

**Prozessevaluation einer
kognitiv- verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei
Diabetes und Depression:**

**Entwicklung und Validierung der
Patienten- und Therapeuten-
Gruppentherapiestundenbögen (GTS-P, GTS-T, GTS-TP)
zur Vorhersage des Therapieerfolgs**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Akademischen Grades
eines Dr. phil.,
vorgelegt dem Fachbereich 02
Sozialwissenschaften, Medien und Sport
der Johannes Gutenberg-Universität
Mainz

von
Katrín Zoubek
aus Siegen

Wiesbaden
2013

Referent:

Korreferent:

Tag des Prüfungskolloquiums: 08.Juli 2013

Inhalt

0 Zusammenfassung	1
1 Einleitung.....	3
2 Theoretischer Hintergrund	7
2.1 Diabetes mellitus und Depression	7
2.1.1 Diabetes mellitus.....	7
2.1.2 Depression.....	16
2.1.3 Komorbidität von Diabetes mellitus und Depression.....	24
2.1.4 Zwischenergebnis zur Behandlung depressiver Diabetiker	30
2.2 Prozessforschung in der Psychotherapie	32
2.2.1 Geschichtliche Einordnung und Definition von Prozessforschung	32
2.2.2 Das Generische Modell der Psychotherapie / Befunde der Prozessforschung	36
2.2.3 Das Duale Modell der Psychotherapie	44
2.2.3 Patientenorientierte Psychotherapieforschung und Prozessbegleitung	47
2.2.5 Zwischenergebnis zur Psychotherapieprozessforschung	51
2.3 Prozess- Ergebnis- Forschung in der Gruppenpsychotherapie	53
2.3.1 Aktueller Forschungsstand der Gruppenpsychotherapieforschung.....	53
2.3.2 Patienten- und Therapeutenmerkmale als Einflussfaktoren auf den Prozess und das Ergebnis von Gruppentherapien.....	57
2.3.3 Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie	64
2.3.4 Phasenkonzepte der Entwicklung von Gruppentherapien	72
2.3.5 Verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie(prozess)forschung.....	76
2.3.6 Zwischenergebnis zur Gruppenpsychotherapieforschung	86
2.4 Verfahren zur Erhebung von Prozessdaten in der Psychotherapie..	89
2.4.1 Erhebungsmethoden und Erfassungsebenen in der Prozessforschung.....	89
2.4.2 Stundenbögen für die Einzeltherapie.....	96
2.4.3 Stundenbögen für die Gruppentherapie	101

2.4.4 Zwischenergebnis zu den Verfahren zur Erhebung von Prozessdaten.....	113
3 Herleitung der Fragestellungen und Hypothesen.....	117
3.1 Hauptfragestellung: Vorhersage des Therapieerfolgs.....	117
3.2 Vor- und nachgeordnete Fragestellungen	124
3.2.1 Testgüte des GTS-P, GTS-T und GTS-TP	124
3.2.3 Prozessqualität der DAD-Gruppentherapie	128
4 Methode	131
4.1 Datenerhebung	131
4.1.1 Setting.....	131
4.1.2 Beschreibung der Intervention.....	132
4.1.3 Untersuchungsablauf	139
4.2 Stichproben	140
4.2.1 DAD-Gruppentherapiestichprobe und Therapeutenstichprobe	140
4.2.2 Soma-Studien-Stichprobe	145
4.3 Erhebungsinstrumente	147
4.3.1 Gruppentherapiestundenbögen (GTS)	147
4.3.2 Klinische Interviews und Depressionsdiagnostik	153
4.3.3 Diabetesspezifische Fragebögen	155
4.4 Statistische Auswertung	158
4.4.1 Umgang mit fehlenden Werten und Voraussetzungen der statistischen Verfahren.....	158
4.4.3 Überprüfung der Hypothesen	161
5 Ergebnisse.....	175
5.1 Validierung der Gruppentherapiestundenbögen (GTS)	175
5.1.1 Itemparameter.....	175
5.1.2 Reliabilitätsanalyse	178

5.1.3 Validitätsüberprüfung: Inhaltsvalidität, Änderungssensitivität der Items, Kriteriumsbezogene Validität.....	179
5.1.4 Dimensionsanalysen: Faktorielle Validität	184
5.1.6 Zusammenhänge von Patienten- und Therapeutenbewertungen in den GTS-Bögen	192
5.2 Prädiktive Validität: Vorhersage des Therapieerfolgs	194
5.2.1 Vorhersage der Depressionssymptomatik nach der Gruppenintervention im Hamilton-Interview (HAMD_P1) mit den primären Prädiktoren bei der DAD-Gruppentherapiestichprobe (N=101).....	194
5.2.2 Vorhersage des Depressionswertes nach der Gruppenintervention (HAMD_P1) mit sekundären Prädiktoren (Gruppentherapiestichprobe, N=101).....	200
5.2.3 Vorhersage von sekundären Kriterien bei der Gruppentherapiestichprobe (N=101).....	204
5.2.4 Zusätzliche Analysen: Mittelwertsvergleiche für die dichotome Ergebnisvariablen Therapieabbruch, Adhärenz, Response.....	206
5.3 Prozessqualität der DAD - Gruppentherapie für Diabetes und Depression.....	208
6 Diskussion.....	215
6.1 Validierung der Gruppentherapiestundenbögen (GTS)	215
6.2 Vorhersage des Therapieerfolgs durch die Gruppentherapiestundenbögen	223
6.3 Prozessqualität der DAD-Gruppentherapie	232
6.4 Zusammenfassende Bewertung, Kritik und Ausblick	235
7 Literatur	241

Anhang

Verzeichnis zum Anhang

Anhang A Tabellen

Anhang B GTS-Bögen, Globale Interventionsbewertung

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 2. 1: Prävalenzangaben in % für das durch klinische Interviews erhobene Vollbild depressiver Störungen (Anderson et al., 2001). Leicht modifizierte Folie aus dem DAD-Gruppenprogramm.	24
Abbildung 2. 2: Erklärungsmodell der Komorbidität von Diabetes und Depression. Folie aus dem DAD-Gruppenprogramm.....	27
Abbildung 2. 3: Das Generische Modell der Psychotherapie nach Orlinsky & Howard (1986)	36
Abbildung 2. 4: Elemente des therapeutischen Prozesses gemäß dem Generischen Modell der Psychotherapie nach Orlinsky & Howard (1987)	38
Abbildung 2. 5: Einflussvariablen auf das Therapieergebnis von Gruppenpsychotherapien (übersetzt und leicht verändert nach Burlingame, MacKenzie & Strauß, 2004, S.648)	54
Abbildung 2. 6: Die Anatomie und Physiologie von Kleingruppen (aus Burlingame et al., 2008, S.183).....	55
Abbildung 4. 1: Darstellung der verschiedenen Erhebungszeitpunkte und eingesetzten Verfahren	139
Abbildung 4. 2: Verteilung des GTS-P Item 6 Gruppenatmosphäre.....	159
Abbildung 4. 3: Verteilung der GTS-P-Itemantworten Sitzg.7	159
Abbildung 4. 4: Verteilung der GTS-P-Gesamtstundenbogenwerte	160
Abbildung 4. 5: Verteilung des GTS-P-Items 4: „Anregungen“	160
Abbildung 4. 6: Verteilung des GTS-TP-Gesamtwertes.....	161
Abbildung 5. 1: Zweifaktorielles Modell des Patientenstundenbogens unter Ausschluss von Item 6 und 7	186
Abbildung 5. 2: Regressionsgerade mit der Skala Zuversicht als unabhängige Variable zur Vorhersage der abhängigen Variable Veränderung im HAMD (Residuen des Baseline-Modells).....	199

Abbildung 5. 3: Regressionsebene mit den Skalen Zuversicht und Beteiligung als unabhängige Variablen und der abhängigen Variable Veränderung im HAMD (Residuen des Baseline-Modells)	199
Abbildung 5. 4: Übersicht der Itemmittelwerte des GTS-P	208
Abbildung 5. 5: Verlaufsdiagramm der Skalenwerte sowie Item 6 „Gruppenatmosphäre“ des GTS-P	209
Abbildung 5. 6: Übersicht der Itemmittelwerte des GTS-T	210
Abbildung 5. 7: Verlaufsdiagramm des Gesamtwertes des GTS-T	211
Abbildung 5. 8: Übersicht der Itemmittelwerte des GTS-TP	213

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 2. 1: Psychosoziale Probleme und verhaltensmedizinische Ziele bei Diabetes mellitus (zusammengestellt und modifiziert nach Fehm-Wolfsdorf, 2003; Kulzer et al., 2009; Reinecker, 1995)	12
Tabelle 2. 2: Darstellung der Klassifikation depressiver Störungen nach ICD-10 und DSM-IV-TR	17
Tabelle 2. 3: Diagnostische Kriterien der depressiven Episode nach ICD-10 (WHO, 2010) ..	18
Tabelle 2. 4: Stärke empirischer Evidenz bezüglich ausgewählter Gruppeneigenschaften und –prozesse (Burlingame, Fuhriman & Johnson, 2004 zit. nach Burlingame et al., 2008, S.185)	57
Tabelle 2. 5: Patientenvariablen als Prädiktoren zur Vorhersage des Therapieerfolgs von Gruppentherapien	58
Tabelle 2. 6: Annahmen zu Prädiktoren des Therapieerfolgs bezüglich des Therapeutenverhaltens in der Gruppenpsychotherapie	62
Tabelle 2. 7: Therapeutische Wirkfaktoren in der Gruppentherapie	67
Tabelle 2. 8: Prozessforschung in kognitiv- verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien...	78
Tabelle 2. 9: Übersicht über Sitzungsbeurteilungsverfahren für die Einzeltherapie.....	96
Tabelle 2. 10: Übersicht über prozessdiagnostische Selbstbeurteilungsverfahren zur Sitzungsbeurteilung aus Patientenperspektive in der Gruppenpsychotherapie	103
Tabelle 2. 11: Übersicht über prozessdiagnostische Selbstbeurteilungsverfahren zur Sitzungsbeurteilung aus Therapeutenperspektive in der Gruppenpsychotherapie.....	110
Tabelle 3. 1: Übersicht der Fragestellungen	117
Tabelle 4. 1: Übersicht über das Gruppenprogramm Diabetes und Depression	133
Tabelle 4. 2: Gründe für den Drop-Out vor Gruppenbeginn	141
Tabelle 4. 3: Darstellung der Anzahl besuchter Sitzungen der DAD-Gruppentherapiestichprobe (N=101)	142

Tabelle 4. 4: Soziodemographische Merkmale der DAD- Gruppentherapiestichprobe (N=101)	143
Tabelle 4. 5: Klinische Merkmale der DAD- Gruppentherapiestichprobe (N=101).....	144
Tabelle 4. 6: Soziodemographische Merkmale der Soma-Studien-Stichprobe (N=102).....	146
Tabelle 4. 7: Klinische Merkmale der Soma-Studien-Stichprobe (N=102).....	146
Tabelle 4. 8: Items des Gruppentherapie-Patientenstundenbogens (GTS-P)	148
Tabelle 4. 9: Items des Gruppentherapie-Therapeutenstundenbogens (GTS-T).....	151
Tabelle 4. 10: Items des Therapeuten- Patienten- Bewertung	152
Tabelle 4. 11: Erläuterung der Abkürzungen der Regressionsgleichungen.....	167
Tabelle 4. 12: Übersicht der Prädiktoren und Kriterien.....	168
Tabelle 5. 1: Spannbreite der Koeffizienten (rtt): positionalen Stabilität/ Variabilität der Items des GTS-P und GTS-T	181
Tabelle 5. 2: Faktorladungen der Strukturmatrix und Kommunalitätenschätzungen der Items des GTS-P nach der exploratorischen Faktorenanalyse der Stichprobe A (N=102).....	184
Tabelle 5. 3: Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalysen des GTS-P an Stichprobe B	187
Tabelle 5. 4: Faktorladungen der Strukturmatrix und Kommunalitätenschätzungen der Items des GTS-T unter Ausschluss von Items 6, 7, 11 und 15	189
Tabelle 5. 5: Faktorladungen der Strukturmatrix und Kommunalitätenschätzungen der Items des GTS-TP nach einer Hauptkomponentenanalyse mit schiefwinkliger Rotation (oblimin direkt) und dem Kaiser - Guttman Kriterium Eigenwert ≥ 1 (N=101)	190
Tabelle 5. 6: Faktorladungen der Strukturmatrix und Kommunalitätenschätzungen der Items des GTS-TP unter Ausschluss von Item 6 und 7	191
Tabelle 5. 7: Ergebnisse des schrittweisen Modellvergleichs für die Depressionssymptomatik im Hamilton-Interview nach der Intervention (HAMD_P1) und den primären Prädiktoren auf Ebene 1 (M0, Baseline, M1)	195

Tabelle 5. 8: Ergebnisse des Modells M2 (R_ZUV + R_BET + HAMD_P0) zur Vorhersage des Depressionswertes nach der Gruppentherapie HAMD_P1 bei der DAD-Gruppentherapiestichprobe (N=101)	196
Tabelle 5. 9: Ergebnisse des Modells M18 R_HILFR + R_AKT_MIT + HAMD_P0 zur Vorhersage des Depressionswertes nach der Gruppentherapie HAMD_P1	202
Tabelle 5. 10: Ergebnisse der t-Tests mit den GTS-P und GTS-TP Skalen Zuversicht und Beteiligung der Remoralisierungsphase und den Variablen Therapieabbruch, Adhärenz und Response	206
Tabelle 5. 11: Item 17 des GTS-T: Freie Rückmeldung der Therapeuten zur Sitzungskonzeption im Manual	211

Danken möchte ich

den Gruppenpatienten der DAD-Studie, welche bereit waren, sich auf die Studie und die Gruppentherapie einzulassen und nach jeder Sitzung den Stundenbogen auszufüllen.

den weiteren Gruppentherapeuten der DAD-Studie einschließlich dem ganzen DAD-Studienteam für die zuverlässige Kooperation und Hilfe bei der Durchführung der Untersuchung.

dem Korreferenten für die Möglichkeit der Mitarbeit in der DAD-Studie und zusammen mit dem Referenten für die Unterstützung und Beratung bei der Durchführung des Promotionsprojektes. Ich habe sehr viele hilfreiche, konstruktive Ratschläge, Antworten auf Fragen und Rückmeldungen erhalten, die mir weitergeholfen haben. Auch wurde ich beim langen Warten auf Teile der Daten unterstützt.

Mitarbeitern der Freien Universität Berlin, die mich bei der Datenauswertung, vor allem in der Anwendung von Strukturgleichungsmodellen und Multi-Level-Analysen hilfsbereit und kompetent unterstützten.

einem der Betreuer meiner Diplomarbeit, welcher mir den Einbezug von Daten der Soma-Studie aus meinem Diplomarbeitsprojekt gestattete.

dem Frauenbüro der Universität Mainz und dem Ministerium für Bildung und Forschung des Landes Rheinland-Pfalz für die finanzielle Förderung durch ein Wiedereinstiegsstipendium für Nachwuchswissenschaftlerinnen mit Kindern bzw. promovierenden Müttern.

den besonderen Menschen an meiner Seite, die ich Familie und Freunde nennen darf, die mein Leben schön machen und die mich vielerorts, u.a. in Berlin und Wiesbaden moralisch, fachlich und organisatorisch unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gilt meiner Familie,

meinen Kindern, die mich tagtäglich durch ihre unglaubliche, kindliche Freude, neben den Anstrengungen des Promovierens, das unbeschreiblich Wertvolle und Schöne des Lebens nie vergessen ließen

und vor allem meinem Mann, der mit unmessbarer Geduld, Unterstützung in jeglicher Hinsicht bis hin zum beschwerlichen Korrekturlesen, aber vor allem dadurch, dass er mehr als ich selbst an mich und an das Ende dieser Arbeit glaubte, zu dieser Dissertation beigetragen hat.

0 Zusammenfassung

Untersucht werden Prozess-Ergebnis-Zusammenhänge einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für Diabetes und Depression im Rahmen der DAD-Studie.

Aufgrund des Mangels an geeigneten Erhebungsinstrumenten der validen, ökonomischen und komplementären Sitzungsbewertung von Gruppenpatienten und -therapeuten wurden angelehnt an einen Patienten- (GTS-P) zwei Therapeutenstundenbögen entwickelt: der GTS-T zur Bewertung der Gesamtgruppe und der GTS-TP zur Bewertung einzelner Patienten. Die GTS-Bögen zeigen bei der Überprüfung der Testgüte insgesamt gute Itemparameter und Reliabilitäten. Das in den exploratorischen Faktorenanalysen des GTS-P identifizierte zweifaktorielle Modell (1. wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie, 2. wahrgenommene persönliche Beteiligung) kann in den konfirmatorischen Faktorenanalysen bestätigt werden. Dazu wurden GTS-P-Daten aus einer Untersuchung mit Patienten mit somatoformen Störungen (Schulte, 2001) einbezogen. Den Ergebnissen der Item- und Faktorenanalysen folgend, wurden zwei Items des GTS-P und zwei weitere Items des GTS-T aus den Instrumenten ausgeschlossen. Für den GTS-T zeigt sich eine einfaktorielle, für den GTS-TP eine zum GTS-P parallele zweifaktorielle Struktur.

In den Mehrebenenanalysen zur Vorhersage des Therapieergebnisses (Post-Depressions-symptomatik) zeigt sich die Skala Zuversicht des GTS-P zu Therapiebeginn (1.-4. Sitzung) kontrolliert an der Skala Beteiligung und der Prä-Symptomatik, als valider Prädiktor. Das Item 5 „Anregungen“ (Skala Zuversicht) und Item 2 „Aktive Mitwirkung“ (Skala Beteiligung) sind am stärksten an diesem Effekt beteiligt, da diese Itemkombination das Therapieergebnis ebenfalls valide vorhersagen kann. Die Prognose ist schon durch die Werte der ersten Gruppentherapiesitzungen in der Remoralisierungsphase (Howard et al., 1993) möglich und verbessert sich nicht bei Berücksichtigung aller 10 Gruppensitzungen. Die Therapeutenbögen zeigen keine prädiktive Validität. Bedeutsame Zusammenhänge der Patienten- und Therapeutenbewertungen finden sich lediglich für den GTS-P und GTS-TP. Weitere Prädiktoren, wie der Diabetestyp, Diabeteskomplikationen und die Adhärenz, konnten nicht zur Verbesserung der Vorhersage beitragen. Für sekundär überprüfte Kriterien gelang die Prognose lediglich für ein weiteres Maß der Depressionssymptomatik und für eine Gesamtbewertung der Gruppentherapie durch die Patienten zu Therapieende. Bei der deskriptiven Betrachtung der Prozessqualität der DAD-Gruppentherapien zeigen sich positive, über den Verlauf der Gruppe zunehmende und nach Therapiephasen differenzierbare Bewertungsverläufe.

Die Ergebnisse der Studie sprechen für die Relevanz von unspezifischen Wirkfaktoren für das Therapieergebnis von kognitiv-behavioralen Gruppentherapien. Die von den Gruppenpatienten wahrgenommene Zuversicht und Beteiligung als Zeichen der Ansprechbarkeit auf die Therapie sollte mit Hilfe von Stundenbögen, wie den GTS-Bögen, von Gruppentherapeuten zur Prozessoptimierung und Prävention von Therapieabbrüchen und Misserfolgen beachtet werden.

1 Einleitung

„Nicht was wir erleben, sondern wie wir empfinden, was wir erleben, macht unser Schicksal aus.“ (Ebner-Eschenbach, 1880)

Das Zitat bringt die Hauptannahme der vorliegenden Arbeit auf den Punkt: Der Therapieerfolg von Psychotherapiepatienten hängt nicht nur mit der kompetenten Anwendung evidenzbasierter Therapiekonzepte zusammen, sondern zunächst einmal mit der Wahrnehmung und dem Erleben, welche ein Patient und auch der Therapeut von der Therapie hat.

Die Sicht eines Menschen als Selbstregulationssystem bedingt, dass Veränderungen nicht von außen bewirkt werden können, sondern von innen heraus motiviert stattfinden müssen. Der erste Schritt in jeder Therapie sollte demnach darin bestehen, dem Patienten zu der Wahrnehmung und dem Erleben zu verhelfen, dass diese Therapie, die Richtige ist, um bei der beschwerlichen Aufgabe der Bewältigung der eigenen Probleme Unterstützung zu erhalten und ihm zu vermitteln, dass er selbst die notwendigen Kompetenzen zur Veränderung hat. Theoretische Modelle zum Therapieprozess, wie das Generische Modell (Orlinsky & Howard, 1986), das Duale Modell (Schulte, 1996), das Konzept der instrumentellen Gruppenbedingungen (Grawe, 1980) und das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung (Howard et al., 1993) betonen gemeinsam die Relevanz der initialen Reaktion des Patienten auf die Therapie, benannt als Ansprechbarkeit auf die Behandlung, therapeutisches Basisverhalten, instrumentelle Gruppenbedingung oder Remoralisierungsphase. Nach derzeitigem Kenntnisstand der Psychotherapieprozessforschung erlaubt diese Reaktion der Patienten auf die Psychotherapie, z.B. als Sitzungsbeurteilung erfasst, die beste Prognose des Therapieerfolgs (Orlinsky et al., 2004). Ernüchternder Weise sind die Sitzungsbeurteilungen und prognostischen Einschätzungen der Therapeuten häufig fehlerhafter als viele Therapeuten zugeben möchten (Schulte & Meyer, 2002). Somit ist die routinemäßige Anwendung von strukturierten Sitzungsbeurteilungsinstrumenten empfehlenswert.

Hauptgegenstand der Untersuchung ist eine kognitiv-behaviorale Gruppenpsychotherapie für Diabetes und Depression. Obwohl gezeigt wurde, dass Gruppenpsychotherapie im Vergleich zur Einzelpsychotherapie gleich wirksam ist (z.B. Burlingame & Strauß, 2010), spielt die ökonomischere Gruppenpsychotherapie eine erheblich geringere Rolle im allgemeinen Forschungsinteresse und das Methodeninventar ist hier begrenzter. Im Gegensatz zu psychoanalytischen und klientenzentrierten Gruppen sind verhaltenstherapeutische Gruppen lange Zeit im Wesentlichen auf ihre Effektivität hin überprüft worden. Über die genauen Wirkmechanismen und Prozesse gibt es noch erstaunlich wenig fundierte Erkenntnisse, obwohl gezeigt werden konnte, dass unspezifische Wirkfaktoren auch in verhaltens-

therapeutischen Gruppen einen Einfluss auf den Therapieprozess und das Ergebnis haben (z.B. Backenstraß et al., 2004, Hilbert et al., 2007). Somit besteht ein besonderer Forschungsbedarf bezüglich der Prozesse kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppentherapien.

Für den praktisch arbeitenden Psychotherapeuten sind hier primär individuumszentrierte Fragen relevant, wie: „Ist die Behandlung, die ich bei diesem Patienten durchführe, wahrscheinlich erfolgreich? Wäre ein anderes Vorgehen, Methode, Setting besser zur Behandlung geeignet (z.B. Einzel- vs. Gruppentherapie)? Wie kann ich Therapieabbrüchen, Misserfolgen und Verschlechterungen vorbeugen?“

Gerade Letzteres stellt die Psychotherapieforschung derzeit vor ungelöste Fragen. Die Abbruchquoten von 17 - 55 % in Gruppenpsychotherapien (Kordy & Senf, 1992) plus die zusätzliche Rate an Patienten, welche keinen Erfolg in der Behandlung haben oder sich sogar durch sie verschlechtern (nach Barlow, 2010: ca. 5-10 %), ist nicht hinnehmbar. Vielfach wird daher in der Therapieforschung und Praxis ein stärkerer ideosynkratischer Ansatz gefordert. Der Einsatz von Stundenbögen bietet hier die Möglichkeit, therapeutische Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen.

Es ist somit ein lohnendes Unterfangen in dieser Untersuchung, die GTS-Bögen als strukturierte Erhebungsinstrumente der Sitzungsbewertung für verhaltenstherapeutische Gruppentherapien zu entwickeln, zu validieren und bezüglich ihrer Vorhersagekraft zu erproben. Die Neuentwicklung von Instrumenten ist bezüglich des Kriteriums der ökonomischen, validen und parallelen Erfassung von Patienten- und Therapeuteinschätzungen von verhaltenstherapeutischen Gruppentherapiesitzungen notwendig. Gerade zur Erfassung der Gruppentherapeutenperspektive gibt es wenige, für die praktikable Prozessevaluation von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien nicht geeignete Instrumente.

Zusätzlich erbringt die vorliegende Untersuchung Erkenntnisse zu Therapieprozessen und der Prozessqualität einer Gruppenintervention für die spezifische Stichprobe von an Depression erkrankten Diabetikern.

Die chronische Stoffwechselerkrankung Diabetes mellitus zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Nach aktuellen Zahlen der International Diabetes Federation (Shaw, Sicree & Zimmet, 2010) gibt es in Europa schätzungsweise über 55 Millionen Diabetiker, weltweit sind derzeit etwa 285 Millionen Menschen betroffen. Eine deutliche Zunahme auf 438 Millionen Betroffene bis zum Jahr 2030 wird erwartet. Deutschland steht mit 7,5 Millionen Diabetikern an 6. Stelle weltweit, bezogen auf die Gesamtzahl an Diabetikern und ist hiermit deutlicher Spitzenreiter in Europa, auch was entsprechende Gesundheitskosten angeht. Die Gesundheitskosten liegen laut der Internationalen Diabetes

Federation in Deutschland bei 3.751 US Dollar pro Diabetespatient und Jahr und insgesamt bei 28 Milliarden US Dollar geschätzt für das Jahr 2010 (Zhang et al., 2009).

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung leiden Patienten mit Diabetes mellitus doppelt so häufig an der ebenfalls als Volkskrankheit zu bezeichnenden Depression (Anderson et. al. 2001, Herrmanns et al., 2005). Diese Komorbidität birgt besondere Risiken, da depressive Diabetiker aufgrund der depressiven Symptomatik in ihrem Diabetesmanagement erheblich eingeschränkt sind. Dadurch weisen sie häufig eine schlechtere Stoffwechseleinstellung auf, was die Wahrscheinlichkeit diabetesbezogener Komplikationen deutlich erhöht (De Groot et. al. 2001). Da es bisher wenig spezifische Versorgungsmöglichkeiten und keine ausreichende Evaluationen von medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungsverfahren für diese stetig wachsende und für das Gesundheitssystem kostenintensive Risikogruppe gibt (Petra & Herpertz, 2009), leitet sich ein besonderer, auch gesundheitspolitisch begründeter Forschungsbedarf ab. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Entwicklung und Ergebnis- aber auch die Prozessevaluation zur Untersuchung spezifischer Veränderungsmechanismen von evidenzbasierten Interventionsmöglichkeiten zur Behandlung von Menschen mit Depression und Diabetes besondere Bedeutung.

Nachdem in dieser Arbeit ein allgemeiner theoretischer Hintergrund zu Diabetes und Depression, der Psychotherapieprozessforschung allgemein, der Gruppenpsychotherapieprozessforschung im Speziellen und den bisher vorliegenden Sitzungsbeurteilungsinstrumenten dargestellt worden ist, werden Fragestellungen, Methodik und Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt und abschließend diskutiert.

Lässt sich der kurzfristige Therapieerfolg einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie bei Diabetes und Depression tatsächlich mit einem Patienten- und zwei Therapeutenstundenbögen vorhersagen?

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Diabetes mellitus und Depression

Da die vorliegende Untersuchung an der spezifischen Stichprobe von an Diabetes mellitus und Depression leidenden Gruppentherapiepatienten durchgeführt wird, sollen die beiden Störungsbilder hier zunächst einführend beschrieben werden. Im Weiteren wird im Überblick auf die Besonderheiten der Komorbidität von Diabetes mellitus und Depression eingegangen.

2.1.1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, bei welcher die körpereigene Regulation des Blutzuckers nicht mehr funktioniert und daraufhin die Blutzuckerwerte zu hoch sind. Es werden zwei Erscheinungsformen des Diabetes mellitus unterschieden: der Diabetes vom Typ 1 und vom Typ 2. Die Typen unterscheiden sich bezüglich ihrer Ätiologie, den psychosozialen Auswirkungen und somit auch bezüglich der damit verbundenen Verhaltensprobleme.

Im Folgenden werden die beiden Diabetestypen kurz beschrieben (detaillierter z.B. bei Kerner, Brückel, & Böhm, 2004):

Der **Typ-1-Diabetes** ist eine lebenslange, chronische Erkrankung, die häufig bereits seit Kindheit und Jugend eine strikte medizinische Behandlung durch Insulininjektionen erfordert, um den Blutzuckerspiegel auf einem günstigen, mittleren Niveau zu halten. Die Erkrankung manifestiert sich in meist plötzlichem Auftreten von Symptomen (v.a. starker Durst und Wasserlassen, Gewichtsabnahme, Leistungsschwäche). Sie ist gekennzeichnet durch einen absoluten Insulinmangel aufgrund der Zerstörung der Insulin produzierenden β -Zellen der Bauchspeicheldrüse im Rahmen einer genetisch determinierten Autoimmunerkrankung und zusätzlichen exogenen Triggern. In der Folge besteht eine lebenslange Abhängigkeit von Insulininjektionen (Vollsubstitution). Vor der Entdeckung des Insulins in den 1920er Jahren hatten Menschen mit Typ-1-Diabetes nur eine kurze Überlebenszeit. Hauptkonsequenz des Insulinmangels sind zunächst Hyperglykämie (zu hohe Blutglukose) und Hyperketonämie (zu hoher Gehalt an Ketonkörpern im Blut, im extremen Fall leichte bis schwere Ketoazidose / Stoffwechsellentgleisung).

Aufgrund der Gefahr von späteren, massiven Spätkomplikationen (Erblinden, diabetischer Fuß etc.) durch langfristige Hyperglykämien besteht das wichtigste Therapieziel in der Normalisierung des Blutglukosespiegels auf Werte zwischen 80-120 mg/dl und einen Hemoglobin A1c (HbA1c) -Wert <6,5. Der HbA1c-Wert gibt über die Anzahl „verzuckerter“ Blutkörperchen Auskunft über die mittelfristige Stoffwechseleinstellung (ca. 3 Monate). Zur

Normalisierung des Blutglukosespiegels müssen die Betroffenen täglich wiederholt Blutzuckerbestimmungen vornehmen und die applizierte Insulinmenge an die Kohlenhydratmengen bei den Mahlzeiten, an den glykämischen Index der Nahrung (schnelle vs. langsame Blutzuckerwirksamkeit) und an ihre körperlichen Aktivitäten anpassen. Gemäß dem Basis-Bolus-Prinzip, welches Diabetikern mehr Flexibilität in ihrer Lebensführung erlaubt, kann ähnlich der natürlichen Insulinsekretion die Basisbehandlung in einem länger wirksamen Insulin bestehen, während kurz wirksames Insulin die Abstimmung mit der Ernährung und körperlichen Aktivitäten erlaubt. Trotz stetiger Verbesserungen in der Insulintherapie durch neue Insuline (z.B. evt. bald inhalierbares Insulin) und Applikationsformen (z.B. Injektionspen, Pumpen) erfordert die Diabetes-selbstbehandlung lebenslang ein hohes Maß an Selbstkontrolle und Achtsamkeit von den Betroffenen.

Nach Giani et al. (2004) gibt es für Deutschland keine Angaben zur Prävalenz des Typ-1-Diabetes über alle Altersgruppen hinweg. Schätzungsweise leiden jedoch nur 5 % aller Diabetespatienten in Deutschland unter einem Typ-1-Diabetes. Es wird davon ausgegangen, dass es in der großen Gruppe der Typ-2-Diabetiker etwa 5-15 % Betroffene gibt, bei denen eigentlich ein erst im mittleren bis höheren Lebensalter verzögert auftretender Typ-1-Diabetes vorliegt. Generell scheint die Prävalenzrate des Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen, als auch bei Erwachsenen, stetig zuzunehmen, z.B. für die Altersgruppe bis 40 Jahre von 0,22 % auf 0,3 % bei Hauner et al. (2003). In Deutschland gibt es schätzungsweise 550.000 Typ-1-Diabetiker (Kerner et al., 2004).

Der **Typ-2-Diabetes** manifestiert sich typischer Weise beim größten Teil der Betroffenen erst im höheren Lebensalter, kann jedoch auch bereits sehr viel früher und neuerdings vermehrt bis in die Kindheit hinein auftreten. Hier hat man es im Gegensatz zum Typ-1-Diabetes mit einem relativen Insulinmangel durch eine Insulinresistenz zu tun. In diesem Fall steigt der Glukosespiegel (Hyperglykämie), obwohl zwar Insulin vorhanden ist, dieses jedoch durch weitere Faktoren (u.a. bedingt durch Übergewicht, Bewegungsmangel, Hypertonie) an seiner Wirkung gehindert wird. Durch einen schon lange vor der Diabetesmanifestation beginnenden Aufschaukelungsprozess wird immer mehr Insulin produziert (Hyperinsulinismus), was schließlich nach und nach zu einer Insulinsekretionsstörung führt. Aufgrund des Fehlens akuter Symptome besteht schon lange vor der Diagnosestellung ein erhöhter Blutglukosespiegel mit der Gefahr der irreversiblen Diabetes-Folgeerkrankungen, welche teilweise erst zur Diagnose des Diabetes führen. Auch der Typ-2-Diabetes wird durch eine genetische Komponente mitbedingt. Als weitere ätiologische Faktoren gelten vor allem das Übergewicht (80-90 % aller Typ-2-Diabetiker: BMI>25, v.a. abdominelle Adipositas), erhöhte Blutfettwerte (Hyperlipidämie) und Blutdruckwerte (Hypertonie, zusammen genommen metabolisches Syndrom genannt) und zusätzlich Bewegungsmangel sowie chronischer Stress. Der Typ-2-Diabetes wird daher als Life-Style bzw. Zivilisationskrankheit bezeichnet.

Im Gegensatz zum Typ-1-Diabetes müssen Typ-2-Diabetiker häufig ihren Insulinhaushalt zunächst nicht durch Injektionen regulieren, sondern können ihn entsprechend der ätiologischen Faktoren durch eine Ernährungsumstellung, Gewichtsreduktion, Bewegungsaufbau und Medikation in Tablettenform behandeln. Schon eine dauerhafte Gewichtsabnahme von wenigen Kilogramm und leichte Bewegungssteigerung kann zu einer deutlichen Verbesserung der Stoffwechsellage beitragen. Über Jahrzehnte entwickelte ungünstige Lebensgewohnheiten sind jedoch besonders änderungsresistent. Durch die Diagnose der Erkrankung wird von den Betroffenen gefordert, ihre Lebensgewohnheiten von einem Tag auf den anderen zu ändern. Dies stellt verständlicher Weise eine große Selbstmanagement- Anforderung dar und sollte optimaler Weise von fachlicher, insbesondere verhaltensmedizinischer Seite unterstützt werden.

Der weitaus größere Teil (ca. 80-95 %) der Diabetes-Erkrankten weltweit und auch in Deutschland sind Typ-2-Diabetiker (Kerner et al., 2004). Janka et al. (2002) nennen eine geschätzte Prävalenz des Typ-2-Diabetes in Deutschland von 4,7 % für Männer und 5,6 % für Frauen zwischen 18-79 Jahren. Die Häufigkeit scheint in der Unterschicht größer als in Mittel- und Oberschicht zu sein. Verglichen mit den Ergebnissen anderer europäischer Studien zählt laut der aktuellsten Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft zur Epidemiologie von Giani et al. (2004) die Häufigkeit des Typ 2 Diabetes in der älteren Bevölkerung in Deutschland zu den höchsten in Europa.

Epidemiologie

Shaw et al. (2010) kommen in der aktuellen Auflage des Diabetes Atlas der Internationalen Diabetes Föderation zu noch weitaus höheren Zahlen für Deutschland. Sie schätzen, dass es derzeit in Deutschland insgesamt ca. 7,5 Millionen an Diabetes (Typ-1 und Typ-2-Diabetes) erkrankte Menschen gibt. Zusätzlich muss eine hohe Dunkelziffer nicht erkannter Typ-2-Diabetiker mitbedacht werden. Dies entspricht einer Prävalenzrate von 12,0 %, die derzeit höchste in Europa. Im Durchschnitt liegt die geschätzte Prävalenz in Europa bei 8,5 % (55,2 Millionen Betroffene). Für die nächsten 20 Jahre bis 2030 wird ein Anstieg auf 10,1 % (ca. 66 Millionen Betroffene) mit einer weiteren Explosion der Gesundheitskosten prognostiziert (Shaw et al., 2010). Gründe für den starken Anstieg der Diabeteshäufigkeit sind vor allem die drastische Zunahme von Übergewicht und Adipositas, der zunehmende Bewegungsmangel, ein generell ungesunder Lebensstil und die gestiegene Lebenserwartung.

Daher sollte neben der Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und Vorbeugung von sekundären Folgeerkrankungen auch die primäre Prävention zur Vorbeugung der Krankheit ein Hauptziel der Gesundheitsversorgung sein. Ergebnisse aus Forschungsprojekten zur Primärprävention des Typ-2-Diabetes (z.B. Diabetes-Prevention-Research-Group, 2002) bestätigen, dass durch eine Lebensstiländerung das Diabetesrisiko von gefährdeten Personen deutlich reduziert werden kann. Auch Ford et al. (2009) zeigten in

einer groß angelegten, prospektiven Studie, dass bei Kontrolle von anderen Einflussfaktoren, die Realsierung von vier Lebensstilfaktoren (Nicht-Rauchen, BMI < 30, gesunder Lebensstil mit ballaststoffreicher Ernährung, 3,5 Stunden körperliche Aktivität/Woche) das Risiko an Typ-2-Diabetes zu erkranken um 93 % senken kann.

Lebenserwartung, Folgekomplikationen, Gesundheitskosten

Die Lebenserwartung von Patienten mit Typ-1 und Typ-2-Diabetes ist durch Folgekomplikationen (z.B. häufig durch kardiovaskuläre Erkrankungen/ Herzerkrankungen) um 5 bis 7 Jahre vermindert (Giani et al., 2004). Laut dem Diabetes Atlas (2009) sterben jährlich weltweit rund 4 Millionen Menschen an den Folgen einer Diabeteserkrankung (Zhang et al., 2009). Das statistische Bundesamt (2006) berichtet, dass die Zahl der Todesfälle aufgrund von Diabetes in Deutschland von 1980 bis 2005 um 29 % zunahm, was u.a. auf die steigende Anzahl älterer Menschen in Deutschland zurück geführt wird.

Beide Diabetes-Erkrankungsformen können bei ungünstigem Verlauf (Chronische Hyperglykämien = langfristiger Überzucker) zu den massiven Folgeerkrankungen durch „Verzuckerung“ führen. So z.B. zur deutlich erhöhten Gefahr einer diabetesassoziierten Makroangiopathie, wie Herzinfarkt, Schlaganfall, diabetischer Fuß, Beine d.h. Amputationen (Avogaro, Giorda, & Maggini, 2007; Young, Randall, & Barclay, 2008) oder zu einer diabetes-spezifischen Mikroangiopathie, wie Nierenschäden/ Nephropathie bis hin zur Dialyse, Retinopathie/ Erblinden (Cheung, Wang, & Klein, 2007; Kilpatrick, Rigby, & Atkin, 2008) oder einer Polyneuropathie, wie diabetischen Nervenschädigungen/ Schmerz-unempfindlichkeit (Ziegler, Rahtmann, & Dickhaus, 2008). Allerdings kann dieses Risiko für Folgeerkrankungen durch eine adäquate Blutzuckerkontrolle gemäß der vorliegenden Leitlinien z.B. der American Diabetes Association (Nathan, Buse, & Davidson, 2009) deutlich reduziert werden (Ratner & Diabetes-Prevention-Program-Research-Group, 2006; Young et al., 2008).

Bei sehr niedrigen Blutzuckerwerten (< 60mg/dl, Hypoglykämien) kann es kurzfristig zu verschiedenen Beschwerden (z.B. schnelle Atmung, schneller Puls, Schwitzen, Zittern, Stimmungsänderung, Seh- und Konzentrationsstörung) und Bewusstseinsstörungen bis hin zur Bewusstlosigkeit kommen. Hauptgefahr der Unterzuckerungen sind Verletzungen durch Unfälle (z.B. beim Autofahren) und Stürze.

Unter regulären Versorgungsbedingungen scheint die Selbstbehandlung der Betroffenen nicht optimal zu sein. 25-50 % der Typ-1-Diabetiker weisen eine suboptimale Blutzuckereinstellung auf (Devries, Snoek, & Heine, 2004). Der Typ-2-Diabetes wird zu spät entdeckt, die Erkrankung generell unterschätzt und falsch behandelt, was am erschreckenden Ausmaß von Folgeerkrankungen abzulesen ist (vgl. Giani et al., 2004):

- Tod durch Herz- und Kreislauferkrankungen / Arteriosklerose ca. 3 -9 mal häufiger als bei Nicht-Diabetikern,

- ca. 26.000 Amputatinnen (Zehen, Füße, Beine) = 60-70 % aller nicht durch Unfälle verursachte Amputationen,
- jeder 3. neu dialysepflichtige Patient ist Diabetiker, das Risiko einer Niereninsuffizienz ist bei Männern mit Diabetes um das 12-fache höher als für Nicht-Diabetiker,
- häufigste Ursache für Erblindung bei unter 60-Jährigen, 5 mal höheres Erblindungsrisiko als in der Allgemeinbevölkerung.

Neben dem Verlust an Lebensqualität und dadurch der zusätzlich erhöhten Gefahr psychischer Komorbiditäten (Depression, Angststörung) für die Betroffenen, ergeben sich ebenfalls enorme Kosten für das Gesundheitssystem. Weltweit wird geschätzt, dass 10 % des gesamten Gesundheitsbudgets für Diabeteserkrankungen und ihre Folgen aufgebracht werden. Die Diabetes-Behandlung belastet das gesamte Gesundheitsbudget in Deutschland mit derzeit geschätzten 12 % = 28 Milliarden US Dollar (Zhang et al., 2009).

Die aufgeführten Daten veranschaulichen eindringlich die hohe Belastung sowohl für die Betroffenen als auch für das Gesundheitssystem durch Diabeteserkrankungen und unterstreichen die Notwendigkeit der Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Präventions- und Interventionsangebote in interdisziplinärer Zusammenarbeit (Medizin, Ernährungs-/ Sportwissenschaft, Psychologie/ Psychotherapie).

Psychosoziale Probleme bei Diabetes mellitus

Die notwendigen Selbstbehandlungsmaßnahmen des Diabetes (Glukose testen, Insulin spritzen, Tabletten einnehmen), das Selbstmanagement in der Lebensführung und das notwendige Gesundheitsverhalten der Betroffenen (Ernährungsregeln beachten, Sport treiben, Fußpflege, Arztbesuche) nehmen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Wirksamkeit der medizinischen Behandlung. Daher ist Diabetes mellitus ein typisches Beispiel für die Anwendung von psychologisch begleiteter Krankheitsbewältigung und verhaltensmedizinischer Intervention. Ziel ist es, durch adäquate Behandlung, Schulung und Beratung die Betroffenen auf der Basis des Selbstmanagement- und Empowerment-Ansatzes im Umgang mit den multidimensionalen Verhaltensanforderungen und psychosozialen Problemen zu unterstützen (vgl. Übersicht in Tabelle 2.1).

In der aktuellsten Version der Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft zu „Psychosoziales und Diabetes“ geben Kulzer et al. (2009) evidenzbasierte Empfehlungen für die verhaltensmedizinische Unterstützung von Diabetikern, für die erfolgreiche Selbstbehandlung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität.

Tabelle 2. 1: Psychosoziale Probleme und verhaltensmedizinische Ziele bei Diabetes mellitus (zusammengestellt und modifiziert nach Fehm-Wolfsdorf, 2003; Kulzer et al., 2009; Reinecker, 1995)

Psychosoziale Problembereiche und verhaltensmedizinische Ziele bei Diabetes mellitus	
•	Übernahme eines hohen Maßes an Eigenverantwortung zur selbstständigen Bewältigung des Diabetes und seiner möglichen Konsequenzen in allen betroffenen Lebensbereichen und Krankheitsstadien, Förderung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Problemlöse-, Coping-Fähigkeiten, Adhärenz, Verbesserung von Selbstbeobachtung, Selbstevaluation und Selbstkontrolle
•	Erwerb von diabetesspezifischem Wissen und Fertigkeiten zur Selbstbehandlung und deren Umsetzung in den Alltag durch Patientenschulungen, u.a. auch zu Lebensstil-Faktoren, wie Gewichtskontrolle, Essverhalten, körperlicher Bewegung, Fußpflege, Nichtrauchen oder auch Training der Hypoglykämiewahrnehmung
•	Dauerhaftes Anstreben einer möglichst ausgeglichene Stoffwechseleinstellung zur Vermeidung von Akutkomplikationen sowie Folgeerkrankungen
•	Identifikation und Modifikation von Verhaltensweisen und Einstellungen, die eine erfolgreiche Selbstbehandlung behindern , z.B. Veränderung von Lebensgewohnheiten, Behandlung von Hypoglykämie-Angst / Hypoglykämiewahrnehmungsstörung / Angst vor Folgeerkrankungen
•	Gute Arzt-Patienten-Kommunikation, Unterstützung durch das soziale Umfeld (Familie, Freunde, Arbeitsplatz), Förderung sozialer Kompetenzen, Zugang zu Selbsthilfegruppen und diabetesspezifischen Beratungsangeboten
•	Emotionale und kognitive Akzeptanz des Diabetes , d.h. Entwicklung und Aufrechterhaltung förderlicher Einstellungen und Haltungen zum Diabetes
•	Aufrechterhaltung einer guten, persönlichen Lebensqualität trotz der Diabeteserkrankung, emotionales Wohlbefinden und Motivation zur Selbstfürsorge, d.h. u.a. auch erfolgreicher Umgang mit Krisen und möglichen psychosozialen Problemen im Zusammenhang mit der Erkrankung, wie z.B. Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Abhängigkeitssyndromen

Behandlung im Gruppensetting: Patientenschulung und verhaltenstherapeutische Interventionen

Verhaltensmedizinische Interventionen im Gruppensetting haben sich bei verschiedenen somatischen und chronischen Krankheiten als effektiv erwiesen. So gibt es hier zahlreiche Befunde für z.B. Krebserkrankungen (Goldstein & Frantsve, 2009; Penedo et al., 2006), HIV (Antoni, 2003; Sherman et al., 2004), Epilepsie (Au et al., 2003), Rheuma (Hewlett et al., 2011) und auch Diabetes mellitus (Cochran & Conn, 2008; Conn et al., 2008; Ismail, Winkley, & Rabe-Hesketh, 2004; Winkley, Landau, Eisler, & Ismail, 2006). Nach Spira (1997) und Sherman et al. (2004) haben Gruppentherapien den entscheidenden Vorteil, von allen Betroffenen gemeinsam geteilte Anliegen, Ängste und Befürchtungen bezüglich der Erkrankung besprechen zu können, Erfahrungen auszutauschen, Ressourcen zur Krankheitsbewältigung leichter aktivieren zu können und kosteneffektiver zu sein. Psychotherapeutische Interventionen im Gruppensetting können zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen und gleichzeitig auch somatische Prozesse positiv beeinflussen (Sherman et al., 2004). Die vorliegenden Metaanalysen und Übersichtsarbeiten zu psychologischen Interventionen bei Typ-1 und Typ-2-Diabetes bestätigten ebenfalls signifikante Effekte auf die Stoffwechseleinstellung (HbA1c) durch diese Interventionen, welche hauptsächlich im Gruppensetting durchgeführt wurden (Ismail et al., 2004; Plack, Herpertz, & Petrak, 2010; Van der Ven, 2003; Winkley et al., 2006). Schnur & Montgomery (2010) zeigten, dass auch in Gruppentherapien für an Krebs erkrankten Menschen die vom Therapeuten eingeschätzte Gruppenkohäsion den Therapieerfolg vorhersagen konnte. Andersen, Shelby & Golden-Kreutz (2007) berichten, dass Prozessvariablen, wie höhere

Einschätzungen in der wahrgenommenen Gruppenkohäsion mit geringerer psychosozialer Belastung und niedrigeren Symptomwerten bei Krebspatienten zu Behandlungsende einhergingen. Hier scheinen dementsprechend unspezifische Gruppenwirkfaktoren relevant zu sein.

Patientenschulungen für erwachsene Typ-1 und Typ-2-Diabetiker und für betroffene Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern werden ebenfalls häufig in Gruppen durchgeführt (Fiedler, 2005). Die Gruppenarbeit hat sich aufgrund der Möglichkeit des wechselseitigen Lernens, der Unterstützung bei der Umstellung auf ein neues Leben mit der Diabetes-Selbstbehandlung und durch die Möglichkeit des Besprechens aller damit zusammenhängender Sorgen und Ängste der Betroffenen bewährt. Nach Norris et al. (2001) ist das Gruppensetting zur Veränderung grundlegender Lebensgewohnheiten dem Einzelsetting überlegen. Patientenschulungen sind zusammen mit der medikamentösen Behandlung eine unverzichtbarere Therapiemaßnahme bei Diabetes mellitus, um den Patienten das zur erfolgreichen Selbstbehandlung notwendige Wissen zu vermitteln und konkrete, individuelle Hilfestellungen zur Verhaltensänderung und Übertragung der Inhalte in den Alltag zu geben. Besonders bezüglich des Typ-2-Diabetes besteht jedoch in Deutschland ein Schulungsdefizit (DDG, 2000). Schulungen sollten dem Diabetestyp, Alter, Wissensstand und der Prognose entsprechend angepasst werden und die von der DDG empfohlenen Inhalte berücksichtigen (Kulzer et al., 2009, S.155). Aufgrund des engen Zusammenhangs der Stoffwechseleinstellung, medizinisch-diabetologischer Parameter und dem psychischen Wohlbefinden sollten verhaltensmedizinische Interventionen nach Möglichkeit verschiedene Zielaspekte ansprechen.

Einen aktuellen Überblick über den Forschungsstand zu verhaltensmedizinischen Interventionen bei Diabetes mellitus geben Plack et al. (2010). Demnach zeigten sich Selbstmanagement- Interventionen zur Verbesserung der Stoffwechseleinstellung und Krankheitsbewältigung zumeist als effektiv zur Verbesserung des HbA1c und zudem zur Verbesserung der körperlichen Aktivität, Hypoglykämiewahrnehmung, Behandlungssadhärenz und psychologischen Variablen, wie Selbstwirksamkeit, gesundheitsbezogenen Lebensqualität, diabetesbezogener Stress und depressiven Symptomen (z.B. Allen, Fain, Braun, & Chipkin, 2008; Schillinger, Handley, Wang, & Hammer, 2009). Psychologische und hier zumeist kognitiv-behaviorale Interventionen erwiesen sich zusammenfassend als effektiv zur Verbesserung der metabolischen Kontrolle, psychischen Belastung und depressiver als auch ängstlicher Symptome (z.B. Amsberg et al., 2009; Ismail, Thomas, & Maissi, 2008; Snoek et al., 2008). Nach Kulzer et al. (2009) ist die Forschungslage allerdings noch zu ungeklärt, um Stressbewältigungs-, Krankheitsbewältigungs- und Soziale Kompetenz-Interventionen generell im Rahmen der Leitlinie zu empfehlen. Eine weitere diabetesspezifische, verhaltensmedizinische Intervention ist das Blutzucker- Wahrnehmungstraining (Cox, Gonder-Frederick, & Polonsky, 2001). Es hat sich vor allem bei (langjährigen) Typ-1-

Diabetikern mit einer Hypoglykämie- Wahrnehmungsstörung und wiederkehrenden starken Hypoglykämien als effektive Intervention erwiesen. Durch das Training kann die Sensibilität der Wahrnehmung für extreme Blutglukoselevel erhöht, Hypo- und Hyperglykämien vorgebeugt, hypoglykämie-bedingte Verkehrsauffälligkeiten reduziert, Hypoglykämie-Angst abgebaut und die Lebensqualität als auch Selbstwirksamkeit verbessert werden (Cox, Gonder-Frederick, & Ritterband, 2006; Kulzer et al., 2009; Snoek et al., 2008).

Komorbidität mit psychischen Störungen: Angst-, Ess- und Abhängigkeitsstörungen

Ein nicht unerheblicher Anteil von Diabetikern erscheint stark psychisch belastet zu sein (z.B. für die USA 7,6 % Li, Ford, & Zhao, 2009). Nach einer internationalen Untersuchung von Peyrot et al. (2005) berichteten 41 % der befragten Diabetiker von einem deutlich verminderten psychischen Wohlbefinden, wobei lediglich 10 % angaben in psychologischer Behandlung zu sein. Vor allem bei Patienten mit schlechter Stoffwechseleinstellung ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität deutlich reduziert (Norris, 2005). Somit ist es nicht überraschend, dass sich für einige psychische Störungen eine erhöhte Prävalenz subklinischer und ausgeprägter Symptomatik bei Diabetikern findet (Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001; Herrmanns et al., 2005). Parallel mangelt es jedoch an auf Diabetes spezialisierten, psychotherapeutischen Behandlungsangeboten. Eine komorbide psychische Symptomatik hat fatale Auswirkungen auf die Diabetes-Selbstbehandlung und ist ein deutlicher Risikofaktor für einen ungünstigen Verlauf der Diabeteserkrankung, d.h. für Hyperglykämie, Folgekomplikationen und Mortalität (DeGroot, Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001; Lustman, Anderson, et al., 2000). Somit ist es dringend notwendig, sie möglichst frühzeitig zu diagnostizieren und ggf. fachpsychotherapeutisch zu behandeln.

Relevant sind bei Diabetikern vor allem komorbide Depressionen, Angststörungen, Essstörungen und Abhängigkeitserkrankungen. Auf die häufigste psychische Störung bei Diabetikern, die Depression, wird in den nächsten beiden Abschnitten vertieft eingegangen. Hier zuvor noch eine kurze Erläuterung zu komorbiden Angst- Ess- und Abhängigkeitsstörungen.

Nach Petrak (2009) gibt es Hinweise auf eine Erhöhung der Lebenszeitprävalenz für **Angststörungen** bei Diabetikern von 15,1 % in der Allgemeinbevölkerung auf ca. 20 % bei Diabetikern. Zuvor wurde die Befundlage als uneindeutig beschrieben und nicht von einer erhöhten Prävalenz der Angststörungen bei Diabetikern ausgegangen (Herpertz et al., 2003; Herrmanns et al., 2005; Shaban, Fosbury, Kerr, & Cavan, 2006). Die meisten Angststörungen bei Diabetikern sind nicht diabetesspezifisch, allerdings evt. eng verknüpft mit diabetesbezogenen Themen. Bei der sozialen Phobie bestehen Ängste bzgl. des Blutzuckermessens/ Spritzens/ Hypoglykämien in der Öffentlichkeit, bei der spezifischen Phobie z.B. Spritzenphobien/ Angst vor Insulininjektionen, bei generalisierten Ängsten u.a. übermäßige Sorgen bzgl. Folgeerkrankungen und daraufhin Toleranz von Hypoglykämien und bei Zwangsstörungen zwanghaftes Diabetesmanagement mit einem zwanghaften

Perfektionismus bzgl. Blutzucker-Werten/ exzessivem Messen. Zudem können Anpassungsstörungen mit Angst und depressiven Symptomen vor allem im Kontext der Erstdiagnose und Ängste bezüglich dem Beginn der Insulintherapie bei Typ-2-Diabetikern auftreten.

Als häufigste und ausschließlich diabetesbezogene Angststörungen sind die Hypoglykämieangst und die Angst vor Folgeerkrankungen zu nennen, welche beide das Diabetesmanagement stark beeinträchtigen können. Diabetiker, welche an einer **Hypoglykämieangst** leiden, haben starke Angst vor möglichen Hypoglykämien, da diese unangenehme und u.U. gefährliche Situationen im Alltag eines Diabetikers darstellen können. Typische Gedanken betreffen die Möglichkeit, Konzentrationsprobleme zu bekommen, ohnmächtig zu werden bzw. in der Öffentlichkeit dumm oder betrunken zu erscheinen. In Folge dessen zeigen die Betroffenen ein ausgeprägtes Sicherheits- und Vermeidungsverhalten, wie z.B. exzessive Blutzuckermessungen, keine Reisen, kein Sport, nicht alleine ausgehen und die Toleranz hoher Blutzuckerwerte. Je nach spezifischer Ausprägung wird die Hypoglykämieangst den ICD-10 Diagnosen der Agoraphobie, Panikstörung oder sozialen Phobie zugeordnet. Die **Angst vor Folgeerkrankungen** ist in gewisser Weise das Gegenstück zur Hypoglykämieangst. Hier besteht eine starke Angst und Sorge vor möglichen Spätfolgen und Komplikationen als Folge von Hyperglykämie, welche eine langfristige Toleranz von sehr niedrigen Blutglukosewerten nach sich zieht. Dies hat möglicherweise die Konsequenz von vermehrten Hypoglykämien und der Entwicklung einer Hypoglykämie- Wahrnehmungsstörung. Das Gehirn gewöhnt sich an eine sehr niedrige Glukoseversorgung und die hormonelle Gegenregulation bei Glukosemangel im Gehirn (Neuroglykopenie) geht verloren. Bei der Angst vor Folgeerkrankungen können je nach Ausprägung die Kriterien einer generalisierten Angststörung, Angst und depressiven Störung gemischt, Zwangsstörung oder Anpassungsstörung erfüllt sein.

Angststörungen, aber auch schon subklinische Ängste (z.B. vor dem Beginn der Insulintherapie bei Typ-2-Diabetikern) können die Ursache für eine schlechte Stoffwechseleinstellung sein (Kulzer et al., 2009; Petrak, 2006; Petrak et al., 2007). Sie schränken in jedem Fall durch eine überdurchschnittliche Belastung durch den Diabetes die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein und sollten nach Möglichkeit frühzeitig durch Screeningfragen und spezialisierte Fragebögen diagnostiziert werden (vgl. Petrak, 2009; Petrak et al., 2007). Beim Vorliegen einer nicht auf die psychotherapeutische Basisversorgung angesprochenen, diabetesbezogenen Angststörung sollte diese nach den DDG Leitlinien durch Psychotherapie und ggf. kombinierte Pharmakotherapie bei mit Diabetes erfahrenen Psychotherapeuten behandelt werden (Kulzer et al., 2009; Petrak, 2009; Petrak et al., 2007).

Alle Formen von pathologischem Essverhalten und ausgeprägten **Essstörungen** bei Diabetikern können stark negative Auswirkungen auf die Stoffwechseleinstellung haben.

Allgemein haben die vorrangig betroffenen jungen Frauen mit Typ-1-Diabetes nach bisheriger Forschungslage kein erhöhtes Risiko an Anorexia und Bulimia nervosa zu erkranken, obwohl es widersprüchliche Forschungsergebnisse zu einer erhöhten Prävalenz der Bulimie gibt (Herpertz et al., 2006). Die Diagnose der Binge Eating Störung ist vor allem in der Gruppe der übergewichtigen Typ-2-Diabetiker relevant (Herpertz et al., 2000). Nach Kulzer et al. (2009) sind hier mindestens 30 % der Männer betroffen. Insulinpflichtige Diabetiker mit Essstörungen nutzen u.a. das sogenannte „Insulin-Purging“ als gegenregulierendes Verhalten. Dabei reduzieren sie die Insulindosierung stark oder injizieren gar kein Insulin, mit dem Ziel, Gewicht zu verlieren. Bei schwer einstellbaren, insulinpflichtigen Diabetes v.a. bei Mädchen und jungen Frauen sollte gemäß der DDG-Leitlinie (Kulzer et al., 2009) stets auch an eine Komorbidität mit einer Essstörung und Insulin-Purging gedacht werden.

Obwohl die Häufigkeit von **Abhängigkeitserkrankungen** bei Diabetikern nicht gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht ist, führen stoffgebundene Süchte, am häufigsten Nikotin- und Alkoholabhängigkeit, für Diabetiker zu massiven körperlichen Schädigungen, d.h. einer stark erhöhten Wahrscheinlichkeit von Folgeerkrankungen. Daher sollte diese Komorbidität stets mitbedacht und dringend mitbehandelt werden (Kulzer et al., 2009).

2.1.2 Depression

Depression zählt zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter und wird zunehmend als Volkskrankheit bezeichnet. Somit ist sie, ähnlich dem Diabetes mellitus, eine der wichtigsten Erkrankungen unserer Zeit mit erheblichem Einfluss auf Gesellschaft und Gesundheitswesen. Depressionen werden als multifaktorielles Syndrom mit emotionalen, kognitiven, motorischen, motivationalen und physiologischen Komponenten gesehen. Der Begriff Depression dient dabei als Oberbegriff für verschiedene depressive Erkrankungen, einschließlich eines gemeinsamen hypothetischen Ursachen-, Verlaufs-, Prognose- und Behandlungswissens. Die hier dargestellten depressiven Störungen werden mit den bipolaren Störungen unter dem Begriff der affektiven Störungen zusammengefasst.

Diagnostik

In Tabelle 2.2 ist die Klassifikation depressiver Störungen der ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, WHO, Dilling & Freyberger, 2010) und des DSM-IV-TR (Diagnostisch Statistisches Manual psychischer Störungen, APA, Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003) dargestellt. Zur Abgrenzung von verschiedenen depressiven Störungen und ihres Schweregrades ist die aktuelle Symptomatik und der bisherige Verlauf ausschlaggebend.

Tabelle 2. 2: Darstellung der Klassifikation depressiver Störungen nach ICD-10 und DSM-IV-TR

ICD-10	DSM-IV-TR
F 32 Depressive Episode F 32.0 leichte depressive Episode F 32.1 mittelgradige depressive Episode F 32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome F 32.3 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen F 32.x0 ohne somatisches Syndrom F 32.x1 mit somatischem Syndrom F 32.x4 teilremittiert / vollremittiert F 32.8 sonstige depressive Episode F 32.9 nicht näher bezeichnete depressive Episode	296.2x Major Depression (Einzelne Episode) 296.21 leicht 296.22 mittelgradig 296.23 schwer ohne psychotische Merkmale 296.24 schwer mit psychotischen Merkmalen 296.25 teilremittiert / 296.26 vollremittiert 296.20 unspezifisch
F 33 Rezidivierende depressive Störung F 33.0 gegenwärtig leichte Episode F 33.1 gegenwärtig mittelgradige Episode F 33.2 gegenwärtig schwere Episode ohne psychotischen Symptomen F 33.3 gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen F 33.4 gegenwärtig remittiert F 33.8 sonstige rezidivierende depressive Störung F 33.9 nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung	296.3x Major Depression (Rezidivierend) 296.31 leicht 296.32 mittelgradig 296.33 schwer ohne psychotische Merkmale 296.34 schwer mit psychotischen Merkmalen 296.35 teilremittiert / 296.36 vollremittiert 296.30 unspezifisch
F34 Anhaltende affektive Störung F 34.0 Zykllothymia F 34.1 Dysthymia F 34.8 sonstige anhaltende affektive Störung F 34.9 nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störung	301.13 Zykllothyme Störung 300.4 Dysthyme Störung
F38 Sonstige affektive Störung F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung	296.90 Nicht näher bezeichnete affektive Störung
F 43.2 Anpassungsstörungen F 43.20 Kurze depressive Reaktion F 43.21 Längere depressive Reaktion F 43.22 Angst und depressive Reaktion gemischt	309.x Anpassungsstörungen 309.0 mit depressiver Stimmung (akut) 309.0 mit depressiver Stimmung (chronisch) 309.28 mit Angst und depressiver Stimmung gemischt

In die vorliegende Untersuchung wurden Patienten mit den Diagnosen einer depressiven Episode und einer rezidivierenden depressiven Störung eingeschlossen. Zentral für die Vergabe dieser Diagnosen sind die diagnostischen Kriterien der einzelnen oder wiederkehrenden depressiven Episode, hier beschrieben nach ICD-10 in Tabelle 2.3.

Deutlich wird, dass neben der eigentlichen affektiven Symptomatik (Niedergeschlagenheit, Interessensverlust) auch verhaltensbezogene (Antriebslosigkeit, Rückzug), kognitive (Konzentrationsstörungen, Gedankenkreisen) und somatische Symptome (Schlafstörungen, Appetitverlust) zur Diagnose einer Depression dazugehören können.

Bei der Diagnostik und Behandlung von depressiven Störungen ist das mögliche Vorliegen von Suizidalität besonders zu beachten und aktiv anzusprechen. Differentialdiagnostisch sind depressive Störungen von depressiven Phasen im Rahmen einer bipolaren Störung, Trauerreaktionen (Anpassungsstörungen), einer Negativsymptomatik bei schizophrenen Störungen, schizoaffectiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen abzugrenzen. Zudem sind somatische Ursachen (hirnorganische

Syndrome, Syndrome des ZNS, Infektionen, Mangelkrankungen, postoperative Symptome, Intoxikationen) aber auch substanzinduzierte Symptome auszuschließen.

Tabelle 2. 3: Diagnostische Kriterien der depressiven Episode nach ICD-10 (WHO,2010)

Diagnostische Kriterien der depressiven Episode nach ICD-10
<p>A. Allgemeine Kriterien für eine depressive Episode:</p> <ul style="list-style-type: none"> -mindestens zweiwöchige Dauer -in der Anamnese keine (hypo-) manischen Phasen -nicht auf psychotrope Substanzen, oder eine psychoorganische oder organische Störung zurückzuführen
<p>B. Mindestens zwei von drei Hauptsymptomen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Depressive Stimmung in deutlich ungewöhnlichem Ausmaß, die meiste Zeit fast jeden Tages, im wesentlichen unbeeindruckt von den Umständen 2. Interessen- oder Freudverlust an Aktivitäten 3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
<p>C. Ein oder mehrere zusätzliche Symptome, so dass sich eine Gesamtzahl von 4-8 Symptomen ergibt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verlust des Selbstvertrauens, Selbstwertgefühles 2. Unbegründete Selbstvorwürfe, unangemessene Schuldgefühle 3. Wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizid, suizidales Verhalten 4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit, Unentschlossenheit 5. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung 6. Schlafstörungen jeder Art 7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung
<p>Vorliegen eines zusätzlichen somatischen Syndroms, wenn 4- 5 der folgenden Symptome vorhanden sind klassifiziert als depressive Episode mit somatischen Symptomen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deutlicher Interessenverlust an Aktivitäten 2. Mangelnde Fähigkeit auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren 3. Früherwachen, zwei oder drei Stunden vor der gewohnten Zeit 4. Morgentief 5. Objektivierbarer Befund einer ausgeprägten psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit 6. Deutlicher Appetitverlust 7. Gewichtsverlust (5 % oder mehr im vergangenen Monat) 8. Deutlicher Libidoverlust
<p>Vorliegen von zusätzlichen psychotischen Symptomen: Wahnideen, Halluzinationen etc. bei einer schweren depressiven Episode</p>

Epidemiologie, Risikofaktoren, Komorbidität, Verlauf

Die Lebenszeitprävalenz für depressive Episoden liegt bei etwa 10 % bis 25 % für Frauen und 5 % bis 12 % für Männer (American Psychiatric Association, 2000). Die Prävalenzdaten schwanken allgemein zwischen 8-26 % je nach diagnostischer Untersuchungsmethode (z.B. Klinische Fragebögen oder Interviews) und Untersuchungspopulation (u.a. Kulturraum, Altersgruppe, z.B. Steffens, Fisher, Langa, Potter, & Plassman, 2009; Wittchen & Jacobi, 2006). Für Europa nennen Wittchen & Jacobi (2005) eine konservativ geschätzte Lebenszeitprävalenz von 14 %; für Deutschland eine 12-Monatsprävalenz von 10,9 %. Frauen sind mit 14,2 % in allen Altersgruppen ungefähr doppelt so häufig wie Männer (7,6 %) betroffen. Für Deutschland kann somit davon ausgegangen werden, dass ca. 5-6 Millionen Bundesbürger pro Jahr an einer Depression leiden. Bezogen auf Europa kann man aufgrund der Analyse von ca. 20 Millionen betroffenen EU-Bürgern ausgehen.

Zu den Risikofaktoren, an einer Depression zu erkranken, gibt es relativ stabile Befunde (Paykel, Brugha, & Fryers, 2005). Ein erhöhtes Risiko haben, neben Frauen, Menschen im mittleren Lebensalter, aus benachteiligten sozioökonomischen Schichten sowie allein lebende, geschiedene und verwitwete Personen. Prädisponierend für eine depressive Erkrankung

sind weiterhin bestehende körperliche Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus) und komorbide psychischen Störungen, wie vor allem Angst- und Zwangstörungen, Suchterkrankungen, Essstörungen, somatoforme Störungen, Schizophrenien, Demenzen und Persönlichkeitsstörungen. Generell weisen depressive Störungen eine hohe Rate (50-70 %) an Komorbidität auf. Komorbide Störungen verschlechtern dabei die Prognose einer Behandlung (Gastpar, 2006). Das Ersterkrankungsalter liegt meist im frühen bis mittleren Erwachsenenalter, obwohl eine Depression in jedem Alter beginnen kann. Für Patienten, die einmal eine depressive Episode erlebt haben, besteht ein 60-75 %-iges Risiko für eine erneute depressive Episode (Wittchen & Jacobi, 2006). Die Wahrscheinlichkeit des Rückfalls und eines chronischen Verlaufs erhöht sich bei mehreren Episoden weiter (Pettit, Lewinsohn, Roberts, Seeley, & Monteith, 2009). Ungefähr zwei Drittel der depressiven Episoden remittieren vollständig, ein Drittel remittiert teilweise oder gar nicht. Eine Teilremission erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten weiterer Episoden (American Psychiatric Association, 2000).

Depressive Störungen bringen neben dem subjektiven Leid zunehmend hohe Gesundheitskosten, Krankheitsausfallzeiten und Einschränkungen sozialer Rollen mit sich (Kessler et al., 2003; Stamm & Salize, 2006). In Deutschland konnte in den letzten Jahren ein stetiger Zuwachs der Diagnose Depression als Grund für Arbeitsunfähigkeit und als Diagnose während einer stationären Behandlung beobachtet werden (Bramesfeld, Grobe, & Schwartz, 2010). Eine der häufigsten Komplikationen sind Suizidversuche (50 %) und Suizide (4-15 % aller stationär behandelten Patienten, DGPPN, 2009). Neben den diagnostizierten depressiven Störungen, gehen auch subklinische depressive Störungsbilder mit einem großen Ausmaß an Leid, Funktionseinschränkungen, Suizidalität und Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten einher (Wagner et al., 2000).

Entstehungsmodelle

Allgemein wird von einem multifaktoriellen, bio-psycho-sozialen Ätiologiemodell der Depression ausgegangen. *Biologische Faktoren* betreffen hier zum einen Befunde über eine genetische Veranlagung (Verwandte ersten Grades 1,5-3 mal erhöhtes Risiko als in der Allgemeinbevölkerung, American Psychiatric Association, 2000). Zum anderen gibt es durch die Pharmakoforschung indirekte Belege bezüglich biochemischer Genesebedingungen, wie z.B. einem Noadrenalin- und Serotoninmangel (Monoamin-Hypothese) und hohen Cortisolwerten durch eine Überaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse. *Psychologische Modellvorstellungen* der Depressionsgenese fußen auf verstärkungstheoretischen und kognitionspsychologischen Hypothesen (Hautzinger, 2003). Der verstärkungstheoretische Ansatz (Lewinsohn, 1974) geht von der Annahme einer geringeren Rate verhaltenskontingenter, positiver, sozialer Verstärkung als auslösend für depressives Verhalten aus. Der Mangel an positiven Erfahrungen führt zu einer deutlich reduzierten Verhaltenshäufigkeit, was wiederum die depressive Symptomatik aufrechterhält.

Kognitionsorientierte Ansätze (Beck, Rusch, Shaw, & Emery, 1999; Seligman, 1975) sehen dysfunktionale kognitive Grundmuster bei Depressiven ursächlich für die Depressionsgenese. Ausgelöst durch negative Erfahrungen, manifestieren sich die dysfunktionalen kognitiven Schemata u.a. zur Einstellung zu sich selbst, der Umwelt und der Zukunft (kognitive Triade). Zusätzlich führen typische, logische Denkfehler und Verzerrungen zur Verstärkung und Aufrechterhaltung der Grundannahmen und der depressiven Symptomatik. Nach Seligmans Theorie der erlernten Hilflosigkeit führen vorwiegend wiederholte Erfahrungen der mangelnden Kontrolle über wichtige Umweltaspekte zu einer generalisierten Erwartung von Unkontrollierbarkeit, Hoffnungslosigkeit und somit zur Depression. Durch die Entwicklung eines dysfunktionalen Attributionsstils im Sinne einer Misserfolgsattribution wird die depressive Symptomatik weiter verstärkt und aufrechterhalten. *Soziale Theorien* betonen die Relevanz von Bindung und interpersonellen Beziehungen (Klerman, Weissman, Rousanville, & Chevron, 1984) und die Auswirkungen von kritischen Lebensereignissen, vor allem Verlusterfahrungen (Filipp, 1995) in der Depressionsgenese.

Behandlung: Pharmakotherapie, Psychotherapie, Gruppenpsychotherapie

Depressionen gelten in den meisten Fällen als gut behandelbar. Bis die richtige Diagnose gestellt wird und eine entsprechende Therapie begonnen wird, vergeht jedoch häufig viel Zeit. Durch eine Depressionsbehandlung sollen zunächst depressive Symptome vermindert und schließlich eine Vollremission erreicht werden. Zudem soll die berufliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit wiederhergestellt und Rückfällen vorgebeugt werden.

Nach heutigem Wissensstand sind je nach Schweregrad und Verlauf der Depression die Psychotherapie, Pharmakotherapie oder eine Kombinationsbehandlung dieser Therapien Methoden der Wahl in der Depressionsbehandlung (DGPPN, 2009; Dirmaier, Krattenmacher, et al., 2010; Klesse et al., 2010) und bewirken in Studien äquivalente Ergebnisse (z.B. Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990). Die Psychotherapie und Kombinationsbehandlung schneidet jedoch besser bei der Verminderung der Rückfallgefahr ab (Hautzinger, deJongMeyer, Treiber, Rudolf, & Thien, 1996). Psychotherapie scheint somit eine bessere Langzeitwirkung gegenüber der Pharmakotherapie zu haben und zudem die Compliance für eine parallele antidepressive Medikation zu erhöhen (Cuijpers, Dekker, Hollon, & Andersson, 2009). Bei schweren, therapieresistenten Depressionen kommen stationäre Verfahren, wie die Lichttherapie, der Schlafentzug und die Elektrokrampftherapie zum Einsatz.

Die Pharmakotherapie mit verschiedenen zur Verfügung stehenden Antidepressiva (z.B. Trizyklischen Antidepressiva, Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer) ist für mittelgradige bis schwere depressive Störungen indiziert und in Studien signifikant wirksamer als Placebobedingungen (DGPPN, 2009). Die Auswahl und Dosis des Medikamentes richtet sich nach der Art und Schwere der Symptomatik und zu beachtenden Nebenwirkungen und sollte stets unter ärztlicher Kontrolle erfolgen.

In der psychotherapeutischen Behandlung der Depression haben sich vor allem die kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Therapie und psychodynamische/ psychoanalytische Therapien als effektiv gezeigt (DGPPN, 2009). Die auch in dieser Untersuchung angewandte kognitive Verhaltenstherapie verfolgt in der Depressionsbehandlung, gemäß der vorgestellten Genesemodelle das Ziel des Aufbaus positiver Aktivitäten zur Erhöhung der Verstärkerrate, die Identifikation und Korrektur dysfunktionaler Kognitionen und Schemata und die Verbesserung von sozialen und Problemlösekompetenzen (vgl. Beschreibung der Gruppenintervention, Abschnitt 4.1.2).

Schon lange gibt es gut empirisch validierte, verhaltenstherapeutische Gruppenkonzepte für Depression (z.B. Lewinsohn & Clarke, 1984). Im Besonderen für den Bereich der depressiven Störungen erscheint die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie für Einzel- als auch Gruppentherapie eindeutig belegt (Dobson, 1989; Gloaguen, Cottraux, Cucherat, & Blackburn, 1998; Johnson, 2008, 2009; Oei & Dingle, 2008; Robinson et al., 1990). Dies kann als gesichert angesehen werden, obwohl die Effektstärken möglicherweise bisher in Metaanalysen u.a. aufgrund des „Publication Bias“ überschätzt worden sind (Cuijpers, van Straten, Bohlmeijer, Hollon, & Andersson, 2010) und davon abhängen ob der Therapieerfolg durch Veränderungen der Stimmung, der Kognitionen oder des Verhaltens gemessen wird. Auch gibt es sehr wohl ernüchternde Befunde, nach denen es auch bei der kognitiven Verhaltenstherapie der Depression hohe Rückfallraten oder Restsymptomatik gibt (Shea et al., 1992).

In einer Metaanalyse von Burlingame et al. (2003) mit 111 Gruppentherapiestudien zeigte sich, dass Gruppeninterventionen mit depressiven Patienten höhere Effektstärken erreichten als mit Patienten anderer diagnostischer Gruppen. In einer weiteren Metaanalyse finden sich keine signifikanten Unterschiede bei Gruppentherapien von depressiven Patienten durch CBT, prozess-orientierte Verfahren und Support-Gruppen, obwohl die Effektivität der CBT-Gruppen mit Abstand am besten empirisch abgesichert ist (Burlingame, MacKenzie, & Strauß, 2004). Möglicherweise deutet die äquivalente Effektivität von Selbsthilfe- und Support-Gruppen in vier Studien auf eine starke Bedeutung unspezifischer Wirkfaktoren im Gruppentherapieprozess hin.

Generell scheint es in der Depressionsbehandlung in zahlreichen Metaanalysen keine Unterschiede zwischen Interventionen im Einzel- oder im Gruppensetting zu geben (McDermut, Miller, & Brown, 2001; Oei & Dingle, 2008; Robinson et al., 1990; Vandervoort & Fuhrman, 1991). Dies unterstreicht die Wahl der zeit- und kosteneffizienteren Gruppentherapie. In der Studie von Nietzel et al. (1987) zeigten sich jedoch für KVT bei unipolarer Depression bessere Ergebnisse für die Einzeltherapie. Fuhrman & Burlingame (1994) kritisieren an dieser Studie, dass in den eingeschlossenen Gruppentherapien keinerlei Gruppenwirkfaktoren gefördert wurden und somit die Gruppenbehandlung hinter

ihrer Möglichkeit zurückgeblieben sei. Bei der Metaanalyse von Robinson, Berman & Neimeyer (1990) zeigten sich in 16 Studien, welche Einzel- Gruppentherapie mit einer Wartekontrollgruppe verglichen, und 15 Studien, welche Gruppentherapie mit einer Wartekontrollgruppe verglichen, vergleichbare Effektstärken von 0.83 und 0.84.

Auch McDermut, Miller & Brown (2001) kommen in ihrer Metaanalyse von 48 Studien zu dem Ergebnis der Äquivalenz der Effektivität von Einzel- und Gruppentherapie in der Depressionsbehandlung. Hier wurden hauptsächlich kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapien untersucht. Zusätzlich belegen die Autoren die höhere Kosteneffektivität von Gruppentherapien und versuchen Veränderungsmechanismen sowie Prädiktoren von Veränderung und Drop-Out zu identifizieren. Sie bemerken jedoch, dass gerade verhaltenstherapeutische Gruppentherapieforscher bisher wenig Augenmerk auf Gruppenwirkfaktoren gelegt haben, sondern sich eher mit den Auswirkungen der behavioralen und kognitiven Techniken beschäftigen. Als Prädiktoren des Therapieerfolges werden die depressive Ausgangssymptomatik, Lebensereignisse, soziale Unterstützung und kognitive Stile diskutiert. Die Drop-Out Rate variierte in den untersuchten Studien von 0 – 63.3 % und lag im Mittel bei 18,6 %. Vor allem das mangelnde Ansprechen der Patienten auf die Behandlung, Unzufriedenheit mit der Gruppe und das Bevorzugen von Einzeltherapie hing mit dem Drop-Out bedeutsam zusammen. Von daher schlussfolgern die Autoren, dass Fragen wie „Welche therapeutischen Wirkfaktoren werden in der Gruppe im Gegensatz zur Einzeltherapie realisiert?“, „Welche Prädiktoren gibt es zur Vorhersage des Therapieerfolgs von Gruppentherapien?“ und „Wie kann man Drop-Outs in Gruppentherapien verhindern?“ untersucht werden sollten.

Aufgrund des großen Bedarfs und der guten Zeit- und Kosteneffektivität von Gruppenbehandlungen gegenüber Einzeltherapie und Medikation wird von einer Zunahme von verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien bei Depression berichtet (Oei, Bullbeck, & Campbell, 2006). Da auch in verhaltenstherapeutischen Gruppen spezifische Bedingungen des Gruppensettings, wie die gegenseitige Unterstützung, interpersonelles Lernen, Beziehungen unter Gruppenmitgliedern sich offenbar förderlich auf den Therapieerfolg der Depressionsbehandlung auswirken können (vgl. Oei & Dingle, 2008), ist das Geschehen im Therapieprozess von besonderem Interesse.

Generell werden als Prädiktoren des Therapieerfolgs bei kognitiv-behavioraler Psychotherapie der Depression kognitive Fähigkeiten, Einverständnis mit der Therapierationale, verheiratet zu sein und klinische Variablen, wie die Ausprägung der Depression (dysfunktionales Verhalten und Einstellungen), geringere Chronizität, älteres Ersterkrankungsalter, geringere Anzahl an vorangegangenen Episoden, Optimismus und interpersonelle Prozessfaktoren, aber auch ein frühes Ansprechen im Sinne einer schnellen Symptomreduktion diskutiert (Hautzinger, deJongMeyer, Treiber, Rudolf, Thien, et al., 1996;

McDermut et al., 2001; Safran & Segal, 1990). Frühe Symptomverbesserungen in den ersten fünf Sitzungen der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Depressionstherapie scheinen in den Studien mit der therapeutischen Umsetzung von kognitiven Techniken und Strukturierung, als auch mit der Mitarbeit der Patienten zusammenzuhängen (Ilardi & Craighead, 1994). Weder behaviorale Techniken und Hausaufgaben noch die therapeutische Allianz konnten bei Strunk, Brotman & DeRubeis (2010) Symptomverbesserungen vorhersagen. Nach Castonguay et al. (1996) konnten bei der kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie allgemeine Prozessfaktoren, wie die therapeutische Allianz und die emotionale Beteiligung den Therapieerfolg vorhersagen, während der therapeutische Fokus auf dysfunktionale Kognitionen sogar negativ mit dem Therapieerfolg zusammenhing. Im Therapieprozess scheint jedoch der Rückgang dysfunktionaler Kognitionen den Therapieerfolg vorherzusagen (Ertle, Joormann, Wahl, & Kordon, 2009).

Für die kognitiv- behaviorale Gruppentherapie der Depression zeigen sich nach einem älteren Befund ebenfalls die Prä-Depressionssymptomatik, Kontrollüberzeugungen, soziale Integration und Unterstützung, Erfolgserwartungen als auch die Gruppenkohäsion im weiteren Verlauf der Therapie als Prädiktoren des Therapieergebnisses (Hoberman, Lewinsohn, & Tilson, 1988). Nach Oei & Shuttlewood (1997) dagegen sagen vorrangig die spezifischen Wirkfaktoren, wie die Beeinflussung der automatischen Gedanken und dysfunktionalen Einstellungen das Therapieergebnis vorher. Die unspezifische Faktoren (Zufriedenheit mit der Behandlung und dem Therapeuten) konnten zumindest einen moderateren Anteil des Therapieergebnisses voraussagen. In einer neueren Studie von Oei & Browne (2006) zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Kohäsion und Selbsteinsicht und dem Rückgang der Depressionswerte, wohingegen größere Ausdrucksmöglichkeit, Unabhängigkeit und weniger Unterstützung des Gruppentherapeuten prädiktiv für den Rückgang der Depressions- und Angstwerte nach einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie waren. Auch Kaufman (2005) fand bei einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie der Depression bei jugendlichen, nicht inhaftierten Straftätern keinen Zusammenhang von Kohäsion und Therapieerfolg.

Es gibt also insgesamt widersprüchliche Befunde über den Zusammenhang von Kohäsion und Therapieerfolg für kognitiv-behaviorale Gruppentherapien der Depression (Johnson, 2009, 2010).

Im Review von Johnson (2009) wurden ebenfalls Patientenfaktoren bei vorrangig kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogrammen für Depression überprüft. Alter, Geschlecht und andere soziodemographische Variablen hatten keinen Einfluss auf das Therapieergebnis. Bei den psychiatrischen Variablen zeigte sich ein uneinheitliches Bild. Insgesamt scheinen alle Schweregrade der Depression von kognitiv-behavioraler Gruppentherapie zu profitieren. Es besteht eine schwache Evidenz aus einzelnen Studien, dass Persönlichkeitseigenschaften von Patienten auf unterschiedliche Formen von Gruppen

unterschiedlich reagieren. Stark externalisierende Patienten schnitten besser bei stark strukturierten Gruppenprogrammen, defensive Patienten bei eher selbstgesteuerten Gruppenprogrammen ab.

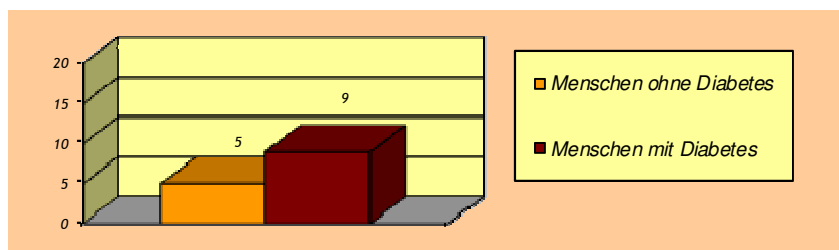
2.1.3 Komorbidität von Diabetes mellitus und Depression

Depressive Störungen zählen, wie vorab beschrieben, zu den häufigsten, psychischen Störungen überhaupt und treten bei Diabetikern zusätzlich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mindestens doppelt so häufig auf (Anderson et al., 2001; vgl. Abb.2.1).

Prävalenz von Diabetes und Depression

In einer aktuellen Metaanalyse berichten Nouwen et al. (2010) von einem um 24 % erhöhten Risiko für Diabetiker im Vergleich zu Nicht-Diabetikern an Depression zu erkranken. Prävalenzen der Komorbidität von Diabetes und Depression schwanken abhängig von der untersuchten Population und angewandten Untersuchungsmethode in kontrollierten Studien zwischen 9 % und 26,7 % (Anderson et al., 2001). In der US-amerikanischen Metaanalyse dieser Autoren wird generell von einer zweifach erhöhten Prävalenz der Depression bei Diabetikern gegenüber der nicht an Diabetes erkrankten Population berichtet.

Abbildung 2. 1: Prävalenzangaben in % für das durch klinische Interviews erhobene Vollbild depressiver Störungen (Anderson et al., 2001). Leicht modifizierte Folie aus dem DAD-Gruppenprogramm.



Dabei war die Prävalenz einer komorbiden Depression bei Selbstbeurteilungsdaten mittels Fragebögen höher als bei diagnostischen Interviews. Wahrscheinlich erfassen die Selbstbeurteilungsdaten ebenfalls subklinische, depressive Zustandsbilder. Demnach leiden ganze 26,1 %, d.h. mehr als ein Viertel der Patienten mit Typ-1 und Typ-2-Diabetes unter einer unterschiedlich ausgeprägten depressiven Symptomatik (Anderson et al., 2001). In klinischen Studien litt somit fast jeder 3. Diabetiker an depressiven Symptomen. Es überwiegen hier wahrscheinlich Anpassungsstörungen mit depressiven Reaktionen und mildere Depressionsvarianten (Minor Depression, leichte depressive Episoden). Das doppelte Risiko einer Depression scheint nach neueren Daten für den Typ-2-Diabetes nur

bei diagnostizierten und nicht bei noch nicht erkannten Erkrankungen vorzuliegen (Golden, Lazo, & Carnethon, 2008). Dies wird durch die größere Belastung bei diagnostizierten Typ-2-Diabetikern durch das Diabetes-Selbstmanagement und der größeren Zahl von Folgeerkrankungen erklärt. Hermanns et al. (2005) berichten für Deutschland über eine Prävalenz von 12,6 % für das Vollbild einer affektiven Störung und zusätzlichen 18,8 % für die Prävalenz depressiver Symptome ohne das Erreichen der Diagnosekriterien. Das heißt, zusammengenommen erreicht hier die Prävalenz affektiver Symptome bei Diabetikern 31,4 %. Petrak (2009) geht davon aus, dass in Deutschland 1,6 bis 2 Millionen Diabetiker unter Depressionssymptomen leiden. Nach weltweiten Schätzungen leiden ca. 43 Millionen Diabetiker unter depressiven Symptomen (Wild, Roglic, Green, Sicree, & King, 2004).

Konsequenzen der Komorbidität Diabetes und Depression

Menschen mit Diabetes und Depression haben ein erhöhtes Risiko für Hyperglykämien und folglich der Entwicklung von mikro- und makrovaskulären Folgeerkrankungen und der Mortalität (DeGroot et al., 2001; Katon et al., 2005; Lin et al., 2010; Lustman, Anderson, et al., 2000). Dabei sind nicht nur schwere depressive Störungsbilder, sondern auch leichte, subklinische depressive Zustände klinisch bedeutsam (Black, Markides, & Ray, 2003; Kruse et al., 2006). DeGroot et al. (2001) zeigten dass die Zahl und Schwere der Diabetes-Folgekomplikationen mit der Stärke der Depressionssymptomatik anstieg. Nach der Auswertung der National Health and Nutrition Examination Studien (Egede, Nietert, & Zheng, 2005) verdoppelte sich für Menschen mit Diabetes das Mortalitätsrisiko im zehnjährigen Verlauf der prospektiven Studie. Litten die Betroffenen zusätzlich auch noch an einer depressiven Symptomatik, so wuchs das relative Mortalitätsrisiko auf das 3,3-fache an.

Neben den körperlichen Auswirkungen der Komorbidität von Depression und Diabetes ist die deutlich eingeschränkte Lebensqualität bei dieser Patientengruppe zu beachten. Menschen mit Diabetes und Depression erleben bei vergleichbarer körperlicher Beeinträchtigung eine deutlich reduzierte Lebensqualität gegenüber nicht-depressiven Diabetikern (Goldney, Phillips, Fisher, & Wilson, 2004; Rubin, 2000). Ähnliche Befunde des fatalen Einflusses von Depressionen auf die somatische Symptomatik und Lebensqualität finden sich auch für eine Vielzahl von weiteren körperlichen Erkrankungen (Koenig, George, Peterson, & Pieper, 1997), wobei auch hier die Effektivität von spezifischen Interventionen belegt ist (Mynorswallis, Gath, Lloydthomas, & Tomlinson, 1995). Generell hat das Vorliegen einer Depression Auswirkungen auf die Adhärenz mit der medizinischen Behandlung (Ciechanowski, Katon, & Russo, 2000; DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000; Dirmaier, Watzke, et al., 2010). Auch scheint das Risiko für Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich zum alleinigen Auftreten des Diabetes stark erhöht (Egede, 2004). Die Kosten der medizinischen Versorgung liegen mit einer Zunahme von 50-75 % deutlich über den Gesundheitskosten für Diabetiker ohne Depression (Simon et al., 2005).

Diagnostik von Depression bei Diabetikern

Wegen der hohen Prävalenz und des fatalen Zusammenspiels von Depressionen bei Diabetikern müssen Behandler eine depressive Symptomatik erkennen können. Beim Vorliegen depressiver Symptome ist ebenfalls eine mögliche Suizidgefährdung (u.a. durch schwere Ketoasidosen und Hypoglykämien) aktiv anzusprechen. Wahrscheinlich dadurch, dass einige der depressiven Symptome als Folge schlechter Stoffwechseleinstellung auftreten können (Müdigkeit, Gewichtsverlust, Gedächtnisstörungen), wird die Depression oft nicht als solche diagnostiziert. Im klinischen Alltag werden weniger als die Hälfte der depressiven Diabetiker als depressiv erkannt und ein noch viel geringerer Anteil adäquat, d.h. u.a. auch psychotherapeutisch behandelt (Katon, Simon, et al., 2004; Katon, Von Korff, et al., 2004). Petrak (2009) fordert daher parallel zur aktuellen Leitlinie zu unipolaren Depressionen (DGPPN, 2009) ein routinemäßiges Screening von Diabetespatienten auf Depression. Ein solches Screening könnte mit Hilfe von zwei Screeningfragen aus dem PHQ (Patient Health Questionnaire, vgl. Whooley, Avins, Miranda, & Browner, 1997) und bei Bedarf mit dem kurzen, ökonomischen Fragebogen WHO-5 (Fragebogen zum Wohlbefinden, vgl. Henkel et al., 2003), bzw. bei Verdacht auf eine Depression mit dem neun Fragen umfassenden PHQ (dt. Version Löwe, Zipfel, & Herzog, 2002) vorgenommen werden.

