

Schmitz N, Davies-Osterkamp S: Klinische und statische Signifikanz – diskutiert am Beispiel der Symptom Checkliste (SCL – 90 - R). Diagnostica 43: 80-96, 1997

Seligman MEP: The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. American Psychology 50: 965-974, 1995

Sipos V. und Schweiger U: Gruppenpsychotherapie. In E. Leibing, W. Hiller & Sulz (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung. Band 3, Verhaltenstherapie. München: CIP-Medien, 2003

Spinhoven P, Giesen-Bloo J, van Dyck R, Kooiman K, Arntz A: The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. J Consult Clin Psychol 75/1: 104-115, 2007

Stevens CL, Muran JC, Safran JD et al.: Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. Am J Psychother 61/2: 109-129, 2007

Strauß B, Burgmeier-Lohse M: Prozess-Ergebnis-Zusammenhänge in der analytisch orientierten Gruppenpsychotherapie. Psychotherapeut 39: 239-250, 1994

Svensson BMS, Hansson L: Relationships among Patient and Therapist Ratings of Therapeutic Alliance and Patient Assessments of Therapeutic Process: A Study of Cognitive Therapy with Long-Term Mentally Ill Patients. J Nerv Ment Dis 187/9: 579-585; 1999

Taube-Schiff M, Suvak MK, Antony MM, Bieling PJ, McCabe RE: Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia. Behav Res Ther 45/4: 687-698, 2007

Tichenor V, Hill C: A comparison of six measures of working alliance. Psychoth Theory, Res Pract; 26: 195–199, 1989

Tress W, Hartkamp N: Differenzierte Perspektiven auf den Prozess in stationärer Psychotherapie. Z. Psychosom Med, 46: 1438-3608, 2002

Tschuschke V, Catina A, Beckh T, Salvini D: Wirkfaktoren der stationären analytischen Gruppenpsychotherapie. Psychother Psychosom med Psychol 42: 91-101, 1992

Tschuschke V und Dies RR: Intensive analysis of therapeutic factors and outcome in long-term inpatient groups. Int J Group Psychother 44: 185-208, 1994

Tschuschke V: Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Prozess-Ergebnis-Relationen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1993

Van Andel P, Erdman RAM, Karsdorp PA, Appels A., Trijsburg RW: Group cohesion and working alliance: Prediction of treatment outcome in patients receiving cognitive behavioral group psychotherapy. Psychotherapy and Psychosomatics 72: 141 – 149, 2003

Van HL, Hendriksen M, Schoevers RA et al.: Predictive value of object relations for therapeutic alliance and outcome in psychotherapy for depression: an exploratory study. *J Nerv Ment Dis* 196/9: 655-662, 2008

Van Velzen CJM und Emmelkamp PMG: The relationship between anxiety disorders and personality disorders. In J. Derksen, C. Maffei & H. Groen (Eds.), *Treatment of personality disorders* (pp. 129-153). New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 1999

Weissman AN, Beck AT: Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Paper presented at the 86th Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada, 1978

Wilson GT, Fairburn CC, Agras WS, Walsh BT, Kraemer H: Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: time course and mechanisms of change. *J Consult Clin Psychol* 70/2: 267-274, 2002

Yalom ID: *Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Methoden. Ein Handbuch* 1. Aufl., München: Kindler; 1974

Yalom ID: *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie – Ein Lehrbuch*. 6. Aufl., München: Pfeifer 2001

Young JE, Klosko JS, Weishaar MF: *Schematherapie– Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann 2005

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, und Reynolds V: Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 155:1733-1739, 1998

Zuroff DC, Blatt SJ, Sotsky SM et al.: Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *J Consult Clin Psychol* 68/1: 114-124, 2000

Anhang

Gelöscht: *Anhang*

Gelöscht: *Anhang*

Formatiert: Schriftart: *Kursiv*

Formatiert: Schriftart: *Kursiv*

Zuroff DC, Blatt SJ: The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. J Consult Clin Psychol 74/1: 130-140, 2006

12. Anhang

12.1 Becks-Depressions Inventar (BDI)

Name des Verfahrens: Becks-Depressions Inventar

Abkürzung: BDI

Autoren: A.T. Beck (dt. Bearbeitung von M. Hautzinger, M. Bailer, H. Worall & F. Keller)

Erscheinungsjahr: 1995

Verlag: Verlag Hans Huber, Bern

Anzahl der Skalen: -

Skalenlänge: -

Anzahl der Items: 21 Aussagegruppen à vier Items

Beantwortungsmodus: Vierstufig

Antwortmöglichkeiten: Unterschiedlich je nach Aussagegruppe

Items:

A

0 Ich bin nicht traurig.

1 Ich bin traurig.

2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.