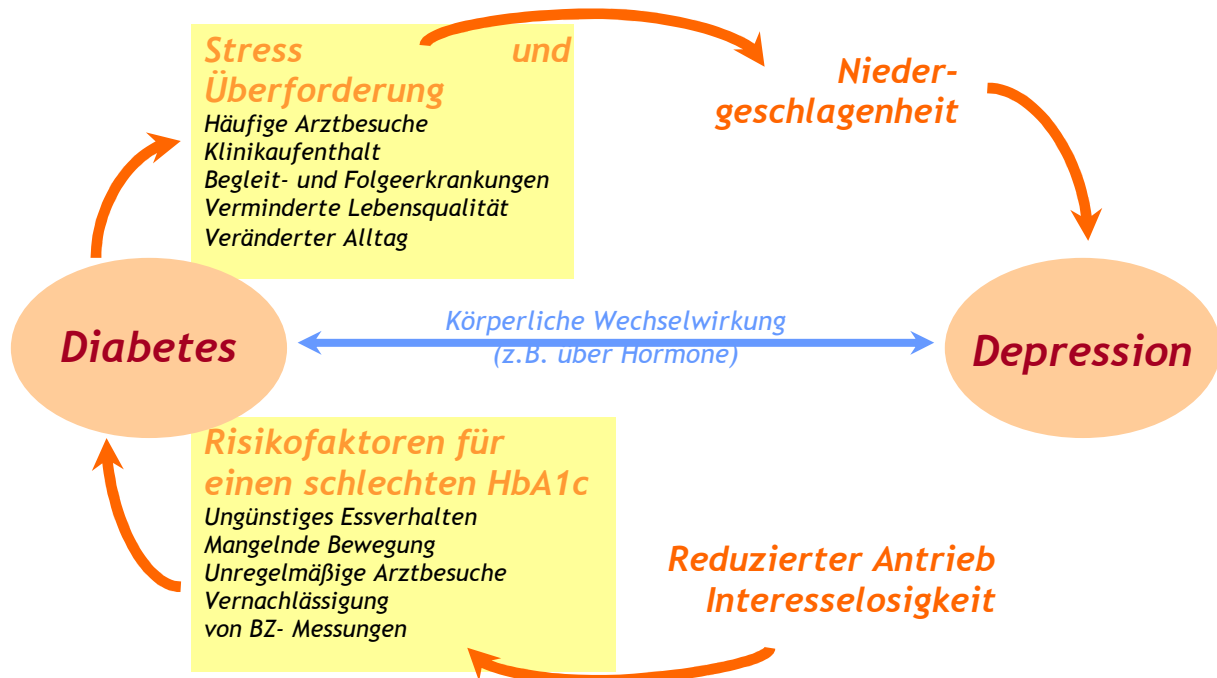
Erklärungsansätze der Interaktion Diabetes und Depression

Die nachgewiesenen Zusammenhänge von Depression und Diabetes erlauben zunächst keine Rückschlüsse auf Kausalität oder Entstehungsfaktoren. Depressionen können dem Beginn des Diabetes und Folgekomplikationen vorausgehen oder folgen. Es zeichnen sich unterschiedliche Ansätze zur Erklärung der Interaktion zwischen Diabetes und Depression aufgrund des derzeitigen Forschungsstandes ab (Lustman & Clouse, 2007). Dabei wird von wechselseitigen Zusammenhängen ausgegangen (vgl. Abb.2.2):

Zum einen fühlen sich Diabetiker durch die möglicherweise schon viele Jahre bestehende chronische Krankheit mit ihren multiplen Verhaltensanforderungen und der ständigen Präsenz der Krankheit im Alltag überfordert. Eventuell bestehen bereits diabetische Folgekomplikationen, die die Lebensführung und Lebensqualität weiter einschränken. Somit kann sich Perspektivlosigkeit, Angst vor der Zukunft, Niedergeschlagenheit und schließlich auch eine depressive Symptomatik entwickeln (z.B. Ismail, Winkley, Stahl, Chalder, & Edmonds, 2007 bezüglich des diabetischen Fußsyndroms). Nach DeGroot et al. (2001) steigt das Risiko für Diabetiker an einer Depression zu erkranken bei der Entwicklung, steigender Anzahl von Folgekomplikationen. Möglicherweise ist jedoch die wahrgenommene Beeinträchtigung durch die Komplikationen relevanter als die Anzahl (Pouwer et al., 2003). Akut auftretende Komplikationen scheinen mit einer höheren Depressionsrate assoziiert zu sein als chronische Komplikationen (Peyrot & Rubin, 1999). Auch in den ersten 30 Tagen nach einer schweren Hypoglykämie tritt eine erhöhte depressive Symptomatik auf (Strachan, Deary, Ewing, & Frier, 2000). Eine vorausgehende depressive Symptomatik, diabetische und

kardiovaskuläre Probleme erhöhen ebenfalls das Depressionsrisiko bei Diabetikern (Katon et al., 2009).

Abbildung 2. 2: Erklärungsmodell der Komorbidität von Diabetes und Depression. Folie aus dem DAD-Gruppenprogramm



Insgesamt gibt es bisher jedoch widersprüchliche Befunde zu Risikofaktoren für Depression bei Diabetikern. Nach der deutschen Querschnittsstudie von Hermanns et al. (2005) sind weibliches Geschlecht, jüngeres Alter, alleine lebend zu sein, der insulinpflichtige Typ-2-Diabetes, höhere HbA1c-Werte und Probleme mit Hypoglykämie Risikofaktoren für die Entwicklung von affektiven Symptomen bei Diabetikern. Mier et al. (2008) fanden ähnliche Risikofaktoren (vor allem die Beeinträchtigung durch Diabetessymptome) für Depression bei Diabetes in einer binationalen Studie in Texas und Mexiko. Nach einer großen US-amerikanischen Studie (Bryan et al., 2008) ist die Prävalenz der Depression bei Diabetikern für ältere Menschen, Männer, Angehörige von Minoritäten und unterer sozioökonomischer Schichten erhöht.

Zum anderen beeinflusst die depressive Symptomatik den Lebensstil und das Krankheitsverhalten der Betroffenen. Menschen mit einer Depression führen in der Regel einen ungesunderen Lebensstil, d.h. sie bewegen sich weniger, neigen eher zu Adipositas und ungesundem Essverhalten, rauchen vermehrt und sind generell weniger selbstfürsorglich. Somit führen sie einen Lebenswandel, der sie für einen Typ-2-Diabetes empfänglicher macht (Knol et al., 2006). Emotionale Belastung, Ängste, Ärger (Pouwer, Kupper, & Adriaanse, 2010) als auch chronischer Stress (Mooy, de Vries, Grootenhuis, Bouter, & Heine, 2000) und eine bei Depressiven häufig gegebene objektiv kürzere

Schlafdauer (Vgontzas et al., 2009) scheint eine Entwicklung des Typ-2-Diabetes zu begünstigen. Zudem ist die Stoffwechselkontrolle bei den bereits an Diabetes erkrankten, depressiven Patienten durch diesen Lebensstil problematischer (Dirmaier, Watzke, et al., 2010; Katon et al., 2010) und die Betroffenen weisen abhängig vom Diabetestyp, des Geschlechtes und der Untersuchungspopulation eine ungünstigere Stoffwechseleinstellung (HbA1c) auf (Lustman, Anderson, et al., 2000; Talbot & Nouwen, 2000). Gerade depressiven und dadurch antriebsgeminderten Diabetespatienten fällt es schwer die notwendigen Anforderungen des Diabetesselbstmanagements zu erfüllen. Sie befolgen in geringerem Umfang die therapeutischen Empfehlungen, u.a. Ernährungsempfehlungen, brechen häufiger Gewichtsreduktionsprogramme ab und rauchen vermehrt (Lin et al., 2004). Dadurch wiederum resultiert ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (DeGroot et al., 2001).

Weiterhin gibt es Befunde, nach denen die depressive Symptomatik mit neurobiologischen Veränderungen einhergeht, die die Entwicklung von Folgeerkrankungen begünstigen können. Es werden hier Veränderungen in der HPA-Achse, verbunden mit einem erhöhten Kortisolspiegel, die Aktivierung des Immunsystems, eine sympathikotone Hyperregulationslage mit eingeschränkter Herzratenvariabilität und erhöhter Gerinnungsaktivität diskutiert (Kruse et al., 2006). Der Zusammenhang von Diabetes und Depression kann durch hormonelle Ursachen erklärt werden: eine Überaktivierung des stressregulierten Systems führt in beide Richtungen in den Teufelskreis, d.h. die Depressionsneigung als auch der Blutzuckerspiegel steigen.

Talbot & Nouwen (2000) betrachten die Depression bei Diabetikern als multifaktorielles Phänomen biologischer und psychosozialer Genese. Weder kann die Depression als Folge biochemischer Prozesse (diabetische Stoffwechsellage) allein erklärt werden, noch die psychosozialen Anforderungen der chronischen Erkrankung alleine als hinreichende Erklärung für das Auftreten der Depression fungieren.

Behandlung der Komorbidität von Diabetes und Depression

Für die Behandlung von Depressionen bei Diabetikern sind offensichtlich die Ergebnisse der Metaanalysen von Depressionstherapie bei Nicht-Diabetikern übertragbar: sowohl Pharmakotherapie (vorzugsweise SSRI) als auch Psychotherapie (Verhaltenstherapie, interpersonelle Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapie) haben sich als effektiv erwiesen (Kulzer et al., 2009; Petrak & Herpertz, 2009). Neben dem psychotherapeutischen Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und Remission der Depression sind medizinische Ziele der Behandlung die Verbesserung der Stoffwechseleinstellung (HbA1c) und folglich eine Reduktion diabetesbezogener Folgekomplikationen und Mortalität.

Nach den Leitlinien der DDG (Kulzer et al., 2009) wird für die Behandlung subklinischer und leichter depressiver Störungen bei Diabetikern empfohlen, zunächst im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung durch den behandelnden Arzt (Hausarzt, Internist,

Diabetolgie) behandeln zu lassen. Bei Nicht-Ansprechen auf diese Behandlung innerhalb von zwei Wochen sollte der Patient medikamentös mit Antidepressiva (SSRI) und/ oder Psychotherapie (Verhaltenstherapie, interpersonelle oder tiefenpsychologische Therapie) weiterbehandelt werden. Gegebenenfalls sollte ein Facharzt zur genaueren Einstellung der antidepressiven Medikation hinzugezogen werden. Der Therapieerfolg sollte, aufgrund der negativen Konsequenzen durch Depressionen auf den Diabetes, kontinuierlich überprüft und eine Vollremission angestrebt werden. Es gibt Ansätze, in denen durch Krankenschwestern durchgeführte minimale Interventionen zur Verbesserung depressiver Symptome bei depressiven, chronisch kranken (u.a. Typ-2-Diabetes), älteren Patienten beitragen (Lamers et al., 2010).

Einen aktuellen Überblick über den Forschungsstand aus 11 randomisiert-kontrollierten Studien zur Behandlung von depressiven Diabetikern geben Petrak & Herpertz (2009). Die kontrollierten Studien zur Behandlung der Depression bei Diabetes mit Antidepressiva zeigen zumeist, dass eine antidepressive Medikation im Vergleich zu Placebo-Kontrollgruppen die depressive Symptomatik signifikant verbessert (Lustman et al., 2006; Lustman, Freedland, Griffith, & Clouse, 2000; Lustman et al., 1997). Es gibt Hinweise auf die Verbesserung des HbA1c und des Bluthochdrucks durch Sertralin (Echeverry, Duran, Bonds, Lee, & Davidson, 2009). Sertralin erwies sich zusätzlich als wirksam in der Rückfallprävention (Lustman et al., 2006). Bei Paile-Hyvarinen et al. (2007) zeigte sich Paroxetin als nicht wirksam zur Behandlung von milden Depressionen bei älteren Typ-2-Diabetikern.

Erste kontrollierte Studien weisen darauf hin, dass sich im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung nicht nur die depressive Symptomatik, sondern auch die diabetische Stoffwechseleinstellung und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen verbessern (Lustman, Griffith, Freedland, Kissel, & Clouse, 1998). Die Autoren zeigten, dass kognitive Verhaltenstherapie im Einzelsetting kombiniert mit einer Diabetesschulung im Einzelsetting dazu führte, dass 85 % der kombiniert behandelten Patienten nach 10 Wochen depressionsfrei waren, gegenüber 27 % der Gruppe, die ausschließlich die Diabetesschulung erhielt. Nach einer 6-Monats-Katamnese waren in der Behandlungsgruppe 70 % remittiert vs. 33 % in der Kontrollgruppe. Auch bezüglich des HbA1c erzielte die Experimentalgruppe signifikante Verbesserungen gegenüber der Kontrollgruppe in der 6-Monats-Katamnese. Prädiktoren für eine Non-Response (keine oder Teilremission der Depression) in der Gesamtstichprobe waren diabetesspezifische Faktoren, wie eine geringe Compliance mit der Blutzuckerselbstkontrolle, ein höherer Ausgangs-HbA1c, ein höheres Gewicht und eine Vorbehandlung der Depression. In der KVT-Gruppe waren das Vorliegen von Diabetes-Folgekomplikationen und die geringe Compliance mit der Blutzuckerselbstkontrolle mit der Non-Response assoziiert (Lustman, Freedland, Griffith, & Clouse, 1998).

Der Einbezug von diabetesspezifischen Themen kann möglicherweise die Effektivität von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen für diese Patientengruppe weiter erhöhen. Zwei weitere kontrollierte Untersuchungen bestätigen die Effektivität der Behandlung von depressiven Diabetikern mit psychotherapeutischer Gruppenberatung bezüglich der depressiven Symptomatik und Stoffwechseleinstellung (Huang, Song, & Li, 2001) und von supportiver Psychotherapie bei zusätzlichem diabetischem Fußsyndrom ausschließlich bezüglich der depressiven Symptomatik (Simson et al., 2008).

Die Kombinationsbehandlung mit Antidepressiva und Psychotherapie (Problemlösetraining, Beratung und interpersonelle Therapie) hat sich zur Reduktion der depressiven Symptomatik als effektiv erwiesen (Katon, Von Korff, et al., 2004; Stiefel et al., 2008; Williams, Clouse, Rubin, & Lustman, 2004), wobei keine Verbesserung der Stoffwechselsituation erreicht werden konnte. Bei Bogner et al. (2007) ist der Therapieerfolg bezüglich der Depression unbekannt, allerdings ergab sich hier ein signifikanter Effekt von interpersoneller Psychotherapie und Psychopharmaka auf die Mortalitätsrate innerhalb von 5 Jahren. Auch der Einbezug soziokultureller Aspekte in die Depressionsbehandlung, z.B. bei spanischsprachigen Einwanderern in den USA, scheint die Effektivität der Depressionsbehandlung bei Diabetikern zu erhöhen (Ell et al., 2010).

Nach heutigem Forschungsstand ist durch methodische Einschränkungen der Studien noch nicht endgültig geklärt, welche Behandlungsstrategie der Depression bei Diabetikern sich sowohl günstig auf die depressive Symptomatik als auch auf den Stoffwechsel und andere medizinische Parameter auswirkt (Petрак & Herpertz, 2009). Neben weiteren unpublizierten und laufenden Studien (vgl. Petрак & Herpertz, 2009, S. 215) untersucht die multizentrische DAD-Studie (Petрак et al., 2012; Petрак et al., 2006; Petрак et al., 2011), in welche die vorliegende Untersuchung eingebettet ist, die langfristigen Auswirkungen (15 Monate) von Pharmakotherapie vs. kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie (inkl. Diabetes-spezifischer Aspekte) auf die depressive Symptomatik, die Stoffwechselsituation (HbA1c) und auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

2.1.4 Zwischenergebnis zur Behandlung depressiver Diabetiker

Wie beschrieben, handelt es sich bei Diabetes mellitus als auch bei Depression um „Volkskrankheiten“, welche bei ihrem gemeinsamen Vorliegen erst recht zu einem großen psychosozialen und körperlichen Leid der Betroffenen und zu hohen Gesundheitskosten führen. Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung hat sich neben anderen Behandlungsformen bei depressiven Diabetikern als effektiv in der Reduktion der depressiven Symptomatik und teilweise auch in der Verbesserung der Stoffwechseleinstellung erwiesen. Einzel- und Gruppentherapien bei Depression zeigen äquivalente Behandlungseffekte. Aufgrund der Kosteneffektivität und gruppenimmanenten

Vorteilen der Gruppentherapie erscheint diese eine sinnvolle Behandlungsalternative bei Depression und chronischen Krankheiten, wie Diabetes mellitus.

Prädiktoren des Behandlungserfolgs bei der Gruppentherapie von depressiven Diabetikern sind bisher noch nicht untersucht worden. Es gibt jedoch Hinweise aus der Einzeltherapie, für kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapien bei Depression oder chronischen Erkrankungen im Allgemeinen.

In der Einzeltherapie von depressiven Diabetikern scheinen diabetesspezifische Faktoren, wie eine höhere Eingangsbelastung (Diabetesfolgekomplikationen, HbA1c) und die Compliance mit der Diabetesselbstbehandlung einen Einfluss auf Response bzw. Non-Response zu haben. Für kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapien bei Depression erscheinen die Prä-Depressionssymptomatik, Kontrollüberzeugungen, soziale Integration und Unterstützung, kognitive Techniken, aber auch unspezifische Faktoren, wie Erfolgserwartungen, Ausdrucksmöglichkeit in und Zufriedenheit mit der Gruppe als auch teilweise die Gruppenkohäsion den Behandlungserfolg mitzubestimmen. Auch für Gruppentherapien bei anderen chronischen Erkrankungen gibt es Hinweise darauf, dass die wahrgenommene Gruppenkohäsion den Therapieerfolg mitbestimmt.

Somit erscheint es ein lohnendes Unterfangen, durch Stundenbögen erhobene Gruppenprozessfaktoren im Verlauf einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie für Diabetes und Depression auf ihre Vorhersagekraft zu untersuchen.

2.2 Prozessforschung in der Psychotherapie

Folgend soll allgemein in den Forschungsbereich der Psychotherapieprozessforschung eingeführt werden. Dazu wird die Prozessforschung zunächst geschichtlich eingeordnet und definiert. Im Anschluss werden zwei prominente Modelle des Psychotherapieprozesses vorgestellt: das Generische Modell der Psychotherapie (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004) und das Duale Modell der Psychotherapie (Schulte & Eifert, 2002). Zudem wird auf die Veränderungsforschung und Prozessbegleitung in der Psychotherapie in einem gesonderten Abschnitt eingegangen.

2.2.1 Geschichtliche Einordnung und Definition von Prozessforschung

Im Laufe ihrer Geschichte hat die Psychotherapieforschung aufgrund von verschiedenen Fragestellungen und sich verändernden technischen und methodischen Möglichkeiten immer wieder neue Forschungsparadigmen hervorgebracht. Seit den Anfängen bestand jedoch Einigkeit darüber, dass "Prozess" jenes war, was während der Therapien stattfand, während "Outcome" das war, was sich daraus ergab (Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994).

Nachdem Eysenck (1952) die Wirksamkeit der Psychotherapie bezweifelte und die zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Ergebnisstudien vor allem bezüglich ihrer Methodik kritisierte, stand die Psychotherapieforschung zunächst unter dem Druck nachzuweisen, dass Psychotherapie überhaupt einen Sinn macht. Daran wird heute nach zahlreichen Effektivitätsnachweisen für eine Vielzahl psychischer Störungen allgemein (z.B. Überblick über Metaanalysen bei Lambert & Ogles, 2004, S.141) und auch für die kognitive Verhaltenstherapie im Einzel- und Gruppensetting im Speziellen (Emmelkamp, 2004; Hollon & Beck, 2004; McEvoy & Nathan, 2007) nicht mehr gezweifelt. Nach dieser „Rechtfertigungsphase“, folgte eine differentielle „Evaluationsphase“, welche die Frage stellte, welche Psychotherapiemethode bei welchen psychischen Störungen mit der größten Effektivität einzusetzen ist. Im Zuge dessen veröffentlichte z.B. Grawe et al. (1994) eine bekannte Metaanalyse zur Wirksamkeit verschiedener Therapiemethoden. Hier konnte für einige Therapieverfahren (Psychoanalyse, kognitiv- behaviorale Therapie, Gesprächstherapie) die Wirksamkeit nachgewiesen werden, für viele andere Verfahren jedoch nicht. Grawe et. al. (1994) kamen beim Vergleich der Therapiemethoden zu dem Ergebnis, dass die kognitiv- behaviorale Therapie im Durchschnitt wirksamer sei als die psychoanalytische Therapie und die Gesprächstherapie (Grawe et.al., 1994, S.670). Trotz dieser Unterschiede bewirkten jedoch alle drei Verfahren signifikante Verbesserungen des Befindens ihrer Patienten, welche teilweise nicht durch die theoretischen Wirkannahmen der Therapieschulen erklärbar sind. Diese Tatsache des sogenannten „Dodo-Verdicts“ oder Äquivalenzparadoxons (Luborsky et al., 2002) hat wiederum dazu geführt die therapeut-

ischen Prozesse von Psychotherapie genauer zu untersuchen. Hier werden neben der Betonung der Unterschiede zwischen den Therapieschulen auch verstärkt gemeinsame Wirkmechanismen untersucht. Aufbauend auf die Metaanalyse entwickelte dementsprechend Grawe die Theorie der allgemeinen Wirkfaktoren bzw. der allgemeinen Psychotherapie (Grawe, 1995, 1998; Grawe et al., 1994).

Während man auf der Ebene des Therapie-Outcomes bzw. der *Erfolgsevaluation* mit einer „Vorher-Nachher“-Messung zumindest bezüglich bestimmter Fragestellungen empirisch fundierte Antworten über Ergebnisse und Wirksamkeit von Interventionen geben kann, gibt es deutlich weniger Erkenntnisse bezogen auf die Therapieprozesse im Sinne einer *formativen Evaluation*. Seit den 1970er Jahren wird untersucht, *was* in psychotherapeutischen Therapieprozessen geschieht und *welche* Methoden im Prozess *bei welchen* Patienten, *auf welche Weise* wirken. Die Handbücher von Kiesler (1973) „The Process in Psychotherapy“ und Greenberg & Pinsof (1986) „The Psychotherapeutic Process“ haben große Beachtung gefunden. Prozessforschung wird nach Greenberg & Pinsof (1986, S. 18) folgendermaßen definiert:

„Process research is the study of the interaction between the patient and therapist systems. The goal of process research is to identify the change processes in the interaction between these systems. Process research covers all of the behaviors and experiences of these systems, within and outside of the treatment sessions, which pertain to the process of change.“

Orlinsky, Grawe & Parks (1994) differenzieren hingegen wie folgt: Während klinische Theorien veranschaulichen, wie Psychotherapie sein sollte, versucht Prozessforschung jenes festzulegen, was Psychotherapie ist, und Outcome-Forschung wertet das aus, was Psychotherapie hervorbringt. Die Prozessforschung bzw. -evaluation hat demnach im Gegensatz zur Ergebnisevaluation das Ziel, Variablen der Veränderung zu identifizieren. Zusätzlich greift sie möglicherweise als sogenannte Prozessbegleitung laufend in den Therapieprozess ein, um ihn durch die Rückkopplung der Zwischenergebnisse zu optimieren (zur Definition verschiedener Evaluationsformen siehe z.B. Gollwitzer & Jäger, 2009). Als Forschungstrend ist die patientenorientierten Psychotherapieforschung und Prozessbegleitung individueller Behandlungsverläufe zu nennen (z.B. Lutz, Grawe, & Tholen, 2003, vgl. Abschnitt 2.2.4). Die Frage der Prozess- Outcome Forschung, welche Prozessvariablen wie mit dem Therapieergebnis verbunden sind, beschäftigt praktizierende Psychotherapeuten besonders, weil sich für sie hier Handlungs- und Veränderungsmöglichkeiten bieten. Das Wissen über den Einfluss von Variablen, welche durch den Therapeuten selber beeinflussbar sind, ist hier besonders nützlich und erwünscht.

Um Befunde zur Prozessforschung einordnen zu können, schlagen Orlinsky et al. (2004) vor, zwischen "Input"-, "Prozess"- und "Output"-Studien zu unterscheiden.

Bei "Input"- Studien liegt das Hauptaugenmerk der Untersuchung bei Variablen, die zu Beginn der Therapie untersucht werden und in diesem Sinne als Moderatoren verstanden werden können. Diese beinhalten soziodemographische und dauerhaft bestehende psychologische Aspekte wie z.B. Bildung, Alter, Geschlecht, kognitive Stile und Persönlichkeitscharakteristika. Dabei wird untersucht, welchen Einfluss diese "Input"-Variablen auf den therapeutischen Prozess ausüben. Studien, die sich mit "Prozess"-Variablen beschäftigen, untersuchen die einzelnen Charakteristika des Prozesses und wie diese untereinander in Verbindung stehen. "Output"-Studien hingegen untersuchen all jene "Output"-Variablen, die durch den therapeutischen Prozess verursacht werden.

Innerhalb dieser Studien sind verschiedene Kombinationen etwa im Sinne von "Input"- "Prozess", "Input"- "Outcome" beziehungsweise "Prozess"- "Outcome"-Studien möglich. Generell ist das Verständnis des Prozesses jedoch nie gänzlich unabhängig vom Therapieerfolg. Daher wird oft nach Zusammenhängen zwischen Prozess und Ergebnis gesucht. Beim Therapieergebnis muss nach verschiedenen Perspektiven (Patient, Therapeut, Fremdbeurteiler) und unterschiedlichen Abstraktionsgraden (Mikro- vs. Makro-Outcome) unterschieden werden.

Als Prototypen der Prozessforschung werden zwei methodologische Perspektiven unterschieden, die verschiedene Annahmen über den Verlauf einer Therapie machen (Bastine, Fiedler, & Kommer, 1989; Hoffmann, Gleave, Burlingame, & Jackson, 2009). In der weiter verbreiteten *Typ-A-Prozessforschung* wird die Therapie als homogener, unidirektionaler Ablauf betrachtet, der von überdauernden Merkmalen und Phänomenen (wie z.B. Alter, Geschlecht, Persönlichkeitsmerkmalen, Empathie, Grundhaltungen der Therapeuten, therapeutische Standardmethode) beeinflusst wird. In der *Typ-B-Prozessforschung* wird die Therapie hingegen als ein in sich gegliedertes Geschehen angesehen, dessen Abfolge von Sequenzen variabel ist und ein Wechselspiel von gegenseitigen Einflüssen und Interaktionen angenommen wird. Hier ist die Untersuchung von sich über den Therapieprozess verändernden Variablen, wie z.B. die Therapiebeziehung anzusiedeln.

In der Psychotherapieprozessforschung gibt es zudem unterschiedliche Systematisierungen von psychotherapeutischen Prozessen. Enge Definitionen betrachten ausschließlich den Prozess im psychotherapeutischen Setting, beispielsweise die Veränderungen und Entwicklungen des Patienten, des Therapeuten oder ihrer Interaktion. Weitere Prozessdefinitionen beziehen die Bedingungen des Lebenskontextes des Patienten, aber auch die gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen in denen Psychotherapie stattfindet, mit ein (Bastine et al., 1989).

Aufgrund der unterschiedlichen Definitionen von psychotherapeutischen Prozessen empfehlen Orlinsky et al. (2004) zur genaueren Orientierung zu fragen:

1. ob der Behandlungsprozess (Einfluss von Variablen auf Therapieprozesse; Input-Prozess-Studie) oder der Veränderungsprozess (Einfluss von Prozessvariablen auf das Therapieergebnis; Prozess-Outcome-Studie) untersucht wird,
2. ob Prozess hauptsächlich in temporärem oder kausalem Sinn untersucht wird,
3. an welcher Beschreibungsebene (Miko-/Metaebene) angesetzt wird (vgl. Übersicht verschiedener Prozessebenen bei Orlinsky et al., 2004, S. 315) und
4. von welcher Perspektive die Beobachtungen erhoben werden (Patient, Therapeut, Beobachter).

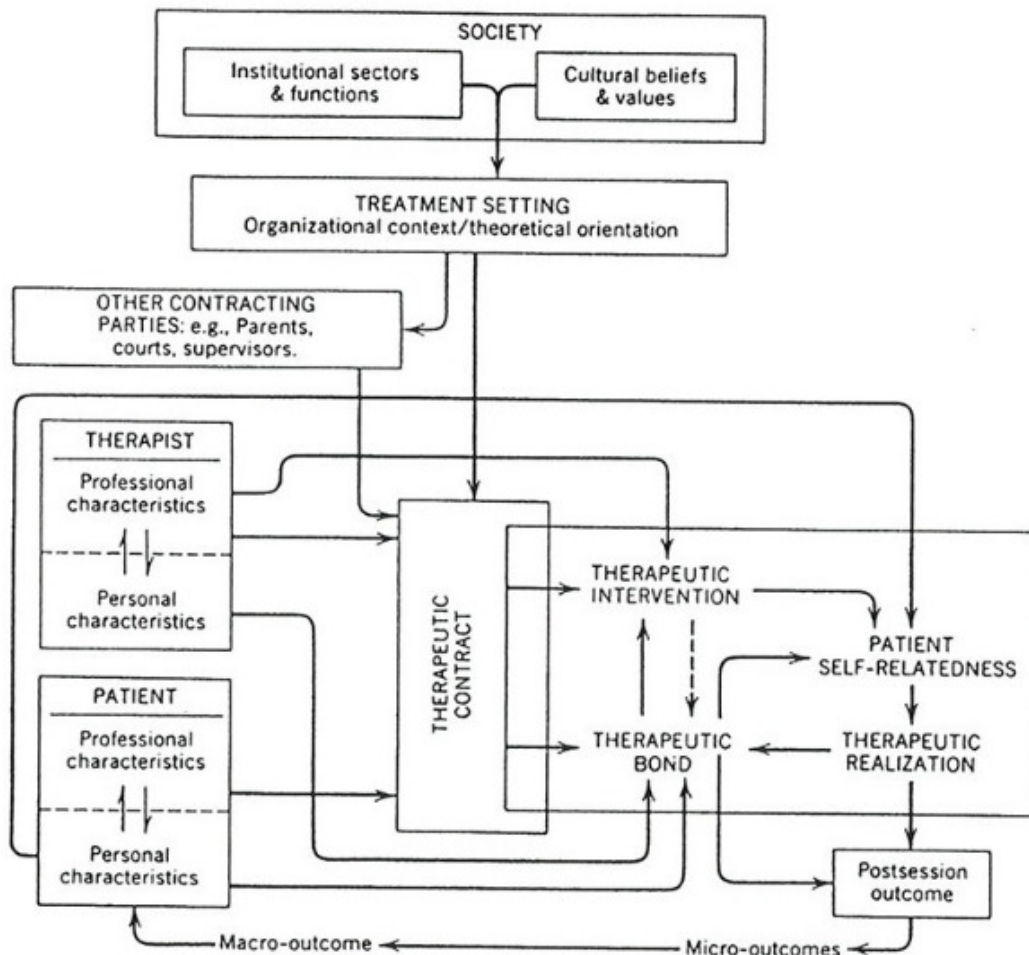
Obwohl es bisher relativ wenig fundierte Erkenntnisse zum genauen Prozessgeschehen von Psychotherapie gibt, mangelt es prinzipiell in der Prozess- Outcome Forschung nicht an Untersuchungen. Orlinsky, Grawe und Parks (1994) verweisen in ihrem Übersichtsartikel in der damaligen Ausgabe des „Handbook of psychotherapy and behavior change“ auf über 2.300 Resultate aus fast 500 Studien. Bis zur 5. Auflage dieses Handbuches 2004 kamen 279 neue Studien und 42 Reviews hinzu. Orlinsky, Ronnestad und Willutzki (2004) geben dort einen Überblick über 50 Jahre Prozess- Outcome Forschung in der Psychotherapie. Trotz der zahlreichen Befunde bleiben viele Fragen zu Prozessen und Ergebnissen von Psychotherapie unbeantwortet. Auch diese Untersuchung reiht sich somit in die große Zahl von Prozess-Outcome Untersuchungen ein.

Prozessforschung in der Psychotherapie bekommt des Weiteren durch die Frage der Vergleiche von Therapiemethoden eine besondere Bedeutung. In Effektivitätsvergleichen haben sich zwischen sehr unterschiedlichen Verfahren wenig bis keine differentiellen Ergebnisse gezeigt (Luborsky et al., 2002). Durch die Erforschung differentieller Wirkfaktoren bzw. Veränderungsmechanismen, aber auch methodenunspezifischer Wirkfaktoren im Therapieprozess, soll das Verständnis der wirksamen Prozesse verbessert werden. Dies könnte zur Verbesserung einer empirisch fundierten differentiellen Indikationsstellung beitragen. Auch ist es für die interne Validierung von komparativen Therapieerfolgsstudien zentral, die Unterschiedlichkeit der Behandlungen im Therapieprozess sicherzustellen. Beispielsweise untersuchte Watzke (2002) zentrale Prozesselemente von psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlungen, wobei sie Prozessmerkmale durch videogestützte Fremdratings und aus Therapeuten- und Patientenperspektive durch neu entwickelte Beobachtungs- und Selbstbeurteilungsinstrumente (Hamburger Psychotherapie Prozess Skala) erhob. Die Ergebnisse der Beobachterratings zeigten, dass sich die gruppenspezifischen Prozessfaktoren der beiden Verfahren deutlich in Richtung der theoretisch zu erwartenden Differenzen unterschieden. Die beiden zusätzlich erhobenen Datenquellen der Patienten- und Therapeutenratings bestätigten die Ergebnisse, wobei die Effekte hier geringer ausfielen.

2.2.2 Das Generische Modell der Psychotherapie / Befunde der Prozessforschung

Nach wie vor wird in der Psychotherapieforschung auf das „**Generic Model of Psychotherapy**“ (Orlinsky et al., 1994; Orlinsky & Howard, 1986, 1987; Orlinsky et al., 2004) als hypothetisches Modell des Funktionierens von Psychotherapie zurückgegriffen. Dieses Modell baut zwar auf den vorhandenen empirischen Befunden auf, konnte jedoch bisher nicht gänzlich empirisch bestätigt werden. Es stellt somit eher ein Übersichtsmodell dar, in dem die Ergebnisse der Psychotherapieforschung mehrerer Jahrzehnte abgebildet sind, Prozessvariablen kategorisiert werden und welches immer wieder Anlass zur empirischen Überprüfung ist.

Abbildung 2. 3: Das Generische Modell der Psychotherapie nach Orlinsky & Howard (1986)



Im Generischen Modell (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004, siehe Abb. 2.3 aus Orlinsky & Howard, 1986) werden einzelne Komponenten psychotherapeutischer Prozesse therapieschulenübergreifend systematisiert. Das psychotherapeutische System ist im Modell in eine *außertherapeutische Umwelt* eingebettet, welche durch unterschiedliche Inputvariablen beschrieben wird, die ihrerseits wieder von der Therapie beeinflusst werden:

der Patient mit soziodemographischen Merkmalen, seiner Entwicklungsgeschichte, Lebenssituation etc., das soziale Umfeld des Patienten, der Therapeut seinerseits mit soziodemographischen Merkmalen, Persönlichkeit, Lebenssituation, therapeutischer Expertise etc., das soziale Umfeld des Therapeuten, die Gesellschaft mit kulturellen Werten etc. und das Behandlungssetting, eingebettet in das Gesundheitssystem etc.

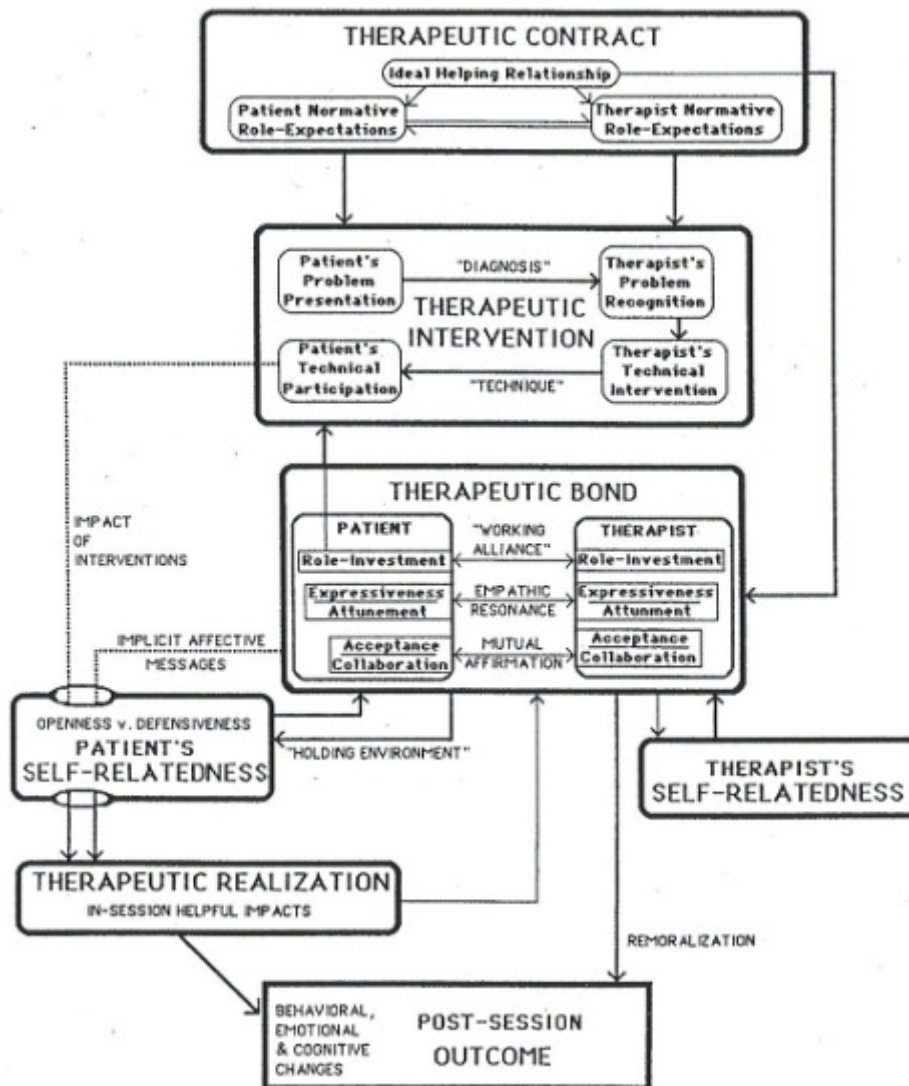
Kern des Gesamtmodells ist der eigentliche **psychotherapeutische Prozess**, welcher durch sechs Prozessvariablen beschrieben wird (vgl. die detailliertere Abb. 2.4 aus Orlinsky & Howard, 1987):

1. durch einen formalen Aspekt, den „**therapeutischen Vertrag**“ (z.B. Variablen wie die Verständigung über Setting, Dauer, Frequenz, die Patienten- und Therapeutenrolle, Erwartungen, Ziele, Therapierationale etc.),
2. durch einen technischen Aspekt, die „**therapeutische Handlungen**“ (das sind neben den technischen Interventionen des Therapeuten auch Problempräsentation des Patienten, therapeutisches Expertenverständnis und Kooperation von Patientenseite),
3. durch einen interpersonalen Aspekt, die „**therapeutische Bindung/ Therapiebeziehung**“ (interpersonales Verhalten des Patienten und Therapeuten, Rollenverhalten, Rapport, Zusammenarbeit etc.),
4. durch einen intrapersonalen Aspekt, die „**Selbstbezogenheit**“ (z.B. Aufnahmebereitschaft, Offenheit, Selbstaufmerksamkeit, Selbstbewusstsein und Selbstregulation bei Patient und Therapeut)
5. durch einen klinischen Aspekt, die „**Einflüsse in den Sitzungen/ in-session impacts**“ bzw. „**therapeutic realizations**“ beim Patienten und Therapeuten (diese können positiv oder auch negativ sein, z.B. Hoffnung oder Frustration, Selbstwirksamkeit oder Abhängigkeit; Einsicht oder Verwirrung etc.) und
6. durch einen nicht in der Modellabbildung dargestellten zeitlich, sequentiellen Aspekt, den „**zeitlichen Mustern**“ (Sitzungsentwicklung, Veränderung über die Behandlungsphasen und den gesamten Behandlungsverlauf hinweg etc.)

In Abbildung 2.4 wird deutlich, wie die Variablen hypothetisch mit einander interagieren. Der Therapievertrag wirkt sich sowohl auf die therapeutischen Handlungen als auch auf die Therapiebeziehung aus. Die Therapiebeziehung nimmt wiederum direkten Einfluss auf die Aufnahmebereitschaft bzw. Selbstbezogenheit des Patienten. Vermittelt über die Aufnahmebereitschaft beeinflusst die Therapiebeziehung schließlich die Auswirkungen für den Patienten innerhalb der Sitzung und so indirekt als auch direkt den Sitzungserfolg (Ergebnis nach der Sitzung). Dieser Postsession-Outcome („Mikro-Outcome“) determiniert kurzfristig seinerseits die seelische Gesundheit und Lebenssituation des Patienten (laufende psychische Funktionstüchtigkeit und sich entwickelnde Lebenssituation) und langfristig den Therapie-Outcome (Langzeitergebnis und Katamnesestatus, „Makro-Outcome“). Auch auf

der Seite des Therapeuten wirken die Ereignisse innerhalb der Sitzung auf die berufliche Entwicklung, das Behandlungssetting und die seelische Gesundheit und Entwicklung des Therapeuten.

Abbildung 2. 4: Elemente des therapeutischen Prozesses gemäß dem Generischen Modell der Psychotherapie nach Orlinsky & Howard (1987)



Die Autoren konzipieren neben den eigentlichen **therapeutischen Interventionen** als therapieschulspezifischer Faktor die allgemeinen Faktoren wie die **Therapiebeziehung** und die **Aufnahmebereitschaft des Patienten** als zentrale Elemente des Modells. Diese Elemente vermitteln den Einfluss der Interventionen auf die Therapieauswirkungen für den Patienten innerhalb der Sitzung bzw. haben so indirekt als auch direkt einen Einfluss auf das Sitzungsergebnis. Der Sitzungs-Outcome bestimmt seinerseits wiederum den gesamten Therapie- Outcome. Der Charakter und die Stärke der Therapiebeziehung wirken sich, nach dem Modell, neben anderen Variablen zu jedem Zeitpunkt auf die Problempäsentation des

Patienten, die Problemanalyse des Therapeuten, die therapeutischen Interventionen und die folgende Reaktion und Responsivität des Patienten aus. Die Selbstbezogenheit bzw. Aufnahmebereitschaft des Patienten wird als eine Art Filter beschrieben, welcher filtert, was und wieviel der therapeutischen Interventionen vom Patienten in und nach der Sitzung realisiert werden.

Das allgemeine Psychotherapieprozessmodell war und ist Ausgangspunkt zahlreicher Studien zur Überprüfung der Modellkomponenten und deren Zusammenhängen (z.B. Ambühl, 1993; Grenavage & Norcross, 1990; Kolden, 1996; Kolden & Howard, 1992; vgl. Review von Orlinsky et al., 2004, S. 322ff). Es werden verschiedene methodenübergreifende, unspezifische Faktoren des Modells untersucht.

Im Folgenden wird der Forschungsstand bezüglich der in dieser Untersuchung interessierenden Prozessvariablen beschrieben: 1. **Aufnahmebereitschaft/ Selbstbezogenheit/ Responsiveness des Patienten und Therapeuten**, 2. **Therapeutische Beziehung** (Interpersonelles Verhalten des Patienten und Therapeuten), 3. **Therapeutische Realisierung/ Einflüsse des Patienten und Therapeuten in den Sitzungen** und 4. **Sitzungs-Outcome**.

1. Aufnahmebereitschaft/ Selbstbezogenheit/ Responsiveness des Patienten und Therapeuten

Aus den Ergebnissen geht unter anderem deutlich hervor, dass Psychotherapie nur dann wirken kann, wenn Patienten für die entsprechenden Interventionen offen und aufnahmebereit sind. Somit erweist sich die Selbstbezogenheit bzw. Aufnahmebereitschaft des Patienten zusammen mit der Therapiebeziehung als zentrales Bindeglied zwischen dem therapeutischen Angebot und der therapeutischen Realisierung (siehe Modellabbildung 2.3 und 2.4). Dieser Einfluss erscheint nach Kolden & Howard (1992) und Kolden (1996) vor allem zu Therapiebeginn von großer Wichtigkeit für den weiteren Therapieverlauf zu sein. Orlinsky et al. (1994) bescheinigen in ihrer Literaturübersicht der Relevanz der Selbstbezogenheit des Patienten für den Therapieoutcome eine ebenso so starke Evidenz, wie der Therapiebeziehung. Orlinsky et al. (2004) untermauern diese Evidenz durch 15 weitere Studien mit in die gleiche Richtung weisenden Ergebnissen. Scheinbar hängt die Variable Aufnahmebereitschaft eng mit anderen Patientenvariablen zusammen, wie Patientenerwartungen, vom Patienten wahrgenommene Passung des Patienten zur Behandlung, Responsiveness und Kooperation des Patienten mit Therapeuteninterventionen, kooperative Mitarbeit und Wohlbefinden des Patienten während der Behandlung und patientenseitigem, interpersonellen Verhalten. Auch diese verwandten Aspekte zeigen durchgängig starke Zusammenhänge zum Therapieerfolg (Orlinsky et al., 2004). Zuroff et al. (2007) konnten z.B. zeigen, dass eine selbstdeterminierte Motivation für die Behandlung ein bedeutsamer Prädiktor für den Therapieerfolg bei Depression war.

Tschacher et al. (2000) zeigen ebenfalls, dass primär die vom Patienten wahrgenommene Selbstwirksamkeit den Therapieprozess, weitere Prozessvariablen und das Therapieergebnis mitbestimmt.

Lambert und Barley (2001) schätzen, dass 15 % der Verbesserung durch die Therapie auf Erwartungseffekte seitens des Patienten zurückzuführen sind. Die positive Korrelation der Erwartungen und des Therapieergebnisses wird in Studien und Überblicksarbeiten bestätigt (Glass, Arnkoff, & Shapiro, 2001). Patientenerwartungen haben einen Einfluss darauf, wer sich in Therapie begibt, wie lange jemand in der Therapie verbleibt und wie effektiv die Therapie ist (Tinsley, Bowman, & Ray, 1988). Der Zusammenhang zum Therapieergebnis wurde von Westra et al. (2007) für eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie bei Angststörungen bestätigt. Es ist zudem plausibel, dass positive Erfolgserwartungen bezüglich des Therapieergebnisses Patienten motivieren den Anregungen des Therapeuten zu folgen und auch schwierige Therapieaufgaben zu erfüllen, wohingegen enttäuschte Erwartungen zu einem gegenteiligen Effekt führen (Westra, Aviram, Barnes, & Angus, 2010). Zusammen genommen scheinen die Variablen Aufnahmebereitschaft, Selbstbezogenheit, Erfolgserwartungen bzw. Responsiveness den Beitrag des Patienten zur Behandlung in großem Maß zu charakterisieren.

Die Selbstbezogenheit des Therapeuten zeigte sich bei Orlinsky et al. (2004) teilweise im Zusammenhang mit positiven Therapieergebnissen. Eine Studie von Najavits & Strupp (1994) z.B. kam zu dem Ergebnis, dass die kritische Selbstreflexion des Therapeuten ein Charakteristikum effektiver Therapien sein kann. Im selben Maße scheint auch das kontinuierliche Feedback von Patientenfortschritten an den Therapeuten die Behandlungsqualität zu verbessern (Lambert, Whipple, et al., 2001).

Responsiveness des Therapeuten, definiert als Fähigkeit des Therapeuten sich auf Besonderheiten bei einem Patienten einzustellen, um den Verlauf und das Ergebnis der Therapie zu optimieren, zeigte sich ebenfalls als valider Prädiktor des Therapieerfolges in Prozess- Outcome Studien (Caspar & Grosse Holtforth, 2009; Lingardi, Colli, Gentile, & Tanzilli, 2011).

Eine gute Responsiveness des Therapeuten dient dabei nicht nur dazu, zu Beginn der Therapie angemessene Indikationsentscheidungen zu treffen. Zudem wird Responsiveness als adaptiver Prozess verstanden, in dem der Therapeut ständig auf verändernde Bedingungen des Patienten reagiert. In unterschiedlichen Therapieschulen wird Responsiveness, wie auch die Therapiebeziehung allgemein sehr unterschiedlich konzeptualisiert. In der Verhaltenstherapie bezieht sich Responsiveness vorrangig auf die Problem- und Methodenebene. Eine zu starke Beachtung von Beziehungsaspekten wird teilweise als schädlich für den Therapieerfolg aufgefasst, da dies zur Vernachlässigung inhaltlicher-technischer Aspekte führen kann (siehe duales Modell von Schulte & Eifert, 2002, Abschnitt 2.2.3). Andererseits wird die Relevanz individueller, responsiver Elemente auch in der

Verhaltenstherapie betont (Castonguay et al., 1996). Smith & Grawe (2005) versuchen, empirisch validierte Heuristiken für die adaptiven therapeutischen Entscheidungen im Therapieverlauf zu formulieren. Dazu teilen sie den Therapieverlauf in Phasen ein, in welchen verschiedene therapeutische Wirkprinzipien, (z.B. Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung) in verschiedener Form bzw. Stärke realisiert werden sollen. Ähnlich dem Phasenmodell therapeutischer Veränderung von Howard et al. (1993) empfehlen sie einen starken Fokus des Therapeuten auf Ressourcenaktivierung zu Therapiebeginn, Bemühungen zur Problemaktualisierung im mittleren Teil der Therapie und erneut eine stärkere Ressourcenorientierung gegen Ende.

2. Therapeutische Beziehung / interpersonelles Verhalten von Patient und Therapeut

Kein anderer Bereich der Prozess-Outcome Forschung hat ähnlich viel Aufmerksamkeit erhalten, wie der der therapeutischen Beziehung. Bei Orlinsky et al. (1994) werden insgesamt über 1000 Untersuchungen analysiert, die sich mit dem Einfluss der therapeutischen Beziehung insgesamt bzw. einzelner Aspekte der Beziehung auf das Therapieergebnis beschäftigen. Es zeigte sich ein stabiler Zusammenhang, besonders dann, wenn die therapeutische Beziehung vom Patienten eingeschätzt wird. Die von den Patienten wahrgenommene Güte der Therapiebeziehung erklärte z.B. in der Studie von Ambühl (1993) einen Varianzanteil des Postsession- Outcomes von 80 % und war somit hier der verlässlichste Indikator für den langfristigen Therapieerfolg. Auch in 53 neueren Studien, die sich mit dem therapeutischen Bündnis allgemein bzw. der Gruppenkohäsion beschäftigen (Orlinsky et al., 2004), zeigte sich in einer überragenden Anzahl der Fälle ein signifikanter, positiver Zusammenhang mit dem Therapieergebnis.

In Metaanalysen von Horvath & Symonds (1991), aktueller von Martin, Garske & Davies (2000), Elvins und Green (2008) und für Jugendtherapien von McLeod (2011) zeigten sich konsistente, robuste, von der therapeutischen Modalität, innerhalb derer sie stattfand unabhängige, wenn auch eher moderate bis mittlere Zusammenhänge. Als Grund für die lediglich mittelgroßen Effektstärken benennen Caspar & Grosse Holtforth (2009) dass einzelne, direkt quantitativ gemessene Beziehungsvariablen über ein großes Patientenkollektiv hinweg nicht in gleicher Weise mit Outcome-Merkmalen zusammenhängen. Plausibler sei, dass die Passung (Responsiveness) von Therapeuten und Patienten im Sinne eines adaptiven Beziehungsangebots bzw. komplementärer Beziehungsgestaltung mit dem Outcome positiv korreliert. In der Studie von Caspar et al. (2005) zum Komplementaritätskonzept wurden deutliche Zusammenhänge zwischen einem Komplementaritätsrating und verschiedenen Outcomemaßen gefunden.

In einem Literaturüberblick zeigen Lambert & Barley (2001), dass allgemeine Wirkfaktoren, wie vor allem die Therapiebeziehung durchweg höher mit dem Therapieerfolg zusammenhängen, als die therapeutischen Interventionen. Owen & Hilsenroth (2011) fanden in

Mehrebenenanalysen einen deutlichen Zusammenhang von Allianzeinschätzungen und dem Therapieerfolg in psychodynamischen Gruppentherapien. Hier interagierten die Allianzeinschätzungen mit verschiedenen therapeutischen Interventionen, wie z.B. den Hinweis auf Gemeinsamkeiten der Gruppenpatienten.

In der Debatte über allgemeine und spezifische Wirkfaktoren von Psychotherapie wird der therapeutischen Allianz eine sehr große Varianzaufklärung des Therapieerfolgs zugeschrieben (Messer & Wampold, 2002). Aktuell bestätigt Flückiger et al. (2012) in einer Metaanalyse, dass der Zusammenhang von Allianz und Therapieergebnis nicht vom Studiendesign (RCT), Art der Behandlung etc. beeinflusst wird. Im Vergleich von psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Therapie gibt es jedoch auch Ergebnisse, nach denen sich signifikant höhere Allianzratings in der Verhaltenstherapiebedingung finden (Rae, Goldfried, & Barkham, 1997).

Bei der differentiellen Betrachtung der Beobachterperspektive (Patient, Therapeut, Beobachter) stellte sich bei Horvath & Symonds (1991) heraus, dass die Allianz am besten von den Patienten bewertet wurde, gefolgt von den Therapeuten und schließlich durch die externen Beobachter. Die Selbstauskunft der Patienten zeigte sich vor allem früh im Therapieverlauf als validester Prädiktor des Therapieergebnisses. Die Vermutung des Halo-Effekts (Patienten, die mit ihrem therapeutischen Prozess zufriedener sind, beurteilen die Allianz besser als jene, die unzufrieden sind) konnten die Autoren anhand ihres Datensatzes nicht bestätigen. Auch in einer aktuelleren Studie von Coco et al. (2011) zeigte sich der deutliche Zusammenhang von Beziehungseinschätzungen mit dem Outcome lediglich für die Patientenratings, nicht für die Einschätzungen der Therapeuten. Bei Hoffart et al. (2009) konnten allerdings sehr wohl auch die von Therapeuten eingeschätzten Allianz- und Empathiewerte Verbesserungen der Symptomatik nach kognitiv-behavioralen und interpersonellen Therapien vorhersagen.

Die Ergebnisse werden insgesamt als Indikator dafür gewertet, dass es in allen Formen der Psychotherapie gemeinsame Elemente gibt, die zum einen als Grundlage für die Verbesserung der Patienten dienen und zum anderen zur Erklärung eines signifikanten Anteils der aufgeklärten Varianz herangezogen werden können.

3. Therapeutische Realisierung / Einflüsse des Patienten und Therapeuten in den Sitzungen

Als therapeutische Realisierung werden im generischen Modell der Psychotherapie „In-Session-Impacts“, also direkte klinische Veränderungen als Reaktion auf therapeutische Interventionen innerhalb einer Therapiesitzung verstanden. Diese Veränderungen finden sowohl für Patienten als auch für Therapeuten statt, wobei bisher Zweites kaum untersucht worden ist. Die Auswirkungen können sowohl positiv als auch negativ sein. In Studien sind hauptsächlich positive Auswirkungen untersucht worden.

Insgesamt scheint sich die therapeutische Realisierung in den Sitzungen, welche durch die Aufnahmebereitschaft des Patienten und die Therapiebeziehung mitdeterminiert wird (vgl. Punkt 1 und 2), ihrerseits modellkonform hoch signifikant auf den Postsession- Outcome auszuwirken (Kolden & Horvath, 1992; Ambühl, 1993). Auch nach Orlinsky et al. (1994) zeigt sich eine konsistente Evidenz des Zusammenhanges der Auswirkungen auf den Patienten in der Sitzung (therapeutische Realisierung), dem Sitzungsoutcome und dem Therapieoutcome. Dieses Ergebnis wird allerdings nur für die Einschätzung von Patienten und Beobachtern, nicht jedoch für Einschätzungen von Therapeuten gefunden. Therapeuten scheinen die Auswirkungen der Sitzung für Patienten schlecht differentiell einschätzen zu können, evtl. weil sie sich generell bemühen die Sitzung bestmöglich zu gestalten. Auch 28 neuere Studien bei Orlinsky et al. (2004) bestätigten den robusten Zusammenhang zu positiven Therapieergebnissen. Hier wurden nicht nur globale positive Auswirkungen in der Sitzung, sondern auch spezifischere Veränderungen untersucht.

4. Sitzungs-Outcome

Der durch die Veränderungen in der Therapiesitzung determinierte Post-Session- oder Sitzungs-Outcome ist laut Ambühl (1993) mit 68 % erklärter Varianz ein valider Prädiktor des gesamten Therapie- Outcomes. In verschiedenen Überblicksarbeiten und Studien, wie z.B. Orlinsky & Howard (1986), Elliot & James (1989), Schindler (1991), Orlinsky, Grawe & Parks (1994), Höger & Eckert (1997), Keijsers et al. (2000), Braun (2003) und Hoffart et al. (2009) bestätigte sich ebenfalls, dass das Ergebnis einer psychotherapeutischen Einzelstunde aus Patienten- oder Therapeutesicht zu Therapiebeginn einen validen Prädiktor der Wirksamkeit der Therapie insgesamt darstellt. In der Gruppentherapieforschung findet sich derselbe Befund für verschiedene Therapiemethoden (Backenstraß, Hingman, & Fiedler, 2004; Eckert & Biermann-Ratjen, 1985; Flückiger, Regli, & Grawe, 2005; Grawe, Ohlendorf, & Retzmann, 1978; Hilbert et al., 2007; Kersting et al., 2002; Morillo-Falero, 2009; Regli, Flückiger, & Grawe, 2004; Taube-Schiff, Suvak, Antony, Bieling, & McCabe, 2007; Tschuschke & Dies, 1994).

Die beschriebenen Befunde müssen insgesamt aufgrund methodischer Probleme zurückhaltend interpretiert werden. Überall, wo differenzielle Zusammenhänge zwischen Prozess- und Outcome-Merkmalen in Abhängigkeit von Patientenmerkmalen erwartet werden, sollte streng genommen nicht mit einfachen Korrelationen gearbeitet werden. Das wird aber, wie die Übersichten von Orlinsky et al. (1994) und Orlinsky et al. (2004) zeigen, üblicherweise nicht berücksichtigt. Zudem wird in den Studien mit Gruppenpsychotherapien die hierarchische Struktur der Daten nicht berücksichtigt, was zur Verzerrung der Ergebnisse führen kann.

Trotz methodischer Probleme der Untersuchungen können die beschriebenen Befunde jedoch, u.a. durch die Fülle an Studien aus denen sie stammen, als deutliche Hinweise auf

Zusammenhänge im Therapieprozess gewertet werden, die dem generischen Modell von Psychotherapie entsprechen.

2.2.3 Das Duale Modell der Psychotherapie

Das duale Modell der Psychotherapie (Schulte, 1996; Schulte & Eifert, 2002) soll ein Erklärungsversuch sein, warum, trotz aller Effektivitätsnachweise, ein großer Prozentsatz von Patienten (30-40 %) nicht von der psychotherapeutischen Behandlung profitiert. Noch nicht miteingeschlossen sind hier Patienten, welche die Behandlung vorzeitig abbrechen. Im Gegensatz zum ausschließlichen Bestreben, die evidenzbasierten Behandlungsmethoden weiterzuentwickeln und effektiver zu machen, betont Schulte den Einfluss genereller Wirkfaktoren des Therapieprozesses, die er als therapeutisches Basisverhalten des Patienten bezeichnet.

Es kommt dementsprechend darauf an, wie die effektiven Behandlungsmethoden vom individuellen Therapeuten dem individuellen Patienten vermittelt werden. Einige Befunde deuten darauf hin, dass eine enge Orientierung an Therapiemanualen anderen Behandlungen überlegen ist (Schulte & Eifert, 2002; Wilson, 1996). Nach dem dualen Modell der Psychotherapie sollte der Therapeut jedoch stets auf zwei Ebenen intervenieren: 1. auf der therapeutischen Handlungsebene und 2. auf der Beziehungs- und Interaktionsebene bzgl. des therapeutischen Basisverhaltens. Vor allem zu Beginn der Therapie, aber auch im Behandlungsverlauf, sollte der Therapeut die individuelle Situation des Patienten mitbedenken und die **fünf Faktoren des Basisverhaltens** im Auge behalten:

1. Therapiebedarf / -nachfrage,
2. Mitarbeit / Kooperation,
3. Selbstöffnung,
4. Erprobung neuen Verhaltens und
5. Widerstand.

Als Voraussetzung für das Wirksamwerden der Therapiemethoden muss der Therapeut demnach die Voraussetzungen für das Basisverhalten schaffen, verbessern oder aufrechterhalten. Als Grundlagen für das Basisverhalten nennt Schulte Behandlungsmotive, Behandlungserwartungen und die Therapiebeziehung.

Wenn man die Bereiche des Basisverhaltens als generelle Wirkfaktoren von Psychotherapie versteht, ist dieser Ansatz vergleichbar mit der Formulierung von instrumentellen Gruppenbedingungen nach Grawe (1980) - Kohäsion, Vertrauen, Selbstöffnungsbereitschaft und Arbeitsklima-, welche dort ebenfalls als notwendige Voraussetzungen für einen Therapieerfolg konzipiert sind.

Wenngleich die Verhaltenstherapie traditionell die Methodenebene als zentral für therapeutische Veränderungen hervorhebt, ist hiernach die Beziehungsebene in der konkreten Therapiedurchführung als Basis und Voraussetzung für die Therapiemotivation und weitere Nachfrage nach Therapie die wichtigere Ebene (Schulte, 1996). Da Unzufriedenheit mit der Therapiebeziehung ein Prädiktor für einen Therapieabbruch zu sein scheint, muss daher auch in der Verhaltenstherapie Beziehungsproblemen und der Aufrechterhaltung einer guten Arbeitsbeziehung Priorität gegenüber der Durchführung therapeutischer Methoden gegeben werden (Laireiter, 2008; Lejuez & Hopko, 2005; Oei & Kazmierczak, 1997).

Schulte geht von verschiedenen Phasen des Therapieprozesses aus, in welchen die therapeutische Beziehungsgestaltung unterschiedlich aussehen sollte. Zu Therapiebeginn besteht die Hauptaufgabe des Therapeuten auf der Beziehungsebene darin eine intensive, kooperative und emotional stabile therapeutische Arbeitsbeziehung zu schaffen und positives therapeutisches Basisverhalten (s.o.) des Patienten zu fördern. Es ist gemäß dem dualen Modell zu erwarten, dass motivierte, optimistische Patienten, oder solche, die im Laufe der Therapie optimistisch werden, sich besser auf therapeutische Interventionen einlassen können. Erfolgserwartungen motivieren Patienten zum Basisverhalten, welches Voraussetzung ist für die erfolgsversprechende Anwendung therapeutischer Methoden. Patienten sind also motiviert mitzuarbeiten, sich zu öffnen, neue Verhaltensweisen zu erproben und weniger Widerstand zu zeigen. Es wird angenommen, dass die momentane Wahrnehmung der Therapie die Erwartung eines zukünftigen Erfolgs beeinflusst. Umgekehrt beeinflusst die Erfolgserwartung den Fokus der Wahrnehmung im Hier und Jetzt und hat Einfluss auf die Aufnahmebereitschaft und Motivation (Schulte, 1996; 2005). Während der Therapie hängt also das Ausmaß des Engagements des Patienten von der aktuellen Erfolgserwartung ab. Daher hat das Ausmaß der Erfolgserwartung und die Wahrnehmung, ein individuell passendes Therapieangebot gefunden zu haben, einen zentralen Stellenwert für das Gelingen der Behandlung (Schulte, 2005).

Die Therapieforschung konnte zeigen, dass eine optimale Gestaltung der Therapieeingangsphase und ein positiver Beziehungsaufbau in den ersten Therapiestunden von entscheidender Bedeutung für den weiteren Verlauf und den Ausgang der Therapie sind (z.B. Horvath & Symonds, 1991; vgl. Abschnitt 2.2.2). Struktur und Qualität der Therapiebeziehung bilden sich bereits in den ersten zwei bis drei Therapiesitzungen heraus und bleiben über den gesamten Therapieverlauf relativ konstant (Schindler, 1991). Es konnte beobachtet werden, dass sich erfolgreiche Patienten von weniger erfolgreichen oder Therapieabbrechern in ihrem Interaktionsverhalten bereits zu Therapiebeginn unterscheiden (Keijsers et al., 2000). Erfolgreiche Patienten waren insgesamt kooperativer, emotional offener und engagierter. Therapeuten wurden als einfühlsamer, wärmer, unterstützender und strukturierter von den Fremdbeurteilern wahrgenommen (Keijsers et al., 2000; Schindler,

1991). Sollte sich ein derartiges Interaktionsmuster in ähnlicher Form nicht generieren lassen, sollten bereits an dieser Stelle entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der Beziehung durchgeführt oder alternative Behandlungsmöglichkeiten vorgeschlagen werden (Schulte, 1996).

Aufgrund von Forschungsergebnissen bzgl. der Überlegenheit manualorientierter gegenüber individualisierter Therapie (z.B. Wilson, 1996) empfiehlt Schulte (1996, Schulte & Eifert, 2002) nachdrücklich, nach der anfänglichen Förderung des Basisverhaltens mit einer adäquaten Problemdefinition stark methoden- und manualorientiert zu arbeiten. Erst ausschließlich bei Bedarf bzw. bei Problemen mit dem therapeutischem Basisverhalten und hier sehr spät sollte im Prozess der Fokus wieder auf die Beziehungsebene verschoben werden. Zu häufige und zu schnelle Methoden- und Therapiezieländerungen durch den Therapeuten scheinen ein Grund für schlechtere Ergebnisse individualisierter Therapien zu sein (Schulte & Eifert, 2002).

Auch für die Verhaltenstherapie wurde bestätigt, dass eine emotional positive Arbeitsbeziehung nicht nur für den Beginn der Therapie, sondern für den gesamten Therapieverlauf wichtig ist. Durch eine flexible Gestaltung des Therapieprozesses sollen bei Prozess-, Motivations- und Interaktionsstörungen vom Therapeuten beziehungsrelevante Interventionen eingesetzt werden (Reflektion, Klärung, Rollenstrukturierung, vgl. Laireiter, 2008, S. 1162ff). Eine therapiebegleitende Verlaufsdiagnostik und Prozessdiagnostik bzgl. der Therapiebeziehung, z.B. durch Stundenbögen ist hierzu sinnvoll (Laireiter, 2000; vgl. Abschnitt 2.4.2 und 2.4.3, u.a. BAV, Fragebogen zum Basisverhalten).

Aus der Bochumer Arbeitsgruppe um Schulte gibt es eine große Anzahl von Studien zur Validierung des dualen Modells. Schulte & Künzel (1989) und Vogel & Schulte (1997) bestätigten beispielsweise die zwei Faktoren der methodenorientierten und der beziehungsorientierten Strategie im therapeutischen Handeln. Zu häufige Strategiewechsel und zu starke Prozess-, d.h. beziehungsorientierung außerhalb der ersten Sitzungen, scheinen sich negativ auf den Behandlungserfolg auszuwirken.

Veith (1995) zeigte, dass Einschätzungen des Basisverhaltens mit Erfolgserwartungen der Patienten zusammenhängen. Behandlungen von Patienten mit hoher Erfolgserwartung waren hier kürzer und Patienten mit niedrigen Erwartungen brachen die Behandlung eher ab.

Nach Michalak & Schulte (2002) zeigt sich, dass die Ausprägung des Basisverhaltens modellkonform den Therapieerfolg determiniert, sowie die Patientenwahrnehmung von Fortschritten das Basisverhalten bedingt. Ausnahme dieses durchgängigen Musters war lediglich der Bereich der Selbstöffnung, der scheinbar für kognitiv- verhaltenstherapeutische Behandlungen weniger relevant zu sein scheint. Die aktuelle Stimmung der Patienten scheint jedoch einen Einfluss auf den Therapieprozess und das Sitzungsergebnis zu haben (Koban, Willutzki, & Schulte, 2005).

Klappheck & Michalak (2009) zeigten in einer Untersuchung zur Vorhersage des Therapieerfolges durch die Erfassung von Therapiezielen, dass vor allem der Optimismus in der Therapie, die Symptome bessern zu können, einen starken Einfluss auf den retrospektiv gemessenen Therapieerfolg hat. Daher sollte ein starkes Augenmerk des Therapeuten im Therapieverlauf auf diese Variable gerichtet sein. Erstaunlicher Weise hatten die vor Therapiebeginn erfassten Zieleigenschaften keinen signifikanten Vorhersagewert für den subjektiven Therapieerfolg, sondern lediglich der Optimismus, das Ziel „Besserung der Symptome“ zu erreichen während dem Verlauf der Behandlung. Auch wurde hier stets nur der retrospektiv erfasste Therapieerfolg vorhergesagt und es ergaben sich keine Zusammenhänge zur objektiv erfassten Symptomreduktion als solcher. Als mögliche Erklärungen dieses Befundes geben die Autoren an, dass bei Patienten, die in den ersten Therapiesitzungen positive Erfahrungen mit den Möglichkeiten der Symptombewältigung und der Behandlungsrationale gemacht haben eine Remoralisierung im Hinblick auf die Möglichkeiten der Symptombewältigung stattfindet, die sich im weiteren Verlauf günstig auf die Behandlung auswirkt (siehe Phasenkonzept der Therapie: Howard, Lueger, Maling & Martinovich, 1993, vgl. Abschnitt 2.3.4). Auch scheinen subjektive Urteile, in welche ebenfalls normative Vorstellungen bezüglich des gewünschten Zielzustands einfließen, entscheidend für die zu vorhersagende Therapieerfolgsmessung sein (Michalak, Kosfelder, Meyer, & Schulte, 2003). Insofern ist es für Therapeuten besonders wichtig, darauf zu achten, dass sich bei Patienten in den ersten Therapiesitzungen Optimismus bezüglich der Symptomreduktion entwickeln kann, auch wenn vor Behandlungsbeginn noch kein Optimismus vorhanden ist.

2.2.3 Patientenorientierte Psychotherapieforschung und Prozessbegleitung

Durch den Forschungsansatz zur Prozessbegleitung von Psychotherapien wird versucht, den Graben zwischen der Psychotherapieforschung und der Umsetzung der Ergebnisse in der psychotherapeutischen Praxis zu schließen (Barkham et al., 2001). Die Forscher versuchen hier dem Anliegen der klinischen Praktiker gerecht zu werden, Hilfe bei der Antwort zu bekommen, wie und ob eine Behandlung bei einem bestimmten Patienten im vorliegenden Einzelfall wirkt. Dies soll eine sinnvolle Ergänzung zu den Ergebnissen zur durchschnittlichen Effektivität von Therapiemethoden und störungsspezifischen Manualen gemittelt über Forschungsstichproben darstellen (Lutz, Saunders, et al., 2006).

Auch vor dem Hintergrund zunehmender qualitätssichernder Bestrebungen in der psychotherapeutischen Versorgung rückte in den letzten Jahren die Betrachtung des Therapieverlaufs als sich entwickelndes Therapieergebnis in das Interesse der Psychotherapieforschung (Orlinsky et al., 2004). Durch die patientenorientierte Verlaufsforschung wird versucht, individuelle Therapieverläufe vorherzusagen und so in der

Praxis im Sinne einer Prozessbegleitung unmittelbar anwendbare, empirisch validierte Entscheidungsregeln zur Optimierung der noch laufenden Behandlung zu implementieren (z.B. Lutz, Tholen, Kosfelder, Grawe, & Schulte, 2005). Somit hat sich im Kontext der Debatte um die Einführung von Qualitätssicherungssystemen in der Psychotherapie und der Erforschung zentraler Wirkfaktoren im Therapieverlauf ein Forschungsschwerpunkt der Prozess- Outcome Forschung entwickelt, der den Zusammenhang zwischen individuellen Verlaufsinformationen und dem Therapieergebnis untersucht.

Nach Lambert (2001) repräsentiert die patientenorientierte Psychotherapieforschung eine „Win-Win“-Situation für Wissenschaftler, Psychotherapeuten und die Verantwortlichen des Gesundheitssystems, da das gemeinsame Anliegen verfolgt wird, Patienten sowohl bestmöglich, evidenzbasiert als auch kosteneffektiv zu behandeln. Ermöglicht wird die patientenorientierte Verlaufsforschung durch neue statistische Methoden zum Monitoring von Patienten, wie vor allem der hierarchischen, linearen Wachstumsmodellierung, d.h. Mehrebenenanalysen (Raudenbusch, Bryk, & Congdon, 2010). Für die Einzeltherapie gibt es bereits eine Fülle an Untersuchungen von Arbeitsgruppen in den USA um Lambert (z.B. Lambert & Shimokawa, 2011), in Großbritannien um Barkham (z.B. Barkham et al., 2001) und in Deutschland um Lutz (z.B. Lutz, Boehnke, Koeck, & Bittermann, 2011). Die patientenorientierte Psychotherapieforschung scheint für eine Vielzahl von diagnostischen Gruppen und unterschiedlichen Behandlungsmodalitäten (Einzel-, Paar- und Gruppentherapie) anwendbar zu sein.

Es wurde zunächst untersucht, welche Patientenvariablen valide Prädiktoren des Therapieprozesses und Therapieerfolgs sind. Lutz, Martinovich & Howard (2001) identifizierten sieben klinische Ausgangsmerkmale von Patienten, welche einen signifikanten Einfluss auf den Behandlungsverlauf hatten:

- die Ausgangsbelastung hinsichtlich Wohlbefinden,
- die Symptomatik,
- die funktionale Beeinträchtigung,
- die positive Erfolgserwartung,
- die vorherigen Therapieerfahrungen,
- die Dauer der Problematik und
- die Einschätzung des Therapeuten zum Globalen Funktionsniveau (GAF).

Eine entsprechende Regressionsgleichung konnte 22 % der interindividuellen Varianz der Behandlungsverläufe und seiner Parameter erklären. Allerdings sind die Prädiktoren in hohem Maß stichprobenabhängig, so dass zur Optimierung der patientenspezifischen Vorhersage homogene Subgruppen gebildet werden, um den Wert eines Patienten mit einem vorhergesagten Wert zu vergleichen. Die Vorhersage von individuellen Therapie-

verläufen soll in der klinischen Praxis im Rahmen der routinemäßigen Eingangs-, Verlaufs- und Ergebnismessungen erfolgen. Im Weiteren ist es möglich, den beobachteten Therapieverlauf kontinuierlich mit dem erwarteten Therapieverlauf zu vergleichen, um positive, aber vor allem auch negative Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und unmittelbar darauf reagieren zu können. So bekommen Entscheidungen bezüglich des therapeutischen Vorgehens eine empirisch fundierte Grundlage (Lutz, Stulz, Smart, & Lambert, 2007).

Ausgangspunkt der patientenorientierten Psychotherapieforschung waren des Weiteren die Arbeiten von Howard et al. (1986) zum Aufwand- Wirkungsmodell und Howard et al. (1993) zum Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung (vgl. auch Abschnitt 2.3.4).

Nach dem Aufwand- Wirkungsmodell von Howard et. al. (1986) zeigt sich in Psychotherapien eine negativ beschleunigte Kurve von statistisch signifikanten und klinisch bedeutsamen Verbesserungen über die Anzahl der Sitzungen hinweg. Im Rahmen von Dosis-Wirkungsanalysen zeigten die Autoren in ihrer Metaanalyse, dass Patienten nach der Einschätzung aus Patienten- und Therapeutesicht im Durchschnitt nach den ersten acht Sitzungen eine durchschnittliche Befindensverbesserung von mehr als 50 % erreichen. Nach 26 Sitzungen steigt die Verbesserungsrate auf 74 %, nach 52 Sitzungen auf 83 %. Weitere Studien zur Aufwand-Wirkungsrelation ergaben ein ähnliches Muster mit unterschiedlichen Besserungsraten (z.B. Lambert, Hansen, & Finch, 2001). Aus einer Übersicht von Forschungsarbeiten zum Aufwand-Wirkungsverhältnis kommen Lambert und Ogles (2004) zu dem Schluss, dass eine beachtliche Zahl von Patienten nach zehn Behandlungssitzungen reliable Verbesserungen zeigen und unter Verwendung eines strengeren Kriteriums etwa 50 Sitzungen zur Besserung nötig sind. Tendenziell erforderte die Besserung umso mehr Zeit, je schwerer die psychische Beeinträchtigung zu Beginn der Behandlung war. Vor allem depressive Patienten zeigten die schnelle Verbesserung zu Behandlungsbeginn, wohingegen Angstpatienten und Borderline-Patienten eine höhere Sitzungszahl für Verbesserungen bedurften.

Zur Vorhersage werden in der patientenorientierten Forschung verschiedene, empirische Techniken angewandt: Methode der „expected treatment response“ oder des „nearest neighbour“ (Lutz, Lambert, et al., 2006). Diese ähneln dem Vorgehen, das ein Therapeut mit seiner klinischen Erfahrung wählt, wenn er einen neuen Patienten mit ähnlichen Fällen aus der Vergangenheit vergleicht und Vorhersagen über die optimale Behandlung und den Verlauf der Therapie macht. Im Gegensatz zu statistischen Vorhersagen scheinen Therapieentscheidungen, welche auf der klinischen Erfahrung des Therapeuten beruhen, einen negativen Therapie- Outcome stark zu unterschätzen (Hannan et al., 2005) bzw. keineswegs valide einschätzen zu können (Schulte & Meyer, 2002). Nach Lutz (2002) lässt sich durch die Hinzunahme von Prozessinformationen, z.B. durch kontinuierlich ausgefüllte Stundenbögen, der Anteil aufklärter Varianz bei den Vorhersagen deutlich erhöhen.

Die Effektivität des unmittelbaren Rückmeldesystems der Therapiefortschritte an den Therapeuten wurde vielfach in Studien demonstriert (Berking, Orth, & Lutz, 2006; Lambert, Whipple, et al., 2001). In einer Metaanalyse von Feedbackuntersuchungen (Lambert, Harmon, Slade, Whipple, & Hawkins, 2005) zeigen die Autoren im Einzelnen, dass Prozessvariablen, wie schnelles Ansprechen auf Therapie zu Behandlungsbeginn, die Dosis-Wirkungsbeziehung und das Konzept klinisch signifikanter Veränderung hilfreich sind, um Patienten zu identifizieren, welche Gefahr liefen, schlechte Therapieresultate zu erreichen. Als Ausgangs-, Prozess- und Outcomemaß wurde in den Studien der Outcome Questionnaire-45 (OQ-45; Lambert, Hannöver, Nisslmüller, Richard, & Kordy, 2002) zur Beurteilung der Symptomatik, der zwischenmenschlichen Probleme, der sozialen Rollenfunktion und der Lebensqualität eingesetzt. Es wird in der patientenzentrierten Forschung davon ausgegangen, dass der anfängliche Störungsgrad und das Ausmaß der Veränderung in einzelnen Sitzungen das Therapieergebnis besser vorhersagen kann als Variablen, wie z.B. die Diagnose (Lambert et al., 2005). Vor allem eine frühes Ansprechen auf die Behandlung (deutliche Reaktion während der ersten vier Sitzungen) sagt ein positives Endergebnis sowie die Aufrechterhaltung der Besserung in Katamneseuntersuchungen voraus, während eine frühe negative Behandlungsreaktion ein negativer Hinweis ist (Lueger, 1998; Lutz, Rafaeli, Howard, & Martinovich, 2002). Dabei scheinen stark ausgeprägte Veränderungssprünge im Therapieverlauf, genannt „sudden gain“ bzw. „sudden loss“ und hier vor allem früher Verbesserungssprünge vor der 5. Sitzung ebenfalls Vorhersagekraft u.a. für das Therapieergebnis kognitiv-verhaltenstherapeutischer Depressionsbehandlungen zu haben (Lutz, Stulz, & Koeck, 2009). Analog berichtet Ilardi & Craighead (1994), dass in ihren Dosis- Wirkungsanalysen bezüglich der kognitiv-behavioralen Therapie der Depression 60 %–70 % der durchschnittlichen Symptomreduktion bei Therapieende bereits in frühen Phasen der Therapie auftrat, nämlich in den ersten vier Wochen der Behandlung. Als Kausalfaktoren für diese frühen Veränderungen nannten die Autoren nonspezifische Wirkfaktoren, da diese bereits zu Beginn wirksam seien (vgl. Lambert, 2005) und spezifische Faktoren wie z.B. kognitives Umstrukturieren erst zu einem späteren Zeitpunkt wirksam sein könnten. Schlussfolgernd propagieren die Autoren in Anlehnung an das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung (Howard et al., 1993; vgl. Abschnitt 2.3.4) die Förderung von Hoffnung auf einen Therapieerfolg zu Beginn als wesentlichen Bestandteil der Therapie.

Das Bereitstellen von Feedback für den Therapeuten wirkt sich sehr eindrücklich positiv auf das Endergebnis aus (Lambert et al., 2005). Es zeigten sich beachtliche Effektstärken von .34 bis .92 für die Differenz zwischen Bedingungen mit und ohne Feedback bei erfolgsgefährdeten Patienten. Erfolgsgefährdete Patienten, deren Therapeuten Feedback erhielten, erreichten signifikant häufiger doch noch eine klinisch bedeutsame, reliable Veränderung zu Therapieende als Patienten ohne Therapeutenfeedback (35-56 % vs. 21 %). Erfolgsgefährdete Patienten, deren Therapeuten Feedback erhielten, blieben signifikant

länger in Behandlung; Patienten mit zuvor positiven Erfolgsaussichten und Feedback signifikant kürzer. Die Wirkung des Feedbacks verstärkt sich bei der Vermittlung der Rückmeldung in schriftlicher oder graphischer Form, während verbale Rückmeldungen schwächer wirken.

Braun (2003) entwickelte ein ähnliches Modell zur therapiebegleitenden, frühzeitigen Vorhersage des Therapieerfolges bzw. -misserfolges. Der Autor stellt in seiner Arbeit den Versuch vor mit kurzen Varianten des Berner Stundenbogens (vgl. Abschnitt 2.4.2) eine Heuristik zu formulieren, mit der der Therapieerfolg unter Berücksichtigung von Angaben zur Symptomatik aus der Prä-Messung in Einzeltherapien vorhergesagt werden kann. Vier Items trugen zur größten Varianzaufklärung bezüglich des Therapieverlaufes und Therapieergebnisses bei (sich durch den Therapeuten unterstützt fühlen, entschlossen sein Probleme anzupacken, ein anderes therapeutisches Vorgehen besser geeignet, sich im Gegensatz zu zuvor Situationen gewachsen fühlen). Daraufhin empfiehlt der Autor die routinemäßige Prozessbegleitung von Psychotherapien durch einen Stundenbogen oder zumindest die Berücksichtigung von entsprechenden Aspekten als Hinweis auf eine gute Prozessqualität und ein gutes Behandlungsergebnis.

2.2.5 Zwischenergebnis zur Psychotherapieprozessforschung

Gemäß der Definitionen von Prozessforschung handelt es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine formative Evaluation, Prozessbegleitung bzw. Prozess-Output-Untersuchung, welche eher im Rahmen der Typ-B Prozessforschung anzusiedeln ist. Das Merkmal der Zufriedenheit mit den Therapiesitzungen wird als variables Phänomen und nicht als stabiler Einflussfaktor auf den Prozess gesehen. Insgesamt wird von einer engen Definition des Therapieprozesses ausgegangen, da lediglich Aspekte des Therapieprozesses im engeren Sinne und keine Aspekte des außertherapeutischen Umfeldes untersucht werden.

Nach der Einordnung von Orlinsky et al. (2004) zu Prozess-Outcome-Untersuchungen ist diese Untersuchung

1. primär als eine Analyse des Veränderungsprozesses zu bezeichnen (Einfluss von Prozessvariablen auf das Therapieergebnis),
2. wird der Prozess hier hauptsächlich in temporärem Sinn untersucht (kausale Schlussfolgerungen sind nur bedingt möglich),
3. wird bei der Analyse des Zusammenhanges des Sitzungs-Outcomes auf den kurzfristigen Therapieerfolg auf einer mittleren Beschreibungsebene angesetzt und
4. werden die Beobachtungen aus Patienten- und Therapeutenperspektive erhoben.

Die hier vorgestellte Untersuchung bildet im Weiteren nur einen sehr kleinen Teil des Generischen Modells der Psychotherapie ab: Es wird untersucht, inwiefern die Wahrnehmung des Patienten und Therapeuten der vergangenen Sitzung im Stundenbogen (als Maß der Aufnahmebereitschaft, der Therapiebeziehung, bzw. Gruppenatmosphäre oder des Sitzung- Outcomes) unter Einbezug weiterer Einflussfaktoren das Therapieergebnis bei Therapieende beeinflusst. Dabei ist davon auszugehen, dass durch den Stundenbogen aus Sicht des Patienten und Therapeuten nicht nur das Sitzungsergebnis als solches, sondern ebenfalls weitere Aspekte des im Modell abgebildeten psychotherapeutischen Prozesses erfasst werden. Es wird angenommen, dass der hier verwendete Patientenstundenbogen Aspekte der Aufnahmebereitschaft des Patienten, der Motivation, der Erwartungen und der Therapiebeziehung, bzw. Gruppenatmosphäre als Sitzungs-Outcome erfasst. Die berichteten, zahlreichen Befunde zur Wichtigkeit dieser Aspekte für den Therapieprozess und Therapieerfolg unterstützen die Relevanz der in dieser Untersuchung formulierten Fragestellungen.

Auch die theoretischen Annahmen des dualen Modells der Psychotherapie, samt dessen empirischen Überprüfungen, unterstützen das Vorhaben, durch die Erfassung von Patientenbewertungen zu Therapiebeginn den Therapieerfolg vorhersagen zu wollen. Es kann angenommen werden, dass durch den hier eingesetzten Patientenstundenbogen bzw. durch einzelne Items des Stundenbogens ebenfalls Aspekte des therapeutischen Basisverhaltens (Item 1: Innerliche Beteiligung; Item 2: Aktive Mitarbeit; Item 6 Gruppenatmosphäre) und Aspekte der Erfolgserwartung und der wahrgenommenen Passung der Therapieform (Item 4: Anregungen; Item 5: Gruppe hilfreich; Item 8: Therapieform erfolgversprechend) erhoben werden.

Und schließlich kann diese Studie, wenn auch in begrenzterem Maße und für die Gruppentherapie, dem Forschungstrend der patienten-orientierten Psychotherapieforschung zugeordnet werden. Ähnlich der Untersuchung von Braun (2003), diesmal allerdings für die Gruppentherapie, werden Stundenbögen als Prozessmaße eingesetzt, welche den Therapieerfolg vorhersagen sollen. Die Veränderungen in den Stundenbogenbewertungen werden dem Gruppentherapeuten zur Prozessoptimierung gemäß dem typischen Vorgehen in diesem Forschungszweig (Lambert et al., 2005) kontinuierlich graphisch rückgemeldet. Begrenzter ist der Ansatz vor allem deshalb, weil kein Vergleichsmaßstab mit einem prototypischen Verlauf rückgemeldet wird. Auch werden die Auswirkungen des Feedbacks auf den Therapieverlauf nicht erfasst, sondern aufgrund der Befundlage der Literatur allgemein positive Wirkungen angenommen. Der hier eingesetzte Patientenstundenbogen GTS-P beinhaltet ebenfalls ähnliche Bewertungsaspekte der Therapiesitzung, welche bei Braun (2003) als wichtige Essenz der Stundenbewertung auftauchen, wie z.B. das Item 5 und 8 (Beurteilung der Hoffnungsinduktion oder Remoralisation), das Item 6 (Gruppenatmosphäre) und Items 2 und 4 (aktive Mitwirkung und Anregungen).

2.3 Prozess- Ergebnis- Forschung in der Gruppenpsychotherapie

Die bisher vorgestellten Erkenntnisse der Psychotherapieforschung beziehen sich vor allem auf die Einzeltherapie. Da die vorliegende Arbeit eine kognitiv- behaviorale Gruppentherapie zum Gegenstand hat, sollen im folgenden Kapitel Besonderheiten des Gruppensettings für die Psychotherapieforschung und im Speziellen für die Prozessforschung angesprochen werden. Es wird zunächst ein Überblick über die Prozess- und Ergebnisforschung und den aktuellen Forschungsstand der Gruppenpsychotherapie, vor allem der Prognose von Therapieverläufen durch Patienten- und Therapeutenvariablen gegeben. Im Anschluss wird vertiefend auf gruppenspezifische Wirkfaktorenmodelle und Konzeptionen zum typischen Verlauf von Gruppentherapien eingegangen sowie die verhaltenstherapeutische Gruppentherapieprozessforschung beleuchtet.

2.3.1 Aktueller Forschungsstand der Gruppenpsychotherapieforschung

Empirische Gruppenpsychotherapieforschung spielt im Vergleich zur Erforschung einzelnpsychotherapeutischer Behandlungen bisher eine erstaunlich geringe Rolle im allgemeinen Forschungsinteresse. Gruppentherapeutische Interventionen nehmen jedoch im deutschsprachigen Raum in der klinischen Praxis, vor allem in der stationären, psychosomatischen Behandlung eine zentrale Rolle im Gesamtbehandlungsplan ein (Strauß, 2008). Das relativ geringe Forschungsinteresse führt dazu, dass in der vorliegenden Arbeit, ähnlich wie in aktuellen Leitlinien zu (psychodynamischer) Gruppenpsychotherapie (Bernhard et al., 2008) und Handbüchern zur psychodynamischen als auch kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie (Bieling, McCabe, & Antony, 2007; Fiedler, 2005; Tschuschke, 2001b) verhältnismäßig alte Studien zitiert werden, welche teilweise schon vor 20-30 Jahren publiziert wurden.

Das offensichtliche Forschungsdefizit ist insofern bemerkenswert, da man schon seit längerer Zeit aufgrund von zahlreichen Studien, Metaanalysen und Literatur-überblicksarbeiten davon ausgehen kann, dass Gruppenpsychotherapie im Vergleich zu Kontrollbedingungen ohne Behandlung effektiv und im Vergleich zu Einzelpsychotherapie in ebenbürtiger Weise wirksam ist (Bednar & Kaul, 1994; Burlingame, 2010; Burlingame et al., 2003; Burlingame & Krogel, 2005; Burlingame et al., 2004; Forsyth & Corazzini, 2000; Fuhrman & Burlingame, 1994; McRoberts, Burlingame, & Hoag, 1998; Orlinsky et al., 2004; Regli et al., 2004; Strauß, 2001; Tillitski, 1990; Tschuschke, 2001a). Es gibt sogar Studien, in welchen Gruppentherapie alleine oder als Kombination mit Einzeltherapie der alleinigen Einzeltherapie überlegen ist (z.B. Toseland & Siporin, 1986). Auch bei Depressionsbehandlungen scheinen Einzel- und Gruppentherapie äquivalent zu sein (Burlingame et al., 2004; Kellet, Clarke, & Matthews, 2007). Die Abbruchrate bei

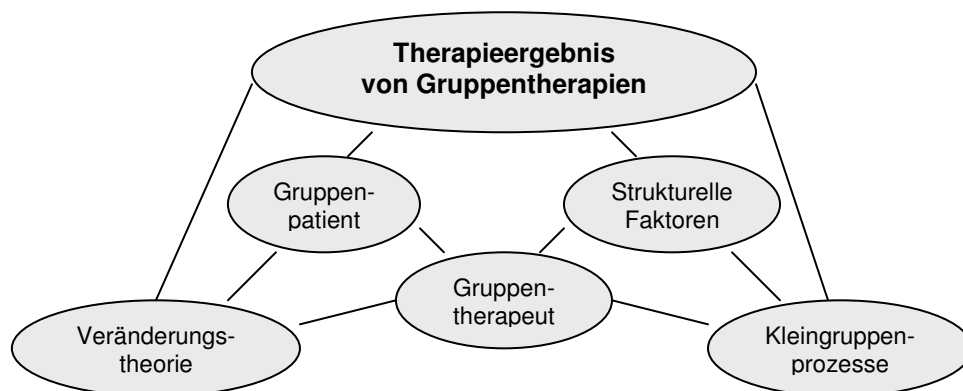
Gruppentherapien scheint jedoch höher zu sein als in der Einzeltherapie (z.B. Bostwick, 1987). Kordy & Senf (1992) sprechen in ihrer Überblicksarbeit von Abbrecherquoten zwischen 17 % und 55,5 %, Tschuschke (2010) aktuell von im Durchschnitt einem Drittel der Patienten.

Bei einem Vergleich von verschiedenen Gruppentherapieformen (psychodynamisch, klientenzentriert, kognitiv-verhaltenstherapeutisch) zeigt sich ähnlich den Befunden aus der Einzeltherapie eine relative Äquivalenz der Wirksamkeit (Forsyth & Corazzini, 2000). Aufgrund der deutlich größeren Anzahl qualitativ hochwertiger Studien ist die Evidenz für die Effektivität kognitiv-behavioraler und behavioraler Gruppenbehandlungen, in welchen Gruppenprozesse und – dynamik wenig bis keine Beachtung finden, am stärksten (Burlingame & Strauß, 2010; Strauß, 2009).

Aufgrund der zunehmenden Begrenzung von Ressourcen im Gesundheitssektor ist damit zu rechnen, dass Gruppenpsychotherapie und hier ebenfalls die kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie als höchst ökonomisches Setting weiter an Bedeutung gewinnt. Heinzl (2010) berechnete eine Gesamt-Kosten-Relation von 13:1 Gruppen- vs. Einzeltherapie. Die Veränderung der Abrechnung von Gruppenbehandlungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland seit dem EBM 2000 plus im Jahr 2005 ist ein erster Schritt in diese Richtung, obwohl ambulante Gruppentherapien nach wie vor sehr selten sind (Freyberger, 2007; Strauß, 2008).