3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.

B

0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.

1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.

2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.

3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und dass die Situation nicht besser werden kann.

C

0 Ich fühle mich nicht als Versager.

1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.

2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.

3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

D

0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.

1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher

2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.

3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

E

0 Ich habe keine Schuldgefühle.

1 Ich habe häufig Schuldgefühle.

2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.

3 Ich habe immer Schuldgefühle.

F

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

G

- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
- 1 Ich bin von mir enttäuscht.
- 2 Ich finde mich fürchterlich.
- 3 Ich hasse mich.

H

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
- 1 Ich kritisiere mich wegen kleiner Fehler und Schwächen.
- 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
- 3 Ich gebe mit für alles die Schuld, was schiefgeht.

I

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte.

J

- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
- 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
- 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

K

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
- 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
- 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich jetzt nicht mehr.

L

- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
- 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
- 2 Ich habe mein Interessen an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
- 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

M

- 0 Ich bin so entschlossen wie immer.
- 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
- 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
- 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

N

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
- 1 Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.
- 2 Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen auftreten, die mich häßlich machen.
- 3 Ich finde mich häßlich.

O

- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
- 1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
- 2 Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
- 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

P

- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
- 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
- 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

Q

- 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
- 1 Ich ermüde schneller als früher.
- 2 Fast alles ermüdet mich.
- 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

R

- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
- 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Mein Appetit hat stark nachgelassen.
- 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S

- 0 Ich habe in der letzten Zeit kaum abgenommen.
 - 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
 - 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
 - 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.
- Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen: Ja ___ Nein ___

T

- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
- 1 Ich mache mir Sorgen um körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
- 2 Ich mache mir so große Sorgen um gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
- 3 Ich mache mir so große Sorgen um gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.

U

Gelöscht: *Anhang*

Gelöscht: *Anhang*

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

- 0 Ich habe in der letzten Zeit keine Veränderungen meines Interesses an Sex bemerkt.
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
- 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

12.2 Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)

Name des Verfahrens: Symptom-Checkliste von Derogatis (dt. Version)

Abkürzung: SCL-90-R

Autoren: G.H. Franke

Erscheinungsjahr: 1995

Verlag: Hogrefe Verlag

Anzahl der Skalen: 9 Skalen & 1 Zusatzskala

Skalenlänge: 6–13 Items

Anzahl der Items: 90

Beantwortungsmodus: Fünfstufig

Antwortmöglichkeiten: 0 = überhaupt nicht; 1 = ein wenig; 2 = ziemlich; 3 = stark; 4 = sehr stark

Items:

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ... ?

- 1) Kopfschmerzen
- 2) Nervosität oder innerem Zittern
- 3) immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen
- 4) Ohnmacht oder Schwindelgefühlen
- 5) Verminderung des Interesses an Sexualität
- 6) allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen
- 7) der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat
- 8) dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind
- 9) Gedächtnisschwierigkeiten
- 10) Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit
- 11) dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein
- 12) Herz- und Brustschmerzen
- 13) Furcht vor offenen Plätzen oder auf der Straße
- 14) Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder Denken
- 15) Gedanken, sich das Leben zu nehmen
- 16) Hören von Stimmen, die sonst keiner hört
- 17) Zittern
- 18) dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann
- 19) schlechtem Appetit
- 20) Neigung zum Weinen
- 21) Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht
- 22) der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden
- 23) plötzlichem Erschrecken ohne Grund
- 24) Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren
- 25) Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen
- 26) Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge
- 27) Kreuzschmerzen
- 28) dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen
- 29) Einsamkeitsgefühlen

- 30) Schwermut
- 31) dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen
- 32) dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren
- 33) Furchtsamkeit
- 34) Verletzlichkeit in Gefühlsdingen
- 35) der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen
- 36) dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind
- 37) dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können
- 38) der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist
- 39) Herzklopfen oder Herzjagen
- 40) Übelkeit oder Magenverstimmung
- 41) Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen
- 42) Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)
- 43) dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden
- 44) Einschlafschwierigkeiten
- 45) dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun
- 46) Schwierigkeiten, sich zu entscheiden
- 47) Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug
- 48) Schwierigkeiten beim Atmen
- 49) Hitzewallungen oder Kälteschauern
- 50) der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden
- 51) Leere im Kopf
- 52) Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen
- 53) dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben
- 54) dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft
- 55) Konzentrationsschwierigkeiten
- 56) Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen
- 57) dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein
- 58) Schweregefühl in den Armen oder den Beinen
- 59) Gedanken an den Tod und ans Sterben
- 60) dem Drang, sich zu überessen
- 61) einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden
- 62) dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind
- 63) dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerzen zuzufügen
- 64) frühem Erwachen am Morgen
- 65) zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit, wie Berühren, Zählen, Waschen
- 66) unruhigem oder gestörtem Schlaf
- 67) dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern
- 68) Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen
- 69) starker Befangenheit im Umgang mit anderen
- 70) Abneigung gegen Menschenmengen, wie z.B. beim Einkaufen oder im Kino
- 71) einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist
- 72) Schreck- oder Panikanfällen
- 73) Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit

- 74) der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten
- 75) Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden
- 76) mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere
- 77) Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind
- 78) so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können
- 79) dem Gefühl, wertlos zu sein
- 80) dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird
- 81) dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen
- 82) der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen
- 83) dem Gefühl, daß Leute Sie ausnutzen würden, wenn Sie es zulassen würden
- 84) sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind
- 85) dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollen
- 86) schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen
- 87) dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist
- 88) dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können
- 89) Schuldgefühlen
- 90) dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist

12.3 Gruppen-Stundenbogen (STB 93)

Name des Verfahrens: Gruppen-Stundenbogen Version 93

Abkürzung: STB 93

Autoren: K. Grawe und U. Braun

Erscheinungsjahr: 1993

Herausgeber: Psychotherapeutische Praxisstelle Universität Bern

Anzahl der Skalen: 4 Skalen

Skalenlänge: 2–14 Items

Anzahl der Items: 34

Beantwortungsmodus: Siebenstufig

Antwortmöglichkeiten: -3 = überhaupt nicht; -2 = nein, -1 =eher nicht, 0 = weder noch, + 1=eher ja, +2= ja; +3 = ja, ganz genau

Gruppen-Stundenbogen 1993 KlientIn-Nr.:

Datum:.....-.....-.....

Sitzung:.....

Anleitung

Wie haben Sie die heutige Therapie-Sitzung erlebt ? Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den nachfolgenden Feststellungen zustimmen können, oder wie sehr Sie sie verneinen.

1. Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten wohl gefühlt.

Überhaupt		etwas	weder	etwas		ja, ganz
- 3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau
2. Heute ist die Therapie etwas an meiner momentanen Situation vorbeigegangen.

Überhaupt		etwas	weder	etwas		ja, ganz
- 3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau
3. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden.

Überhaupt		etwas	weder	etwas		ja, ganz
- 3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau
4. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.

Überhaupt		etwas	weder	etwas		ja, ganz
- 3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau
5. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.

Überhaupt		etwas	weder	etwas		ja, ganz
- 3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau
6. Ich habe manchmal das Gefühl, die Therapeutin/der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/er mir sagt.

Überhaupt		etwas	weder	etwas		ja, ganz
- 3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau
7. Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Therapie eigentlich hinzelt.

Überhaupt		etwas	weder	etwas		ja, ganz
- 3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau
8. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann.

Überhaupt		etwas	weder	etwas		ja, ganz
- 3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau
9. Heute war es mir gut möglich, auf Anregungen der Therapeutin/des Therapeuten einzugehen.

Überhaupt		etwas	weder	etwas		ja, ganz
- 3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau
10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind.

Überhaupt		etwas	weder	etwas		ja, ganz
- 3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau
11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.

Überhaupt		etwas	weder	etwas		ja, ganz
- 3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau
12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum die Therapeutin/der Therapeut so vorgeht.

Überhaupt		etwas	weder	etwas		ja, ganz
- 3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau
13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.

Überhaupt		etwas	weder	etwas		ja, ganz
- 3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau
14. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.

Überhaupt		etwas	weder	etwas		ja, ganz
- 3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	genau

15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

16. Was wir heute in der Therapiestunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge von der Therapeutin/vom Therapeuten gewünscht.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

18. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

19. Heute habe ich in der Therapiestunde schmerzhaft Gefühle erlebt.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

20. Ich glaube kaum, dass mir die heutige Sitzung für meinen Alltag etwas bringt.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

22. Ich finde die Sichtweise, die die Therapeutin/der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

23. Heute machte mir die Therapeutin/der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

25. Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

27. Ich finde, die Therapeutin/der Therapeut ist heute zu sehr von ihren/seinen Vorstellungen ausgegangen.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

28. Ohne therapeutische Unterstützung würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

29. Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

30. Ich habe das Gefühl, dass wir wirklich eine Gruppe bilden.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

31. Heute hatte ich das Gefühl, in der Gruppe wirklich dazuzugehören.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

32. Heute herrschte eine feindselig-gespannte Stimmung in der Gruppe.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