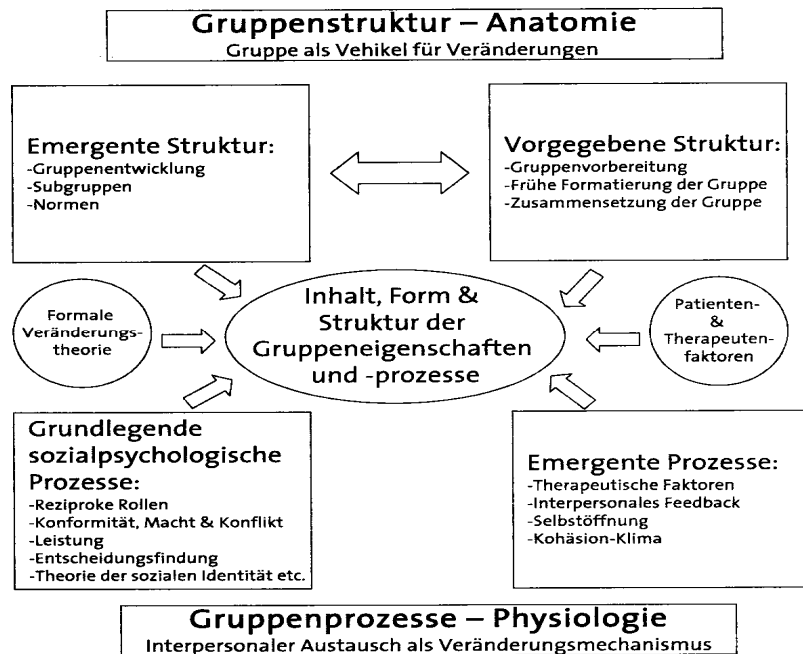
Prozess-Ergebnis-Studien sollen dazu beitragen die psychotherapeutisch wirksamen Prozesse in der Gruppentherapie besser zu verstehen. Dies ist auch unter Einbezug von Besonderheiten des Gruppensettings interessant. Die hohe Komplexität von Gruppenprozessen erschwert jedoch einen empirisch- wissenschaftlichen Zugang. Auch für kognitiv- verhaltenstherapeutische Gruppentherapien wird eine stärkere Beachtung von Gruppenprozessen gefordert (Bieling et al., 2007; Greene, 2000; Satterfield, 1994).

Abbildung 2. 5: Einflussvariablen auf das Therapieergebnis von Gruppenpsychotherapien (übersetzt und leicht verändert nach Burlingame, MacKenzie & Strauß, 2004, S.648)



Zur Systematisierung der Befunde in ihrem Literaturüberblick schlagen Burlingame, MacKenzie & Strauß (2004) ein Ordnungsmodell vor, welches die verschiedenen Kräfte beschreibt, die das Therapieergebnis von Gruppentherapien determinieren (vgl. Abb.2.5). Nach dem Modell wird als ein Haupteinflussbereich auf den Therapieoutcome die formale *Veränderungstheorie* untersucht. Die Überprüfung der allgemeinen Effektivität bzw. differentiellen Effektivität, der zumeist aus der Einzeltherapie stammenden theoretische Therapiekonzepte, hat bisher den größten Anteil der Outcomestudien angeregt. Als zweiter Haupteinflussbereich werden *Kleingruppenprozesse* genannt, welche die einzigartigen Eigenschaften des Gruppensettings ausmachen und empirisch mit dem Therapieergebnis in Zusammenhang gebracht werden. Hier verbinden sich die Forschungsfelder der klinischen und der Sozialpsychologie. Beispielsweise ist die Gruppenentwicklung, Gruppenwirkfaktoren und die Gruppenstruktur Gegenstand der Untersuchungen. Weitere Einflussbereiche auf das Therapieergebnis werden im *Gruppentherapeuten* bzw. dem Therapeutenverhalten und -merkmalen, dem *Gruppenpatienten* bzw. verschiedenen Patientenvariablen (Diagnose, Persönlichkeitsmerkmale, Interaktionsmerkmale etc.) und *strukturellen Faktoren* (Gruppendauer, -größe, -frequenz, Setting etc.) gesehen. Der Gruppentherapeut steht hierbei im Zentrum des Modells, da er im Gruppenverlauf großen Einfluss auf die Umsetzung der Veränderungstheorie und Gruppenprozesse nimmt.

Abbildung 2. 6: Die Anatomie und Physiologie von Kleingruppen (aus Burlingame et al., 2008, S.183)



Das Modell wurde von den Autoren zu einer übergreifenden Theorie der Gruppe weiterentwickelt (Burlingame, Strauß, & Johnson, 2008; vgl. Abb 2.6). Hier wird der Schwerpunkt auf die Beschreibung von Einflussvariablen auf Inhalt, Form, Struktur der Gruppeneigenschaften und –prozesse gelegt. Unterschieden wird dabei grob zwischen der

Anatomie, bzw. Gruppenstruktur (als Vehikel für Veränderung) mit den Bereichen der vorgegebenen Struktur und emergenten Struktur (Gruppenentwicklung etc.) und der Physiologie, bzw. den Gruppenprozessen (als Veränderungsmechanismus) mit Unterbereichen der sozialpsychologischen Prozesse und emergenten Prozesse (Wirkfaktoren etc.). Strukturelle Faktoren und Kleingruppenprozesse werden also stärker hervorgehoben, wobei der Einfluss der formalen Veränderungstheorie und der Patienten- und Therapeutenfaktoren zusätzlich als unabhängige Modellkomponenten weiterbesteht.

Burlingame, MacKenzie & Strauß (2004) geben im „Handbook of psychotherapy and behavior change“ einen relativ aktuellen Überblick über die Gruppentherapieforschung im anglo-amerikanischen und europäischen Raum. Für verschiedene Patientenpopulationen wurde die Wirksamkeit von Gruppentherapie und die Äquivalenz von Einzel- und Gruppenbehandlung bestätigt, u.a. auch für affektive Störungen (z.B. Robinson et al., 1990). Die Ergebnisse unterstützen die formalen Veränderungstheorien, vor allem für die kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppen (z.B. für affektive Störungen DeRubeis & Crits-Christoph, 1998).

Greene (2000) benennt in seinem Überblick über die quantitative Literatur der Gruppenpsychotherapieprozessforschung von 1990-1995 einen Mangel an komplexen Studien mit klinischen Stichproben. Viele Studien wurden an nicht-klinischen Stichproben durchgeführt, Ergebnisse nicht repliziert und Instrumente nicht auf ihre Psychometrie, diskriminative und konvergente Validität untersucht.

In einer älteren Zusammenfassung der Literatur zur Gruppenpsychotherapieforschung für die Zeit von 1980-1992 berichteten Burlingame et al. (1994) von 400 empirischen Studien, in welchen 422 Instrumente zur Anwendung kamen. Hier eingeschlossen sind sowohl Instrumente zur Statusdiagnostik, Wirkfaktorendiagnostik, gruppenspezifischen Ergebnisdagnostik als auch zur Prozess- bzw. Interaktionsdiagnostik. Von den Methoden wurden jedoch 2/3 nur in einer einzigen der 400 Studien benutzt. Somit existiert bis heute eine große Vielfalt und Uneinheitlichkeit von Erhebungsmethoden. MacKenzie (1994; S.260) fordert daher: *„A consistent but not overwhelming number of established measures would promote a base of cumulative data against which individual studies could be compared.“*

Burlingame et al. (2008) unterfüttern das von ihnen vorgestellte Modell (Abb. 2.6) mit einer Übersicht zur Stärke der empirischen Evidenz bezüglich einzelner Modellkomponenten der Gruppeneigenschaften und Gruppenprozesse (Burlingame, Fuhrman & Johnson, 2004 zit. nach Burlingame et al. 2008; vgl. Tabelle 2.4). Danach gibt es für die Faktoren der Allianz und des Interpersonellen Feedbacks eine deutliche Evidenz, für andere jedoch sieht die Erkenntnislage uneinheitlich oder unklar aus.

Die vielversprechende Evidenz für Faktoren, wie die frühe Formatierung der Gruppe in den ersten Sitzungen, die Gruppenentwicklung und das Gruppenklima, sind jedoch eine ermutigende Grundlage für die vorliegende Untersuchung. Es wird davon ausgegangen,

dass eine Gruppenvorbereitung durch Probesitzungen oder eine Beachtung von Prozessen in den ersten Gruppensitzungen große Wichtigkeit für Patientenerwartungen bzw. – befürchtungen, für die Entwicklung von Kohäsion und Motivation zu Selbstöffnung und, vermittelt darüber, für den Therapieerfolg hat (Burlingame et al., 2008; Strauß, 2009).

Tabelle 2. 4: Stärke empirischer Evidenz bezüglich ausgewählter Gruppeneigenschaften und – prozesse (Burlingame, Fuhriman & Johnson, 2004 zit. nach Burlingame et al., 2008, S.185)

	Deutlich	Vielversprechend	Uneinheitlich / nicht untersucht
Vorgegebene Struktur		Gruppenvorbereitung Frühe Formatierung der Gruppe	Gruppenzusammensetzung
Emergente Struktur	Allianz	Gruppenentwicklung	Normen und Rollen Subgruppen
Emergente Prozesse	Interpersonales Feedback	Gruppenklima	Selbstöffnung Kohäsion Therapeutische Faktoren

Einen Überblick über mögliche Prädiktoren in der Gruppenpsychotherapieforschung gibt ebenfalls Eckert (2010). Unterschieden werden verschiedene Kategorien, welche jeweils Prädiktoren vor dem Gruppenbeginn und während des Gruppenverlaufes beinhalten. Als Kategorien (vgl. auch Modell von Burlingame et al. 2008, Abb. 2.6) werden das Individuum (mit den Unterkategorien Patient, Therapeut, Patienten-Therapeuten-Beziehung), das System (strukturelle Gruppenmerkmale, Interaktion von Gruppe und Patient) und der Kontext (Lebensereignisse, Forschungsaspekte) genannt. Die große Anzahl der möglichen Prädiktoren in den Kategorien macht die Komplexität des gruppentherapeutischen Geschehens deutlich.

Im Folgenden werden überblickshaft Forschungsergebnisse zu Patienten- und Therapeutenmerkmalen vorgestellt, da diese Bereiche die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit betreffen. Gesondert werden in den weiteren Abschnitten Erkenntnisse zu Wirkfaktoren und Phasenverläufen von Gruppentherapien vorgestellt. Abschließend werden Beispiele für aktuelle Gruppen(prozess)forschung in der Verhaltenstherapie gegeben.

2.3.2 Patienten- und Therapeutenmerkmale als Einflussfaktoren auf den Prozess und das Ergebnis von Gruppentherapien

Im Folgenden werden Ergebnisse der empirischen Gruppentherapieforschung aus den Überblicksarbeiten des Handbuches der Gruppenpsychotherapie von Fuhriman & Burlingame von Piper (1994) und Dies (1994), ergänzt durch neuere Überblicksarbeiten, Zusammenstellungen (Burlingame et al., 2004; Eckert, 2010; Piper, 2010) und Einzelbefunde berichtet.

Bei den **patientenseitigen Variablen** ergibt sich das Bild, dass allgemein betrachtet die meisten soziodemographischen, störungsbezogene und Persönlichkeitsmerkmale, wie Geschlecht, Bildungsstand, Familienstand, sozialer Status oder Intelligenz keinen oder nur einen sehr geringen Einfluss (Alter, Diagnose, Therapieerfahrung, Chronizität der Probleme) bei der Vorhersage des Therapieprozesses, Therapieerfolgs sowie der Abbrüche und Misserfolge haben. Bezüglich des Alters gibt es Hinweise, dass der Therapieerfolg mit zunehmendem Alter abnimmt. Die formale Diagnose scheint in Zusammenhang mit Drop Out und Therapieerfolg zu stehen, z.B. sind Abbruchraten bei Depression und Angststörungen geringer als bei Persönlichkeitsstörungen. Bei der Therapieerfahrung und Chronizität der Probleme gibt es Evidenz für einen nicht sehr ausgeprägten, inversen Zusammenhang mit dem Erfolg. Eine erfolgreiche frühere Therapie kann jedoch auch ein positiver Indikator sein (z.B. Moreno, 1994).

Piper (2010) kann in seinem aktuellen Überblickskapitel die Fähigkeit zur Selbstreflexion (psychological mindedness), positive Patientenerwartungen an die Gruppentherapie und deren Wirksamkeit (vgl. Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006; MacNair-Semands, 2002), Motivation zur Behandlung, aber auch Toleranz gegenüber Angst, individuelle Empathiefähigkeit und basale interpersonale Fertigkeiten als gesicherte **Prädiktoren vor Therapiebeginn** (vgl. Tabelle 2.5 zur Übersicht) für den Outcome nennen.

Tabelle 2. 5: Patientenvariablen als Prädiktoren zur Vorhersage des Therapieerfolgs von Gruppentherapien

Patientenvariablen	Gesicherte Evidenz	Geringe Evidenz
Prädiktoren vor Gruppenbeginn erhoben	Positive Patientenerwartungen Motivation zur Behandlung Toleranz gegenüber Angst Selbstreflektion Individuelle Empathiefähigkeit/ Empathisches Zuhören Basale interpersonale Fertigkeiten/ Hilfestellung geben	Alter Diagnose Therapieerfahrung Chronizität der Probleme
Prädiktoren zu Beginn der Behandlung erhoben	Ansprechbarkeit auf die Gruppenbehandlung Gute therapeutische Beziehung/ Allianz/ Kohäsion Mit den Zielen der Gruppe konforme Erwartungen Motivation zur Mitarbeit Hohe Attraktion der Gruppe Interaktionskompetenz	

Insgesamt erschweren jedoch widersprüchliche Ergebnisse und eher auf die klinische Erfahrung denn auf Forschungsbefunde beruhende Indikationskriterien allgemeine Aussagen. Piper hält es für sinnvoll Wechselwirkungen zwischen einem Patientenmerkmal und einer weiteren Variablen (z.B. Therapeutenmerkmal, Therapieform) zu untersuchen, um der Komplexität des Gruppengeschehens besser gerecht zu werden. Beispielsweise wurden Persönlichkeitsstile von depressiven Patienten in Abhängigkeit von Therapieformen und Therapeutenexpertise untersucht. „Externalisierende“ Patienten hatten mehr Erfolg in KVT-Gruppen und „passive“ Patienten mit hohem Widerstand bessere Erfolge in Selbsthilfegruppen (Baker & Neimeyer, 2003). Bei Husaini et al. (2004) werden die ethnische

Zugehörigkeit, ein positiver Effekt des Alters und die Stärke der Symptomatik bei älteren depressiven Frauen in einer strukturierten Gruppentherapie der Depression als vorhersagekräftig beschrieben.

Es gibt Bestrebungen, aufgrund von Selbstauskünften von Patienten in Fragebögen vor Beginn der Gruppentherapie eine Prognose des Therapieerfolgs bzw. eine differentielle Indikation für Gruppentherapie zu stellen. MacNair & Corazzini (1994) stellten den Group Therapy Questionnaire (GTQ) vor, mit dem interpersonelles Verhalten, Ziele, Motivation und typische Gruppenrollen gemessen werden sollen. In offenen, psychodynamischen Gruppentherapien konnten mit dem Instrument 76 % der Fälle richtig den Kategorien Therapiebeendigung vs. Abbruch zugeordnet werden. Löffler et al. (2007) und Krogel et al. (2009) beschreiben den von Davies und Burlingame entwickelten Group Selection Questionnaire (GSQ). Das Instrument beinhaltet empirisch relativ gut abgesicherte Skalen zu Partizipation, Erwartung und Dominanz. Es wird über bisher unveröffentlichte Ergebnisse berichtet, nach denen der GSQ prädiktive Validität für den Therapieprozess und das Therapieergebnis besitzt. Gruppenteilnehmer mit hohen Erwartungswerten nahmen die Gruppen als kohäsiver wahr und blieben länger in der Gruppe. Teilnehmer mit hohen Partizipationswerten im GSQ nahmen mehr Kohäsion und Einsicht in späteren Gruppensitzungen wahr. Teilnehmer mit hohen Dominanzwerten zeigten zunächst weniger Symptomveränderung, obwohl sich dieser Effekt in der Mitte der Behandlung auflöste.

Die verlässlichsten prognostischen Informationen können jedoch nach heutigem Forschungsstand (Eckert, 2010; Piper, 2010; Strauß, 2009) aus **Reaktionen** des Patienten auf die Gruppentherapie und den Gruppenprozess **zu Beginn der Behandlung** gewonnen werden (vgl. Übersicht in Tabelle 2.5). Yalom (2007) benennt als gesicherteste prädiktive Merkmale, die Ansprechbarkeit, bzw. den Grad, indem der Patient sich von der Gruppe angezogen fühlt, durch die Teilnahme der Gruppe Besserung erwartet bzw. sich in der Gruppe angenommen und wertgeschätzt fühlt sowie motiviert ist. Insofern ist hier ähnlich der Einzeltherapie die „Passung“ des einzelnen Patienten mit der Gruppe und dem Therapeuten relevant für den Outcome (Regli et al., 2004; Strauß & Eckert, 2002). Es ist demnach erklärbar, dass Vorhersagen des Therapieerfolgs, welche nur auf der Grundlage von vorab erhobenen Merkmalen gemacht werden, häufig scheitern (Eckert, 2001).

In den Leitlinien der American Group Psychotherapy Association (Bernhard et al., 2008) werden ebenfalls eine gute therapeutische Beziehung, positive, realistische, mit den Zielen der Gruppe konforme Erwartungen zu Beginn der Gruppe, Motivation, hohe Attraktion der Gruppe und Interaktionskompetenz als Kriterien für eine gute Prognose genannt. Die Übereinstimmung des Behandlungsmodells des Therapeuten mit den Behandlungserwartungen des Patienten wird als besonders wichtig hervorgehoben. Die Kriterien lassen sich zumeist erst durch Gruppenprobesitzungen oder Beobachtungen der ersten Gruppentherapiesitzungen erfassen. Vorgespräche im Zweierkontakt erweisen sich laut

Piper (2010) gewöhnlich als ineffektiv im Hinblick auf eine Therapieprädiktion, da sich die dyadische Situation nicht auf die Gruppensituation übertragen lässt. Aus diesen Gründen wird vielfach die Durchführung von Gruppenvorbereitungssitzungen empfohlen (Ogrodniczuk, 2010).

Die Variable der Ansprechbarkeit auf Gruppenpsychotherapie erscheint auch bezogen auf im Vergleich zur Einzeltherapie die hohen Abbruchraten von Gruppentherapien (17-55 %) bedeutsam zu sein (Burlingame et al., 2004; Kordy & Senf, 1992; Tschuschke, 2010; Yalom, 2007). Bostwick (1987, zit. nach Hoffmann, Rudolf, & Strauß, 2008) kam in seiner Übersicht mit 21 Gruppentherapiestudien zu einer Abbruchrate von 35 %. Kordy & Senf (1992) benennen als gruppenspezifische Prädiktoren für den vorzeitigen Abbruch Variablen, wie „mit seiner Diagnose in der Gruppe alleine sein“, große Gruppengröße (10 Teilnehmer), zu einer geschlossenen Gruppe dazuzustoßen und Wartezeit von über einem Jahr. Patientenbezogene Prädiktoren waren geringe Motivation, körperliche Symptome, chronischer Krankheitsverlauf und eine große Entfernung des Wohnortes vom Behandlungsort. Nach Dies (1994, S.138) geben Patienten, welche vorzeitig Gruppentherapien beenden an, keine positive Sicht auf den Therapeuten oder die anderen Gruppenmitglieder entwickelt zu haben. Auch Grawe et al. (1978) zeigten in einer älteren Studie, dass sie schon zu Beginn zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Patienten durch Bewertungen in einem Gruppenstundenbogen (Modifikation des GEB für Verhaltenstherapie, vgl. Abschnitt 2.4.3) differenzieren konnten (vorhergesagte Erfolgsvarianz der Symptomveränderung durch den Faktor Kohäsion 25-50 %). Sie untersuchten ebenfalls Deteriorationseffekte, d.h. Gründe für Misserfolge und Verschlechterung durch die Gruppentherapie. Bei den nicht erfolgreichen Patienten fanden sie signifikant schlechtere Bewertungen von unspezifischen Therapiefaktoren, wie Kohäsion, Akzeptanz, innerliche Beteiligung und Entspannung.

Nach Fiedler (2005) werden zumeist Patientenvariablen als Prädiktoren für Therapieabbrüche untersucht, obwohl häufig schädigende Verhaltensweisen von Therapeuten ursächlich sind. Der beste Prädiktor auf Patientenseite ist auch nach Fiedler, dass bestehenden Erwartungen von Patienten nicht erfüllt werden, d.h. dass Patienten mit der Behandlung unzufrieden sind, bzw. nicht auf sie „ansprechen“. Regelmäßige Rückfragen, z.B. gegen Ende der Sitzung evt. auch in strukturierter Form durch einen Stundenbogen werden von dem Autor empfohlen.

Weiterhin scheinen vor allem schwerer gestörte Patienten, sowie feindseelige und introvertierte Patienten vorzeitig aus Gruppentherapien auszuschneiden (MacNair-Semands, 2002). Hier bleibt zu diskutieren, inwiefern dies parallel durch schlechte Indikationsstellung, inhomogene Gruppenzusammenstellung und ungünstiges, therapeutisches Verhalten zu begründen ist. Wenig strukturierte, einsichts- und konfliktorientierte Verfahren sind bei schwerer gestörten, psychiatrischen Patienten kontraindiziert.

Patientenseitige Einflussfaktoren auf die Bewertung einer Gruppentherapie sind bisher selten untersucht worden. Ältere aus der Patient-Satisfaction-Forschung im stationären Bereich stammende Studien zur Bewertung von Therapien allgemein (z.B. Bossert, Wiegand, Schmölz, Paessens, & Krieg, 1990; Kallert, 1991) können keinerlei stabile (Setting, soziodemographische Merkmale, klinische Vorerfahrung etc.) oder variable (psychopathologische Symptomatik, Qualität der therapeutischen Beziehung, subjektive Lebenszufriedenheit etc.) Einflussfaktoren auf die Bewertung benennen. Alter und Geschlecht sind die am häufigsten untersuchten soziodemographischen Einflussvariablen. Hiernach gibt es kaum Bewertungsunterschiede nach Geschlecht. Bei Hasler et al. (2004) waren Männer zufriedener bei der Bewältigung von spezifischen Problemen und Symptomen, Frauen bei der Lösung interaktioneller Probleme. Tendenziell sind ältere Patienten zufriedener als jüngere Patienten (Arnold & Lang, 1994; Gruyters & Priebe, 1994; Lewis, 1994; Pitschel-Walz et al., 2011; Schulte, 2001). Als Grund dafür werden unterschiedliche altersspezifische Verhaltenserwartungen und entsprechende Verhaltensbereitschaften angenommen. Hinsichtlich der Symptomatik scheint eine aktuell stark ausgeprägte Symptomatik dazu zu führen, dass Patienten eher unzufrieden mit der Behandlung sind (Pitschel-Walz et al., 2011; Gruyters & Priebe, 1994). Patienten mit somatoformen, Ess- oder Persönlichkeitsstörungen waren in einer Studie unzufriedener mit der stationären Behandlung als Patienten mit affektiven, Angst- oder Anpassungsstörungen (Hasler et al., 2004). In der Voruntersuchung von Schulte (2001) zeigte sich ein bedeutsamer positiver Zusammenhang von allgemeinen Behandlungserwartungen und Erwartungen bzw. Erfahrungen mit Psychotherapie und der subjektiven Therapiebewertung im Stundenbogen.

Prinzipiell ist bei den beschriebenen Ergebnissen zu bedenken, dass es sich bei den Stichproben um stationär behandelte psychiatrische und psychosomatische Patienten handelt.

Das **Therapeutenverhalten** von Gruppentherapeuten steht sehr viel seltener als die Patienten oder Gruppenprozesse im Forschungsfokus, da häufig durch manualisierte Therapien sicher gestellt werden soll, dass das Therapeutenverhalten vergleichbar ist und auch grundlegendes Basisverhalten (Empathie, Zugewandtheit, Unterstützung) allgemein vorausgesetzt wird. Es wird eher untersucht, ob die Umsetzung des Manuals tatsächlich durch die Therapeuten in ausreichendem Maß realisiert worden ist. Demnach stehen kaum validierte Instrumente zur Selbstbeurteilung der Therapeuten sondern eher Fremdratingverfahren oder Patientenbewertungen des Therapeuten zur Verfügung (vgl. Abschnitt 2.4.1). Zusammenfassend sind die Annahmen zum Therapeutenverhalten in der Gruppentherapie in Tabelle 2.6 dargestellt.

Als gut gesichert kann nach der Literaturübersicht von Dies (1994) die Aussage gelten, dass eine stärkere Strukturierung und Transparenz, im Sinne von größerer Aktivität des Therapeuten, für Kurzzeittherapiegruppen in der Mehrzahl der Studien effektiver ist als

unstrukturiertes Therapeutenverhalten. Hier zeigt sich demnach, dass neben unspezifischen Wirkfaktoren der Gruppentherapie auch spezifische Merkmale, wie der Grad der Strukturierung durch das Therapiekonzept (typischer Weise hoch in verhaltenstherapeutischen und psychoedukativen Gruppen, niedriger in psychodynamischen Gruppen) Einfluss nehmen. Strukturierung scheint vor allem in den ersten Sitzungen für die Entwicklung von Kohäsion, Zufriedenheit und Selbstöffnung relevant zu sein (Stockton, Rohde, & Haughey, 1992). Es bleibt zu bedenken, dass es ein zu wenig aber auch ein zu viel an therapeutischer Aktivität geben kann (Shechtman & Toren, 2009).

Tabelle 2. 6: Annahmen zu Prädiktoren des Therapieerfolgs bezüglich des Therapeutenverhaltens in der Gruppenpsychotherapie

Günstiges Therapeutenverhalten	Schädigendes Therapeutenverhalten
Strukturierung	Direkte oder unterschwellige Feindseeligkeit
Transparenz / theoretische Begründung des eigenen Handelns / Informationen zu Veränderungstheorien	Zulassen wechselseitiger Aggressionen
Wärme / Offenheit / Empathie	Ungefragtes Ansprechen von Interaktionsproblemen
Beschützen von Gruppenmitgliedern/ Gewährleistung einer sicheren Atmosphäre	Fehlende Solidarität mit Außenseitern
Aktive Beteiligung / Feedback	Überforderung Einzelner
Modell des Therapeuten	Strikte Orientierung an Gruppennormen und Interaktionszielen
Beobachtung und Berücksichtigung von Gruppenprozessen	

Das interpersonelle Verhalten des Therapeuten nimmt im Weiteren durch Wärme, Offenheit und Empathie Einfluss auf die Entwicklung von Gruppenkohäsion und vermittelt dadurch auf den Gruppenoutcome (Johnson, Burlingame, Olsen, Davies, & Gleave, 2005; Johnson, Burlingame, Strauß, & Bormann, 2008). Morran, Stockton & Wittingham (2004) stellen günstige, empirisch und klinisch gestützte Interventionen des Gruppentherapeuten vor: das Beschützen von Gruppenmitgliedern, die Gewährleistung einer sicheren Atmosphäre sowie die aktive Beteiligung, Feedback und als Modell fungieren. Magen & Mangiardi (2005) betonen die Wichtigkeit der Transparenz und Übereinstimmung von individuellen und Gruppenzielen sowie die Berücksichtigung von Gruppenzusammensetzung, Kohäsion, Gruppenentwicklungsphasen und Gruppenkommunikation.

Gruppentherapeuten sollten während des Gruppenprozesses drei strukturelle Ebenen der Gruppe beobachten, um eine gute Gruppenatmosphäre zu entwickeln und aufrechtzuerhalten:

- die intrapersonelle Ebene des einzelnen Patienten,
- die Ebene der Gesamtgruppe und
- die Ebene der interpersonellen Beziehungen (Bernhard et al., 2008).

Zielke (2010) benennt als drei Aufmerksamkeitsbereiche des verhaltenstherapeutischen Gruppentherapeuten analog:

- die individuelle Verhaltens- und Bedingungsanalyse,
- die Verhaltensanalyse des Gruppenverhaltens und
- die Beobachtung und Förderung der instrumentellen Gruppenbedingungen.

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass ungünstiges Therapeutenverhalten und Therapeuten-Fehler für vorzeitige Therapieabbrüche und Deteriorationseffekte in der Gruppentherapie verantwortlich sind (Bednar & Kaul, 1994; Bernhard et al., 2008; Fiedler, 2005; Hoffmann et al., 2008; Lilienfeld, 2007; Motherwell & Shay, 2005).

Allgemein wird davon ausgegangen, dass 5-10 % der Therapien zu verschlechterten Behandlungsergebnissen (Lambert & Ogles, 2004) und wahrscheinlich weitere 15-20 % zu keinerlei Verbesserung führen (Mohr, 1995). Nach Hoffmann et al. (2008) treten Deteriorationseffekte in allen Therapien auf und sind in der Forschung bisher stark vernachlässigt worden. Es gibt nur wenige Studien, welche detailliert über Deteriorationseffekte berichten, z.B. in der Einzeltherapie Mayou et al. (2000) Gruppentherapien Beutler et al. (1984, zit. nach Hoffmann et al., 2008).

Mohr (1995) nennt als Prädiktoren eines schlechten Therapieerfolgs auf Therapeutenseite u.a. mangelnde Empathie, Unterschätzung der Schwere der Probleme des Patienten, schlechte Technik, Nichtübereinstimmen mit dem Patienten bezüglich des Therapieprozesses, negative Gegenübertragung und zu starke Betonung von Übertragungsdeutungen. Für die Verhaltenstherapie werden Faktoren wie die falsche Diagnose, unkorrekte Verhaltensanalyse, falsche Technik und nichttragfähige Therapeut-Patient-Beziehung genannt (Emmelkamp, 1988, zit. nach Jacobi, 2002). Zurückgreifend auf eine viel beachtete Studie von Liebermann, Yalom & Miles (1973), in welcher von 104 gesunden Studenten 16 durch die Gruppenteilnahme an Encounter-Gruppen psychische Störungen entwickelten, wurden fünf schädigende Verhaltensweisen der Gruppentherapeuten als Prädiktoren für das Ergebnis identifiziert: 1. direkte oder unterschwellige Feindseligkeit des Gruppenleiters gegenüber einzelnen Gruppenteilnehmern oder das Zulassen wechselseitiger Aggressionen der Teilnehmer untereinander; 2. Interaktionsprobleme einzelner Patienten direkt und ungefragt anzusprechen; 3. fehlende Solidarität des Therapeuten mit Außenseitern der Gruppe; 4. Überforderung einzelner Patienten und 5. strikte Orientierung der Gruppenarbeit an vorgegebenen Gruppennormen und Interaktionszielen. Deutlich wird, dass die Interaktionsmöglichkeiten in Therapiegruppen nicht nur positive sondern durchaus auch destruktive Effekte haben und einzelnen Gruppenmitgliedern schaden können. Protektive Faktoren sind neben einer stützend-förderlichen Haltung hingegen ein hohes Maß an Transparenz, die theoretische Begründung eigenen Handelns bzw. klare Informationen über Veränderungstheorien und die Solidarität mit potentiellen Außenseitern (Fiedler, 2005; S. 283). Ähnliche Empfehlungen für konstruktives, therapeutisches Verhalten werden von

weiteren Autoren für kognitiv-behaviorale Gruppentherapien u.a. der Depression gegeben (Bieling et al., 2007; White, 2000).

Die Therapeutenfehler beeinträchtigen die Entwicklung und das Fortbestehen wesentlicher Wirkfaktoren bzw. instrumenteller Gruppenbedingungen, wie Gruppenkohäsion, Selbstoffenbarung und Vertrauen, welche als Grundvoraussetzung gelingender Gruppenarbeit angesehen werden (vgl. 2.3.3). Generell ist daher unter anderem auch bei stark strukturierten, verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien die Therapiebeziehung zwischen dem Gruppentherapeuten und dem einzelnen Patienten wichtig für die Entwicklung eines guten Gruppenklimas und den Therapieerfolg (vgl. Dies 1994, S.136f). In einer aktuellen Pilotstudie zu Therapeutenunterschieden in der kognitiv-behavioralen Einzeltherapie waren die effektiveren Therapeuten diejenigen mit einer höher fremdeingeschätzten Kompetenz, höheren, frühen Allianzeinschätzung und höheren Erfolgserwartungen der Patienten zu Beginn und in der Mitte der Behandlung (Westra, Constantino, Arkowitz, & Dozois, 2011).

2.3.3 Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie

In Prozessanalysen von Einzel- und Gruppenpsychotherapien wird versucht, therapeutische Wirkfaktoren zu identifizieren und therapeutisch zu nutzen. Es wird zwischen spezifischen und allgemeinen Wirkfaktoren unterschieden. *Spezifische Wirkfaktoren* beziehen sich dabei in der Regel auf eine störungsspezifische, bzw. therapieschulspezifische Intervention oder ein settingspezifisches Merkmal. *Allgemeine Wirkfaktoren* werden je nach Autor unterschiedlich definiert: für Grawe (1998) sind sie therapieschul- und settingspezifisch, für Tschuschke (1996b, 2001c) und Fiedler (1996, 2005) zum Teil settingspezifisch aber dennoch therapieschulspezifisch und bei Yalom (2007) therapieschulunspezifisch aber settingspezifisch.

Bisher sind vor allem unspezifische Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie empirisch nachgewiesen (Grawe, 1998; Yalom, 2007). Grawe (1998) postulierte die bekannten vier allgemeinen Wirkfaktoren, welche in jeglichem Therapieprozess unabhängig vom Setting von entscheidender Bedeutung seien: 1. Bewältigung, 2. Klärung, 3. Ressourcenaktivierung, 4. Problemaktualisierung.

Die besondere therapeutische Relevanz der Gruppenwirkfaktoren ergibt sich jedoch für Fiedler (2005) dadurch, dass sie als Mechanismen therapeutischer Veränderung in der Einzeltherapie nicht oder nicht in gleicher Intensität gegeben sind. Im Gegensatz zur Einzeltherapie bestehen in Gruppen andere zwischenmenschliche Gesetzmäßigkeiten, welche zur Optimierung von Interaktionsproblemen genutzt werden können. Die empirische

Literatur deutet darauf hin, dass eine bewusste Förderung einzelner Faktoren durch den Gruppenleiter zu positiven Veränderungen von Patienten beitragen kann, und zwar ganz unabhängig von der Patientenpopulation und vom Behandlungsmodell (Burlingame et al., 2004; Burlingame et al., 2008).

Bloch und Crouch (1985; S.4) verstehen unter einem Wirkfaktor der Gruppentherapie

„an element of group psychotherapy that contributes to improvement in a patient's condition and is a function of the actions of the group therapist, the other group members and the patient himself.“

In dieser Definition wird deutlich, um wieviel komplexer das Prozessgeschehen in der Gruppentherapie durch die verschiedenen Interaktionspartner im Vergleich zur dyadischen Patient- Therapeut- Beziehung in der Einzeltherapie ist. Wie die Autoren einräumen, ist der Begriff „element“ sehr vage, aber insofern angemessen, da unterschiedliche Elemente zur Veränderung beitragen können, wie affektive Ereignisse, Dynamiken innerhalb der Gruppe und spezifische Inhalte einer Interaktion. Dierick & Litaer (2008; S.222) beschreiben einen gruppentherapeutischen Wirkfaktor aus Patientenperspektive genauer:

“From the perspective of client perception we consider therapeutic factors as intervening variables, covering the whole range of: the client's experience of climate elements in the group; how one has experienced particular interventions by therapists or members; how one has experienced his or her own interventions and behavior; and what one has experienced, thought, and felt even without its being verbalized. Some therapeutic factors can be situated as experienced context factors, others as learning experiences, and others as experienced consequences (in the flow of the process) of learning experiences (in the sphere of cognition, feeling and behavior)” .

Bei gruppentherapeutischen Wirkfaktoren handelt es sich letztlich um artifizielle Konstrukte, die Forschern und Klinikern eine einheitliche Sprache ermöglichen und zur Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen beitragen sollen. Je nach Forschungsansatz und therapeutischer Orientierung werden in der Literatur sowohl zahlenmäßig als auch inhaltlich verschiedene, sich jedoch überschneidende Konzeptualisierungen von Wirkfaktoren beschrieben.

Corsini & Rosenberg (1955) formulierten erstmals nach der Befragung von Therapeuten in zahlreichen Studien unspezifische Gruppenwirkfaktoren. Darauf basiert im Wesentlichen die bekannte, nur teilweise empirisch gestützte Konzeptualisierung von Yalom (z.B. 2007), in seinem Standardwerk „The theory and practice of group psychotherapy“. Einen Überblick über Wirkfaktorentaxonomien aus primär psychodynamischer Perspektive gibt Tschuschke (2001c; S. 143).

Seit Anfang der 1980er Jahre haben im deutschen Sprachraum auch Verhaltenstherapeuten in Anlehnung an das Konzept der verhaltenanalytischen Gruppentherapie von Grawe (1980; S. 24) dazu beigetragen, verhaltenstherapeutische Gruppen auf Wirkfaktoren hin zu untersuchen (Backenstraß et al., 2004; Dziewas, 1980; Fiedler, Niedermeier, & Mundt, 1986; Flowers & Booraem, 1990). Dabei geht es verstärkt um die Frage, wie man die Wirksamkeit von präventiven, störungsspezifischen und zieloffenen Verhaltenstherapiegruppen durch eine Optimierung von technischen Rahmenbedingungen verbessern kann.

Zur Darstellung von Gruppenwirkfaktoren nach Yalom (2007) wird hier anlehnend an Fiedler (2005, S. 274ff) auf eine formale Strukturierung in drei Kategorien (instrumentelle Gruppenbedingungen, spezifische und allgemeine Wirkfaktoren) nach Revenstorf (1992) zurückgegriffen (Tabelle 2.7). Diese Einteilung deckt sich mit empirischen Analysen von Stone, Lewis & Beck (1994).

Der Begriff der **instrumentellen Gruppenbedingungen** geht auf Grawe (1980) zurück. Er betonte mit dem Konzept die besondere Wirkung der Faktoren Kohäsion, Vertrauen, Selbstöffnungsbereitschaft und Arbeitsklima (siehe Tabelle 2.7). Instrumentell werden die Bedingungen deshalb genannt, weil sie innerhalb der Gesamtgruppe zur Unterstützung der individuellen Therapiefortschritte eingesetzt werden. Für das zielorientierte kooperative Lernen sollten sie in jedem Fall gegeben sein, damit eine konstruktive Arbeitsatmosphäre entstehen kann. Instrumentelle Gruppenbedingungen werden gemeinsam mit einer positiven Therapiebeziehung als Voraussetzung dafür gesehen, positive Bewältigungs- und Klärungserfahrungen zu machen und so die Wirksamkeit von problem- und störungsspezifischen Interventionen zu gewährleisten. Je nach Phase des Gruppenverlaufes ist anzunehmen, dass die Bedingungen in unterschiedlich starker Form realisiert werden. In der individuellen Wahrnehmung dieser Faktoren sind hohe Zusammenhänge zu erwarten (Dziewas, 1980; Fiedler, 2001; Krumbholtz & Potter, 1980; Tschuschke, 2001c; Zielke, 2010). Somit sollten Gruppentherapeuten zum Gelingen von Gruppentherapien besonderes Augenmerk auf die Verbesserung der instrumentellen Gruppenbedingungen legen. Anregungen zu deren Förderung und Verbesserung wurden aus verhaltenstherapeutischer Perspektive schon früh von Dziewas und Krumbholtz & Potter (1980) und aktueller von Zielke (2010) vorgeschlagen. Auch Fiedler (2005) baut bei seinen Regeln und Hinweisen zur Durchführung von verhaltenstherapeutischen, zieloffenen Gruppen unter anderem auf die Förderung der instrumentellen Gruppenbedingungen auf.

Die in Tabelle 2.7 genannten **spezifischen Wirkfaktoren** (Rückmeldungen erlangen und geben, Unterstützung, Altruismus, Modelllernen und Rollenspiel) haben nach Fiedler (2005) in verhaltenstherapeutischen Gruppen eine hohe Relevanz, was sich auch in Patienteneinschätzungen ausdrückt (Stern, Plionis, & Kaslow, 1984).

Tabelle 2. 7: Therapeutische Wirkfaktoren in der Gruppentherapie**Therapeutische Wirkfaktoren in der Gruppentherapie¹**

(Yalom, 1975, modifiziert nach Fiedler, 2005; Revenstorf, 1992)

Instrumentelle Gruppenbedingungen

1. Kohäsion /Akzeptanz: Gruppen entwickeln einen Zusammenhalt bzw. ein „Wir-Gefühl“. Dies scheint die wichtigste aller Gruppenbedingungen zu sein. Die Gruppe hat insofern eine eigene Attraktivität bzw. Verstärkerwert für die Teilnehmer, so dass sie regelmäßig und pünktlich zu Sitzungen erscheinen, sich aktiv beteiligen, der Gruppe als Ganzes Sympathie bekunden etc. Kohäsion bedeutet weiter, dass die Teilnehmer in Abgrenzung zu Konformismus und unabhängig von einem Gruppendruck ihre Probleme in der Gruppe darstellen können und dabei Wertschätzung erfahren.

2. Offenheit /Selbstoffenbarung in einer Gruppe bedeutet, dass die Teilnehmer die Zuversicht haben ohne Angst vor Kritik oder Zurückweisung intime, private oder persönlich wichtige Dinge zum geeigneten Zeitpunkt in der Gruppe zu diskutieren, da sie in der Gruppe evt. zum ersten Mal über ihre Probleme reden. Indikatoren für zunehmende Offenheit sind Hier-und-Jetzt Äußerungen, spontane Beteiligung, geäußerte Wünsche nach Rückmeldung etc.

3. Optimismus /Vertrauen in die Gruppenarbeit entsteht dann, wenn die einzelnen Teilnehmer die Wahrnehmung haben, dass sie in der Gruppe etwas erreichen können und dabei in der Gruppe geschützt und gestützt werden. Vertrauen hängt offensichtlich mit Offenheit zusammen. Hierbei sollte es allerdings auch möglich sein Kritik an anderen zu äußern, wobei der Therapeut angehalten ist modellhaft zu wirken, dass Kritik mit konstruktiven Vorschlägen verknüpft wird.

4. Arbeitshaltung, als wichtiger kurativer Faktor, findet sich in der kooperativen Bereitschaft der Teilnehmer, sich in der Gruppe auf Neues einzulassen, kontinuierlich aktuelle Probleme zu lösen und interessiert mitzuarbeiten. Bei manualorientierten, störungsspezifischen Konzepten besteht die Gefahr eines zu starken therapeutischen Engagements mit der möglichen Konsequenz steigender Passivität bei den Gruppenteilnehmern.

Spezifische Wirkfaktoren (verhaltens-)therapeutischer Gruppen

5. Feedback empfangen und annehmen/ Interpersonelles Lernen- Input bedeutet, dass jeder von den anderen Gruppenteilnehmern durch die kritisch – konstruktive und positive Rückmeldung etwas darüber erfahren kann, wie er auf andere wirkt. Unter geeigneten Bedingungen kann so zur Differenzierung des Selbstbildes beigetragen werden.

6. Feedback geben bedeutet eine Intimitätsgrenze bei anderen zu überschreiten. Daher soll Kritik als auch Lob so formuliert werden, dass sie für den Feedback-Geber selbst akzeptabel wären und für den Feedback-Empfänger konstruktiv und hilfreich sind.

7. Unterstützung kann jeder Gruppenteilnehmer von anderen erhalten, wenn er sich mit eigenen konflikthaftern Themen auseinandersetzt, Feedback erhält, aber auch Hilfe bei Veränderungsvorhaben außerhalb der Gruppe bedarf.

8. Altruismus bedeutet, dass ein Gruppenteilnehmer anderen direkte oder indirekte Unterstützung gibt und dabei auch eigene Lernprozesse unterstützt, z.B. Erfahrung darüber, wie seine Hilfestellung aufgefasst wird, Selbstwirksamkeitserleben für andere hilfreich sein zu können.

9. Modelllernen/ Identifikation findet stets in Gruppen statt, da kontinuierlich Verhaltensweisen und Problemlösungen anderer beobachtet werden können. So stellt vielfach der Therapeut ein wichtiges Modell dar. Das Modell der Mitpatienten zeigt häufig eine größere Wirkung.

10. Rollenspiele/ Interpersonelles Lernen- Output tragen zur therapeutischen Veränderung bei, indem sie das Entwickeln neuer Verhaltensweisen fördern können. Dabei kann die Wirkung von alten und alternativen Verhaltensweisen auf die Gruppe, aber auch auf die Selbstwahrnehmung überprüft werden.

¹ Die Wirkfaktoren werden teilweise mit verhaltenstherapeutischen Begriffen als auch den Termini von Yalom benannt.

Allgemeine Wirkfaktoren der Gruppentherapie

11. Universalität des Leidens: Durch die Gespräche mit anderen Betroffenen schon in der ersten Sitzung erfahren die Gruppenteilnehmer, dass auch andere unter ähnlichen Problemen leiden und sie nicht alleine mit ihrem Leiden sind.

12. Rekapitulation (der Primärfamilie): Es werden unter Umständen biographischen Situationen z.B. in Rollenspielen durchgegangen, die für einen Teilnehmer traumatische oder prägende Bedeutung hatten. Somit können Einsichten über die eigene Entwicklung, Verhaltensmuster und Grundannahmen erlangt werden.

13. Katharsis/ Emotionsaktivierung: Unvollendete Affekte können unter geeigneten Bedingungen in einem geschützten Rahmen zugelassen und einer (kognitiven) Änderung zugänglich gemacht werden.

14. Hoffnung: Sie entsteht durch das Beispiel anderer, durch Zuspruch, durch die Art des Therapiekonzeptes und Psychoedukation oder durch gruppengemeinsame oder persönliche Ziele.

15. Existentielle Einsicht ist unscharf definiert und ist wohl zu verstehen als existentiell bedeutsame Erkenntnis, z.B. zu erkennen, wer man wirklich ist oder welche Bedeutung man für andere hat, eins mit sich zu sein.

Allgemeine Wirkfaktoren (Universalität, Rekapitulation, Katharsis, Hoffnung und existentielle Einsicht, Tabelle 2.7) nehmen zusätzlich auf eher unspezifische Art und Weise Einfluss auf den Gruppenprozess. Sie stammen mit ihrer Begrifflichkeit zum Teil aus psychodynamischen Therapiekonzeptionen. Trotzdem hat sich auch für verhaltenstherapeutische Gruppentherapien gezeigt, dass diese unspezifischen Faktoren, z.B. die Erkenntnis, mit dem Leiden nicht alleine zu sein (Universalität), in der Einschätzung der persönlichen Bedeutung für die Patienten sehr wichtig sind. Zudem hat sich der Faktor Universalität auch in verhaltenstherapeutischen Gruppen als Prädiktor für den späteren Behandlungserfolg erwiesen (Fiedler et al., 1986).

Die Wirkfaktoren werden durch Fragebögen, wie z.B. durch den Gruppenerfahrungsbogen (Eckert, 1976), den Düsseldorfer Wirkfaktoren Fragebogen (Davies-Osterkamp, 1996; zit. nach Schmitz-Buhl, Kriebel, & Paar, 2004), das Therapeutic Factors Inventory (Lese & MacNair-Semands, 2000), der Therapeutic Factor Questionnaire (Dierick & Litaer, 2008) oder aber auch durch den Berner Stundenbogen Version 93 für Gruppentherapie (Grawe & Braun, 1994) erhoben. Generell ist die Vergleichbarkeit der Forschungsergebnisse zu gruppentherapeutischen Wirkfaktoren stark durch den Mangel an allgemein akzeptierten Definitionen und validierten, replizierten Erhebungsmethoden erschwert.

Durch zahlreiche Studien ist versucht worden, die Yalomschen Wirkfaktoren empirisch abzusichern (z.B. Dierick & Lietaer, 2008; Grabhorn et al., 2002; Kersting et al., 2002; Kivlighan & Tarrant, 2001; Schmitz-Buhl et al., 2004; Tschuschke & Dies, 1994). Es wird diskutiert, wie die Faktoren zu erheben sind, wie sie untereinander interagieren und ob sich jeweils bedeutsame Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg nachweisen lassen. Einschränkend ist zu beachten, dass sich die Untersuchungen bei Übersichtsarbeiten z.B. von Bloch & Crouch (1985) oder bei MacNair-Semands & Lese (2000), häufig auf nicht-klinische Gruppen beziehen.

Dierick & Lietaer (2008) formulieren in ihrer aktuellen Untersuchung eine kürzere, allerdings mit Yaloms Wirkfaktorenkonzeption stark überlappende Einteilung von Gruppenwirkfaktoren, welche sie empirisch an 78 Gruppentherapien ableiten. Die Neukonzeption der Gruppenwirkfaktoren aus Patientensicht im Therapeutic Factor Questionnaire (vgl. Abschnitt 2.4.3) umfasst sieben Faktoren: Gruppenkohäsion, interaktionelle Konfirmation, kathartische Selbstenthüllung, Selbsteinsicht und Fortschritt, Beobachtungserfahrungen, Ratschläge erhalten und interaktionelle Konfrontation mit zwei übergeordneten Dimensionen: Beziehungsklima und psychotherapeutische Arbeit. Diese zweifaktorielle Struktur entspricht der allgemein in der Prozessforschung benannten Unterscheidung in emotional-beziehungsbezogene und aufgabenbezogene Aspekte, wie z.B. beim Generischen Modell der Psychotherapie (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994, Abschnitt 2.2.2) die Begriffe „therapeutic bond“ und „therapeutic operations“ oder beim Dualen Modell (Schulte, 1996, Abschnitt 2.2.3) die beziehungsorientierte vs. die methodenorientierte Therapiestrategie.

Nach den Leitlinien der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie (Bernhard et al. 2008) ist der Faktor der **therapeutischen Allianz/ Kohäsion** neben dem Wirkfaktor des **interpersonellen Feedbacks** am besten empirisch als Prädiktor für den Therapieerfolg abgesichert (vgl. auch Burlingame et al. 2004, Strauß, 2009).

Bisher fehlt es jedoch an einer allgemein akzeptierten Definition von Allianz und Kohäsion. Die Konstrukte werden häufig parallel gesetzt zur Therapiebeziehung in der Einzeltherapie und sind verwandt mit Begriffen wie Akzeptanz, Attraktivität der Gruppe und Gruppenklima (Yalom, 2007; Bernhard et al., 2008; Strauß, 2009). Kohäsion kann individuell für einen Patienten, für die Gesamtgruppe oder durch das Interaktionsverhalten definiert werden und beinhaltet Beziehungen von Patient zum Therapeuten, von Patient zur Gesamtgruppe und der Patienten untereinander (Braaten, 1990; Burlingame, Fuhrman, & Johnson, 2002).

Kohäsive Gruppen weisen eine größere Aktivität der Gruppenteilnehmer, größere gegenseitige Akzeptanz und Allianz, Selbstöffnung, Offenheit und geringere Abbruchraten auf (Yalom, 2007). In vielen Studien zeigte sich ein Zusammenhang zwischen (früher) Kohäsion, dem Gruppenklima oder der therapeutischen Allianz mit dem Behandlungserfolg in Gruppen verschiedenster theoretischer Orientierung (z.B. Burlingame et al., 2002; Grabhorn et al., 2002; Hilbert et al., 2007; Joyce, Piper, & Ogrodniczuk, 2007; Lindgren, Barber, & Sandahl, 2008; Marquet, 2008; Piper, Ogrodniczuk, Lamarche, Hilscher, & Joyce, 2005; Schnur & Montgomery, 2010; Taube-Schiff et al., 2007).

Im Vergleich der Konzepte der Kohäsion (Gruppenbeziehungen) und Allianz (eher Patienten-Gruppentherapeuten-Beziehung, teilweise Patienten-Patienten-Beziehungen) gibt es widersprüchliche Befunde, nach denen Allianz eine bessere Prognose als Kohäsion erlaubt (Joyce et al., 2007), nur Kohäsion ein valdier Prädiktor des Ergebnisses ist (Hilbert et al., 2007) und sich teilweise ein Vorhersagewert für sowohl Allianz als auch Kohäsion findet (Van Aniel, Erdman, Karsdorp, Appels, & Trijsburg, 2003).

Hornsey et al. (2007; 2009) kritisieren generell das Festhalten an dem intuitiv sinnvoll erscheinenden, aber schlecht definierten Konzept der Kohäsion. Zusammenhänge fänden sich eher zu subjektiven Outcome – Daten, aber selten zu objektiver Symptomverbesserung (z.B. Woody & Adessky, 2002). Die Autoren schlagen daher vor, anstatt Kohäsion präzisere Begriffe aus sozialpsychologischer Forschung zu Gruppenprozessen zu benutzen, wie Homogenität, Identifikation oder Interdependenz. Zudem müssten negative Aspekte von hoher Gruppenkohäsion bzw. Gruppenkonformität bedacht werden, wie die Unterdrückung individueller Bedürfnisse und Meinungen oder schlechterer Gruppenergebnisse durch „Gruppendenken“. Neuere sozialpsychologische Forschungsarbeiten zeigen jedoch, dass eine hohe Gruppenkohäsion ebenso mit autonomen, produktiven Gruppennormen einhergehen kann (Postmes, Spears, & Cihanger, 2001).

In verschiedenen Studien zu psychodynamisch orientierten Gruppentherapien ist versucht worden, die Wirkfaktoren durch Patienteneinschätzungen in eine Rangfolge zu bringen, um die wichtigsten Faktoren zu identifizieren. Es wird hier jedoch deutlich, dass die Bedeutung einzelner Wirkfaktoren in verschiedenen Settings und heterogenem Patientenkontext unterschiedlich sein kann. Über alle Studien hinweg rangierten die Faktoren Kohäsion, Katharsis, Feedback (Interpersonales Lernen-Input) und Einsicht an den vordersten Stellen in der subjektiven Bedeutsamkeit für die Gruppenteilnehmer (Tschuschke, 2010; Yalom, 2007). Es wurden die Einschätzungen aus Patientenperspektive zu Grunde gelegt, wobei kritisiert wird, dass Patienten die abstrakt formulierten Wirkfaktoren nicht valide einschätzen können (Tschuschke, 2001c) und Patienteneinschätzungen ohne Bezug zum Behandlungsergebnis oder Phase des Gruppenverlaufes wenig Aussagekraft haben (Burlingame et al. 2004). Es zeigen sich ebenfalls große Diskrepanzen in der Rangfolge und Einschätzung wichtiger therapeutischer Faktoren zwischen Patienten und Therapeuten (Dierick & Lietaer, 2008). Therapeuten messen in der Regel ihren therapeutischen Techniken (z.B. Rollenspiele, Imitationsverhalten etc.) oder der aktiven Mitarbeit und Selbstöffnung des Patienten große Bedeutung bei, während Patienten die Therapiebeziehung bzw. Kohäsion in der Gruppe als wichtiger bezeichnen (Holmes & Kivlighan, 2000). Allgemeine Wirkfaktoren, wie Aktivität in der Gruppe, Bearbeiten der Übungsaufgaben, anderen Zuhören sind den Gruppenteilnehmern laut einer Übersicht von Glass & Arnakoff (2000) scheinbar genauso wichtig, wie spezifische, therapeutische Interventionen.

Die Wirkfaktoren scheinen über den Entwicklungsverlauf einer gelingenden Gruppe an Intensität zuzunehmen, sich zu bedingen und vom interpersonellen Verhalten der Patienten abzuhängen (Johnson et al., 2005; Lindgren et al., 2008). Bei schrittweisen Berechnungen des Zusammenhanges von Wirkfaktoren zum Therapieerfolg zeigte sich bei einer Untersuchung stationärer, psychodynamischer Langzeitgruppentherapien durch Selbst- und Fremdratings, dass in den ersten Gruppensitzungen lediglich der Faktor Kohäsion mit dem

späteren Therapieerfolg verknüpft war, darauf folgend die Feedbackprozesse und später Verhaltensveränderungen und intrapsychische Veränderungen. Bei nicht erfolgreichen Patienten zeigten sich zu keinem Zeitpunkt hohe Kohäsionswerte (Tschuschke & Dies, 1994). Konträr dazu erwies sich bei Kersting et al. (2002) der Wirkfaktor Kohäsion von nachgeordneter Bedeutung hinter den Wirkfaktoren Selbstständigkeit und Optimismus und Wohlbefinden, jeweils gemessen mit dem Gruppenerfahrungsbogen (GEB).

Soziale Faktoren, wie auch immer genannt (z.B. Kohäsion, Allianz, Gruppenklima, Wohlbefinden, emotionale Bezogenheit zur Gruppe etc.), scheinen allgemein schon frühzeitig im Gruppenverlauf in Kraft zu treten und die eigentliche therapeutische Arbeit einzuleiten (Yalom, 2007). Erfolgreiche Patienten sind demnach solche, die frühzeitig eine gute Beziehung zu anderen Gruppenmitgliedern aufnehmen können (individuelle Kohäsion, therapeutische Allianz), so dass sie sich schnell akzeptiert fühlen, sich frühzeitig öffnen, daraufhin vermehrt Feedback erhalten, ein höheres Maß an therapeutischer Arbeit realisieren und so individuelle Veränderungen ermöglichen (Burlingame et al., 2002; Strauß, 2009; Tschuschke, 2010).

Bieling et al. (2007) halten die Faktoren **Optimismus**, **Universalität des Leidens** (Inclusion), **Psychoedukation** und **Modelllernen** (Group learning), **Altruismus** (Shifting self-focus), **Feedback** (Modification of maladaptive relational patterns), **Gruppenkohäsion** und **Offenheit** für die wichtigsten Wirkfaktoren kognitiv-behavioraler Gruppentherapien.

Untersuchungen zur prädiktiven Bedeutsamkeit der gruppentherapeutischen Wirkfaktoren und instrumentellen Gruppenbedingungen aus verhaltenstherapeutischer Perspektive werden nach wie vor selten durchgeführt (z.B. Hilbert et al., 2007; Taube-Schiff et al., 2007, vgl. Abschnitt 2.3.5). Zusammenfassend bestätigen die Befunde jedoch die Relevanz der mit einander in Wechselwirkung stehenden instrumentellen Gruppenbedingungen. Das Entstehen einer hohen Gruppenkohäsion hängt von wachsender Offenheit, Vertrauen und Kooperationsbereitschaft in der Gruppe ab. Hoch kohäsive Verhaltenstherapiegruppen sind erfolgreicher. In einer alten, aber innovativen randomisierten Studie von Hand, Lamontagne & Marks (1974) an Gruppentherapien mit in-vivo Exposition bei Agoraphobie wurde Kohäsion experimentell variiert. Der Therapieerfolg von kohäsiven Gruppen (Teilnehmer wurden ermutigt sich über ihre Erfahrungen auszutauschen, zusammen Probleme zu lösen, gemeinsam das Therapiekonzept zu erarbeiten) wurde mit dem Erfolg von weniger kohäsiven Gruppen (Teilnehmer wurden angehalten, Erfahrungen nicht auszutauschen, Probleme wurden ausschließlich individuell vor der Gruppe mit dem Therapeuten besprochen, frontale Psychoedukation) verglichen. Obwohl sich keine direkten Gruppenunterschiede im Therapieerfolg fanden, führte das Fördern der Kohäsion zu signifikant besserer Stabilität der Erfolge. Teasdale et al. (1977) replizierten dieses Ergebnis, wenn es hier auch weniger deutlich ausfiel.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass auch verhaltenstherapeutische Gruppentherapeuten Gruppenprozesse und Gruppenwirkfaktoren, zu Beginn vor allem die instrumentellen Gruppenbedingungen, beachten und fördern sollten.

2.3.4 Phasenkonzepte der Entwicklung von Gruppentherapien

Wie im vorherigen Abschnitt dargestellt, werden die Wirkfaktoren der Gruppentherapie möglicherweise zeitlich versetzt und aufeinander aufbauend wirksam. Dies wird versucht, in Phasenmodellen von Gruppentherapien abzubilden.

In Bezug auf die Entwicklung einer Therapiegruppe besteht unter den meisten Gruppentheoretikern allgemein die Auffassung, verschiedene Phasen, Stadien oder Abschnitte unterscheiden zu können. In Anlehnung an entwicklungspsychologische Theorien wird in linear- progressiven Modellen davon ausgegangen, dass es zu einer zunehmend reiferen Form und graduellen Vertiefung des Gruppenerlebens kommt (Corey, 2000; MacKenzie, 1994, 2001; Strauß, 2009; Yalom, 2007). In Untersuchungen u.a. auch bei kognitiv-behavioralen Gruppentherapien wurde gezeigt, dass Kohäsionswerte über den Verlauf der Gruppe hinweg anstiegen (Castonguay et al., 1998; McNair-Semands & Lese, 2000). Andere Autoren gehen von repetitiv-zyklischen Mustern oder von Veränderungsmustern parallel im Individuum als auch in der Interaktion aus, bzw. versuchen, die drei Modelle in einer zyklisch verlaufenden Aufwärtlinie zu verbinden (vgl. MacKenzie, 1994, S. 257ff). Grundannahmen der Forschung zu einer effektiven Gruppenentwicklung sind, dass die Entwicklung stetig und vorhersagbar verläuft, sich vergleichbare Entwicklungsmuster in allen Gruppen finden lassen, spätere Entwicklungen auf vorhergehende Entwicklungen aufbauen und das Gruppensystem an interaktioneller Komplexität zunimmt.

Trotz unterschiedlicher Konzeptualisierungen werden zumeist grob drei bis fünf Phasen des Gruppenprozesses benannt (Bernhard et al., 2008; Corey, 2000; Howard et al., 1993; MacKenzie, 1994, 2001; Tuckman, 1965; Yalom, 2007), welche hier wie folgt in drei Phasen zusammengefasst werden:

1. Anfangsstadium/ Gründungsphase/ „forming“/ **Remoralisierungsphase**, in der die Verbesserung des Wohlbefindens im Vordergrund steht: Orientierung, Engagement, zögernde Beteiligung und Selbstöffnung, Entwicklung eines Zusammengehörigkeitsgefühls bzw. Gruppenkohäsion, Feststellung gemeinsamer Anliegen und Probleme bzw. Universalität, Akzeptanz, Hoffnung,
2. Stadium der Auseinandersetzung/ Streit- und Vertragsphase/ „norming and storming“/ **Remediationsphase** in der die Reduktion der psychopathologischen Symptome

durch therapeutische Arbeit im Vordergrund steht: Differenzierung, Konfliktphase, Konfrontation, Herausforderung, interpersonelles Lernen,

3. Stadium der Vertiefung der Kohäsion und Selbstständigkeit/ Arbeits- und Orientierungsphase/ „performing and adjourning“/ **Rehabilitationsphase**, die der Einbettung in das soziale Umfeld und dem Transfer dient: Training, Rückfallprophylaxe, langfristige Ziele, Beendigung der Therapie, Trennung.

Näher eingegangen werden soll im Folgenden auf das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung von Howard, Lueger, Maling & Martinovic (1993). Dieses Modell wurde allgemein für psychotherapeutische Prozesse in Einzel- als auch Gruppentherapie postuliert. Ihm liegt das Aufwand-Wirkungsmodell (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986) zugrunde. Dieses bietet eine Erklärung für den Sachverhalt, dass viele Patienten zu Beginn der Psychotherapie starke Verbesserungen im subjektiven Wohlbefinden aufweisen und der prozentuale Zuwachs von gebesserten Fällen über die Zeit geringer wird.

Die erste Phase wird **Remoralisierungsphase** genannt und geht im optimalen Fall mit einer starken Verbesserung des Wohlbefindens einher. Oftmals empfinden Patienten vor der Therapie Gefühle der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit angesichts der Erfahrung psychischer Symptome. Sie leiden unter der Belastung negativer Emotionen. In diesem Zustand der Demoralisierung leiden Patienten zudem darunter, eigene Erwartungen oder jene anderer Personen nicht erfüllt zu haben oder ein drängendes Problem nicht bewältigen zu können. An dieser Stelle bietet die Psychotherapie durch die therapeutische Beziehung, das Setting und das Behandlungskonzept Unterstützung: Hoffnung auf Besserung, Erfahrungen von Erfolgserlebnissen, positive Emotionen und Erklärungen für die Symptomatik helfen dem Patienten bei der Überwindung der Demoralisierung. Durch eine Verstärkung der Ressourcen und Schaffung einer guten Therapiebeziehung kann im Sinne des Selbstmanagements eine positive Spirale initiiert werden, in der der Patient sich gewappnet fühlt, sich den Risiken der Bewältigung seiner weiteren Probleme zu stellen. Bei der Vernachlässigung der Ressourcenaktivierung zu diesem Zeitpunkt kann sich eine negative Spirale einstellen, in welcher der Patient zunehmend auf Hilfe von außen angewiesen ist.

Die zweite Phase wird **Remediationsphase** genannt. Hier steht die Verbesserung der Symptomatik im Vordergrund. Um Veränderungen anzustoßen, werden dysfunktionale Einstellungen und Verhaltensweisen des Patienten in spezifischen Situationen identifiziert, unterbrochen und somit die Aufmerksamkeit auf bisher unbeachtete Aspekte der Situation gelenkt. Die kurzfristige Destabilisierung durch die Diskrepanz von bisherigen Erwartungen und neuen Erfahrungen soll dadurch reduziert werden, dass Einstellungs- und Verhaltensänderungen aktiv ins Selbstregulationssystem integriert werden. Bei einer passiven

Erwartung von außen Hilfe zu bekommen wird der Versuch der Destabilisierung und Veränderung von bisherigen Einstellungen und Verhaltensweisen jedoch als eine Gefahr angesehen, gegen die sich der Patient offen oder auch im Sinne von passivem Widerstand verteidigen muss. Ein kompensatorisch überaktiver Therapeut wird in dieser Phase die Passivität des Patienten und seine Hilfserwartung von außen noch verstärken.

Die letzte Phase wird als **Rehabilitationsphase** bezeichnet und ist charakterisiert durch eine Verbesserung der sozialen Integration. Um dies zu erreichen ist es notwendig, dass die neu erworbenen Fertigkeiten auf eine Vielzahl von verschiedenen Alltagssituationen angewandt werden, um eine Generalisierung zu erreichen und die Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten in der Problembewältigung weiter zu stabilisieren. Dies kann erreicht werden, indem erneut die Ressourcen des Patienten fokussiert werden, der Fortschritt gewürdigt wird und der Transfer von Fertigkeiten und Coping-Strategien auf andere Lebensbereiche angeregt wird.

Uneinigkeit besteht darin, in welchen Phasen bzw. Abschnitten die eigentliche psychotherapeutische Wirkung in Gruppen in Kraft tritt (Tschuschke, 1999). Lueger (1995) unterscheidet gemäß dem beschriebenen Phasenmodell verschiedene Bereiche, in denen sich bei erfolgreichen Psychotherapien Veränderungen ergeben. Demnach steigt in der Remoralisierungsphase in den ersten Therapiesitzungen das subjektive Wohlbefinden rasch an. Die Beschwerden und die Symptomatik verbessern sich in der Remediationsphase dagegen langsamer. Das allgemeine Funktionsniveau (Rehabilitation) stellt sich sehr langsam ein und ist auch nach einem Jahr in dieser Untersuchung noch nicht erreicht.

Zusätzlich ist davon auszugehen, dass sich die Phasen auch auf individuelle Veränderungen der einzelnen Patienten beziehen, welche unterschiedlich lange dauern und sich überschneiden können. Möglicherweise werden z.B. stark demoralisierte Patienten ohne ausgeprägte Symptomatik am stärksten von der Remoralisierung zu Beginn profitieren. Hingegen werden wenig demoralisierte Patienten schneller zur Symptombewältigung der Remediationsphase übergehen.

Howard et al. (1993) konnten anhand ihrer Daten bestätigen, dass Verbesserungen in der Remoralisierungsphase den Besserungen innerhalb der Remediationsphase vorausgehen. Verbesserungen in der Remediationsphase scheinen im Weiteren eine Voraussetzung zur Besserung innerhalb der Rehabilitationsphase zu sein. Lueger (1998) konnte in einer Replikationsstudie zeigen, dass die Hälfte der von ihm untersuchten Patienten eine Verbesserung im subjektiven Wohlbefinden (Remoralisation) in der vierten Therapiesitzung zeigte. Dies war Voraussetzung für eine Symptomverbesserung im kommenden Therapieabschnitt. Patienten, welche nach der vierten Therapiesitzung eine Verbesserung des Wohlbefindens zeigten, hatten eine zweifach erhöhte Wahrscheinlichkeit, die Therapie erfolgreich zu beenden. Der stärkste Prädiktor für den Therapieerfolg war die Symptom-

verbesserung bis zur 12. Therapiesitzung. Ohne Symptomverbesserung zu diesem Zeitpunkt stand die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolges nur noch 1:5. Auch die Stärke der Symptomatik zu Therapiebeginn war in dieser Studie prädiktiv, d.h. je stärker die Symptomatik, desto weniger wahrscheinlich der Erfolg, jedoch ebenfalls desto stärker war die Symptomreduktion insgesamt. Aufgrund von Informationen zum Anfangswert der Symptomatik, zur frühen Behandlungsreaktion und zum Dosis-Wirkungs-Verhältnis entwickelte Lambert et al. (2002) Algorithmen der Vorhersage, welche ein negatives Therapieergebnis mit relativ guter Genauigkeit vorhersagen können (80,6 % richtig identifiziert, 19,4 % übersehen).

Ein zum Modell von Howard et al. (1993) analoges Veränderungsmuster zeigten auch Barkham et al. (1996) und Mintz et al. (1992) für depressive Patienten.

Es gibt ebenfalls Hinweise in der Literatur darauf, dass Gruppen, deren Verlauf ein frühes starkes Engagement (1.) und eine folgende intensive Phase der Konfrontation (2.) aufweisen, ein besseres Therapieergebnis erzielen (Burlingame et al. 2004).

Daher betonen Heuristiken des Therapieprozesses in der ersten Therapiehälfte die kohäsiv-gruppenbildenden Wirkfaktoren einschließlich der Wichtigkeit der Ressourcenaktivierung bzw. Förderung der instrumentellen Gruppenbedingungen. Auf diesen baut die Bearbeitung und Veränderung in den individuellen Bereichen bzw. die Problemaktualisierung auf (Fiedler, 2005; MacKenzie, 2001; Tschuschke, 2001; Yalom, 2007; Burlingame et al. 2008). Somit wird das Wohlbefinden der Patienten in der Gruppe der Bearbeitung von Problemen schwerpunktmäßig vorangestellt. Auch ist die Entwicklung einer ausreichenden Kohäsion dahingehend zu Beginn relevant, dass besonders im Anfangsstadium die Gefahr droht, dass Patienten die Gruppe vorzeitig verlassen (Kordy & Senf, 1992).

Es ist allerdings davon auszugehen, dass sich Gruppen mit unterschiedlichen strukturellen Merkmalen (z.B. offen vs. geschlossen) unterschiedlich entwickeln (Burlingame et al., 2008; Strauß, 2009).

In einer aufwendigen Prozess- Ergebnisstudie unter Einbeziehung von Selbst- und Fremdbeurteilung von Strauß & Burgmeier- Lohse (1994) zu einer psychodynamisch orientierten, stationären Langzeitgruppentherapie zeigte sich, dass eine symptomatische Veränderung vor einer Besserung persönlichkeitsbezogener Variablen und deutlich vor einer Abnahme interpersonaler Schwierigkeiten zu beobachten war. Als prognostische Faktoren für das Behandlungsergebnis zeigten sich zum einen das Ausmaß der Sensibilität für zwischenmenschliche Probleme und die Ansprechbarkeit für das Behandlungskonzept. Letzteres bestätigt die Befunde aus der Einzeltherapieforschung, nach denen die Aufnahmebereitschaft, Offenheit bzw. Ansprechbarkeit von Patienten (vergleichbar auch mit Aspekten der instrumentellen Gruppenbedingungen) wesentliche Wirkfaktoren darstellen (z.B. Ambühl, 1993).

Auch in der Verhaltenstherapie konnten z.B. bei Backenstraß et al. (2004) unter Verwendung des GEB-VT ähnliche Phasen im Verlauf einer Gruppentherapie gefunden werden. Hier zeigte sich ebenfalls, dass die Kohäsion und das Wohlbefinden vor allem in der ersten Hälfte des Gruppenprogramms anstiegen, während die Gehemmtheit tendenziell abnahm. Der Faktor Wissenserwerb und Lernerfahrung stieg in den ersten Sitzungen an, wonach er ein Plateau erreichte und die Gruppenarbeit scheinbar auf hohem Niveau stattfinden konnte. Ärger und Kritik wurde unverändert über den Verlauf hinweg als gering eingeschätzt. Diese Befunde bestätigen die Relevanz von Phasen des Gruppenverlaufes auch für verhaltenstherapeutische Gruppen. Hoffart et al. (2009) untersuchten ebenfalls die Rolle und den Verlauf von allgemeinen Wirkfaktoren bei kognitiv-behavioralen und interpersonellen Einzeltherapien der sozialen Phobie. In Mehrebenenanalysen zeigte sich ein linearer Anstieg der Allianz aus Therapeutesicht. Therapeuteneingeschätzte Allianz und Empathie in der ersten Therapiewoche sagten signifikant Verbesserungen der Symptomatik voraus.

2.3.5 Verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie(prozess)forschung

Die Gruppenpsychotherapieforschung und Prozessforschung war lange Zeit vorrangig eine Domäne der psychoanalytisch, tiefenpsychologisch fundierter oder klientenzentrierter Gruppentherapieverfahren. Im angloamerikanischen Raum ist dieser Forschungsbereich verbunden mit Namen wie Yalom, MacKenzie und Burlingame, in Deutschland vorrangig vertreten durch die Forschungsgruppen um Tschuschke, Strauß und Eckert. Forschungsarbeiten zu psychoanalytischen, konflikt-, beziehungs-, interaktionsorientierten und klientenzentrierten Gruppen beziehen sich dabei eher auf die Prozess- (Ergebnis)- Perspektive, während verhaltenstherapeutische, störungs-, methoden- und einzelfallorientierte Gruppen oft ausschließlich auf ihre Effektivität überprüft wurden (Bieling et al., 2007; Burlingame et al., 2004; Strauß, 2001). Beispielsweise ergab eine PsycInfo Recherche Anfang 2012 zum Begriff „group psychotherapy process“ 9.904 Suchergebnisse, eingeschränkt durch „cognitive-behavioral therapy“ fanden sich nur noch 395 Treffer. Der Großteil der bisher berichteten Forschungsergebnisse stammt daher nicht aus Studien mit verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien. Daraus lässt sich ein besonderer Forschungsbedarf im Hinblick auf Gruppenprozesse kognitiv- verhaltenstherapeutischer Ansätze ableiten (Bieling et al., 2007; Fiedler, 2005).

Gerade die Verhaltenstherapie hat jedoch, aufgrund der zahlreichen Effektivitätsnachweise, stark zur Verbreitung von gruppentherapeutischen Interventionen in der psychotherapeutischen Versorgung beigetragen. Es besteht eine große Vielfalt von gut validierten präventiven, psychoedukativen, störungsspezifischen und zieloffenen Gruppenkonzepten. Einen guten, aktuellen Überblick geben White & Freeman (2000), Fiedler (2005) und Bieling, McCabe & Antony (2007).

In der Verhaltenstherapie wurden von Beginn an problem- bzw. störungsspezifische Ansätze aus der Einzeltherapie in das Gruppensetting übertragen (Grawe, 1980). Neben ökonomischen Gesichtspunkten spricht auch die Möglichkeit der therapeutischen Nutzung von allgemeinen und spezifischen Gruppenwirkfaktoren für eine Gruppen- im Gegensatz zur Einzeltherapie. Eine Übersicht über potentielle Vorteile der Gruppentherapie in der Verhaltenstherapie gibt Satterfield (1994). Er nennt z.B. die Emotionsaktivierung und die damit einhergehende Möglichkeit der Bearbeitung von „hot cognitions“, die breitere Möglichkeit korrektiver Interaktionserfahrungen, der Nutzung der Gruppe als soziales Übungsfeld u.a. zur Überprüfung von Hypothesen, Modelllernen, diagnostische Informationen für den Therapeuten und eine verbesserte Rückfallprophylaxe.

Generell gilt, dass Gruppenprozesse in jedweder Gruppe ablaufen und relevant sind (Burlingame et al., 2008). Der Einfluss des Faktors „therapeutischer Prozess“ wird nicht als Gegensatz zum Faktor „verhaltenstherapeutische Technik“ verstanden. Und dies auch wenn die Verhaltenstherapie den Gruppenprozess als solchen im Gegensatz zu psychodynamischen Konzepten nicht als hinreichende Intervention im Sinne eines sozialen Mikrokosmos betrachtet (Bieling et al., 2007; Fiedler, 2010). Nach Hoffmann (2005) und Schulte (1996) ist alles, was sich in einer Therapie ereignet, gleichzeitig sowohl konkrete Verhaltenstherapie wie auch Beziehungsarbeit. Laireiter (2008) benennt, aufbauend auf das Duale Prozessmodell (Schulte, 1996, vgl. Abschnitt 2.2.3), die Interdependenz der Interventions- und Beziehungsebene in der Verhaltenstherapie. Er betont im Weiteren die Notwendigkeit, Beziehungsaspekte vor Inhaltsaspekte zu stellen. Die Beziehung sei die notwendige Basis für die Therapiemotivation und das Gelingen der Intervention.

In der Wahrnehmung von Patienten verhaltenstherapeutischer Gruppentherapien scheinen Prozessfaktoren ein wichtiger Bestandteil der therapeutischen Erfahrung zu sein (Glass & Arnkoff, 2000). Ebenfalls sind die Einschätzungen therapeutischer Allianz durch Fremdrater in der kognitiven Verhaltenstherapie vergleichbar hoch oder höher als diejenige in anderen Therapieverfahren (Raue et al., 1997).

Da Gruppenprozesse in psychoedukativen, verhaltenstherapeutischen Gruppenprogrammen nicht explizit betont werden, finden sich selten Hinweise dazu in Gruppentherapiemanualen. Sie sind zum bestmöglichen therapeutischen Gelingen der Gruppenarbeit von den Gruppentherapeuten jedoch unbedingt zu beachten (Zielke, 2010). Beim Übertragen von verhaltenstherapeutischen Techniken der Einzeltherapie in das Gruppensetting lauern Gefahren beim unbedachten und eventuell eher psychodynamischen Therapieschulen entliehenen, therapeutischen Umgang mit Gruppenprozessen (vgl. Fiedler, 2005, S.257ff). Zusätzlich zum verhaltenstherapeutischen Basisverhalten steht der Gruppentherapeut vor der Herausforderung, die verhaltenstherapeutischen Techniken unter Berücksichtigung und Nutzung ablaufender Gruppenprozesse zu verwirklichen. Die aktuellen Handbücher zu

verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie von Bieling et al. (2007) und Fiedler (2005) beinhalten Vorschläge, wie Prozessvariablen in verhaltenstherapeutischen Gruppen berücksichtigt werden sollen (vgl. auch Zielke, 2010; Fiedler, 2010). Eine Integration interaktioneller und verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie wird von Satterfield (1994), Anderson & Winkler (2007) und Scharwächter (2008) beschrieben. Bieling et al. (2007) unternahmen den Versuch, aufbauend auf das Modell von Burlingame et al. (2004) Gruppenprozesse in ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppentherapiekonzept zu integrieren. In Ihrer Auflistung von Prozessfaktoren benennen sie ebenfalls u.a. die subjektive Bewertung und Zufriedenheit der Patienten als wichtigen Prozessfaktor.

Im Folgenden werden Prozessanalysen bei kognitiv- verhaltenstherapeutischen bzw. damit eng verwandten Gruppenprogrammen tabellarisch (Tabelle 2.8) und im Text vorgestellt.

Tabelle 2. 8: Prozessforschung in kognitiv- verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien

Autoren	Kurzinformation zur Studie ²	Ergebnisse ³
Hoberman, Lewinsohn & Tilson (1988)	KVT- Gruppentherapie für Depression 12 Sitzungen Setting: ambulant N=40 Prozess-Instrument: Einzelangabe zu wahrgenommener Kohäsion nach Sitzung 1, 3, 7 Auswertung: multiple Regression	Kohäsion aus Patientensicht nach der 3. und 7. Gruppensitzung hat neben weiteren Patientenvariablen (Prä-Depressionssymptomatik, Kontrollüberzeugungen, Soziale Integration und Unterstützung, Erfolgserwartungen) signifikanten Anteil an der Vorhersage des Therapieergebnisses, nicht jedoch Kohäsionswert nach der 1. Sitzung.
Oei & Shuttlewood (1997)	KVT- Gruppentherapie für Depression, 12 Sitzungen Setting: ambulant N=60 Prozess-Instrument: Satisfaction with therapy and Client evaluation of therapist scale Auswertung: multiple Regression	Es zeigte sich eine stärkere Assoziation der spezifischen Wirkfaktoren der KVT-Gruppe (Häufigkeit automatischer Kognitionen) als der unspezifischen Wirkfaktoren (Zufriedenheit mit Gruppe und Therapeut) zum Therapieergebnis. Die Zufriedenheit mit der Gruppe und dem Therapeuten nahm jedoch sowohl alleine als auch vermittelt über spezifische Faktoren Einfluss auf das Therapieergebnis.
Castonguay, Pincus & Agras (1998)	KVT- Gruppentherapie für Binge Eating Disorder 12 Sitzungen N=65 Prozess-Instrument: GTSR in der 2., 7. und 11. Sitzung Auswertung: Faktorenanalyse, Diskriminanzanalyse	Therapieprozess-Marker sind positive und negative Gefühle in der Therapie. Positive und das Fehlen negativer Gefühle zu Beginn der Therapie, ein frühes individuelles Wohlbefinden, Hoffnung, eine gute Arbeitsatmosphäre, frühe Gruppenkohäsion aber auch Konfliktwerte in der Mitte der Therapie sagen den Therapieerfolg voraus.
Schulte (2001)	KVT- Gruppentherapie für somatoforme Störungen Setting: stationär N=102 Prozess-Instrument: GTS-P Auswertung: Korrelationen, t-Tests	Signifikanter Zusammenhang der Sitzungsbewertungen mit Symptomverbesserung in der 1-Jahres Katamnese. Alter, Therapieerwartungen und internale Kontrollüberzeugungen weisen Zusammenhänge zur Bewertung auf. Subjektive Bewertungen werden über die Gruppe hinweg in einem zweistufigen Verlauf signifikant positiver.
Woody & Adessky (2002)	KVT- Gruppentherapie für soziale Phobie, 10 Sitzungen Setting: ambulant N=53 Prozess-Instrumente: Group Attitude Scale, Working Alliance Inventory, Homework Compliance Scale Auswertung: multiple Regression, Wachstumskurven	Keine signifikanten Veränderungen der Kohäsion in den Bewertungen der Group Attitude Scale. Die Allianz, gemessen mit dem WAI stieg über den Verlauf der Gruppentherapie signifikant an. Keiner der drei Prädiktoren (Kohäsion, Allianz, Hausaufgaben-Compliance) konnte das Therapieergebnis vorhersagen.

² Detaillierte Angaben zu den Prozess-Erhebungsinstrumenten siehe Abschnitt 2.4.3.

³ Es werden lediglich die Ergebnisse bezüglich der hier interessierenden Prozessvariablen beschrieben.

Autoren	Kurzinformation zur Studie ⁴	Ergebnisse ⁵
Fries, Pfammatter, Andres & Brenner (2003)	Psychoedukativ-bewältigungsorientierte (EG) vs. supportive Gruppentherapie (KG) für schizophrenen und schizoaffektiven Erkrankten Setting: stationär N= 40 Prozess-Instrument: Berner Stundenbogen Auswertung: Partialkorrelationen	Signifikante Gruppenunterschiede in der Prozessqualität: EG: Bewertung guter Therapiebeziehung führt zu größerem Therapieerfolg. Wahrnehmung der Gruppeninhalte als wichtiger, der stärkeren Gruppenkohäsion und größerer Aktivität KG: höher wahrgenommene Kohäsion bei Patienten mit höheren Post-Symptomwerten
Van Andel et al. (2003)	KVT-Gruppentherapie zur Verminderung von Risikofaktoren koronarer Herzerkrankungen N=42 Prozessinstrumente: eigens entwickelter Kohäsionsfragebogen, Helping Alliance Questionnaire Auswertung: hierarchische Regression	Gruppenkohäsion (auf die Gesamtgruppe bezogen) und Allianz (Patient- Therapeut Beziehung) sagen beide unabhängig von einander den Therapieerfolg vorher.
Taft et al. (2003)	KVT-Gruppentherapie mit gewalttätigen Männern, 16 Sitzungen N=107 Prozessinstrumente: Working Alliance Inventory (WAI), Kohäsionssubskala der Group Environment Scale (GES) Auswertung: Mehrebenenanalysen	Therapeuten geratete Working Alliance war der stärkste Prädiktor für den Outcome im 6 Monate- Follow-up, Patienten geratete Gruppenkohäsion sagte ebenfalls den Outcome hervor.
Backenstraß, Hingmann, Fiedler, Kronmüller, Keller & Mundt (2004)	VT- Gruppenprogramm für Depression, 20 Sitzungen N=71 Prozess-Instrument: GEB-VT Auswertung:einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung	Erfassung von instrumentellen Gruppenbedingungen und spezifischen Wirkfaktoren auch in VT-Gruppen möglich, Kohäsion und Wissenserwerb stiegen in den ersten Sitzungen an und stabilisierten sich auf einem hohem Niveau
Regli, Flückiger & Grawe (2004)	Gruppentherapie nach Prinzipien der Psychologischen Therapie nach Grawe N=47 Gruppen-, 187 Einzeltherapien Prozess-Instrument: Berner Stundenbogen Version 93 Auswertung: Mehrfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung	Vergleich erfolgreicher und nicht erfolgreicher Patienten in der Einzel- und Gruppentherapie. Instrumentelle Gruppenbedingungen (Zufriedenheit, kooperative Arbeitshaltung, Kohäsion) bedeutsam für den Therapieerfolg in beiden Settings. In Einzeltherapie gelingt kooperative Arbeitshaltung leichter. In Gruppentherapie werden mehr Bewältigungserfahrungen gemacht und subjektiv empfundene Therapiebedürftigkeit nimmt bei erfolgreichen Patienten stark ab.
Flückiger, Regli & Grawe (2005)	Gruppentherapie nach Prinzipien der Psychologischen Therapie nach Grawe N=47 Prozess-Instrument: Berner Stundenbogen Version 93 Auswertung: Multiple Regressionsanalyse, Pfadanalyse	Stundenbogenwerte sagen Therapieerfolg besser vorher als Vorab-Symptomatik in SCI-90 und IIP. Instrumentelle Gruppenbedingungen in der ersten und zweiten Therapiehälfte sind stabile Prädiktoren des Erfolges. Patientenzufriedenheit und positive Klärungserfahrungen hängen eng mit instrumentellen Gruppenbedingungen zusammen.
Edwards & Kannan (2006)	KVT-Gruppentherapie für soziale Phobie, 13 Sitzungen Setting: ambulant N=2 Prozess- Instrumente:Patients Report on Therapy Session, Fremdbeobachtung Auswertung: Mikroanalytische, idiographische Beschreibung	Beschreibung zweier erfolgreicher, jedoch stark unterschiedlicher Verläufe der Gruppenteilnahme mit 1. Remission erst im Anschluss an die Gruppentherapie und 2. schneller Remission zu Gruppenbeginn. Die Prozessdaten unterstützen das theoretische KVT - Modell der sozialen Phobie.
Oei & Brown (2006)	Psychoedukative KVT- Gruppentherapie für Angst und Depression, 8 vierstündige Sitzungen N=162, Prozess-Instrument: 5 Subskalen der GES (Group Environment Scale) Auswertung: multiple Regression	Kein Zusammenhang zwischen Kohäsion, Selbstentdeckung im GES und dem Rückgang der Depressionswerte Größere Ausdrucksfähigkeit, Unabhängigkeit und geringere Unterstützung des Leiters in der GES sagten Post-Angst- und Depressionswerte voraus.

⁴ Detaillierte Angaben zu den Prozess-Erhebungsinstrumenten siehe Abschnitt 2.4.3.

⁵ Es werden lediglich die Ergebnisse bezüglich der hier interessierenden Prozessvariablen beschrieben.

Autoren	Kurzinformation zur Studie⁶	Ergebnisse⁷
Hilbert et al. (2007)	KVT vs. IPT- Gruppentherapie für Binge Eating Disorder, 20 Sitzungen N=158 Prozess-Instrumente: GAS (Group Attitude Scale), GCQ (Group Climate Questionnaire), Auswertung: Signal detection analysis	Geringe Kohäsionswerte zu Therapiebeginn sagte bei beiden Gruppen Non-Response in der 1-Jahres-Katamnese voraus. Patienten mit stärkeren interpersonellen Problemen und stärkerer Symptomatik erlebten eine geringere Gruppenkohäsion. Allianz hatte keine Vorhersagekraft für das Therapieergebnis.
Taube-Schiff et al. (2007)	KVT- Gruppentherapie für soziale Phobie, 10 Sitzungen Setting: ambulant N=34 Prozess-Instrument: Group Cohesion Scale Revised (GCS-R) Auswertung: Mehrebenenanalysen	Kohäsionswerte nahmen signifikant über den Verlauf der Gruppe zu. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang der Zunahme der Kohäsionswerte zum Rückgang in der Symptomatik bzgl. soziale Phobie, Depression, genereller Ängstlichkeit und Funktionseinschränkungen.
Delsignore (2008) Delsignore et al. (2008)	KVT- Gruppentherapie für soziale Phobie, 10 Sitzungen Setting: ambulant N=57 / N=49 Prozess-Instrument: Items zur Mitarbeit des Berner Stundenbogens in der Therapeutenversion / Questionnaire of control expectancies in psychotherapy (TBK) Auswertung: Multiple Regression	Vergleich von Patienten mit verschiedenen Therapieerfahrungen : Therapeuteneinschätzungen der aktiven Mitarbeit innerhalb und zwischen den Sitzungen sagte einzig bei Patienten mit subjektiv negativen Therapieerfahrungen unter Einbezug der Prä-Symptomatik den Therapieerfolg signifikant voraus. Niedrige externale Kontrollerwartungen an den Therapeuten führten im Therapieprozess zu stärkerer eigener Mitarbeit und und sie waren der stärkste Prädiktor für das Therapieergebnis im Follow-up.
Haug, Sedway & Kordy (2008)	Offene, störungsübergreifende Problemlösegruppen mit VT Anteilen Setting: stepped care: 1. stationär und 2. Internet-Chat-Gruppe N= 121 Prozess- Instrument: unveröffentlichter Gruppenstundenbogen, Stuttgarter Bogen Auswertung: Lineare Strukturgleichung	Ähnlichkeiten in Gruppenprozessen zwischen Face-to-Face Gruppentherapie und Internet-Chat-Gruppe. Ansteigende Zufriedenheits- und Prozesswerte über den Verlauf beider Gruppen hinweg. Emotionale Reaktivität und Aktivität im Stuttgarter Bogen nehmen beim Übergang von stationärer zu Internetgruppe stark ab und steigen danach langsamer wieder an.
Johnson et al. (2008)	Ambulante KVT-Gruppentherapie vs. Supportive Therapie für Schizophrenie, 12 Sitzungen N=63 Prozess-Instrument: Group Working Alliance Inventory (WAI-G) Auswertung: Mehrebenenanalysen	Stärkere Gruppenallianz in der Mitte der Behandlung hing mit besserem sozialen Funktionsniveau, höherer Gruppeneinsichtsfähigkeit und geringerer autistischer Selbstaufmerksamkeit zusammen. Höhere Gruppenallianz zeigte Zusammenhänge zu Compliance und Teilnahme.
Morillo-Falero (2009)	VT- Gruppentherapie für Frauen mit Brustkrebs, 10 Sitzungen Setting= ambulant N=56 Prozess- Instrument: Stuttgarter Bogen Auswertung: Lineare Regression	Kohäsionswerte (Skala Emotionale Bezogenheit) stiegen zwischen der 2. und 9. Gruppensitzung signifikant an. Hohe Kohäsionswerte zu Gruppenbeginn korrelieren mit einem stärkeren Rückgang der Symptomatik. Patienten mit geringen Kohäsionswerten zu Beginn verbesserten sich kaum.
Flückiger et al. (2011)	KVT-Gruppentherapie vs. BWLT (Gewichtsreduktionsgruppe) für Binge Eating Disorder, 16 Sitzungen, 6 Booster-Sitzungen N=80 Prozess-Instrument: Berner Stundenbogen 2000 Auswertung: Logistische Regression	Geringe Selbstwerterfahrung in den Bewertungen der Sitzungen 1-5 war ein stabiler Prädiktor für vorzeitigen Therapieabbruch, kontrolliert an diversen Kovariaten. Bei Patienten, welche angaben, aus Unzufriedenheit die Gruppentherapie abgebrochen zu haben fand sich ein Zusammenhang mit geringen Selbstwerterfahrungen, globaler Allianz und Klärungserlebnissen.
Pitschel-Waltz et al. (2011)	Psychoedukative Gruppentherapie bei Schizophrenie, 8 Sitzungen N= 97 Prozess-Instrument: 4 Items des STEPP Auswertung: Korrelationen, Regressionsanalyse	Hohe Zustimmungsrate zu den Items bei ansteigendem Verlauf, Items zur Beziehungsdimension und Hilfe zur Problembewältigung erreichen die höchsten Werte, signifikante Zusammenhänge von Sitzungsbewertungen zum Feedbackfragebogen und zur Compliance. Alter und Psychopathologie sind Prädiktoren der Sitzungsbewertungen, diese allerdings zeigen keinen Zusammenhang zum objektiv erworbenen Wissen.