33. Heute hätte ich mir gewünscht, dass in der Gruppensitzung mehr auf meine Anliegen und Bedürfnisse eingegangen worden wäre.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

34. Heute habe ich nicht alles vorgebracht, was mich wirklich bewegte.

überhaupt nicht	-3	-2	-1	0	+1	+2	ja, ganz genau
nicht	nicht	nicht	noch	ja	ja	genau	

12.4 Tabellen: Auswertungen ohne LOCF

Tab. 18 Vergleich der Prä- und Postmittelwerte (t-Test bei abhängigen Stichproben) ohne LOCF

Wirkfaktor	prä			post			t-Test			d
	N	M	SD	N	M	SD	t	df	p	
Kohäsion	23	,39	,94	23	,85	1,15	-1,91	22	,070	-0,438
Problemaktualisierung	23	,46	1,31	23	,18	1,25	1,24	22	,227	0,219
Therapiekoooperation	23	,32	1,00	23	,65	,97	-1,88	22	,073	-0,335
Instrumentelle Gruppenbedingungen	23	,34	,86	23	,74	,88	-2,43	22	,024*	-0,460
Positive Klärung	23	-,23	,87	23	,23	1,04	-2,37	22	,027*	-0,480
Therapiebeziehung	23	,85	,84	23	1,00	,98	-1,74	22	,096	-0,164

* = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$

Tab. 19 Vergleich der Prä- und Postmittelwerte (t-Test bei abhängigen Stichproben) ohne LOCF

Kennwert	Prä			Post			t-Test		
	N	M	SD	N	M	SD	t	df	p
GSI	30	1,81	0,75	30	1,26	0,77	5,26	29	0,000***
BDI	30	31,47	10,69	30	23,90	13,30	3,76	29	0,001***

*** = $p \leq .001$

Tab. 20 Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen den Wirkfaktoren und den Kennwerten GSI und BDI zu den Zeitpunkten der Aufnahme (prä) und der Entlassung (post) ohne LOCF

Wirkfaktor	Zeit	N	r _{GSI}	p _{GSI}	r _{BDI}	p _{BDI}
Kohäsion	prä	36	-,18	,283	-,31	,066
	post	22	-,40	,067	-,37	,094
Positive Klärung	prä	36	-,21	,208	-,35*	,038
	post	22	-,38	,084	-,33	,136
Problemaktualisierung	prä	36	,51**	,001	,37*	,025
	post	22	,40	,062	,13	,552
instrumentelle Gruppenbedingungen	prä	36	-,25	,135	-,36*	,030
	post	22	-,40	,067	-,38	,08
Therapeutische Beziehung	prä	36	-,48**	,003	-,29	,087
	post	22	-,43*	,046	-,26	,244
Therapiekoooperation	prä	36	-,27	,117	-,33*	,048
	post	22	-,29	,186	-,29	,184

* = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$

DANKSAGUNG

Bedanken möchte ich mich bei Herrn Professor Dr. med. Fritz Hohagen, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Lübeck, der mir die Durchführung der Dissertation an der Klinik ermöglichte.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. med. Ulrich Schweiger für seine Unterstützung meiner Arbeit durch vielfältige hilfreiche Anregungen und Ratschläge.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Ehemann, Thomas Zessin, der immer an mich geglaubt und mir in den letzten Jahren den Rücken „freigehalten“ hat.

Lebenslauf

Name: Annette Zessin,
geb. Krebstekies

Geburtstag: 03.09.1969

Geburtsort: Burg (Sachsen-Anhalt)

Familienstand: verheiratet, 1 Kind

Staatszugehörigkeit: BRD



Ausbildung

1988 - 1991 Ausbildung zur Buchhändlerin

1999 - 2004 Psychologiestudium an der Universität Hamburg,
Schwerpunkte: Klinische Psychologie und Arbeits-,
Betriebs- und Organisationspsychologie
Nebenfächer: Neurologie und Psychiatrie

2004 - 2007 Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin in
Verhaltenstherapie, APV-Münster

Akademischer beruflicher Werdegang

07/2002 - 12/2002 Halbjahrespraktikum im Hamburger Hospiz

01/2003 - 08/2004 Honorarkraft in der Beratungsstelle Hamburger Hospiz

08/2004 - 04/2007 Stationspsychologin und Wissenschaftliche
Mitarbeiterin in der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-
Holstein, Campus Lübeck
Schwerpunkt: *Borderline- Persönlichkeitsstörung* (DBT-
Konzept) *und Essstörungen*

09/2007 - 09/2008 Psychologische Psychotherapeutin in der Carl-
Flemming-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
Helios-Kliniken Schwerin
Arbeitschwerpunkt: Borderline-Persönlichkeitsstörung

Hamburg, 01.03.10