⁶ Detaillierte Angaben zu den Prozess-Erhebungsinstrumenten siehe Abschnitt 2.4.3.

⁷ Es werden lediglich die Ergebnisse bezüglich der hier interessierenden Prozessvariablen beschrieben.

Zwei ältere Untersuchungen belegen deutlich den Einfluss unspezifischer Prozessfaktoren auf das Therapieergebnis bei kognitiv-behavioralen Gruppentherapien der Depression.

Hoberman et al. (1988) zeigten, dass nicht nur das Vorhandensein von Kohäsion in der Gruppe relevant ist, sondern, dass sich dieses Zusammengehörigkeitsgefühl ähnlich der Therapiebeziehung in der Einzeltherapie erst entwickeln muss. So konnten die von Patienten angegebenen Kohäsionswerte der Sitzung 3 und 7 den Therapieerfolg vorhersagen, nicht jedoch die Werte der 1. Sitzung. Auch weitere Patientenvariablen, wie insbesondere die Erfolgserwartungen der Patienten, aber auch die Stärke der depressiven Ausgangssymptomatik, Kontrollüberzeugungen und die soziale Integration hatten Vorhersagekraft für den späteren Therapieerfolg.

Auch Oei und Shuttlewood (1997) untersuchten spezifische und unspezifische Wirkfaktoren in einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie der Depression. Neben dem primären Einfluss der spezifisch kognitiv-verhaltenstherapeutischen Wirkfaktoren, wie die Häufigkeit automatischer Gedanken, hatte auch die Zufriedenheit mit der Gruppe und dem Therapeuten einen direkten und vermittelt über die spezifischen Wirkfaktoren einen indirekten Einfluss auf das Therapieergebnis.

Castonguay et al. (1998) führten eine Studie zu emotionalen Erlebnissen von Patienten bei einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie für Binge Eating Disorder durch. Sie zeigten, dass sich die Erlebnisse von Patienten in positive und negative Gefühle als Prozessmarker unterteilen ließen. Insgesamt stiegen die Bewertungen über den Verlauf der Gruppe an. Ein im Patientenstundenbogen (GTSR, vgl. Abschnitt 2.4.3) angegebenes, frühes individuelles Wohlbefinden, eine gute Arbeitsatmosphäre und frühe Gruppenkohäsion konnte den Therapieerfolg dieser Patienten voraussagen. Interessanterweise waren das Fehlen von negativen Gefühlen zu Gruppenbeginn und Konfliktwerte in der Mitte des Gruppenverlaufes ebenfalls vorhersagekräftig für den Therapieerfolg. Dies kann die Theorien der Gruppenentwicklung (Howard et al., 1993; MacKenzie, 2001) auch bei kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppen stützen.

In einer Voruntersuchung der vorliegenden Studie (Schulte, 2001) zeigte sich bei einer KVT-Gruppentherapie für somatoforme Störungen ein signifikanter korrelativer Zusammenhang der Sitzungsbewertung durch die Patienten im GTS-P und einer Symptomverbesserung in der 1-Jahres-Katamnese. Als Einflussfaktoren auf die Bewertung im Stundenbogen wurden das Alter, Therapieerwartungen und internale Kontrollüberzeugungen identifiziert. Die Verläufe der Bewertungen zeigten einen zweistufigen, ansteigenden Verlauf, was auf die Relevanz von Phasen der Gruppenentwicklung schließen lässt.

Zu einem anderen Ergebnis bezüglich des Zusammenhangs von Patientenbewertungen von Prozessvariablen und dem Therapieergebnis kommen Woody & Adessky (2002). In einer Studie mit einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie für soziale Phobie stiegen die

Allianzwerte im Verlauf der Gruppe zwar signifikant an, allerdings konnte kein Zusammenhang zum Therapieergebnis nachgewiesen werden. Die Kohäsionswerte veränderten sich nicht signifikant über den Gruppenverlauf und konnten ebenso wie die Hausaufgaben-Compliance den Therapieerfolg nicht vorhersagen. Die Autoren diskutieren, dass die untersuchte Art der Gruppentherapie (eher Einzeltherapie in der Gruppe, wenig Förderung von Kohäsion) und eine mangelnde Validität und Unidimensionalität der Messinstrumente (u.a. Group Attitude Scale) zu dem Ergebnis geführt haben könnten. Es zeigte sich jedoch, dass sich die Bewertungen zwischen den Subtypen sozialer Phobie unterschieden. So zeigte sich bei den Patienten mit generalisierten sozialen Ängsten keine Steigerung der Allianz über die Zeit.

Fries et al. (2003) führten eine Vergleichsstudie an schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Patienten durch. In der Experimentalgruppe (EG: strukturierte psychoedukative Gruppe) geht eine positive Bewertung der Therapiebeziehung mit einem größeren Therapieerfolg einher. Die EG-Patienten stufen die behandelten Themen als wichtiger ein, erlebten eine stärkere Gruppenkohäsion und nahmen sich selbst als aktiver wahr als die Kontrollgruppe (KG: supportive Gruppe). In der Kontrollgruppe fühlten sich diejenigen Patienten wohler (höher angegebene Kohäsion), die am Ende der Therapie eine höhere Symptombelastung aufwiesen. Das weniger strukturierte Vorgehen der supportiven Therapie (KG) scheint Patienten mit stärkerer Krankheitssymptomatik entgegenzukommen.

Der Zusammenhang von den Beziehungsvariablen (Allianz und Kohäsion) mit dem Therapieergebnis fand sich auch bei einer Studie von Van Andel et al. (2003) bei einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie zur Verminderung von Risikofaktoren koronarer Herzerkrankungen. Allianz als auch Kohäsion konnten die Verbesserung des Bluthochdrucks und Steigerung von Lebenszufriedenheit und Zuversicht vorhersagen.

Bei einer 16 Sitzungen umfassenden, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie mit gewalttätigen Männern konnten Taft et al. (2003) zeigen, dass die von den Therapeuten zu Therapiebeginn eingeschätzte Allianz den stärksten Vorhersagewert für die Therapieergebnisse hatte. Ebenso waren die später von den Therapeuten eingeschätzte Allianz, die von den Teilnehmern in Sitzung 4 und Sitzung 12 eingeschätzte Gruppenkohäsion und die Hausaufgaben-Compliance valide Prädiktoren des Therapieerfolgs in Mehrebenenanalysen. Die Adhärenz (Frequenz der Teilnahme an den Gruppensitzungen) zeigte keinen signifikanten Zusammenhang zu den Therapie-Outcome-Maßen.

Auch Backenstraß et al. (2004) zeigten in ihrer Untersuchung, dass spezifische Wirkmechanismen und instrumentelle Gruppenbedingungen bei verhaltenstherapeutischen, psychoedukativen Gruppenbehandlungen erfasst werden und zum Verständnis der

Therapieprozesse dieser Gruppen beitragen können. Sie modifizierten dafür den Gruppenerfahrungsbogen (GEB) zum GEB- VT (vgl. Abschnitt 2.4.3). In Verlaufsanalysen des verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms für depressive Patienten zeigte sich ein Zuwachs in den Skalen Wissenserwerb und Gruppenkohäsion im Verlauf der ersten Sitzungen mit einer anschließenden Stabilisierung auf einem hohen Niveau. Dies deckt sich mit Erwartungen zum typischen Gruppenverlauf, wonach sich instrumentelle Wirkmechanismen vorrangig zu Beginn der Gruppe stark ausprägen (Grawe, 1980; Howard et al., 1993). Die Faktoren Gehemmtheit und Ärger blieben über den Gruppenverlauf am unteren Ende der zur Verfügung stehenden Skalenausprägung stabil. Zusammenhänge der Patientenbewertungen mit dem Therapieoutcome wurden nicht untersucht.

Drei aktuelle Studien der Berner Arbeitsgruppe untersuchten ebenfalls Zusammenhänge von Prozessfaktoren auf das Therapieergebnis in Gruppentherapien nach den Prinzipien der Psychologischen Therapie (Grawe, 1998).

Regli et al. (2004) verglichen den Therapieprozess von erfolgreichen und nicht erfolgreichen Gruppen- und Einzelpsychotherapien. Dabei wurden sowohl interventionsspezifische als auch gruppenspezifische Wirkfaktoren in Bezug auf das Therapieergebnis mit dem Berner Stundenbogen Version 93 (vgl. Abschnitt 2.4.2 und 2.4.3) untersucht. Die Ergebnisse weisen auf die Bedeutung der allgemeinen Wirkfaktoren für den Erfolg in beiden Settings hin. Generell waren Teilnehmer erfolgreicher Therapien von Beginn an zufriedener mit dem therapeutischen Prozess, wobei diese Zufriedenheit im Verlauf der Therapie noch zunahm. Auch zeigten sie von Beginn an eine kooperativere Arbeitshaltung, welche in Einzeltherapien jedoch leichter gelang. In Gruppentherapien wurden allerdings generell mehr Bewältigungserfahrungen gemacht und die subjektiv empfundene Therapienotwendigkeit nahm bei erfolgreichen Gruppenpatienten bedeutsam ab. Demnach lassen sich die allgemeinen Wirkfaktoren in beiden Settings nachweisen, auch wenn die Realisierung unterschiedlich gelingt. Im Gruppensetting wurden die allgemeinen Wirkfaktoren durch die instrumentellen Gruppenbedingungen verstärkt, wobei kohäsionsbildende und bewältigungsorientierte Interventionen besonders erfolgreich waren. Entgegen der in der Literatur berichteten höheren Abbruchrate in der Gruppentherapie, war die Abbruchrate in dieser Studie in beiden Settings gleich gering.

In einer weiteren Untersuchung der Berner Arbeitsgruppe (Flückiger et al., 2005) wurden sowohl interventionsspezifische als auch gruppenspezifische Prozessmerkmale erfasst. Die mit dem Berner Stundenbogen Version 93 erfassten Prozessmaße aus Patientensicht sagen hier den Therapieerfolg deutlich besser vorher als die vor der Therapie erfasste Symptomatik (erfasst mit der SCL- 90-R und IIP). Die instrumentellen Gruppenbedingungen der ersten, aber vor allem der zweiten Therapiephase sind auch bei zwei Zufallsstichproben stabile Prädiktoren des Therapieerfolges. Die Patientenzufriedenheit, als auch positive Klärungserfahrungen korrelieren unabhängig von der Therapiephase stark positiv mit den instrumentellen Gruppenbedingungen. Es wird angenommen, dass diese Variablen mit

instrumentellen Gruppenbedingungen in enger funktionaler Beziehung stehen. So ist beispielsweise für Patienten, die das Gruppenklima positiv wahrnehmen, die Gefahr einer negativen Bewertung geringer. Sie können somit die Gruppe besser für die therapeutische Arbeit nutzen. Bei hoher Gruppenkohäsion können sich Patienten ebenso besonders gut als Modelle für Lösungsversuche wahrnehmen. Somit kann man annehmen, dass die instrumentellen Gruppenbedingungen Klärungserfahrungen begünstigen. In den instrumentellen Gruppenbedingungen divergieren die sehr erfolgreichen und die wenig erfolgreichen Therapien in dieser Untersuchung stark auseinander.

Bei einer aktuellen Gruppentherapiestudie zur Behandlung von Binge Eating Disorder zeigten Flückiger et al. (2011), dass im Berner Stundenbogen angegebene geringe Selbstwerterfahrungen innerhalb der Sitzung kontrolliert an diversen Kovariaten ein stabiler Prädiktor für den vorzeitigen Therapieabbruch war. In weiteren exploratorischen Analysen ergab sich das Bild, dass Patienten, welche angaben, die Gruppentherapie aus Unzufriedenheit abgebrochen zu haben, zuvor weniger Selbstwerterfahrungen, globale Allianz und Klärungserlebnissen in den Sitzungen wahrgenommen hatten.

Einzelfallstudien wie diejenige von Edwards & Kannan (2006) sind ein anderer Zugang zur mikroanalytischen Erforschung von Therapieprozessen. In dieser Studie konnte das KVT-Modell der sozialen Phobie bei zwei Patienten mit sehr unterschiedlichen Therapieverläufen bestätigt werden. Zudem werden hier Vorteile des Gruppensettings in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung der sozialen Phobie deutlich.

Mit ausgesuchten Items der Group Environment Scale (GES) untersuchten Oei & Browne (2006) den Therapieprozess einer KVT-Gruppentherapie für Angst und Depression. Größere Ausdrucksfähigkeit, Unabhängigkeit und geringe Unterstützung des Leiters in den Patientenbewertungen sagten signifikant Post-Angst- und Depressionswerte voraus. Es zeigte sich hier jedoch kein Zusammenhang der Kohäsionswerte und Selbstentdeckungswerte mit dem Rückgang der Depressionswerte. Unzureichende Aussagen über die psychometrischen Gütekriterien der GES (vgl. Abschnitt 2.4.3) müssen bei der Interpretation dieses Ergebnisses berücksichtigt werden.

Hilbert et al. (2007) bestätigten auch für KVT- und IPT-Gruppentherapien mit Patienten mit Binge Eating Disorder die Relevanz der Gruppenkohäsion für den Therapieerfolg. Hier sagte bei beiden Gruppentherapien eine gering wahrgenommene Gruppenkohäsion zu Therapiebeginn die Non-Response in der 1-Jahres-Katamnese voraus. Die therapeutische Allianz hingegen war kein relevanter Prädiktor. Einflussfaktoren auf eine gering wahrgenommene Kohäsion waren stärkere interpersonelle Probleme und eine stärkere Symptomatik.

Taube-Schiff et al. (2007) untersuchten den Einfluss von Gruppenkohäsion auf das Ergebnis einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie für soziale Phobie. Interessanterweise wurde hier nicht ein Kohäsionswert als solcher als Prädiktor überprüft, sondern die Veränderung der Kohäsion zwischen zwei Messzeitpunkten. Die Kohäsionswerte wurden in der Mitte und am Ende der Gruppe erhoben. Sie stiegen zwischen diesen Messungen an. Die Steigerung der Kohäsion hing signifikant mit der Verbesserung der sozialen Ängste, genereller Angstsymptomatik, Depression und Funktionsbeeinträchtigung zusammen.

Zwei Arbeiten von Delsignore und Kollegen untersuchten die Zusammenhänge von Therapieerfahrungen (Delsignore, 2008) und wahrgenommener Verantwortung für Veränderung (Delsignore, Carraro, Mathier, Znoj, & Schnyder, 2008) mit dem Therapieergebnis bei Patienten einer KVT-Gruppentherapie für soziale Phobie. Es zeigte sich, dass die von Therapeuten eingeschätzte Mitarbeit der Patienten den Therapieerfolg bei Patienten mit negativer Therapieerfahrung (kontrolliert an der Ausgangssymptomatik) vorhersagen konnte. Therapieunerfahrene Patienten profitierten am meisten, Patienten mit subjektiv positiven Therapieerfahrungen am wenigsten von der Behandlung.

In der zweiten Studie (Delsignore et al., 2008) waren Patienten mit niedriger externaler Kontrollerwartung erfolgreicher. Diese niedrige externe Kontrollerwartung führte im Therapieprozess zu höherer therapiebezogener Selbstwirksamkeit, zu stärkerem eigenem Engagement des Patienten und dadurch vermittelt zu einem stärkeren Rückgang der Angst- und Allgemeinsymptomatik.

Bezogen auf einen stepped-care Ansatz mit einer stationären Problemlösegruppe und anschließender Nachbehandlung mit einer Internet-Chat-Gruppe untersuchten Haug, Sedway & Kordy (2008) verschiedene Prozessvariablen. Die Zufriedenheits- und Prozesswerte stiegen im Gruppenverlauf in beiden Settings signifikant an. Beim Übergang von stationärer Gruppe zur Internetgruppe gingen die Werte in emotionaler Reaktivität und Aktivität stark zurück und stiegen danach langsam wieder an.

Johnson et al. (2008) untersuchten Zusammenhänge von Patientenvariablen und Allianzeinschätzungen der Patienten bei einer kognitiv-behavioralen und supportiven Gruppentherapie für Schizophrenie. In den Mehrebenenanalysen zeigten sich die höhere Einsichtsfähigkeit auf Gruppenebene, als auch die geringere autistische Selbstaufmerksamkeit und ein geringeres soziales Funktionsniveau auf Patientenebene als Prädiktoren der Allianzwerke in der Mitte der Behandlung. Die Allianzwerke hingen signifikant mit der durch Therapeuten gerateten Compliance und der Teilnahmerate an den Sitzungen zusammen.

Bei einer verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie mit an Brustkrebs erkrankten Frauen fand Morillo-Falero (2009) einen signifikanten Anstieg der Kohäsionswerte im Stuttgarter Bogen zwischen der 2. und 9. Gruppensitzung. Eine zu Gruppenbeginn wahrgenommene

hohe Kohäsion hing mit dem Rückgang der Symptomatik zusammen. Patienten mit niedrigen Kohäsionswerten zu Beginn der Gruppentherapie zeigten dagegen kaum Veränderungen in den Outcome-Maßen.

Auch in psychoedukativen Gruppen mit schizophren erkrankten Patienten sind die subjektiven Sitzungsbewertungen im Stundenbogen von Bedeutung, wie Pitschel-Walz et al. (2011) zeigten. Insgesamt zeigten sich auch hier hohe Zustimmungsraten und ein ansteigender Verlauf der Bewertungen über die Gruppe hinweg. Insbesondere die Items zur Therapiebeziehung und zur Hilfestellung bei der Problembewältigung wurden hoch eingeschätzt. Signifikante Korrelationen der Bewertungen zeigten sich zum Feedbackfragebogen und zur Compliance. Alter und Psychopathologie waren Prädiktoren der Sitzungsbewertungen. Je älter die Patienten waren und je weniger stark die Symptomatik ausgeprägt war, desto positiver wurden die Items eingeschätzt. Die Bewertungen konnten ihrerseits allerdings nicht den objektiven Wissenserwerb vorhersagen.

2.3.6 Zwischenergebnis zur Gruppenpsychotherapieforschung

Gruppenpsychotherapien sind von ihrer Effektivität her vergleichbar mit Einzelpsychotherapien. Es existieren jedoch erheblich weniger Forschungsergebnisse für diese ökonomische Alternative zur Einzeltherapie.

Bei den depressiven Diabetespatienten in dieser Studie ergibt sich durch das Gruppensetting zusätzlich der Vorteil, dass Techniken der multimodularen Verhaltenstherapie in der Gruppe besser realisierbar sind als in der Einzeltherapie, wie z.B. Interventionen zum Training sozialer Kompetenzen. Auch hinsichtlich des Ziels der Aktivitätensteigerung, der Verminderung der Neigung zu sozialem Rückzug und depressiver Verstimmtheit, lässt sich der Gruppenkontext durch die Planung von Freizeitaktivitäten und gegenseitiger Unterstützung nutzen.

Es gibt Befunde, nach denen die Abbruchraten in der Gruppentherapie hoch sind und zusätzlich auch hier die Gefahr von Misserfolgen und Verschlechterungen durch Therapie besteht. Insofern soll diese Untersuchung einen kleinen Anteil daran haben die Forschungslücke bezüglich von Therapieprozessen bei kognitiv-behavioralen Gruppentherapien zu schließen. Die Studie soll Erkenntnisse darüber liefern ob Patientenbewertungen bezüglich verschiedener Aspekte der Gruppensitzungen einen Therapieerfolg frühzeitig vorhersagen können.

Die vorliegende Untersuchung fällt als Prozessevaluation von Patientenmerkmalen (Patientenbewertung), der Therapeutenmerkmale (Therapeutenbewertung) und Klein-

gruppenprozessen (Gruppenentwicklung) in verschiedene Bereiche des Ordnungsmodells zur Vorhersage des Therapieerfolgs nach Burlingame et al. (2004).

Nach dem derzeitigen Forschungsstand der Gruppentherapieforschung gibt es bereits eine ermutigend, vielversprechende Evidenz für die in dieser Studie untersuchten Aspekte der frühen Formatierung der Gruppe, des Gruppenklimas und der Gruppenentwicklung.

Beim Überblick der Literatur bezüglich der Patientenmerkmale als Einflussfaktoren auf den Prozess- und das Ergebnis von Gruppentherapien lässt sich allgemein festhalten, dass im Gegensatz zu Ergebnissen von geringer Evidenz zu vor der Behandlung erhobenen Prädiktoren, sich gute Prognosen mit während der Behandlung erhobenen Merkmalen treffen lassen.

Soziodemographische Patientenfaktoren spielen dabei so gut wie keine Rolle. Wie der Überblick der bisher am besten gesicherten Prädiktoren **vor** Therapiebeginn in Tabelle 2.5 zeigt, sind es zusammenfassend vor allem Einstellungen zur Behandlung (Erwartungen, Motivation), psychologische Fertigkeiten (Selbstreflexion, Toleranz neg. Gefühle) und interpersonale Fertigkeiten (Empathie, Hilfestellung geben), welche den Erfolg eines Patienten durch eine Gruppentherapie vorhersagen können.

Zu Beginn und während der Gruppentherapie sind gesicherte Prädiktoren auf Patientenseite die Ansprechbarkeit, mit den Zielen der Gruppe konforme Erwartungen, eine gute therapeutische Beziehung, Allianz und Kohäsion, Attraktivität der Gruppe und weiterhin eine hohe Motivation und Interaktionskompetenz.

Diese Erkenntnisse decken sich weitgehend mit der Formulierung der sogenannten instrumentellen Gruppenbedingung als grundlegende Gruppenwirkfaktoren (Grawe, 1980): Kohäsion/ Akzeptanz, Offenheit/ Selbstoffenbarung, Optimismus/ Vertrauen und Arbeitshaltung. Die Forschungsergebnisse der Wirkfaktorenforschung bestätigen ebenfalls diese Ergebnisse, auch wenn es u.a. aufgrund von Uneinigkeit bezüglich der Definitionen von Wirkfaktoren und Erfolgsmaßen sowie verschiedener Messinstrumente widersprüchliche Ergebnisse gibt. Insgesamt belegen jedoch die u.a. auch tabellarisch vorgestellten Studien zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien, dass die instrumentellen Gruppenbedingungen allgemein, Beziehungsfaktoren (Kohäsion, Allianz) und Erfolgserwartungen eine Rolle darin spielen, Veränderungen auch bei diesen oft manualstrukturierten Behandlungen in die Wege zu leiten und aufrechtzuerhalten.

Auch bei der Forschung zur Gruppenentwicklung hat sich analog bestätigt, dass vor allem die Therapieeingangsphase (Remoralisierungsphase) von entscheidender Bedeutung für den weiteren Therapieverlauf in der Remediations- und Rehabilitationsphase und den Erfolg von Gruppentherapien ist (Howard et al., 1993).

Bezüglich von erfolgsversprechenden Therapeutenvariablen scheint Strukturierung und Transparenz, eine größere Aktivität, Wärme, Offenheit, Empathie, aber auch die Beachtung von Gruppenprozessen relevant zu sein. Um therapeutisches Basisverhalten und insbesondere eine gute Gruppenatmosphäre und Zuversicht bei den Patienten zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, muss der Therapeut die intrapersonelle Ebene des einzelnen Patienten, die Gesamtgruppe und die Ebene interpersoneller Beziehungen bedenken. Die Gruppentherapiestundenbögen sollen durch die Einbeziehung der verschiedenen Perspektiven dem Therapeuten eine Hilfestellung hierzu geben und die aus der Literatur bekannten Therapeuten-Fehler vermeiden helfen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Bemühungen, die Ansprechbarkeit auf die Gruppentherapie zu erhöhen besonders wichtig sind. Dazu gehört es Merkmale der Reaktion auf die beginnende Gruppentherapie von erfolgreichen Gruppenpatienten im Gegensatz zu nicht erfolgreichen Patienten und Abbrechern zu benennen, um eine adaptive Indikationsstellung für die Praxis zu erleichtern. Scheinbar hat der Abgleich von Patientenerwartungen mit der Gruppenrealität in den ersten Sitzungen und das Therapeutenverhalten entscheidenden Einfluss.

Somit macht es Sinn die Reaktionen des Patienten und Therapeuten auf die Gruppensitzungen empirisch zu erheben, wie dies mit den in dieser Untersuchung eingesetzten Stundenbögen geschieht.

2.4 Verfahren zur Erhebung von Prozessdaten in der Psychotherapie

Im Folgenden wird zunächst allgemein auf die verschiedenen Erhebungs- und Erfassungsebenen in der Prozessforschung eingegangen. Im Weiteren werden in der Literatur vorliegende Sitzungsbewertungsinstrumente der Einzel- und Gruppentherapie näher beschrieben. Die Sichtung der Instrumente erfolgte unter Einbezugnahme der gängigen Datenbanken (Psyndex, Psychinfo, Pubmed, Web of Knowledge, Kataloge der Universitätsbibliotheken Mainz und der Freien Universität und Humboldt Universität Berlin) bis Februar 2006 zur Entwicklung der Instrumente und erneut bis Sommer 2012.

2.4.1 Erhebungsmethoden und Erfassungsebenen in der Prozessforschung

Erhebungsmethoden zur Erfassung der Prozessqualität von Interventionen werden aufgrund der Verpflichtung zu qualitätssichernden Maßnahmen in der Psychotherapie seit den 1990er Jahren stärker beachtet. Hier werden unter anderem auch Therapie- und Sitzungsbewertungen bzw. Zufriedenheitsangaben der Patienten als ein Qualitätsmerkmal der Prozess- und Ergebnisqualität erfasst. Patientenzufriedenheit gehört u.a. zu den Zielen therapeutischer Interventionen und beeinflusst seinerseits den Behandlungsverlauf, da sie die Behandlungsmotivation und Compliance begünstigt (Glass & Arnkoff, 2000). Da Patientenzufriedenheit in der Psychotherapie jedoch das Produkt eines komplexen, psychosozialen Regulationsprozesses ist, gibt es durchaus Kritik an der direkten Übertragung der Konsumentenzufriedenheit aus der Marktwirtschaft in die „Patient Satisfaction“-Forschung der medizinischen und psychiatrischen Qualitätssicherung (Hannöver, Dogs, & Kordy, 2000; Jacob & Bengel, 2003).

Die Erfassung von Verlaufs- und Prozessdaten in der Psychotherapie mittels unstrukturierter Stundenerfassungsbögen bis hin zu standardisierten Stundenbögen wird ebenfalls unter dem Aspekt der Dokumentation von Psychotherapie betont. Die Verlaufsdocumentation soll neben ihrer deskriptiven Funktion vor allem der Erhöhung der Transparenz und der Verbesserung der therapeutischen Selbstkontrolle dienen (Laireiter, 2003).

Auch im Rahmen anwendungsorientierter Psychotherapieforschung wird die Verlaufsmessung psychotherapeutischer Veränderung in den letzten Jahren verstärkt gefordert (Barkham et al., 2001; Lambert et al., 2003; Lutz, Lambert, et al., 2006). Das kontinuierliche Monitoring von Therapieprozessen kann auch in der Gruppenpsychotherapie zur frühzeitigen und, im Gegensatz zum reinen klinischen Urteil, valideren Prognosen von therapeutischen Misserfolgen dienen. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass die kontinuierliche Rückmeldung von Therapieverläufen an den Therapeuten das Therapieergebnis verbessern kann (Berking et al., 2006; Hannan et al., 2005; Lambert et al., 2005; Lambert et al., 2003). Zur begleitenden Erfolgsvorhersage kann sowohl auf Symptome der Patienten (Lambert et al.,

2003; Lutz, Lambert, et al., 2006) als auch auf Variablen des Therapieprozesses (Flückiger, Regli, Zwahlen, Hostettler, & Caspar, 2010) zurückgegriffen werden. Eine Kombination der Variablen scheint besonders zuverlässig zu sein (Lutz, 2003).

Allgemein werden in der Prozessforschung unterschiedlichste Untersuchungsdesigns und –verfahren eingesetzt. Die Möglichkeiten reichen von experimentellen Vorgehensweisen bis zu Feinanalysen mit Hilfe von Registrierungstechniken wie z.B. Audio- oder Videoaufzeichnungen. Die Erhebungsmethoden variieren nach gewählter Beobachtungseinheit (ganzer Therapieverlauf, Episode über mehrere Sitzungen, Sitzungen an sich, Einheiten innerhalb einer Sitzung, vgl. Übersicht bei Orlinsky et al., 2004, S. 315), nach Fokus der Evaluation (Patient, Therapeut, Therapiebeziehung, Supervisor, Gesamtgruppe), nach beobachtetem Prozessmerkmal (explizites/ verbales Verhalten, implizites/ nonverbales Verhalten), nach theoretischem Hintergrund (atheoretisch, therapieschulspezifisch), nach Datenquelle (Patient, Therapeut, Fremdbeobachter) und nach Datentyp (quantitativ, qualitativ).

Hauptsächlich kommen in der Prozessforschung Fragebögen zur Bewertung von Therapiesitzungen zum Einsatz. Der Einsatz von Fragebögen hat die Vorteile, gezielt Informationen im Sinne der Fragestellung zu erfassen, ökonomisch in der Durchführung und Auswertung zu sein und testtheoretische Überprüfungen zu erlauben. Ein Nachteil kann darin liegen, dass das zu erfassende Konstrukt mit dem Fragebogen nicht umfassend genug abgebildet wird. Die Fragebögen werden von Patienten und/ oder Therapeuten und/ oder Fremdbeurteilern bearbeitet. Somit wird teilweise der Forderung nach multidimensionaler Erfassung des therapeutischen Prozesses entsprochen, in dem Messwerte aus verschiedenen Beurteilungsebenen in ihrer wechselseitigen Verschränkung analysiert werden (Elliot & James, 1989; Joyce & Kwong, 2001; Orlinsky et al., 2004). Hier besteht die Möglichkeit durch die Berücksichtigung mehrerer Erfassungsebenen die Vorteile jeder einzelnen zu nutzen und gleichzeitig deren Nachteile zu kompensieren (Elliot & Anderson, 1994; Hill & Lambert, 2004).

Prozessanalytische Untersuchungen, welche alle drei Beobachtungsebenen (Beobachter, Patient und Therapeut) mit einbeziehen, produzieren eine enorme Datenmenge, welche durch multidimensionale Analysemethoden ausgewertet werden müssen. Zur Anwendung der Forschungsergebnisse als Qualitätskontrolle für den Praktiker können die Daten durch computergestützte Analysemethoden ausgewertet und visualisiert werden (Grawe et al. 1990; Grawe & Braun, 1994, Braun, 2003, Lutz, 2003; Lutz et al. 2007). Gerade auch in der Gruppenpsychotherapieprozessforschung kann eine unbeherrschbare Anzahl von Variablen erhoben werden. Daher ist es besonders wichtig, theoretisch relevante Hypothesen zu generieren und die richtige Balance zu finden zwischen einer ausreichend guten Erfassung

der Komplexität des Gruppengeschehens und einer ökonomischen, eventuell sogar auch für den praktizierenden Gruppentherapeuten nutzbaren Methodik.

Im Folgenden wird genauer auf die Perspektivebenen eingegangen, da diese Untersuchung Instrumente auf der Ebene der Patienten- und Therapeutenbewertung einsetzt. Für eine ausführlichere Darstellung von weiteren methodologischen Aspekten der Prozessforschung sei auf Hill & Lambert (2004, S.84ff) verwiesen.

Variablen der Ebene der **Fremdbeurteilung** basieren auf der Annahme, dass Psychotherapie das Ergebnis bestimmter sozialer Interaktionen von Patient und Therapeut ist, die sich auf der Verhaltensebene durch unbeteiligte Beobachter beschreiben lassen. Somit wird hier nur ein Aspekt des therapeutischen Geschehens betrachtet, auch wenn dies eventuell mit größerer Objektivität geschieht (Czogalik, 1999). Jedoch können auch Beurteilungen von Fremdbeobachtern systematischen Verzerrungen unterliegen, wie z.B. dem Einfluss von Gefühlen, Einstellungen und Vorerfahrungen in der Bewertungssituation. Traditionell spielen Fremdbeurteilungsdaten eine große Rolle in der Psychotherapieprozessforschung, wie z.B. im Handbuch von Greenberg & Pinsof (1986) oder bezüglich der Gruppentherapieprozessforschung bei Fuhriman & Packard (1986) und Fuhriman & Burlingame (1994) deutlich wird. Für den Einbezug von Einschätzungen nicht teilnehmender Beobachter als Fremdrater liegen für die Einzel- und Gruppentherapie Instrumente wie, z.B. die Structural Analysis of Social Behavior (SASB; Benjamin, 1974), die Heuristik- Skalen (Ambühl, 1996), die Kieler- Gruppen- Psychotherapie- Prozess- Skala (KGPPS; Strauß, Burgmeier-Lohse, Rohweder, & Wienands, 1996), die Hamburger Psychotherapie Prozess Skala (HaPPS; Watzke, 2002) oder die Group Psychotherapy Intervention Rating Scale (Chapman, Baker, Porter, Thayer, & Burlingame, 2010) vor. Diese Instrumente werden oft ebenfalls für die Überprüfung der Manualtreue und Unterscheidbarkeit der Behandlungen in Therapievergleichsstudien genutzt. Bezogen auf Gruppentherapien gibt es zusätzlich soziometrische Instrumente, welche die Fremdeinschätzung durch andere Gruppenmitglieder beinhalten, wie z.B. der Gruppenbeurteilungsbogen (Grawe et al., 1978), das Soziogramm (Hess, 1996a) oder das SYMLOG-Rating-Verfahren (Bales, Cohen, & Williamson, 1982). Auch kann die Gruppe als Ganzes von Fremdbeurteilern z.B. durch das Matrix-Representation- Grid (Ahlin, 1996) bewertet werden.

Selbstbeurteilungsdaten von Patienten bezüglich der subjektiven Erfahrungen und Veränderungen im Rahmen von Psychotherapien sind bis heute die bevorzugte Methode der Beschreibung psychotherapeutischer Prozesse, auch wenn es diesbezüglich Einwände gibt. Lange Zeit galten sie als wissenschaftlich weniger valide als das Urteil externer, unabhängiger Beobachter. Als problematisch an der einseitigen Ausrichtung auf die Datenquelle der Patientenbewertung wird teilweise angesehen, dass bewusste oder unbewusste Informationsverzerrungen, persönliche Einstellungen, situationale Bedingungen,

Selbstdarstellungstendenzen und soziale Erwünschtheit zu Verzerrungen führen können. Auch seien z.B. in der Wirkfaktorenforschung die meisten therapeutischen Wirkfaktoren auf einem erhöhten Abstraktionsniveau formuliert und somit möglicherweise von teilnehmenden Patienten nicht valide einzuschätzen (Tschuschke, 1996b, 2001c). Was das Erleben in der Psychotherapie angeht, kann jedoch einzig der betroffene Patient selbst, welcher maßgeblich den Veränderungsprozess mitbestimmt, Auskunft geben. Diese Informationsquelle ist durch Beobachter nicht ersetzbar. Es ist nachvollziehbar, dass Patienten selbst am besten über die individuelle Wahrnehmung der Therapieprozesse berichten können, da sich ein Patient beispielsweise in der Gruppe isoliert fühlen kann, auch wenn der Therapeut oder ein externer Beobachter die Gruppenkohäsion als sehr hoch wahrnehmen. Rossel (1994) wies zusätzlich auf positive Auswirkungen eines Patientennachbearbeitungsbogens für Therapiesitzungen (siehe Abschnitt 2.4.2) wie beispielsweise die Therapiedauer, Zufriedenheit, Motivation und das Selbstmanagement hin.

Es gibt Hinweise darauf, dass Selbstbeurteilungen von Patienten den vergleichsweise größeren Teil der Varianz der Erfolgskriterien aufklären, wie z.B. in einer Metaanalyse bzgl. der Einschätzung von Allianz (Horvath & Symonds, 1991). Die von Patienten wahrgenommene Allianz scheint nach diesen Ergebnissen das Therapieergebnis besser vorherzusagen, als die von Fremdbeurteilern eingeschätzte Allianz. Zahlreiche Studien der letzten Jahrzehnte konnten wiederholt die Prozess- und Outcome- Validität von Patientenstundenbögen belegen (Burlingame et al., 2004). Es wird sogar von einer validen Vorhersagekraft des Therapieerfolgs bzw. Misserfolgs oder Abbruch durch Selbstbeurteilungsdaten der ersten Sitzungen ausgegangen (Ambühl, 1993; Braun, 2003; Elliot & James, 1989; Flückiger et al., 2011; Flückiger et al., 2005; Grawe & Braun, 1994; Höger & Eckert, 1997; Kersting et al., 2002; Orlinsky & Howard, 1986; Regli et al., 2004; Schindler, 1991).

Der Zusammenhang von Sitzungsbewertungen zum Therapieerfolg kann theoretisch anlehnend an allgemeine Modelle, wie z.B. das Generische Modell (Orlinsky & Howard, 1986) oder auch das Duale Modell der Psychotherapie (Schulte, 1996) dadurch erklärt werden, dass diese Einschätzung ein Indikator für Aspekte wie Erfolgserwartungen, Veränderungsmotivation, Involviertheit und die Ansprechbarkeit des Patienten, d.h. für seine Aufnahmebereitschaft und Offenheit für psychotherapeutische Interventionen ist. Diese Aufnahmebereitschaft bzw. das therapeutische Basisverhalten ist eine wesentliche Bedingung für den Therapieerfolg (Ambühl, 1993; Schulte & Eifert, 2002). Dies wurde sowohl für Einzelpsychotherapien und Teilaspekte des Basisverhaltens (z.B. Klapheck & Michalak, 2009), als auch für Gruppentherapien bestätigt. Dabei können Selbsteinschätzungen von Patienten eine reliable Differenzierung sowohl zwischen verschiedenen Settings, Therapiekonzepten als auch zwischen verschiedenen Erfolgsgruppen ermöglichen (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990; Regli et al. 2004). Die Befunde entsprechen weiterhin Annahmen

der Konzeptualisierung des Therapieprozesses von Kanfer et al. (1990) bzw. dem Phasenmodell der Psychotherapie von Howard et al. (1993) mit der Betonung der Relevanz von Remoralisierung zu Therapiebeginn. In allen Therapieprozessmodellen wird weiterhin angenommen, dass ein gutes Arbeitsbündnis zwischen Patient und Therapeut als ein Aspekt der Ansprechbarkeit auf Therapie eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie ist. Psychotherapie kann ohne Mitwirkung des Patienten nicht wirksam werden und gerade daher ist es wichtig mit einzubeziehen, welche Wahrnehmungen Patienten von ihrer Erkrankung, der Behandlung und dem Therapeuten haben (Schulte & Eifert, 2002).

Therapeuteneinschätzungen haben im Gegensatz zum Patienten- und Fremdurteil den Vorteil, auch situative Merkmale und Hintergründe des Patienten mit einbeziehen zu können. Jedoch ist es auch hier möglich, dass die Einschätzungen einer selbstwertdienlichen oder selbstkritischen Verzerrung unterliegen (Elliot & James, 1989). Bei Carrol et al. (1998) zeigten sich sehr geringe Übereinstimmungen von Therapeuten- und Fremdbeobachter-Ratings bezüglich der in der Sitzung durchgeführten kognitiv- verhaltenstherapeutischen Interventionen. Die Therapeuten gaben stets an, mehr Interventionen durchgeführt zu haben als die Beobachter dies rateten, sei es, dass die Therapeuten schon ihre bloße Intention einer Intervention als solche werteten oder die Beobachter durch selektive Videoausschnitte die Anzahl der Interventionen unterschätzten. Auch Hurlburt et al. (2010) zeigten, dass die Übereinstimmung von Therapeuten- und Beobachterangaben in Kinder- und Jugendtherapien sehr niedrig war und Therapeuten stets eine größere Anzahl verfolgte Ziele und Therapiestrategien angaben. In anderen Untersuchungen stellte sich heraus, dass das therapeutische Urteil zur Therapieprognose sehr ungenau ist (Chapman et al., 2012; Schulte & Meyer, 2002).

Therapeutenstundenbögen können neben der Erfassung von Prozessdaten aus einer weiteren Perspektive dazu beitragen, den Therapeuten nach jeder Sitzung an die Basiselemente des Therapiekonzeptes bzw. Manuals zu erinnern, sein eigenes therapeutisches Handeln zu überdenken und so zu einer kontinuierlichen Verbesserung des therapeutischen Handelns beitragen. Ebenfalls können Therapeutenstundenbögen in der Supervision hilfreich sein, gerade um die Selbstwahrnehmung des Therapeuten mit der Fremdbewertung eines Supervisors zu vergleichen. Im Rahmen der Prozess-Outcome Forschung ist es durch Therapeutenbewertungen möglich zu untersuchen welche Methoden und Interventionen Therapeuten verstärkt manualbezogen oder patientenbezogen bzw. unabhängig vom vorgegebenen Manual in welcher Therapiephase anwenden und wie dies den Outcome beeinflusst (z.B. Schulte & Eifert, 2002; Caspar & Grosse Holtforth, 2009). In der Gruppentherapieforschung ist der Gruppentherapeut jedoch bisher selten Gegenstand der Forschung, was daran deutlich wird, dass es sehr wenige Messinstrumente in diesem Bereich gibt (siehe Abschnitt 2.4.3).

Von Interesse ist bezüglich der Berücksichtigung verschiedener Bewertungsperspektiven die **Übereinstimmung von Bewertungen aus Patienten- und Therapeutenperspektive** bei der Sitzungsbewertung. In den bisher dazu durchgeführten Studien hat sich gezeigt, dass die Korrelationen zwischen den in der Psychotherapieforschung relevanten Datenquellen der Patienten-, Therapeuten- und Beobachterperspektive allgemein nicht sehr hoch sind, sondern eher im mittleren, z.T. auch unteren Bereich liegen (Carroll et al., 1998; Chapman et al., 2012; Elliot & Anderson, 1994; Hurley, 1989; Krampen & Wald, 2001; Orlinsky et al., 2004; Phipps & Zastowny, 1988; Taft et al., 2003; Watzke, 2002). Dies wird dadurch erklärt, dass die verschiedenen Datenquellen scheinbar eigenständige und somit zusätzliche Informationen erbringen, die einzeln für sich genommen von Bedeutung und nicht gegeneinander austauschbar sind. Daher sind Daten aus verschiedenen Perspektiven als Prädiktoren für erfolgreich verlaufende Therapien möglicherweise unterschiedlich gut geeignet:

„This suggests that observers, clients and therapists sometimes agree but often see things differently, each capturing important but differing aspects of the phenomenon. It seems likely that in general, the three perspectives are divergent but valid.” (Elliot & James, 1994; S.72)

Es wurde wiederholt u.a. in der Forschung zur therapeutischen Beziehung/ Allianz für die Einzel- und die Gruppentherapie gezeigt, dass Patientenangaben wesentlich besser den Therapieerfolg vorhersagen, als Therapeutenangaben (Horvath & Symonds, 1991; Ambühl, 1993; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Joyce et al. 2007). Piper et al. (2005) beschreiben ebenfalls, dass in zwei Formen von Kurzzeitgruppentherapie die von Patienten und Therapeuten eingeschätzte Allianz unterschiedlich mit dem Therapieergebnis zusammenhing: die patientenseitige Allianz zu Beginn (in den ersten vier Sitzungen) und der lineare Zuwachs der Allianz über den Gruppenverlauf hinweg hingen direkt mit einem positiven Therapieergebnis zusammen, wohingegen es keine Zusammenhänge zur therapeutenseitigen Allianz gab. In einer Metaanalyse von Sharf et al. (2010) zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten-, Therapeuten-, oder Beobachtereinschätzungen von Allianz.

Nach Marquet (2008) scheint es, wie auch in ihrer eigenen Untersuchung zur Erfassung von Kohäsion in Gruppentherapien, eher Übereinstimmungen der verschiedenen Raterquellen zu geben, wenn die Rater denselben Fragebogen beurteilen oder wenn der Beurteiler bzw. Therapeut das Konstrukt für jedes einzelne Gruppenmitglied einschätzt. Kaum Übereinstimmung findet sich hingegen bei der jeweiligen Einschätzung verschiedener Systeme oder Verfahren. Therapeuten und Patienten haben scheinbar eine unterschiedliche Beurteilung von Veränderungen. Therapeuten stellen stärker die Symptomveränderung in den Mittelpunkt und Patienten nehmen eher die Veränderungen im Selbstkonzept und ihrer

allgemeinen psychischen Verfassung wahr. Dies kann ebenfalls bei der Erfassung von Therapieerfolgsmaßen berücksichtigt werden (Michalak et al., 2003; Schulte, 2005).

Schulte & Meyer (2002) zeigten, dass die Erfolgseinschätzung und Erfolgsprognose von Psychotherapeuten in ihrer Studie nicht valide war. Es zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zum später selbsteingeschätzten bzw. von den Patienten eingeschätzten Therapieerfolg oder zur Symptomveränderung bei Therapieende, ganz im Gegenteil zur valideren Erfolgseinschätzung der Patienten selbst. Nach den Autoren orientieren die Therapeuten sich mehr in heuristischer als in systematisch-rationaler Art und Weise bei der Sitzungsbeurteilung an der Akzeptanz vs. Ablehnung der Patienten, welche sich auch auf die Stimmung der Therapeuten auswirkt. Die Therapeuten verlassen sich auf ihre subjektiven, wenig validen Erfolgsprognosen und treffen daraufhin teilweise ungünstige Behandlungsentscheidungen im Therapieprozess, z.B. zu häufige und zu schnelle Methoden- oder Zieländerungen (Schulte & Eifert, 2002). Möglicherweise könnte dies der Grund dafür sein, dass manualisierte Therapien, nicht-manualisierten Therapien überlegen sind (z.B. Wilson, 1996), da Therapeuten hier daran gehindert werden, vorschnell das therapeutische Vorgehen ausgehend von ihrer invaliden Erfolgseinschätzung zu verändern.

Auch für die Gruppentherapie kommen Chapman et al. (2012) in einer aktuellen Studie zur Vorhersagegüte der Therapeuteneinschätzungen für den Therapieerfolg und die Therapiebeziehung zu einem ähnlichen Ergebnis. Hier unterschätzten die Therapeuten die Anzahl der Patienten, welche sich durch die Gruppentherapie verschlechterten. Auch stimmten ihre Einschätzungen nicht mit Patientenbewertungen der Beziehungen in der Gruppe überein. Die Autoren empfehlen Gruppentherapeuten daher die Verwendung von Prozess- und Feedbackinstrumenten.

Schulte und Meyer (2002) kommen zu folgender, für diese Untersuchung bedeutsamen Schlussfolgerung:

„Auf jeden Fall erscheint es ratsam, daß die Therapeuten ihre Entscheidungen über ihr Vorgehen an objektiveren Daten ausrichten und weniger an ihren wenig validen Einschätzungen, selbst wenn sie sich dieser Urteile subjektiv sicher sind. Es wird Aufgabe der Forschung sein, dafür mehr brauchbare Kriterien und Meßinstrumente zu entwickeln und vor allem bekannt zu machen“ (Schulte & Meyer, 2002, S.60).

2.4.2 Stundenbögen für die Einzeltherapie

Die Stunden- bzw. Sitzungsbeurteilungsbögen für die Einzeltherapie sollen kurz überblickshaft vorgestellt werden, obwohl in dieser Studie eine Gruppentherapie evaluiert wird. Die Einzeltherapieinstrumente interessieren an dieser Stelle insofern, als dass es hier eine größere Anzahl publizierter Instrumente zur Erfassung sowohl der Patienten- als auch der Therapeutenperspektive gibt und die Gruppentherapiestundenbögen teilweise aus Einzeltherapiebögen weiterentwickelt worden sind.

Die vorgestellten Instrumente variieren in Inhalten, Zielpersonen (Patient und/ oder Therapeut), praktischer Anwendbarkeit und psychometrischer Validität. Ein Überblick wird in Tabelle 2.9 gegeben.

Tabelle 2. 9: Übersicht über Sitzungsbeurteilungsverfahren für die Einzeltherapie

Instrument	Beschreibung
TSR Therapy Session Report Orlinsky & Howard (1966)	<ul style="list-style-type: none"> • 166 / 167 Items • Patienten – und Therapeutenversion • Bereiche: Gesamteinschätzung der Sitzung Behandelte Themenbereiche Erhofftes Ergebnis der Sitzung Eigene Gefühle und Verhaltensaspekte Qualitative Entwicklung Zufriedenheit während der Sitzung Verhalten und Gefühle des Therapeuten
SEQ Session Evaluation Questionnaire Stiles (1980) Stiles et al. (1994)	<ul style="list-style-type: none"> • 27 Items (bipolare Adjektivpaare) • Patienten- und Therapeutenversion • Inhalt: 3 Skalen: <ol style="list-style-type: none"> 1. "depth / value" 2. "smoothness / ease" 3. Therapeutenevaluation
SB Stundenbeurteilung- Selbstbeurteilungsverfahren Schindler, Hohenberger-Sieber & Hahlweg (1990)	<ul style="list-style-type: none"> • 20 Items • Patienten- und Therapeuten Version • Inhalt der Patientenversion (SB-K): Erwartungen, Transparenz, Aktivität und Zusammenarbeit, Selbstkontrolle, Zuversicht und globale Zufriedenheitseinschätzung (0-100%) • Inhalt der Therapeutenversion (SB-T): Erwartungen an die Sitzung, Struktur und Stringenz, Motivierung, Anleitung, Information, neue Erkenntnisse sowie Fortschritt und Bestätigung und globale Zufriedenheitseinschätzung (0-100%)
SIS Session Impact Scale Elliot & Wexler (1994)	<ul style="list-style-type: none"> • 17 Items • Patientenversion • Inhalt: 3 Skalen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemlösung (Task Impacts) 2. Therapiebeziehung (Relationship) 3. Erleben negativer Emotionen (Hindering Impacts)
Nachbearbeitungsbogen für die Therapiesitzung Rossel (1994)	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenbezogen • Inhalt: 4 Items zu Zufriedenheit mit dem Verlauf der Stunde, eigenem Verhalten, Therapeutenverhalten und Fortschritten Offene Fragen zum Inhalt der Sitzung, nicht behandelten Themen, „Aufgaben“ bis zur nächsten Sitzung
HAQ „Helping Alliance Questionnaire“ Bassler, Potratz & Krauthauser (1995) (Originalversion: Luborsky et al., 1983)	<ul style="list-style-type: none"> • 12 Items • Bearbeitung von Patient / Therapeut möglich • Inhalt: 2 Skalen <ol style="list-style-type: none"> 1. Beziehungszufriedenheit 2. Erfolgsmotivierung

Instrument	Beschreibung
KEB Klienten-Erfahrungsbogen Eckert (1976)	<ul style="list-style-type: none"> • 14 Items • Patientenbezogen • Keine klare Faktorenstruktur
BIKEB Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen Höger & Eckert (1997)	<ul style="list-style-type: none"> • 25 Items • Patientenbezogen • Inhalt: 6 Skalen <ol style="list-style-type: none"> 1. Zurechtkommen mit Therapeut 2. Zurechtkommen mit sich selbst 3. Erleben von Veränderung 4. Persönliche Sicherheit und Zuversicht 5. Beruhigung 6. Körperliche Entspannung vs. Erschöpfung und ein „allgemeines“ Beurteilungssitem
Berner Stundenbogen Version 93 Grawe & Braun (1994)	<ul style="list-style-type: none"> • 22 bzw. 27 Items • Patienten- und Therapeutenversion
Berner Stundenbogen 2000 Regli & Grawe (2000) Flückiger et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Inhalt: 8 Skalen der Patientenversion: <ul style="list-style-type: none"> Therapiebeziehung, Selbstwerterfahrungen, Bewältigungserfahrungen, Klärungserfahrungen, Therapiefortschritte, Aufgehoben sein, Direktivität des Therapeuten, Kontrollerfahrungen, Problemaktualisierung • 11 Skalen der Therapeutenversion: <ul style="list-style-type: none"> Therapiebeziehung, Offenheit, Therapiefortschritte, Interaktionelle Schwierigkeit, Problembewältigung, Bezug zur realen Lebenssituation, Motivationale Klärung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Anstrengungsbereitschaft, Interkationelle Perspektive • Kurzform von Braun (2003) mit 19 bzw. 4 Items
STEP Stundenbogen für die Einzel-Psychotherapie und –Beratung Krampen & Wald (2001)	<ul style="list-style-type: none"> • 12 Items • Patienten- und Therapeutenversion • Inhalt: 3 Skalen <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivationale Klärung und Entwicklung 2. Aktive Hilfe zur Problembewältigung 3. Therapeutische Beziehung und Unterstützung
STU-P/ STU-T Stundenbeurteilung Patient / Therapeut Schulte & Eifert (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • STU-Patient: 6 Items Inhalt: 2 Skalen <ol style="list-style-type: none"> 1. Einsicht 2. Problemlösung • STU-Therapeut: 8 Items Inhalt: 2 Skalen <ol style="list-style-type: none"> 1. Therapieerfolg 2. Therapiebeziehung
FBTS Fragebogen zur therapeutischen Strategie BAV 96 Fragebogen zum Basisverhalten Schulte & Eifert (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • FBTS: 10 Items Datenquelle: Therapeut Inhalt: 2 Skalen <ol style="list-style-type: none"> 1. Methodenorientierte Strategie 2. Prozessorientierte Strategie • BAV 96: 15 Items Datenquelle: Therapeut Inhalt: 5 Skalen <ol style="list-style-type: none"> 1. Therapienachfrage 2. Mitarbeit 3. Selbstöffnung 4. Erproben neuer Verhaltensweisen 5. Widerstand

Ursprünglich orientieren sich im englischsprachigen Raum die meisten der Stundenbögen an dem schon 1966 von Orlinsky & Howard entwickelten „**Therapy Session Report**“ (TSR). Die Autoren waren an einer möglichst erschöpfenden Analyse des Therapiesgeschehens interessiert, wodurch der umfangreiche Fragebogen in seiner überarbeiteten Form 167 Items für Patienten und 166 für Therapeuten enthält.

Ebenfalls im englischsprachigen Raum entwickelte nachfolgend Stiles (1980) den „**Session Evaluation Questionnaire**“ (SEQ) mit den Zielen der Konstruktion stabiler Dimensionen und durch nur 27 Items ökonomischerer Einsetzbarkeit. Inhaltlich bezieht der Bogen sich durch die Formulierung der Items anhand von bipolaren Adjektivpaaren stark auf die in der Sitzung erlebten Gefühle, weniger auf die Inhalte oder das Resultat der Sitzung.

In Abgrenzung dazu entwickelten Elliot & Wexler (1994) die **Session Impact Scale (SIS)**, welche in fast allen Items direkt nach der Auswirkung der vergangenen Sitzung fragt. Die drei Skalen bilden übliche Bereiche von Stundenbogenverfahren ab.

Zu den drei genannten englischsprachigen Verfahren liegt keine deutsche Übersetzung vor.

Stunden- oder Sitzungsbogen in der Prozessdiagnostik und -evaluation von Psychotherapien hatten in Deutschland ihren Ursprung im klientenzentrierten Ansatz, wie etwa Eckert (1976) mit dem „**Klienten-Erfahrungsbogen**“ (**KEB**). Sie waren daher zunächst inhaltlich eher schulenspezifisch aufgebaut, wurden aber bald auf dem Hintergrund von Plausibilitäts-erwägungen auf allgemeinere Variablen erweitert. Laut älteren Untersuchungen zeigte der KEB sich valide bei der Vorhersage des Therapieerfolges. Bei Eckert, Bolz & Pfuhlmann (1979) sagte die mit 9 Items des KEB gemessene „Ansprechbarkeit“ des Klienten 55 % der Veränderungen einer Gesprächspsychotherapie voraus. Insgesamt konnten die Autoren bereits nach der ersten Sitzung eine wenig erfolgreiche Klientengruppe von einer erfolgreichen Klientengruppe in 8 von 14 Items signifikant unterscheiden. Nach sieben Sitzungen verbesserte sich die Vorhersage auf signifikante Unterschiede in 10 von 14 Items. 1997 stellten Höger & Eckert eine überarbeitete und erweiterte Version des KEB, nämlich den „**Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen**“ (**BIKEB**) vor. Hier konnten faktorenanalytisch sechs Aspekte der Klientenerfahrung differenziert werden, welche mit jeweils vier Items beschrieben werden. Sie sollen die wesentlichen Teilbereiche des Klientenerlebens erfassen. Die Ergebnisse der Faktorenanalysen weisen jedoch Unstimmigkeiten auf, da nur die ersten drei Skalen in den Ergebnissen einem Faktor zugeordnet werden können. Weitere Analysen dazu benennen die Autoren zwar, führen diese allerdings nicht aus.

Das **Stundenbeurteilungsverfahren (SB)** von Schindler, Hohenberger-Sieber & Hahlweg (1990) soll einer detaillierten Analyse der Interaktion zwischen Therapeut und Patient dienen und den subjektiven Eindruck des Patienten und Therapeuten von der zurückliegenden Sitzung erfassen. Neben den Aspekten des Erlebens und Verhaltens wird eine globale Einschätzung der Zufriedenheit mit der Sitzung abgegeben. Das Instrument liegt, neben der Patientenversion, in einer unabhängigen Therapeutenversion vor, welche differenziert verschiedene Aspekte des Therapiegeschehens aus Therapeutesicht abfragt. Es wird ebenfalls für den Einsatz im Beratungskontext in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung vorgeschlagen. Prädiktive Validität zeigte der Stundenbeurteilungsbogen durch die Möglichkeit der Unterscheidung von erfolgreichen vs. weniger erfolgreichen Therapien schon nach den ersten Therapiesitzungen (Schindler, 1991).

Da die vorliegenden Stundenbögen entweder durch ihre therapieschulenspezifische oder sehr allgemeine inhaltliche Ausrichtung keine Bezüge zu den allgemeinen Wirkfaktoren aufwiesen, entwickelten Grawe & Braun (1994) den **Berner Stundenbogen Version 93** (siehe auch Grawe, 1998, S. 669ff). Der Stundenbogen bildete fünf Merkmale der

Prozessqualität ab: 1. Zufriedenheit mit der Therapie, 2. Fortschritte innerhalb der Therapie, 3. Fortschritte außerhalb der Therapie, 4. Qualität der Therapiebeziehung und 5. emotionale Beteiligung. Diese Skalen wurden faktorenanalytisch bestätigt und auf ihre Reliabilität hin überprüft (Grawe & Baltensperger, 1998b; Grawe & Braun, 1994).

Die Weiterentwicklung zum **Berner Stundenbogen 2000** (Flückiger et al., 2010; Regli & Grawe, 2000) wurde von Regli & Grawe (2000) mit einer neuen Skalierung (8 Skalen der Patientenversion und 11 Skalen der Therapeutenversion, vgl. Tab. 2.9) erst 2010 durch Flückiger et al. publiziert und hier von den Autoren eingehend validiert. Konfirmatorische Faktorenanalysen in verschiedenen Settings (Einzel-, Paar-, und Familientherapie) konnten die Skalierung bestätigen, obwohl die Skalen teilweise nur aus einem einzigen Item bestehen. Der Patientenstundenbogen ermöglicht dem Therapeuten ein unmittelbares Feedback über den Verlauf der Therapie. Die Autoren gehen nach Erkenntnissen von Zusammenhängen der Stundenbogenitems mit Erfolgsmaßen davon aus, dass es anhand der Sitzungsbeurteilungen durch den Patienten relativ früh möglich ist zu beurteilen, ob die Therapie erfolgreich enden wird. Dies führte dazu, die Daten bereits während der laufenden Therapie dem Therapeuten rückzumelden (Caspar & Grosse Holtforth, 2009). Die Autoren schlagen zur Visualisierung per Computer für die Forschung und Praxis ein figurationsanalytisches Computerprogramm vor, welches Prozessfigurationen auf der Ebene des Einzelfalles jedoch im Vergleich zu einer Normstichprobe abbildet (vgl. auch Grawe & Baltensperger, 1998). Idiographische Prozessfigurationen und Musteranalysen therapeutischer Verläufe werden zu Kombinations-Mustertypen therapeutischer Verläufe in größeren Stichproben verdichtet und mit Ergebnisvariablen in Beziehung gesetzt (Caspar & Grosse Holtforth, 2009; Grawe, 1998; Grawe, Caspar, & Ambühl, 1990). In der Psychotherapeutischen Praxis der Universität Bern wurden mehr als 50 % der Therapieerfolgsvarianz durch die Patienteneinschätzung im Patientenstundenbogen Version 1993 aufgeklärt (Grawe & Braun, 1994). Für die Version 2000 zeigte sich ebenfalls in mehreren Studien ein Zusammenhang mit Therapieerfolgsmaßen (Flückiger & Grosse Holtforth, 2008; Flückiger et al., 2005; Grosse Holtforth, Grawe, & Castonguay, 2006; Stangier, Von Consbruch, Schramm, & Heidenreich, 2010; Tschacher, Ramseyer, & Grawe, 2007). Braun (2003) stellte eine Kurzform des Berner Stundenbogens mit 19 Items und eine Minimalform mit vier Items vor und entwickelte Heuristiken für die psychotherapeutische Praxis zur Prozessdiagnostik und adaptiven Indikation im Therapieverlauf mit diesen Instrumenten.

Der regelmäßige Einsatz von Stundenbogenverfahren zur Erhebung der Prozessqualität wird generell für die psychotherapeutische Praxis empfohlen. Neben der Funktion einer qualitätssichernden Maßnahme beschreibt Rossel (1994) die positiven Auswirkungen seines eher offen gehaltenen **Nachbearbeitungsbogens** für den therapeutischen Prozess als solchen. Nach den Ergebnissen seiner Studie führt der Einsatz des Instrumentes zu einer kürzeren Therapiedauer, höherer Zufriedenheit mit der Therapie, den einzelnen Sitzungen und eigenen Fortschritten, sowie zur Förderung von Motivation und Selbstmanagement.

Bassler, Potratz & Krauthauser (1995) übersetzten den bekannten „**Helping Alliance Questionnaire**“ (**HAQ**) von Luborsky et al. (1983) und fanden bei einer Validierung Hinweise auf zwei immanente Faktoren (Beziehungszufriedenheit und Erfolgsweltzufriedenheit). Sie konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass die Sensibilität des Messmittels erlaubt, Veränderungen im Therapieprozess zu erkennen. Allerdings korrelierte der Gesamtwert des HAQ und die beiden Subskalen nur unwesentlich mit den Erfolgsmaßen. Lediglich für das zusammengesetzte Erfolgsmaß von Therapeuten- und Patientenerfolgseinschätzung zu Therapieende ergaben sich signifikante Zusammenhänge mit der Skala Erfolgsweltzufriedenheit.

Aktueller stellen Krampen & Wald (2001) den **Stundenbogen für die Einzelpsychotherapie und -beratung (STEP)** vor, welcher in ökonomischer, standardisierter Form die Erhebung allgemeiner Wirkfaktoren von psychotherapeutischer Einzeltherapie und -beratung (sensu Grawe et al., 1998) aus Patienten-, sowie Therapeutenperspektive zum Ziel hat und eingehend validiert wurde. Der Bogen bezieht sich auf das Dreikomponentenmodell der Wirkungsweise von Psychotherapie mit den entsprechenden Skalen 1. Motivationale Klärung und Entwicklung, 2. Aktive Hilfe zur Problembewältigung und 3. Therapeutische Beziehung und Unterstützung. Patienten- und Therapeutenversion des STEP sind parallel aufgebaut und enthalten komplementäre Items. Das Instrument soll dem Praktiker ermöglichen, nicht nur zu Beginn der Behandlung eine auf die Wirkfaktoren bezogene Indikationsstellung, sondern auch eine therapiebegleitende adaptive Indikation zu betreiben, um den Therapieerfolg zu optimieren.

Eine Reihe von Instrumenten zur Psychotherapieprozessforschung in der Einzelpsychotherapie wurde von der Bochumer Arbeitsgruppe um Schulte entwickelt. Die Instrumente werden bisher vorrangig in der dortigen Institution eingesetzt und sind teilweise noch nicht in Gänze publiziert worden. Die **Stundenbeurteilung (STU-P/ STU-T)** für Patienten und Therapeuten (Schulte & Eifert, 2002) ist mit sechs und acht Items ein kompaktes Instrument zur Erfassung des subjektiven Eindrucks des Fortschrittes in der vergangenen Sitzung. Die zwei faktoriell bestätigten Skalen der Patientenversion (Einsicht und Problemlösung) entsprechen dem Berner Stundenbogen bzw. sind weitgehend identisch mit den Subskalen Klärung und Problembewältigung des STEP (Schulte, 2005). Der Therapeut schätzt im STU-T den voraussichtlichen Therapieerfolg und die Therapiebeziehung ein. In weiteren Instrumenten wird der Patient während der Behandlung nach seiner Behandlungsmotivation (MOFRA 96), der Beurteilung des Therapeuten (THEBU 96) und seinen Behandlungserwartungen (PATERWA 96, PATHEV, Schulte & Eifert, 2002; Schulte, 2005) gefragt.

Ebenso existieren hier weitere Therapeuteninstrumente: Der **Fragebogen zur therapeutischen Strategie (FBTS)** erfasst die Einschätzung, inwiefern der Therapeut meint, sich in der vergangenen Sitzung eher auf die Umsetzung der therapeutischen Methoden konzentriert zu haben oder eher den Therapieprozess bzw. den Patienten im Blick gehabt zu

haben. Im **Fragebogen zum Basisverhalten (BAV 96)** wird in Anlehnung an das theoretische Konstrukt des dualen Modelles der Psychotherapie (Schulte, 1996; Schulte & Eifert, 2002) das Basisverhalten des Patienten (Therapienachfrage, Mitarbeit, Selbstöffnung, Erproben neuer Verhaltensweisen, Widerstand) durch den Therapeuten eingeschätzt.

2.4.3 Stundenbögen für die Gruppentherapie

Da sich das Prozessgeschehen in der Gruppe durch die Mehrpersonensituation ungleich komplexer darstellt als in der Einzeltherapie, ist die Gruppe in der Psychotherapieforschung lange Zeit vernachlässigt worden und somit das Methodeninventar begrenzter. Der Gruppentherapieforscher muss als Analyseeinheit nicht nur den einzelnen Patienten oder Therapeuten und deren Interaktion, sondern auch die Gruppe als Ganzes und Interaktionen in der Gruppe in Betracht ziehen. Dabei können Stundenbögen sowohl für Analysen auf der Ebene von Einzelpatienten, von Gruppentherapeuten als auch für Analysen auf Gruppenebene verwendet werden.

Patientenstundenbögen für die Gruppentherapie

Bezogen auf die Selbstbeschreibung von Patienten sind in der Gruppenbehandlung unterschiedliche Perspektiven von Interesse, wie z.B. die Selbstwahrnehmung von Gedanken und Gefühlen, die Wahrnehmung des Gruppenklimas, das Erleben der eigenen Person innerhalb der Gesamtgruppe, die Bedeutung weiterer Wirkfaktoren, wie Optimismus, Hoffnung, Arbeitshaltung etc.

Die Patientenstundenbögen für die Gruppentherapie werden in Tabelle 2.10 und im nachfolgenden Text beschrieben. Die aufgelisteten Erhebungsinstrumente werden im Hinblick auf die Fragestellung dieser Arbeit für den Einsatz zur Prozessanalyse einer verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie und ihrer Praxistauglichkeit bewertet. Aus der Literatur wurden ausschließlich Selbstbeurteilungsinstrumente in Fragebogenform aufgegriffen. Einen Überblick über weitere Methoden der Gruppentherapieprozessforschung gibt für den deutschsprachigen Raum das Handbuch von Strauß, Eckert & Tschuschke (1996) und Joyce & Kwong (2001, S.171ff).

Zur Erfassung des Selbsterlebens von Patienten in psychoanalytischen Gruppen wurde der **Stuttgarter Bogen (SB)** von Lerner & Ermann (1976) entwickelt. Das Instrument umfasst die Faktoren „Emotionale Bezogenheit/ reaktive Emotionalität“ und „Aktive Kompetenz/ Aktivität“. Der Faktor „Emotionale Bezogenheit“ soll ein gutes Maß für die Akzeptanz und Unterstützung der Gruppe, bzw. die Kohäsivität jedes einzelnen Gruppenmitgliedes liefern. Der Fragebogen wird nach der Gruppensitzung den Teilnehmern mit der Instruktion vorgegeben, ihre Einschätzung zu 15 Adjektiv- Polaritäten in Bezug auf das heutige Erleben der Gruppe abzugeben. Laut Tschuschke (1996a) hat sich das Instrument trotz des primär

psychoanalytischen Hintergrundes als nützlich, reliabel und valide für die Operationalisierung des Gruppenerlebens unterschiedlicher Gruppenkonzepte erwiesen. Es wurde zur Prozessdiagnostik von psychoanalytischen Gruppen und Musik-, Gestaltungs- und Körpertherapiegruppen angewandt. Der Stuttgarter Bogen besitzt, gemessen in der ersten Therapiehälfte, prognostische Relevanz im Hinblick auf den späteren Erfolg bei stationären, analytischen Therapiegruppen (z.B. Tschuschke & Dies, 1994; Grabhorn et al. 2002). Morillo-Falero (2009) berichten über eine signifikante Prognose des Therapieergebnisses durch den Stuttgarter Bogen als Kohäsionsmaß bei einer Gruppentherapie für Frauen mit Brustkrebs. Aufgrund der konzeptionellen Ausrichtung auf psychoanalytische Gruppen erscheint der Stuttgarter Bogen jedoch für die Prozessevaluation verhaltenstherapeutischer Gruppentherapien wenig geeignet.

Es existieren weitere ältere, englischsprachige Instrumente, wie die **Group-Atmosphere-Scale (GAS)**, Silbergeld, Manderscheid, Meeker, & Hornung, 1975), die **Perceived-Depth-of-Interaction-Scale (PDIS)**, Evensen & Bednar, 1978), die **Group-Attitude-Scale** (Evans & Jarvis, 1986) und die **Group-Environment-Scale (GES)**, Insel & Moos, 1972). Die GAS und GES sind durch die große Itemanzahl von 90 und 120 Items für den prozessbegleitenden Einsatz nach jeder Sitzung nicht geeignet, unzureichend validiert und weisen widersprüchliche Ergebnisse zur faktoriellen Stabilität auf (MacKenzie, 1996). In einer Studie von Marziali et al. (1997) sagten frühe Kohäsionswerte der GAS im ersten Drittel einer Gruppentherapie mit Borderline-Patienten verschieden Maße des Therapieerfolgs voraus. Die PDIS und die Group-Attitude-Scale wurden mit der GES konstruktvalidiert, teilweise auf eine gute interne Konsistenz überprüft, jedoch abgesehen von wenigen Studien kurz nach ihrer Entwicklung in den 80er Jahren kaum erneut angewandt (Joyce & Kwong, 2001). Es liegen dementsprechend keine weiteren Angaben zur Validität vor. In einer aktuelleren Studie von Woody & Adessky (2002) fand sich kein Zusammenhang der Bewertungen in der Group-Attitude-Scale und dem Therapieerfolg bei einer KVT- Gruppentherapie für soziale Phobie.

Im Mittelpunkt des **Gruppenklimafragbogens** (Group Climate Questionnaire, **GCCQ-S**) von MacKenzie (1990) steht die subjektive Wahrnehmung der gesamten Gruppe durch die Gruppenteilnehmer. Die deutsche Übersetzung stammt von Tschuschke (1991). Durch drei Skalen wird erfasst, wie sehr ein Gruppenmitglied die gesamte Gruppe als engagiert, vermeidend bzw. konfliktreich erlebt. Nicht erfasst wird die subjektive Bedeutung der Aspekte für den Einzelnen. Somit werden Beurteilungen der Gruppe als Ganzes erhoben und keine Einschätzung der individuellen Beziehung zur Gruppe, welche spezifischere, individuelle Vorhersagen ermöglichen würden. Trotzdem ist der GCCQ ein etabliertes und in zahlreichen Studien verwendetes Instrument zur Messung des Gruppenklimas. Er wurde bisher sowohl in ambulanten, stationären sowie vorrangig in nicht-klinischen Trainings-Gruppen angewendet (vgl. Strauß, 2009, S. 237ff). Es gibt Hinweise für die Konstruktvalidität sowie die

Sensibilität für Kurzzeitveränderungen. Die dreifaktorielle Struktur war über unterschiedlichen Gruppenpopulationen hinweg stabil (MacKenzie, 1996). Mit dem GCQ-S wurde der phasische Verlauf von Gruppenentwicklungen untersucht, wobei eine initiale Stufe erhöhten Engagements, gefolgt von einer Phase erhöhter Spannung und Konflikt und schließlich eine aktive interaktionelle Arbeitsphase mit größerer Involviertheit beschrieben wird (MacKenzie, 1994). Laut dem Autor sind die GCQ-Skalen prädiktiv für den Gruppenoutcome, wobei die erfolgreichsten Gruppen gemäß dem phasischen Verlauf der Gruppenentwicklung in der ersten Phase hohe Engagement-Scores aufwiesen sowie über den Verlauf der Gruppe abnehmende Konflikt- und Vermeidungswerte. Diese Befunde sind allerdings nur bedingt interpretierbar, da sie nicht an klinischen Gruppen sondern an zweitägigen Trainingsgruppen erhoben wurden und als Therapieoutcomemaß lediglich die Zufriedenheit der Teilnehmer erhoben wurde. Der GCQ ist Teil der CORE-Battery, welche von der American Group Psychotherapy Association (AGPA) zur Prozessevaluation (psychodynamischer) Gruppentherapien empfohlen wird (Strauß et al., 2006).

Tabelle 2. 10: Übersicht über prozessdiagnostische Selbstbeurteilungsverfahren zur Sitzungsbewertung aus Patientenperspektive in der Gruppenpsychotherapie

Instrument	Beschreibung	Bewertung
SB Stuttgarter Bogen Lerner & Ermann (1973)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten 15 durch 6 Schritte verbundene Adjektiv-Polaritäten zum Erleben der Gruppentherapie 3 Skalen: 1. Reaktive Emotionalität / Emotionale Bezogenheit 2. Aktivität / Aktive Kompetenz 3. Selbststärke 	<ul style="list-style-type: none"> Psychoanalytischer Hintergrund Hinweise auf gute Reliabilität und prognostische Validität bei der Anwendung in psychoanalytischen Gruppen, Gestaltungs- und Körperpsychotherapie Ungeeignet für Prozessforschung von verhaltenstherapeutischen Gruppen
GES Group Environment Scale Insel & Moos (1972)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten 90 Items 10 Dimensionen: 1. Kohäsion 2. Unterstützung durch den Leiter 3. Ausdrucksfähigkeit 4. Unabhängigkeit 5. Aufgabenorientierung 6. Selbstentdeckung 7. Ärger und Aggression 8. Status und Organisation 9. Leiterkontrolle 10. Innovation 	<ul style="list-style-type: none"> Durch die große Itemzahl ungeeignet für den routinemäßigen Einsatz Widersprüchliche Ergebnisse zur faktoriellen Stabilität Unzureichend validiert an sehr kleinen und hochspezifischen Stichproben
GAS Group-Atmosphere-Scale Silbergeld et al. (1975)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten 120 Items mit Richtig- Falsch-Aussagen 12 Unterskalen: 1. Aggression 2. Unterwerfung 3. Autonomie 4. Stellung 5. Verbindung 6. Involviertheit 7. Einsicht 8. Praktikabilität 9. Spontanität 10. Unterstützung 11. Vielfalt 12. Klarheit 	<ul style="list-style-type: none"> Durch die große Itemzahl ungeeignet für die wiederholte Messung nach jeder Therapiesitzung Unzureichend validiert, obwohl die Autoren eine starke Test- Retest- Reliabilität und Diskriminierungsfähigkeit zwischen verschiedenen Gruppenansätzen angeben Unzureichende Faktorenanalysen, keine faktorielle Stabilität
PDIS Perceived-Depth-of-Interaction-Scale Evensen & Bednar (1978)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten 10 Items ohne Subskalierung zur Selbstauskunft des Ausmaßes an Selbstöffnung und interpersonellem Feedback 	<ul style="list-style-type: none"> Konstruktvalidierung mit der Kohäsionssubskala der GES Befriedigende interne Konsistenz der Items, ansonsten unzureichend validiert und kaum angewandt Mit 10 Items hohe Ökonomie

Instrument	Beschreibung	Bewertung
Group-Attitude-Scale Evans & Jarvis (1986)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten 20 Items ohne Subskalierung zur Erfassung der Gefühle der Gruppenmitglieder bezüglich der Attraktion der Gruppe 	<ul style="list-style-type: none"> Nach Angaben der Autoren starke interne Konsistenz und hohe Korrelationen mit Fremdbeurteilungsdaten und Skalen der GES Insgesamt jedoch unzureichend validiert, keine Faktorenanalysen
GCQ-S Group Climate Questionnaire MacKenzie (1990) (S=Kurzversion) Deutsche Übersetzung Tschuschke et al. (1991)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten 12 Items 3 Skalen: 1. Engagement (Positive Arbeitsatmosphäre) 2. Konflikt (Atmosphäre von Ärger und Spannung) 3. Vermeidung und Abhängigkeit (persönliche Verantwortung für Gruppenarbeit) 	<ul style="list-style-type: none"> Erfassung der Wahrnehmung der Gesamtgruppe, nicht der Bedeutung für den einzelnen Gruppenpatienten, daher nur bedingt für individuelle Vorhersagen geeignet Analytisch / tiefenpsychologischer Hintergrund Etabliertes und in zahlreichen Studien eingesetztes Instrument Hinweise auf gute Konstruktvalidität, faktorielle Stabilität und Sensibilität für Kurzzeitveränderungen Eingeschränkt interpretierbare prädiktive Validität bei nicht- klinischen Trainingsgruppen
GEB Gruppen-erfahrungsbogen Eckert (1976) Strauß & Eckert (1994)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten 32 Items 7 Skalen: 1. Lernerfahrungen und Einsichten 2. Verbundenheit und Kohäsion 3. Selbstständigkeit und Optimismus 4. Ärger und Kritik 5. Isolation und negative Gruppenstimmung 6. Zurückhaltung und Gehemmtheit 7. Wohlbefinden Modifikationen für VT von Grawe et al. (1978), Zielke (1982) und Backenstrass (2004) s.u. 	<ul style="list-style-type: none"> Gesprächstherapeutischer Hintergrund Weit verbreitetes, bewährtes Instrument der Gruppentherapieprozessforschung Hinweise auf eine gute Validität durch Korrelationen mit Fremdratings und dem GCQ und SB sowie gute Vorhersage des Therapieerfolges Jedoch fehlen Itemanalysen und die Faktoren sind instabil, was die Autoren durch Veränderungen des Gruppenprozesses erklären Mit 32 Items relativ lang für Messung nach jeder Gruppensitzung
GEB- VT Gruppen Erfahrungsbogen-VT Backenstrass et al. (2004)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten 27 Items 4 Skalen: 1. Wissenserwerb und Lernerfahrung 2. Kohäsion und Wohlbefinden 3. Ärger und Kritik 4. Gehemmtheit und Unbehagen 	<ul style="list-style-type: none"> GEB modifiziert für die Verhaltenstherapie Nach Modifikation durch Hinzunehmen und Streichen von Items nur 4 Skalen mit guter Reliabilität Beschreibung von instrumentellen Gruppenbedingungen und Gruppenprozessen auch bei psychoedukativer VT- Gruppentherapie der Depression Bisher keine Itemanalysen sowie Untersuchungen der prognostischen und sonstigen Validität Mit 27 Items relativ lang für Messungen nach jeder Sitzung
GTSR Group Therapy Session Report Howard & Orlinsky (1986), zit. nach Castonguay (1998)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten (und Therapeuten) Gesamtitemzahl unbekannt, Skala 2: 56 Items Skalen: 1. Dialog zwischen den Teilnehmern 2. Emotionale Erfahrungen jedes Teilnehmers (eigene Gefühle und wahrgenommenes Gruppenklima) 3. Therapeutische Beziehung und Interaktionsmuster 4. Therapeutischer Austausch (Patientenziele und Therapeutenintentionen) 5. Entwicklung der Behandlung (Erwartungen, Rollenverhalten und Zielerreichung der Teilnehmer). 	<ul style="list-style-type: none"> Gruppenversion des TSR (Therapy Session Report) für die Einzeltherapie Nicht direkt publiziert, indirekte Angaben stammen aus einer Studie, in welcher lediglich eine Skala des Patientenbogen zum Einsatz kam keinerlei Informationen zur Therapeutenversion und zur Gesamtfassung Abgesehen von der Verwendung in einer Studie keine Angaben zur psychometrischen Qualität
Düsseldorfer Wirkfaktorenfragebogen Davies-Osterkamp (1996) zit. nach Schmitz- Buhl et al. (2004)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten 18 Items zum Therapeutenverhalten mit 3 Skalen: 1. Klarifikation/Konfrontation/Deutung 2. Emotionale Präsenz des Therapeuten 3. Akzeptanz des Therapeuten 25 Items zu Gruppenerfahrungen mit 3 Skalen: 1. Interpersonelle Einsicht 2. Interpersonales Lernen 3. Akzeptanz/Kohäsion 	<ul style="list-style-type: none"> Zum Vergleich von psychoanalytisch-interaktionellen und tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapien auf der Ebene von Wirkfaktoren entwickelt Durch die Formulierung der Items zum Therapeutenverhalten nicht zur Untersuchung verhaltens-therapeutischer Gruppen geeignet Bisher keine klassischen Itemanalysen

Instrument	Beschreibung	Bewertung
Satisfaction with Therapy and Therapist Scale Oei & Shuttlewood (1999)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten 12 Items mit 2 Skalen: <ol style="list-style-type: none"> Zufriedenheit mit der Therapie Zufriedenheit mit dem Therapeuten 	<ul style="list-style-type: none"> Entwickelt zur Erhebung unspezifischer Wirkfaktoren in der kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapie der Depression Ansatzweise validiert mit guter interner Konsistenz und Hinweise auf eine diskriminante Validität Erhebt therapeutische Allianz ausschließlich in der Beziehung zum Therapeuten Guter englischsprachiger Ansatz zur Erfassung von Prozessvariablen in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien Keine parallele Therapeutenversion
TFI Therapeutic Factors Inventory Lese & MacNair-Semands (2000)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten 99 Items 11 Skalen: <ol style="list-style-type: none"> Altruismus Katharsis Kohäsion Existenzielle Faktoren Hoffnung Imitationsverhalten Informationen teilen Interpersonelles Lernen Rekapitulation der Primärfamilie Entwicklung von Sozialverhalten Universalität 	<ul style="list-style-type: none"> Theoriegeleitet zur Erfassung von Yaloms Wirkfaktoren (Yalom, z.B. 2007) entwickelt An Studentengruppen erprobt Ausreichende Reliabilität der Skalen, bis auf Skala 9 ausreichende Test-Retest-Reliabilität Allerdings starke Skalenerkorrelationen und keine empirische Überprüfung der Faktorenstruktur Mit 99 Items entschieden zu lang für routinemäßigen Einsatz in der Praxis
Therapeutic Factor Questionnaire Dierick & Lietaer (2008)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten 133 Items 28 Basisskalen sieben Hauptskalen, jeweils einer von zwei Dimensionen zugeordnet: <ol style="list-style-type: none"> Beziehungsklima: Gruppenkohäsion, interaktionelle Konfirmation, kathartische Selbstenthüllung Therapeutische Arbeit: Selbsteinsicht und Fortschritt, Beobachtungserfahrungen, Ratschläge erhalten, interaktionelle Konfrontation 	<ul style="list-style-type: none"> Entwickelt zur Neukonzeption von therapeutischen Wirkfaktoren aus Patientenperspektive Versuch der erschöpfenden Erfassung von Wirkfaktoren, daher durch große Itemzahl ungeeignet zur wiederholten Prozesserhebung Empirisch schrittweise abgeleitet und validiert an Gruppentherapien und Trainingsgruppen verschiedener theoretischer Ausrichtung

In den siebziger Jahren entwickelte eine Arbeitsgruppe um Eckert (1976) den **Gruppenerfahrungsbogen (GEB)**. In Analogie zum Klientenerfahrungsbogen (KEB, Eckert, 1976) sollen hier trotz des gesprächstherapeutischen Hintergrundes wesentliche schulen-unabhängige Erfahrungen und Prozesse der Gruppenpsychotherapie festgehalten werden (Eckert & Biermann-Ratjen, 1985). Der GEB wurde konzipiert, um eine Beschreibung des Gruppengeschehens und der Gruppenpatientenerfahrungen zu ermöglichen. Bei der Konstruktion des Instrumentes wurden Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie und Ergebnisse der Gruppentherapieforschung berücksichtigt. Das Instrument umfasst in der 1994 publizierten Form 32 Items und sieben Skalen (Strauß & Eckert, 1994). Eine relative Instabilität der Skalen wird von den Autoren durch Veränderungen im Gruppenprozess und intraindividuellen Veränderungen der Patienten erklärt. Die Übereinstimmung von Fremd-/Selbstrating und Korrelationsstudien mit dem Gruppenklimafragebogen und dem Stuttgarter Bogen weisen auf eine gute Validität hin. Allerdings fehlen bislang Angaben zu Item- und Skalenparametern. Der GEB wurde seit seiner ersten Veröffentlichung 1976 in einer Vielzahl von Studien zur Beschreibung des Prozessgeschehens, Vergleichen zwischen Therapieverfahren und prognostischen Fragestellungen angewandt und in verschiedener

Weise modifiziert (vgl. Strauß & Eckert, 1994). Teilweise erwiesen sich die GEB-Einschätzungen der Anfangskontakte (1.-3. Sitzung) einer Gruppenbehandlung als Prädiktoren des späteren Therapieerfolges (25 % erklärte Varianz, vgl. Eckert & Biermann-Ratjen, 1985, S. 118). Auch Kersting et al. (2002) bestätigen die prognostische Validität des GEB, vor allem der Skalen „Selbstständigkeit und Optimismus“ und „Wohlbefinden“ zur Vorhersage von Therapieergebnissen einer psychodynamischen Gruppentherapie. Eckert (1996) berichtet von Unterschieden in der Güte der Prognose des Therapieerfolges mit dem GEB in Abhängigkeit von der Art des Erfolgskriteriums (Veränderungen der Symptomatik oder des Selbstkonzeptes), des Prognosezeitraums (bessere Prognose der Katamnesewerte als Prä-Post-Veränderungen) und der Diagnose der Patienten (z.B. bessere kurzfristige Prognose der Symptomatik bei Neurotikern vs. Borderline-Patienten). Modifizierte Versionen des GEB liegen für verhaltenstherapeutische Gruppen vor (Grawe et al., 1978).

Backenstraß et al. (2004) modifizierten den Gruppenerfahrungsbogen (GEB) ebenfalls zum **Gruppenerfahrungsbogen-Verhaltenstherapie (GEB-VT)** mit zunächst 31 und abschließend 27 Items. Die Autoren ergänzten Items zu möglichen Lernerfahrungen und Wissenserwerb, um deren Bedeutung für therapeutische Veränderung in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie gerecht zu werden. Die Skalen Isolation und negative Gruppenstimmung wurden gestrichen, da ein methodenspezifisch stützender, ressourcenorientierter therapeutischer Stil ein solches Erleben ausschließen sollte. Bei der Überprüfung der faktoriellen Struktur ergaben sich hier im Gegensatz zum GEB (Strauß & Eckert, 1994), aber im Einklang mit dem Einsatz einer für die Verhaltenstherapie modifizierten GEB-Version bei Grawe et al. (1978) nur vier Faktoren: 1. Wissenserwerb und Lernerfahrung, 2. Kohäsion und Wohlbefinden, 3. Ärger und Kritik sowie 4. Gehemmtheit und Unbehagen. Die Autoren gehen davon aus, dass sie über alle Faktoren hinweg zusätzlich die therapeutische Beziehung miteinfassen. Sie berichten bezüglich der Reliabilität über eine gute interne Konsistenz (Cronbachs Alpha-Werte) für die vier Skalen. Die Interkorrelation der Skalen war teilweise signifikant. Durch den GEB-VT konnten spezifische Wirkmechanismen und instrumentelle Gruppenbedingungen auch bei einer psychoedukativ orientierten verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für depressive Patienten erfasst werden und den Therapieprozess beschreiben (vgl. Abschnitt 2.3.5). Bisher wurden die psychometrischen Eigenschaften einzelner Items und die prädiktive oder sonstige Validität des Instrumentes nicht untersucht, bzw. publiziert. Mit den 27 Items ist das Instrument relativ lang zur wiederholten Messung nach jeder Gruppensitzung in der Praxis.

Im **Düsseldorfer Wirkfaktorenfragebogen** (Davies-Osterkamp, 1996; zit. nach Schmitz-Buhl et al., 2004) wird versucht, ein Instrument zur Erfassung gruppentherapeutischer Wirkfaktoren in Anlehnung an die Wirkfaktorentaxonomie nach Yalom (z.B. 2007) zur Differenzierung unterschiedlicher Gruppentherapiemethoden vorzulegen. Mit jeweils drei Skalen werden das Therapeutenverhalten und die Gruppenerfahrungen der Gruppen-

mitglieder aus Patientensicht erfasst. Es wird sowohl das Vorliegen einer Aussage als auch der Ausmaß, in dem dies als hilfreich empfunden wird, mit den Items erfasst. Das Instrument wurde zur Erforschung psychoanalytisch- interaktioneller und tiefenpsychologisch fundierter Gruppentherapie entwickelt, so dass die Therapeutenitems dementsprechend formuliert sind. Eine Übertragbarkeit auf andere Therapiemethoden erscheint nicht direkt möglich. Ebenso liegen bisher keine Itemanalysen vor. Angewandt wurde das Instrument zum Vergleich der oben genannten Therapiemethoden. Hier zeigten sich lediglich im von den Patienten wahrgenommenen Therapeutenverhalten signifikante Unterschiede zwischen den Verfahren. Diese differenzierten teilweise nicht theoriekonform zwischen den Konzepten (Davies-Osterkamp, Jung, & Ott, 1992). Eine Revision des Instrumentes liegt von Schmitz-Buhl et al. (2004) vor.

Der **Group Therapy Session Report (GTSR)** ist die Gruppenversion des TSR (Orlinsky & Howard, 1986) und als solcher nicht direkt publiziert. Die Angaben stammen aus der Studie von Castonguay et al. (1998). Das englischsprachige Instrument umfasst in der Patientenversion ursprünglich 5 Skalen: 1. Dialog zwischen den Teilnehmern, 2. Emotionale Erfahrungen jedes Teilnehmers (eigene Gefühle und wahrgenommenes Gruppenklima), 3. Therapeutische Beziehung und Interaktionsmuster, 4. Therapeutischer Austausch (Patientenziele und Therapeutenintentionen), 5. Entwicklung der Behandlung (Erwartungen, Rollenverhalten und Zielerreichung der Teilnehmer). In der Studie von Castonguay et al. (1998) wurde lediglich die Skala 2 der emotionalen Erfahrungen mit 40 Items zu eigenen Gefühlen und 16 Items zum Gruppenklima benutzt. Werte dieser Skalen waren prädiktiv für den Therapieerfolg in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für Binge-Eating-Störungen (vgl. Abschnitt 2.3.5). Eine Therapeutenversion des GTSR wird erwähnt jedoch nicht beschrieben. Direkte Angaben zur psychometrischen Qualität des Instrumentes fehlen. Es wird auf Ergebnisse zum TSR aus der Einzeltherapie verwiesen, welche allerdings aufgrund von Unterschieden der Instrumente nicht übertragbar sind. In einer Studie von Lieberthal (1989, zit. nach Castonguay et al., 1998) konnte der GTSR zwischen den besten und schlechtesten Sitzungen einer Gruppentherapie diskriminieren.

Zur Überprüfung von sowohl spezifischen als auch unspezifischen Wirkfaktoren der kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapie der Depression entwickelten Oei & Shuttlewood (1999) die **Satisfaction with Therapy and Therapist Scale**. Ausgehend von einer intern vorliegenden Zufriedenheitsskala umfasst das Instrument 12 Items, welche die Zufriedenheit mit der Therapie als Ganzes (7 Items) als auch die Zufriedenheit mit dem Therapeuten (5 Items) erfassen sollen. Die Bewertung der Therapie als Ganzes betrifft die Akzeptanz der Behandlungsrationale und die Erfolgserwartung. Die Bewertung des Therapeuten im Sinne der Einschätzung der therapeutischen Allianz wird hier auch für die kognitiv- behaviorale Therapie als relevant angesehen. Die Skalen wurden durch eine exploratorische Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation gebildet und weisen wie der Gesamttest eine gute

interne Konsistenz auf. Die konkurrente Validität wird durch vorliegende oder fehlende Zusammenhänge zu Werten der Symptomatik, Fortschritt in der Therapie etc. als gut bewertet. Es zeigt sich kein Zusammenhang zur vom Therapeuten eingeschätzten Beteiligung der Patienten. Die diskriminante Validität wurde durch die Diskriminierung in zwei Teilgruppen bezüglich des Therapiefortschrittes und Copings überprüft. Das Instrument stellt einen sehr guten und mit 12 Items ökonomischen, englischsprachigen Ansatz zur Erfassung von unspezifischen Prozessfaktoren kognitiv- verhaltenstherapeutischer Gruppentherapien dar. Allerdings wird hier der Bereich der therapeutischen Beziehung ausschließlich als Beziehung zum Gruppentherapeuten beschrieben. Die Aspekte der Beziehung zur Gesamtgruppe oder zu anderen Gruppenpatienten werden nicht berücksichtigt. Auch wird nicht unbedingt die vergangene Therapiesitzung in der Formulierung der Items bewertet, sondern die Therapie als Ganzes. Insofern wurde das Instrument auch in der Studie von Oei & Shuttlewood (1997) nicht generell als prozessbegleitendes Instrument, sondern nur nach einzelnen Sitzungen eingesetzt. In der Studie zeigten sich Zusammenhänge der Bewertung in der Satisfaction with Therapy and Therapist Scale mit dem Therapieerfolg (vgl. Abschnitt 2.3.5).

Mit dem **Therapeutic Factors Inventory (TFI)** versuchen Lese & MacNair-Semands (2000) Yaloms Wirkfaktoren durch einen theoretisch abgeleiteten Fragebogen zu erfassen. Der Bogen beschreibt die 11 Wirkfaktoren (Altruismus, Katharsis, Kohäsion, existentielle Faktoren, Hoffnung, Imitationsverhalten, Informationen teilen, interpersonelles Lernen, Rekapitulation der Primärfamilie, Entwicklung von Sozialverhalten, Universalität) mit insgesamt 99 Items und ist damit sehr umfangreich. Reliabilitätskennwerte sind zumeist ausreichend. Die hohe Skaleninterkorrelation fast aller Skalen wird durch die von Yalom angenommenen Überlappung der Wirkfaktoren begründet, bleibt messtheoretisch jedoch schwierig. In bisherigen Publikationen wurde der TFI lediglich an Studententstichproben erprobt (Lese & MacNair-Semands, 2000; MacNair-Semands & Lese, 2000). Bei MacNair-Semands & Lese (2000) zeigte sich eine Zunahme der Intensität der Wirkfaktoren über den Gruppenverlauf und ein Zusammenhang mit interpersonellem Verhalten, was als Beleg für die Validität des Instrumentes gewertet wird.

Dierick & Litaer (2008) beschreiben mit der Entwicklung des **Therapeutic Factor Questionnaire** eine Neukonzeption des Wirkfaktorenkonzeptes aus Patientensicht. Empirisch aus Patientenbewertungen abgeleitet, werden sieben Hauptskalen von Wirkfaktoren (Gruppenkohäsion, interaktionelle Konfirmation, kathartische Selbstenthüllung, Selbsteinsicht und Fortschritt, Beobachtungserfahrungen, Ratschläge erhalten, interaktionelle Konfrontation) und zwei übergeordnete Dimensionen (Beziehungsklima und psychotherapeutische Arbeit) benannt. 28 Basisskalen sind den Hauptskalen oder einer der beiden Dimensionen direkt zugeordnet. Mit 133 Items wird eine erschöpfende Erfassung möglicher Gruppenwirkfaktoren angestrebt. Die Autoren berichten über eine gute interne

Konsistenz der jeweiligen Skalen und signifikante Zusammenhänge zu gleichzeitig erhobenen Outcomemaßen. Ebenfalls korreliert die Patientenzufriedenheit stark signifikant mit der Hauptskala Gruppenkohäsion. Die Ergebnisse stammen aus 78 Gruppentherapien oder auch Trainingsgruppen für Therapeuten in Ausbildung oder Studenten mit verschiedener theoretischer Ausrichtung. Aufgrund des wissenschaftlich begründeten Umfangs des Instruments, ist es für eine prozessbegleitende Erhebung nach jeder Gruppensitzung ungeeignet.

Therapeutenstundenbögen für die Gruppentherapie

Es liegen, wie beschrieben, eine ganze Reihe von Patientenstundenbögen vor, jedoch kaum direkt publizierte Instrumente zur Erfassung der Gruppentherapeutenperspektive, bzw. Instrumente zur vergleichenden Analyse der beiden Datenquellen. In der Literaturübersicht von Dies (1994) zum Einfluss von Therapeutenvariablen auf den Gruppenprozess bzw. – outcome wurde in nur vier von 135 Studien die Therapeutenbewertung selbst direkt erfasst (z.B. bei Phipps & Zastowny, 1988 mit dem GLBI, s.u.). Eckert (1996) empfiehlt Gruppentherapeuten, ihre eigene Wahrnehmung mit der Patienteneinschätzung im Gruppenerfahrungsbogen (GEB) zu vergleichen, ohne dass dies jedoch systematisch durch einen eigenen Fragebogen erfolgt. Im Rahmen einer Prozessstudie zu stationärer, psychoanalytischer Gruppenpsychotherapie, wurde die Perspektive der Therapeuten z.B. dadurch erfasst, dass diese die Patientenversionen der Stundenbögen (Gruppenerfahrungsbogen, GEB; Gruppenklima-fragebogen, GCQ und Stuttgarter Bogen, s.u.) bearbeiteten (Strauß & Burgmeier-Lohse, 1994). Dieses Vorgehen erscheint unangemessen, da die Items der Instrumente aus der Patientenperspektive formuliert sind, keine Informationen über spezifische Aspekte aus Therapeutesicht erhoben werden, geschweige denn die Instrumente an Therapeutenstichproben validiert wurden.

Bei der ausführlichen Sichtung der vorliegenden Literatur mittels gängiger Datenbanken (psyndex, psychinfo, pubmed, ISI Web of Knowledge, google scholar, Universitätsbibliotheken Mainz, FU und HU Berlin) bis Mitte 2012 fanden sich unter Nutzung der Schlagworte „Stundenbogen“, „Sitzungsbeurteilung“, „Erfahrungsbogen“, „session report“, „post session outcome“ später eingeschränkt mit dem Schlagwort „Gruppenpsychotherapie“ bzw. „Group psychotherapy“ lediglich vier Therapeutenstundenbogenversionen für Gruppentherapie: 1. das Group Leader Instrument (GLBI) von DePalma et al. 1984, 2. die unveröffentlichte Gruppentherapieversion des Berner Stundenbogens (Flückiger et al., 2005), 3. die Hamburger Psychotherapie Prozess Skala (HaPPS) von Watzke (2002) und 4. der Gruppenleiter-Bogen (GLB) von Tschuschke (2004). Die Instrumente werden in Tabelle 2.11 und im Text beschrieben.

Tabelle 2. 11: Übersicht über prozessdiagnostische Selbstbeurteilungsverfahren zur Sitzungsbewertung aus Therapeutenperspektive in der Gruppenpsychotherapie

Instrument	Beschreibung	Bewertung
GLBI Group Leader Behavior Instrument DePalma, Gardner & Zastowny (1984)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Therapeuten, evt. auch Patienten und Fremdbeobachter 19 Items zur Selbsteinschätzung des therapeutischen Verhaltens in Gruppentherapien 3 „vorläufige“ Skalen (wegen geringem N): <ol style="list-style-type: none"> 1. Therapeutische Aktivität zur Ermutigung der Patienten 2. Aktive Rolle des Therapeuten in der Gruppe 3. Einzelfallbezogene Aktivität / Direktivität 	<ul style="list-style-type: none"> Ausschließlich Erfassung des Therapeutenverhaltens, keine Einschätzung von patientenseitigen Wirkfaktoren Psychoanalytischer Hintergrund, für VT wenig geeignet Keine Angaben zu Reliabilität und Validität, nur vorläufige Skalenstruktur Seit der Entwicklung kaum angewandt
Berner Stundenbogen Version 93 Grawe & Braun (1994) Regli et al. (2004) Flückiger et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten und Therapeuten 34 Items 5 Skalen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Positive Bewältigungserfahrungen 2. Positive Klärungserfahrungen 3. Problemaktualisierung 4. Zufriedenheit mit der Therapiebeziehung und dem therapeutischen Vorgehen 5. Instrumentelle Gruppenbedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> Zur Erfassung der Wirkfaktoren nach Grawe (1998) Vergleich sowohl von Patienten- und Therapeuteinschätzungen als auch Einzel- und Gruppentherapieeinschätzungen durch settingunabhängige Skalen möglich Befriedigende interne Konsistenz und Itemanalysen, gute prädiktive Validität, externe Validität nicht überprüft Bisher nur in Publikationen erwähnt, jedoch in der Version für Gruppentherapien unveröffentlicht Keine Angaben zur Therapeutenversion Mit 34 Items unökonomisch für den routinemäßigen Einsatz
HaPPS-P/HaPPS-T Hamburger Psychotherapie-Prozess-Skala Watzke (2002)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Patienten und Therapeuten 15 Items zu 12 Skalen des Beobachterinstrumentes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Beziehungen 2. Konfrontation 3. Vergangenheit 4. Übertragung 5. Therapeutische Beziehungsgestaltung 6. Exploration 7. Strukturierung 8. Direktivität 9. Behaviorale Intervention 10. Selbstwirksamkeit 11. Kognitive Intervention 12. Emotion 	<ul style="list-style-type: none"> Zum Vergleich von PA und VT- Gruppen entwickelt, durch psychoanalytische Ausrichtung für VT-Gruppen jedoch eher ungeeignet Entwickelt als Kurzform des Fremdbeurteilungsratingsinstrumentes Keinerlei Angaben zu Gütekriterien Nur theoretische Itemformulierung anhand der Skalen des Beobachterinstrumentes, Keine faktorielle Überprüfung Mäßige differentielle Validität bei der Abbildung von geringen Unterschieden zwischen VT und PA aus Patienten- und Therapeutenperspektive
GLB Gruppenleiter-Bogen Tschuschke (2004)	<ul style="list-style-type: none"> Datenquelle: Therapeuten 12 Items 3 Skalen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Leiter- Optimismus 2. Abgelenktheit des Leiters 3. Aktives Strukturieren des Leiters 	<ul style="list-style-type: none"> Ausschließlich Erhebung des Leitererlebens Kurzes, ökonomisches Instrument Für psychodynamisch und dynamisch-interaktionell arbeitende Gruppen, nicht geeignet für VT zufriedenstellende Reliabilität Keine Zusammenhänge zu Patientenangaben im GCQ und SB

DePalma, Gardner & Zastowny (1984) stellten mit dem **Group Leader Behavior Instrument (GLBI)** ein Instrument zur Einschätzung des therapeutischen Verhaltens ausschließlich für Gruppentherapeuten vor. Ziel war es, ein kurzes, ökonomisches Instrument zur gruppenbegleitenden Erfassung des Therapeutenverhaltens zu entwickeln, welches zur Prozessevaluation des Therapeutenverhaltens, dem Training von Gruppentherapeuten und der Prozess- Outcome Forschung dienen sollte. Es wird ausschließlich das Therapeutenverhalten erfasst, ohne patientenseitige Wirkfaktoren mit einzubeziehen. Der Bogen kann laut der Autoren auch von den Gruppenteilnehmern und Fremdbeobachtern bearbeitet werden. Er umfasst 19 Items, welche vorläufig den Skalen „Therapeutische

Ermutigung“, „Aktive Rolle des Therapeuten“ und „Einzelfallbezogene Aktivität“ zugeordnet wurden. Die faktorenanalytische Lösung wird aufgrund der geringen Stichprobengröße von den Autoren als vorläufig bezeichnet. Es liegen keinerlei Angaben zu Reliabilität oder Validität vor. Aufgrund des primär psychoanalytischen Hintergrundes ist das Instrument für verhaltenstherapeutische Gruppentherapien schlecht geeignet. Es wurde bisher selten eingesetzt. Phipps & Zastowny (1988) untersuchten mit dem GLBI Zusammenhänge des Therapeutenverhaltens mit dem Outcome von Gruppenpatienten.

Der **Berner Stundenbogen Version 93** (Grawe & Baltensperger, 1998a; Grawe & Braun, 1994) für Patienten und Therapeuten existiert neben der Version für die Einzeltherapie auch in einer Gruppenversion mit 34 Items, welche in Studien von Regli et al. (2004) und Flückiger et al. (2005) kurz beschrieben, jedoch als solche unveröffentlicht ist. Diese Stundenbogenversion soll durch die teilweise settingunabhängigen Skalen auch in der Einzeltherapie einsetzbar sein und somit neben dem Vergleich von Patienten und Therapeutenbewertungen auch den Vergleich von Gruppentherapie und Einzeltherapie ermöglichen (Regli et al. 2004). Der Bogen erfasst individuelle Veränderungsprozesse, aber auch das subjektive Erleben des Patienten in der Gesamtgruppe und operationalisiert so sowohl allgemeine als auch gruppenspezifische Wirkfaktoren.

Er umfasst in der Gruppenversion fünf sich von den Skalen des Einzeltherapiebogens unterscheidende Skalen: 1. positive Bewältigungserfahrungen, 2. positive Klärungserfahrungen, 3. Problemaktualisierung, 4. Zufriedenheit mit der Therapiebeziehung und dem therapeutischen Vorgehen und 5. instrumentelle Gruppenbedingungen (Kohäsion, Arbeitskooperation, Offenheit). Die theoretisch anhand des Wirkfaktorenkonzeptes von Grawe (1998) definierten Skalen konnten in Faktorenanalysen weitgehend bestätigt werden. Die Skalen weisen befriedigende Werte der internen Konsistenz auf. Ebenfalls wird von befriedigenden Itemkennwerten berichtet. Der Gruppenstundenbogen wurde noch nicht auf seine externe Validität hin überprüft.

Bei den Arbeiten der Berner Arbeitsgruppe, welche bisher lediglich die Patientenversion berücksichtigten, bewies das Instrument eine befriedigende prädiktive Validität. Es konnte pfadanalytisch 40 % des Therapieerfolges erklären (Flückiger et al., 2005, vgl. Abschnitt 2.3.5). Hier erscheinen vor allem ressourcenorientierte Therapiestrategien und kohäsionsbildende sowie bewältigungsorientierte Interventionen in erfolgreichen Gruppentherapien aus Patientensicht von Bedeutung. Beim Vergleich von Einzel- und Gruppentherapie erlaubte die Patientenselbsteinschätzung im Berner Stundenbogen eine reliable Differenzierung sowohl zwischen verschiedenen Settings (Einzel- vs. Gruppentherapie) als auch verschiedenen Erfolgsgruppen (Regli et al., 2004, vgl. Abschnitt 2.3.5). In dieser Studie zeigten sich neben den gefundenen Unterschieden die allgemeinen Wirkfaktoren in Gruppe- wie Einzeltherapie gleichsam wirksam, wie z.B. die Relevanz der Zufriedenheit mit der Therapie, die kooperative Arbeitshaltung und die damit zusammenhängende Aufnahmebereitschaft für den Therapieerfolg. Auch Fries et. al. (2003) konnten mit dem Berner Gruppenstundenbogen bei

der Prozessevaluation einer Gruppentherapie bei Schizophrenie Zusammenhänge der erlebten Therapiebeziehung zum Therapieergebnis nachweisen. Das Prozessgeschehen der psychoedukativen Gruppentherapie ließ sich im Vergleich zu einer Kontrollbedingung differenzieren (vgl. Abschnitt 2.3.5). Insgesamt ist dieser unveröffentlichte Stundenbogen ein vielversprechendes Instrument, welches neben der Patientensicht auch die Therapeuteinschätzung von Gruppen- und Einzeltherapien erfassen kann. Zum Therapeutenbogen gibt es bisher jedoch keine Angaben. Es wird ein breites Spektrum an Wirkfaktoren erfasst. Mit 34 Items ist der Bogen für einen routinemäßigen Einsatz in der psychotherapeutischen Praxis relativ lang. Aus diesem Grund schlägt Braun (2003) für die Einzeltherapieversion des Berner Stundenbogens eine Kurz- und Minimalform mit 19 und 4 Items vor.

Für ihre Studie zum Vergleich von stationärer psychoanalytischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie entwickelte Watzke (2002) die **Hamburger Psychotherapie Prozess Skala (HaPPS)**. Neben Fremdbeurteilungsskalen enthält die HaPPS auch Gruppentherapie-Ratinginstrumente für Patienten (HaPPS-P) und Therapeuten (HaPPS-T). Diese Versionen stellen mit 15 Items eine verkürzte Fassung des Fremdbeurteilungsinstrumentes dar. Sie sind bisher nur im Kontext des Gesamtinstrumentes einmalig eingesetzt und nicht validiert worden. Es liegen keine Angaben zu Gütekriterien bzw. Befunde zu Faktorenanalysen vor. Das Instrument konnte nur geringfügig Unterschiede zwischen verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Gruppen aus Patienten- und Therapeutesicht darstellen. Zudem beziehen die Bögen sich inhaltlich stärker auf psychoanalytische Gruppentherapiekonzepte. Daher sind sie nur bedingt für verhaltenstherapeutische Gruppentherapien geeignet, was die Autorin selbst als Einschränkung ihrer Vergleichsstudie benennt.

Mit dem **Gruppenleiter-Bogen (GLB)** stellt Tschuschke (2004) ein Verfahren zur Erfassung von Dimensionen des Gruppenleitererlebens in psychodynamischen und interpersonell-dynamischen Gruppensitzungen vor. Es ist neben dem Einsatz in Psychotherapie- auch für Selbsterfahrungsgruppen gedacht. Im Gegensatz zu den meisten anderen Instrumenten, welche die Patientenperspektive oder die Wahrnehmung der Gruppe als Ganzes beinhalten, wird hier ausschließlich die Perspektive des Gruppenleiters erfasst. Ziel ist es, den Einfluss des Gruppenleiters, bzw. der angenommenen Gegenübertragung auf das Gruppenklima oder die Arbeitsleistung der Gruppe untersuchen zu können. Mit nur 12 Items ist das Instrument ökonomisch und auch für den wiederholten Einsatz in der Praxis geeignet. Der Autor beschreibt eine dreifaktorielle Lösung mit den Faktoren „Leiter- Optimismus“, „Abgelenktheit des Leiters“ und „Aktives Strukturieren des Leiters“. Die skaleninternen Reliabilitätswerte und Trennschärfewerte der Items sind befriedigend. Bezüglich der differenziellen Validität wurde der GLB mit Patienteneinschätzungen im Gruppenklimafragebogen (GCQ-S) und Stuttgarter Bogen (SB) einer Kurzgruppentherapie bei somatoformen Störungen verglichen. Es zeigten sich bis auf eine minimal signifikante

Korrelation der Skala Leiter-Optimismus mit der GCQ-S Skala Vermeidung keine Zusammenhänge. Der Autor erklärt dies damit, dass der GLB eine neue, von den Patienteneinschätzungen unabhängige Dimension zu erheben scheint. Bei Verlaufsanalysen von erfolgreichen vs. wenig erfolgreichen Gruppen zeigten sich signifikante Unterschiede: Gruppenleiter von erfolgreichen Gruppen gaben im Verlauf der Gruppe im Mittel signifikant mehr Optimismus, eine höhere Ablenkbarkeit und tendenziell geringere Leiter- Aktivität im GLB an. Das Instrument wurde bei der Validierung lediglich bei psychodynamischen, bzw. interpersonell-dynamischen Gruppen angewandt. Der Autor wendet sich explizit gegen manualisierte, den Anforderungen der Evidence- Based Medicine entsprechende und in Randomized Controlled Trials erprobte Kurzzeitgruppentherapien da diese der individuellen Persönlichkeit des Gruppentherapeuten kaum mehr Einflussspielraum überließen. Aufgrund dieses psychodynamischen Hintergrundes ist das Instrument für eine Anwendung bei verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien nicht geeignet.

2.4.4 Zwischenergebnis zu den Verfahren zur Erhebung von Prozessdaten

Wie dargestellt, sind die Erfassung von Prozessdaten aus mehreren Datenquellen (Patient und Therapeut) und das kontinuierliche Feedback an den Therapeuten im Therapieprozess aus theoretischer und forschungsmethodischer Sicht empfehlenswert. In der vorliegenden Untersuchung wurde vor diesem Hintergrund neben der Patientenbewertung zusätzlich die Perspektive der Therapeuten durch die Bewertung der Gesamtgruppe und einzelner Gruppenpatienten erhoben und die Patientenbewertungen kontinuierlich graphisch an den Therapeuten rückgemeldet.

Fazit zu den beschriebenen Einzeltherapiestundenbögen

Bei dem Überblick wird deutlich, dass sich die Stundenbögen der Einzeltherapie inhaltlich sehr ähneln. Sie setzen sich in der Regel aus Items zu den von Braun (2003) benannten Bereichen Beziehungsqualität, Behandlungsqualität und erlebte Emotionen bzw. Eigenaktivität zusammen. Je nach Messmittel werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, nur nach einzelnen Bereichen gefragt (wie z.B. beim STU-P nur nach der Behandlungsqualität gefragt wird) oder einzelne Aspekte noch einmal aufgegliedert (z.B. parallel zum STU-P beim STEP der Aspekt der Behandlungsqualität in die Bereiche Motivationale Klärung und Problembewältigung). Nach Braun (2003) erklären der Beziehungs- und der Behandlungsfaktor in den Faktorenanalysen der meisten Stundenbögen, den größten Teil der Varianz. Bei wiederholten Faktorenanalysen vereinfacht sich die Faktorenstruktur jeweils im Wesentlichen auf diese zwei Faktoren plus einen dritten Faktor mit geringerer Varianzaufklärung. Weiterhin scheint in den meisten Untersuchungen die Faktorenstruktur mit fortlaufender Sitzungszahl stabiler zu werden, was Tschacher, Ramseyer & Grawe (2007) als Ordnungseffekt bezeichnen.

Elliot & James (1989) kommen in ihrer älteren Zusammenfassung der Literatur über das Patientenerleben in der Psychotherapie zu einer ähnlichen Schlussfolgerung und identifizieren ebenfalls drei wesentliche Teilbereiche: 1. Erfahrungen eigener psychischer Prozesse bei den Patienten (erlebte Emotionen), 2. Erfahrungen der Handlungen und der Person des Therapeuten (Beziehungsqualität) und 3. Erfahrungen von Veränderung durch die Therapie (Behandlungsqualität).

Bezogen auf die Therapeutenbewertung in Einzelpsychotherapien finden sich in der Übersicht ebenfalls wiederkehrende Aspekte. Bei den Angaben zu spezifisch therapeutenbezogenen Skalen kehren einerseits der Bereich des Therapieerfolgs und andererseits der Therapiebeziehung wieder. Die so benannten Skalen des STU-T (Schulte & Eifert, 2002) tauchen in Abwandlung im Berner Stundenbogen (Regli & Grawe, 2000) mit den Skalen Therapiefortschritte, Mitarbeit und andererseits Therapiebeziehung, Interaktionsschwierigkeiten auf. Zudem wird teilweise die therapeutische Strategie erfragt. Der FBTS (Schulte & Eifert, 2002) erfasst die auch für die vorliegende Untersuchung interessante und relevante Einschätzung, inwiefern der Therapeut meint, sich in der vergangenen Sitzung eher auf die Umsetzung der therapeutischen Methoden konzentriert zu haben (Skala methodenorientierte Strategie) oder den Therapieprozess bzw. den Patienten im Blick gehabt zu haben (Skala prozessorientierte Strategie). Diese Aspekte finden sich anstanzweise z.B. auch in der Therapeuten-Stundenbeurteilung von Schindler et al. (1990) mit den Skalen Struktur und Stringenz auf der einen und Erwartung, Motivierung und Bestätigung auf der anderen Seite.

Fazit zu den vorliegenden Gruppentherapiestundenbögen

Auch bei den **Patientenstundenbögen** für die Gruppenpsychotherapie finden sich bei den vorliegenden Instrumenten inhaltlich ähnliche Basisbereiche der Sitzungsbewertung, wie bereits oben für die Einzeltherapiebögen dargestellt, nämlich Aspekte der Beziehungs- und Behandlungsqualität sowie zu erlebten Emotionen und eigener Aktivität. In allen Verfahren finden sich z.B. einzelne oder mehrere Skalen zum letztgenannten Bereich der erlebten Emotion und eigenen Aktivität in der vergangenen Gruppensitzung. Theoriekonform erfassen vor allem Instrumente mit einem psychodynamischen Hintergrund diese Aspekte detaillierter oder sie sind, wie z.B. beim Stuttgarter Bogen oder Gruppenklimafragebogen ausschließlich von Interesse. In den anderen Instrumenten findet sich ebenfalls jeweils mindestens ein Bereich zur Beziehungsqualität. Teilweise wird zwischen der Beziehung zum Therapeuten bzw. zu den anderen Gruppenteilnehmern oder der Gesamtgruppe unterschieden (z.B. bei der Group Environment Scale) oder nur einer dieser Bereiche wird erfasst (z.B. Satisfaction with Therapy and Therapist Scale). Der Beziehungsaspekt wird häufig spezifisch für die Gruppentherapie als Gruppenkohäsion, Allianz oder Gruppenatmosphäre bezeichnet. Weiterhin findet sich ebenfalls der dritte Basisbereich, nämlich die Behandlungsqualität in der Skalenbildung der Instrumente. Je nach theoretischer Ausrichtung der Autoren wird dieser Aspekt in den Skalen auch als Lernerfahrungen, Wissenserwerb, Einsicht,

Selbstentdeckung, Bewältigungs-, Klärungserfahrungen oder Problemaktualisierung bezeichnet. Die Beobachtung der Basisbereiche in der hier vorgestellten Übersicht der existierenden Instrumente entspricht in Teilen den Befunden von Dierick & Lietaer (2008). Sie benennen die zwei übergeordnete Dimensionen von Gruppenwirkfaktoren, nämlich das Beziehungsklima (Beziehungsqualität) und die Therapeutische Arbeit (Behandlungsqualität), wobei der Bereich der erlebten Emotionen und Aktivität in beide Dimensionen eingeordnet wird. Auch die hier benutzten und zu evaluierenden Patienten- und Therapeutenstundenbögen erfassen Aspekte der drei formulierten Basisbereiche sowie wesentliche Aspekte der Realisierung therapeutischer Prozesse und Wirkfaktoren.

Die **Gruppentherapeutenperspektive** wird lediglich in vier Fällen spezifisch erfasst: GLBI, Berner Stundenbogen Version 93, GLB und HaPPS.

Die bei den Therapeutenbögen der Einzeltherapie benannten Aspekte der Therapiebeziehung und des Therapieerfolgs sind hier vor allem beim Berner Stundenbogen ebenfalls vertreten. Deutlicher lassen sich in den anderen Instrumenten die Dimensionen der methodenorientierten (therapeutische Aktivität, aktive Rolle des Therapeuten, Direktivität, aktives Strukturieren des Leiters) vs. prozessorientierten Therapeutenstrategien (Ermutigung der Patienten, einzelfallbezogene Aktivität, therapeutische Beziehungsgestaltung) benennen.

Zusammenfassend sind mehrere kritische Aspekte bezüglich der Anwendung dieser Instrumente bei verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien zu benennen:

Zunächst sind die Therapeutenstundenbögen in drei Fällen, ausgenommen der Berner Stundenbogen, primär für psychoanalytische bzw. dynamisch-interaktionelle Gruppentherapien entwickelt worden. Dies hat hier einen entscheidenden Einfluss, da sich das zu beschreibende Therapeutenverhalten, bzw. die Einschätzungen des Therapieprozesses zwischen den Therapieschulen unterscheiden.

Zudem liegen nur für den Berner Stundenbogen und den Gruppenleiterbogen Angaben zur psychometrischen Güte der Instrumente vor. Der Berner Stundenbogen konnte bereits in einigen Studien prädiktive Validität zur Vorhersage des Therapieerfolgs und differentielle Validität zur Differenzierung von Settings und zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zeigen. Der Berner Stundenbogen hat jedoch das Manko, dass er bisher nur in Studien erwähnt (z.B. Flückiger et al., 2005), jedoch in der Gruppenversion unveröffentlicht ist. Es liegen daher keine direkten Informationen zur Therapeuten-, lediglich zur Patientenversion vor. Vorteil ist bei diesem Instrument die Möglichkeit der vergleichenden Analyse der Patienten- und Therapeutenperspektiven. Nachteil ist allerdings die Länge von 34 Items, welche unpraktikabel für die regelmäßige Anwendung durch Patienten und den Therapeuten nach jeder Gruppensitzung ist.

Zum GLBI und GLB fehlen Patientenversionen, da hier ausschließlich das Therapeutenverhalten erfasst wird und der Therapeut keine eigenen Einschätzungen zu therapeutischen Wirkfaktoren auf Gruppenebene oder für individuelle Patienten trifft. Diese

Instrumente sind allerdings mit 19, 12 und beim HaPPS 15 Items ökonomisch für die wiederholte Erhebung von Prozessdaten.

Zusammenfassend ist zu der Übersicht zu sagen, dass viele Instrumente zur Erfassung der subjektiven Patienten- und Therapeutenbewertung von Gruppentherapien schlecht validiert oder schulenspezifisch auf psychodynamische Therapieverfahren ausgerichtet sind. Die wenigen brauchbaren Instrumente für die Analyse verhaltenstherapeutischer Gruppentherapien liegen entweder nur in einer Patientenversion vor, wie der GEB bzw. der GEB-VT oder die Satisfaction with Therapy or Therapist Scale oder sind nicht abschließend zu beurteilen, da sie bisher nicht direkt veröffentlicht sind, wie die Gruppenversion des Berner Stundenbogen in Patienten- und Therapeutenversion.

Viele der genannten Bögen sind für die routinemäßige Messung nach jeder Gruppentherapiesitzung zudem zu lang. Ausnahme ist u.a. die Satisfaction with Therapy and Therapist Scale. Letztere wurde für eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie der Depression entwickelt. Sie liegt jedoch bisher nur in der Patientenversion auf Englisch vor, erfasst den Bereich der Therapiebeziehung ausschließlich als Beziehung zum Therapeuten anstatt als Beziehung zur Gesamtgruppe und bewertet die Therapie als Ganze anstatt einzelne Therapiesitzungen.

Bezüglich der Bewertung der Länge der Instrumente ist es generell relevant zu unterscheiden, ob ein Stundenbogen dem wissenschaftlichen Interesse dienen soll, Therapieverläufe und Wirkfaktoren umfassend zu erfassen und in Forschungskontexten den Therapieprozess genauer verstehen zu können (z.B. Therapeutic Factor Questionnaire, GES, GAS, GTSR, TFI), oder ob es um die Bereitstellung eines praktikablen Instrumentes geht, welches im Idealfall dem Praktiker schon zu Therapiebeginn Hinweise auf den erwarteten Therapieverlauf und das Therapieergebnis liefert.

Letzteres trifft auf das Ziel der vorliegenden Untersuchung zu, in der das verwendete und zu validierende Instrument keine möglichst detaillierte Analyse von Therapieprozessen ermöglichen, sondern der ökonomische Vorhersage des Therapie-Outcomes durch den Post-Session-Outcome aus Patienten- und Therapeuten-sicht dienen soll. Auch wenn mit einem solchen Instrument keine 100 % sichere Vorhersage des Therapieerfolges möglich sein wird, sollen dem Therapeuten gewichtige Hinweise gegeben werden, dass im Hinblick auf die Gruppe oder einzelne Patienten ein besonderer therapeutischer Handlungsbedarf besteht.

3 Herleitung der Fragestellungen und Hypothesen

Das primäre Ziel dieser Untersuchung ist die Prognose des kurzfristigen Therapieerfolges einer Gruppentherapie durch Erhebungsinstrumente der Prozessevaluation, nämlich durch einen Patienten- und zwei Therapeutenstundenbögen.

Der Patientenstundenbogen (GTS-P) wird aus einer vorherigen Untersuchung (Schulte, 2001) übernommen und zunächst zusammen mit dem neu entwickelten Therapeutenstundenbogen (GTS-T) und der Therapeuten-Patienten-Bewertung (GTS-TP) validiert. Neben der Überprüfung der prädiktiven Validität der Instrumente bei der kognitiv-behavioralen Gruppentherapie für Diabetespatienten mit Depression, wird zudem die Prozessqualität dieser neu entwickelten Gruppenintervention überprüft.

Die Fragestellungen sind im Überblick in Tabelle 3.1 dargestellt, werden im Folgenden beschrieben und die entsprechenden Hypothesen abgeleitet.

Tabelle 3. 1: Übersicht der Fragestellungen

Fragestellungen
<p>Hauptfragestellung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lässt sich das kurzfristige Therapieergebnis einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie bei Diabetes und Depression mit einem Patienten- und zwei Therapeutenstundenbögen vorhersagen?
<p>Vor- bzw. nachgeordnete Fragestellungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Erfüllen der Patienten- und die Therapeutenstundenbögen (GTS-P, GTS-T, GTS-TP) die zu fordernden Testgütekriterien? 3. Wie ist die Prozessqualität der kognitiv – behavioralen Gruppentherapie für Patienten mit Diabetes und Depression zu bewerten?

3.1 Hauptfragestellung: Vorhersage des Therapieerfolgs

Lässt sich der kurzfristige Therapieerfolg einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie bei Diabetes und Depression mit einem Patienten- und zwei Therapeutenstundenbögen vorhersagen?

Die subjektive Wahrnehmung der Psychotherapie aus Sicht des Patienten stellt einen zentralen Faktor für den Therapieprozess und das Therapieergebnis dar. Dies wurde in Analysen vielfach für die Einzeltherapie (z.B. Howard & Orlinsky, 1986; Elliot & James, 1989; Schindler, 1991; Ambühl, 1993; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Höger & Eckert, 1997; Keijsers et al., 2000; Hannover et al., 2000; Braun, 2003), aber auch für die Gruppentherapie (Grawe et al., 1978; Eckert & Biermann-Ratjen, 1985; Tschuschke & Dies, 1994; Kersting et al. 2002) und im Besonderen auch für kognitiv- verhaltenstherapeutische und damit

verwandte Gruppen bestätigt (z.B. Backenstraß et al. 2004; Regli et al. 2004; Flückiger et al. 2005, Flückiger et al., 2011; Hilbert et al., 2007, Taube-Schiff et al., 2007; Morillo-Fallero et al., 2009).

Nach dem heutigen Forschungsstand der Gruppentherapieforschung (Überblicksarbeiten von Piper, 1994; 2010 und Eckert 2001; 2010; Yalom, 2007; Strauß, 2009) basieren die besten Prädiktoren des Therapieergebnisses auf direkten Beobachtungen und Reaktionen des Patienten in Gruppensituationen (Gruppenvorbereitungssitzungen oder erste Gruppensitzungen). Die Bewertung und Reaktion im Sinne der Ansprechbarkeit der Patienten auf die Gruppentherapie scheint im Gegensatz zu vor der Behandlung erhobenen Prädiktoren bisher die beste Prognose für den weiteren Therapieprozess und das Therapieergebnis zuzulassen (vgl. auch Fiedler, 2005).

Dieser Befund steht im Einklang mit theoretischen Annahmen und Modellen zum Psychotherapieprozess allgemein, wie dem Allgemeinen Modell der Psychotherapie (Howard & Orlinsky, 1986), dem Dualen Modell der Psychotherapie (Schulte, 1996), dem Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung (Howard et al., 1993) und im Bereich der Gruppenpsychotherapie zu der Annahme der Entwicklung von instrumentellen Gruppenbedingungen zu Gruppenbeginn als notwendige Voraussetzung für das Wirken spezifischer Interventionen (Grawe, 1980). Gruppenmitglieder, die zu Beginn der Gruppe wenig Kohäsion und Lernerfahrung erleben, profitieren scheinbar weniger von der Therapie (Eckert, 2001; Fiedler, 2005; Strauß, 2009).

Es ist also für den weiteren Therapieprozess und das spätere Therapieergebnis von fundamentaler Bedeutung, ob sich ein Patient in den ersten Sitzungen einer Gruppentherapie in der Gruppe

- mit den anderen Gruppenmitgliedern und dem Therapeuten *wohlfühlt*, bzw. die *Gruppenatmosphäre* als positiv erlebt,
- *zufrieden* mit der Gruppenarbeit in den Sitzungen ist,
- dort *hilfreiche Anregungen* erhält,
- die *nachvollziehbar* für ihn sind,
- die *Therapiegruppe als vielversprechend für die Bewältigung seiner Probleme* ansieht,
- sich dementsprechend *innerlich beteiligt* fühlt und
- *aktiv mitarbeitet*.

Nach den genannten Aspekten werden Patienten in standardisierter Form mittels des Gruppentherapiestundenbogens-Patienten (GTS-P) nach jeder Sitzung in dieser Untersuchung gefragt. Damit werden wichtige Aspekte der aus der Literatur bekannten

Dimensionen der Sitzungsbewertung (Elliot & James, 1989; Braun, 2003; Dierick & Litaer, 2008) und Gruppenwirkfaktoren (Fiedler, 2005; Yalom, 2007) erfasst.

Es wird sich zeigen, ob die Bewertungen der Patienten auch hier das kurzfristige Therapieergebnis, unter Einbezug weiterer Prädiktoren, vorhersagen können.

Als weitere Prädiktoren sollen die Bewertungen der Gruppentherapeuten miteinbezogen werden. In der Literatur zeigt sich, dass die Übereinstimmungen zwischen Patienten- und Therapeutenbewertungen oft sehr niedrig sind (z.B. Krampen, 2001; Taft et al., 2003; Orlinsky et al., 2004). Dies wird dadurch erklärt, dass sich ergänzende Informationen zum Therapieprozess erfasst werden. Es gibt Hinweise darauf, dass die Übereinstimmung der Bewertungen höher ausfällt, wenn Therapeut und Patienten dieselben, bzw. komplementäre Instrumente bearbeiten und der Therapeut zusätzlich jeden Patienten einzeln bewertet (Marquet, 2008). Dies soll daher durch eine zum Patientenbogen GTS-P parallele Therapeutenstundenbogenversion GTS-T und die einmalige Bearbeitung einer Therapeuten-Patienten-Bewertung GTS-TP berücksichtigt werden.

Aus forschungsmethodischer Sicht ist die Erfassung von Prozessdaten aus verschiedenen Beurteilungsquellen (Patient und Therapeut) sinnvoll. Gemäß der Forderung nach multidimensionaler Erfassung von Therapieprozessen ist es zudem empfehlenswert, neben der Therapeutenbewertung auch die Ebene der Fremdbeurteilung mit einzubeziehen. Fremdbeurteilungsdaten wurden in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht erhoben.

In dieser Untersuchung soll es primär auch nicht um den Versuch gehen, das Prozessgeschehen der Gruppentherapie möglichst umfassend und detailliert zu beschreiben, sondern gerade auf einem recht allgemeinen Niveau mittels praktikabler, zeitökonomischer, kurzer Stundenbögen. Damit sollen Instrumente zur Verfügung gestellt werden, welche auch einem in der Praxis arbeitenden Gruppentherapeuten unabhängig vom Forschungskontext die Möglichkeit eröffnen, die Prognose eines Gruppenpatienten auf eine valide Basis zu stellen.

Skeptiker können entgegenen:

„Braucht es dazu wirklich ein weiteres Erhebungsinstrument, dass ich als Anwender meinen Patienten aushändigen, selbst ausfüllen und auswerten muss? Ist mein eigenes klinisches Urteil nicht ausreichend?“

Laut Befunden aus der Literatur muss hier zum Teil widersprochen werden. Bisher scheint die Prognosestellung von Therapeuten aufgrund des subjektiven, klinischen Eindrucks erschreckend ungenau (Schulte & Eifert, 2002) und empirischen Methoden zur Vorhersage des Therapieerfolgs deutlich unterlegen zu sein (Hannan et al., 2005). Auch muss eingestanden werden, ohne die Kompetenz erfahrener Psychotherapeuten schmälern zu wollen, dass zwar erfreulich hohe Remissionsraten durch Psychotherapie z.B. auch bei der

Komorbidität Depression und Diabetes berichtet werden (Petra & Herpertz, 2009), jedoch nach wie vor eine nicht unbeträchtliche Zahl von Patienten die Behandlung vorzeitig abbrechen und einige Patienten nur eine Teil- oder keinerlei Remission erreichen. In der Depressionsstudie von Hautzinger und DeJong-Meyer (1996) beispielsweise, erreichten nur 25-30 % aller eingangs eingeschlossenen, ambulanten Patienten das Erfolgskriterium. In Gruppentherapien wird von Abbruchraten von bis zu 55 % (Kordy & Senf, 1992) und u.a. auch für die Verhaltenstherapie über Deteriorationseffekte berichtet, bei denen die Therapie bei 5-10 % der Patienten (Lambert & Ogles, 2004; Barlow, 2010) zu einer deutlichen Befindensverschlechterung einzelner Patienten führt (vgl. auch Jacobi, 2002; Lambert et al., 2002; Strauß & Eckert, 2002; Fiedler, 2005). McDermut et al. (2001) berichten in ihrer Metaanalyse zu vorrangig kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien der Depression von Drop-Out-Raten von 0-63.3 % mit einem Mittel von 18.6 %.

Das bedeutet, dass Therapeuten nicht unbedingt frühzeitig erkennen, dass eine Therapie nicht erfolgreich enden wird oder im Extremfall sogar schaden kann. In einer Gruppentherapie bei der größeren Anzahl von parallel behandelten Patienten und dem komplexeren, interaktionellen Beziehungsgeflecht kann dies noch leichter passieren. Es wird die Chance verpasst, noch während der Therapie das Vorgehen zu verändern (z.B. eher Einzel- anstatt Gruppentherapie), um doch noch ein befriedigendes Resultat zu erzielen oder evtl. die Therapie ohne größeren Schaden für Patient, Therapeut und Kostenträger vorzeitig zu beenden. Eine nicht erfolgreiche Therapie ist sowohl für einen Patienten als auch für einen Therapeuten ein demotivierendes, frustrierendes Erlebnis, welches zusätzlich schädlich ist. Der Patient kann die für den Erfolg so wichtige Selbstwirksamkeitserwartung und die Hoffnung, etwas verändern zu können nicht erleben. Im Gegenteil: Er wird trotz seines Bemühens frustriert und wird einem neuen Versuch seine Probleme psychotherapeutisch zu bearbeiten eher ablehnend gegenüber stehen. Auch der Therapeut erlebt trotz wahrscheinlich sorgfältiger und motivierter Arbeit einen Misserfolg, für welchen er im Nachhinein verschiedene Erklärungsversuche unternimmt. Der Misserfolg wird möglicherweise selbstwertdienlich dem Patienten oder der Situation zugeschrieben. Für eine genauere Analyse des eigenen therapeutischen Vorgehens im Prozess fehlt häufig, nach abgeschlossener therapeutischer Ausbildung, die Zeit und Motivation. Gesundheitsökonomisch betrachtet werden die knappen Ressourcen an Therapieplätzen zudem ineffektiv genutzt und es entstehen unnötige Behandlungskosten für nicht wirksame oder sogar schädliche Therapien (Braun, 2003).

Somit ist es ein durchaus lohnendes Unterfangen, gut handhabbare Instrumente zur Vorhersage des Therapieerfolges zu entwickeln und zu validieren. Diese können im Idealfall dem praktisch arbeitenden Gruppenpsychotherapeuten eine Hilfe dabei sein, eine Erfolgsgefährdung für einzelne Gruppenpatienten zu erkennen, sein therapeutisches Vorgehen zu überdenken und anzupassen. Gerade bei der Komplexität von

Therapieprozessen in der Gruppentherapie ist es auch für erfahrene Psychotherapeuten schwierig, alle ablaufenden Prozesse für jeden Patienten zu bedenken. Daher sollen besonders hier Stundenbögen dem Therapeuten helfen, Veränderungsprozesse, die Wahrnehmung der Therapie aus Patientensicht und das eigene Erleben des Therapieprozesses systematisch im Auge zu behalten.

Zur Prognose des Therapieergebnisses wird in dieser Untersuchung ein multivariater, regressionsanalytischer Ansatz auf zwei hierarchischen Ebenen gewählt (vgl. Erläuterung im Kapitel 4). Primärer Prädiktor ist aufgrund des beschriebenen Erkenntnisstandes zur Prognose von Therapieergebnissen durch die Ansprechbarkeit auf die Behandlung der Gesamtwert oder Skalenwerte (je nach den Ergebnissen der Dimensionsanalysen) des Gruppentherapiestundenbogens für Patienten (GTS-P). Dem Phasenmodell der psychotherapeutischen Veränderung (Howard et al., 1993) folgend, wird für den primären Prädiktor der Mittelwert der Remoralisierungsphase, d.h. des abgeschlossenen ersten Drittels der Therapie (Sitzung 1-4) gewählt.

Die bisherigen Hinweise auf zwei bis drei Faktoren des GTS-P (Schulte, 2001) entsprechen den aus der Literatur bekannten Basisbereichen der Sitzungsbewertung „Behandlungsqualität“, „erlebte Emotionen/Aktivität“ und „Beziehungsqualität“.

Aufgrund der geringen Befundlage der Prozessforschung bei verhaltenstherapeutischen Gruppen kann hier zum jetzigen Zeitpunkt keine gerichtete Annahme formuliert werden, welcher dieser Basisbereiche der beste Prädiktor des Behandlungserfolges sein sollte. Die vorliegenden Untersuchungen zu verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien deuten auf einen Einfluss der Gruppenkohäsion, Zufriedenheit, Erfolgserwartungen, Lernerfahrungen und des Wohlbefindens hin, obwohl widersprüchliche Befunde zur Gruppenkohäsion vorliegen (vgl. Abschnitt 2.3.5). Bezogen auf die allgemeine Forschungslage zu patientenseitigen Prädiktoren zu Gruppenbeginn gibt es gesicherte Evidenz für den Einfluss von Faktoren, wie die Ansprechbarkeit auf die Behandlung, gute therapeutische Beziehung (Allianz, Kohäsion), mit den Gruppenzielen konforme Erwartungen und Motivation zur Mitarbeit (vgl. Abschnitt 2.3.2).

Auch speziellere Ergebnisse zur Prognose von Depressionsbehandlungen unterstützen die Wahl des primären Prädiktors (Bewertungen des GTS-P in der Remoralisierungsphase). In der Metaanalyse zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien der Depression von McDermut et al. (2001) zeigten sich u.a. das mangelnde Ansprechen auf die Behandlung, Unzufriedenheit mit der Gruppe und das Bevorzugen von Einzeltherapie als Prädiktoren des Therapieabbruchs. Die Veränderung durch die Gruppentherapie ließ sich durch die Ausgangssymptomatik, Lebensereignisse, soziale Unterstützung und kognitive Stile vorhersagen. Generelle Prädiktoren der Depressionstherapie im Einzel- und Gruppensetting scheinen nach dem jetzigen Forschungsstand (Hautzinger et al., 1996,

Safran & Segal, 1990, McDermut et al., 2001) u.a. auch das Einverständnis mit der Therapie, Optimismus, interpersonelle Prozessfaktoren, geringe Ausgangssymptomatik, weitere klinische Merkmale (Chronizität, Ersterkrankungsalter, Anzahl bisheriger Episoden), verheiratet zu sein, kognitive Fähigkeiten und das frühe Ansprechen auf die Therapie zu sein. Das frühe Ansprechen wiederum wurde u.a. mit der Mitarbeit des Patienten und der Umsetzung von kognitiven Techniken durch den Therapeuten assoziiert.

In einzelnen Studien zeigte sich ein Zusammenhang mit dem Therapieergebnis für allgemeine Prozessfaktoren wie der therapeutischen Allianz und emotionalen Beteiligung in der kognitiv-behavioralen Einzel- (Castonguay et al., 1996) und der Prä-Symptomatik, Erfolgserwartungen und Gruppenkohäsion (Hoberman et al., 1988) in einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie der Depression.

Für die Komorbidität von Typ 2 - Diabetes und Depression im Speziellen gibt es für die Einzelpsychotherapie den Befund, dass der mangelnde Therapieerfolg, bezogen auf die Depression, u.a. auch mit diabetesspezifischen Faktoren, wie einer geringen Compliance mit Blutzuckerkontrollen, dem Vorliegen von Diabetesfolgeerkrankungen, einem höheren HbA1c und höherem Gewicht einherging (Lustman et al., 1998).

Aufgrund der beschriebenen Befunde werden im primären Modell in dieser Untersuchung als weitere Prädiktoren, neben dem GTS-P, die Prä-Symptomatik im Hamilton-Interview, Diabeteskomplikationen und explorativ auch der Diabetestyp und die Adhärenz, d.h. Teilnahme an der Gruppenbehandlung von mindestens 8-10 Sitzungen überprüft.

Als primäres Erfolgsmaß wird der Post-Wert der Depression unmittelbar im Anschluss an die Gruppentherapie gewählt. Zu beachten ist hier, dass die Wahl des Erfolgskriteriums die Ergebnisse zu Prädiktoren des Therapieerfolges von Psychotherapie mitbedingen kann. Nach Schulte (2005) korrelieren beispielsweise Patientenerwartungen und die Einschätzung von Therapie als glaubwürdig und passend nicht mit dem Therapieerfolg als Prä-Post Veränderung (z.B. Effektstärke). Sobald Therapieerfolg durch die Restsymptomatik (Postwerte der Symptomfragebögen) oder retrospektive Erfolgsbeurteilungen (Grad der Zielerreichung) zu Therapieende definiert wird, zeigen sich jedoch bedeutsame Zusammenhänge zu den Patientenerwartungen zu Therapiebeginn. Somit ist das Erfolgsmaß der Post-Symptomatik im Hamilton-Interview, neben weiteren statistischen Gründen (vgl. Abschnitt 4.4.2), für die vorliegende Untersuchung sinnvoll. Die Kontrolle der Ausgangssymptomatik erfolgt durch den Einschluss des Prä-Wertes in das Regressionsmodell.

Als eine Art retrospektive Erfolgsbeurteilung wird ebenfalls die globale Interventionsbewertung der Patienten zu Therapieende als sekundäres Outcomemaß untersucht. Es ist davon auszugehen, dass sich die Gesamtbewertung der Zufriedenheit mit der Gruppentherapie ebenfalls durch die vorherigen Bewertungen der Zufriedenheit mit den Sitzungen vorhersagen lässt.

Weitere sekundäre Kriterien sind die Post-Werte in der Allgemeinen Depressionsskala (ADS) und in diabetesspezifischen Maßen, wie dem PAID, SF-36 und SDSCA.

Im Weiteren wird angenommen, dass neben der Patienteneinschätzung im GTS-P sekundär auch die Therapeutenbewertungen prädiktive Validität besitzen. Diejenigen, bezogen auf einzelne Patienten in der Therapeuten-Patienten-Bewertung (GTS-TP), sollen in Ebene-1-Modellen und diejenigen, bezogen auf die Gesamtgruppe (GTS-T) in den Modellen auf Ebene 2 überprüft werden.

Zur genaueren Untersuchung der Vorhersagekraft einzelner Bewertungsbereiche sollen zusätzlich Modelle für einzelne Items berechnet werden. Aufgrund theoretischer Überlegungen und Vorbefunden der Prozessforschung u.a. bei verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien (vgl. Abschnitt 2.3) wird davon ausgegangen, dass zu Therapiebeginn in der Remoralisierungsphase vor allem die instrumentellen Gruppenbedingungen „Kohäsion /Akzeptanz“ vertreten durch Item 6 „Gruppenatmosphäre“, „Arbeitshaltung und Offenheit“ (erfasst durch das Item 2 „Aktive Mitwirkung“) und „Vertrauen in die Gruppenarbeit, Hoffnung bzw. Optimismus“ (erfasst durch die Items 5 „Gruppe hilfreich und 8 „Therapieform erfolgversprechend“) einen besonderen Beitrag zur Prognose des Therapieerfolges beisteuern.

Zusätzlich zu den Werten der ersten 4 Sitzungen sollen ebenfalls der Gesamtwert oder Skalenwerte des GTS-P gemittelt über alle 10 Sitzungen als Prädiktoren überprüft werden.

In weiteren Zusatzanalysen soll untersucht werden, inwiefern sich die GTS-P-Bewertungen bezüglich einzelner dichotomer Variablen unterscheiden. Hier wird anlehnend an die erwähnten Vorbefunde aus der Literatur angenommen, dass es Unterschiede der Bewertung in den Variablen Therapieabbruch (vor der 10. Sitzung abgebrochen), Adhärenz (mindestens 8 Sitzungen teilgenommen) und Response (50 % Symptomreduktion oder $HAMD_P1 \leq 7$) gibt.

Zusammenfassend werden die Haupthypothesen folgendermaßen formuliert:

1. Haupthypothesen

Primär:

Hypothese 1.1 Das Therapieergebnis von Gruppenpatienten (Depressionssymptomatik im Hamilton-Interview nach der Gruppentherapie, $HAMD_P1$) lässt sich durch den Mittelwert der ersten vier Sitzungsbewertungen des Patientenstundenbogens (GTS-P), der Therapeuten- Patienten- Bewertung nach Sitzung 4 (GTS-TP) und dem Mittelwert der ersten vier Therapeutenbewertungen des Therapeutenstundenbogens (GTS-T) vorhersagen (jeweils je nach den Ergebnissen der Dimensionsanalysen Skalen- oder Gesamtwerte).

Sekundär:

Hypothese 1.2: Die subjektive Bewertung der Gruppenatmosphäre, der aktiven Mitwirkung, der Gruppentherapie als hilfreich und erfolgversprechend (Items 6, 2, 5, 8) in den ersten vier Sitzungen aus Patientensicht hat einen besonders großen Anteil an der Prognose des Therapieerfolgs.

Hypothese 1.3: Die Vorhersage gelingt sowohl für die GTS-P-Mittelwerte der ersten vier Sitzungen als auch für die Mittelwerte der gesamten 10 Sitzungen.

Hypothese 1.4: Die prädiktive Validität zeigt sich bei verschiedenen Kriteriumsmaßen (HAMD, ADS, PAID, SF-36, SDSCA, globale Interventionsbewertung).

Hypothese 1.5: Es zeigen sich Unterschiede in der Bewertung des Patientenstundenbogen (GTS-P) bezüglich der Variablen Therapieabbruch, Adhärenz und Response.

3.2 Vor- und nachgeordnete Fragestellungen

Zur Überprüfung der Hauptfragestellung ist es zunächst notwendig, Patienten- und Therapeutenstundenbögen auszuwählen, zu entwickeln und zu validieren. Im Weiteren sollen die Instrumente zur Erfassung der Prozessqualität der hier durchgeführten Gruppentherapie für Depression und Diabetes diesbezüglich ausgewertet und der Verlauf der Bewertungen betrachtet werden.

3.2.1 Testgüte des GTS-P, GTS-T und GTS-TP

Erfüllen der Patienten- und die Therapeutenstundenbögen (GTS-P, GTS-T, GTS-TP) die zu fordernden Testgütekriterien?

Die Stundenbögen haben allgemein das Ziel die subjektive Einschätzung des Therapieprozesses einer Gruppentherapie aus Sicht von Patienten und Therapeuten messbar zu machen.

Sechs Forderungen werden für die Auswahl des Patientenstundenbogens und der komplementären Konstruktion des Therapeutenstundenbogens formuliert:

1. Die Bögen sollen nach einer Gruppensitzung für die Teilnehmer und den Therapeuten leicht und schnell ausfüllbar und auswertbar sein, d.h. sowohl in Forschungskontexten als auch in der psychotherapeutischen Praxis leicht anwendbar sein.

2. Die Items der Bögen sollen kurz, klar und komplementär für Patienten und Therapeuten formuliert sein.
3. Die Bögen sollen mit den jede Sitzung wiederkehrenden Items trotzdem das Erleben und die Bewertung der aktuellen Gruppensitzung messen.
4. Die Bögen sollen Bewertungsveränderungen im Verlauf anzeigen.
5. Die Bögen sollen inhaltlich, trotz ihrer Kürze, die Basisbereiche der Sitzungs-bewertung (Beziehungsqualität, Behandlungsqualität, erlebte Emotionen) abdecken. Sie sollen vorab von Gruppentherapeuten auf ihre Augenscheinvalidität überprüft werden.
6. Die Bögen sollen den allgemein geforderten psychometrischen Anforderungen (Objektivität, Reliabilität, Validität, Normierung, Vergleichbarkeit, Ökonomie, Nützlichkeit auf Gesamttestebene, Trennschärfe, Itemschwierigkeit, Varianz, Homogenität, Iteminterkorrelation auf Itemebene) genügen und zudem prädiktive Validität zur Vorhersage des Therapieergebnisses haben.

Der von der Untersucherin vorab eingesetzte, kompakte Patientenstundenbogen für die Gruppenpsychotherapie entspricht im Gegensatz zu vielen weiteren Sitzungsbewertungs-instrumenten (vgl. Abschnitt 2.4.3) den formulierten Forderungen (Schulte, 2001, vgl. Abschnitt 4.3.1).

Elliot & James (1989) identifizieren für das Patientenerleben in der Psychotherapie drei wesentliche Teilbereiche:

1. Erfahrungen eigener psychischer Prozesse bei den Patienten,
2. Erfahrungen der Handlungen und der Person des Therapeuten und
3. Erfahrungen von Veränderung durch die Therapie.

Parallel dazu benennt Braun (2003) die wiederkehrenden Bereiche der Sitzungsbewertung in den Stundenbögen als

1. erlebte Emotionen,
2. Beziehungsqualität,
3. Behandlungsqualität.

Aktuelle Befunde deuten auf zwei übergeordnete Dimensionen von Gruppenwirkfaktoren hin, nämlich auf das Beziehungsklima und auf die therapeutische Arbeit (Dierick & Lietaer, 2008).

Beim Gruppentherapiestundenbogen für Patienten (GTS-P) wurde bisher aufgrund widersprüchlicher, faktorieller Befunde von einer einfaktoriellen Struktur ausgegangen und somit eine Sitzungsbewertung mit einem Gesamtwert pro Sitzung vorgenommen. Es ließen sich jedoch in der Voranalyse Hinweise auf zwei bis drei Faktoren finden (Schulte, 2001).

Da der GTS-P Items zu den genannten Bereichen der Sitzungsbewertung bzw. Gruppenwirkfaktoren enthält, wird davon ausgegangen, dass sich möglicher Weise in erneuten explorativen Analysen die zwei bis drei Faktoren abbilden lassen. Anhand des damaligen Datensatzes einer Gruppentherapie für Patienten mit somatoformen Störungen und der hier erhobenen Daten der Diabetes und Depression-Gruppentherapie soll mit Hilfe von exploratorischen und konfirmatorischen Faktorenanalysen die faktorielle Struktur erneut überprüft werden.

Bei Prozessanalysen von Gruppentherapien wird häufig lediglich ein Patientenstundenbogen eingesetzt ohne die Therapeutenperspektive zu erfassen. Aus Mangel an geeigneten Instrumenten wurden in bisherigen Studien mit Einbezug der Gruppentherapeutenperspektive die Patientenbögen ebenfalls von den Therapeuten bearbeitet. Es erscheint jedoch inhaltlich und forschungsmethodisch angebrachter, das Instrument zumindest für die Therapeuten umzuformulieren, es durch weitere, aus der Therapeutenperspektive interessierende Bewertungsaspekte (z.B. einer Einschätzung des eigenen therapeutischen Handelns) zu ergänzen und das Instrument an einer Therapeutenpopulation zu validieren. Ein ähnliches Vorgehen wurde bei der Entwicklung von parallelen Patienten- und Therapeutenstundenbögen für die Einzeltherapie gewählt (z.B. Grawe & Braun, 1994; Krampen & Wald, 2001).

Es existieren bisher keine geeigneten Instrumente zur Erfassung der Gruppentherapeutenperspektive, bzw. Instrumente zur vergleichenden Analyse der Bewertungsperspektiven für verhaltenstherapeutische Gruppentherapien.

Bei einer Sichtung der Literatur mittels gängiger Datenbanken (psyndex, psychinfo, pubmed, web of knowledge) bis Mitte 2012 fanden sich unter Nutzung diverser Schlagworte („Stundenbogen“, „Sitzungsbeurteilung“, „session report“ eingeschränkt mit „Gruppenpsychotherapie“ bzw. „Group psychotherapy“) vier Therapeutenstundenbögen für die Gruppenpsychotherapie, teilweise ohne komplementäre Patientenversionen. Die Bögen weisen erhebliche Unzulänglichkeiten für die Analyse verhaltenstherapeutischer Gruppentherapien auf. Sie sind unzureichend validiert, wie das „Group Leader Instrument“ (Depalma et al., 1984), die Publikation des Fragebogens steht noch aus, wie bei der Gruppenversion des Berner Stundenbogens (Flückiger et al., 2005; Grawe & Braun, 1994) oder sie sind auf psychodynamische Therapie ausgerichtet, wie die „Hamburger Psychotherapie Prozess Skala“ (Watzke, 2002) und der „Gruppenleiter-Bogen“ (Tschuschke, 2004). Bei dem „Group Leader Instrument“ und dem „Gruppenleiter-Bogen“ (GLB) existieren zudem keine komplementären Patientenbögen.

Viele Gruppentherapiestundenbögen haben einen primär psychodynamischen Hintergrund, wie z.B. der ansonsten interessante, kompakte Gruppenleiterbogen (GLB), und können daher Therapieprozesse einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenintervention nicht adäquat beschreiben. Als neutralere oder teilweise spezifisch auf Verhaltenstherapie

ausgerichtete Instrumente sind lediglich der Gruppenerfahrungsbogen (GEB; Eckert, 1976), dessen Adaption für Verhaltenstherapie GEB-VT (Backenstraß et al., 2004) und der Berner Stundenbogen 2000 (Flückiger et al., 2005) zu nennen. Die ersten beiden genannten Verfahren liegen bisher nur als Patientenversion vor. Die Gruppenversion des Berner Stundenbogens in Patienten- und Therapeutenversion wurde noch nicht als solche veröffentlicht, sondern nur in zwei Studien erwähnt. Somit liegen nur eingeschränkt Angaben zum Inhalt und zur psychometrischen Qualität vor.

Weiterhin kommen die genannten Instrumente aufgrund ihrer Länge (27-34 Items) nicht in Frage, da eine Hauptforderung an das hier zu benutzende Instrument die ökonomische Anwendbarkeit in der Praxis ist.

Aufgrund des Mangels an geeigneten Instrumenten wird ein neuer Therapeutenstundenbogen für vorrangig verhaltenstherapeutische Gruppentherapien entwickelt, welcher parallel zum Patientenstundenbogen die vorab genannten sechs Forderungen erfüllen soll.

Der Therapeutenstundenbogen (GTS-T) orientiert sich zunächst komplementär an den acht Items des Patientenstundenbogens (GTS-P). Neben dieser komplementären Bewertung des Therapeuten bezüglich der Items des Patientenstundenbogens soll erfasst werden, wie der Therapeut selbst die Gruppe hinsichtlich der Gruppenatmosphäre und eigenen Zufriedenheit bewertet. Weiterhin soll durch weitere Items erhoben werden inwiefern der Therapeut nach eigener Einschätzung in der vergangenen Sitzung die Inhalte des Manuals umgesetzt hat bzw. sich an den individuellen Bedürfnissen der Gruppenpatienten orientiert hat. Dies ist zum einen aufgrund der gewünschten Kontrolle der Manualtreue in Therapiestudien von Interesse. Zum anderen soll es jedoch auch den mit einem Manual arbeitenden Praktiker zur Reflektion des eigenen therapeutischen Vorgehens anregen. Hinweise aus der Literatur legen für die Einzeltherapie nahe, dass eine zu schnelle Abkehr vom manualisierten Vorgehen zu schlechteren Therapieergebnissen führt (Schulte & Eifert, 2002). Die vom Therapeuten andererseits eingeschätzte individuelle Realisierung von therapeutischem Basisverhalten und instrumentellen Gruppenbedingungen als wichtige Voraussetzungen für eine gelingende Therapie, kann durch den GTS-T als weiterer Prädiktor des Therapieerfolgs überprüft werden. Auch kann es hier in Zukunft interessant sein die Selbsteinschätzungen der Therapeuten mit entsprechenden Beobachterbeurteilungen zu vergleichen.

Da zur Vorhersage des individuellen Therapieerfolges auch die spezifische Einschätzung des Therapeuten bezüglich einzelner Gruppenteilnehmer herangezogen werden soll, wird zusätzlich eine Therapeuten- Patienten- Bewertung (GTS-TP) entwickelt. Nach Marquet (2008) ist nachvollziehbarer Weise die Übereinstimmung von Patienten- und spezifisch auf einen Patienten bezogenen Therapeutenbewertungen höher als bei allgemeinen Therapeutenbewertungen der Gesamtgruppe. Da die Reaktion der Patienten bisher die beste Prognose des Therapieerfolges zulässt, wird ebenfalls von der Vorhersagekraft durch

eine spezifische Therapeuten-Patienten- Bewertung ausgegangen. Aus ökonomischen Gründen soll der Therapeut in dieser Untersuchung zu einem Zeitpunkt den Gesamteindruck bezüglich der einzelnen Patienten angeben. Der Erhebungszeitpunkt wird aufgrund von Erkenntnissen zu den Phasen psychotherapeutischer Veränderung nach dem ersten Drittel der Gesamtbehandlung, d.h. nach der sogenannten Remoralisierungsphase (Howard et al., 1993, vgl. Abschnitt 2.3.4) gewählt. Somit wird im GTS-TP die Ansprechbarkeit des Gruppenpatienten, bzw. die initiale Reaktion auf die Gruppentherapie im Sinne von Remoralisierung aus Therapeutenperspektive erfasst und kann als weiterer Prädiktor des Therapieerfolgs überprüft werden.

Bei allen drei Versionen der GTS-Bögen (GTS-P, GTS-T und GTS-TP) sollen die psychometrische Gütekriterien auf Item- (Trennschärfe, Itemschwierigkeit, Varianz, Homogenität, Iteminterkorrelation) und Gesamttestebene (Objektivität, Reliabilität, Validität, Normierung, Ökonomie, Nützlichkeit) am vorliegenden Datensatz bestätigt werden (vgl. dazu detaillierter Abschnitt 4.4.2).

2 a. Nebenhypothesen

Hypothese 2.1: Der Gruppentherapiestundenbogen für Patienten (GTS-P), der Gruppentherapiestundenbogen für Therapeuten (GTS-T) und die Therapeuten- Patienten- Bewertung (GTS-TP) erfüllen die geforderten, psychometrischen Gütekriterien auf Item - und Gesamttestebene.

Hypothese 2.2: In den exploratorischen und für den GTS-P zusätzlich konfirmatorischen Faktorenanalysen lassen sich bei den drei Versionen der GTS-Bögen die aus der Literatur bekannten Bereiche der Sitzungsbewertung abbilden.

3.2.3 Prozessqualität der DAD-Gruppentherapie

Wie ist die Prozessqualität der kognitiv – verhaltenstherapeutischen Gruppen-therapie für Patienten mit Diabetes und Depression zu bewerten?

Es lassen sich im Sinne der Qualitätssicherung aus den zu erhebenden Daten Rückschlüsse darauf ziehen, wie die Patienten und Therapeuten die spezifische, neu entwickelte Gruppenbehandlung für Diabetes und Depression allgemein, aber auch bezogen auf einzelne Sitzungen und Therapiebausteine bewerten.

Es ist von Interesse, wie Diabetiker, welche mehrheitlich bisher vorrangig medizinisch behandelt worden sind, eine psychotherapeutische Gruppenbehandlung beurteilen. Aus dem Vorbefund bei ähnlich auf eher organische Krankheitstheorien hin orientierten, somatoformen Patienten (Schulte, 2001) und Ergebnissen aus der Forschung zu Patientenzufriedenheit mit Psychotherapie allgemein (z.B. Breisacher et al., 2003; Bredel et al., 2004) lässt sich annehmen, dass die an Depression leidenden Diabetiker das Gruppenprogramm grundsätzlich positiv beurteilen werden.

Es wird aufgrund von Erkenntnissen zu Gruppenprozessen allgemein aber auch bei strukturierten, verhaltenstherapeutischen Gruppenprogrammen im Speziellen (z.B. Schulte, 2001; Backenstraß et al., 2004; Taube-Schiff et al., 2007; Pitschel-Waltz et al., 2011) angenommen, dass die Bewertung im Verlauf der Gruppe positiv ist bzw. stetig positiver wird. Weniger positive Gruppenbewertungen sollten von den Therapeuten durch die mitlaufende Prozessbegleitung (Rückmeldung der Bewertungen) schon während des Gruppenverlaufes zum Anlass genommen werden über die Realisierung von instrumentellen Gruppenbedingungen (Grawe, 1980; Fiedler, 2005) nachzudenken.

Die Bewertung einzelner Therapiesitzungen kann zusätzlich Aufschluss darüber geben, wie bestimmte Therapiebausteine und -inhalte von den an Depression leidenden Diabetespatienten und den Therapeuten wahr- und aufgenommen werden. Durch die deskriptive Betrachtung der Bewertungen können Optimierungsmöglichkeiten des Therapieangebots identifiziert werden. Von Interesse ist beispielsweise, wie von wahrscheinlich zumeist psychotherapieunerfahrenden und bislang ausschließlich somatisch behandelten Diabetespatienten die Einführung in das kognitive Modell und die kognitive Arbeit in Sitzung drei und fünf wahrgenommen werden. Das Ergebnis dieser Fragestellung kann somit sowohl eine Ergänzung des Wissens über die Psychotherapiewahrnehmung von depressiven Diabetikern als auch Implikationen zur Optimierung des durchgeführten Gruppenprogramms nahe legen.

Auch können Phasen des Gruppenverlaufes, d.h. Veränderungen in Bewertungsbereichen auf Item- und evt. Skalenebene betrachtet werden. Gemäß den Konzepten und Befunden zu Phasenverläufen von Gruppentherapien (Grawe, 1980; Howard et al., 1993; Regli et al., 2004) wird parallel zu den Hypothesen der Hauptfragestellung angenommen, dass die instrumentellen Gruppenbedingungen im GTS-P von Beginn an hoch oder in den ersten vier Sitzungen in der Remoralisierungsphase ansteigend eingeschätzt werden. Aufgrund des Befundes, dass dieser Verlauf auch für kognitiv-behaviorale Gruppenkonzepte gilt (Castonguay et al., 1998; Backenstraß et al., 2004) und des zu replizierenden Vorbefundes von Schulte (2001) wird ferner angenommen, dass die Bewertungen des GTS-P bei der Betrachtung der Verlaufskurven deskriptiv typische Phasen des Gruppenverlaufes nach Howard et al. (1993) abbilden: Remoralisierung in der Anfangsphase (Anstieg der

Bewertung), Remediation bzw. intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Problematik (Stabilisierung der Bewertung, Plateauphase) und Rehabilitation bzw. Vertiefung von Kohäsion und Selbstständigkeit (weiterer Anstieg).

2 b. Nebenhypothesen

Hypothese 2.3: Die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie für Patienten mit Diabetes mellitus und Depression wird insgesamt positiv von den Patienten bewertet.

Hypothese 2.4: Die Einschätzung der Gruppentherapie als Ganzes oder einzelner Bewertungsbereiche (mögliche Faktoren) wird dabei über die Gruppensitzungen hinweg zunehmend positiver.

Hypothese 2.5: Therapiesitzungen werden trotz des aufsteigenden Trends unterschiedlich bewertet, so dass Rückschlüsse zur Zufriedenheit mit Interventionsbausteinen für eine mögliche Verbesserung des Manuales möglich sind.

Hypothese 2.6: Die Bewertung der Therapiesitzungen bzw. einzelner Items bilden, neben dem generell ansteigenden Trend, zusätzlich verschiedene Phasen des Gruppenverlaufes ab.

4 Methode

In diesem Kapitel werden die Rahmenbedingungen der vorliegenden Untersuchung beschrieben. Dazu gehören Informationen zur Datenerhebung, einschließlich einer Beschreibung der durchgeführten kognitiv- verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für depressive Diabetiker, eine Beschreibung der Stichproben und Untersuchungsinstrumente, insbesondere der neu entwickelten Stundenbögen und Informationen über die angewandten statistischen Methoden.

4.1 Datenerhebung

4.1.1 Setting

Die vorliegende Untersuchung ist Teil einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des „Kompetenznetz Diabetes mellitus“ geförderten randomisierten, kontrollierten Multicenterstudie zur Behandlung von an Depression leidenden Diabetikern (DAD – Studie)⁸ unter der Leitung von Prof. Dr. Frank Petrak. Das Forschungsprojekt wurde im Zeitraum von 2006 bis 2010 an Studienzentren in Bad Mergentheim, Düsseldorf, Dortmund, Mainz und Köln durchgeführt. Die Fragestellung des Gesamtprojektes betrifft den Vergleich der Behandlung von an Depression leidenden Diabetikern mit unzureichender Stoffwechseleinstellung mit einer speziell für diese Patientenklientel adaptierten kognitiv-behavioralen Gruppentherapie oder der Pharmakotherapie mit einem Antidepressivum (Selektiver Serotonin Wiederaufnahmehemmer; Wirkstoff: Sertralin). Die primäre Zielgröße ist die Verbesserung der Stoffwechseleinstellung (Reduktion des HbA1c um mindestens 1%-Punkt von der Baseline bis zum Studienende bei der 12-Monats-Katamnese, ja-nein). Zudem werden die Verbesserung oder Remission der Depression und die Verbesserung der gesundheitsbezogenen und diabetesspezifischen Lebensqualität als Zielgrößen untersucht. Nach dem Einschluss in die DAD- Studie nahmen alle Patienten an einer kurzen Diabetesschulung (2 x 3 Stunden) teil, um ihr Wissen über die Insulintherapie aufzufrischen. Danach wurden sie nach dem Zufallsprinzip entweder der Verhaltenstherapie- oder der Sertralingruppe zugewiesen. In der nun folgenden 12- wöchigen Behandlungsphase nahm die eine Patientengruppe an der manualisierten Gruppenpsychotherapie (10 x 2 Stunden) teil und die andere Gruppe erhielt von den Prüfarzten gemäß dem Studienprotokoll das Antidepressivum. Anschließend wurden alle Patienten, welche von der Behandlung (Verhaltenstherapie oder Medikation) profitieren konnten (Treatment- Responder = 50 % Reduktion oder der Depressionswerte oder Remission der Depression) in die Langzeitphase der Untersuchung eingeschlossen, in welcher die diabetologische Behandlung im üblichen Verfahren fortgeführt und diagnostisch begleitet wurde. Sowohl die Responder als auch die

⁸ Förderkennzeichen 01GI0805-07; International Standard Randomised Controlled Trial Number Register ISRCTN89333241

Non- Responder der Behandlung wurden schließlich in einer Ein- Jahres- Katamnese nachuntersucht.

Die vorliegenden Fragestellungen beziehen sich ausschließlich auf die Prozessevaluation der Gruppentherapie. Die Gruppenintervention umfasst zehn Sitzungen à 120 Minuten, welche maximal innerhalb von 12 Wochen durchgeführt wurden. In jeder Gruppensitzung wurde eine 10-minütige Pause gemacht.

Die Gruppen bestanden aus maximal neun Teilnehmern und wurden von vier Psychologischen Psychotherapeutinnen (Verhaltenstherapie) und sechs Verhaltenstherapeutinnen in fortgeschrittener Therapieausbildung unter Supervision des Studienleiters durchgeführt. Pro Durchlauf der Gruppe fanden mindestens drei Supervisionstermine unter Einbezug von Videosequenzen statt. Die Gruppentherapeutinnen hospitierten zu Beginn des Projektes zur Vertiefung ihrer Kenntnisse zum Diabetes mellitus zwei Wochen im Diabetes-Zentrum Bad Mergentheim. Weiterhin wurden die Therapeutinnen in einem Workshop zur Durchführung der Gruppen geschult. Während der Datenerhebung fand einmalig ein Studientag mit den Gruppentherapeutinnen statt, um die Kenntnisse zum Manual aufzufrischen, das Vorgehen zu vereinheitlichen und Gruppensupervision durchzuführen.

4.1.2 Beschreibung der Intervention

Das Manual der zehn Sitzungen umfassenden Gruppentherapie wurde im Rahmen der DAD – Studie neu entwickelt. Es basiert auf bekannten und bewährten Therapiebausteinen aus der kognitiv- verhaltenstherapeutischen Behandlung der Depression (u.a. Hautzinger, 1997; Hintsch & Pfingsten, 1983), welche jedoch zusätzlich auf die spezifischen Probleme von Diabetikern abgestimmt wurden.

Neben dem Einsatz verhaltenstherapeutischer Techniken und Therapiestrategien wird bei der Durchführung dieser Gruppentherapie besonders auf eine gezielte Interaktionsgestaltung Wert gelegt. Die Interaktionsgestaltung orientiert sich an den Leitlinien der verhaltenstherapeutischen Gruppenarbeit nach Fiedler (1996). Dadurch sollen die sogenannten instrumentellen Gruppenwirkfaktoren (Kohäsion, Vertrauen, Selbstöffnung, Arbeitsklima) verbessert werden, Therapeutenfehler sollen vermieden und das Selbstmanagement der Patienten gefördert werden. Neben psychoedukativen Interventionen soll die Gruppe auch ein Übungsfeld zur Verbesserung zwischenmenschlicher Kompetenzen und Konfliktlösungsstrategien bieten und der Reflexion persönlicher Probleme und Entwicklungsmöglichkeiten Raum geben.

Ziele der Gruppenintervention sind die Vermittlung eines Störungsmodells der Depression sowie der Wechselwirkung von Depression und Diabetes, eine Reduktion oder Remission der depressiven Symptomatik durch einen Aufbau von positiven Aktivitäten in kleinen, realistischen Schritten, durch die Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken und durch das Training im Problemlösen und in sozialen Kompetenzen. Weiteres Ziel ist die Senkung des

HbA1c- Wertes um mindestens einen Prozentpunkt. In der Festlegung der Therapieziele sollen daher neben den depressionsbezogenen Zielen auch Ziele im Hinblick auf eine Verbesserung des Diabetesmanagements formuliert werden und etwaige Hindernisse bei der Zielerreichung im Rahmen des Problemlösetrainings bearbeitet werden. Zudem wird die Angst vor Folgeerkrankungen als diabetesspezifisches Thema in einer Sitzung behandelt. Nach einer Sitzung mit einem von der Gruppe wählbaren Thema wird zur Rückfallprävention abschließend der Umgang mit Rückschritten besprochen und die Bibliothherapie mit dem Begleitbuch empfohlen.

Die Patienten erhalten in der ersten Sitzung das Begleitbuch zur Gruppentherapie, in welchem psychoedukative Inhalte der Sitzungen nachzulesen und alle Arbeitsblätter und Informationen zu Therapieaufgaben enthalten sind. Neben dem Therapeutenmanual und dem Begleitbuch wurden Folien erstellt, welche der Therapeut in den Sitzungen im Rahmen der Psychoedukation benutzt.

Die Inhalte der einzelnen Sitzungen werden in Tabelle 4.1 im Überblick und im Folgenden im Text detaillierter beschrieben.

Tabelle 4. 1: Übersicht über das Gruppenprogramm Diabetes und Depression

1. Sitzung
Vorstellung der Teilnehmer und des Programms Psychoedukation zum Vorkommen depressiver Störungen Zusammenhang von Aktivitäten und Stimmung
2. Sitzung
Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen Vereinbarung von Zielen: Aktivitätensteigerung / Diabetesmanagement
3. Sitzung
Zusammenhang von Diabetes und Stimmung Zusammenhang von Gedanken und Stimmung Gedankenveränderung
4. und 5. Sitzung
Aufrechterhaltende Bedingungen der Depression: Hindernisse bei der Zielerreichung Problemlösen Ungünstige Gedanken als Barrieren der Zielerreichung
6. Sitzung
Zwischenbilanz Kraft tanken
7. Sitzung
Soziale Kompetenz: Bedürfnisse umsetzen
8. Sitzung
Angst vor Folgeerkrankungen und Diabetesmanagement Angstreduktion
9. Sitzung
Freie Themenwahl durch die Gruppe
10. Sitzung
Rückfallprävention Umgang mit Rückschritten Arbeit mit dem Begleitbuch

In der *ersten Sitzung* sind der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung, Förderung der Therapiemotivation, das gegenseitige Kennenlernen und das Schaffen einer vertrauten Gruppenatmosphäre vorrangige Ziele. Dazu wird den Patienten die Möglichkeit gegeben, zuerst in Paarinterviews, dann in der Großgruppe über sich selbst und Erwartungen an die Gruppe bzw. ihre persönlichen Ziele zu berichten. Nach der Pause folgt dann die Vorstellung des Gruppenprogramms, einschließlich der Zielsetzung, Grundprinzipien der Gruppenteilnahme und der allgemeinen Gliederung jeder Sitzung. Im Anschluss wird das Vorkommen depressiver Störungen mit Bezug auf den Diabetes erläutert und gemeinsam erarbeitet, woran es liegen kann, dass Diabetespatienten ein erhöhtes Risiko haben, an einer Depression zu erkranken. Als Rational für die folgenden Therapieschritte des Aktivitätsaufbaus wird folgend im geleiteten Entdecken die gegenseitige Beeinflussung von Aktivitäten und Stimmung anhand der Spirale der Depression erarbeitet. Davon abgeleitet werden Beispiele positiver Aktivitäten in der Gruppe gesammelt, welche weiterführend als Übungsaufgabe in eine persönliche Liste positiver Aktivitäten eingetragen werden sollen. Als Anregung können die Patienten eine Liste mit Vorschlägen positiver Ereignisse und Aktivitäten nutzen. Weitere Aufgabe ist die Stimmungsbeobachtung als Baseline- Erhebung mit Hilfe eines Arbeitsblattes bis zur nächsten Sitzung. Zudem sollen die Patienten, falls noch nicht vorab geschehen, mit ihrem Arzt konkrete Empfehlungen zur Senkung des HbA1c besprechen und auf einem weiteren Arbeitsblatt festhalten. Diese Empfehlungen werden in der nächsten Sitzung zur Formulierung der persönlichen Therapieziele herangezogen. Abschließend wird den Patienten, wie auch in jeder der weiteren neun Sitzungen, die Möglichkeit gegeben, eine Rückmeldung zur Sitzung mündlich und in dem Stundenbogen schriftlich zu geben.

Zu Beginn der *zweiten*, wie auch in jeder folgenden *Sitzung* werden nach einem kurzen Rückblick zur letzten Stunde und einem Überblick über die kommende Sitzung die Übungsaufgaben besprochen. Erstes Ziel der Sitzung ist im Folgenden die Psychoedukation über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen. Dazu werden zunächst Symptome von Depressionen unter Bezug auf das eigene Erleben der Patienten gesammelt und anhand der sechs Symptomebenen (somatische, motorische, emotionale, motivationale, kognitive und interaktive Beschwerden) sortiert. Danach wird ein Erklärungsmodell der Depression erarbeitet und mögliche Faktoren in prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren gegliedert. Hier wird den Patienten die Möglichkeit gegeben, über eigene Bedingungen zu berichten und als aufrechterhaltender Faktor u.a. die Abwärtsspirale der Depression benannt. Nach der Pause dient der zweite Teil der Sitzung der Vereinbarung von realistischen, konkreten, auf einen Zeitraum bezogenen und positiv formulierten Therapiezielen. Betont wird, dass es neben den Zielen zur Verminderung der Depression, wie z.B. dem Aktivitätsaufbau, ein primäres und für die Patienten sehr lohnenswertes Ziel ist, ihren HbA1c- Wert um einen Prozentpunkt zu senken. Daher sollten sie anhand der Empfehlungen des Arztes mindestens ein Therapieziel, bezogen auf die

Verbesserung des Diabetesmanagementes, formulieren. Jeder Teilnehmer soll dann folgend mindestens ein kurzfristiges, ein mittelfristiges und ein langfristiges Ziel auf einem Arbeitsblatt eintragen. Bezüglich der kurzfristigen, auf die nächsten vier Wochen bezogenen Ziele, wird in der sechsten Sitzung eine Zwischenbilanz gezogen. Übungsaufgabe nach der Sitzung ist das Komplettieren der Therapieziele. Zudem werden das Protokollieren der pro Tag ausgeführten positiven Aktivitäten und das Führen einer Kurve aus durchgeführten Aktivitäten und einer Stimmungseinschätzung auf jeweiligen Arbeitsblättern eingeführt. Diese Selbstbeobachtungsprotokolle sollen bis zum Ende der Gruppentherapie weitergeführt werden.

Die *dritte Sitzung* beginnt mit dem intensiven Besprechen der Übungsaufgaben. Ziel ist hier die therapeutische Rückmeldung und Vertiefung des Verständnisses zum Formulieren von günstigen Therapiezielen und des Zusammenhangs von Aktivitäten und Stimmung anhand persönlicher Beispiele. Im Weiteren folgt eine psychoedukative Einheit mit Einbezug der Gruppenteilnehmer zur Wechselwirkung des Diabetes und der Stimmung bzw. Depression. Im Rahmen der Integration des Diabetes in das Depressionsmodell der letzten Sitzung wird im geleiteten Entdecken besprochen, inwiefern Diabetes ein ätiologischer Faktor für die Entstehung einer Depression sein kann bzw. welche Auswirkungen das Vorliegen einer Depression auf den Diabetes und das Diabetesmanagement hat. Neben dieser gegenseitigen Beeinflussung wird auch die Wechselwirkung auf körperlicher Ebene, z.B. durch Hormone, benannt. Zudem wird das Rational der Gruppentherapie wiederholt, welches auf die parallele Arbeit an Therapiezielen zur Verbesserung der Depression und der Diabeseinstellung abzielt. Nach der Pause wird in die kognitive Therapie eingeführt. Dazu wird zunächst zum Erkennen des Einflusses von Gedanken auf Gefühle eine erlebnisbasierte Übung durchgeführt. Ziel der Übung ist es, dass die Teilnehmer erleben, dass in einer Situation unterschiedliche Gedanken bei verschiedenen Menschen zu unterschiedlichen Gefühlen führen. Anhand des ABC-Schemas wird am Flip-Chart folgend ein depressions- oder diabetesbezogenes Beispiel aus dem Teilnehmerkreis besprochen. Die Veränderung ungünstiger Gedanken wird anhand der identifizierten Beispielgedanken mit Hilfe des 3-Stufen-Schemas unter Einbezug der Gruppe vorgeführt und die Wirksamkeit der kognitiven Umstrukturierung erläutert. Bis zur nächsten Sitzung besteht die Übungsaufgabe darin, wiederkehrende, dysfunktionale Gedanken zu identifizieren, auf einem Arbeitsblatt zu notieren und das 3-Stufen-Schema anzuwenden. Als Hilfestellung zur Identifikation von Gedanken dient ein Arbeitsblatt, auf welchem typische Beispiele für ungünstige Einstellungen aufgeführt sind. Erneut wird außerdem auf das Weiterführen der Stimmungs- und Aktivitätenprotokolle hingewiesen.

Die *vierte und fünfte Gruppensitzung* haben das Problemlösen zur Überwindung von Hindernissen beim Erreichen der Therapieziele zum Thema. Der erste Teil der vierten Sitzung dient zunächst jedoch noch einmal dem intensiven Besprechen der Übungsaufgabe

zum 3- Stufen- Schema, zu Erfahrung mit den Stimmungs- und Aktivitätenprotokollen und möglichen Problemen der Diabetestherapie. Im zweiten Teil der Sitzung wird in das Vorgehen der Problemlösung in sechs Schritten eingeführt. Beispielhaft werden die einzelnen Schritte dazu für ein Patientenbeispiel durchgeführt, in Bezug auf Hindernisse und Schwierigkeiten beim Erreichen der in der zweiten Sitzung notierten Therapieziele. Neben Lösungsvorschlägen des Patienten selbst wird je nach Wunsch des Patienten auch die Gruppe zur Generierung von weiteren Lösungen befragt. Die Lösungen werden erst im nächsten Schritt bewertet, der folgende Schritt für die aktive Problemlösung konkret festgelegt und eine Erfolgsbewertung vorbesprochen. Anhand eines Arbeitsblattes sollen alle Gruppenteilnehmer als Übungsaufgabe bis zur nächsten Sitzung Hindernisse bei der Zielerreichung ihrer individuellen Ziele beschreiben und anhand der sechs Schritte bearbeiten.

Auch die erste Hälfte der *fünften Sitzung* dient zunächst dem Besprechen der Übungsaufgaben zum Aktivitätenaufbau und Problemlösen sowie bei Bedarf zur weiteren Hilfestellung. Im zweiten Teil dieser Sitzung wird das Problemlösevorgehen explizit durch die Arbeit an ungünstigen Gedanken ergänzt. Hier werden Gedanken identifiziert und bearbeitet, welche Hindernisse der Zielerreichung und aufrechterhaltend für die Depression oder das ungünstige Diabetesmanagement sind. Dazu wird die Definition des Problems durch einen Schritt zur Identifikation von ungünstigen Gedanken erweitert. Nach dem Vorstellen des Vorgehens in der Großgruppe anhand eines Beispiels findet eine Partnerübung statt. Zwei Patienten sollen gemeinsam anhand individueller Beispiele typische negative Gedanken identifizieren, diese verändern und sich den günstigeren Gedanken als Erinnerungsstütze auf einer Karteikarte notieren. Der Therapeut gibt den einzelnen Kleingruppen bei Bedarf Unterstützung. Im Anschluss findet eine Besprechung in der Großgruppe statt. Das um die Arbeit an ungünstigen Gedanken erweiterte Vorgehen des Problemlösens ist Übungsaufgabe bis zur nächsten Sitzung. Zur Gedankenveränderung kann unterstützend ein Arbeitsblatt zum 3-Stufen-Schema benutzt werden.

Nach dem Besprechen der Aufgaben wird in der *sechsten Sitzung* bilanziert, inwiefern die kurzfristigen Therapieziele erreicht werden konnten. Erfolge aber auch Misserfolge bei der Anwendung der neu gelernten Strategien werden reflektiert. Bezogen auf die diabetesbezogenen Ziele sollen die Empfehlungen des Arztes hinzugezogen und bei Bedarf mit dem Arzt Rücksprache gehalten werden. Im zweiten Teil der Sitzung geht es um das Thema Genuss und Entspannung. Jeder Teilnehmer soll für sich selbst Ideen notieren, wie er für die Umsetzung seiner Ziele in der kommenden Woche Kraft tanken kann. Dies ist demnach Aufgabe bis zur nächsten Sitzung.

Die *siebte Sitzung* beginnt mit dem Besprechen der Protokolle positiver Aktivitäten mit dem Ziel, einen Vergleich zum Beginn der Behandlung heraus zu arbeiten. Weiterhin wird nach

der Umsetzung von Strategien zum Kraft zu tanken und Problemen in der Diabetestherapie gefragt. Thema der Sitzung ist im Folgenden das Training sozialer Kompetenzen, bezogen auf die Umsetzung eigener Bedürfnisse, womit auch Forderungen, Wünsche und Rechte gemeint sein können. Dazu werden zunächst Beispielsituationen der Teilnehmer gesammelt, welche wenn möglich auch mit der Diabetestherapie in Zusammenhang stehen sollen. Zum Generieren von Ideen kann auch eine Folie mit Beispielsituationen (Blutzuckermessen in der Öffentlichkeit, Ablehnen von Speisen, Unterzuckersituation,...) herangezogen werden. Nach der Auswahl einer Situation werden Kriterien für selbstsicheres Äußern der Bedürfnisse gesammelt. Hier kann die Tabelle mit Merkmalen von unsicherem, sicherem und aggressivem Verhalten in Anlehnung an Hintsch und Pfingsten (1983) aus dem Begleitbuch zur Hilfe genommen werden. Im Anschluss wird die Beispielsequenz im Rollenspiel unter Berücksichtigung der aufgestellten Kriterien geübt, wobei der Therapeut Rollenspielpartner ist und das anschließende Feedback leitet. Unter Einhaltung der Feedbackregeln werden je nach Wunsch des betroffenen Teilnehmers auch die anderen Gruppenteilnehmer nach Rückmeldungen gefragt. Alternativ kann anstatt des Rollenspieles eine Gruppenberatung nach Fiedler (1996) durchgeführt werden. Hier werden die „Spielregeln“ zunächst erläutert, um die „Einzeltherapie in der Gruppe“ sinngemäß durchführen zu können. Übungsaufgabe bis zur nächsten Sitzung ist das Benennen zweier Bedürfniskonflikte, das Umsetzen des in der Sitzung Gelernten sowie das Protokollieren der Erfahrungen auf einem Arbeitsblatt.

In der *achten Sitzung* geht es um das Thema der Angst vor Folgeerkrankungen des Diabetes und entsprechende Bewältigungsstrategien. Nach dem Rückblick auf das vorangehende Thema soziale Kompetenzen und die Übungsaufgaben wird am Flip Chart gesammelt, ob bei den Teilnehmern Ängste vor Folgeerkrankungen bestehen. Es folgt eine psycho-educative Einheit zum Einfluss der Angst vor Folgeerkrankungen auf die Stimmung und auf den Umgang mit dem Diabetes. Ziel soll hier sein, Ängste einerseits als sinnvoll und zum Leben zugehörig anzuerkennen, aber auch die Grenzen zu pathologischer Angst zu benennen. Somit führt eine „gesunde“ Angst zu Vorsichtsmaßnahmen und Achtsamkeit beim Diabetesmanagement, eine zu große Angst zu dysfunktionalen Konsequenzen, Vermeidungsstrategien und einer Beeinträchtigung der Lebensqualität. Gemeinsam wird überlegt, wie das Gleichgewicht zwischen Angst und Sorglosigkeit erreicht werden kann. Die Möglichkeiten (Vermeidung der Angstgedanken, intensives Grübeln, angstauslösende Gedanken zu Ende denken und überprüfen) werden im interaktiven Gruppengespräch reflektiert. Nach der Pause folgt eine Gruppenarbeit in zwei Teilgruppen, bei der jede Gruppe so viele typische Angstgedanken wie möglich sammeln und im Anschluss alternative Gedanken formulieren soll. Der Therapeut bietet Unterstützung an. Anhand von Beispielsituationen werden abschließend vier Strategien zur Angstreduktion vermittelt: die Realitätsprüfung, das Entkatastrophisieren, das Zu-Ende-Denken der Vorstellungen und das 3-Stufen-Schema. Als Übungsaufgabe soll jeder Teilnehmer drei Gedanken, welche mit Angst oder Sorglosigkeit zu tun haben, anhand des 3-Stufen-Schemas bearbeiten.

Abschließend wird das Thema für die nächste Stunde festgelegt, da diese für individuelle Bedürfnisse der Teilnehmer im Manual freigehalten wird.

Zu Beginn der *neunten Sitzung* werden zunächst die Übungsaufgaben zur Angst vor Folgeerkrankungen besprochen. Im Anschluss wird das in der letzten Stunde festgelegte, von der Gruppe gewählte Thema bearbeitet. Dabei kann es sich um eine Wiederholung eines schon in der Gruppe behandelten Themas oder um etwas gänzlich Neues handeln. Zur Bearbeitung des Themas sollen die im Rahmen der Gruppe erlernten Strategien (kognitive Umstrukturierung, Problemlösen, Training sozialer Kompetenzen) samt der dazugehörigen Arbeitsblätter genutzt und wiederholt werden. Übungsaufgabe ist, zusätzlich zu den immer noch zu führenden Aktivitäten- und Stimmungsprotokollen, die Bearbeitung eines Arbeitsblattes, auf welchem jeder Teilnehmer die drei für ihn wichtigsten Erkenntnisse des Gruppenprogramms notieren soll.

In der letzten und *zehnten Sitzung* werden die als Übungsaufgabe notierten Erkenntnisse der Teilnehmer besprochen und zur Bilanzierung genutzt. Auch werden die Aktivitäts- und Stimmungsprotokolle abschließend betrachtet und besprochen. Zur Rückfallprävention geht es weiterhin um die Wichtigkeit eines positiven Umgangs mit zukünftigen Rückschritten, um so die Erfolge aufrechtzuerhalten und einen Rückfall zu verhindern. Der Therapeut erläutert, dass ein Rückschritt kein Versagen ist und nicht automatisch zum Rückfall führen muss. Dazu ist eine gründliche Analyse der Ursachen des geschehenen Rückschrittes wichtig. Hilfreiche Fragen (inwiefern der Rückschritt vermeidbar gewesen wäre, ob zu hohe Ziele ursächlich sind, was hilfreich wäre bei der Bewältigung,...) werden vorgestellt. Zudem wird reflektiert, wann man überhaupt von einem Rückschritt spricht und was weiterhin zu tun ist. Zur Vorbereitung auf den Umgang mit individuellen Rückschritten werden die Teilnehmer aufgefordert, sich in einer Partnerübung zu notieren, woran sie erkennen können dass sie sich von ihren Zielen entfernt haben, bzw. was für sie konkret ein Rückschritt ist. Es soll erarbeitet werden wie jeder individuell mit den Rückschritten umgehen will. Bei der Nachbesprechung in der Großgruppe hat der Therapeut die Möglichkeit, Rückmeldungen zu geben und offene Fragen zu klären.

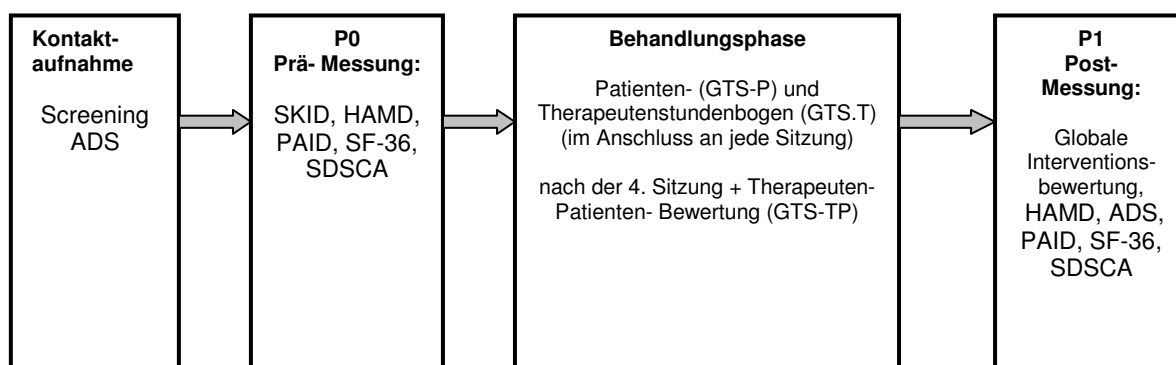
Nach der Pause wird abschließend auf die weitere Arbeit mit dem Begleitbuch hingewiesen. Die Wichtigkeit und der Nutzen von Bibliothherapie zur Rückfallprophylaxe und zum Erreichen weiterer Therapieziele durch die Anwendung der erlernten Techniken werden betont. Dazu kann eine Zielüberprüfung einmal im Monat dienen. Auch werden die Patienten daran erinnert, dass in einem Jahr ein persönliches Gespräch im Rahmen der Studie stattfindet. Jeder Teilnehmer wird motiviert, Ziele hinsichtlich des Jahreszeitraumes zu formulieren, wobei die Zielerreichung bei der Jahreskatamnese besprochen werden soll. Zusätzlich soll auch in der Zukunft eine optimierte Zusammenarbeit mit dem Arzt zu einem günstigeren Diabetesmanagement beitragen. Bei der Verabschiedung werden die Teilnehmer um Rückmeldung zur Sitzung und zum gesamten Gruppenprogramm gebeten. Neben den

mündlichen Anmerkungen wird der Stundenbogen und eine Gesamtbewertung der Gruppentherapie schriftlich ausgefüllt.

4.1.3 Untersuchungsablauf

Die für diese Untersuchung verwendeten Daten sind zu verschiedenen Messzeitpunkten erhoben worden (siehe Abbildung 4.1).

Abbildung 4. 1: Darstellung der verschiedenen Erhebungszeitpunkte und eingesetzten Verfahren



In der DAD – Studie erfolgte die Rekrutierung der Patienten in einem zweistufigen Verfahren. Zunächst wurden alle Patienten mit Typ 1 oder Typ 2 Diabetes mit der Verpflichtung, Insulin zu spritzen im Alter zwischen 21 bis 65 Jahren und unzureichender Blutzuckereinstellung (HbA1c- Wert in den vergangenen 9 Monaten, in den letzten 3 Monaten mind. 7,5 %) in den Prüfzentren (Diabetologische Schwerpunktpraxen/ Ambulanzen) auf das Vorliegen einer Depression mit der Allgemeinen Depressionsskala (ADS⁹) gescreent. Patienten mit dem Verdacht auf eine Depression („Screening- positiv“) wurden nach eingehender Information über die Studie ersucht, an weiteren diagnostischen Untersuchungen im lokalen Studienzentrum teilzunehmen. Dort wurden sie mit dem SKID I, dem Hamilton Interview (HAMD) und Fragebogenverfahren wie u.a. dem PAID, SF-36, SDSCA untersucht (P0-Messung). Nach der Bestätigung der Diagnose einer Major Depression (nach DSM-IV-TR) wurden die Patienten in die Studie eingeschlossen.

In der Behandlungsphase nahmen die in diese Bedingung randomisierten Patienten an der Gruppentherapie teil. Nach jeder Gruppensitzung füllten sie anonym den Patientenstundenbogen (GTS-P) und der Therapeut die Therapeutenversion (GTS-T) aus. Anonym bedeutete hier, anlehnend an Eckert (1996), dass der Therapeut die ausgefüllten Patientenbögen nicht direkt einsehen konnte, sondern die Stundenbögen in einem Briefumschlag gesammelt wurden. Die Daten der Patientenstundenbögen wurden zeitnah an

⁹ Die verwendeten Erhebungsinstrumente einschließlich der Literaturangaben werden im Abschnitt 4.3 beschrieben.

die Untersucherin weitergegeben. Die Auswertung der Bewertung der Sitzung pro Patient und der einzelnen Items bezüglich der Gesamtgruppe wurden in einer Verlaufsgrafik zur Berücksichtigung des weiteren therapeutischen Vorgehens im Sinne einer Prozessoptimierung vor der nächsten Sitzung an den Therapeuten rückgemeldet (vgl. Verlaufsgrafiken der Bewertungen, Abschnitt 5.3).

Der Therapeut bearbeitete zusätzlich nach der 4. Sitzung die Therapeuten-Patienten-Bewertung (GTS-TP), in welcher er Angaben zu jedem einzelnen Gruppenpatienten separat machte. Der Messzeitpunkt wurde zum einen danach gewählt, dass der Therapeut vom Patienten schon einen fundierten Eindruck gewonnen hat und der Abstand zur Erfolgsmessung nach der Beendigung der Gruppe groß genug sein soll. Weiterhin ist aus Studien gemäß dem Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen (Howard et al., 1993) bekannt, dass sich vor allem im ersten Drittel (bei ca. 12 Wochen Gruppentherapie entspricht die 4. Sitzung einem Drittel der Zeitspanne der Behandlung), in der sogenannten „Remoralisierungsphase“ das subjektive Wohlbefinden des Patienten vor allem durch unspezifische Therapiefaktoren verbessert.

Im Anschluss an die letzte Sitzung füllten Patienten und der Therapeut eine globale Interventionsbewertung (Gesamtbewertung) aus. Danach wurden die Patienten zeitnah erneut mit dem Hamilton Interview interviewt und bearbeiteten die Fragebogenbatterie parallel zur Prä – Messung (P1-Messung).

4.2 Stichproben

Die Analysen dieser Untersuchung wurden primär an der Patienten- und Therapeuten-Stichprobe der DAD-Studie durchgeführt. Ausschließlich zur Validierung der faktoriellen Lösung des GTS-P wurden Patientenstundenbogendaten aus einer vorhergehenden Studie einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie mit Patienten mit Somatisierungsstörungen (Soma-Studie; Bleichhardt, Timmer, & Rief, 2004; Schulte, 2001) einbezogen. Die Soma-Studien-Stichprobe wird daher hier ebenfalls beschrieben.

4.2.1 DAD-Gruppentherapiestichprobe und Therapeutenstichprobe

Die Untersuchung wurde primär an einer Gesamtzahl von **N=126** randomisierten, d.h. in der DAD-Studie der Gruppenbedingung zugeordneten Patienten durchgeführt (Intention-to-treat-Stichprobe).

Einschlusskriterien waren das Vorliegen von Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 mit Insulinbehandlung, wobei die Erstdiagnose mindestens 12 Monate zurückliegen musste. Das Alter der Patienten musste zwischen 21 und 65 Jahren liegen. Der HbA1c- Wert musste in den letzten 9 Monaten, mindestens aber die letzten 3 Monate und im Screening über 7,5 %

gelegen haben. Zudem musste aktuell die Diagnose einer Major Depression (nach DSM-IV-TR) vorliegen. Weiterhin sollte die Anfahrt zum lokalen Studienzentrum maximal eine Stunde betragen. Die Patienten sollten die Bedingungen der Studienteilnahme verstehen und damit einverstanden sein (schriftliche Einverständniserklärung).

Ausschlusskriterien waren aktive Suizidgedanken, Suizidversuche oder eine schizophrene, bipolare oder psychotische Störung in der Anamnese. Zudem führte das aktuelle Vorliegen einer substanzinduzierten Störung (einschließlich letzter 6 Monate) oder die schon aktuell durchgeführte psychotherapeutische Behandlung (letzte 3 Monate) oder psychopharmakologischen Medikation (mit wenigen Ausnahmen) zum Ausschluss aus der Studie. Ebenso waren unzureichende Deutschkenntnisse, Schwangerschaft oder Stillzeit, Krampfanfälle in der Vorgeschichte, Demenz und vom Arzt festgestellte, weitere Laborbefunde Ausschlusskriterien.

25 der 126 randomisierten Patienten nahmen an keiner Gruppentherapiesitzung teil und füllten somit keinen Stundenbogen aus. Gründe für das Ausscheiden aus der Studie zu diesem Zeitpunkt sind in Tabelle 4.2 aufgelistet. Die Drop-Out Rate für das Ausscheiden vor Gruppenbeginn beträgt 19,8 %.

Tabelle 4. 2: Gründe für den Drop-Out vor Gruppenbeginn

Gründe	N
Gesundheitliche Beschwerden / Krankenhausaufenthalt	3
Einverständnis zur Studienteilnahme zurückgezogen / kein Interesse mehr/ doch lieber Antidepressivum gewünscht / Gefühl der Überforderung mit der Gruppe	11
Anfahrt zur Gruppe zu weit / schwierig aufgrund von Augen- oder Knieproblemen	4
Zu lange Wartezeit auf den Gruppenstart	2
Teilnahme an einer anderen Studie	1
Akute Stimmungsverschlechterung / Dekompensation in Wartezeit auf die Gruppe	2
Deutliche Stimmungsverbesserung / Remission	1
Zu keiner weiteren Untersuchung erschienen / nicht erreichbar	1

Für **101** Patienten liegen zwischen einer und zehn Erhebungen (vgl. Tabelle 4.2) mit dem Patientenstundenbogen vor. Diese als 'DAD-Gruppentherapiestichprobe' bezeichnete Stichprobe wird als primäre Analytestichprobe zur Überprüfung der Fragestellungen herangezogen. Die Daten wurden in insgesamt **23** Therapiegruppen durchgeführt von **10** Therapeutinnen erhoben.

Aus Tabelle 4.3 ist ersichtlich, dass die Teilnahme an der ambulanten Gruppentherapie mit einem Mittelwert von 7,6 Sitzungen insgesamt relativ gut war. Mit 48,5 % waren fast die Hälfte aller Gruppenpatienten bei neun oder zehn Sitzungen und 67,3 % bei mindestens acht Sitzungen anwesend.

Die Drop-Out-Rate aufgrund geringer Sitzungsteilnahme (1- maximal 7 Sitzungen) und vorzeitiger Therapiebeendigung nach diesem Abbruchkriterium beträgt trotzdem immerhin 32,7 %.

Tabelle 4. 3: Darstellung der Anzahl besuchter Sitzungen der DAD- Gruppentherapiestichprobe (N=101)

	<i>Mittelwert (M) bzw. Häufigkeit</i>	<i>Standardabweichung (SD) bzw. Prozentwerte</i>
Anzahl besuchter Sitzungen	7.6 (M)	2.5 (SD)
1 Sitzung	3	3.0 %
2 Sitzungen	3	3.0 %
3 Sitzungen	4	4.0 %
4 Sitzungen	5	5.0 %
5 Sitzungen	4	4.0 %
6 Sitzungen	5	5.0 %
7 Sitzungen	9	8.9 %
8 Sitzungen	19	18.8 %
9 Sitzungen	26	25.7 %
10 Sitzungen	23	22.8 %

Für die sekundäre Analyse bezüglich von Gruppenunterschieden in der Stundenbogenbewertung bei Abbrechern vs. Nicht-Abbrechern wurde Therapieabbruch als Abbruch (d.h. nicht wieder teilnehmen) vor der 10.Sitzung definiert. Nach diesem Kriterium haben lediglich 19 Patienten (18,8 %) die Gruppe abgebrochen.

In Tabelle 4.4 sind soziodemographische und in Tabelle 4.5 klinische Merkmale der DAD-Gruppentherapiestichprobe dargestellt.

Es wird deutlich, dass erheblich mehr Frauen (N=62) als Männer (N=39) an der Gruppentherapie teilgenommen haben. Das mittlere Alter liegt bei 51,5 Jahren. Mehr als die Hälfte aller Patienten (57,4 %) befinden sich in einer festen Partnerschaft (verheiratet oder unverheiratet), 5 % sind verwitwet, 20,8 % geschieden oder getrennt lebend und 16,8% ohne Partnerschaft. Im Durchschnitt haben die Gruppenteilnehmer 1,3 Kinder. Der größte Anteil der Patienten hat einen Hauptschulabschluss (51,5%), 27,7 % mittlere Reife, 13,9 % Abitur und 6,9 % einen Hochschulabschluss. Ebenfalls die Hälfte der Patienten ist berufstätig (50,5 %), etwa ähnlich große Anteile berentet (17,8 %), arbeitslos (15,8 %) oder Hausfrau/Hausmann (10,9%) und wenige in Ausbildung oder sonstiger Beschäftigung (je 2%). Bei den Berufsgruppen überwiegen Angestellte (60,4 %), gefolgt von Arbeitern (17,8 %), Selbstständigen (6,9 %) und Freiberuflern (2 %) sowie mithelfenden Angehörigen (4 %) und einem Beamten. Zu 8 Patienten gibt es hier keine Angaben. Die Gruppentherapiepatienten sind fast durchgängig deutscher Nationalität, bis auf wenige Ausnahmen von Patienten aus Italien (3) und der Türkei (1).

Tabelle 4. 4: Soziodemographische Merkmale der DAD- Gruppentherapiestichprobe (N=101)

	<i>Häufigkeit bzw. Mittelwert (M)</i>	<i>Prozent bzw. Standardabweichung (SD)</i>
Geschlecht		
Männlich	39	38.6 %
Weiblich	62	61.4 %
Alter	51.5 (M)	10.72 (SD)
Familienstand		
Verheiratet / in Partnerschaft lebend	58	57.4 %
Verwitwet	5	5.0 %
Geschieden / getrennt lebend	21	20.8 %
Ohne Partnerschaft	17	16.8 %
Anzahl der Kinder	1.30 (M)	1.25 (SD)
Schulabschluss		
Haupt- oder Volksschule	52	51.5 %
Mittlere Reife	28	27.7 %
Abitur /Fachabitur	14	13.9 %
Hochschulabschluss	7	6.9 %
Berufsstatus		
berufstätig	51	50.5 %
Arbeitslos	16	15.8 %
Hausfrau / Hausmann	11	10.9 %
In Ausbildung	2	2.0 %
Berentet	18	17.8 %
berufsunfähig	1	1.0 %
Sonstiges	2	2.0 %
Berufsgruppen		
Arbeiter	18	17.8 %
Angestellter	61	60.4 %
Beamter	1	1.0 %
Freiberufler	2	2.0 %
Sonstiger Selbstständiger	7	6.9 %
Mithelfender Familienangehöriger	4	4.0 %
Unbekannt	8	7.9 %
Nationalität		
deutsch	97	96.0 %
italienisch	3	3.0 %
türkisch	1	1.0 %

Bezüglich klinischer Merkmale (Tabelle 4.5) zeigt sich ein ausgewogenes Bild zwischen Typ 1 (N=52) und Typ 2–Diabetes (N=49). Ebenfalls teilt sich die Stichprobe in ungefähr gleich große Gruppen bezüglich der Diagnose einer einzelnen depressiven Episode bzw. einer rezidivierenden depressiven Störung mit verschiedenen weiteren Merkmalen auf. Der Schweregrad der Depression liegt bei der Mehrzahl im mittleren Bereich (54.5 %), gefolgt von 36,6 % leichten depressiven Störungen, aber auch in 8,9 % der Fälle einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome. Im Durchschnitt waren die Patienten bei der Erstmanifestation der Depression 40 Jahre alt und litten bisher unter im Schnitt 1.8 Episoden.

Komorbiditäten liegen bei den Patienten primär für Angststörungen vor (Spezifische Phobie, 14,9 %; Soziale Phobie, 11,9 %; Agoraphobie ohne Panikstörung, 5,9 %; Panikstörung mit und ohne Agoraphobie, 3 und 4 %; Angststörung NNB, 3 %, Generalisierte Angststörung 1 %). Auffällig ist weiterhin das gehäufte, komorbide Vorliegen einer Binge Eating Störung (8,9 %) und einer Schmerzstörung (6,9 %). Bei 6,9 % der Patienten liegt neben der depressiven Episode eine Dysthymie, also eine sogenannte Double Depression, vor. Zudem gibt es

vereinzelt Komorbiditäten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen, Zwangsstörungen und Somatisierungsstörungen.

Die Überprüfung der Hauptfragestellung erfolgte neben der Berechnung mit der Gruppentherapiestichprobe zusätzlich mit einer Adhärenz-Stichprobe von N= 68. Zum Einschluss in diese Stichprobe, müssen die Patienten mindestens acht Sitzungen der Gruppentherapie anwesend gewesen sein. Dieses Kriterium von maximal 20 % Fehlzeiten soll gewährleisten, dass die Patienten die Gruppentherapie „wie geplant“, d.h. in einer ausreichenden „Dosis“ empfangen haben. Die Variable Adhärenz wird jedoch ebenfalls als zusätzlicher Prädiktor in die Regressionsgleichungen aufgenommen.

Tabelle 4. 5: Klinische Merkmale der DAD- Gruppentherapiestichprobe (N=101)

	Häufigkeit bzw. Mittelwert (M)	Prozent bzw. Standardabweichung (SD)
Diabetestyp Diabetes mellitus Typ I	52	51.5 %
Diabetes mellitus Typ II	49	48.5 %
Diagnose der depressiven Störung nach DSM-IV		
Aktuelle Major Depression einzelne Episode	52	51.5 %
Aktuelle Major Depression rezidivierende Episoden	49	48.5 %
Mit saisonalem Muster	3	3.0 %
Mit postpartalem Beginn	1	1.0 %
Melancholischer Subtyp	34	33.7 %
Mit Atypischen Merkmalen	23	22.8 %
Schweregrad: leicht	37	36.6 %
mittel	55	54.5 %
schwer ohne psychot. Merkmale	9	8.9 %
Alter bei Erstmanifestation	40 (M)	13.3 (SD)
Anzahl der bisherigen Episoden	1.8 (M)	1.4 (SD)
Dauer der derzeitigen Episode in Wochen	52.2 (M)	5.3 (SD)
Komorbidität mit psychischen Störungen nach DSM- IV		
Dysthymie	7	6.9 %
Panikstörung ohne Agoraphobie	4	4.0 %
Panikstörung mit Agoraphobie	3	3.0 %
Agoraphobie ohne Panikstörung	6	5.9 %
Soziale Phobie	12	11.9 %
Spezifische Phobie	15	14.9 %
Generalisierte Angststörung	1	1.0 %
Zwangsstörung	1	1.0 %
Posttraumatische Belastungsstörung	2	2.0 %
Angststörung NNB	3	3.0 %
Somatisierungsstörung	1	1.0 %
Schmerzstörung	7	6.9 %
Essstörung NNB Störung mit Essanfällen (Binge Eating Disorder)	9	8.9 %

Die 23 Gruppentherapien wurden von insgesamt **10 Gruppentherapeuten** durchgeführt. Das Alter betrug im Durchschnitt 30,5 Jahre und alle Therapeuten waren weiblich. Vier der Therapeutinnen waren Psychologische Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Die Sechs weiteren Therapeutinnen befanden sich in fortgeschrittener Ausbildung der Psychologischen Psychotherapie mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Im Schnitt hatten die Therapeutinnen 2 Jahre Berufserfahrung bezüglich der Psychotherapie allgemein und Erfahrung in der Durchführung von durchschnittlich 7 Gruppentherapien.

Aus der DAD-Studie liegen insgesamt messwiederholte Daten von 764 GTS-P, 230 GTS-T sowie von 101 GTS-TP vor.

4.2.2 Soma-Studien-Stichprobe

In einer vorherigen Untersuchung zur Prozessevaluation einer 8 Sitzungen umfassenden, stationären Gruppentherapie bei Patienten mit einem Somatisierungssyndrom wurde ausschließlich der Patientenstundenbogen GTS-P eingesetzt (Bleichhardt et al., 2004; Rief, Bleichhardt, & Timmer, 2002; Schulte, 2001).

In die Soma-Studie wurden alle aufgenommenen Patienten der Medizinisch-psychosomatischen Klinik Roseneck eingeschlossen, welche 1999 und 2000 zur Behandlung kamen und ein Somatisierungssyndrom aufwiesen. Einschlusskriterium war das Vorliegen von mindestens 8 somatoformen Symptomen aus der Symptomcheckliste (IDCL) nach DSM-IV (Hiller, Zaudig, & Mombour, 1997) und das Alter von 18 bis 65 Jahren. Von der Untersuchung ausgeschlossen wurden Patienten, die eine psychotische Erkrankung, ein hirnorganisches Syndrom oder eine im Vordergrund stehende Substanzabhängigkeit aufwiesen. Im Rahmen der Gesamtevaluation der Ergebnisqualität der Gruppenbehandlung wurden Daten aus den Messzeitpunkten Behandlungsbeginn, Behandlungsende und 1-Jahres-Katamnese einbezogen. Die Patienten, welche die Eingangskriterien erfüllten und sich zur Studienteilnahme bereit erklärten, wurden randomisiert der „Soma-Gruppe“ oder einem Entspannungstraining (Progressive Muskelentspannung) als Kontrollbedingung zugeteilt. Die Soma-Gruppe wurde von insgesamt 7 Therapeuten durchgeführt, die zuvor eine Schulung erhalten und als Ko-Therapeut beteiligt waren. Die Gruppe fand 2-3 mal wöchentlich mit 1,5 stündiger Sitzungsdauer als geschlossene Gruppe statt. Zusätzlich erhielten die Patienten das übliche Behandlungspaket der stationären Behandlung aus Einzel- und allgemeiner Gruppentherapie etc.

Hauptelemente der Soma-Gruppe waren der Aufbau der entsprechenden Gruppenbedingungen für konstruktives Arbeiten (Sitzung 1), Informationsvermittlung, Bearbeitung des Zusammenhangs zwischen Stress und körperlichen Beschwerden (Sitzung 2 und 3), Bedeutung der Aufmerksamkeitsfokussierung (Sitzung 4), Bedeutung von Bewertungsprozessen (Sitzung 5 und 6), Bedeutung von Schon- und Vermeidungsverhalten (Sitzung 7), adäquates Inanspruchnahmeverhalten und Vermittlung des Gesamtmodells (Sitzung 8, vgl. Rief et al., 2002).

Zur Kreuzvalidierung der faktoriellen Lösung werden hier lediglich die Stundenbogendaten aus der Prozessevaluation der „Soma-Gruppe“ herangezogen. Insgesamt **N=107** Patienten wurden randomisiert der „Soma-Gruppe“ zugeteilt. Von 5 Patienten stehen die Daten nicht oder nur teilweise zur Verfügung, da sie die Einwilligung zur Teilnahme zurückzogen bzw. aus anderen Gründen nicht an der Gruppenbehandlung teilnahmen. Die Abbruchrate beträgt hier nach diesem Kriterium bei dieser stationären Stichprobe 4,7 % (5 von 107 Patienten).

Im Mittel besuchten die Patienten der Soma-Studie 7,4 Sitzungen, dabei 56,9 % alle 8 Sitzungen, 39,1 % 5-7 Sitzungen, 4,0 % 4 Sitzungen und weniger.

Aus der Soma-Studie liegen insgesamt messwiederholte Daten von 732 GTS-P-Bögen vor.

Tabelle 4. 6: Soziodemographische Merkmale der Soma-Studien-Stichprobe (N=102)

	Häufigkeit bzw. Mittelwert (M)	Prozent bzw. Standardabweichung (SD)
Geschlecht		
Männlich	24	23.5 %
Weiblich	78	76.5 %
Alter		
	44.0 (M)	9.2 (SD)
Familienstand		
Verheiratet / in Partnerschaft lebend	66	65.1 %
Ohne Partnerschaft	32	31.4 %
Keine Angaben	4	3.9 %
Schulabschluss		
Haupt- oder Volksschule	28	27.2 %
Mittlere Reife	29	28.1 %
Abitur /Fachabitur	36	35.1 %
Sonstiges	9	9.2 %

In Tabelle 4.6 werden soziodemographische Merkmale der Soma-Studien-Stichprobe beschrieben. Es wird deutlich, dass mehr Frauen (76,5 %) als Männer (23,5 %) an der Gruppe teilnahmen. Die Patienten waren mit im Durchschnitt 44 Jahren jünger als die DAD-Patienten. Über die Hälfte der Patienten (65,1 %) befanden sich in fester Partnerschaft (verheiratet und unverheiratet) und 28,1 % hatten keinen Partner. Bezüglich der Schulbildung hatten etwa gleich große Anteile der Patienten Hauptschulabschluss (27,2 %), Mittlere Reife (28,1 %) und Abitur (35,1 %).

Tabelle 4. 7: Klinische Merkmale der Soma-Studien-Stichprobe (N=102)

	Häufigkeit Mittelwert (M)	bzw. Prozent bzw. Standardabweichung (SD)
Somatoforme Störungen		
Somatisierungsstörung	29	28.9 %
Undifferenzierte somatoforme Störung	70	68.4 %
Schmerzstörung	3	2.7 %
Komorbidität mit psychischen Störungen nach DSM- IV		
Major Depression	56	55.3 %
Dysthymie	8	8.2 %
Panikstörung ohne Agoraphobie	12	11.8 %
Panikstörung mit Agoraphobie	33	32.4 %
Agoraphobie	2	2.0 %
Soziale Phobie	9	8.4 %
Zwangsstörung	5	4.9 %
Posttraumatische Belastungsstörung	2	2.0 %
Angststörung NNB	2	2.0 %
Hypochondrie	16	15.8 %
Anpassungsstörung	2	2.0 %
Anorexia Nervosa	2	2.0 %
Essstörung NNB	8	7.9 %
Tinnitus	9	8.8 %

Klinische Parameter der Soma-Studien-Stichprobe sind Tabelle 4.7 zu entnehmen. Die Mehrzahl der Patienten (68,4 %) litt unter einer undifferenzierten somatoformen Störung, 28,9 % unter einer Somatisierungsstörung und 2,7 % unter einer Schmerzstörung. Bei den Komorbiditäten zeigte sich hier am häufigsten die Major Depression (55,3 %), gefolgt von Panikstörung mit Agoraphobie (32,4 %) und Hypochondrie (15,8 %). Ansonsten lagen

komorbid Panikstörungen ohne Agoraphobie (11,8 %), Tinnitus (8,8 %), soziale Phobien (8,4 %), Dysthymien (8,2 %), Essstörungen nnb (7,9 %) und vereinzelt Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen, Anorexien, Agoraphobien, Angststörungen nnb und posttraumatische Belastungsstörungen vor.

4.3 Erhebungsinstrumente

4.3.1 Gruppentherapiestundenbögen (GTS)

Hauptgegenstand dieser Untersuchung ist die Entwicklung und Validierung von Instrumenten zur Erhebung der Patienten- und Therapeutenbewertung einer Gruppentherapie als Maß der Prozessqualität und als möglicher Prädiktor des späteren Therapieerfolges. Im Folgenden werden die Instrumente beschrieben.

Gruppentherapie-Patientenstundenbogen (GTS-P)

Der Patientenstundenbogen soll als Instrument für Verlaufsmessungen dienen und Veränderungen über die Zeit abbilden. Aus Gründen der Ökonomie und Handhabbarkeit, gerade bei wiederholten Messungen nach jeder Gruppensitzung, wurde daher aus den vorliegenden Stundenbögen zur Erfassung der Patientenbewertung ein kompaktes, 8 Items umfassendes Instrument ausgewählt. Der hier eingesetzte Bogen wurde von der Untersucherin bereits, wie beschrieben, zur Prozessevaluation der Soma-Gruppe eingesetzt und validiert (Rief et al., 2002; Schulte, 2001). Er basiert ursprünglich auf einem Stundenbogen zur Erhebung der subjektiven Bewertung einer Gruppentherapie bei chronischem Tinnitus (Kröner-Herwig, 1997). Verändert wurde lediglich ein Item, indem das ursprüngliche Item „Der Trainer hatte die Sitzung heute gut im Griff.“ durch die Feststellung „Nach der heutigen Sitzung denke ich, diese Therapieform ist für die Behandlung meiner Beschwerden erfolgversprechend“ ersetzt wurde. Dieses Item wurde in adaptierter Form aus einem Stundenbogen von Borkovec & Nau (1972) übernommen. Die Erfassung des Wirkfaktors Hoffnung bzw. Optimismus durch dieses Item erschien wichtiger, als eine patientenseitige Einschätzung der Therapeutenkompetenz. Der Stundenbogen besteht somit aus acht Items, die in Form von Selbstaussagen Feststellungen formulieren, welche verschiedene Bewertungsdimensionen der gerade erlebten Gruppentherapiesitzung erfragen.

Inhaltlich bezieht sich der Stundenbogen allgemein auf Merkmale, von denen angenommen wird, dass sie auf der Ebene einzelner Patienten als Grundvoraussetzungen für konstruktives Arbeiten mit dem individuellen Therapieerfolg in Zusammenhang stehen: Innerliche Beteiligung, aktive Mitwirkung, Nachvollziehbarkeit, Anregungen, Gruppe als

hilfreich erleben, Gruppenatmosphäre, Zufriedenheit und Therapieform als erfolversprechend erleben (siehe Tabelle 4.8 und Abdruck der Studienfassung als auch der später veränderten Endfassung im Anhang B).

Tabelle 4. 8: Items des Gruppentherapie-Patientenstundenbogens (GTS-P)

Items des Gruppentherapie-Patientenstundenbogens (GTS-P)

1. Ich war an der Sitzung heute innerlich beteiligt.
2. Ich habe an der heutigen Sitzung aktiv mitgewirkt.
3. Die Inhalte der Sitzung konnte ich gut nachvollziehen.
4. Die heutige Sitzung hat mir Anregungen zur Bewältigung meiner Beschwerden gebracht.
5. Ich habe die Gruppe heute als hilfreich empfunden.
6. Die Gruppenatmosphäre fand ich heute gut.
7. Insgesamt bin ich mit der heutigen Sitzung zufrieden.
8. Nach der heutigen Sitzung denke ich, diese Therapieform ist für die Behandlung meiner Beschwerden erfolversprechend.

Es sind die aus der Literatur extrahierten Basisbereiche der Sitzungsbewertung (siehe Abschnitt 2.4 im Theorieteil) enthalten: *Beziehungsqualität*: Item 6 „Gruppenatmosphäre“; *Behandlungsqualität*: Item 4 „Anregungen“, Item 5 „Gruppe hilfreich“ und Item 8 „Therapieform erfolversprechend“ sowie *erlebte Emotion und Aktivität*: Item 1 „Innerliche Beteiligung“, Item 2 „Aktive Mitwirkung“, Item 3 „Nachvollziehbarkeit“. Item 7 erfasst zusätzlich in globalerer Art und Weise die Zufriedenheit mit der eben erlebten Sitzung. Durch die Items des Stundenbogens werden ebenfalls Aspekte der sogenannten instrumentellen Gruppenbedingungen (Grawe et al., 1978) erfragt: Kohäsion und Vertrauen (Item 6: Gruppenatmosphäre; Item 8: Therapieform erfolversprechend), Arbeitshaltung und Offenheit (Item 2: Aktive Mitwirkung). Weiterhin werden einige grundlegende Gruppenwirkfaktoren nach Yalom (2007) miterfasst: Feedback und Unterstützung (Item 4: Anregungen, Item 5: Gruppe hilfreich, Item 3: Nachvollziehbarkeit), Identifikation und Emotionsaktivierung (Item 1: Innerliche Beteiligung) sowie Hoffnung (Item 8: Therapieform erfolversprechend, Item 4: Gruppe hilfreich, Item 7: Zufriedenheit).

Die Zustimmung zu den vorgegebenen Feststellungen wird auf einer fünfstufigen Ratingskala mit den verbalen Markern „trifft nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft mittelmäßig zu“, „trifft eher zu“, „trifft zu“ von den Gruppenteilnehmern eingeschätzt. Diese Marker lauteten in der in der Soma-Studie bis 2001 verwendeten Version „trifft nicht zu“, „eher nein“, „mittelmäßig“, „eher ja“, „trifft zu“. Zur Vereinheitlichung der Formulierung auf das Zutreffen einer Aussage hin, wurden die Marker angepasst.

Zur Auswertung des Bogens können je nach Fragestellung einzelne Items, Mittel- oder Summenwerte verwendet werden. Bisher wurde aufgrund von widersprüchlichen Befunden der Dimensionsanalysen von einem einfaktoriellen Design ausgegangen. Bei Schulte (2001) wird nach einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation nach dem Kaiser-Guttman-

Kriterium (Eigenwert >1) eine zweifaktorielle Lösung unter Ausschluss von Item 6 beschrieben. Items 4, 5, 7 und 8 laden auf dem ersten Faktor, welcher inhaltlich eher eine Beurteilung der Behandlungsqualität beschreibt (Anregungen, Gruppe hilfreich, Zufriedenheit, Therapieform erfolgversprechend). Ein zweiter Faktor bezieht sich mehr auf den Gefühlszustand und das Verhalten des Gruppenmitgliedes und produziert Faktorladungen auf den Items 1, 2 und 3 (Innere Beteiligung, Aktive Mitwirkung, Nachvollziehbarkeit). Nach dem Scree-Test von Cattell ergab sich hier eine dreifaktorielle Lösung, wobei der dritte Faktor durch das Item 6 beschrieben würde. Die hier gefundene Faktorenlösung ließ sich jedoch nicht ausreichend in sitzungsbezogenen Analysen (Sitzung 1, 4 und 8) replizieren. Die Eigenwerte des zweiten Faktors lagen bei der zweifaktoriellen Lösung nur knapp über dem Kriterium Eigenwert >1 und es zeigte sich eine hohe Gesamttestreliabilität. Schlussfolgernd wurde daher vorerst von einem einfaktoriellen Design ausgegangen. Bei der Validierung des Bogens im Rahmen dieser Studie mit Einbezug der Daten beider Studien sollen erneute Dimensionsanalysen mit schiefwinkliger Rotation (unter Annahme der Korrelation der Faktoren) weitere Informationen über die Skalenstruktur erbringen. Zudem soll eine konfirmatorische Faktorenanalyse die gefundenen Lösungen überprüfen.

Bei der Reliabilitätsanalyse des Patientenstundenbogens zeigte sich bei Schulte (2001) eine als sehr gut zu bezeichnende interne Konsistenz für den Gesamtwert des Stundenbogens bei einer sitzungsbezogenen Analyse mit Cronbachs Alpha von 0,79 – 0,91. Auffallend war der Anstieg der internen Konsistenz über die Stunden hinweg, der von Howard (1964; zit. nach Stiles, 1980) allerdings darauf zurückgeführt wird, dass durch die Wiedervorlagen des Instrumentes die Reliabilität stets zunimmt, wohingegen die Variabilität der Daten abnimmt. Zur Überprüfung der Messgenauigkeit des Stundenbogens wurde die positionale Stabilität der einzelnen Items untersucht. Es zeigte sich eine insgesamt hohe Variabilität der Items, welche darauf hindeutet, dass die Gruppenteilnehmer tatsächlich Merkmale der gerade erlebten Sitzung beschreiben, anstatt grundsätzliche Einstellungen gegenüber der Gruppentherapie. Weiterhin wurden Itemparameter berechnet, wobei sich mittelmäßige bis vorrangig gute Trennschärfekoeffizienten für die Items zeigten. Die hohe Iteminterkorrelation weist auf eine hohe Homogenität der Items hin. Die Items sind allerdings bei der Berechnung der Itemschwierigkeit durchweg sehr leicht (eine Mehrzahl der Personen stimmen zu). Hier besteht durch einen möglichen „Deckeneffekt“, bzw. einer generell hohen Baseline der Zufriedenheitseinschätzungen (Gruyters & Priebe, 1994; Leimkühler & Müller, 1996) die Gefahr, die Personenunterschiede schlecht sichtbar zu machen. Trotz dessen sprechen die Ergebnisse zur Variabilität der Itemantworten dafür, dass der Stundenbogen der Forderung nach einer „standardisierten, änderungssensitiven Methodik“ (Leimkühler & Müller, 1996) gerecht werden kann.

Der Patientenstundenbogen zeigte sich somit als reliables, valides und zudem praktikables Erhebungsinstrument subjektiver Patientenbewertung einer strukturierten, verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie auf Sitzungsebene. Es wurden bisher keine abschließenden Aussagen zur faktoriellen, differentiellen und prognostischen Validität gemacht. Trotz Überlegungen, den Patientenstundenbogen vor dem Einsatz in dieser Untersuchung in verschiedener Weise zu modifizieren oder durch Aspekte anderer, erheblich umfassenderer Stundenbögen zu ergänzen, erscheint es sinnvoller, einen in Voruntersuchungen reliablen und durch die kurze Bearbeitungszeit praktikablen Bogen unverändert einzusetzen und erneut die Reliabilität und Faktorenstruktur an einer weiteren Stichprobe zu berechnen. Im Gegensatz zur Neuentwicklung von Erhebungsinstrumenten, welche lediglich in einer Studie zum Einsatz kommen, können durch die erneute Anwendung des Patientenstundenbogens in dieser Untersuchung Ergebnisse der Soma- und DAD-Studie verglichen als auch Daten der Soma-Studie zur faktoriellen Überprüfung des Instrumentes herangezogen werden.

Gruppentherapie-Therapeutenstundenbogen (GTS-T)

Es existieren bisher nur wenige Instrumente zur Erfassung der Therapeutenbewertung für Gruppenpsychotherapien (vgl. Abschnitt 2.4.3). Somit sind im Rahmen dieser Untersuchung generelle Überlegungen angestellt worden, wie ein solcher Bogen aussehen soll, was er erfassen soll sowie wie viele Items ökonomisch und in der Praxis umsetzbar sind. Die meisten der vorhandenen Bögen aus der Einzeltherapie oder für Gruppenpatienten umfassen ca. 30 Items. Da aber gerade die Anwendbarkeit und Ökonomie eines solchen Instrumentes zur wiederholten Prozessevaluation in der Praxis als wichtiges Gütekriterium angesehen wird, sollte der hier zu entwickelnde Stundenbogen erheblich kompakter sein. Inhaltlich sollte ein Therapeutenstundenbogen u.a. vergleichbare Aspekte eines Patientenstundenbogens erfassen, um die Bewertungen miteinander vergleichen zu können.

Somit wurde bei der Entwicklung des GTS-T zunächst der ausgewählte Patientenstundenbogen (Schulte, 2001) zu Grunde gelegt und die Items dahingehend umformuliert, wie der Therapeut die Patienten bzw. deren Bewertung in den verschiedenen Aspekten (z.B. innerliche Beteiligung, Mitarbeit, Zufriedenheit) einschätzt (Items 1-8). Die Beurteilung der Patientenitems aus Therapeutenperspektive entspricht dem Vorgehen der meisten parallelen Patienten- und Therapeuten-Stundenbogenverfahren aus der Einzeltherapie (z.B. SEQ, STEP) und der wenigen dieser Instrumente für die Gruppentherapie (z.B. HAPPS vgl. Abschnitt 2.4.3).

Zusätzlich wurden Zusatzitems entwickelt, um zum einen die direkte Bewertung des Therapeuten von relevanten Gruppenwirkfaktoren zu erfassen (Item 9: Gruppenatmosphäre aus Sicht des Therapeuten, Item 16: Zufriedenheit des Therapeuten).

Zum anderen wurden weitere drei Items jeweils einer möglichen Skala zugeordnet, welche die Umsetzung des Manuals (Item 11, 13, 15) und die Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten (Item 10, 12, 14) erfasst. Die bisher vorliegenden Instrumente für Gruppentherapeuten erheben ähnliche Aspekte: im GLBI der Aktivität des Therapeuten vs. einzelfallbezogener Aktivität und im GLB der Skala „Aktives Strukturieren des Therapeuten“. Diese Instrumente sind jedoch primär für psychodynamische Gruppentherapien entwickelt worden (vgl. Abschnitt 2.4.3). Gerade für verhaltenstherapeutische Psychotherapien erscheint es interessant, den Aspekt Manual- vs. Patientenorientierung zu erfassen. Zum einen ist eine starke Manualorientierung in Psychotherapiestudien in hohem Maße erwünscht. Zum anderen gibt es Hinweise darauf, dass eine enge Orientierung an Therapiemanualen zu besseren Therapieergebnissen führt. Scheinbar treffen Psychotherapeuten teilweise wenig valide Einschätzungen des Therapiefortschritts und daraufhin suboptimale Behandlungsentscheidungen (Schulte & Eifert, 2002). Abschließend erfasst eine offene Frage nach Verbesserungsmöglichkeiten des Manuals für diese Sitzung ein freies Feedback (Item 17), wobei dieses Item ausschließlich qualitativ ausgewertet wird.

Tabelle 4. 9: Items des Gruppentherapie-Therapeutenstundenbogens (GTS-T)

Items des Gruppentherapie-Therapeutenstundenbogens (GTS-T)

1. Die Patienten waren an der Sitzung heute innerlich beteiligt.
 2. An der heutigen Sitzung haben die Patienten aktiv mitgewirkt.
 3. Die Inhalte der Sitzung konnten von den Patienten gut nachvollzogen werden.
 4. Die heutige Sitzung hat den Patienten Anregungen zur Bewältigung ihrer Beschwerden gebracht.
 5. Die Patienten haben die Gruppe heute als hilfreich empfunden.
 6. Die Gruppenatmosphäre fanden die Patienten heute gut.
 7. Die Patienten sind mit der heutigen Sitzung insgesamt zufrieden.
 8. Nach der heutigen Sitzung halten die Patienten diese Therapieform für die Behandlung ihrer Beschwerden erfolgversprechend.
 9. Die Gruppenatmosphäre fand ich heute gut.
 10. Es ist mir heute gut gelungen auf die Anliegen der Patienten einzugehen.
 11. Die Durchführung der heutigen Sitzung orientierte sich sehr eng am Manual.
 12. Heute ist die Sitzung an den momentanen Bedürfnissen der Patienten vorbeigegangen.
 13. Heute konnte ich die Inhalte des Manuales gut umsetzen.
 14. Heute konnte ich die individuellen Beispiele der Patienten gut zur Umsetzung des Sitzungsthemas nutzen.
 15. Ich bin heute teilweise vom Manual abgewichen.
 16. Ich bin mit der heutigen Sitzung insgesamt zufrieden.
17. Wie könnte man Ihrer Meinung nach das Manual bezüglich der heutigen Sitzung verbessern?
-

Somit dient die bisherige Konzeption des GTS-T der Erfassung der Einschätzung des Therapeuten bezüglich der Zufriedenheit etc. der Gruppenpatienten als Gesamtgruppe, seiner eigenen Einschätzung von Gruppenatmosphäre, Zufriedenheit, der Manualtreue und

der Patientenorientierung in seinem therapeutischen Vorgehen sowie möglichen Verbesserungsmöglichkeiten des Manuales.

Der GTS-T besteht so insgesamt aus 16 Items, die parallel zum Patientenstundenbogen auf einer fünfstufigen Ratingskala mit verbalen Markern eingeschätzt werden sollen. Item 17 ist als offene Frage formuliert (siehe Tabelle 4.9, Abdruck des Therapeutenstundenbogens in Studien- und Endfassung im Anhang B).

Vor dem Einsatz der Therapeutenstundenbögen in der Studie wurde eine informelle Expertenbefragung bei Gruppentherapeuten der Poliklinischen Institutsambulanz der Universität Mainz durchgeführt und Rückmeldungen bezogen auf die Formulierung und Anordnung der Items berücksichtigt.

Zur Auswertung sollen je nach Fragestellung einzelne Items, Summenwerte oder mögliche Skalen verwendet werden. Die Überprüfung der Testgütekriterien des Therapeutenstundenbogens und weiterer Analysen wird im Ergebnisteil beschrieben. Nach einer eventuellen Faktorenbildung wird zu prüfen sein, ob alle eingeschlossenen Items in der Endfassung der Instrumente verbleiben und in die weiteren Berechnungen eingehen.

Gruppentherapie- Therapeuten- Patienten- Bewertung (GTS-TP)

Es gibt Hinweise darauf, dass die allgemein oft geringe Übereinstimmung von Patienten- und Therapeutenbewertungen (Orlinsky et al., 2004) höher ausfällt, wenn Patienten und Therapeuten komplementäre Instrumente bearbeiten oder der Therapeut jeden Patienten individuell einschätzt (Marquet, 2008).

Tabelle 4. 10: Items des Therapeuten- Patienten- Bewertung

Items der Therapeuten-Patienten-Bewertung
--

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Patient war an den Sitzungen innerlich beteiligt. 2. An den bisherigen Sitzungen hat der Patient aktiv mitgewirkt. 3. Die Inhalte der Sitzung konnten von dem Patienten gut nachvollzogen werden. 4. Die bisherigen Sitzungen haben dem Patienten Anregungen zur Bewältigung seiner Beschwerden gebracht. 5. Der Patient hat die Gruppe bisher als hilfreich empfunden. 6. Die Gruppenatmosphäre fand der Patient bisher gut. 7. Der Patient ist bisher mit der Gruppenbehandlung insgesamt zufrieden. 8. Nach den bisherigen Sitzungen hält der Patient diese Therapieform für die Behandlung seiner Beschwerden erfolgversprechend. |
|---|

Neben der Einschätzung des Therapeuten der Gesamtgruppe interessiert daher zur möglichen Vorhersage des Therapieerfolgs ebenso die spezifische Einschätzung bezüglich einzelner Gruppenpatienten. Dazu wurde neben dem Gruppentherapiestundenbogen-

Therapeuten (GTS-T) eine zweite Version, nämlich die Gruppentherapie-Therapeuten-Patienten- Bewertung (GTS-TP) entwickelt. Hier soll der Gruppentherapeut -aus ökonomischen Gründen einmalig im vorliegenden Fall nach der 4. Gruppensitzung- jeden einzelnen Gruppenpatienten bewerten und zwar bezüglich des Gesamteindrucks, welchen der Therapeut von diesem Patienten in den vergangenen Sitzungen gewonnen hat.

Auch die Therapeuten- Patienten- Bewertung orientiert sich an den Items und der Ratingskala samt verbalen Markern des Patientenstundenbogens, wobei hier der Therapeut einschätzt, wie der Gesamteindruck eines Gruppenteilnehmers zu diesem Zeitpunkt ist. (siehe Tabelle 4.10, Abdruck der Therapeuten- Patienten- Bewertung im Anhang B).

Globale Interventionsbewertung

Zur Gesamtbewertung der Gruppentherapie am Ende der letzten Sitzung wurde ein knapper, aus lediglich zwei Items bestehender Bogen erstellt und verwendet. Dieser fragt ab, inwiefern die Gruppentherapie insgesamt als hilfreich erlebt wurde (Item 1) und inwiefern der Teilnehmer insgesamt mit der Gruppentherapie zufrieden ist (Item 2, Abdruck im Anhang x).

Diese Einschätzungen ähneln Items der Behandlungseinschätzung nach Froese (1982, zit. nach Hess, 1996b) zur globalen Therapieeinschätzung von Gruppentherapien durch Patienten. Es handelt sich um ein bewährtes Praxisinstrument aus der ehemaligen DDR, welches als Ergänzung der Prä- Post Batterie zur Veränderungsmessung von Symptomatik zur Erfassung der Patientenperspektive der Veränderung dienen sollte.

4.3.2 Klinische Interviews und Depressionsdiagnostik

Strukturiertes Klinisches Interview für DSM- IV (SKID I)

Das Strukturierte Klinisches Interview für DSM- IV (Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997) wurde zur genauen Diagnostik der Depression und eventueller komorbider psychischer Störungen eingesetzt. Es basiert auf den im DSM- IV (APA, 1994) auf Achse I definierten psychischen Syndromen und Störungen. Die Durchführungszeit des Interviews beträgt etwa 60 - 70 Minuten und teilt sich in einen freien und einen strukturierten Interviewteil. Im freien Teil wird zunächst anhand eines kurzen Explorationsleitfadens ein Überblick über derzeitige und frühere Beschwerden erhoben. Der strukturierte Teil enthält zudem offene Fragen, damit der Patient seinen Zustand genauer beschreiben kann. Der Interviewer überprüft fortlaufend systematisch Hypothesen über das mögliche Vorliegen einer psychischen Störung. Nach dem Gesamturteil des Klinikers wird festgestellt ob eine psychische Störung in der Vergangenheit vorlag („lifetime“) oder ob derzeit eine Störung vorliegt. Ebenso werden der

Schweregrad und der zeitliche Verlauf erhoben. Sprungregeln ermöglichen das Überspringen von Diagnosekriterien, welche im Einzelfall nicht relevant sind.

Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD-17)

Bei der Hamilton-Depressions-Skala (Hamilton, 1960, 1967) handelt es sich um ein seit Jahrzehnten verwendetes und weit verbreitetes Fremdbeurteilungsverfahren zur Einschätzung des Schweregrades einer diagnostizierten Depression. Die Gesamtskala besteht aus 17 bzw. 21 Items, die jeweils auf mehrstufigen Kategorienskalen der Intensität der Symptomatik beurteilt werden. Die Kategorien enthalten verbale Beschreibungen. Als Bezugsrahmen gelten die letzten Tage bzw. eine Woche vor dem Interview. Bei der Beurteilung können auch Informationen Dritter (z.B. Verwandter) miteinbezogen werden. Das Patienteninterview dauert ca. 30 Minuten. Die Informationen sollen nicht durch direktes Abfragen der Items, sondern im Gespräch gesammelt werden. Ursprünglich bestand die Skala aus 17 Symptomen (Hamilton, 1960), wurde dann auf 21 und 24 Symptome erweitert (Hamilton, 1967). Der Empfehlung Hamiltons (1960) folgend, wird in den meisten Studien heute auf die 17-Item-Version zurückgegriffen. Obwohl ursprünglich das gemeinsame Rating von zwei Beobachtern und anschließende Mittelwertbildung empfohlen wurde, beruht heute, wie auch in dieser Studie, die Beurteilung meistens auf dem Urteil eines Raters. Die HAMD wird häufig eingesetzt, um den Verlauf depressiver Störungen während einer Behandlung zu beschreiben. Bei der Messwiederholung soll die gezielte Abfrage von Veränderungen vermieden werden, sondern jeweils wie beim Erstinterview vorgegangen werden.

Bei der Auswertung wird der Gesamt- Rohwert aus den 17 Items gebildet. Zudem besteht die Möglichkeit, Auswertungen auf Basis von Faktoren durchzuführen. Hamilton (1960) berechnete zuerst eine 4- Faktoren- Lösung mit ca. 52 %- Varianzaufklärung, anschließend 1967 eine 6- Faktoren- Lösung. Nach weiteren Untersuchungen äußerte sich Hamilton (1986) zurückhaltend gegenüber einer unifaktoriellen Lösung und vermutete, dass eine zweifaktorielle Lösung die breiteste Zustimmung finden würde. Mit relativer Stabilität lassen sich nach einer Zusammenstellung von Berrios & Bulbena-Villarasa (1990) zwei Faktoren replizieren, von denen der erste als „allgemeiner Schweregrad der Depression“ und der zweite als „Angst / Somatisierung“ zu bezeichnen wäre. In Stichprobenergebnissen berichten Berrios & Bulbena-Villarasa (1990) von einem Mittelwert von 20 ($s=6$) für Patienten mit einer Dysthymie und einem Mittelwert von 26 ($s=7$) für Patienten mit einer Major Depression. In klinischen Studien wird häufig eine als klinisch relevant geltende Differenz zwischen Placebo und Behandlungsgruppe, welche sich zwischen 4-6 Punkten bewegt, zugrunde gelegt.

Bezüglich der Reliabilität liegt die Interraterreliabilität in der Zusammenstellung zwischen $r=0,52-0,95$ und auch die innere Konsistenz zwischen $0,52 -0,95$. Müller & Dragicevic (2003)

fanden eine zufriedenstellende Interraterreliabilität (zufallskorrigierten Koeffizienten) auf Itemebene von $> 0,60$ und für den Gesamtscore von $= 0,57- 0,73$ bei klinisch unerfahrenen Interviewern nach einem drei Sitzungen umfassenden, standardisierten Training im Vergleich zu Experteneinschätzungen. Bei Validitätsuntersuchungen ergaben sich zwischen dem HAMD und dem Beck Depressions Inventar (BDI) Korrelationen zwischen $r=0,16-0,82$ und für Korrelationen mit Globalbeurteilungen unterschiedlicher Form $r=0,70-0,95$. In einer aktuelleren Studie von Olden et. al. (2009) bei älteren Patienten wird von einer guten Reliabilität und Validität im Vergleich mit dem SKID und einer 4- Faktoren Lösung berichtet. Auch wenn es demnach hohe Korrelationen mit verwandten Einschätzverfahren bezüglich Depressionen gibt, wird empfohlen, den HAMD nur für die Einschätzung des Schweregrades einer schon diagnostizierten Depression einzusetzen, anstatt zur Diagnostik selbst.

Allgemeine Depressionsskala (ADS)

Die Allgemeine Depressionsskala (ADS; Hautzinger & Bailer, 1993) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das in kurzer Zeit (Bearbeitungsdauer ca. 5 Minuten) das Vorhandensein und die Dauer der Beeinträchtigung durch depressive Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmung und negative Denkmuster erfragt. Es werden depressive Merkmale wie Verunsicherung, Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit, Selbstabwertung, Niedergeschlagenheit, Einsamkeit, Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Rückzug, Weinen, Angst etc. abgefragt. Der Bezugszeitraum ist die letzte Woche. Es liegt eine Lang- und eine Kurzform vor. Die Reliabilität liegt für die interne Konsistenz bei bis $\alpha=0,89$. Die Testhalbierungs- Reliabilitätswerte liegen um $r =0,81$. Korrelationen mit anderen Verfahren, wie der Befindlichkeitsskala (Bf-S), der Hamilton Depressionsskala (HAMD) und dem Beck Depressionsinventar (BDI) von bis $r=0,90$ lassen eine gute Validität annehmen. Zur Auswertung werden Standardkennwerte und Prozentrangverteilungen herangezogen. Als Cut- Off – Wert für das Screening wird ein Wert von über 23 Punkten angegeben.

4.3.3 Diabetesspezifische Fragebögen

Problembereiche bei Diabetes (PAID)

Das Selbstbeurteilungsinstrument Problem Areas in Diabetes (Polonsky et al., 1995; deutsche Übersetzung von Kulzer et al., 2002) zur Erfassung von diabetesbezogenem emotionalem Stress bei Typ 1 und Typ 2 Diabetikern besteht aus 20 Aussagen zu typischen negativen Einstellungen bezüglich des Lebens mit Diabetes, wie z.B. „alleine zu sein mit dem Diabetes“ oder „sich Sorgen machen über die Zukunft und möglichen Folgeerkrankungen“. Jedes Item kann auf einer 6-stufigen Likert-Skala eingeschätzt werden. Zum Ausfüllen des Bogens sind ca. 3- 5 Minuten zu veranschlagen. Zur Auswertung werden

die PAID Rohwerte in eine 0-100 Skala transformiert, wobei höhere Werte hier eine größere emotionale Beeinträchtigung durch die Diabeteserkrankung bedeuten. Welch et al. (2003; 1997) bestätigten die konvergente und diskriminative Validität als auch Änderungssensitivität bei Messwiederholungen der englischen Version des PAID. In Faktorenanalysen ergab sich ein einfaktorielles Design der emotionalen Anpassung mit allen 20 Items. Die Interne Konsistenz war dabei mit Cronbachs $\alpha=0,95$ hoch. Diese Ergebnisse wurden durch eine Untersuchung von Snoek et. al. (2000) zur holländischen Version des PAID bestätigt. Auch dort zeigte sich eine gute interne Konsistenz und faktorielle Validität bei einem einfaktoriellen Modell. Dies untermauert die Praxis der Verwendung des Gesamtwertes bei der Auswertung des PAID. In weiteren Analysen ergab sich hier eine vierfaktorielle Lösung sowohl in der amerikanischen als auch in der holländischen Stichprobe, wobei diese Ergebnisse weiterer Untersuchungen bedürfen.

Die deutsche Übersetzung des Instrumentes stammt von Kulzer et al. (2002) und zeigte sich ebenfalls als valide und reliabel. Hermanns et al. (2006) bestätigten den PAID als sensitives Screeninginstrument für Depression als auch diabetesbezogene emotionale Probleme. In einer aktuellen Übersichtsarbeit von Eigenmann et. al. (2009) zur Validität von diabetesspezifischen Instrumenten zur Effektivitätsmessung von Diabetesschulungen erfüllte der PAID als eines von lediglich drei Instrumenten nach eingehender psychometrischer Prüfung strenge psychometrische Kriterien. Auch in einem Review von Watkins & Connell (2004) bewerten die Autoren den PAID als gutes Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Diabetes mellitus.

SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand

Die deutsche Version des Fragebogens „Short Form 36 generic health related quality of life“ von Bullinger & Kirchberger (1998) ist ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von gesunden als auch kranken Menschen. Der Bogen mit einer Bearbeitungsdauer von ca. zehn Minuten erfasst acht Dimensionen der Bereiche „körperliche Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“: Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion und Psychisches Wohlbefinden. Es liegen Werte für verschiedene Altersstufen und Patientengruppen, getrennt nach Geschlecht, vor.

Die interne Konsistenz (Cronbachs α) der Subskalen liegt zwischen $\alpha= 0,57 - 0,94$. Auch in einer Untersuchung an einer deutschen Stichprobe älterer Menschen (Gunzelmann, Albani, Beutel, & Brahler, 2006) ergeben sich für den SF- 36 gute psychometrische Parameter. Studienübergreifende psychometrische Untersuchungen der Projekte des Verbundforschungsprogramms Rehabilitationsforschung (Bullinger et al., 2003) zeigten gute bis sehr

gute Eigenschaften des Instrumentes in Bezug auf die Interkorrelation der Items innerhalb der Skalen und Reliabilitäten. Der Vergleich mit anderen Instrumenten als konvergente Validitätsprüfung zeigte mittlere bis hohe Korrelationen mit Skalen der SCL-90-R. Der Nachweis der Veränderungssensitivität steht bisher jedoch noch aus.

Summary of diabetes self-care activities measure (SDSCA)

Der kurze Selbstbeurteilungsfragebogen „Summary of diabetes self-care activities measure“ (SDSCA) von Toobert et. al. (2000) beinhaltet in der hier verwendeten, aus dem englischen übersetzten Version zehn Items zur Erfassung unterschiedlicher Aspekte des Diabetesmanagements. Er ist ein international weit verbreitetes Instrument zur Abfrage der generellen und spezifischen Ernährung, der Bewegung bzw. Sport, der Blutzucker-Selbstkontrolle, der Fußpflege und des Rauchens bei erwachsenen Diabetikern. Die Bereiche werden einzeln erfragt, da Diabetesmanagement von den Autoren als multidimensionales Konstrukt gesehen wird. In dem Instrument wird nach der Frequenz gefragt, mit der ein bestimmtes Verhalten in den letzten sieben Tagen gezeigt wurde.

Die Autoren werteten überblicksartig sieben aktuelle Studien zum SDSCA mit verschiedener Itemanzahl aus und fanden für fast alle Skalen eine akzeptable Iteminterkorrelation als Maß der internen Konsistenz (mittleres $r=0,47$). Die unreliable Skala spezifische Ernährung mit Werten von $r=0,07 - 0,23$ wurde aus der revidierten Fassung entfernt. In Test- Retest-Korrelationen (Retest nach 3-4 Monaten) bei den Kontrollgruppen der Interventionsstudien fanden sich zumeist signifikante, wenn auch moderate Korrelationen (mittleres $r=0,40$). Dies wird darauf zurückgeführt, dass das Abfragen an sich eine leichte Intervention zur Selbstbeobachtung ist, die Patienten durch die Zusage, an einer randomisierten Interventionsstudie teilzunehmen, motiviert zur Veränderung waren und dies somit zur Unterschätzung des Retestrelabilität führt. Die Korrelationen zwischen den Skalen und bezüglich spezifischer Patienteneigenschaften waren, wie gewünscht, generell gering. Die Kriteriumsvalidität wurde für die Subskalen der Ernährung und der Bewegung, anhand von anderen Selbstbeurteilungsinstrumenten dazu berechnet und zeigte sich durch signifikante Korrelationen als gut. Es zeigte sich weiterhin eine große Veränderungssensitivität in den Interventionsstudien mit Mehrfachmessungen, in welchen sich deutliche Verbesserungen im SDSCA abzeichnen ließen (Toobert et al., 2000).

Somit kann der SDSCA in seiner revidierten Fassung alles in allem als reliables, valides, änderungssensitives und multidimensionales Instrument zur Erfassung des Diabetesmanagements bezeichnet werden. Dies wird auch in einer aktuellen Untersuchung von Eigenmann et al. (2009) bestätigt.

4.4 Statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 20.0, AMOS TM 17.0 und HLM 6.08 (Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling, Raudenbusch et al., 2010).

4.4.1 Umgang mit fehlenden Werten und Voraussetzungen der statistischen Verfahren

Bei einigen der geplanten Analysen ist zu berücksichtigen, dass fehlende Beantwortungen (missing values) das Ergebnis verfälschen können. Um dies zu verhindern, wurde bei der Testvalidierung der Stundenbögen mit den jeweiligen Mittelwerten der Items über die Sitzungen hinweg gerechnet. Die Item-, Reliabilitäts- und Faktorenanalysen erfolgten hier an der beschriebenen DAD-Gruppentherpiestichprobe (N=101).

Bei den Mehrebenenanalysen zur Prognose des Therapieerfolgs wurde die Variable Adhärenz als Prädiktor aufgenommen und somit kontrolliert. Gruppenteilnehmer mit mehr als 20 % fehlenden Stundenbogendaten (Daten von weniger als acht Sitzungen) galten als nicht adhärent. Die Endmodelle wurden teilweise zusätzlich an der Adhärenz-Stichprobe (N=68) berechnet.

Ansonsten wurden durch die Einstellung im HLM-Programm fehlende Werte erst bei der Berechnung der jeweiligen Modelle ausgeschlossen.

Die geplanten Analysen setzten Intervallskalenniveau voraus. Bei der Konstruktion der Stundenbögen wurde gemäß den Vorschlägen von z.B. Bortz & Döring (2006) darauf geachtet, der fünfstufigen Ratingskala mit den verbalen Markern „trifft nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft mittelmäßig zu“, „trifft eher zu“ und „trifft zu“ annähernd äquidistante Ausprägungen des Merkmalskontinuums zuzuordnen. Folglich wird von einem Intervallskalenniveau der Stundenbogendaten ausgegangen.

Signifikanzprüfungen setzen weiterhin die Überprüfung verschiedener Bedingungen voraus. Die univariate *Normalverteilungsannahme* der Stundenbogenitems wird für entsprechende Analysen mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf einem Signifikanzniveau $\alpha=0.05$ überprüft. Auf diese Weise wird die Anpassung der empirischen Verteilung an eine Normalverteilung getestet („goodness-of-fit-Variante“). Die Ergebnisse für die Überprüfung der Normalverteilung der Itemmittelwerte der Stundenbögen, der Stundenbogengesamtwerte, sowie der Gesamtwerte der einzelnen Sitzungen sind im Anhang A1 in Tabellen A 1.1, A 1.2 und A 1.3 dargestellt.

Beim Patientenstundenbogen wird der Kolmogorov-Smirnov-Test größtenteils nicht signifikant. Lediglich der Mittelwert von Item 6 und der Gesamtmittelwert von Sitzung 7 erreichen auf dem 0.05-Niveau Signifikanz und sind somit streng genommen nicht normalverteilt. Nach Lienert & Raatz (1998) kann man Abweichungen von der Normalität bei größeren Stichproben vernachlässigen, wenn davon ausgegangen wird, dass die Populationsverteilungen in gleicher Richtung schief sind. Bei Sitzungsbewertungen, wie im

vorliegenden Fall, kann eine linksschiefe bzw. rechtssteile Verteilung im Sinne von überwiegend positiven Einschätzungen auch in der Gesamtpopulation von Gruppenpsychotherapiepatienten (vgl. Bredel, Brunner, Haffner, & Resch, 2004; Breisacher, Ries, Bischoff, & Ehrhardt, 2003) als auch bei Diabetespatienten (Bradley, 1999) angenommen werden. Entsprechend einer linksschiefen bzw. rechtssteilen Verteilung sind die die *Schiefekoeffizienten* (skewness) von Item 6 und Sitzung 7, für die der Kolmogorov-Smirnov-Test signifikant wird, hoch negativ (Item 6: -1.19; Sitzung 7: -0.92). Der Exzess (Kurtosis) ist zudem entsprechend einer schmalgipfligen Verteilung positiv (Item 6: 1.75; Sitzung 7: 0.70; Bühner, 2006).

Abbildung 4. 2: Verteilung des GTS-P Item 6 Gruppenatmosphäre

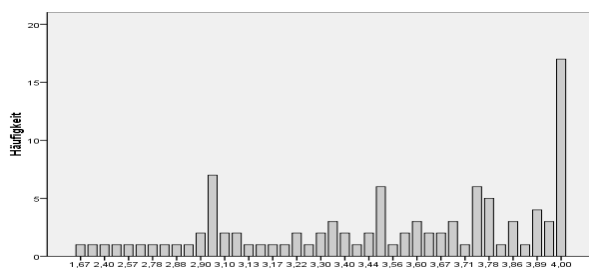
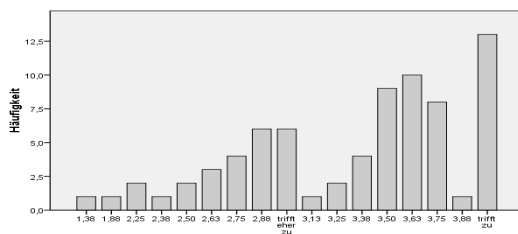
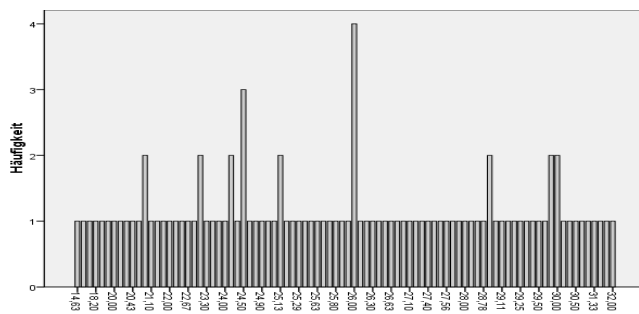
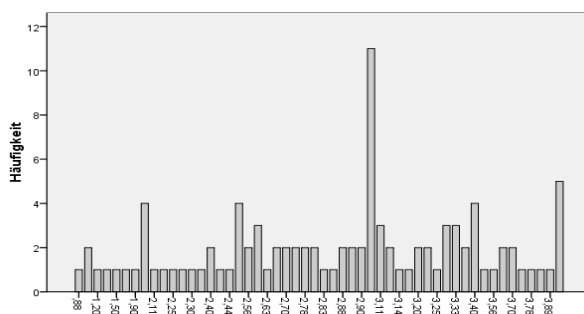


Abbildung 4. 3: Verteilung der GTS-P-Itemantworten Sitzg. 7



Nach Janssen & Laatz (2007) ist es sinnvoller, die grafische Verteilung der Antworthäufigkeiten zur Beurteilung der Verteilungseigenschaften heranzuziehen. Abbildungen 4.2 und 4.3 zeigen beispielhaft die linkssteilen Verteilungen von Item 6 und des Gesamtmittelwertes von Sitzung 7.

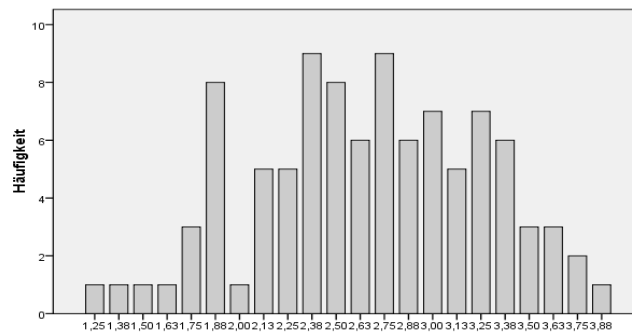
Die Verteilungen des Gesamtstundenbogenwertes sowie anderer Sitzungen und Items entspricht jedoch auch beim Betrachten der Balkendiagramme eher einer Normalverteilung (vgl. Abb.4.4: Verteilung der GTS-P Gesamtstundenbogenwerte und beispielhaft Abb.4.5 Verteilung von Item 4: Anregungen), obwohl auch hier linkssteile Verteilungen vorkommen. Insgesamt kann aufgrund der obigen Erwägungen und der Tatsache, dass nur zwei von 19 Tests Signifikanz erreichen, die Normalverteilungsannahme für den Patientenstundenbogen (GTS-P) als hinreichend erfüllt angesehen werden.

Abbildung 4. 4: Verteilung der GTS-P-Gesamtstundenbogenwerte**Abbildung 4. 5:** Verteilung des GTS-P-Items 4: „Anregungen“

Auch der Therapeutenstundenbogen (GTS-T) und die Therapeuten-Patienten-Bewertung (GTS-TP) wurden mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test bezüglich der Normalverteilungsannahme überprüft. Beim Therapeutenstundenbogen verfehlen alle Tests mit großem Abstand die Signifikanz (vgl. Tabelle A 1.2 im Anhang), d.h. auch diese Daten sind normalverteilt. Dies ist auch beim Betrachten der Häufigkeitsverteilungen ersichtlich. Interessanterweise zeigen sich hier, wenn überhaupt, Häufungen im unteren Skalenbereich, d.h. in Richtung einer linkssteilen Verteilung. Somit scheinen die Therapeuten kritischere Bewertungen abzugeben als die Patienten.

Bei der Therapeuten-Patienten-Bewertung (GTS-TP) erreicht der Kolmogorov-Smirnov-Test bei allen Itemwerten eindeutig Signifikanz (vgl. Tabelle A 1.3 im Anhang). Somit sind die Verteilungen der Itemantworten nach diesem Test nicht normalverteilt. Dies verwundert beim Betrachten der Häufigkeitsverteilungen der Itemantworten, da diese größtenteils augenscheinlich einer Normalverteilung entsprechen. Beim Betrachten der Schiefeffizienten und der Kurtosis finden sich kaum abweichende Werte von denen des Gesamtwertes der Therapeuten-Patienten-Bewertung. Dieser zumindest ist nach dem Kolmogorov-Smirnov-Test und der Häufigkeitsverteilung zweifelsfrei normalverteilt (vgl. Tabelle A 1.3 im Anhang und Abb. 4.6).

Aufgrund der kritischen Ergebnisse des GTS-TP zur Normalverteilungsannahme können die Ergebnisse zum GTS-TP jedoch nur eingeschränkt interpretiert werden.

Abbildung 4. 6: Verteilung des GTS-TP-Gesamtwertes

Im Rahmen der konfirmatorischen Faktorenanalyse und der Mehrebenenanalysen kommt die Maximum-Likelihood-Schätzung von Modellparametern zum Einsatz. Dieses Verfahren erfordert die Voraussetzung der multivariaten Normalverteilung.

Für die konfirmatorischen Faktorenanalysen wurde diese Voraussetzung mit dem Mardia-Test überprüft und im Zweifel eine Bollen-Stine-Bootstrap-Korrektur des p-Wertes durchgeführt.

Die Schätzung der Parameter mittels der Maximum-Likelihood-Methode bei einer Zweiebenenstruktur (wie im vorliegenden Fall) erfordert unabhängige und identische normalverteilte Residuen auf Ebene 1. Auf Ebene 2 sollten die Residuen ebenfalls unabhängig und multivariat normalverteilt sein (Eid, Gollwitzer, & Schmitt, 2010). Maas und Hox (2004) konnten in einer Simulationsstudie zeigen, dass bei einer Multilevelanalyse mit nicht normalverteilten (schiefen) Residuen auf der zweiten (Gruppen-) Ebene sowohl normale Maximum Likelihood - basierte als auch die Alternative der robusten Standardfehler eine ähnlich zuverlässige Schätzung der festen Effekte ergeben. Zur Überprüfung der Annahme der multivariaten Normalverteilung wurden zur Absicherung die Histogramme der Variablen und der Residuen auf annähernde Normalverteilung überprüft.

4.4.3 Überprüfung der Hypothesen

Haupthypothese: Vorhersage des Therapieerfolges durch die GTS-Bögen

Zur Überprüfung der Hauptfragestellung des Prädiktorwertes bzw. der prädiktiven Validität der Stundenbögen wird ein multivariater, regressionsanalytischer Ansatz auf zwei hierarchischen Ebenen gewählt. Da diese Methodik bisher selten in der Psychotherapieforschung ist (Göllner, Gollwitzer, Heider, Zaby, & Schroeder, 2010), wird sie in der Folge kurz vorgestellt und ihre Anwendung in dieser Studie begründet.

In den sogenannten hierarchisch linearen Modellen, Multi-Level-Modellen (MLM) oder Mehrebenenanalysen werden Datensätze mit einer hierarchischen Struktur analysiert. Hinsichtlich der Wirkungen auf eine abhängige Variable finden hier neben Merkmalen der individuellen Einheiten auch Merkmale kollektiver Einheiten Berücksichtigung. Dies ist in der Gruppentherapieforschung immer der Fall, da einzelne Patienten einer Therapiegruppe zugeordnet werden. Daher sind sich die Werte der Patienten innerhalb einer Therapiegruppe möglicherweise ähnlicher als zwischen den Gruppen und in der Regel gehen mehrere Gruppen in die Analysen ein. Die Annahme der stochastischen Unabhängigkeit auf der Ebene der Individuen ist somit verletzt, da nicht davon auszugehen ist, dass die Patienten innerhalb einer Gruppe unabhängige Ziehungen aus einer Population darstellen. Gleiches gilt für messwiederholte Daten, da hier verschiedene Messzeitpunkte als Datenebene immer einem Individuum zugeordnet werden.

Bei der Verwendung von statistischen Methoden, die nur eine Ebene betrachten (Regressionsanalyse, MANOVA mit MW) unter Missachtung hierarchischer Datenstrukturen ergibt sich zum einen das Risiko eines ökologischen Fehlschlusses, und zum anderen das Risiko eines stark erhöhten Irrtumsrisikos beim statistischen Testen (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003b; Eid, Geiser, & Nussbeck, 2008; Eid et al., 2010; Hox, 2002; Luke, 2004; Murray, Varnell, & Blitstein, 2004). Die Risiken können durch hierarchisch lineare Modelle vermindert werden, da hier die Abhängigkeiten in den Daten auf der höheren Ebene berücksichtigt werden. Hier werden alle systematischen Unterschiede zwischen den Einheiten einer höheren Ebene als unerklärte Varianz auf dieser Ebene betrachtet, solange hier keine Prädiktorvariablen ins Modell eingefügt werden. So verzerren die Unterschiede der Einheiten auf der höheren Ebene nicht die Schätzung der Zusammenhänge auf Ebene 1. Hierarchisch lineare Modelle zerlegen also die unerklärte Varianz in Anteile auf unterschiedlichen Ebenen und bieten die Möglichkeit, unabhängige Variablen auf der höheren Ebene zu identifizieren, welche systematische Unterschiede der abhängigen Variable zwischen den Einheiten der höheren Ebene erklären können.

Alternativ kann die Zugehörigkeit zu einer Einheit auf einer höheren Ebene (z.B. einer Therapiegruppe) mittels einer Kodiervariablen in der Regressionsgleichung berücksichtigt werden. Dies ist allerdings bei einer großen Anzahl von Level-2-Einheiten nicht sinnvoll (im vorliegenden Fall immerhin 23 Therapiegruppen). Auch würde man die Zugehörigkeit zu einer Einheit (z.B. Therapiegruppe) als festen Faktor behandeln, obwohl er in Wirklichkeit ein zufälliger Faktor ist (Eid et al., 2010).

Mehrebenenanalysen werden zwar bisher eher selten in der Psychotherapieforschung und im Speziellen in der Gruppentherapieforschung angewandt, erfahren jedoch zunehmend Beachtung, wie z.B. in einem Sonderheft von *Psychotherapy Research* (2009). Tasca et al. (2009) bemängeln dort, dass Gruppenpsychotherapieforscher schon seit Jahren von den negativen Auswirkungen auf den α -Fehler durch Abhängigkeiten in „genesteten“ und messwiederholten Daten wissen, jedoch die dafür adäquaten Multi-Level-Modelle nicht

anwenden. Baldwin, Murray & Shadish (2005) zeigten, dass aufgrund des erhöhten α -Fehlers in 33 Studien zu Gruppentherapien nach einer Korrektur nur noch 12,4 % der ursprünglich 68,2 % Tests signifikant wurden. 6-19 der Studien (je nach Strenge der Korrektur) wiesen keinerlei signifikante Effekte mehr auf. Göllner et al. (2010) zeigen am Beispiel einer Gruppentherapiestudie, dass sich die Ergebnisse durch Mehrebenenanalysen im Gegensatz zu Varianzanalysen diametral verändern. In einem weiteren Sonderheft von *Psychotherapy Research zur Gruppentherapieforschung* beschreibt auch Burlingame (2010) das Problem, dass manche der Effekte von Gruppentherapien auf eine Abhängigkeit der Daten zurückzuführen sind.

Bei den häufig berechneten Varianzanalysen mit Messwiederholung wird durch die notwendigen Imputationsverfahren zum Ersetzen von fehlenden Messwerten ein Bias riskiert und die Sphärizitätsannahme verletzt (Tasca, Illing, Ogradniczuk, & Joyce, 2009). Gegenüber anderen Verletzungen von Annahmen, wie der multivariaten Normalverteilung und der Annahme homogener Varianz-Kovarianz-Matrizen, erscheint die Varianzanalyse mit Messwiederholung bei hinreichend großen Stichproben robust zu sein. Die Verletzung der Sphärizitätsannahme hat jedoch zur Folge, dass die Wahrscheinlichkeiten für Alpha- und Beta-Fehler erhöht sind und somit die Robustheit der Testergebnisse nicht gewährleistet ist (Keller, 2003). Sphärizität erfordert, dass die Fehlervarianz über die Zeit gleich bleibt, die Varianzen der möglichen Differenzvariablen zwischen den Messzeitpunkten konstant und die Korrelationen zwischen jedwedem Messzeitpunkt des gleichen Individuums gleich sein müssen. Dies ist in der Psychotherapieforschung oft nicht zu erwarten, da sich die Variabilität z.B. der Symptomatik im Therapieverlauf sehr unterschiedlich entwickelt. Sie kann z.B. zu Therapiebeginn größer sein als gegen Ende bzw. nach (erfolgreicher) Therapie. Daher sind Korrelationen zweier aufeinander folgender Messzeitpunkte häufig höher als Korrelationen weiter auseinander liegender Messungen (Tasca & Gallop, 2009). Die aufgrund der Verletzung der Sphärizität angewandten Greenhouse Geiser oder Huyn-Feldt-Korrekturen haben den großen Nachteil, die Freiheitsgrade und Effektstärke zu verringern (Gueorguieva & Krystal, 2004).

Somit sind Multi-Level-Modelle die Methode der Wahl für Fragestellungen in der Gruppenpsychotherapieforschung. Nur so wird berücksichtigt, wie viel Ergebnisvarianz durch die Gruppe relativ zum individuellen Effekt erklärt wird. Zudem erlauben diese Modelle die Überprüfung von linearen als auch nonlinearen Veränderungskonzepten (Göllner et al., 2010). Es ist hier möglich, Modelle ohne vorherige Imputation trotz fehlender Werte zu berechnen, in der Annahme, dass das Fehlen der Daten unsystematisch erfolgt ist.

Allerdings bedarf es neben der vertieften Einarbeitung in die komplexe Methodik, einer gewissen Anzahl von durchgeführten Gruppen. Dies ist für eine ausreichende Effektstärke notwendig, da hier nicht mehr nur das Individuum, bzw. die Stichprobe der Patienten, sondern auch die Gruppe, bzw. verschiedene Gruppentherapeuten als Analyseeinheit

definiert sind. In die vorliegende Untersuchung gehen Daten aus 23 Gruppen und 10 Therapeutinnen ein, was im Vergleich zu N=101 Patienten der Gruppentherapiestichprobe eine deutlich geringere Zahl ist. Allgemein gilt, dass auf der obersten Analyseeinheit 30 statistische Einheiten vorhanden sein sollten (Göllner et al., 2010). Nach Eid et al. (2010) hängt die benötigte Stichprobengröße davon ab, ob man lediglich an einer Schätzung der festen Parameter (fixed effects, mittlere Effekte über die Gruppen hinweg) oder auch der variierenden Parameter (random effects, gruppenspezifische Effekte) interessiert ist. Für das primäre Interesse an der Schätzung von festen Parametern, wie dies hier der Fall ist, reicht laut der Autoren schon eine Größe von N=10 Level-2-Einheiten aus. Somit sind hier die Analysen auch mit der Stichprobe von N=23 Gruppen interpretierbar.

Über aktuelle Beispielstudien aus der Gruppentherapieforschung mit Anwendung von Multi-Level-Modellen wurde teilweise im Theorieteil berichtet (Bakali, Baldwin, & Lorentzen, 2009; Imel, Baldwin, Bonus, & MacCoon, 2008; Taft et al., 2003; Taube-Schiff et al., 2007; Van Andel et al., 2003).

Nach dem von Tasca et al. (2009, S. 456) vorgestellten Entscheidungsbaum zu hierarchisch linearen Modellen in der Gruppenpsychotherapieforschung handelt es sich bei den vorliegenden Daten und Fragestellungen um hierarchisch geschachtelte Beobachtungen (Patienten in Gruppen), gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Abhängigkeiten z.B. bzgl. der Gruppenatmosphäre und sind die Daten messwiederholt (Stundenbögen von Patienten und Therapeuten aus 10 Sitzungen). Somit wäre es möglich, ein 3-Ebenen-hierarchisch-genestetes-Wachstums-Modell zu berechnen. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass verschiedene Gruppentherapeuten die Gruppen durchgeführt haben, wäre sogar ein 4-Ebenen Modell möglich.

Zur anschaulichen Beantwortung der Fragestellung und Reduzierung der ohnehin schon komplexen Vorgehensweise wird hier jedoch auf die Berücksichtigung der Ebene der messwiederholten Daten und der Therapeuten verzichtet. Stattdessen werden, wie in der Fragestellung vorgesehen, Mittelwerte der GTS-Bögen über die Sitzungen hinweg berechnet. Somit resultiert ein 2-Ebenen-Modell mit Ebene 1= Gruppenpatienten und Ebene 2= Therapiegruppen.

Bei den folgenden Analysen wird auf die Maximum-Likelihood-Schätzung zurückgegriffen (Eid et al., 2010). Mit Hilfe der Maximum-Likelihood-Methode werden die Modellparameter so geschätzt, dass die Wahrscheinlichkeit der beobachteten Daten unter dem gegebenen Modell maximiert wird. So ist ebenfalls ein Vergleich von Modellen möglich, die sich in zufälligen und/oder festen Effekten unterscheiden. Im vorliegenden Fall interessieren im Modell hauptsächlich die festen Effekte, z.B. die Skalenmittelwerte der Sitzungsbeurteilung im Patientenstundenbogen (GTS-P) der ersten vier Sitzungen. Die Maximum-Likelihood-Schätzung der robusten Standardfehler ist auch bei einer eventuellen Verletzung der

multivariaten Normalverteilungsannahme als valide anzusehen (siehe Erläuterung zu Voraussetzung der statistischen Verfahren, Maas & Hox, 2004).

Multi-Level-Modelle bestehen aus geschachtelten Regressionsgleichungen, indem die Parameter der unabhängigen Variablen der Regressionsgleichung auf der ersten (unteren) Ebene abhängige Variablen in Regressionsgleichungen auf der zweiten Ebene werden.

Die Auswertung ist jeweils schrittweise aufgebaut und unterscheidet mehrere, zunehmend komplexere Multilevel Modelle (Eid et al., 2010; Hox, 2002; Luke, 2004):

1. **„Null-Modell“** bzw. **Intercept-Only-Modell (M0)**: Die abhängige Variable (z.B. Depressionssymptomatik im HAMD zu P1) wird hier nicht erklärt, sondern lediglich in ihren Gesamtmittelwert und Abweichungen (Varianz) auf den beiden Ebenen zerlegt. Das Intercept-Only-Modell dient als Vergleichsmaßstab für die folgenden Modelle. Dabei sollte die Abweichung der vorhergesagten Daten gegenüber den empirischen Daten („Devianz“) für jedes neue Modell unter der Abweichung des vorhergehenden Modells liegen.
2. **Random-Intercept-Modell**: Hier wird das Modell um die Level-1-Prädiktoren, d.h. um theoretisch bedeutsame Prädiktoren auf der Patientenebene erweitert. Im vorliegenden Fall wird hier zunächst mit dem einzelnen Prädiktor des Ausgangswertes HAMD P0 ein Baseline-Modell berechnet. Danach werden die primären Level-1-Prädiktoren eingeschlossen (vgl. Tabelle 4.12): Remoralisierungsmittelwert der Skalen des GTS-P (R_ZUV, R_BET). Dies erfolgt unter Berücksichtigung weiterer Prädiktoren: Prä-Symptomatik (HAMD zu P0), Diabetestyp, Adhärenz (mindestens 8 Sitzungen Gruppenteilnahme) und Diabetes-komplikationen. Die Prädiktoren werden jeweils mit festen Effekten spezifiziert, d.h. nur die Varianz des Intercepts (HAMD_P1) variiert auf Ebene 2.

In der Regel wird nachfolgend ein Random-Slopes-Modell berechnet, bei dem zunächst alle Residualvariablen (u) der Level-1-Prädiktoren auf Signifikanz überprüft werden. Nicht signifikante Random-Slopes werden aus dem Modell entfernt und das Modell erneut berechnet. Dieser Schritt entfällt in diesem Fall, da die Anzahl der Level-2 Einheiten mit 23 Therapiegruppen dafür zu klein ist. Nach Eid et al. (2010) werden mindestens 50 Level-2 Einheiten zur Schätzung der Varianzen und Kovarianzen im zufälligen Teil des Modells benötigt.

Die festen Regressionskoeffizienten der Prädiktorvariablen werden als nächster Schritt auf Signifikanz überprüft und schrittweise werden nicht signifikante Variablen aus dem Modell genommen.

Diese Modelle werden über einen Likelihood-Ratio-Test (χ^2 -Test der Devianzen) mit dem Null-Modell und auch gegenseitig statistisch auf eine bessere Passung verglichen. Hierbei wird jeweils ein komplexeres Modell (mit mehr Prädiktoren) gegen das sparsamere Modell (mit weniger Prädiktoren) getestet. Der Test macht von der Eigenschaft Gebrauch, dass die Differenz der Devianzen zweier genesteter Modelle unter bestimmten Bedingungen durch eine χ^2 -Verteilung (mit df Differenz = df Modell1 – df Modell2) approximiert werden kann. Bei einem signifikanten Ergebnis ist die Differenz der beiden Devianzen signifikant, d.h. das zweite Modell passt besser auf die erhobenen Daten (Göllner et al., 2010). Im vorliegenden Fall ist neben dem Vergleich mit dem Nullmodell, der Vergleich mit dem Baseline-Modell relevant, bei dem lediglich der Ausgangswert der Symptomatik die Symptomatik nach der Gruppenintervention vorhersagt. Das heißt, es gilt zu überprüfen, ob durch die Vorhersagekraft der zusätzlichen Prädiktoren das Baseline-Modell signifikant verbessert werden kann. Zusätzlich kann als Fit-Index der AIC (Akaiques' Information Criterion) angegeben werden.¹⁰ Gesucht wird ein möglichst sparsames Modell mit wenigen Prädiktoren und der bestmöglichen Passung mit den Daten.

Der Anteil der durch die Level-1-Prädiktoren aufgeklärten Varianz lässt sich durch den „Pseudo-R²“-Wert angeben, der die anteilige Reduktion der Level-1-Residualvarianz durch die Hinzunahme der Level-1-Prädiktoren angibt. Der „Pseudo-R²“-Wert fungiert als eine Art Determinationskoeffizient, vergleichbar mit dem R² in der multiplen Regression. Der Begriff „Pseudo“ zeigt jedoch, dass es sich hier lediglich um eine indirekte Schätzung der durch die Prädiktoren aufgeklärten Varianz handelt, die aufgrund der Maximum-Likelihood-Schätzung niemals 1 werden kann. Dabei wird der Wert durch die geschätzten Residualvarianzen des Nullmodells im Kontrast zu dem erweiterten Modell berechnet (Eid et al., 2010, Hox, 2002). Es ist möglich, die Verbesserung des Modells für jede Ebene einzeln zu beziffern.

Zusätzlich ist es nach Hox (2002) möglich, die durch ein Modell zusätzlich zum Null- oder Baseline-Modell anteilig aufgeklärte Residualvarianz zu berechnen.

Zur Veranschaulichung der Effekte durch die einzelnen Prädiktoren werden bei Mehrebenenanalysen keine Effektstärken berechnet. Die Regressionskoeffizienten können jedoch, wie bei der regulären multiplen Regression standardisiert werden, um Aussagen darüber zu treffen, wie sich bei Konstanz der anderen Prädiktoren das Kriterium verändert, wenn die Ausprägung des Prädiktors um eine Standardabweichung steigt oder sinkt (vgl. Hox, 2002, S. 21).

¹⁰ Zum Vergleich von Modellen, die nicht ineinander verschachtelt sind, wird zusätzlich ein Fit-Index angegeben, der die Devianz an der Anzahl der geschätzten Parameter relativiert: AIC (Akaiques' Information Criterion) = $d + 2q$ (d = Devianz, q = Anzahl geschätzter Parameter). Hier sollte der AIC am kleinsten bei dem am besten auf die Daten passenden Modell sein. Auf eine Relativierung an der Stichprobengröße wie z.B. durch BIC wurde verzichtet, da in diesen Analyse die Stichprobengröße immer konstant blieb ($N = 101$ Patienten, $N = 23$ Therapiegruppen).

3. **Modell mit Level-2-Prädiktoren:** Auf Ebene 2 (Gruppenebene) wird zusätzlich ein Prädiktor eingeführt, im vorliegenden Fall nach den Ergebnissen der Fragebogenvalidierung der Gesamtmittelwert des Therapeutenbogens (GTS-T) in der Remoralisierungsphase. Hier handelt es sich um einen Prädiktor auf Ebene 2, da der Therapeut jeweils die Gesamtgruppe im GTS-T einschätzt. Er wird hier lediglich als Einflussfaktor für das Intercept, d.h. für den bedingten Gruppenmittelwert in die Gleichungen eingeführt.

Zur Verdeutlichung der Vorgehensweise werden die Gleichungen für das dritte Modell, das Prädiktoren auf beiden Ebenen einschließt (Ebene 1: Patienten, Ebene 2: Therapiegruppen), dargestellt und die Abkürzungen in Tabelle 4.11 erläutert. Die vorherigen Modelle können daraus abgeleitet werden, indem die entsprechenden Parameter weggelassen werden:

Ebene 1:

$$Y_{mi}(\text{HAMD_P1}) = \beta_{0i} + \beta_{1i} * (\text{R_ZUV}) + \beta_{2i} * (\text{R_BET}) + \beta_{3i} * (\text{HAMD_P0}) + \beta_{4i} * (\text{TYP}) + \beta_{5i} * (\text{ADH}) + \beta_{6i} * (\text{KOMP}) + r_{mi}$$

Ebene 2:

$$\beta_{0i} = \gamma_{00} + \gamma_{01} (\text{R_GTST}) + u_{0i}$$

$$\beta_{1i} = \gamma_{10} + u_{1i}$$

$$\beta_{2i} = \gamma_{20} + u_{2i}$$

$$\beta_{3i} = \gamma_{30} + u_{3i}$$

$$\beta_{4i} = \gamma_{40} + u_{4i}$$

$$\beta_{5i} = \gamma_{50} + u_{5i}$$

$$\beta_{6i} = \gamma_{60} + u_{6i}$$

Kombiniert ergibt sich daraus folgende Gleichung (Mixed Model):

$$Y_{mi}(\text{HAMD_P1}) = \gamma_{00} + \gamma_{01} * \text{R_GTST} + \gamma_{10} * \text{R_ZUV} + \gamma_{20} * \text{R_BET} + \gamma_{30} * \text{HAMD_P0} + \gamma_{40} * \text{TYP} + \gamma_{50} * \text{ADH} + \gamma_{60} * \text{KOMP} + u_{0i} + r_{mi}$$

Tabelle 4. 11: Erläuterung der Abkürzungen der Regressionsgleichungen

Abkürzung	Variable
Y(HAMD_P1)	abhängige Variable, z.B. Wert im Hamilton Interview zu P1 nach der Gruppenintervention
R_ZUV	Skala „wahrgenommene Zuversicht in die Therapie“ des GTS-P in der Remoralisierungsphase
R BET	Skala „wahrgenommene persönliche Beteiligung“ des GTS-P in der Remoralisierungsphase
HAMD_P0	Wert im Hamilton-Interview vor der Therapie
TYP	Diabetestyp
ADH	Adhärenz
KOMP	Diabeteskomplikationen
u_0	Residualfehler Ebene 2
r_{mi}	Residualfehler Ebene 1

Wie in der Gleichung zu sehen, wird als primäres Kriterium der Post-Depressionswert HAMD_P1 definiert. Zur Kontrolle der Unterschiede der Prä-Depressionswerte wurde zudem der HAMD_P0 als Kontrollvariable in die Gleichung aufgenommen. Dieses Vorgehen wurde einer Verwendung von Differenzwerten und bereinigten Differenzwerten vorgezogen, da es hier Interpretationsrisiken durch Phänomene der Regression zur Mitte zu bedenken gibt (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003a, S.59-60).

Vor dem Einschluss von Prädiktoren in das Modell ist es bei Multi-Level-Analysen notwendig, über eine mögliche Zentrierung von Variablen zu entscheiden. Bei Prädiktoren der Ebene 1 stehen zwei Arten von Zentrierung zur Verfügung: die Zentrierung der individuellen Werte am jeweiligen Gruppenmittelwert oder am Gesamtmittelwert. Im vorliegenden Fall wurden die metrischen Level-1-Prädiktoren an ihrem Gesamtmittelwert zentriert (grand mean centering), weil so die ursprüngliche Datenstruktur erhalten bleibt. Die dichotomen Variablen (Adhärenz, Diabetestyp) wurden unzentriert belassen.

Neben einer primären Analyse werden verschiedene sekundäre Prädiktoren und Kriterien in weiteren Modellen überprüft. Tabelle 4.12 gibt eine Übersicht über die verschiedenen Prädiktoren und Kriterien, wobei die primäre Analyse hervorgehoben wird. Der Ausschluss von Prädiktoren aus den Modellen erfolgt schrittweise nach der Überprüfung der Signifikanz der festen Regressionskoeffizienten, der Betrachtung der Devianzen der Modelle und der vergleichenden Testung der Modelle im Likelihood-Ratio-Test.

Tabelle 4. 12: Übersicht der Prädiktoren und Kriterien

Prädiktoren / Unabhängige Variablen	Kriterien / Abhängige Variablen
<p>Patientenebene (Ebene 1)</p> <p>Primär: Remoralisierungsmittelwert (Sitzung 1-4) der Skalen Zuversicht (R_ZUV) und Beteiligung (R_BET) des GTS-P</p> <p>Weitere Prädiktoren: Prä-Symptomatik HAMD_P0, Diabetestyp, Adhärenz und Anzahl der Diabeteskomplikationen</p> <p>Sekundär: Skalen des GTS-TP (Therapeuten-Patienten-Bewertung) Einzelne GTS-P-Items in der Remoralisierungsphase, v.a. Item (Gruppenatmosphäre), Item 2 (Aktive Mitarbeit), Item 5 (Gruppe hilfreich), Item 8 (Therapieform erfolgversprechend) GTS-P Skalenwerte, Items und Gesamtwert über alle 10 Gruppensitzungen hinweg</p>	<p>Primäres Erfolgsmaß: - HAMD_P1 (Post-Depressionssymptomatik)</p> <p>Sekundäre Erfolgsmaße: ADS (Depressionssymptomatik) PAID (diabetesbezogener Stress) SF-36 (gesundheitsbezogene Lebensqualität): 2 Bereiche: körperliche und psychische Gesundheit SDSCA (Diabetesmanagement) 3 Skalen: Blutzucker-Selbstkontrolle, Fußpflege, allgemeine Ernährung, Item 5: Bewegung /Sport, Item 10: Rauchen Globale Interventionsbewertung</p>
<p>Gruppen - / Therapeutenebene (Ebene 2)</p> <p>Remoralisierungsmittelwert (Sitzung 1-4) des Gesamtwertes des GTS-T (Therapeutenstundenbogen)</p>	

Als Prädiktor auf Ebene 1 wird primär der Mittelwert der Sitzungsbewertungen der ersten vier Sitzungen (Remoralisierungsphase) aus Patientensicht im GTS-P überprüft. Es werden hier die aus den Faktorenanalysen begründeten Skalen Zuversicht (R_ZUV) und Beteiligung (R_BET) herangezogen. Das Zusammenfassen von Daten von Werten aus mindestens 4 Sitzungen zur Vorhersage des Therapieergebnisses hat sich auch in einer Untersuchung von Crits-Christoph (2011) bezüglich der Korrelation von Allianz und Therapieergebnis als überlegen erwiesen.

Als weitere Prädiktoren werden der Ausgangswert der Depression (HAMD_P0), der Diabetestyp (TYP), die Adhärenz (mindestens an 8 Sitzungen teilgenommen, ADH) und Anzahl der Diabeteskomplikationen (KOMP) definiert.

Sekundär werden in weiteren Modellen die Sitzungsbewertungen aus Therapeutesicht auf einzelne Patienten bezogen (Skalen Zuversicht und Beteiligung des GTS-TP) und einzelne Items des GTS-P zur Erfolgsprädiktion eingesetzt. Im Besonderen sollen Item 6 (Gruppenatmosphäre), Item 2 (Aktive Mitarbeit), Item 5 (Gruppe hilfreich) und Item 8 (Therapieform erfolgversprechend) als Prädiktoren überprüft werden.

Im Weiteren wird ebenfalls die Vorhersagekraft der Skalenmittelwerte, des Gesamtmittelwertes und der Itemmittelwerte über den gesamten Therapieverlauf hinweg (10 Sitzungen) in weiteren Modellen berechnet.

Auf Ebene 2 wird je nach dem Ergebnis der Fragebogenvalidierung der Remoralisierungsmittelwert der Skalen oder des Gesamtwertes des Therapeutenstundenbogens auf seine Vorhersagekraft überprüft.

Die maximal vorgesehene Anzahl von Prädiktoren auf Ebene 1 beträgt 6, auf Ebene 2 soll nur der Wert des Therapeutenstundenbogens als Prädiktor überprüft werden. Die Vorgabe von 1 Prädiktor zu 10 untersuchten Fällen (Bortz, 1993) wird demnach hier bei einer Stichprobengröße von 101 auf Ebene 1 und 23 Gruppen auf Ebene 2 eingehalten.

In weiteren Modellen soll jeweils die Verbesserung in weiteren Zielgrößen vorhergesagt werden. Als sekundäre Outcome-Maße werden Verbesserungen oder Restsymptomatik in der ADS (weiteres Maß der Depressionssymptomatik), im PAID zur diabetesspezifischen Lebensqualität, im SF-36 zur allgemeinen Lebensqualität und im SDSCA zum diabetesspezifischen Selbstmanagement definiert. Hierbei wird jeweils die Ausgangssymptomatik als Kontrollvariable im Modell ergänzt. Zudem werden die globale Interventionsbewertung (2-Item-Befragung in der 10. Sitzung: Gruppentherapie insgesamt hilfreich / insgesamt mit der Gruppentherapie zufrieden) als sekundäres Kriterium überprüft.

Durch Multikollinearität können in den Analysen stets nicht berücksichtigte Prozessvariablen mit einzelnen Prozessvariablen funktional zusammenhängen. Somit können die Überlappung von Konzepten bzw. die hohe Korrelation der Prädiktoren untereinander ein Problem sein. Aus der Korrelationstabelle (Tabelle A 3.1, Anhang) geht für die primäre Analyse hervor,

dass lediglich die Skalenwerte des GTS-P und die Skala Zuversicht mit der Adhärenz signifikant korrelieren. Dieser Sachverhalt muss bei der Interpretation der Resultate mitberücksichtigt werden. Die Interaktion (Multikollinearität) und Gewichtung der Prädiktoren wird ebenfalls schrittweise durch Tests verschiedener Modelle gegeneinander untersucht.

Die Zusammenhänge der Stundenbögen zu einigen dichotomen Ergebnisvariablen, wie Therapieabbruch, Adhärenz und Response sollen als zusätzliche, anschauliche Analysen im Rahmen von t-Test für unabhängige Stichproben berechnet werden. Theoretisch hätten diese Variablen auch als Kriterien in logistischen Mehrebenenanalysen fungieren können. Diese Möglichkeit wurde nicht gewählt, da eine solche Analyse die bisherigen Mehrebenenanalysen an Komplexität zusätzlich übersteigen würde und mit den gängigen Statistikprogrammen nur schwer zu berechnen ist.

Die Variable Therapieabbruch wurde dabei als Abbruch der Behandlung vor der 10. Sitzung definiert. Die Stichprobe teilt sich nach diesem Kriterium in 82 Nicht-Abbrecher vs. 19 Abbrecher auf. Adhärenz vs. Nicht- Adhärenz ist als Kriterium genauso definiert wie der Prädiktor, nämlich als mindestens 8 Sitzungen an der Gruppe teilgenommen vs. 1-7 Sitzungen teilgenommen. Hier sind 68 Patienten adhärenz und 33 Patienten nicht adhärenz.

Response vs. No-Response bezeichnet eine dichotome Ergebnisvariable, welche in anderen Analysen der DAD-Studie verwendet wird (Petrak et al., 2012). Response ist hier definiert als ein HAMD_P1- Wert ≤ 7 oder einem Rückgang der Depressionswerte im Hamilton Interview nach der Gruppentherapie um 50 %. Diese Variable teilt die Stichprobe in 53 Patienten mit der geforderten Verbesserung im Hamilton-Interview und 37 Patienten, welche die Verbesserung nicht erreichten. Von 11 Patienten liegt kein HAMD_P1-Wert vor.

Vorgeordnete Nebenhypothese 1: Validierung der GTS-Bögen

Zur Überprüfung der geforderten Testgütekriterien der GTS-Bögen werden Kennwerte nach den jeweiligen Formeln und durch entsprechende Korrelationen berechnet.

Die Reliabilität wird über die interne Konsistenz (Cronbachs α) beurteilt. Als Itemparameter werden neben Mittelwerten, Standardabweichungen und korrigierten Trennschärfe-koeffizienten auch Itemschwierigkeiten (Formel für mehrstufige Items nach Moosbrugger & Kelava, 2007) und Homogenitäten (mittlere Iteminterkorrelation mittels Fisher Z-Transformation) berechnet. Nach Watson & Clark (1995) ist die mittlere Iteminterkorrelation ein besserer Hinweis auf interne Konsistenz als Cronbach's α , da sie nicht von der Itemanzahl abhängt. Sie sollte nach den Autoren als Richtlinie zwischen 0.15 und 0.50 liegen. Zudem wurde die Änderungssensitivität bzw. Positionale Stabilität vs. Variabilität der Items zur Überprüfung der Messgenauigkeit durch die Korrelation der Itemwerte zu verschiedenen Messzeitpunkten berechnet.

Zur Ermittlung der faktoriellen Struktur des GTS-P, GTS-T und GTS-TP werden exploratorische Hauptkomponentenanalysen und für den GTS-P zusätzlich konfirmatorische Faktorenanalysen durchgeführt.

Zur Kontrolle von Unterschieden zwischen den zwei Patientengruppen (Diagnose, stationäre vs. ambulante Behandlung) werden die Patientenstichproben der Soma-Gruppe und DAD-Gruppe unter Verwendung des Zufallsgenerators in SPSS in zwei gleich große Gruppen (Stichproben A und B) aufgeteilt. Mit den Daten der so entstandenen Stichprobe A (N=102) wird eine exploratorische Hauptkomponentenanalyse mit obliquer (oblimin-direkter) Rotation an den Itemmittelwerten berechnet. Die Berechnung an den Itemmittelwerten (gemittelt über alle Gruppensitzungen) gewährleistet den Ausschluss von fehlenden Werten. Zur Kreuzvalidierung wurde das Vorgehen in umgekehrter Reihenfolge (exploratorische Analyse an Stichprobe B, konfirmatorische Analyse an Stichprobe A) wiederholt.

Da eine Abhängigkeit der möglichen Faktoren a priori anzunehmen ist, wird eine schiefwinklige (oblique) Rotation einer orthogonalen Rotation vorgezogen. Nach der Empfehlung von Janssen & Laatz (2007) wird eine oblimin-direkte Rotation bei dieser für Faktorenanalysen kleinen, aber ausreichenden Stichprobe (N=102) durchgeführt (vgl. bezüglich Stichprobengröße bei Faktorenanalysen Bühner, 2006, S. 193). Nur für große Stichproben (N>500) empfehlen Janssen & Laatz (2007) eine Promax-Rotation. Von Bühner (2006) wird generell die Promax-Rotationstechnik für schiefwinklige Rotationen empfohlen. Daher wird nachfolgend ebenfalls zum Vergleich eine Promax-Rotation durchgeführt, welche jedoch nur bei nennenswerter Abweichung der Ergebnisse extra dargestellt wird.

Kriterien der Faktorenlösungen sind angelehnt an Bühner (2006):

- a) das Kaiser-Guttman Kriterium Eigenwert >1,
- b) Faktorladung von ≥ 0.60 ,
- c) einseitige Faktorladung (Differenz der Faktorladungen ≥ 0.25),
- d) Kommunalitäten ≥ 0.70 .

Das Kaiser-Guttman Kriterium wird gewählt, da ein extrahierter Faktor mehr Varianz aufklären sollte als ein standardisiertes Item mit $M=0$ und $S^2=1$ (Floyd & Widaman, 1995). Aufgrund der Ergebnisse der Itemanalyse (Schulte, 2001) wird als Voraussetzung für dieses Kriterium von einer guten Reliabilität der acht Items ausgegangen und es wird eine differenzierte Aufgliederung des Merkmalsbereiches angestrebt (vgl. Bühner, 2006, S.200).

Als Maß der Stichprobeneignung für die Faktorenanalyse wird der KMO-Koeffizient (Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizient) angegeben. Werte von $KMO > 0.60$ sind nach Bühner (2006) und Janssen & Laatz (2007) als ausreichend, $KMO > 0.80$ als gut einzuschätzen. Auch die MSA-Koeffizienten (Measure of Sample Adequacy), welche die Eignung der einzelnen Items angeben, sollten im ausreichenden Bereich von > 0.60 , besser im guten Bereich von > 0.80

liegen. Die sonstigen Partialkorrelationen der Anti-Image-Matrix sollen nahe null liegen (Bühner, 2006, S. 207). Als weitere Prüfung der Voraussetzung zur Durchführung der Faktorenanalyse wird der Bartlett-Test herangezogen. Er zeigt bei einer Signifikanz, dass alle Korrelationen der Korrelationsmatrix größer null und die Items somit für die Durchführung einer Faktorenanalyse geeignet sind.

Die in der exploratorischen Analyse gefundene Lösung des GTS-P an Stichprobe A wird durch eine konfirmatorische Faktorenanalyse an den Daten der Stichprobe B (N=101) überprüft.

Zur Überprüfung der Passung der beobachteten und der durch das spezifizierte Modell implizierten Kovarianzmatrix wird als Schätzmethode die Maximum-Likelihood-Methode gewählt. Nach Bühner (2006) wird die ML-Methode bei geringen Stichproben ($N > 100$) und Grenzwerten der Schiefe ($Sch < 2$) und des Exzesses ($E < 7$) oder einer multivariaten Normalverteilung empfohlen. Laut des Autors ist die Methode jedoch auch relativ robust gegenüber Verteilungsverletzungen. Nach Byrne (2001) wird die ML-Methode am häufigsten verwendet und ist empfehlenswert.

Voraussetzung der Durchführung der ML-Methode ist die multivariate Normalverteilung und das Intervalldatenniveau der Daten. Die Voraussetzung der multivariaten Normalverteilung kann bei AMOS durch den Mardia-Test überprüft werden. Liegt keine multivariate Normalverteilung vor, führt dies nach Byrne (2001) zu überhöhten Schätzungen des Chi²-Wertes und zu moderaten bis schwerwiegenden Unterschätzungen der Standardfehler der Parameterschätzungen (Kovarianzen bzw. Korrelationen und Ladungen). Dies bedeutet, dass ein passendes Modell aufgrund des überhöhten Chi²-Wertes zu oft abgelehnt wird. Somit empfehlen Byrne (2001) als auch Bühner (2006), mit Hilfe der Bollen-Stine-Bootstrap-Methode eine Korrektur des p-Wertes vorzunehmen.

Folgende Messrestriktionen zur Identifikation des Modells werden bei der konfirmatorischen Faktorenanalyse eingeführt:

- a) Mittelwerte der Messfehler= 0,
- b) Regressionsgewichte der Messfehler= 1,
- c) pro latenter Variable jeweils Ladung einer manifesten, hoch ladenden Referenzvariablen =1 (die Referenzvariable soll den besten Indikator für die latente Variable darstellen).

Die Ergebnisse der konfirmatorischen Analysen werden anhand des Chi²-Tests und des Goodness-of-Fit Tests mit folgenden Fit-Indizes des approximativen Modell-Fits beurteilt (Hu & Bentler, 1999):

- Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA \leq 0.08),
- Comparative Fit Index (CFI \geq 0.95) und
- Standard Root-Mean-Square Residual (SRMR \leq 0.11).

Beim RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) handelt sich im Prinzip um einen „Badness-of-Fit“-Index, wobei hohe Werte (für Stichproben $N \leq 250$, Cut-Off-Wert RMSEA ≤ 0.08) eine schlechte Modellpassung anzeigen. Der SRMR (Standardized-Root-Mean-Square-Residual) kennzeichnet die mittlere Abweichung der Residualkorrelationsmatrix (Cut-off-Wert SRMR ≤ 0.11). Der CFI (Comparative Fit Index) soll im Allgemeinen um oder über einen Cut-off-Wert von $CFI \approx 0.95$ liegen (Hu & Bentler, 1999).

Nachgeordnete Nebenhypothesese 2: Prozessqualität der DAD-Gruppentherapie

Aufgrund der Notwendigkeit, den Umfang der vorliegenden Arbeit einzugrenzen, wird die Prozessqualität der Gruppentherapie ausschließlich deskriptiv beschrieben. Es werden Grafiken zu den Mittelwerten der einzelnen Items der GTS-Bögen und Verläufen von Skalen- und Gesamtwerten über die Sitzungen hinweg vorgestellt.

Üblicherweise wird diese Fragestellung ansonsten durch multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholungsfaktor überprüft. Aufgrund von bereits erläuterten Problemen u.a. mit dem Anstieg des α -Fehlers in Analysen mit in Gruppen „genesteten“ und messwiederholten Daten wäre hier jedoch einer 3-Ebenen-Multi-Level-Analyse Vorrang zu geben (Tasca et al., 2009). Dabei könnten ebenfalls nonlineare Veränderungsverläufe überprüft werden.

Zusätzlich zur graphischen Darstellung der Prozessqualität der DAD-Gruppentherapie werden Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge der Therapeuten zum offenen Item 17 des Therapeutenbogens tabellarisch zu jeder der 10 Sitzungen zusammenfassend berichtet.

5 Ergebnisse

Bei der Darstellung der Ergebnisse werden zuerst die Befunde bezüglich der Nebenhypothesen 2.1 und 2.2, d.h. der Überprüfung der Testgüte und der Dimensionsanalysen der Gruppentherapiestundenbögen beschrieben. Dies war in der Untersuchung der erste Schritt, da diese Ergebnisse zur Durchführung und Interpretierbarkeit der weiteren Analysen zur Vorhersage des Therapieerfolgs von zentralem Belang sind. Im Weiteren werden die Ergebnisse zur Hauptfragestellung der Vorhersage des Therapieerfolgs durch die GTS-Bögen vorgestellt. Abschließend wird auf die Nebenfragestellung bezüglich der Prozessqualität der Gruppentherapie eingegangen.

5.1 Validierung der Gruppentherapiestundenbögen (GTS)

5.1.1 Itemparameter

Alle drei GTS-Bögen weisen für die Itemmittelwerte im Vergleich mit gängigen Empfehlungen (Bühner, 2006; Moosbrugger & Kelava, 2007) fast durchgängig gute bis sehr gute Itemkennwerte auf (vgl. Tabelle A 2.1 im Anhang). Zusätzlich durchgeführte sitzungsbezogene Analysen zeigten vergleichbare Ergebnisse.

Zunächst geben die **Mittelwerte (M)** der Items Auskunft über die durchschnittliche Reaktion auf die Items des Stundenbogens. Der Gesamtmittelwert liegt beim GTS-P bei $M=3.20$ (Itemmittelwerte schwanken zwischen $2.86 \leq M \leq 3.48$) und beim GTS-T etwas niedriger bei $M=2.88$ (Itemmittelwerte schwanken hier zwischen $2.55 \leq M \leq 3.27$). Beim GTS-TP liegt er bei $M=2.66$ mit einer Standardabweichung von $SD=0.84$. Für die einzelnen Items zeigen sich beim GTS-TP Mittelwerte von $2.26 \leq M \leq 3.07$. Item 6 „Gruppenatmosphäre“ erreicht bei den vergleichbaren 8 Items der drei GTS-Bögen jeweils den höchsten Wert, Item 5 „Gruppe hilfreich“ im GTS-P, Item 8 „Therapieform erfolgversprechend“ im GTS-T und GTS-TP den geringsten Wert. Die Therapeuten schätzen somit einzelne Patienten nach der 4. Sitzung (GTS-TP) im Schnitt deutlich negativer ein, als die Patienten im GTS-P und als sie selbst die Gesamtgruppe im GTS-T über alle 10 Sitzungen hinweg einschätzen (für die vergleichbaren acht Stundenbogenitems resultiert ein Mittelwert von 2.94).

Insgesamt wird bei der fünf-stufigen Likert-Skala mit der Kodierung von 0 bis 4 bei allen GTS-Bögen ersichtlich, dass den Items größtenteils zugestimmt wird. Die Verteilung der Itemantworten ist also schief und in diesem Fall bei den leichten Items rechtssteil. Als positiv ist allerdings zu vermerken, dass dies bei allen Items in gleichem Maß der Fall ist, da die Mittelwerte mit einer geringen Spannbreite von z.B. 0.62 beim GTS-P im rechten Bereich der Skala liegen. Aus statistischer Sicht ist es vorteilhaft, wenn Items zumindest ähnlich schief sind (Bühner, 2006).

Die **Itemschwierigkeit** (Schwierigkeitsindex **Pi**) macht zusätzlich eine Aussage über die Lösungs- bzw. Zustimmungsraten der Items. Obwohl es bei Fragebögen keine leichten oder schwierigen, bzw. richtig oder falsch beantwortete Items im eigentlichen Sinne gibt, zählt das Maß der Zustimmung oder Ablehnung eines Items als Maß für dessen Schwierigkeit bzw. Popularität (Lienert & Raatz, 1998). Nach der Formel für mehrstufige Items (Moosbrugger & Kelava, 2007) ergeben sich für die Items des GTS-P Schwierigkeitsindices von $71.50 \leq Pi \leq 87.11$, für den GTS-T $63.72 \leq Pi \leq 81.79$ und für den GTS-TP $56.38 \leq Pi \leq 76.79$ (vgl. Tabelle A 2.1 im Anhang). Im Allgemeinen werden Itemschwierigkeiten im mittleren Bereich von 0-100 ($Pi = 50$ bzw. Pi zwischen 20 und 80) bevorzugt (Kelava & Moosbrugger, 2007; Fisseni, 1997 zit. nach Bühner, 2006). Somit ist anzumerken, dass sich hier vor allem beim GTS-P ein Deckeneffekt zeigt.

Die **Streuung (SD)** eines Items ist ein Kennwert, welcher eine Aussage darüber macht, wie unterschiedlich die Patienten auf das jeweilige Item reagieren. Je geringer die Streuung eines Items, desto schlechter ist grundsätzlich sein Differenzierungsvermögen. Die Streuungen der GTS-P-Items schwanken zwischen 0.44 (Item 1: Innere Beteiligung) und 0.77 (Item 8: Therapieform erfolgversprechend; vgl. Tabelle A 2.1 im Anhang) und zeugen somit von einer mittleren bis hohen, und relativ einheitlichen Variabilität der Itembeantwortungen. Hier zeigt sich somit, dass es sehr wohl eine gewünschte Variabilität der Itemantworten als notwendige Bedingung des Differenzierungsvermögens gibt. Für den GTS-T liegt die Streuung im Durchschnitt bei 0.46 und mit Werten zwischen 0.40 (Item 1 „Innere Beteiligung“) bis 0.56 (Item 12 „Bedürfnisse“) eher im unteren bis mittleren Bereich. Somit scheinen die Therapeuten bei der Bearbeitung des Therapeutenstundenbogens relativ wenig in ihren Itemantworten zu variieren. Die Streuung der Itemantworten des GTS-TP ist mit dem mittleren Wert von $SD=0.84$ deutlich höher als bei den anderen Stundenbögen. Bei den Items variiert sie zwischen $0.76 \leq SD \leq 1.04$ (vgl. Tabelle A 2.1 im Anhang). Somit scheinen die Therapeuten tatsächlich, wie intendiert, jeden einzelnen Patienten für sich zu bewerten und hier zu jeweils unterschiedlichen Einschätzungen zu kommen.

Die korrigierten **Trennschärfekoeffizienten** (r_{it} = Korrelation des Itemwertes mit dem Testwert) der GTS-Item-Mittelwerte sind fast durchgängig sehr gut (>0.5 , siehe Tabelle A 2.1 im Anhang). Für die Items 11 „Manualorientierung“ und 15 „Manualabweichung“ des GTS-T als auch die Items 2 „Aktive Mitwirkung“, 3 „Nachvollziehbarkeit“ und 6 „Gruppenatmosphäre“ des GTS-TP ergeben sich geringere aber immer noch mittlere Werte (>0.39). Nach Angaben in der Literatur (Moosbrugger & Kelava, 2007; Fisseni, 1997 zit. nach Bühner, 2006), sind Werte zwischen 0.3 und 0.7 als gute Trennschärfen (0.3-0.5=mittel; >0.5 =hoch) einzuschätzen.

Zusätzlich lassen sich die Trennschärfekoeffizienten für den GTS-P und GTS-T sitzungsweise betrachten. Über alle Sitzungen hinweg einzeln betrachtet, ergeben sich für den GTS-P Koeffizienten von $0.13 \leq r_{it} \leq 0.80$ (siehe Tabelle A 2.8 und A 2.9 im Anhang).

Der Wert von 0.13 für Item 3 (Nachvollziehbarkeit) in Sitzung 1 stellt einen einzelnen, extremen Ausreißer dar. Ansonsten befindet sich kein weiterer Wert unter 0.35 und die meisten über 0.5. Somit scheinen die Items des GTS-P gut gemeinsam die subjektive Sitzungsbeurteilung aus Patientensicht zu erfassen und dennoch dabei unterschiedliche Aspekte mit einzubeziehen. Für den GTS-T ergeben sich über alle Sitzungen hinweg einzeln betrachtet korrigierte Trennschärfekoeffizienten von $0.00 \leq r_{it} \leq 0.88$ (siehe Tabelle A 2.10 und A 2.11 im Anhang). Dabei fallen vor allem Item 11 „Manualorientierung“ und Item 15 „Manualabweichung“ negativ auf. Bei diesen beiden Items ergibt hier eine sehr geringe Trennschärfe von häufig unter 0.25. Bei den anderen Items zeigen nur Item 4 „Anregungen“ in Sitzung 1 und Item 1 „Innere Beteiligung“ in Sitzung 4 als Ausreißer unzureichende Trennschärfewerte. Alle anderen Items bewegen sich im mittleren bis guten Bereich von 0.3 bis 0.7 und leicht darüber. Außer den Items 11 und 15 scheinen die Items daher valide gemeinsam die therapeutische Sitzungsbeurteilung zu messen.

Zur Bewertung der Items ist es außerdem möglich zu betrachten, inwiefern sich die interne Konsistenz (Cronbachs α) des Gesamttests verbessern würde, wenn einzelne Items ausgeschlossen würden (**Prinzip der α -Maximierung**). Die hier gefundenen Cronbachs- α -Werte (siehe Tabelle A 2.1 im Anhang) zeigen, dass der Ausschluss bei den meisten der GTS-Items zu keiner Erhöhung der internen Konsistenz, verglichen mit derer des jeweiligen Gesamtfragebogens, führt. Beim GTS-T fallen erneut jedoch Item 11 und 15 negativ auf. Item 11 scheint mit einem Wert von 0.968 keinen Beitrag zur Verbesserung der Gesamttestreliabilität von 0.968 zu leisten. Item 15 vermindert die Reliabilität sogar, da bei Ausschluss dieses Items eine Gesamttestreliabilität von 0.972 resultieren würde. Beim GTS-TP fallen hier erneut die Items 2 „Aktive Mitwirkung“, 3 „Nachvollziehbarkeit“ und 6 „Gruppenatmosphäre“ auf, da sich hier Cronbachs α durch das Löschen dieser Items jeweils leicht verbessern würde (vgl. Tabelle A 2.1 im Anhang).

Die **Homogenität** der Items der jeweiligen GTS-Bögen gesamt, berechnet durch die **mittlere Iteminterkorrelation** (mittels Fisher Z-Transformationen, Lienert & Raatz, 1998), beträgt für den GTS-P $r_{ii}=0.64$, für den GTS-T $r_{ii}=0.89$ und für den GTS-TP $r_{ii}=0.46$ (siehe Tabelle A 2.1 im Anhang). Dies sind insgesamt gute Werte, obwohl nach Clark & Watson (1995) hohe Werte die Gefahr bergen, zwar eine hohe interne Konsistenz zu zeigen, dies allerdings auf Kosten der Validität. Bei den einzelnen Items des GTS-P gibt es Schwankungen der mittleren Iteminterkorrelation von $0.46 \leq r_{ii} \leq 0.77$. Den geringsten Wert zeigt hier Item 3 „Nachvollziehbarkeit“, den höchsten Item 7 „Zufriedenheit“. Scheinbar erfassen viele Items Aspekte der Zufriedenheit mit der vergangenen Sitzung, was der Intention des Stundenbogens entspricht. Den geringsten Wert beim GTS-T zeigt, wie durch die Ergebnisse der anderen Itemparameter zu erwarten, Item 15, gefolgt von Item 11. Bei den anderen Items des GTS-T gibt es Schwankungen der mittleren Iteminterkorrelation von $0.86 \leq r_{ii} \leq$

0.98. Die Homogenität des GTS-TP ist für die Itemwerte mit $0.30 \leq r_{ii} \leq 0.59$ geringer. Hier fallen erwartungsgemäß erneut die Items 2,3 und 6 mit den geringsten Werten auf.

Bei der Betrachtung der **einzelnen Iteminterkorrelationen** der GTS-Bögen (vgl. Tabelle A 2.2 – A 2.7 im Anhang) zeigen sich für den GTS-P ebenfalls hohe und durchweg hoch signifikante Werte ($0.30 \leq r_{ii} \leq 0.83$). Für den GTS-T zeigt sich, das erwartete Muster bei dem lediglich Item 11 und Item 15 zumeist sehr geringe und selten signifikante Korrelationen mit den anderen Items aufweisen. Bei den anderen GTS-T-Items ergeben sich durchweg signifikante und zumeist hochsignifikante Zusammenhänge von $0.49 \leq r_{ii} \leq 0.93$). Die einzelnen Iteminterkorrelationen fallen beim GTS-TP im Vergleich mit den beiden anderen Instrumenten allgemein geringer aus, werden allerdings bis auf zwei Fälle (Item 6 und 7) zumeist auf 0.01-Niveau signifikant ($0.17 \leq r_{ii} \leq 0.79$).

Zusammenfassend zeigt die deskriptivstatistische Evaluation der GTS-Items, dass sich bei allen acht GTS-P-Items ausreichende bis überwiegend gute Ergebnisse zeigen. Beim GTS-T sind jedoch Item 11 „Manualorientierung“ und Item 15 „Manualabweichung“ aufgrund von mangelnder Trennschärfe, Verschlechterung der Gesamtreliabilität und geringer Iteminterkorrelation aus dem Therapeutenstundenbogen auszuschließen. Beim GTS-TP fallen ebenfalls Item 2, 3 und 6 aufgrund geringer Iteminterkorrelation und teilweise unvorteilhafter Cronbach's α - Veränderung beim Ausschluss der Items auf. Aufgrund des übergeordneten Ziels der Komplementarität der drei Versionen des GTS und der ansonsten unauffälligen Itemkennwerte wird hier zunächst keine Veränderung des GTS-TP vorgenommen. Die kritischen Items sollten jedoch bei einer erneuten Validierung des Instrumentes in der Zukunft genau beobachtet werden.

5.1.2 Reliabilitätsanalyse

Das Testgütekriterium der **Reliabilität** betrifft die Messgenauigkeit des Tests bzw. die Zuverlässigkeit in der der Test das Merkmal ohne Messfehler misst. Die innere Konsistenz, als Maß der Reliabilität, d.h. Zuverlässigkeit der Gesamtskala, ist als Verallgemeinerung der Testhalbierungsmethode nach Cronbachs α bestimmt (Cronbach, 1951).

Für den gesamten GTS-P resultieren berechnet anhand der Itemmittelwerte 0.90 und in sitzungsbezogenen Analysen $0.77 \leq \alpha \leq 0.91$ (siehe Tabellen A 2.1, A 2.8 und A 2.9 im Anhang). Für gute Tests wird ein Mindestwert von 0.7/ 0.8 empfohlen (Moosbrugger & Kevala, 2007; Fisseni, 1997; zit. nach Bühner, 2006). Die hier errechneten Werte sind somit als sehr gut zu bezeichnen und replizieren die gute interne Konsistenz des GTS-P in der Voruntersuchung von Schulte (2001). Die interne Konsistenz in den sitzungsbezogenen Analysen nimmt beim GTS-P über die erste Hälfte der Behandlung zu und verbleibt dann auf einem hohen Niveau, um in der letzten Sitzung leicht abzusinken.

Für den gesamten GTS-T zeigt sich anhand der Itemmittelwerte eine interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha=0.97$. In einer sitzungsbezogenen Analyse ergeben sich hier $0.86 \leq \alpha \leq 0.94$ (siehe Tabelle A 2.1, A2.10 und A 2.11 im Anhang). Somit ist auch die interne Konsistenz des Therapeutenbogens als sehr gut zu bezeichnen. Sie erreicht sogar noch bessere Werte als die des Patientenstundenbogens und verändert sich nach einem Anstieg zur 2. Sitzung wenig über den Therapieverlauf hinweg.

Für den GTS-TP ergibt sich ein Cronbachs $\alpha =0.85$ als Maß für eine sehr gute, wenn auch im Vergleich zu den anderen Instrumenten leicht geringere Reliabilität.

Eine Berechnung der Retest-Reliabilität ist im vorliegenden Fall nicht sinnvoll, da es sich bei der zu messenden Sitzungsbeurteilungen nicht um eine stabile „trait“-Variable handelt, sondern um ein variables Merkmal, im Sinne einer „state“-Variable. Jedoch wird die Änderungssensitivität bzw. positionale Stabilität vs. Variabilität der Items (Zusammenhänge der Itemantworten über die Messzeitpunkte hinweg) als Validitätsmerkmal des Patientenstundenbogens dargestellt.

5.1.3 Validitätsüberprüfung: Inhaltsvalidität, Änderungssensitivität der Items, Kriteriumsbezogene Validität

Das Gütekriterium der **Validität**, auch Gültigkeit genannt, befasst sich mit der Übereinstimmung zwischen dem Merkmal, das gemessen wird und dem tatsächlich gemessenen Merkmal. Als wichtigstes Gütekriterium überhaupt, welches eine gute Objektivität und Reliabilität des Tests voraussetzt, kann es im vorliegenden Fall durch die verschiedenen Aspekte der Inhaltsvalidität, Änderungssensitivität der Items, Kriteriumsvalidität, faktoriellen Validität und prognostischen Validität (Hauptfragestellung) beurteilt werden.

Inhaltsvalidität

Die Einschätzung der inhaltlichen Validität erfolgt aufgrund der logischen und fachlichen Überlegung, ob die Items der Gruppentherapiestundenbögen eine subjektive Bewertung der Therapiesitzung hinreichend genau bzw. gut definieren. Durch den Vergleich mit anderen Stundenbogenkonzeptionen und den aus der Literatur bekannten Basisbereichen der Sitzungsbeurteilung (vgl. Abschnitt 2.4 Theorie und Abschnitt 4.3.1 Methode) ist dies bei den vorliegenden Instrumenten der Fall. Eine informelle Befragung bei verhaltenstherapeutischen Gruppentherapeuten der Poliklinischen Institutsambulanz der Universität Mainz bestätigte ebenfalls die Inhaltsvalidität der neu entwickelten Therapeutengruppenstundenbögen (GTS-T und GTS-TP).

Grundlegende Wahrnehmungskomponenten einer Sitzungsbeurteilung bezüglich der Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Therapiegruppe aus Patientensicht werden durch die GTS-P-Items erfasst. Sie repräsentieren die folgenden Dimensionen der Sitzungsbeurteilung

(Braun, 2003): „*Behandlungsqualität*“: Item 4: „Anregungen“, Item 5 „Gruppe hilfreich“ und Item 8: „Therapieform erfolgversprechend“, „*erlebte Emotion und Aktivität*“: Item 1: „Innerliche Beteiligung“, Item 2: „Aktive Mitwirkung“ und Item 3: „Nachvollziehbarkeit“ und „*Beziehungsqualität*“: Item 6 „Gruppenatmosphäre“. Nachteilig erscheint, dass der wichtige Bereich der Therapiebeziehung nur mit einem Item vertreten ist. Item 7 erfasst zusätzlich allgemein die Zufriedenheit mit der eben erlebten Sitzung. Auch werden die sogenannten instrumentellen Gruppenbedingungen (Grawe, 1980) erfragt: *Optimismus/ Vertrauen* (Item 5: „Gruppe hilfreich“, Item 8: „Therapieform erfolgversprechend“), *Arbeitshaltung und Offenheit* (Item 2: „Aktive Mitwirkung“), *Kohäsion/ Akzeptanz* (Item 6: „Gruppenatmosphäre“). Weiterhin werden einige Gruppenwirkfaktoren nach Yalom (2007) berücksichtigt: *Feedback und Unterstützung* (Item 4: „Anregungen“, Item 5: „Gruppe hilfreich“), *Identifikation und Emotionsaktivierung* (Item 1: „Innerliche Beteiligung“, Item 3: „Nachvollziehbarkeit“) sowie *Hoffnung* (Item 5: „Gruppe hilfreich“, Item 8: „Therapieform erfolgversprechend“).

Mit dem 8-Item-umfassenden GTS-P wird nicht versucht, alle Gruppenwirkfaktoren oder Facetten des Erlebens der Therapiesitzung vollständig abzudecken. Es wird jedoch angestrebt, relevante Merkmale, von denen angenommen wird, dass sie auf der Ebene einzelner Patienten mit dem individuellen Therapieerfolg in Zusammenhang stehen, in ökonomischer Weise zu erfassen. Dabei wird aufgrund der Bezüge zu den oben genannten theoretischen Konzepten davon ausgegangen, dass das Konstrukt der Sitzungsbewertung hier weder unterrepräsentiert ist, noch konstrukt-irrelevante Varianz miterfasst wird (vgl. Bühner, 2006).

Die Neuentwicklung des Therapeutenstundenbogens (GTS-T) orientierte sich an praktischen und theoretischen Überlegungen. Zunächst sollte der Therapeut die gleichen Sitzungsmerkmale aus Patientenperspektive einschätzen, welche im Patientenstundenbogen abgefragt werden (Items 1-8). Die Beurteilung der Patientenitems aus Therapeutenperspektive entspricht dem Vorgehen der parallelen Patienten- und Therapeuten-Stundenbogenverfahren aus der Einzeltherapie (z.B. SEQ, STEP; vgl. Abschnitt 2.4.2).

Bei den Zusatzitems des GTS-T wird der Therapeut über die Patientenitems hinaus nach seiner Sichtweise bezüglich relevanter Wirkfaktoren wie der „Gruppenatmosphäre“ (Item 9) und „Zufriedenheit“ (Item 16) gefragt. Zusätzlich wurden Items bezüglich einer Einschätzung der Bereiche der Manualorientierung (Items 11, 13, 15) vs. Orientierung an den aktuellen Bedürfnissen/ Anliegen der Patienten (Items 10, 12, 14) ergänzt. Diese Bereiche ähneln den Aspekten der zwei bisher vorliegenden, psychodynamischen Instrumente für Gruppentherapeuten: im GLBI der „Aktivität des Therapeuten“ vs. „einzelfallbezogener Aktivität“ und im GLB der Skala „Aktives Strukturieren des Leiters“ (vgl. Abschnitt 2.4.3). Auch für verhaltenstherapeutische Psychotherapien ist es von Interesse den Aspekt Manual- vs. Patientenorientierung zu erfassen. Zum einen ist eine starke Manualorientierung im

Forschungskontext in hohem Maße erwünscht. Zum anderen gibt es Hinweise darauf, dass eine enge Orientierung an Therapiemanualen zu besseren Therapieergebnissen führt. Psychotherapeuten schätzen den Therapieprozess teilweise nicht valide ein und treffen daraufhin suboptimale Behandlungsentscheidungen (Schulte & Eifert, 2002). Somit wurden die Zusatzitems des Therapeutenstundenbogens aus theoretisch nachvollziehbaren Überlegungen entwickelt.

Aus den Schlussfolgerungen zur Inhaltsvalidität für den GTS-P folgt, dass auch für die Therapeuten-Patienten-Bewertung (GTS-TP) von einer guten Inhaltsvalidität ausgegangen werden kann, da das Instrument den gleichen Inhalt und Aufbau hat. Allerdings werden hier die Einschätzungen aus der Perspektive des Therapeuten bezüglich eines bestimmten Gruppenpatienten vorgenommen. Somit ist es möglich die Therapeuteneinschätzungen von Wirkfaktoren direkt mit Patienteneinschätzungen zu vergleichen.

Änderungssensitivität, Variabilität der Items als Validitätsmerkmal

Zur Überprüfung der Messgenauigkeit des GTS-P und GTS-T ist es möglich, die Änderungssensitivität bzw. positionale Stabilität vs. Variabilität der Items zu betrachten. Für den GTS-TP ist dies nicht möglich, da keine messwiederholten Werte vorliegen.

Tabelle 5. 1: Spannbreite der Koeffizienten (rtt): positionalen Stabilität/ Variabilität der Items des GTS-P und GTS-T

GTS-P	rtt	Spannbreite*
Item 1 „Innere Beteiligung“	$0.06 \leq rtt \leq 0.52$	0.46
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	$0.13 \leq rtt \leq 0.62$	0.49
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	$0.01 \leq rtt \leq 0.56$	0.55
Item 4 „Anregungen“	$0.07 \leq rtt \leq 0.60$	0.53
Item 5 „Gruppe hilfreich“	$0.14 \leq rtt \leq 0.67$	0.53
Item 6 „Gruppenatmosphäre“	$-0.01 \leq rtt \leq 0.58$	0.59
Item 7 „Zufriedenheit“	$0.07 \leq rtt \leq 0.63$	0.56
Item 8 „Therapieform erfolgversprechend“	$0.35 \leq rtt \leq 0.85$	0.50
GTS-T	rtt	Spannbreite*
Item 1 „Innere Beteiligung“	$-0.26 \leq rtt \leq 0.72$	0.98
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	$-0.12 \leq rtt \leq 0.70$	0.82
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	$-0.14 \leq rtt \leq 0.59$	0.73
Item 4 „Anregungen“	$-0.08 \leq rtt \leq 0.58$	0.66
Item 5 „Gruppe hilfreich“	$-0.18 \leq rtt \leq 0.58$	0.76
Item 6 „Gruppenatmosphäre“	$0.03 \leq rtt \leq 0.67$	0.64
Item 7 „Zufriedenheit“	$-0.07 \leq rtt \leq 0.64$	0.71
Item 8 „Therapieform erfolgversprechend“	$-0.02 \leq rtt \leq 0.78$	0.80
Item 9 „Therapeut Gruppenatmosphäre“	$-0.18 \leq rtt \leq 0.80$	0.98
Item 10 „Anliegen“	$-0.05 \leq rtt \leq 0.70$	0.75
Item 11 „Manualorientierung“	$-0.27 \leq rtt \leq 0.59$	0.86
Item 12 „Bedürfnisse“	$-0.22 \leq rtt \leq 0.78$	1.00
Item 13 „Manualumsetzung“	$-0.11 \leq rtt \leq 0.51$	0.62
Item 14 „Beispiele“	$-0.12 \leq rtt \leq 0.67$	0.79
Item 15 „Manualabweichung“	$-0.25 \leq rtt \leq 0.60$	0.85
Item 16 „Therapeut Zufriedenheit“	$-0.11 \leq rtt \leq 0.65$	0.76

Anmerkung. * = Differenz des niedrigsten und höchsten Reliabilitätskoeffizienten (rtt)

Die Spannbreite der pro Item resultierenden Reliabilitätskoeffizienten (Korrelation eines Itemwertes zu verschiedenen Messzeitpunkten) ist für den GTS-P und GTS-T in Tabelle 5.1 dargestellt. Die stärkste Spannbreite der Koeffizienten ist bei Item 6 „Gruppenatmosphäre“

(0.59), Item 7 „Zufriedenheit“ (0.56) und Item 3 „Nachvollziehbarkeit“ (0.55) ersichtlich. Bei diesen Items variieren die Bewertungen über die Stunden hinweg also am stärksten, wohingegen Items 1 „Innere Beteiligung“ (0.46), 2 „Aktive Mitwirkung“ (0.49) und 8 „Therapieform erfolgversprechend“ stabilere Einschätzungen hervorrufen. Dieses Bild entspricht den Vorbefunden zum GTS-P (Schulte, 2001). Die Spannbreiten sind bei der DAD-Stichprobe im GTS-P und auch im GTS-T jedoch deutlich höher.

Die hohe Variabilität der GTS-P und GTS-T-Items ist begrüßenswert, da die Patienten somit bei jeder Bearbeitung tatsächlich Merkmale der gerade erlebten Sitzung beschreiben, anstatt grundsätzliche Einstellungen der Gruppentherapie gegenüber anzugeben.

Kriteriumsbezogene Validität

Eine Art der kriteriumsbezogenen Validität der GTS-Bögen ist durch den korrelativen Zusammenhang mit der globalen Bewertung der Gruppenintervention zu Therapieende der Patienten und Therapeuten erfassbar. Die prognostische Validität zur Vorhersage des Therapieerfolgs wird im Rahmen der Hauptfragestellung genauer analysiert und hier auch die globale Interventionsbewertung zusätzlich als sekundäres Kriterium überprüft.

Die Patienten bewerteten in der Gesamtbewertung nach der letzten Gruppensitzung das Item 1: „Ich habe die Gruppe insgesamt als hilfreich erlebt“ und Item 2: „Ich bin insgesamt mit der Gruppentherapie zufrieden“ (vgl. Anhang B). Für den GTS-P sind die Korrelationen der Itemmittelwerte, Sitzungsmittelwerte und des GTS-P-Gesamtwertes in Tabelle A 2.12 im Anhang aufgeführt. Die Korrelationen werden für alle Items, alle Messzeitpunkte und den Gesamtwert hoch signifikant ($0.29 \leq r \leq 0.78$). Das Item 8 „Therapieform erfolgversprechend“ zeigt den größten ($r=0.78$), das Item 2 „Aktive Mitwirkung“ den geringsten Zusammenhang ($r=0.29$) zur späteren globalen Interventionsbewertung. Bei den Sitzungen zeigt die 10. Sitzung den größten Zusammenhang ($r=0.75$), was nicht verwunderlich ist, da beide Bögen in dieser Sitzung parallel bearbeitet wurden. Die Kummulierung der α - Fehler-Wahrscheinlichkeit bezüglich der großen Anzahl von insgesamt 19 Einzelvergleichen ist aufgrund der durchgängigen Signifikanz der Zusammenhänge zu vernachlässigen (Feild & Armenakis, 1974). Es kann somit von einer guten kriteriumsbezogenen Validität des GTS-P im Hinblick auf die spätere Gesamtzufriedenheit der Patienten mit der Gruppenintervention ausgegangen werden.

Die Therapeuten gaben am Ende der Gruppentherapie ebenfalls eine globale Gesamtbewertung der Intervention ab, in der sie die globale Zufriedenheit der Patienten (Item 1: „Die Patienten sind insgesamt mit der Gruppentherapie zufrieden.“) und ihre eigene Zufriedenheit (Item 2: „Ich bin insgesamt mit der Gruppentherapie zufrieden.“) einschätzten. Im Gegensatz zu den durchweg hohen Zusammenhängen beim GTS-P werden viele Korrelationen beim GTS-T nicht signifikant (Tabelle A 2.13 im Anhang). Bei den Items

weisen vor allem die Items 4 „Anregungen“, Item 5 „Gruppe hilfreich“, Item 8 „Therapieform erfolgversprechend“, Item 13 „Manualumsetzung“ und Item 14 „Beispiele“ sowie ebenfalls der GTS-T-Gesamtwert hoch signifikante Zusammenhänge auf. Bezüglich der Sitzungen zeigt sich nur mit der 10. Sitzung ein deutlicher, zu Therapiebeginn und in der 5. und 9. Sitzung ein geringerer, signifikanter Zusammenhang. Hier muss ebenfalls durch die große Anzahl von 27 Einzelvergleichen an die Kummulierung der α -Fehlerwahrscheinlichkeit gedacht werden. Nach den Referenzwerten von Feild & Armenakis (1974) sind trotz dessen die Ergebnisse nur mit einer Wahrscheinlichkeit von deutlich unter 0.0001 % auf dem 0.01- α -Niveau und 0.05- α -Niveau zu Stande gekommen. Somit zeigt der GTS-T für seinen Gesamtwert eine gute kriteriumsbezogene Validität, welche jedoch nicht für alle Items und Sitzungen in gleichem Maße gilt.

Die Therapeuten-Patienten-Bewertung soll eine Einschätzung über das Befinden der einzelnen Gruppenpatienten aus Therapeutenperspektive geben. Demnach wurde im Sinne einer möglichen Kriteriumsvalidität untersucht, inwiefern die Patientenbewertungen im GTS-P (gemittelt über die ersten vier Sitzungen) mit den Einschätzungen der Therapeuten nach der vierten Sitzung übereinstimmen. Der Großteil der bivariaten Korrelationen von $0.16 \leq r \leq 0.59$ erreicht Signifikanz auf dem 0.01-Niveau (vgl. Tabelle A 2.14 im Anhang). Nach den Referenzwerten von Feild & Armenakis (1974) sind die Ergebnisse auch bei insgesamt 9 Einzelvergleichen nicht zufällig zu Stande gekommen.

Interessanterweise zeigen die Einschätzung der inneren Beteiligung und der Gruppenatmosphäre aus Patienten- und Therapeutesicht keinerlei Übereinstimmung. Aus der Literatur ist bekannt, dass Patienten- und Therapeutenbewertungen in der Regel kaum übereinstimmen, vor allem wenn es um Beziehungsaspekte, wie Gruppenkohäsion und Gruppenatmosphäre geht (Krampen & Wald, 2001; Orlinsky et al., 2004; Watzke, 2002). So wird davon ausgegangen, dass hier zwei von einander unabhängige Informationsquellen jeweils für sich stehen. Allerdings wird vermutet, dass die Übereinstimmung der Bewertungen höher ausfällt, wenn Therapeut und Patienten wie in diesem Fall komplementäre Instrumente bearbeiten und der Therapeut zusätzlich jeden Patienten einzeln bewertet (Marquet, 2008). In allen weiteren 6 Items und bei den Gesamtwertmittelwerten zeigen sich deutliche Zusammenhänge. Am höchsten ist neben den Gesamtwertmittelwerten der Zusammenhang des Items 8 in der Einschätzung der Therapieform als erfolgversprechend. So ist insgesamt von einer guten Kriteriumsvalidität des GTS-TP bezogen auf die gemittelten GTS-P- Werte, auszugehen.

Allgemeine Zusammenhänge der drei GTS-Bögen werden in Abschnitt 5.1.6 dargestellt.

5.1.4 Dimensionsanalysen: Faktorielle Validität

Faktorielle Struktur des Gruppentherapiestundenbogens-Patienten (GTS-P)

Zur Ermittlung der faktoriellen Struktur des GTS-P wurden sowohl exploratorische als auch konfirmatorische Faktorenanalysen durchgeführt. Wie im Abschnitt zur Methode beschrieben, wurden die Stichproben der Soma-Studie und DAD-Studie mit Hilfe des Zufallsgenerators in SPSS in zwei gleich große Gruppen (Stichproben A und B) aufgeteilt. Mit den Daten der so entstandenen Stichprobe A (N=102) wurde zunächst eine exploratorische Hauptkomponentenanalyse mit obliquer (oblimin-direkter) Rotation an den Itemmittelwerten (gemittelt über die Gruppensitzungen) berechnet. Die gefundene Lösung des GTS-P wurde durch eine konfirmatorische Faktorenanalyse an den Daten der gemischten Stichprobe B (N=101) überprüft. Zur Kreuzvalidierung wurde das Vorgehen in umgekehrter Reihenfolge wiederholt: exploratorische Analyse an Stichprobe B und konfirmatorische Analyse an Stichprobe A.

Die Daten der gemischten Stichprobe A (N=102) erwiesen sich als geeignet für die exploratorische Faktorenanalyse: Bartlett-Test auf Nicht –Sphärizität: $\chi^2=626.589$; $df=28$; $p<0.000$ und Kaiser-Meyer-Olkin Index $KMO=0.840$, MSA-Koeffizienten der Items jeweils > 0.77 . Es fanden sich in der Analyse (Hauptkomponentenanalysen, Kriterium Eigenwert ≥ 1 , oblique Rotation: oblimin direkt) bei einer Varianzaufklärung von 76.2 % zwei Faktoren mit einer Faktoreninterkorrelation von $r=0.59$ (Tabelle 5.2).

Tabelle 5. 2: Faktorladungen der Strukturmatrix und Kommunalitätsschätzungen der Items des GTS-P nach der exploratorischen Faktorenanalyse der Stichprobe A (N=102)

	Faktorladungen		Kommunalität
	Faktor I: „wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie“	Faktor II: „wahrgenommene persönliche Beteiligung“	h^2
Item 1 „Innere Beteiligung“	0.57	0.92	0.85
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	0.54	0.90	0.81
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	0.52	0.88	0.77
Item 4 „Anregungen“	0.92	0.57	0.86
Item 5 „Gruppe hilfreich“	0.92	0.49	0.84
Item 6 „Gruppenatmosphäre“	0.66	0.43	0.43
Item 7 „Zufriedenheit“	0.87	0.66	0.75
Item 8 „Therapieform erfolgsversprechend“	0.86	0.46	0.77
Eigenwert (eij)	4.95	1.14	
Aufgeklärter Varianzanteil (%)	61.93	14.24	
Aufgeklärter Varianzanteil gesamt (%)			76.17

Es wird deutlich, dass Item 4, 5 und 8 eindeutig höher auf dem ersten Faktor laden, welcher als „*wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie*“ benannt wird. Inhaltlich werden hier der Grad der mit den Gruppenzielen konformen Erwartungen, Passung, die

somit wahrgenommene Wirksamkeit, Erfolgswahrscheinlichkeit, Optimismus, aber auch Aspekte des Wissenserwerbs bzw. der Lernerfahrungen bewertet (Anregungen, Gruppe hilfreich, Therapieform erfolgversprechend). Der zweite Faktor produziert hohe Faktorladungen auf den Items 1, 2 und 3 (Innerliche Beteiligung, Aktive Mitwirkung, Nachvollziehbarkeit) und wird „*wahrgenommene persönliche Beteiligung*“ genannt. Er bezieht sich inhaltlich auf emotionale Aspekte, wie den Gefühlszustand, die individuelle Verfassung, auf die kognitive Beteiligung, das Mitdenken und Nachvollziehen sowie auf die Aktivität bzw. Arbeitshaltung des Gruppenpatienten.

Die gefundene Lösung entspricht inhaltlich weitgehend zweien der aus der Literatur bekannten Bereichen der Sitzungsbewertung: Behandlungsqualität und Emotion/ Aktivität. Die Kommunalität als Maß der aufgeklärten Varianz durch die beiden Faktoren ist, abgesehen von Item 6, hoch, d.h. $h^2 > 0.75$. Item 6 und 7 lassen sich aufgrund von geringerer Ladung (Item 6) sowie geringer Differenz der Ladungen (Item 6 und 7) weniger gut einem der Faktoren zuordnen. Zu erklären ist das bei Letzterem dadurch, dass Item 7 mit der Zufriedenheit mit der Sitzung als solches ein allgemeines Konstrukt auf der Metaebene erfasst. Daher ist es hier weniger gut einem der beiden Faktoren zuzuordnen (Differenzwert < 0.25), wobei teilweise die Faktorenladungen und auch die Kommunalität relativ hoch sind. Item 6 (Gruppenatmosphäre) beschreibt alleinig eine weitere, aus der Literatur bekannte, unabhängige Dimension der Sitzungsbewertung, nämlich den Aspekt der Beziehungsqualität bzw. Beziehung innerhalb der Gruppe. Wahrscheinlich dadurch fällt Item 6 durch geringere Faktorenladungen auf beiden Faktoren sowie niedrigere Kommunalität im Vergleich zu den anderen Items auf. Aufgrund der theoretischen und aus der Literatur bekannten Relevanz des Aspektes der Gruppenatmosphäre im Therapieprozess wurde dieses Item in weiteren Analysen separat auf seinen möglichen Beitrag in der Vorhersage des Therapieerfolges untersucht. In den durchgeführten Mehr-Ebenen-Analysen zeigte das Item alleine jedoch keine prädiktive Validität bezogen auf den Therapieerfolg (vgl. Abschnitt 5.2.2). Daher werden sowohl Item 7 als auch Item 6 hier aus dem Bogen ausgeschlossen.

Beim Betrachten der Mustermatrix, d.h. der partiellen, standardisierten Regressionsgewichte (Zusammenhang zum jeweils anderen Faktor wird herauspartialisiert), bestätigt sich noch deutlicher die Zuordnung zu den Faktoren, da sich außer bei Item 6 und 7 hier nur geringe Werte (-0.087 bis 0.029) für den jeweils anderen Faktor ergeben. Neben der Regel der Zuordnung des Items zu dem Faktor, auf dem es am höchsten lädt, gilt das Fürntratt-Kriterium als strengere Zuordnungsregel (Bühner, 2006). Auch nach dieser Regel ist die dargestellte Zuordnung der Items zu den beiden Faktoren gerechtfertigt, da die quadrierte Ladung der Items stets mindestens 50 Prozent der Itemkommunalität ausmacht. Nach der Ad-hoc-Regel von Stevens (2002; zit. nach Bühner, 2006, S. 207) für die Signifikanz von Faktorenladungen ergibt sich bei $\alpha = 0.01$, zweiseitig und $N=100$ ein Grenzwert von $a > 0.256$. Zur Berücksichtigung der α -Fehler-Ajustierung wird jedoch empfohlen, den Wert zu

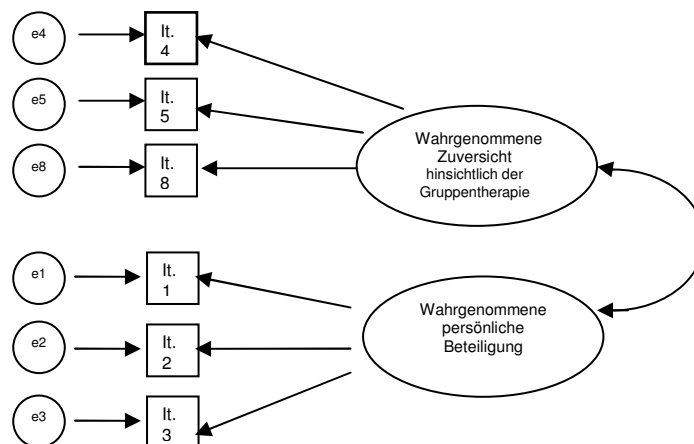
verdoppeln (vgl. Bühner, 2006, S. 208). Hier resultiert somit ein Grenzwert $\alpha > 0.512$, welcher demnach für die zugeordneten Ladungen beider Faktoren, aber auch für die meisten Doppelladungen überschritten wird.

In analogen sitzungsbezogenen Analysen der minimal 8 Sitzungen umfassenden Gruppentherapien (Hauptkomponentenanalysen, oblimin-direkte Rotation, Kriterium Eigenwert < 1) kann das ermittelte zweifaktorielle Design unter Ausschluss von Item 6 und 7 annäherungsweise in Sitzung 1, 2, 3, 6, 7 und 8 repliziert werden. In Sitzung 4 und 5 zeigt sich ein einfaktorielles Design.

Eine Reliabilitätsanalyse der durch die Faktorisierung entstandenen Skalen ergab für die gemischte Stichprobe A sehr gute Werte: für den Faktor I „wahrgenommene Passung mit dem Gruppenkonzept“ $\alpha = 0.92$ und für Faktor II „wahrgenommene persönliche Beteiligung“ $\alpha = 0.88$. Für den Gesamttest ergibt sich für die verbleibenden 6 Items $\alpha = 0.90$.

Das zweifaktorielle Modell unter Ausschluss von Item 6 und 7 (vgl. Abb.5.1) wurde im Weiteren in einer konfirmatorischen Analyse an dem unabhängigen Datensatz der gemischten Stichprobe B auf seine Modellgüte getestet. Aufgrund der Ergebnisse der exploratorischen Faktorenanalyse wurden hier Item 4 und Item 1 als Referenzvariablen mit der jeweils höchsten Ladung (vgl. Tabelle 5.2) ausgewählt.

Abbildung 5. 1: Zweifaktorielles Modell des Patientenstundenbogens unter Ausschluss von Item 6 und 7



Es zeigt sich ein exakter Fit des zweifaktoriellen Modells (Abb. 5.1) mit $\chi^2 = 12.156$; $df = 8$; $p = 0.144$. Aufgrund der mit $N = 101$ für die Berechnung von Strukturgleichungsmodellen sehr kleinen Stichprobe ist es zudem erforderlich, die Fit-Indizes zu betrachten um das Ausmaß einer möglichen Fehlspezifikation zu bestimmen (Bühner, 2006). Auch die weiteren von Byrne (2001) und Bühner (2006) empfohlenen Fit-Indices des approximativen Modell-Fits, wie der $RMSEA = 0.072$, $SRMR = 0.0401$ und $CFI = 0.989$ zeigen hiermit sehr gute Werte

(Tabelle 5.3). Einzig der RMSEA kann im 90%-igen Konfidenzintervall über dem vorgeschlagenen Cut-Off-Wert von 0.08 liegen.

Tabelle 5. 3: Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalysen des GTS-P an Stichprobe B

Modell	Chi ²	df	p	Korr. p ¹¹	RMSEA ¹²	SRMR	CFI
Zweifaktoriell unter Ausschluss von Item 6 und 7 an Stichprobe B (N=101)	12.156	8	0.144	0.247	0.072 (0.000-0.149)	0.0401	0.989
Zweifaktoriell unter Ausschluss von Item 6 und 7 an Stichprobe A (N=102)	2.994	8	0.935	0.985	0.000 (0.000-0.030)	0.0153	1.000

Im Mardia-Test fällt die multivariate Kurtosis (Exzess) mit 16.900 sehr hoch aus und der critical-ratio-Wert zeigt mit $z=8.667$ eine deutliche Verletzung der multivariaten Normalverteilung an (Bühner, 2006). Für die einzelnen Items liegen die Werte jedoch alle innerhalb der postulierten Grenzwerte der Schiefe ($Sch < 2$) und des Exzesses ($E < 7$). Der durch die Bollen-Stine-Bootstrap-Methode korrigierte p-Wert liegt mit $p=0.247$ deutlich über dem ursprünglichen p-Wert, so dass sich an der Annahme des Modells nichts ändert. Das heißt, die Verletzung der multivariaten Normalverteilung wirkt sich zwar stark aus, führt jedoch nicht zu einer Veränderung des Ergebnisses, da das Modell auch ohne Korrektur aufgrund des exakten Fits nicht verworfen wurde.

Zur Kreuzvalidierung der gefundenen Faktorenlösung wurde die exploratorische Faktorenanalyse an Stichprobe B wiederholt. Die Daten der Stichprobe B erwiesen sich ebenfalls als geeignet für die Durchführung der Faktorenanalyse: Bartlett-Test auf Nicht – Sphärizität: $Chi^2=603.293$; $df=28$; $p < 0.000$ und Kaiser-Meyer-Olkin Index $KMO=0.859$, MSA-Koeffizienten der Items jeweils > 0.82 .

Es zeigte sich eine parallele zweifaktorielle Lösung mit übereinstimmender Varianzaufklärung von 76.18 %, Faktoreninterkorrelation von $r=0.56$, paralleler Zuordnung zu den Faktoren und ähnlichen Faktorenladungen (Tabelle A 2.15 im Anhang). Wie bei der exploratorischen Analyse an Stichprobe A werden die Items 4, 5 und 8 eindeutig dem ersten Faktor „wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie“ zugeordnet. Die Items 1, 2 und 3 laden erneut deutlich höher auf dem zweiten Faktor „wahrgenommene persönliche Beteiligung“. Item 6 „Gruppenatmosphäre“ lädt auf beiden Faktoren erneut niedriger, Item 7 „Zufriedenheit“ auf beiden Faktoren relativ hoch. Die Differenz der Faktorenladungen ist erneut niedrig (< 0.25) und eine eindeutige Zuordnung zu einem der Faktoren auch hier nicht möglich ist.

¹¹ Nach der Bollen-Stine-Bootstrap-Methode korrigierte P-Werte

¹² RMSEA einschließlich 90%igem Konfidenzintervall

Die konfirmatorische Analyse an Stichprobe A erbrachte für das postulierte zweifaktorielle Modell (Abbildung 5.1) erneut eine eindeutige Modellpassung mit $\chi^2=2.994$; $df=8$; $p=0.935$. Die weiteren Fit-Indizes zeigen hier noch bessere Werte und auch der RMSEA liegt hier im 90%-igen Konfidenzintervall eindeutig unter dem Cut-Off-Wert. Der durch die Bollen-Stine-Bootstrap-Methode korrigierte p-Wert liegt gleichfalls mit $p=0.985$ deutlich über dem ursprünglichen p-Wert, so dass sich auch hier an der Annahme des Modells nichts ändert.

Insgesamt ist demnach aufgrund der exploratorischen und konfirmatorischen Analysen an zwei voneinander unabhängigen Stichproben von einem zweifaktorielle Modell unter Ausschluss von Item 6 und 7 auszugehen. Die erste Skala wird als „wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie“ und die zweite Skala als „wahrgenommene persönliche Beteiligung“ bezeichnet. Die Berechnung eines Gesamtwertes des GTS-P erscheint jedoch aufgrund der hohen Iteminterkorrelationen, hohen Korrelation der Faktoren und der guten Gesamttestreliabilität ($\alpha=0.90$) neben der Berechnung von Skalenwerten gerechtfertigt.

Faktorielle Struktur des Gruppentherapiestundenbogens-Therapeuten (GTS-T)

Parallel zum GTS-P wird beim GTS-T eine Abhängigkeit der möglichen Faktoren angenommen und somit hier ebenfalls eine Hauptkomponentenanalyse mit schiefwinkliger, oblimin direkter- Rotation durchgeführt. Die statistischen Voraussetzungen zur Berechnung der Faktorenanalysen sind für den GTS-T gegeben: Bartlett-Test $\chi^2=433.304$; $df=120$; $p<0.001$; $KMO=0.78$; $MSA>0.62$, außer für Item 15 $MSA=0.46$.

Zunächst wurden die 16 Items des GTS-T in die Faktorenanalyse einbezogen. Für die Itemmittelwerte zeigt sich (Kriterium Eigenwert >1) eine zweifaktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von 79.57 % (vgl. Tabelle A 2.16 im Anhang).

Die acht analogen Items aus dem Patientenstundenbogen laden gemeinsam hoch auf dem ersten Faktor. Von den Zusatzitems kommen zusätzlich Item 9 „Gruppenatmosphäre aus Therapeutesicht“, Item 10 „Anliegen“, Item 12 „Bedürfnisse“, Item 13 „Manualumsetzung“, Item 14 „Beispiele“ und Item 16 „Zufriedenheit aus Therapeutesicht“ hinzu. Die Doppelladungen auf Faktor II sind jedoch teilweise hoch (v.a. Item 13 und 14). Einzig die zwei Items 11 „Manualorientierung“ und 15 „Manualabweichung“ laden auf der zweiten extrahierten Komponente. Somit scheinen diese zwei Items sich deutlich von den anderen Items abzuheben. Genau für diese Items liegen, wie berichtet, schlechte Werte in den Itemanalysen bezüglich der Trennschärfe, Prinzip der α -Maximierung und Iteminterkorrelation vor. Item 15 weist ebenfalls einen inakzeptablen MSA- Koeffizienten auf. Somit ist es gut zu begründen, Item 11 und Item 15 aus dem GTS-T auszuschließen.

Folglich wurde die Analyse mit den verbleibenden 14 Items wiederholt. Hier resultiert eine einfaktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von 75.43 % und mit der ersten Lösung vergleichbaren Faktorenladungen der Items (vgl. Tabelle A 2.17 im Anhang).

Ähnlich der ersten Berechnung fällt das Item 12 „Bedürfnisse“ im Vergleich zu den anderen Items durch die geringste Faktorladung und Kommunalität auf, obwohl es sich noch um zufriedenstellende Werte handelt.

Aufgrund der Ergebnisse der Analysen den GTS-P und dem Ziel von komplementären Instrumenten wurden neben den Items 11 und 15 auch die Items 6 und 7 aus dem Bogen entfernt und die Faktorenanalyse erneut wiederholt. Für die verbleibenden 12 Items resultierte eine einfaktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von 74.84 %, durchweg hohen Faktorenladungen und einer sehr guten Reliabilität von $\alpha=0.97$ (Tab. 5.4).

Tabelle 5. 4: Faktorladungen der Strukturmatrix und Kommunalitätsschätzungen der Items des GTS-T unter Ausschluss von Items 6, 7, 11 und 15

	Faktor I	h ²
Item 1 „Innere Beteiligung“	0.86	0.74
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	0.86	0.73
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	0.86	0.74
Item 4 „Anregungen“	0.93	0.86
Item 5 „Gruppe hilfreich“	0.94	0.89
Item 8 „Therapieform erfolgsversprechend“	0.88	0.69
Item 9 „Therapeut Gruppenatmosphäre“	0.83	0.70
Item 10 „Anliegen“	0.86	0.74
Item 12 „Bedürfnisse“	0.80	0.65
Item 13 „Manualumsetzung“	0.87	0.76
Item 14 „Beispiele“	0.84	0.70
Item 16 „Therapeut Zufriedenheit“	0.85	0.72
<i>Eigenwert (eij)</i>	8.98	
Aufgeklärter Varianzanteil (%)	74.84	

Für den GTS-T wurden zur weiteren Überprüfung der Faktorenlösung ebenfalls analoge Analysen für jede der 10 Gruppensitzungen mit den verbleibenden 12 Items durchgeführt. Es ergibt sich hier ein sehr uneinheitliches Bild von vier-, drei-, zwei- bis einfaktoriellen Lösungen mit unterschiedlichsten Zuordnungen der Items. Die Inkonsistenz der gefundenen Faktorenlösungen spricht dafür, zunächst von einem einfaktoriellen Design der verbleibenden 12 Items des GTS-T auszugehen. Nach den Ergebnissen scheinen diese 12 Items des GTS-T gemeinsam gut das globale Konstrukt der therapeutischen Sitzungsbewertung zu messen, was sich auch in dem guten Reliabilitätswert der Skala zeigt.

Faktorielle Struktur des Gruppentherapiestundenbogens- Therapeuten-Patienten-Bewertung (GTS-TP)

Auch für den GTS-TP sind die statistischen Voraussetzungen zur Berechnung einer Faktorenanalyse gegeben: Bartlett-Test $\chi^2=397.875$; $df=28$; $p<0.001$; $KMO=0.85$; $MSA>0.71$. Es wurde hier ebenfalls eine Hauptkomponentenanalyse mit schiefwinkliger

oblmin-direkter Rotation und dem Kriterium Eigenwert \geq 1 durchgeführt. Hierbei zeigt sich zunächst für alle 8 Items eine zweifaktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von 66.55 % und einer Faktoreninterkorrelation von 0.45. Aus Tabelle 5.5 wird ersichtlich, dass es sich um eine ähnliche Faktorenlösung mit leicht abweichenden Faktorenladungen wie die des GTS-P handelt. Hierbei klärt der erste Faktor erneut den Großteil der Varianz auf und beinhaltet die Items, welche wiederum die „*wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie*“ (Items 4, 5, 8) erfragen, diesmal jedoch eingeschätzt vom Therapeuten bezüglich eines bestimmten Gruppenpatienten. Ergänzt wird diese Skala hier eindeutig durch das Item 7, welches die Zufriedenheit in globalerer Art und Weise erfasst.

Tabelle 5. 5: Faktorladungen der Strukturmatrix und Kommunalitätsschätzungen der Items des GTS-TP nach einer Hauptkomponentenanalyse mit schiefwinkliger Rotation (oblmin direkt) und dem Kaiser - Guttman Kriterium Eigenwert \geq 1 (N=101)

	Faktorladungen		Kommunalität
	Faktor I: „wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie“	Faktor II: „wahrgenommene persönliche Beteiligung“	h ²
Item 1 „Innere Beteiligung“	0.49	0.80	0.70
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	0.27	0.86	0.76
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	0.38	0.68	0.47
Item 4 „Anregungen“	0.88	0.46	0.78
Item 5 „Gruppe hilfreich“	0.92	0.43	0.84
Item 6 „Gruppenatmosphäre“	0.50	0.29	0.25
Item 7 „Zufriedenheit“	0.89	0.31	0.81
Item 8 „Therapieform erfolgsversprechend“	0.85	0.36	0.72
Eigenwert (eij)	4.17	1.16	
Aufgeklärter Varianzanteil (%)	52.11	14.44	
Aufgeklärter Varianzanteil gesamt (%)			66.55

Faktor II, parallel benannt als „*wahrgenommene persönliche Beteiligung*“ beinhaltet wiederum Items 1, 2 und 3, die Bewertungen bezüglich der Aktivität und Befindlichkeit des Patienten betreffen. Hier zeigt Item 3 eine nur moderate Kommunalität. Das Item 6 „Gruppenatmosphäre“ fällt beim GTS-TP noch deutlicher durch eine geringe Kommunalität ($h^2=0.25$) und geringe Ladung von $a=0.50$ auf. Es ist daher auch hier notwendig, Item 6 aus dem Bogen zu entfernen, da es eine unabhängige Bewertungsdimension der Beziehungsqualität erfasst.

Mit dem Ziel, die Komplementarität aller drei GTS-Instrumente zu erreichen, wurde neben Item 6 erneut Item 7 aus dem Bogen entfernt und die Analyse wiederholt. Wiederum ergab sich eine zweifaktorielle Struktur mit einer Varianzaufklärung von 73.13 %, einer Faktoreninterkorrelation von $r=0.49$, hohen Faktorenladungen, sehr guten bis ausreichenden (Item 3) Kommunalitäten und einer guten Reliabilität von $\alpha=0.82$. Hierbei beinhaltet der erste Faktor weiterhin die Items, welche die Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie aus Sicht

des Gruppentherapeuten auf einen individuellen Patienten bezogen erfragen (Items 4, 5, 8). Faktor II mit Items 1, 2 und 3 betrifft Bewertungen bezüglich der wahrgenommenen persönlichen Beteiligung des Patienten.

Tabelle 5. 6: Faktorladungen der Strukturmatrix und Kommunalitätsschätzungen der Items des GTS-TP unter Ausschluss von Item 6 und 7

	Faktorladungen		Kommunalität
	Faktor I: „wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie“	Faktor II: „wahrgenommene persönliche Beteiligung“	h ²
Item 1 „Innere Beteiligung“	0.59	0.81	0.72
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	0.23	0.89	0.83
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	0.45	0.71	0.42
Item 4 „Anregungen“	0.90	0.43	0.82
Item 5 „Gruppe hilfreich“	0.92	0.42	0.84
Item 8 „Therapieform erfolgsversprechend“	0.87	0.35	0.76
Eigenwert (eij)	3.35	1.04	
Aufgeklärter Varianzanteil (%)	55.81	17.33	
Aufgeklärter Varianzanteil gesamt (%)			73.13

Die Therapeuten-Patienten-Bewertung (GTS-TP) auf einen einzelnen Patienten bezogen, weist somit eine ähnliche faktorielle Struktur auf, wie die Bewertung des Stundenbogens direkt aus Patientensicht. Hier zeigt abweichend jedoch Item 7 eine deutliche Zugehörigkeit zur Skala der „wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie“.

5.1.5 Objektivität und Nebengütekriterien: Normierung, Ökonomie, Nützlichkeit

Damit die GTS-Bögen als objektiv angesehen werden können, sollten sie in der Durchführung, der Auswertung und der Interpretation von der Person des Versuchsleiters unabhängig sein. Die Durchführungsobjektivität ist durch die schriftlich vorgegebene Instruktion gewährleistet. In Bezug auf die vorhandene Auswertungsobjektivität wird man je nach Fragestellung und weiteren Ergebnissen einzelne Items, Skalen-, oder Gesamtmittelwerte zur weiteren Analyse verwenden. Die Interpretationsobjektivität ist erfüllt, da numerische Testwerte eindeutig bestimmten Ausprägungen des Merkmals „Sitzungsbeurteilung“ zugeordnet werden können, auch wenn von den Therapeuten zusammenfassende Angaben gemacht werden müssen, wie z.B. für die Gesamtgruppe im GTS-T oder für die letzten vier Sitzungen im GTS-TP. Der Therapeutenstundenbogen, als auch die Therapeuten-Patienten-Bewertung, können außerhalb von Forschungskontexten zur Selbstevaluation und Selbstreflektion des Gruppentherapeuten genutzt werden. Hier wird die Abhängigkeit des Untersuchers und Untersuchungsobjektes nicht als problematisch, sondern als wünschenswert gesehen, da der Therapeut durch die Selbstreflektion sein eigenes therapeutisches Vorgehen im Therapieverlauf optimieren kann.

Bezüglich des Kriteriums der Normierung gibt es für die GTS-Bögen keine Referenzwerte einer Normstichprobe. Prinzipiell ist davon auszugehen, dass die Einschätzungen in den GTS-Stundenbögen stark von der Stichprobe der Gruppenteilnehmer, Therapeuten, dem Gruppenkonzept und Gruppenmerkmalen abhängen. Eine Normierung im klassischen Sinn erscheint daher nicht sinnvoll. Der Vergleich von Bewertungen unterschiedlicher Gruppenkonzepte ist allerdings prinzipiell möglich.

Alle drei GTS-Bögen sind als sehr ökonomisch zu bewerten, da sie eine kurze Durchführungszeit beanspruchen, wenig Material verbrauchen, einfach zu handhaben sind, als Gruppentest durchführbar und schnell und bequem auszuwerten sind. Die Kürze und somit Ökonomie der GTS-Bögen ist vor allem gegenüber anderen, weitaus umfangreicheren Gruppentherapiestundenbögen ein entscheidender Vorteil der Instrumente.

Bezüglich der Nützlichkeit bzw. der praktischen Relevanz des GTS-P wurde bereits ausgeführt, dass es einen Erkenntnisgewinn darstellt, Patienten selbst nach ihrer subjektiven Sicht auf die Psychotherapie zu befragen. Therapeuten treffen möglicherweise abweichende Bewertungen des Therapieprozesses und können unter Einbezug von Patientenbewertungen den Therapieprozess im Optimalfall besser an den Patienten anpassen. Die individuelle Reaktion des Patienten auf die Psychotherapie erscheint vor allem zu Therapiebeginn ein Indikator für einen späteren Therapieerfolg zu sein. Diese prognostische Validität des Instrumentes wird im Rahmen dieser Arbeit im Weiteren überprüft werden. GTS-T und GTS-TP haben praktische Relevanz zur Erhebung der Prozessqualität von Gruppeninterventionen aus Therapeutenperspektive. Sie dienen der Selbstreflexion und Selbstevaluation des Therapeuten, möglicherweise mit dem Ergebnis optimierter Therapieverläufe. Wenn man zur Nützlichkeit auch die Annahme und Handhabbarkeit der Instrumente hinzuzählt, können die GTS-Bögen ebenfalls positiv bewertet werden. Bei Anwesenheit der Patienten in der Gruppentherapiesitzung war der Rücklauf des GTS-P sowie des GTS-T und GTS-TP durch die Therapeuten 100 % ohne Missings in den Items, was auf eine gute Annahme und Verständlichkeit der Instrumente hindeutet.

5.1.6 Zusammenhänge von Patienten- und Therapeutenbewertungen in den GTS-Bögen

Zum anschaulichen und vereinfachten Vergleich aller drei Versionen des GTS wurde der GTS-P-Gesamtwert (6 Items) der ersten vier Sitzungen, der GTS-T-Gesamtwert der ersten vier Sitzungen (nur die entsprechenden Items) und der GTS-TP Gesamtwert (6 Items) aus Sitzung 4 herangezogen (vgl. Tabelle A 2.18 im Anhang).

Der Zusammenhang des GTS-P und der GTS-TP, in der der Therapeut einzelne Patienten individuell einschätzt, ist deutlich signifikant ($r=0.42$). Nicht signifikant hingegen ist der Zusammenhang von GTS-P und GTS-T, in welchem der Therapeut die Gesamtgruppe

einschätzt ($r=0.18$). Somit scheinen Patienten- und Therapeutenbewertungen besser übereinzustimmen, wenn Therapeuten einzelne Patienten bewerten, anstatt die Gesamtgruppe. Innerhalb der Therapeutenbewertungen, beim GTS-TP und GTS-T zeigt sich allerdings ebenfalls ein hoch signifikanter Zusammenhang ($r=0.33$). Dies ist nachvollziehbar, da die Werte vom gleichen Therapeuten stammen.

Für den GTS-P und GTS-TP war ebenfalls ein Vergleich auf Skalenebene möglich (vgl. Tabelle A 2.19 im Anhang). Hier wurden zur Vergleichbarkeit mit den GTS-TP-Werten erneut die GTS-P-Skalenmittelwerte der ersten vier Sitzungen verwendet.

Neben der jeweiligen hoch signifikanten Skaleninterkorrelation (GTS-P: $r=0.49$; GTS-TP: $r=0.52$) zeigt sich eine ebenfalls hoch signifikante Korrelation der Skalen Zuversicht der beiden GTS-Bögen ($r=0.58$). Die Skala Zuversicht des GTS-P weist jedoch keinen bedeutsamen Zusammenhang zur Skala Beteiligung des GTS-TP auf. Die Skala Beteiligung des GTS-P korreliert mit beiden Skalen der Therapeuten-Patienten-Bewertung.

5.2 Prädiktive Validität: Vorhersage des Therapieerfolgs

Die Überprüfung der Hauptfragestellung zur prädiktiven Validität der GTS-Bögen erfolgt durch Mehrebenenanalysen. Hierbei werden jeweils schrittweise mehrere Multi-Level-Modelle berechnet und miteinander verglichen. Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zu primären Prädiktoren und dem primären Kriterium der DAD-Gruppentherapiestichprobe vorgestellt. Im Anschluss werden sekundäre Prädiktoren auf ihre Vorhersagekraft überprüft und zuletzt die Modelle für sekundäre Kriterien berechnet. Es werden jeweils nur ausgewählte, sekundäre Analysen vorgestellt. Berichtet werden Effekte mit Maximum-Likelihood-berechneten Standardfehlern.

5.2.1 Vorhersage der Depressionssymptomatik nach der Gruppenintervention im Hamilton-Interview (HAMD_P1) mit den primären Prädiktoren bei der DAD-Gruppentherapiestichprobe (N=101)

Nach den Ergebnissen der Faktorenanalysen des GTS-P werden die Skalenwerte der „wahrgenommenen Zuversicht mit der Gruppentherapie“ (R_ZUV) und „wahrgenommenen persönliche Beteiligung“ (R_BET) der Remoralisierungsphase (Sitzung 1-4) als primäre Prädiktoren des Therapieerfolgs (Ausmaß der Depressionssymptomatik im Hamilton-Interview nach der Gruppenintervention, HAMD_P1) definiert. Als Kontrollvariablen fungiert der Ausgangswert der Depression im Hamilton-Interview (HAMD_P0). Als weitere Prädiktoren in den Modellen werden die Adhärenz (ADH), der Diabetestyp (TYP) und Diabeteskomplikationen (KOMP) überprüft.

Die Ergebnisse des schrittweisen Modellvergleichs sind Tabelle 5.7 und 5.8 zu entnehmen. Zunächst wird im Nullmodell (**M0**) der Gesamtmittelwert des HAMD_P1 signifikant ($\gamma_{00}=9.37$, $SE(\gamma_{00})=0.62$, $p<0.001$). Dieser mittlere Effekt bleibt auch bei den weiteren Modellen bestehen. Somit unterscheidet sich das Intercept signifikant von null.

Bei der Betrachtung des zufälligen Teils des Nullmodells ist es möglich, den Anteil der Varianz innerhalb und zwischen den Therapiegruppen zu betrachten. Hier zeigt sich, dass es keine signifikante Varianz im HAMD_P1-Wert zwischen den Therapiegruppen gibt. Die Varianz des Intercepts zwischen den Gruppen wird nicht signifikant (Varianz $u_0=0.023$, $p>0.05$) und auch die Intraklassenkorrelation (ICC=0.001) fällt dementsprechend sehr niedrig aus. Somit gibt es keine prinzipiellen Unterschiede zwischen den Gruppen im Depressionswert nach der Gruppenintervention.

Als weiteres Vergleichsmodell für später berechnete Modelle wird das **Baseline**-Modell berechnet, in welchem lediglich der Prä-Wert der Depression (HAMD_P0) den Post-Wert nach der Gruppentherapie (HAMD_P1) vorhersagt. Somit wird die Ausgangssymptomatik

der Depression kontrolliert. Das bedeutet, dass die weiteren Modelle sich lediglich auf die Vorhersage der Residualvarianz des Baseline-Modells (das, was das Baseline-Modell bisher nicht vorhersagt) beziehen. Erwartungsgemäß wird die Ausgangssymptomatik als Prädiktor signifikant ($\gamma_{10}=0.37$, $SE(\gamma_{10})=0.13$, $p<0.01$) und das Modell hat eine signifikant bessere Passung als das Nullmodell ($\chi^2=7.33$, $df=1$, $p<0.01$). Die geschätzte Varianzaufklärung im „Pseudo-R²“-Wert beträgt 7,8 %.

Tabelle 5. 7: Ergebnisse des schrittweisen Modellvergleichs für die Depressionssymptomatik im Hamilton-Interview nach der Intervention (HAMD_P1) und den primären Prädiktoren auf Ebene 1 (M0, Baseline, M1)

Schrittweise Modelle	M0: Null-Modell (ohne Prädiktoren)		Baseline-Modell: M0 + HAMD_P0		M1: Baseline + R_ZUV + R_BET + TYP + ADH + KOMP (Level 1)	
	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE
Feste Parameter						
Intercept γ_{00}	9.37*** <0.001	0.62	9.34*** <0.001	0.60	9.43*** <0.001	1.28
HAMD_P0 γ_{10}			0.37** 0.007	0.13	0.37** 0.006	0.13
R_ZUV γ_{20}					-2.40* 0.029	1.07
R_BET γ_{30}					2.95 0.108	1.81
ADHÄRENZ γ_{40}					-0.70 0.608	1.36
DIABETESTYP γ_{50}					1.22 0.300	1.17
DIABETES- KOMPLIKATIONEN γ_{60}					-0.26 0.674	0.62
Modellpassung						
Devianz	574.85		567.51		560.30	
N Parameter	3		4		9	
AIC	580.85		575.51		578.30	
Modellvergleich			Vgl. M0		Vgl. M0	Vgl. Baseline
χ^2			7.33**		14.55*	7.21
df			1		6	5
p-Wert			0.007		0.024	0.204
Level-1-Residualvarianz	34.78		32.06		29.59	
„Pseudo-R ² “			0.078		0.149	

Anmerkung: Koeff.: geschätzter Koeffizient (robuste Standardfehler), SE: Standardfehler, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, N Parameter: Anzahl der geschätzten Parameter, AIC: Akaike's Information Criterion, R_ZUV: Remoralisierungswert GTS-P-Skala „wahrgenommene Zuversicht“, R_BET: Remoralisierungswert GTS-P-Skala „wahrgenommene Beteiligung“, HAMD_P0: Hamilton Wert vor der Intervention, ADH: Adhärenz, TYP: Diabetestyp, KOMP: Anzahl der Diabeteskomplikationen.

Anschließend werden die primären Ebene-1-Prädiktoren in das Modell eingeschlossen. Bei der Berechnung dieses Random-Intercept-Modells (**M1**) erreicht zusätzlich zum HAMD_P0 der Regressionskoeffizient der Skala Zuversicht in der Remoralisierungsphase ($\gamma_{20}=-2.40$, $SE(\gamma_{20})=1.07$, $p<0.05$) Signifikanz. Alle weiteren Prädiktoren einschließlich der GTS-P Skala Beteiligung sind nicht signifikant. Anhand der Devianz, des AIC und des Likelihood-Ratio-Test (χ^2 -Test) wird deutlich, dass das M1-Modell dem Nullmodell ($\chi^2=14.55$, $df=6$, $p<0.05$)

überlegen ist. Es zeigt jedoch keine Verbesserung gegenüber dem Baseline-Modell ($\chi^2=7.21$, $df=5$, $p=0.204$)¹³. Der „Pseudo-R²“-Wert beträgt 14.9 %.

Um ein möglichst sparsames Modell zu identifizieren, werden weitere Level-1-Modelle in verschiedenen Konstellationen unter Ausschluss einzelner und mehrerer bisher nicht signifikanter Prädiktoren berechnet. Dabei ändert sich nichts an den Signifikanzen der Kontrollvariable HAMD_P0 und der Skala Zuversicht des GTS-P. Die Regressionskoeffizienten der weiteren Prädiktoren wurden jeweils weder signifikant, noch verbesserte sich die Devianz, oder die Likelihood-Ratio-Tests zeigten signifikante Verbesserungen zum Null- oder Baselinemodell.

Das sparsame Modell (**M2**) mit beiden GTS-P Skalen der Remoralisierungsphase als Prädiktoren zusätzlich zum Baseline-Modell erweist sich als das Modell mit der besten Passung (vgl. Tabelle 5.8).

Tabelle 5. 8: Ergebnisse des Modells M2 (R_ZUV + R_BET + HAMD_P0) zur Vorhersage des Depressionswertes nach der Gruppentherapie HAMD_P1 bei der DAD-Gruppentherapiestichprobe (N=101)

Feste Effekte (fixed-effects)						
Feste Effekte	Koeffizient	Standardfehler	Standard. Koeffizient	t-ratio	df	p-Wert
Intercept γ_{00}	9.53***	0.61		15.55	2	<0.001
HAMD_P0 γ_{10}	0.39*	0.13	0.31	3.04	75	0.003
R_ZUV γ_{20}	-2.49*	1.05	-0.29	-2.39	75	0.020
R_BET γ_{30}	3.16	1.80	0.20	1.80	75	0.083
Zufällige Effekte / Varianzkomponenten (random-effects)						
Zufällige Effekte	Standardabweichung	Varianzkomponenten	χ^2	df	p-Wert	
Intercept u_0	0.13	0.02	16.56	22	>0.500	
Ebene-1 r	5.48	30.06				

Devianz = 561.72; Anzahl der Parameter = 6; AIC =573.72; „Pseudo-R²“ = 0.14

Anmerkung: * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, R_ZUV: Remoralisierungswert GTS-P-Skala wahrgenommene Zuversicht, R_BET: Remoralisierungswert GTS-P-Skala wahrgenommene Beteiligung, HAMD_P0: Hamilton Wert vor der Intervention. Die standardisierten Koeffizienten der Prädiktoren sind nach Hox (2002, S.21) berechnet.

Hier werden erneut die Koeffizienten der Skala Zuversicht ($\gamma_{20}=-2.49$, $SE(\gamma_{20})=1.05$, $p<0.05$) und des Ausgangswertes der Depression ($\gamma_{10}=0.39$, $SE(\gamma_{10})=0.13$, $p<0.01$) signifikant. Die

¹³ Der Likelihood-Ratio-Test wird hier nicht signifikant, da die Differenz der Devianzen zwischen dem Modell M1 und dem Baseline-Modell nicht signifikant ist. Daher erbringen die Prädiktoren des Modell M1 zusammen keine bessere Passung als der Ausgangswert der Depression alleine im Baseline-Modell.

Skala Beteiligung verfehlt nach wie vor die Signifikanz, wenn auch relativ knapp ($\beta_{30}=3.16$, $SE(\beta_{30})=1.80$, $p<0.10$). Im Gegensatz zu den anderen nicht signifikanten Prädiktoren (Adhärenz, Diabetestyp, Diabeteskomplikationen) scheint die GTS-P- Skala Beteiligung relevant im Modell zu sein, obwohl der Regressionskoeffizient nicht signifikant wird.

Das Modell M2 zeigt eine höhere Devianz als das Modell M1, jedoch die beste Passung im AIC-Wert. Der AIC-Wert ist an der Anzahl der Prädiktoren relativiert. Im jeweiligen χ^2 -Test zum Vergleich mit anderen Modellen mit variierenden Konstellationen von Variablen, dem Nullmodell ($\chi^2=13.13$, $df=3$, $p<0.01$), dem Baseline-Modell ($\chi^2=9.28$, $df=2$, $p<0.05$) und dem Modell M1 ($\chi^2=1.42$, $df=3$, $p>0.50$) erwies sich das Modell M2 stets überlegen¹⁴. Der „Pseudo-R²“-Wert liegt für das Modell M2 bei 14 %. Die anteilige Reduktion der Ebene-1-Varianz zusätzlich zum Baseline-Modell berechnet nach Hox (2002) beträgt 6 %.

Im Gegensatz zu den anderen, nicht signifikanten Prädiktoren (Adhärenz, Diabetestyp, Diabeteskomplikationen) scheint die GTS-P- Skala Beteiligung relevant im Modell zu sein, obwohl der Regressionskoeffizient nicht signifikant wird.

Bei der Betrachtung der bivariaten Korrelationen aller Prädiktoren und dem Kriterium (vgl. Tabelle A 3.1, Anhang) zeigt sich, dass es neben der relativ hohen, signifikanten Interkorrelation der Skalenwerte ($r=0.59$) einen sehr geringen, nicht signifikanten, negativen Zusammenhang von R_Zuversicht und dem Kriterium HAMD_P1-Wert gibt ($r=-0.17$) und keinen Zusammenhang von R_Beteiligung und dem Kriterium ($r=0.02$). Außer für die beiden HAMD-Werten und die Skala Zuversicht mit der Adhärenz finden sich keine weiteren signifikanten Korrelationen.

Bei der Berechnung von Modellen ausschließlich mit einem Skalenprädiktor (entweder der Skala Zuversicht oder Beteiligung) und der Kontrollvariable HAMD_P0 erreichen die Regressionskoeffizienten der Skalen jeweils keine Signifikanz. Zudem zeigen diese noch sparsameren Modelle im Likelihood-Ratio-Test keine bessere Passung als das M2-Modell, welches beide Skalen als Prädiktoren einschließt.

Insofern scheint es sich bei den Effekten der Skalen Zuversicht und Beteiligung um einen klassischen Suppressionseffekt zu handeln. Der Prädiktor Beteiligung erhöht hier als Suppressorvariable den Vorhersagebeitrag des Prädiktors Zuversicht, indem er für die Vorhersage irrelevante Varianzen in diesem Prädiktor unterdrückt. So trägt er zur Vorhersagekraft des Modells bei, ohne dass er selbst einen direkten Zusammenhang zum Kriterium aufweist (vgl. Eid et al., 2010).

Nach einer Formel zur Überprüfung ob traditionelle Suppressionseffekte vorliegen ($bic * ric > ric^2$) ist in diesem Fall jeweils das Produkt des Regressionsgewichtes mit der Korrelation des

¹⁴ Der χ^2 -Test wird im Vergleich zum Modell M1 nicht signifikant, da das größere Modell M1 im Gegensatz zum kleineren Modell M2 keine bessere Passung zeigt, bzw. signifikant geringere Devianz hat.

Prädiktors und Kriteriums größer als das Quadrat der Korrelation von Prädiktor und Kriterium (Bortz, 1993; S. 426).

Die Regressionskoeffizienten wurden nach der Formel von Hox (2002, S.21) standardisiert, um anschaulichere Aussagen über die Effektstärke der Prädiktoren machen zu können (vgl. Tabelle 5.8). Wenn also bei Konstanz der anderen Prädiktoren bei einem im Gegensatz zu einem zweiten Gruppenpatienten der Skalenwert wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie um eine Standardabweichung steigt, verringert sich der HAMD_P1-Wert der Depression um -0.29 Standardabweichungen. Dies ist erwartungskonform. Die Bedeutsamkeit des Effektes der Skala Zuversicht (-0.29) wird dadurch unterstrichen, dass der Effekt der Ausgangssymptomatik (0.31) ähnlich hoch ist. Parallel sieht es für die Skala Beteiligung so aus, als steige die Depressionssymptomatik um eine Standardabweichung von 0.20 , wenn der Skalenwert der wahrgenommenen persönlichen Beteiligung sich bei zwei Patienten um eine Standardabweichung unterscheidet und alle anderen Prädiktoren kontrolliert werden, d.h. bei gleichem Niveau an Zuversicht und Ausgangsdepressivität. Allerdings ist der Effekt der Skala Beteiligung nicht signifikant und es findet sich kein korrelativer Zusammenhang zum Kriterium. Der Prädiktor verbleibt lediglich aufgrund des Suppressionseffektes im Modell und würde ansonsten ausgeschlossen. Somit ist dieser Einfluss hier nicht interpretierbar.

Durch graphische Darstellungen lassen sich die Zusammenhänge des Kriteriums mit den Prädiktoren wie in Abb. 5.2 und 5.3 darstellen und besser veranschaulichen. Die Variablen wurden für diesen Zweck zentriert.

In Abb. 5.2 sieht man, dass bei einem bivariaten Zusammenhang der Skala Zuversicht mit den Residuen des Baseline-Modells (Anteil der Varianz, den das Baseline-Modell nicht aufklärt) der Depressionswert mit steigender Zuversicht abnimmt. Hier ist das Regressionsgewicht jedoch nicht bedeutsam.

Betrachtet man das multiple Modell (Abb. 5.3) zeigt sich, dass der HAMD mit steigender Zuversicht abnimmt, und zwar innerhalb jeden Beteiligungsniveaus. Hier wird das Regressionsgewicht von Zuversicht bedeutsam. Das bedeutet, dass wenn Beteiligung keine Dimension wäre, die Unterschiedlichkeit der Personen im HAMD pro Zuversichtsniveau zu groß ist und der Zusammenhang schwach ist. Wird im Modell Beteiligung mit aufgenommen, wird etwas an Unterschiedlichkeit bzw. gegenläufiger Einfluss entfernt und auf die andere Achse verlagert. Dann wird der Einfluss der Zuversicht auf die Veränderung des HAMD deutlicher und zudem signifikant.

Abbildung 5. 2: Regressionsgerade mit der Skala Zuversicht als unabhängige Variable zur Vorhersage der abhängigen Variable Veränderung im HAMD (Residuen des Baseline-Modells)

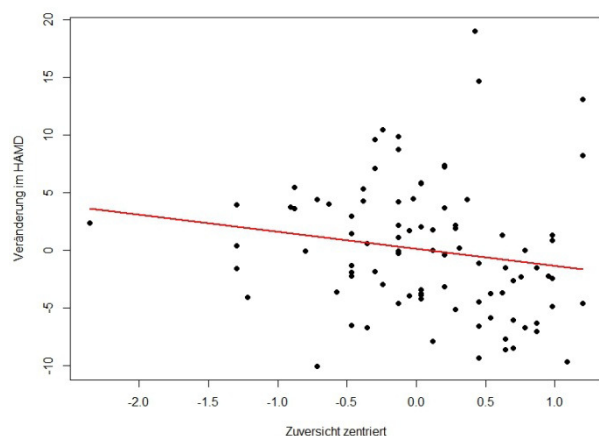
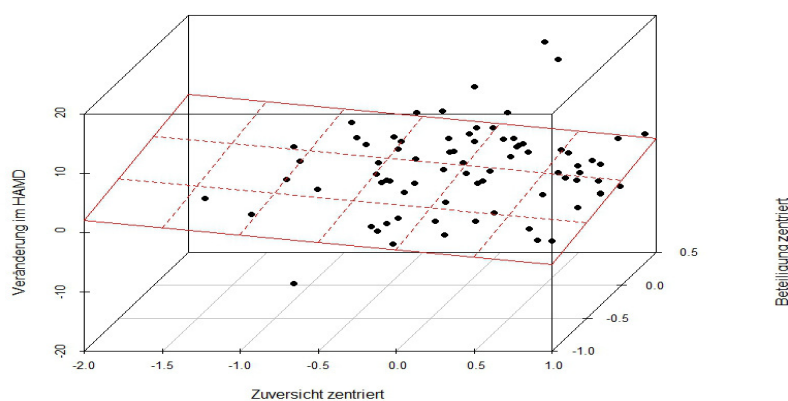


Abbildung 5. 3: Regressionsebene mit den Skalen Zuversicht und Beteiligung als unabhängige Variablen und der abhängigen Variable Veränderung im HAMD (Residuen des Baseline-Modells)



Die Korrelationen und Ergebnisse der Mehrebenenanalysen deuten darauf hin, dass Beteiligung und Zuversicht durch die hohe Interkorrelation der Skalen in großem Umfang gemeinsam hoch bzw. niedrig von Patienten eingeschätzt werden. Das heißt: Je höher die Beteiligung, desto höher die Zuversicht.

Im Weiteren kann man sagen: Je höher die Zuversicht, desto geringer die Depressivität nach der Gruppenintervention, vor allem wenn man für Beteiligung kontrolliert, also nur Personen mit vergleichbarer Beteiligung betrachtet (vgl. Abb. 5.3).

Auf Ebene 2 wurde nachfolgend der Gesamtwert des Therapeutenstundenbogens der Remoralisierungsphase (R_GTS-T) in den bisherigen Modellen M1 und M2 ergänzt (vgl. Tabelle A 3.2, Anhang). Bei diesen Modellen **M3** und **M4** ergibt sich keine Veränderung der Signifikanzen der Prädiktoren und Kontrollvariablen HAMD_P0. Das Gruppenniveau im Hamilton Interview (die Varianz des Intercepts) lässt sich nicht durch die Einschätzung der Therapeuten im Therapeutenstundenbogen auf Ebene 2 erklären ($\gamma_{01} = -2.55 / -2.42$, $SE(\gamma_{01}) = 1.55$, $p > 0.05$).

Durch die Hinzunahme des Level-2-Prädiktors verbessern sich, wie zu erwarten, leicht die Devianzen, AIC-Werte und „Pseudo-R²“-Werte (18 und 16 %). Die Modellvergleiche sind im χ^2 -Test bezogen auf das Nullmodell signifikant (M3: $\chi^2=17.22$, $df=7$, $p<0.05$; M4: $\chi^2=15.57$, $df=4$, $p<0.01$). Bezogen auf die Level-1-Modelle zeigt sich jedoch keine Signifikanz (M3: $\chi^2=2.67$, $df=1$, $p=0.098$; M4: $\chi^2=2.43$, $df=1$, $p=0.115$).

Das bedeutet, dass der Level-2-Prädiktor Gesamtwert des GTS-T in der Remoralisierungsphase hier zu keiner signifikanten Verbesserung der Modellpassung beitragen kann. Dies ist allerdings vor dem Hintergrund zu sehen, dass es bei diesen Modellen kaum Varianz auf Ebene 2 zu erklären gilt.

Bei der Wiederholung der Analysen mit der Adhärenz-Stichprobe bestätigten sich die bisherigen Ergebnisse mit noch deutlicheren Zahlen. Die Adhärenz-Stichprobe (N=68) beinhaltet lediglich Daten von Gruppenpatienten, welche mindestens 8 Sitzungen an der Gruppentherapie teilgenommen haben und somit die gesamte bzw. annähernd gesamte Therapiedosis erhalten haben. Die Analysen mit dieser Teilstichprobe werden nicht eingehender berichtet, da in den bisherigen Analysen ebenfalls zunächst Adhärenz als Prädiktor aufgenommen wurde und so Niveauunterschiede berücksichtigt wurden.

5.2.2 Vorhersage des Depressionswertes nach der Gruppenintervention (HAMD_P1) mit sekundären Prädiktoren (Gruppentherapiestichprobe, N=101)

Aufgrund der nicht signifikanten Ergebnisse des Level-2-Prädiktors R_GTS-T werden in der Folge lediglich die Modelle der Ebene 1 berichtet.

Therapeuten-Patienten-Bewertung (GTS-TP)

Parallel zum Modell M1 wird ein Modell unter Einschluss der Skalen Zuversicht und Beteiligung der Therapeuten-Patienten-Bewertung, der Kontrollvariable HAMD_P0 und aller theoretisch vorgesehenen weiteren Prädiktoren berechnet. In diesem Modell **M5** erreicht lediglich die GTS-TP-Skala Zuversicht ($\beta_{20}=-1.96$, $SE(\beta_{10})=0.95$, $p<0.05$) und der HAMD_P0-Wert ($\beta_{10}=0.41$, $SE(\beta_{10})=0.13$, $p<0.05$) Signifikanz (vgl. Tabelle A 3.3, Anhang). Im Vergleich zum Nullmodell zeigt es eine signifikante Verbesserung ($\chi^2=12.85$, $df=6$, $p<0.05$), nicht jedoch im Vergleich zum Baseline-Modell ($\chi^2=6.36$, $df=5$, $p>0.05$).

Nach der Berechnung von Modellen mit verschiedenen Konstellationen von Prädiktoren erwies sich unter anderem auch das Modell mit den GTS-TP Skalen und dem HAMD_P0 analog zu Modell M2 hier als schwächer. In diesem Modell **M6** (vgl. Tabelle A 3.3, Anhang)

ist der HAMD_P0-Wert ($\beta_{10}=0.43$, $SE(\beta_{10})=0.13$, $p<0.01$) eindeutig und die Skala Zuversicht des GTS-TP nur auf dem 0.10-Niveau signifikant ($\beta_{10}=-1.77$, $SE(\beta_{10})=0.94$, $p=0.063$). Im Likelihood-Ratio-Test zeigt das Modell M6 eine bessere Passung gegenüber dem Nullmodell ($\chi^2=9.98$, $df=3$, $p<0.05$) und dem Modell M5 ($\chi^2=2.87$, $df=3$, $p>0.50$). Jedoch gibt es keinen signifikanten Unterschied zum Baseline-Modell ($\chi^2=3.49$, $df=2$, $p=0.172$).

Das heißt die GTS-TP-Skalen besitzen hier, gegenüber der Vorhersage ausschließlich mit der Ausgangssymptomatik, keine signifikante, zusätzliche Vorhersagekraft.

Der Gesamtwert des GTS-TP verfehlt im Modell **M7** wie auch alle weiteren Prädiktoren (ausgenommen HAMD_P0) Signifikanz. Das Modell führt zu einer Verbesserung der Modellpassung gegenüber dem Nullmodell ($\chi^2=8.01$, $df=2$, $p<0.05$), nicht jedoch gegenüber dem Baseline-Modell ($\chi^2=0.67$, $df=1$, $p>0.50$).

Insgesamt erscheinen die Skalen und der Gesamtwert des GTS-TP hier keine überzeugende Vorhersagekraft bezüglich des Post-Depressionswertes zu haben. Am ehesten ist die GTS-TP-Skala Zuversicht in einem Modell signifikant, obwohl das Modell insgesamt keine Verbesserung der Vorhersage gegenüber dem Baseline-Modell darstellt.

Items und Gesamtwert des Patientenstundenbogens (GTS-P) in der Remoralisierungsphase

Bei den Modellen **M8-M15** (Tabelle A 3.4 und A 3.5, Anhang) unter Einschluss von jeweils einem der Items wurden Modelle mit allen vorgesehenen, weiteren Prädiktoren (HAMD_P0, Diabetestyp, Adhärenz, Diabeteskomplikationen) und Modelle mit lediglich dem HAMD_P0 und dem entsprechenden Item berechnet. Da die weiteren Prädiktoren erneut keine Signifikanz erreichten, werden lediglich die um die Items erweiterten Baseline-Modelle berichtet.

Insgesamt erreicht nur der Regressionskoeffizient des Items 5 „Gruppe hilfreich“ im Modell **M12** als alleiniger Prädiktor kontrolliert an der Ausgangssymptomatik der Depression (HAMD_P0) Signifikanz ($\beta=-1.66$, $SE(\beta)=0.79$, $p<0.05$). Dieses Modell passt signifikant besser zu den Daten als das Nullmodell ($\chi^2=10.82$, $df=2$, $p<0.01$) und das Baseline-Modell ($\chi^2=4.33$, $df=1$, $p<0.05$). Neben den anderen Items verfehlt auch das Item 6 „Gruppenatmosphäre“, welches alleinig die Beziehungsdimension im Stundenbogen erfasst, deutlich Signifikanz und besitzt demnach keine prädiktive Validität.

Der Gesamtwert des Patientenstundenbogens mit 6 Items (ohne die nach der Validierung ausgeschlossenen Items 6 und 7) in der Remoralisierungsphase verfehlt ebenfalls Signifikanz als Prädiktor. Das Modell **M16** verbessert auch nicht die Passung gegenüber

dem Nullmodell oder dem Baseline-Modell (vgl. Tabelle A 3.6, Anhang). Somit ist der Gesamtwert des GTS-P hier kein valider Prädiktor des Therapieerfolgs.

Bei dem Modell, bei dem alle Items gleichzeitig als Prädiktoren eingeschlossen sind (**M17**, Tabelle A. 3.6, Anhang) zeigt sich, dass lediglich die Regressionskoeffizienten des Items 2 „Aktive Mitwirkung“ ($\gamma=5.56$, $SE(\gamma)=2.46$, $p<0.05$) und Items 5 „Gruppe hilfreich“ ($\gamma=-2.60$, $SE(\gamma)=1.29$, $p<0.05$) signifikant werden. Somit sind anscheinend bestimmte Items der Skalen besonders vorhersagestark. Das Modell unterscheidet sich deutlich vom Nullmodell ($\chi^2=19.57$, $df=7$, $p<0.01$) und hat ein hohes „Pseudo-R²“ von 0.20. Es verbessert sich jedoch nicht im Vergleich zum Baseline-Modell ($\chi^2=12.22$, $df=6$, $p=0.057$), obwohl dies knapp ist. Daher ist das Modell M2 mit den Skalen als Prädiktoren mit einer besseren Passung als das Baseline-Modell dem Modell M17 überlegen. Dies bestätigt die faktorielle Validität des GTS-P.

Bei verschiedenen Itemkombinationen mit dem vorhersagestarken Item 5 „Gruppe hilfreich“ und anderen Items zeigt das Modell mit Item 5 und 2 (Aktive Mitwirkung) **M18** mit Abstand die beste Passung (vgl. Tabelle 5.9).

Tabelle 5. 9: Ergebnisse des Modells M18 R_HILFR + R_AKT_MIT + HAMD_P0 zur Vorhersage des Depressionswertes nach der Gruppentherapie HAMD_P1

Feste Effekte						
Feste Effekte	Koeffizient	Standardfehler	Standard. Koeff.	t-ratio	df	p-Wert
Intercept γ_{00}	9.51***	0.56		16.89	22	<0.001
HAMD_P0 γ_{10}	0.43***	0.13	0.34	3.38	75	0.001
R_HILFR γ_{20}	-2.71**	0.85	-0.34	-3.20	75	0.002
R_AKT_MIT γ_{30}	5.59	2.02	0.34	2.77	75	0.070
Zufällige Effekte / Varianzkomponenten						
Zufällige Effekte	Standardabweichung	Varianzkomponenten	χ^2	df	p-Wert	
Intercept u_0	0.11	0.01	16.18	22	>0.500	
Ebene-1 r	5.31	28.15				

Devianz = 555.82; Anzahl der Parameter = 6; AIC =572.82; „Pseudo-R²“ = 0.19

Anmerkung: * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, R_AKT_MIT: Remoralisierungswert GTS-P Item 2 aktive Mitwirkung, R_HILFR: Remoralisierungswert GTS-P Item 5 Gruppe hilfreich, HAMD_P0: Hamilton Wert vor der Intervention.

Das Modell hat eine geringe Devianz (555.82) und einen dementsprechend geringen AIC (567.82). Dabei ergibt sich ein hoher „Pseudo-R²“-Wert von 19 %. Die Anteilige Reduktion der Level-1-Residualvarianz im Vergleich zum Baseline-Modell beträgt sogar 12 %. Das bedeutet, dass dieses Modell 12 % Varianz zusätzlich zum Baseline-Modell aufklären kann.

Somit scheinen diese beiden Items sehr stark an der Vorhersagekraft bzw. dem Suppressionseffekt der Skalen „Zuversicht“ und „Beteiligung“ des Patientenstundenbogens beteiligt zu sein.

Im Vergleich zu Modell M2 mit den Skalen Zuversicht und Beteiligung als Prädiktoren (Tabelle 5.8) ist hier die Passung, bezogen auf die Devianz, den „Pseudo-R²“-Wert und die anteilige Reduktion der Residualvarianz sogar leicht besser.

Es zeigt sich erneut der klassische Suppressionseffekt des Items 2 der Skala Beteiligung. Hier haben beide Skalenprädiktoren den gleichen standardisierten Regressionskoeffizienten, obwohl Item 5 „Gruppe hilfreich“ im Gegensatz zu Item 2 „Aktive Mitwirkung“ ein negatives Vorzeichen hat. Das bedeutet, dass der Depressionswert nach der Gruppe um -0,34 Standardabweichungen abnimmt, wenn ein Patient in den ersten vier Sitzungen einen eine Standardabweichung höheren Wert im Item 5 angibt. Bei Item 2 „Aktive Mitwirkung“ der Skala Beteiligung zeigt sich ein genau gegenläufiger Zusammenhang. Dies ist allerdings erneut vor dem Hintergrund der korrelativen Beziehungen als klassischer Suppressionseffekt zu interpretieren. Item 2 und 5 korrelieren hoch miteinander ($r=0.44$), Item 5 „Gruppe hilfreich“ korreliert hier signifikant mit dem Kriterium ($r=-0.28$) und Item 2 Aktive Mitwirkung zeigt keinen signifikanten Zusammenhang zum Kriterium ($r=0.08$).

Im Vergleich zu einem Modell ausschließlich mit Item 5 R_HILFR ($\chi^2=7.36$, $df=1$, $p=0.007$) und dem Baseline-Modell ($\chi^2=11.69$, $df=2$, $p=0.003$) ist das Modell M18 im Likelihood-Ratio-Test klar überlegen. Auch im Vergleich zum relativ starken Modell M17 mit allen Items als Prädiktoren, ist dieses sparsamere Modell mit den Items 2 und 5 überlegen ($\chi^2=0.53$, $df=4$, $p>0.500$).

Modelle mit anderen Itemkombinationen zeigten zwar teilweise signifikante Regressionskoeffizienten (z.B. Item 1 und Item 5 oder Item 2 und Item 8), jedoch erwiesen sich die Modelle dem Baseline-Modell nicht überlegen.

Zusammenfassend sagen die sparsamen Modelle **M2** (Skalen „Zuversicht“ und „Beteiligung“ des GTS-P kontrolliert am HAMD_P0) und **M18** (Item 2 „Aktive Mitwirkung“ und Item 5 „Gruppe hilfreich“ kontrolliert am HAMD_P0) den Post-Wert der Depression (HAMD_P1) am besten vorher.

Skalen, Items und Gesamtwert des Patientenstundenbogens (GTS-P) über alle 10 Gruppensitzungen hinweg

In den Analysen mit den GTS-P-Mittelwerten aus den gesamten 10 Sitzungen der Gruppentherapie zeigen die weiteren Prädiktoren (Diabetestyp, Adhärenz, Diabeteskomplikationen) erneut in keinem der Modelle Signifikanz, so dass sie aus den folgenden Analysen ausgeschlossen werden.

Bei der Berechnung des Modells **M19** der GTS-P-Skalenwerte über 10 Sitzungen zeigt sich ein vergleichbares Ergebnis mit dem Modell M2 (vgl. Tabelle A 3.7, Anhang). Hier wird von den Skalen nur der Regressionskoeffizient der Skala Zuversicht signifikant ($\gamma_{20} = -2.82$, $SE(\gamma_{20}) = 1.16$, $p < 0.05$), obwohl der Koeffizient der Skala Beteiligung die Signifikanz nur knapp verfehlt ($\gamma_{30} = 3.21$, $SE(\gamma_{30}) = 1.62$, $p = 0.051$). Die sonstigen Parameter (Devianz, AIC und „Pseudo-R²“) entsprechen denjenigen des Modells M2. Auch dieses Modell ist besser als das Nullmodell ($\chi^2 = 13.58$, $df = 3$, $p < 0.01$) und Baseline-Modell ($\chi^2 = 6.24$, $df = 2$, $p < 0.05$). Somit ist die Prognose des Post-Depressionswertes durch die Skalen des Patientenstundenbogens nach 4 Sitzungen, d.h. nach der Remoralisierungsphase, scheinbar schon genauso gut wie die Prognose mit den Werten des gesamten Gruppenverlaufs, d.h. von 10 Sitzungen.

Der Gesamtmittelwert des GTS-P über alle 10 Sitzungen erreicht keine Signifikanz in der Vorhersage, kontrolliert am HAMD_P0.

Auch die Mittelwerte aller Items über 10 Sitzungen im Modell **M20** zeigen sich alle zusammen als nicht signifikant in der Vorhersage des HAMD_P1. Das Modell schneidet im Vergleich ebenfalls schlechter als das Baseline-Modell ab (vgl. Tabelle A 3.6, Anhang).

Lediglich die erneut überlegene Itemkombination von Item 2 „Aktive Mitwirkung“ und Item 5 „Gruppe hilfreich“ weist im Modell **M21** auch über 10 Sitzungen gemittelt signifikante Regressionskoeffizienten (AKT_MIT10_M: $\gamma = -2.19$, $SE(\gamma) = 1.02$, $p < 0.05$, HILFR10_M: $\gamma = -2.53$, $SE(\gamma) = 1.01$, $p < 0.05$) und eine bessere Passung als das Null- ($\chi^2 = 14.72$, $df = 3$, $p < 0.01$) und das Baseline-Modell ($\chi^2 = 7.38$, $df = 2$, $p < 0.05$) auf (vgl. Tabelle A 3.6 im Anhang). Hier wird abweichend zu den Ergebnissen von Modell 18 sogar der Regressionskoeffizient der Suppressorvariable Item 2 signifikant.

5.2.3 Vorhersage von sekundären Kriterien bei der Gruppentherapiestichprobe (N=101)

Bei der Vorhersage der sekundären Kriterien zeigen sich sehr unterschiedliche Ergebnisse. Bei diabetesbezogenen Maßen wie dem PAID, SF-36 und SDSCA können weder die Skalen des Patientenstundenbogens, noch die Therapeuten-Patienten-Bewertung und der Therapeutenstundenbogen das Therapieergebnis vorhersagen. Beim PAID wurde der Gesamtwert, beim SF-36 die Bereiche körperliche und seelische Gesundheit und beim SDSCA die Skalen in einzelnen Modellen als Kriterium definiert. Signifikanter Koeffizient ist jeweils lediglich der Baseline-Wert des entsprechenden Instruments.

Allgemeine Depressionsskala (ADS)

Bei der ADS (Allgemeinen Depressionsskala) ist im Nullmodell (**ADS M0**) die Varianz des Intercepts zwischen den Gruppen ebenfalls gering und nicht signifikant (Varianz, $u_0 = 0.22$, $p = 0.356$). Somit ist der Intraklassenkoeffizient (ICC) erneut gering (ICC=0.004).

Im Modell **ADS M1** erreichen die Koeffizienten der Skalen des GTS-P in der Remoralisierungsphase (R_ZUV: $\gamma_{20} = -1.15$, $SE(\gamma_{20}) = 1.04$, $p < 0.05$; R_BET: $\gamma_{30} = 4.67$, $SE(\gamma_{30}) = 1.80$, $p < 0.05$), des Diabetestyps ($\gamma_{40} = -3.29$, $SE(\gamma_{40}) = 1.18$, $p < 0.01$) und des Prä-ADS-Wertes (ADS_S1: $\gamma_{10} = 0.30$, $SE(\gamma_{10}) = 0.06$, $p < 0.001$) Signifikanz. Das Modell ist sowohl dem Nullmodell ($\chi^2 = 41.79$, $df = 6$, $p < 0.001$), als auch dem Baseline-Modell ($\chi^2 = 14.25$, $df = 5$, $p < 0.05$) überlegen. Der „Pseudo-R²“-Wert liegt bei 27 % (vgl. Tabelle A 3.18 im Anhang).

Beim Modell **ADS M2** werden die nicht signifikanten Prädiktoren ausgeschlossen. Die Signifikanz der Skalenprädiktoren (R_ZUV: $\gamma = -1.06$, $SE(\gamma) = 1.00$, $p < 0.05$; R_BET: $\gamma = 4.37$, $SE(\gamma) = 1.78$, $p < 0.05$) und des Diabetestyps ($\gamma = -3.20$, $SE(\gamma) = 1.18$, $p < 0.01$) bleibt bestehen. Das Modell ist sowohl dem Baseline-Modell ($\chi^2 = 12.64$, $df = 3$, $p < 0.05$), als auch dem Modell ADS M1 ($\chi^2 = 1.61$, $df = 3$, $p > 0.500$) im Likelihood-Ratio-Test überlegen (vgl. Tabelle A 3.8, Anhang). Auch einem Modell ohne die Variable Diabetestyp, lediglich mit den Skalenprädiktoren bleibt das Modell ADS M2 überlegen ($\chi^2 = 3.83$, $df = 1$, $p < 0.05$). Der „Pseudo-R²“-Wert liegt für Modell ADS M2 ebenfalls bei 27 %.

Der zusätzliche Einschluss des Level-2-Prädiktors des Therapeutenstundenbogens im Modell **ADS M3**, erbringt keine Verbesserung der Modellpassung gegenüber dem sparsameren Modell ADS M2 ($\chi^2 = 2.48$, $df = 2$, $p = 0.289$). Die Signifikanzen der Level-1-Prädiktoren bleiben bestehen (vgl. Tabelle A 3.8, Anhang).

Als sekundäre Prädiktoren wurden ebenfalls die Skalen der Therapeuten-Patienten-Bewertung überprüft, welche jedoch in der Analyse keine prädiktiven Effekte zeigten.

Somit können die Skalen des Patientenstundenbogens GTS-P die Depressionssymptomatik in der Allgemeinen Depressionsskala am Ende der Gruppentherapie vorhersagen. Die Koeffizienten der Stundenbogenskalen haben erneut verschiedene Vorzeichen und bedingen sich durch den Suppressionseffekt.

Hier ist allerdings die Variable Diabetestyp ebenfalls vorhersagestark. Bei dieser dichotomen, dummykodierten Variable ist die Aussage zutreffend, dass der Regressionskoeffizient der Unterschied zwischen den Diabetestypen ist. Somit haben die Typ-2-Diabetiker nach der Intervention im Modell ADS M2 einen 3.2 Punkte niedrigeren Wert der Depressionssymptomatik in der ADS als Typ-1-Diabetiker.

Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass die „Pseudo-R²“-Werte deutlich höher ausfallen als bei den Analysen der Depressionssymptomatik im Hamilton Interview.

Globale Interventionsbewertung

Bei der Vorhersage die Gesamtbewertung der Patienten im Anschluss an die Gruppenintervention zeigt sich im Modell **Glob Int M1** ausschließlich der Prädiktor der Skala Zuversicht des GTS-P in der Remoralisierungsphase (R_ZUV) als vorhersagestark ($\beta_{10}=0.80$, $SE(\beta_{10})=0.11$, $p<0.001$, vgl. Tabelle A 3.9, Anhang). Die Skala Beteiligung und die weiteren Variablen tragen hier nicht signifikant zur Vorhersage bei.

Das sparsame Modell mit ausschließlich dem Prädiktor R_ZUV (**Glob Int M2**) schneidet im Likelihood-Ratio-Test besser als das Nullmodell ($\chi^2=46.03$, $df=1$, $p<0.001$), das Modell Glob Int M1 ($\chi^2=4.05$, $df=5$, $p>0.500$) und einem Modell mit beiden Skalenprädiktoren ($\chi^2=0.49$, $df=1$, $p>0.500$) ab. Der „Pseudo-R²-Wert“ liegt hier bei 44 %. Der Einschluss des Level-2-Prädiktors des Therapeutenstundenbogens zeigt keine Signifikanz und verbessert die Vorhersage nicht.

Allerdings zeigt der Koeffizient der Skala Zuversicht der Therapeuten-Patienten-Bewertung im Modell **Glob Int M3** Signifikanz (vgl. Tabelle A 3.9). Hier ist der „Pseudo-R²“-Wert mit 19 % allerdings deutlich geringer als beim Patientenstundenbogen GTS-P.

5.2.4 Zusätzliche Analysen: Mittelwertvergleiche für die dichotome Ergebnisvariablen Therapieabbruch, Adhärenz, Response

Tabelle 5. 10: Ergebnisse der t-Tests mit den GTS-P und GTS-TP Skalen Zuversicht und Beteiligung der Remoralisierungsphase und den Variablen Therapieabbruch, Adhärenz und Response

		t-Wert	df	p-Wert
Therapieabbruch (N=101)	GTS-P R_Zuversicht	-2.23*	99	0.028
	GTS-P R_Beteiligung	-0.73	99	0.469
	GTS-TP Zuversicht	3.13**	99	0.002
	GTS-TP Beteiligung	1.67	99	0.098
Adhärenz (N=101)	GTS-P R_Zuversicht	-2.47*	99	0.015
	GTS-P R_Beteiligung	0.01	99	0.993
	GTS-TP Zuversicht	-2.58*	99	0.011
	GTS-TP Beteiligung	-2.38*	99	0.019
Response (N=90)	GTS-P R_Zuversicht	-2.24*	88	0.028
	GTS-P R_Beteiligung	-0.57	88	0.573
	GTS-TP Zuversicht	-1.03	88	0.304
	GTS-TP Beteiligung	0.24	88	0.809

Anmerkung: * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$. Der Levene-Test, welche die statistische Voraussetzung der Varianzgleichheit der Gruppen testet, wurde für keine der Analysen signifikant.

Mögliche Mittelwertsunterschiede der Skalen des GTS-P (Patientenstundenbogen) und GTS-TP (Therapeuten-Patienten-Bewertung) in der Remoralisierungsphase in den dichotomen

Variablen Therapieabbruch, Adhärenz und Response wurden als anschauliche Zusatzanalyse mit t-Tests für unabhängige Stichproben untersucht (vgl. Tabelle 5.10).

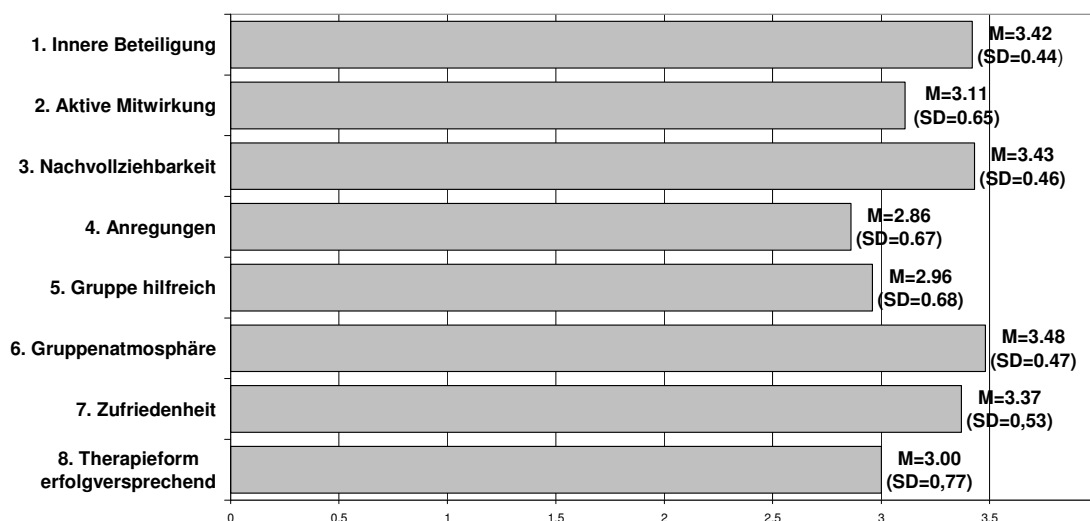
Es wird deutlich, dass auch hier primär die Skala Zuversicht der GTS-Bögen signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen in allen Variablen zeigt. Bei der Adhärenz wird zusätzlich der Vergleich für die Skala Beteiligung signifikant, bei Response keine der GTS-TP Skalen, sondern parallel zur Prognose des Post-HAMD-Wertes nur die Skala Zuversicht des GTS-P.

5.3 Prozessqualität der DAD - Gruppentherapie für Diabetes und Depression

Im Folgenden wird eine deskriptive Auswertung der Gruppentherapiestundenbögen, bezogen auf die hier durchgeführte Gruppentherapie für Diabetes und Depression, dargestellt.

Bezüglich der **Patientenbewertungen** im GTS-P zeigt sich, dass die Patienten insgesamt sehr positive Bewertungen abgegeben haben. In Abbildung 5.4 sind die Gesamtmittelwerte der acht Items dargestellt.

Abbildung 5. 4: Übersicht der Itemmittelwerte des GTS-P



Wie aus der Darstellung ersichtlich, beurteilen die Patienten Item 6 „Gruppenatmosphäre“ insgesamt am positivsten, gefolgt von Item 3 „Nachvollziehbarkeit“, Item 1 „Innere Beteiligung“ und Item 7 „Zufriedenheit“. In leicht geringerem Maße fällt die Bewertung für die eigene „Aktive Mitwirkung“ (Item 2) und Erfolgszuversicht durch die Therapie aus (Item 8: „Therapieform erfolgversprechend“) aus. Am schlechtesten, aber aufgrund der generell hohen Werte immer noch positiv, wird die Gruppentherapie bezüglich der Hilfestellung durch die Gruppe (Item 5: „Gruppe hilfreich“) und der durch die Gruppentherapie gegebenen Anregungen (Item 4) beurteilt.

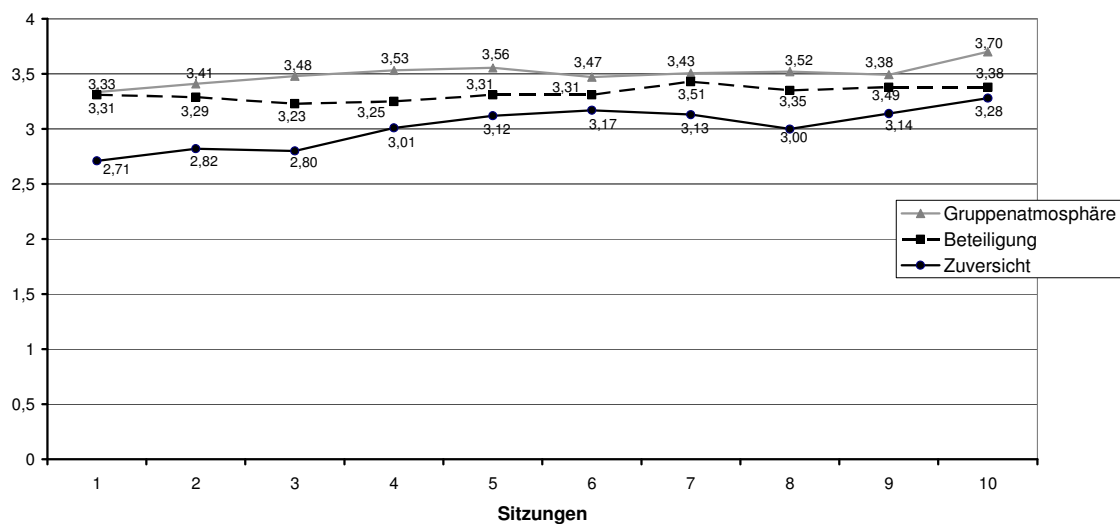
Im Weiteren wird der Verlauf der Bewertungen über die 10 Sitzungen der Gruppentherapie betrachtet. In Abbildung 5.5 sind der Verlauf der Skalenmittelwerte „wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie“ (Items 4, 5, 8) und „wahrgenommene persönliche Beteiligung“ (Items 1, 2, 3), als auch der Mittelwert des Item 6 „Gruppenatmosphäre“ dargestellt. Das Item 6 zur Gruppenatmosphäre wird aufgrund seiner theoretischen Relevanz

zusätzlich dargestellt, obwohl es keiner der beiden Skalen zugeordnet werden kann und daher aus dem GTS-P ausgeschlossen wird.

Wie schon bei der Betrachtung der Itemmittelwerte erreicht die Einschätzung der Gruppenatmosphäre auch über alle Sitzungen hinweg im Mittel höhere Werte als die Einschätzung der beiden Skalen. Nach einem anfänglichen leichten Anstieg erreichen die Bewertungen der Gruppenatmosphäre in den mittleren Sitzungen eine Art Plateau, bzw. sinken erneut etwas ab, bevor sie in der letzten Sitzung den höchsten Wert erreichen.

Die Skala der „wahrgenommenen persönlichen Beteiligung“ liegt meist knapp unter der Einschätzung der Gruppenatmosphäre. Hier ist kaum ein deutlicher Trend der Veränderungen erkennbar. Vom Anfangswert fallen die Bewertungen bis zur dritten Sitzung minimal ab, um in der siebten Sitzung den Höchstpunkt zu erreichen und danach auf ein erneut niedrigeres, aber über dem Anfangswert liegendes Endniveau leicht abzufallen.

Abbildung 5. 5: Verlaufsdigramm der Skalenwerte sowie Item 6 „Gruppenatmosphäre“ des GTS-P



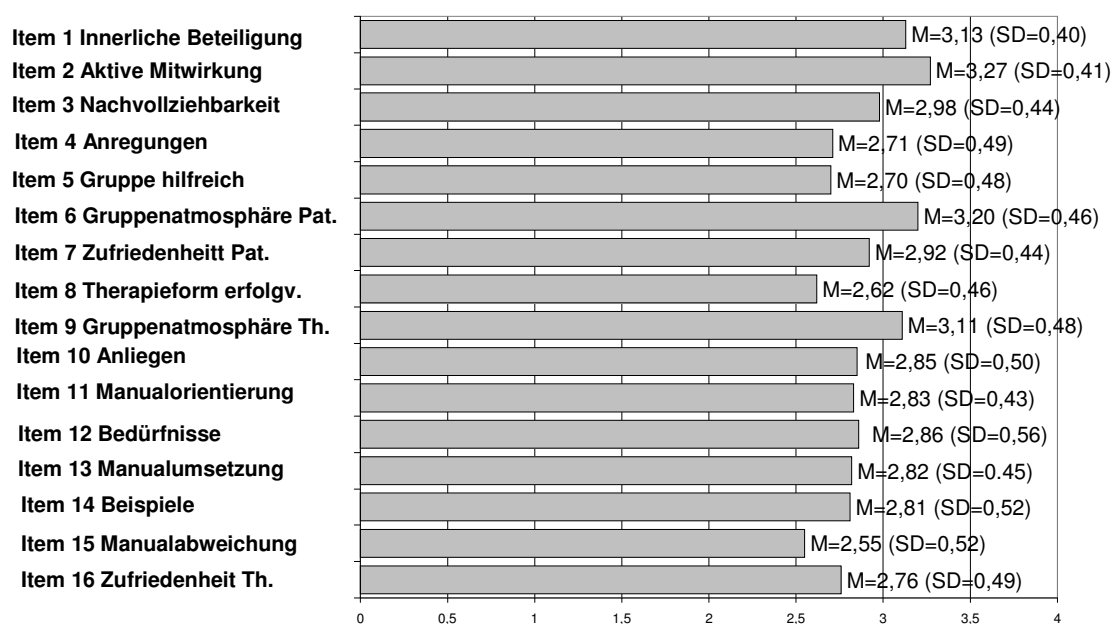
Die „wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie“ liegt zunächst im ersten Drittel generell deutlich unter den anderen Werten. Diese Skala zeigt im Verlauf jedoch die deutlichste Veränderungstendenz. Abgesehen von einer leichten Schwankung in Sitzung 3, steigen die Werte der „wahrgenommenen Zuversicht“ bis zur Sitzung 6 stetig deutlich an. Danach fällt die Bewertung dieser Skala wieder über 2 Sitzungen ab bis sie auf einen Höchstwert in Sitzung 10 wieder ansteigt.

Zusätzlich interessiert, wie einzelne Therapiesitzungen bewertet werden, bzw. ob es Unterschiede in der Bewertung der Sitzungen gibt. Deutliche Unterschiede sind nicht generell erkennbar. Vom allgemeinen Trend weichen am ehesten Sitzung 3 und Sitzung 8 durch einen Abfall in der Bewertung der beiden Skalenwerte „Zuversicht“ und „Beteiligung“ ab. In Sitzung 3 sind der Zusammenhang von Diabetes, Stimmung und Gedanken sowie die

Einführung in das kognitive Modell und die Gedankenveränderung Hauptthema. Sitzung 8 beschäftigt sich primär mit der Angst vor Folgeerkrankungen und dem Diabetesmanagement bzw. Strategien der Angstreduktion.

Bei den **Bewertungen des Therapeutenbogens** (GTS-T), welcher sich auf die Bewertung der Gesamtgruppe durch den Therapeuten nach jeder Sitzung bezieht, zeigen sich ebenfalls positive Bewertungen. Diese liegen allerdings durchgängig unter den Bewertungen der Patienten im GTS-P. Abbildung 5.6 zeigt wiederum die Gesamtmittelwerte der 16 Items. Am höchsten schätzen die Therapeuten die aktive Mitwirkung der Patienten (Item 2), die Gruppenatmosphäre aus Sicht der Patienten (Item 6) und die innerliche Beteiligung der Patienten (Item 1) ein. Andere auf die Patienten bezogenen Items werden skeptischer beurteilt („Therapieform erfolgversprechend“, „Gruppe hilfreich“, „Anregungen“). Aus eigener Sicht wird ebenfalls die Gruppenatmosphäre am positivsten eingeschätzt (Item 9). Das Item 15 „Manualabweichung“ erreicht den geringsten Wert. Dies deutet darauf hin, dass die Gruppentherapeuten zwar selbstkritisch eine mögliche Abweichung vom Manual bedenken, generell, durch die immer noch hohe Bewertung, jedoch den Eindruck haben, wenig vom Manual abgewichen zu sein. Dies zeigt auch der höhere Wert von Item 11 „Manualorientierung“ und Item 13 „Manualumsetzung“. Bei der Validierung der GTS-T fielen Item 11 und 15 negativ auf und werden somit zukünftig aus dem GTS-T entfernt. Ansonsten bewegen sich die Mittelwerte aller weiteren Items zum Therapeutenverhalten und –erleben (Item 10, 12, 14 und 16) in einem ähnlichen positiven Bereich.

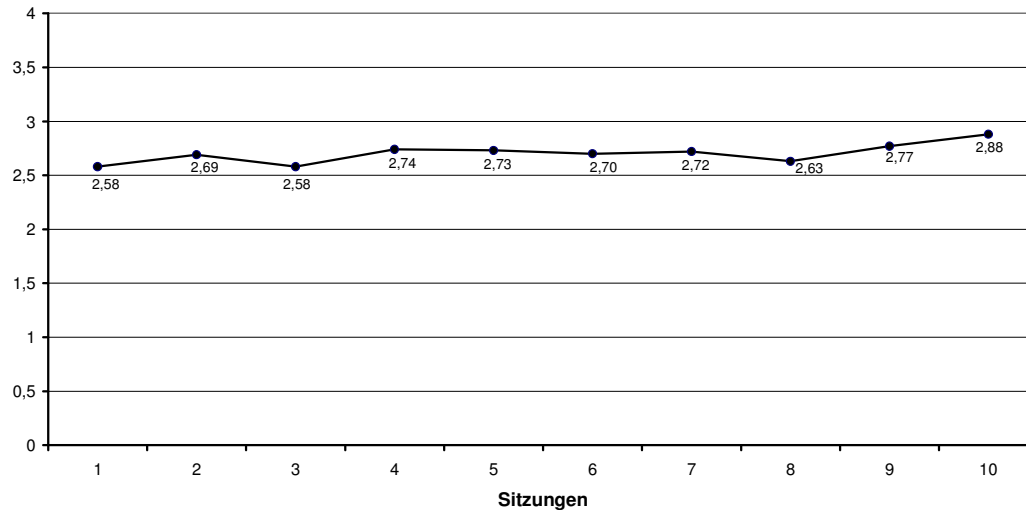
Abbildung 5. 6: Übersicht der Itemmittelwerte des GTS-T



Der Verlauf der Gesamtwerte der Therapeutenbewertungen im GTS-T ist in Abbildung 5.7 dargestellt. Die Werte erscheinen sich über den Verlauf der 10 Sitzungen wenig zu

verändern. Wenn überhaupt ist ein minimaler Aufwärtstrend erkennbar, welcher in den mittleren Sitzungen stagniert und in Sitzung 3 und 8 durch einen leichten Knick nach unten unterbrochen wird.

Abbildung 5. 7: Verlaufsdiagramm des Gesamtwertes des GTS-T



Bei Item 17 des GTS-T hatten die Gruppentherapeuten die Möglichkeit, in freier Form Verbesserungsvorschläge für die Sitzungskonzeption im Manual anzugeben. Diese Möglichkeit wurde von den Therapeuten teilweise intensiv genutzt. Im Folgenden werden Anregungen zu den 10 Gruppentherapiesitzungen in Tabelle 5.11 zusammenfassend beschrieben.

Tabelle 5. 11: Item 17 des GTS-T: Freie Rückmeldung der Therapeuten zur Sitzungskonzeption im Manual

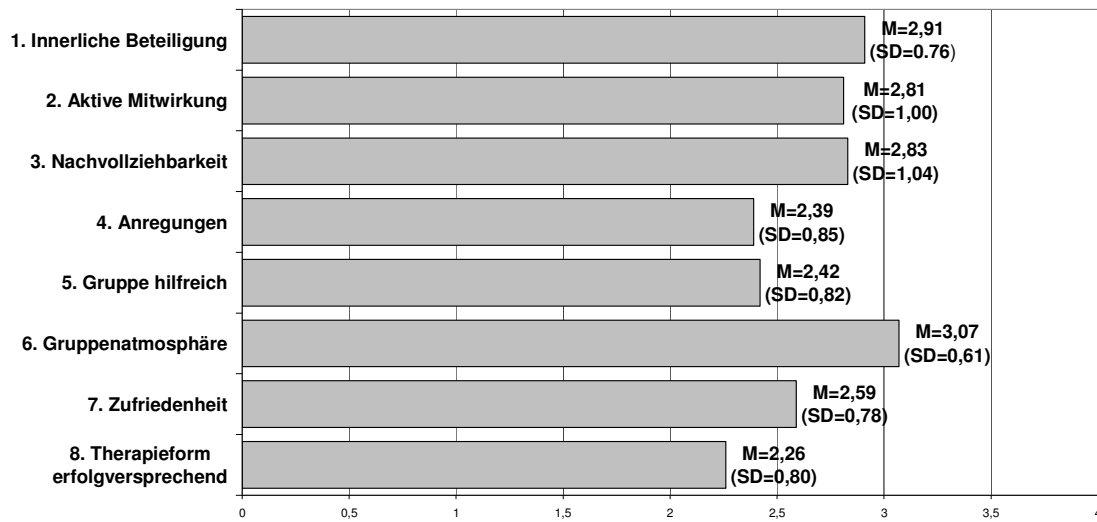
Sitzung	Rückmeldungen
1 Kennenlernen, Psychoedukation zur Epidemiologie, Zusammenhang Aktivität- Stimmung	Zu viel Stoff und Folien auf einmal, mehr Interaktion und Freiraum/ im 2. Teil vielleicht nur auf das Thema Aktivitätsaufbau eingehen, Schaffung positiver Affekte und Therapierational dazu. Den epidemiologischen Teil lieber in einer anderen Sitzung besprechen/ Übergang von Depressionszahlen zu Abwärtsspirale nicht flüssig/ mehr Zeit für den zweiten Teil, weniger Zeit für die Vorstellungsrunde/ weniger Folien bzgl. des Gruppenaufbaus (Dauer etc.)/ Flexibilität bezüglich der Vorstellungsrunde in kleinen Gruppen/ Paarinterview wirkt befremdlich, besser Gespräch mit Nachbar und jeder stellt sich selbst vor.
2 Psychoedukation Depression, Zielklärung	Entstehungsmodell als Arbeitsblatt kommt etwas zu kurz/ Depression (Definition, Entstehung, Aufrechterhaltung) und Ziele in 2 Sitzungen. Zu viel für eine Sitzung, lässt den Patienten kaum Zeit zum Verdauen. Zu viel Psychoedukation, besser kürzen oder aufteilen. Klarer formulieren wie der Punkt Therapieziele gehandhabt wird, zu wenig Zeit, als Modell klar unzureichend für alle/ zu viele Informationen, mehr Zeit für Ziele einplanen, zu viele Folien/ aus Sitzung 1 und 2 insgesamt 3 Sitzungen machen.
3 Zusammenhang Diabetes- Stimmung-Gedanken, Gedankenveränderung	Psychoedukationsteil zu viel. Inhalte kürzen, zu viel Inhalt in zu kurzer Zeit/ Weniger Hausaufgaben, gerade ältere Patienten sind von der Fülle der Hausaufgaben überfordert. Mehr Zeit für Übungsaufgaben zu Beginn. Für die Ziele am Anfang so viel Zeit notwendig und wichtig, dass der Zusammenhang zwischen Diabetes und Depression erst in der 2. Hälfte erklärt werden konnte/ Patienten hätten gern mehr Zeit für die Entwicklung ihres individuellen Störungsmodells im Rahmen der Gruppensitzung.

Sitzung	Rückmeldungen
4 Hindernisse der Zielerreichung, Problemlösen	Im ersten Teil Arbeit an Gedanken/ Einfluss von Gedanken wiederholen, nicht nur anhand des Arbeitsblattes/ der Übungsaufgabe. Evtl. Disputation eines Gedanken beispielhaft in „Einzeltherapie“ in der Gruppe durchführen/ Thema der kognitiven Umstrukturierung gestaltet sich sehr schwer, Vorgehensweise für Patienten fremd und kompliziert, zu wenig Zeit, da es wichtig ist und das Bedürfnis der Patienten bedient, mehr in die Tiefe der Symptomatik zu gehen. Unübersichtliche Nummerierung im Patientenbuch. Ausreichend Zeit ist vorhanden.
5 Ungünstige Gedanken als Barrieren der Zielerreichung	Partnerübung optional/ mehr Zeit zum Besprechen der Karteikarten/ Gedanken, Aufgabe sehr schwierig für Patienten/ wurde sehr gut angenommen, insbesondere das Arbeiten mit den Karteikarten.
6 Zwischenbilanz, Kraft tanken	Evtl. zur Verdeutlichung des Themas „Kraft tanken“ eine praktische Übung einbauen, z.B. kurze Entspannungsinstruktion und Phantasiereise; oder besonders bei Menschen mit Diabetes empfehlenswert: Genussübung mit einem anderen Sinn als dem Geschmacksinn (ähnlich zu Essstörungen)/ von zeitlichem Umfang hier gut.
7 Soziale Kompetenz	Rollenspiel besser einführen, Reihenfolge ändern (erst Strategien dann Situationen)/ mehr Zeit für Rollenspiele, d.h. evt. 2 Sitzungen/ Ergänzung für kleine Gruppengröße/ schwierig, diabetisbezogene Bedürfnisse herauszuarbeiten, Patienten haben diabetisbezogene Bedürfnisse nicht als Bedürfnisse sondern als Müssen/ Pflichten angesehen, begrifflich besser nicht „Bedürfnisse“ nennen, sondern diabetisbezogene Notwendigkeiten thematisch von zwischenmenschlichen Notwendigkeiten trennen.
8 Angst vor Folgeerkrankungen, Diabetesmanagement	Manual problematisch, wenn eher zu wenig Angst vor Folgeerkrankungen vorhanden ist/ nichts ändern, gut dass es nur um Ängste geht, noch genauer die im Begleitbuch beschriebenen Techniken zur Angstreduktion besprechen/ sinnvoll die Strategien zur Angstreduktion aus dem Begleitbuch darzustellen und Dreiteilung im Manual 8.3 b) S. 31f. zu ändern, indem unter Punkt 3 alle Strategien aufgezählt werden.
9 Freie Themenwahl	Themenvorschläge zur Auswahl anbieten/ mehr Zeit für einzelne Techniken einplanen, wirklich alle Techniken durchgehen an mehreren Beispielen dauert lange.
10 Rückfallprävention, Umgang mit Rückschritten	Zielvereinbarungen (1-Jahres-Ziele) in Sitzung 9 packen, sonst hier wenig Zeit für Rückfallprophylaxe/ Patienten haben sich Einzelarbeit nicht Paararbeit gewünscht. Generelle Rückmeldung der Patienten: das Begleitbuch ist zu umständlich formuliert und zu den Übungen im Buch mehr Beispiele wünschenswert. In den Sitzungen alles verstanden, aber zu Hause alleine mit dem Buch nicht.

Insgesamt wird deutlich, dass vor allem die ersten primär psychoedukativen Sitzungen, aber auch die Sitzungen bezüglich der kognitiven Arbeit und dem sozialen Kompetenztraining von den Therapeuten als inhaltlich zu umfangreich beurteilt werden und mehr Zeit eingefordert wird. Dies gilt bei der Verdeutlichung von Techniken durch die Möglichkeit, mehrere Patientenbeispiele durchzugehen, und für das intensivere Besprechen von für Patienten schwierigen Hausaufgaben.

Abschließend werden die Mittelwerte der **Therapeutenbewertungen im GTS-TP** bezüglich der individuellen Patienten nach der 4. Gruppensitzung in Abbildung 5.8 dargestellt.

Es zeigt sich, dass die Therapeuten hier im Vergleich zur Patienteneinschätzung im GTS-P oder der Therapeuteneinschätzung im GTS-T die Aspekte bezogen auf einzelne Patienten im Durchschnitt etwas geringer einschätzen. Das Schlusslicht bildet hier das Item 8 mit der deutlich skeptischeren Einschätzung der Therapeuten, ob die einzelnen Patienten die Gruppentherapie für erfolgversprechend einschätzen. Den höchsten Wert erreicht erneut das Item 6 zur Gruppenatmosphäre. Es folgen die drei ersten Items, welche inhaltlich zur Skala „wahrgenommene persönliche Beteiligung“ gehören. Die drei Items der Skala „wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie“ werden im Durchschnitt ähnlich eingeschätzt.

Abbildung 5. 8: Übersicht der Itemmittelwerte des GTS-TP

Insgesamt kann die Prozessqualität dieser, um diabetesspezifische Aspekte erweiterte, Gruppentherapie der Depression als gut eingeschätzt werden.

6 Diskussion

Hauptziel dieser Studie war es zu untersuchen, inwiefern sich der Therapieerfolg einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Patienten mit Depression und Diabetes durch einen Patienten- und zwei Therapeutenstundenbögen vorhersagen lässt.

Vorab sind die verwendeten Erhebungsinstrumente eingehend bezüglich ihrer Testgüte überprüft worden. Die Ergebnisse dieses vorgelagerten Schrittes werden dementsprechend vorab diskutiert. Danach werden die Ergebnisse der Mehrebenenmodelle zur Prognose des Therapieerfolgs zunächst für die primäre Hypothese und im Anschluss für die sekundären Hypothesen zu weiteren Prädiktoren und Kriterien zusammenfassend bewertet. Zusätzlich werden die vorliegenden Ergebnisse bezüglich der Prozessqualität der Gruppentherapie für Diabetes und Depression diskutiert.

Abschließend wird ein generelles Fazit der Ergebnisse gezogen, allgemeine Stärken und Schwächen diskutiert und ein Ausblick auf zukünftige Forschungsfragen gegeben.

6.1 Validierung der Gruppentherapiestundenbögen (GTS)

Hypothese 2.1: Der Gruppentherapiestundenbogen für Patienten (GTS-P), der Gruppentherapiestundenbogen für Therapeuten (GTS-T) und die Therapeuten- Patienten-Bewertung (GTS-TP) erfüllen die geforderten, psychometrischen Gütekriterien auf Item - und Gesamttestebene.

Die drei komplementären Gruppentherapiestundenbögen zeigen sich, gemäß der Hypothese 2.1, nach dem Ausschluss einiger Items als reliable und valide Prozessevaluationsinstrumente der Patienten- und Therapeutenbewertung zweier kognitiv – verhaltenstherapeutischer Gruppentherapien. Sie weisen für die Itemmittelwerte im Vergleich mit aktuellen Empfehlungen (Bühner, 2006; Moosbrugger & Kelava, 2007) fast durchgängig gute bis sehr gute Itemkennwerte, interne Konsistenzen und eine gute Änderungssensitivität über die Messzeitpunkte hinweg auf.

Ähnlich der Voranalyse des GTS-P (Schulte, 2001) zeigt sich erneut die Problematik der schiefen Verteilung der Itemantworten. Bei den durchweg leichten Items (eine Mehrzahl der Personen stimmen zu) besteht die Gefahr, dass diese weniger informativ sind, da sie Personenunterschiede durch den Deckeneffekt weniger gut sichtbar machen können. Diese Verteilung mit leichten Items ist ein bekanntes Phänomen bei Zufriedenheitsangaben in Stundenbögen. Durch die hohe Baseline von Zufriedenheitseinschätzungen allgemein (Bredel et al., 2004; Breisacher et al., 2003; Gruyters & Priebe, 1994; Leimkühler & Müller, 1996; Pitschel-Walz et al., 2011) und z.B. auch bei Diabetespatienten (Bradley, 1999) war

jedoch für die GTS-Bögen keine ausgewogenere Verteilung zu erwarten. Nach Bühner (2006) ist es statistisch vorteilhaft, dass die Items der GTS-Bögen zumindest in gleichem Maß schiefe Verteilungen aufweisen. Zudem werden die Tests der Überprüfung der Normalverteilungsannahme (Kolmogorov-Smirnov-Test) größtenteils nicht signifikant. Somit kann von ausreichend normalverteilten Daten ausgegangen werden. Einzig für die Items des GTS-TP sind die Itemantworten streng genommen im Kolmogorov-Smirnov-Test nicht normalverteilt, was bei der Interpretation der weiteren Ergebnisse berücksichtigt werden muss.

Bei der Betrachtung der Streuungen zeigt sich, dass es, trotz hoher Baseline, sehr wohl eine gewünschte Variabilität der Itemantworten und somit Differenzierungsvermögen vor allem beim GTS-P und GTS-TP gibt.

Die Trennschärfe der Itemmittelwerte ist für alle drei Bögen fast durchgängig hoch. Lediglich die Items 11 und 15 des GTS-T und die Items 2, 3 und 6 des GTS-TP fallen hier bei der Berechnung an den Item-Mittelwerten und für den GTS-T auch in sitzungsbezogenen Analysen auf. Somit messen sie weniger gut, was der Gesamttest bzw. die anderen Items messen. Dieselben Items fallen mit keinem oder einem negativen Beitrag bei dem Prinzip der α -Maximierung, mit geringeren Homogenitätswerten und geringeren Iteminterkorrelationen auf, wohingegen sich für alle anderen Items jeweils sehr gute Werte zeigen. Die abweichenden Befunde für die GTS-T-Items 11 „Manualorientierung“ und 15 „Manualabweichung“ entsprechen den weiteren Ergebnissen der Dimensionsanalysen. Diese Items wurden daher aus dem GTS-T ausgeschlossen.

Kritisch kann vermerkt werden, dass die Items zu den Bereichen „Manualtreue“ vs. „Patientenorientierung“ bei der Konstruktion des GTS-T neu ergänzt wurden. Somit besteht nicht zwangsläufig eine große inhaltliche Überschneidung mit den vom GTS-P übernommenen, die Gruppenwirkfaktoren erfassenden Items. Daher zeigt sich die geringere Homogenität, Iteminterkorrelation und Trennschärfe. Allerdings zeigen das weitere Item des Aspektes „Manualtreue“ (Item 13) und die Items zum Bereich der „Patientenorientierung“ (10, 12, 14) bei den Itemparametern bessere Ergebnisse. Somit ist der Verbleib dieser Items bzw. der Ausschluss der Items 11 und 15 gut zu begründen.

Die kritischen Items des GTS-TP verbleiben in der Therapeuten-Patienten-Bewertung, um die Parallelität der drei GTS-Versionen, die das übergeordnete Ziel darstellt, zu gewährleisten.

Im Weiteren zeigen sich sehr gute Reliabilitätswerte (Cronbachs α) bei allen drei GTS-Versionen. Die Cronbachs α - Werte steigen beim GTS-P über den Verlauf der Gruppentherapie tendenziell an, beim GTS-T zeigt sich zu Beginn eine Steigerung von Sitzung 1 zu Sitzung 2 und danach verbleiben die Werte konstant auf einem hohen Niveau. Der Anstieg der Reliabilitätswerte kann auf die Messwiederholung zurückgeführt werden.

Durch die Messwiederholung besteht die Gefahr, dass es zu monotonen Antworttendenzen kommt. In der Folge nimmt die Reliabilität zu, wohingegen die Variabilität abnimmt (Howard, 1964; zit. nach Stiles, 1980).

Zudem kann die Tatsache, dass alle Items des GTS-P und GTS-TP positiv formuliert sind, die Kritik hervorrufen, möglichen Antwortstereotypen nicht ausreichend begegnet zu sein. Dem widerspricht in diesem Fall jedoch die dennoch hohe Variabilität der Itemantworten bei der Untersuchung der Änderungssensitivität des GTS-P und GTS-T. Scheinbar bewerten die Patienten und Therapeuten sehr wohl die soeben erlebte Gruppentherapiesitzung, anstatt allgemeine Einstellungen gegenüber der Gruppentherapie oder stereotype Antworten anzugeben. Somit werden die GTS-Bögen trotz der hohen Zustimmungsraten der Forderung nach einer „standardisierten, änderungssensitiven Methodik“ (Leimkühler & Müller, 1996) gerecht. Wie Clark & Watson (1995) bezüglich Homogenitätswerten zu bedenken geben, ist es eine Gratwanderung zwischen hoher Homogenität und interner Konsistenz auf der einen Seite und einer geringeren Variabilität als Validitätskriterium auf der anderen Seite. Bei den GTS-Bögen scheint es insgesamt ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen diesen Polen zu geben.

Die Kriteriumsvalidität für den GTS-P und GTS-T wird durch den korrelativen Zusammenhang zur globalen Interventionsbewertung zu Therapieende erfasst. Beim GTS-P zeigen sich durchgängig starke Zusammenhänge zur globalen Interventionsbewertung, beim GTS-T ist dies nur für einige Items und Sitzungen der Fall. Dies zeigt, dass die Therapeutenbewertung der Gesamtgruppe eigenständige Informationen erfasst, welche nicht durchgängig mit den Einschätzungen der Patienten bzw. den einfachen Einschätzungen der Zufriedenheit mit der Gruppe zu Therapieende vergleichbar sind.

Für den GTS-TP wurde der Zusammenhang mit den Werten der ersten vier Sitzungen des GTS-P als Zeichen der Kriteriumsvalidität untersucht. Die Übereinstimmung von Patienten- und Therapeutenbewertungen zeigt sich in der Literatur oft als gering (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004), erhöht sich allerdings durch die Verwendung paralleler Instrumente und wenn der Therapeut einen Gruppenpatienten individuell einschätzt (Marquet, 2008). Dies zeigt sich auch in dieser Untersuchung. Bei der Mehrzahl der Items und den Gesamtwerten zeigen sich signifikante Korrelationen des GTS-TP und GTS-P. Es finden sich keine bedeutsamen Zusammenhänge für das Item des Beziehungsaspektes (Item 6: „Gruppenatmosphäre“) und für die innere Beteiligung (Item 1). Besonders bezogen auf die Bewertung der Therapiebeziehung ist diese Diskrepanz aus der Literatur bekannt (z.B. Joyce et al., 2007).

Allgemein zeigen sich bei der Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den GTS-Bögen nur für den Gesamtwert des GTS-TP, nicht aber für den Gesamtwert des GTS-T (parallele Items), signifikante Zusammenhänge mit dem GTS-P. Es ist nachvollziehbar, dass die Therapeutenbewertung der Gruppe allgemein im GTS-T stärker von der Bewertung der

Patienten im GTS-P entfernt ist als beim GTS-TP, bei dem ein individueller Patient vom Therapeuten eingeschätzt wird. Beim GTS-TP ist es bei genauerer Betrachtung nur die Skala „Zuversicht“, welche einen bedeutsamen Zusammenhang zeigt. Die „persönliche Beteiligung“ der Patienten wird von den Therapeuten scheinbar abweichender eingeschätzt. Für die beiden Therapeutenbögen findet sich ein bedeutsamer Zusammenhang. Hier handelt es sich um denselben Therapeuten, der einzelne Patienten und die Gesamtgruppe bewertet.

Insgesamt kann der Hypothese 2.1 zugestimmt werden, auch wenn vor allem beim GTS-T und GTS-TP weitere Untersuchungen notwendig sind, um die Testgüte abschließend bewerten zu können.

Hypothese 2.2: In den exploratorischen und für den GTS-P zusätzlich konfirmatorischen Faktorenanalysen lassen sich bei den drei Versionen der GTS-Bögen die aus der Literatur bekannten Bereiche der Sitzungsbewertung abbilden.

Für den **GTS-P** wurde das durch die exploratorische Analyse der Stichprobe A postulierte zweifaktorielle Modell in der konfirmatorischen Faktorenanalyse an der Stichprobe B und durch eine Kreuzvalidierung in umgekehrter Reihenfolge (exploratorische Analyse an B, konfirmatorische Analyse an A) eindeutig bestätigt. Die zwei Skalen „wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie“ und „wahrgenommene persönliche Beteiligung“ entsprechen den aus der Literatur bekannten und in Hypothese 2.2 erwarteten Dimensionen, in der Literatur bezeichnet als „Erfahrungen von Veränderung durch die Therapie“, „therapeutische Arbeit“ oder „Behandlungsqualität“ bzw. „Erfahrungen psychischer Prozesse bei den Patienten“ oder „erlebte Emotionen“ (Braun, 2003; Dierick & Lietaer, 2008; Elliot & James, 1989).

Nach den Ergebnissen der Faktorenanalysen fallen die Items 6 („Gruppenatmosphäre“) und 7 („Zufriedenheit“) aus der Skalenstruktur heraus und sind streng genommen aus dem Instrument zu entfernen.

In globaler Art und Weise erfasst Item 7 „Zufriedenheit“ die Bewertung der Patienten und zeigt somit Ladungen auf beiden Faktoren und eine hohe Kommunalität. Es könnte demnach bei der Verwendung eines Gesamtwertes des GTS-P im Instrument verbleiben. Bei der Berücksichtigung der eindeutigen Skalenstruktur entfällt es jedoch, aufgrund der geringen Ladungsdifferenz (<0.25) und der nicht eindeutigen Zugehörigkeit zu einer der Skalen.

Item 6 „Gruppenatmosphäre“ erfasst alleinig den gesonderten Bereich der therapeutischen Beziehung in der Gruppe. Dieser Beziehungsaspekt wird häufig spezifisch für die Gruppentherapie als Gruppenkohäsion, Allianz oder Gruppenatmosphäre bezeichnet und als ein wichtiger und daher oft untersuchter Wirkfaktor der Gruppenpsychotherapie

angesehen (vgl. Abschnitt 2.3.3). Somit ist es eine Schwäche des GTS-P, bzw. aller komplementären GTS-Bögen, diesen Aspekt nicht abbilden zu können. Bei einer weiteren Modifizierung der GTS-Bögen sollten neben dem ansonsten reliablen Item 6 weitere Items zum Bereich der Beziehung zum Therapeuten und anderen Gruppenmitgliedern ergänzt werden, um zu überprüfen, ob der Beziehungsaspekt in diesem Fall mit den GTS-Bögen valide erfasst werden kann.

In der vorliegenden Untersuchung wurde Item 6 zur Gruppenatmosphäre als Zusatzitem auf seine Vorhersagekraft für den Therapieerfolg hin und bei der Beschreibung der Prozessqualität untersucht. Das Item 6 alleine besaß in den weiteren Analysen keine prädiktive Validität. Dies kann daran liegen, dass diese quasi 1-Item-Skala nicht aussagekräftig genug ist. Auf der anderen Seite gibt es für den Beziehungsaspekt (Kohäsion, Allianz) in Prozess-Outcome-Untersuchungen ebenfalls widersprüchliche Ergebnisse, bei denen dieser Aspekt nicht prädiktiv für den Therapieerfolg verhaltenstherapeutischer Gruppentherapien war (Kaufman et al., 2005; Oei & Browne, 2006; Woody & Adessky, 2002) oder bei einer psychodynamischen Gruppe wenig relevant (Kersting et al., 2002) war. Gründe für die Schwierigkeit einer generellen Aussage des Zusammenhangs von Kohäsion zum Therapieergebnis bestehen darin, dass die vorliegenden Studien unterschiedliche Definitionen von Kohäsion (z.B. Allianz, Gruppenklima, Wohlbefinden), mit unterschiedlichen Instrumenten und Erfassungsebenen (Selbst-, Fremdbeurteilung), an unterschiedlichen Gruppentherapien (z.B. psychodynamisch, KVT) mit abweichenden Patientenpopulationen (z.B. ambulant, stationär, verschiedene Störungen) untersuchen.

Möglicherweise hängt das Ergebnis zudem mit einer von Caspar & Grosse Holtforth (2009) geäußerten Erklärungshypothese zusammen. Sie argumentieren, dass im Gegensatz zu direkt quantitativ gemessenen Beziehungsvariablen die Passung von Therapeuten, Patienten und Therapiekonzept im Sinne adaptiver und komplementärer Beziehungsgestaltung mit dem Therapieerfolg besser korreliert. Dies zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung in der Vorhersagekraft der Skala „Zuversicht“, welche zumindest Aspekte der Passung von Patientenerwartung und Therapieangebot beinhaltet.

Andere Autoren erklären geringe Zusammenhänge in Prozess-Outcome-Studien mit der Wahl des Erfolgskriteriums (Michalak et al., 2003). Sie plädieren nach einem Vergleich von Therapieerfolgsmaßen für die Berücksichtigung verschiedener Erfolgsdimensionen. Scheinbar ist die subjektive Prognose der Patienten ihres eigenen Therapieerfolges besser als gedacht und wie bereits ausgeführt, besser als die Prognose der Therapeuten (Meyer & Schulte 2002). Für die Bewertung dieser Prognose erscheint es jedoch relevant zu sein in Betracht zu ziehen, was Patienten selbst unter einem Therapieerfolg verstehen. Patienten haben eine Idee davon, wie sie sich den Zielzustand nach der Therapie vorstellen, unabhängig vom Ausgangszustand vor der Therapie, der bei Therapieende evt. gar nicht mehr im Detail erinnert wird. Sie erwarten daher nicht ausschließlich einen bestimmten Grad

der Veränderung der Symptomatik, sondern einen generell möglichst positiven Zielzustand des Wohlbefindens (Schulte, 2005).

Insgesamt wurde die Hypothese 2.2 für den GTS-P teilweise bestätigt. Mit dem GTS-P lassen sich die zwei Basisbereiche bzw. Gruppenwirkfaktoren „Zuversicht“ und „persönliche Beteiligung“ abbilden. Hierbei fallen allerdings 2 Items aus der Skalenstruktur heraus und insbesondere der Beziehungsaspekt (Item 6 „Gruppenatmosphäre“) wird in dieser Version des GTS-P nicht mehr erfasst.

In der exploratorischen Faktorenanalyse zeigte der **GTS-T** zunächst eine zweifaktorielle Struktur, bei der die bei den Itemanalysen wenig überzeugenden Items 11 „Manualorientierung“ und 15 „Manualabweichung“ allein den zweiten Faktor stellten. Beim Ausschluss dieser beiden Items, sowie parallel zum GTS-P dem Ausschluss von Item 6 und 7 ergab sich eine einfaktorielle Struktur. In sitzungsbezogenen Analysen fanden sich uneinheitliche faktorielle Lösungen, so dass die faktorielle Struktur des GTS-T noch nicht abschließend zu beurteilen ist. Es finden sich hier, entgegen der Hypothese 2.2, keine Faktoren zu den Gruppenwirkfaktoren oder zu den Bereichen der Manual- vs. Patientientorientierung.

Dabei ist zu beachten, dass die Stichprobengröße von 23 Gruppentherapien, welche durch 10 Therapeuten durchgeführt wurden, relativ klein und zudem geschachtelt ist. Es gingen 230 Bögen mit Messwiederholung in die Berechnungen ein. Unter den Gruppentherapeuten waren 6 Therapeuten in fortgeschrittener Therapieausbildung, welche möglicherweise die Aspekte des Therapeutenbogens, wie z.B. die Items zu Manualorientierung und Manualabweichung (Item 11 und 15), anders einschätzen als die approbierten Psychotherapeuten. Die Ergebnisse zum GTS-T sind daher nur als erster Hinweis zu interpretieren.

Der **GTS-TP** zeigt in der Faktorenanalyse vorab mit 8 Items, sowie nach Ausschluss von Item 6 und 7 eine zum GTS-P analoge zweifaktorielle Struktur. Hierbei würde das allgemeine Item 7 allerdings zur Skala „Zuversicht“ gehören. Item 6 erfasst auch hier mit dem Beziehungsaspekt einen gesonderten Bereich. Parallel zum GTS-P sollte man bei einer Weiterentwicklung der Instrumente diesen Bereich durch weitere Items ergänzen und die Validität des Instrumentes erneut überprüfen. Der GTS-TP wurde bisher ausschließlich für das Zeitfenster der ersten 4 Gruppentherapiestunden eingesetzt. Die Validität des Instrumentes über längere oder andere Abschnitte von Gruppenbehandlungen muss erst noch in weiteren Untersuchungen überprüft werden.

Zusammenfassende Diskussion zu den Gruppentherapiestundenbögen (GTS)

Insgesamt scheinen die GTS-Bögen als objektive, reliable, u.a. prognostisch valide und zudem praktikable Erhebungsinstrumente der Patienten – und Therapeutenbewertungen

einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie auf Sitzungsebene gelten zu können. Fragen zur differentiellen Validität und der möglichen Miterfassung des Beziehungsaspektes sind zukünftig genauer zu klären.

Diesbezüglich kann hinterfragt werden: Wo liegt der Nutzen eines Stundenbogens, in dem der Beziehungsaspekt in der Gruppe nach dem Ausschluss von Item 6 zur Gruppenatmosphäre nicht abgebildet werden kann? Die Ergebnisse zur prädiktiven Validität der Skalen und einiger Items des GTS-P zeigen jedoch, dass ungeachtet des relevanten Beziehungsaspektes auch die unspezifischen Wirkfaktoren der Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie und indirekt auch die persönliche Beteiligung den Therapieerfolg in hohem Maße mitbestimmen. Diese Aspekte können durch die vorliegende Fassung des GTS-P nach den Ergebnissen dieser Studie reliabel und valide erfasst werden. Gerade darin liegt der Nutzen des Instrumentes.

Bei kritischer Bewertung der hier vorgestellten Ergebnisse ist weiterhin anzumerken, dass bei einer Fragebogenkonstruktion nach Veränderungen am Fragebogen, wie z.B. die Kürzung um einige Items aufgrund der Ergebnisse der Itemkennwerte, Reliabilitäten und Faktorenstruktur, eine erneute empirische Überprüfung dieser neuen Fragebogenversion notwendig ist (Lienert & Raatz, 1998). Mummendey & Grau (2008; S.127) halten die Überprüfung der gekürzten Fragebogenversion für nicht unbedingt notwendig, wenn die Ergebnisse, die zur Itemselektion führen, nachvollziehbar und sinnvoll zu erklären sind. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Auswahl der Items ausführlich statistisch und inhaltlich begründet. Trotzdem sind weitere Untersuchungen zu der hier entwickelten Version der GTS-Bögen, sowie eventueller weiterer Veränderungen (Ergänzung um Items des Beziehungsaspektes) sinnvoll.

Bei der Verwendung von Stundenbögen oder Selbstbeurteilungsdaten in Fragebögen allgemein ist die Gefahr systematischer Verzerrungen, z.B. durch Selbstdarstellungstendenzen, situationsbezogenen Bedingungen oder persönlichen Einstellungen zu beachten. Im vorliegenden Fall ist besonders an die Verzerrung im Sinne sozialer Erwünschtheit zu denken, da die GTS-P-Bögen jeweils am Ende der Sitzung in Anwesenheit des Therapeuten bearbeitet wurden. Durch die Rückgabe in einem verschlossenen Umschlag wurde versucht, die Antworttendenz in Richtung sozialer Erwünschtheit zu reduzieren. Auch bezüglich des GTS-T sind Verzerrungen durch den Therapeuten zu bedenken, da z.B. die Frage nach der Manualtreue für die Durchführung der kontrollierten Studie relevant war. Die Gefahr der Verzerrung durch soziale Erwünschtheit betrifft alle Stundenbögen und muss ebenfalls für die GTS-Bögen in zukünftigen Studien mituntersucht werden. Krampen (2001) untersuchte diesen Aspekt für den Stundenbogen STEP und fand in drei Studien jedoch keine Anhaltspunkte für soziale Erwünschtheit.

Allgemein ist zu beachten, dass empirische Aussagen über zu validierende Instrumente selbst immer vermischt sind mit Aussagen über die Therapiemethode und Stichprobe, auf die die Messinstrumente angewendet wurden. In dieser Untersuchung wurde der GTS-P beispielsweise sowohl in stationären als auch in ambulanten Gruppentherapien eingesetzt, was möglicherweise Unterschiede zwischen den Settings bei den Gruppenwirkfaktoren mit sich bringt (Kersting et al., 2002). Durch die Mischung der Stichproben wurde versucht, etwaige Unterschiede zu kontrollieren. Dennoch sind weitere Untersuchungen notwendig, um die Validität der Gruppentherapiestundenbögen an diesen und weiteren Stichproben überprüfen. Auch kann der empirische Vergleich der GTS-Bögen mit anderen Sitzungsbewertungsinstrumenten zur Validierung sinnvoll sein.

Es wäre wünschenswert, wenn die GTS-Bögen in der Prozessforschung und klinischen Praxis in Zukunft angewandt würden. Denn damit würden diese Stundenbögen dem Schicksal vieler Erhebungsinstrumente entgehen, nur in einer oder in diesem Fall bezogen auf den GTS-P, zwei Studien zum Einsatz zu kommen. Nur durch den wiederholten Einsatz bewährter Instrumente ist ein direkter Vergleich von Forschungsergebnissen aus verschiedenen Studien möglich.

Durch die Notwendigkeit von häufigen, wenn auch kurzen Messungen müssten praktisch arbeitende Therapeuten ihre Arbeitsweise leicht verändern, wenn sie die Reaktion der Patienten auf die Therapie mit den GTS-Bögen messen wollen. Praktiker lehnen möglicherweise standardisierte Messungen ab, weil sie überzeugt sind, dass sie eine Verschlechterung oder Erfolgsgefährdung eines Patienten wahrnehmen und eine angemessene Reaktion zeigen können. Ergebnisse, die darauf hindeuten, dass Therapeuten Behandlungsfehlschläge nicht zwangsläufig adäquat wahrnehmen (Meyer & Schulte, 2002; Hannan et al., 2005) unterstützen jedoch die Forderung nach Beobachtungs- und Feedbacksystemen in der psychotherapeutischen Praxis. Auch die deutlichen Belege bezüglich des positiven Effekts von Feedbacksystemen aus der patientenorientierten Psychotherapieforschung (Lambert et al., 2005) sprechen für eine systematische Beobachtung der Behandlungsreaktion von Patienten durch den Therapeuten. In der vorliegenden Untersuchung wurden den Gruppentherapeuten daher die Ergebnisse des GTS-P vor der kommenden Sitzung auf einzelne Patienten und auf die Gesamtgruppe bezogen graphisch rückgemeldet, ohne dass die Auswirkungen dieses Feedbacks erfasst oder untersucht wurde. In einer Untersuchung von Davies et al. (2008) zeigte sich kein Effekt für Feedback des Group Climate Questionnaire an Patienten und Therapeuten auf den Verlauf und das Ergebnis einer psychodynamisch orientierten Gruppentherapie. In weiteren Prozessuntersuchungen ist genauer zu klären, wie Therapeuten Feedbackinformationen, u.a. auch der GTS-Bögen, nutzen, um den Therapieerfolg bei erfolgsgefährdeten Patienten tatsächlich zu verbessern (Lambert et al. 2005).

Im Vergleich zu den vorliegenden Gruppentherapiestundenbögen liegt die Stärke der GTS-Bögen neben ihrer detaillierten Validierung an zwei Gruppentherapiestichproben vor allem in der Kürze und Komplementarität der drei Stundenbogenversionen. Somit können Prozessdaten aus mehreren Beurteilungsperspektiven erhoben, miteinander verglichen und gemeinsam als auch einzeln als mögliche prognostische Faktoren zur Vorhersage des Therapieprozesses und -ergebnisses untersucht werden. In der Praxis ermöglichen die GTS-Bögen einem Gruppentherapeuten mit in der Endfassung nur 6-12 Items eine ökonomische und von den Patienten in den vorliegenden Studien gut angenommene Möglichkeit der Prozessevaluation. Diese soll dem Therapeuten die Möglichkeit eröffnen, zusätzlich zu seinem klinischen Urteil im Sinne einer Prozessoptimierung (vgl. Lambert et al., 2005) sein therapeutisches Vorgehen kontinuierlich reflektieren und anpassen zu können, um eine Erfolgsgefährdung für einzelne Gruppenpatienten zu erkennen, Therapieabbrüche und Deteriorationseffekte zu verhindern und Therapieerfolge zu verbessern.

Zusätzlich ist es möglich, dass der Einsatz des GTS-P einen therapeutischen Effekt hat indem der Patient durch die zusammenfassende Bewertung der vergangenen Sitzung Inhalte und Anregungen reflektiert (Rossel, 1994). Auch wird durch den Stundenbogen möglicherweise das Gefühl vermittelt, Kontrolle und Einfluss auf die eigene Therapie zu haben und in der eigenen Bewertung wichtig genommen zu werden.

6.2 Vorhersage des Therapieerfolgs durch die Gruppentherapiestundenbögen

Hypothese 1.1 Das Therapieergebnis von Gruppenpatienten (Depressionssymptomatik im Hamilton-Interview nach der Gruppentherapie, HAMD_P1) lässt sich durch den Mittelwert der ersten vier Sitzungsbewertungen des Patientenstundenbogens (GTS-P), der Therapeuten- Patienten- Bewertung nach Sitzung 4 (GTS-TP) und dem Mittelwert der ersten vier Therapeutenbewertungen des Therapeutenstundenbogens (GTS-T) vorhersagen (jeweils je nach den Ergebnissen der Validierung Skalen- oder Gesamtwerte).

Die Haupthypothese lässt sich für den Patientenstundenbogen **GTS-P** (Modell M2) eindeutig bejahen. Vorhersagestark ist die in den Faktorenanalysen gebildete Skala „wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie“, lediglich kontrolliert an der Skala Beteiligung und der Ausgangssymptomatik HAMD_P0. Als Hinweis auf die Varianzaufklärung des Modells beträgt der „Pseudo-R²“-Wert hier 14 %. Damit klären die GTS-P-Prädiktoren immerhin zusätzlich genauso viel Varianz auf, wie die Vorhersage durch die Prä-Symptomatik im Baseline-Modell („Pseudo-R²=7 %).

Anders formuliert ist folgende Zusammenfassung des Ergebnisses möglich:

Wenn Patienten in den ersten vier Sitzungen der Gruppentherapie zuversichtlich sind, d.h. im GTS-P angeben durch die Gruppe Anregungen zu erhalten, die Gruppe als hilfreich erleben und die Therapieform als erfolgversprechend bewerten, haben sie nach 10 Gruppensitzungen innerhalb von zwölf Wochen eine deutlichere Minderung der Depressionssymptome als die Patienten, bei denen das nicht zutrifft – wenn man Patienten mit dem gleichen Niveau der Beteiligung und der Ausgangssymptomatik der Depression betrachtet.

Gemäß den Befunden der Psychotherapieprozessforschung ist hier die Ansprechbarkeit, Erfolgserwartung bzw. Zuversicht, eingeschätzt aus Patientensicht, in der Remoralisierungsphase ein valider Prädiktor des Therapieerfolgs. Somit zeigt sich, dass die initiale Reaktion der Patienten auf die Therapie, neben weiteren Variablen wie der Ausgangssymptomatik, bereits maßgeblich den weiteren Therapieverlauf und das Therapieergebnis einer verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie mitdeterminiert. Möglicherweise hängt eine hohe Zuversicht bzw. Erfolgserwartung eng mit der Entwicklung und Ausprägung des therapeutischen Basisverhaltens bzw. instrumentellen Gruppenbedingungen der Patienten und darüber vermittelt mit dem Gelingen der Therapie zusammen (Michalak & Schulte, 2002). Zuversichtliche Patienten sind dementsprechend motivierter mitzuarbeiten, sich zu öffnen, neue Verhaltensweisen zu erproben und weniger Widerstand zu zeigen.

Bei einer differenzierteren Betrachtung des Ergebnisses ist der Zusammenhang der beiden Skalenprädiktoren „Zuversicht“ und „Beteiligung“ von Interesse. Die Skala „Beteiligung“ fungiert hier als klassische Suppressorvariable. Somit bindet die Variable „Beteiligung“ im Vorhersagemodell im Prädiktor „Zuversicht“ durch die hohe Interkorrelation der Skalen Informationen, die für die Vorhersagekraft der Zuversicht auf das Therapieergebnis nicht relevant sind. Um diese überschneidenden Informationen mit der Variable „Beteiligung“ bereinigt hat die Skala Zuversicht prädiktive Validität, alleine jedoch nicht. Das heißt die „Beteiligung“ hat vermittelt über die Skala „Zuversicht“ einen indirekten, die Skala Zuversicht dann einen direkten Einfluss auf das Therapieergebnis (vgl. Abb. 5.2 und 5.3). Vereinfacht formuliert:

Je mehr Beteiligung Patienten in den ersten vier Gruppensitzungen wahrnehmen, desto mehr Zuversicht erleben sie auch. Je mehr Zuversicht sie erleben, desto mehr reduziert sich ihre Depression am Ende der Gruppentherapie. Dieser Zusammenhang gilt vor allem, wenn man Patienten mit einem vergleichbaren Niveau an Beteiligung und Prä-Depressions-symptomatik betrachtet.

Inhaltlich bedeutet das Ergebnis, dass beide Skalenprädiktoren für das Gelingen der Vorhersage neben der Ausgangssymptomatik notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen sind. In dieser Untersuchung kann die Einschätzung der Patienten, ob sie

Anregungen erhalten, die Gruppe als hilfreich und erfolgsversprechend empfinden („Zuversicht“), den Rückgang der Depression vorhersagen, jedoch nur oder besser, wenn die Patienten gleichzeitig angeben, innerlich beteiligt und aktiv zu sein sowie die Inhalte der Gruppe nachvollziehen zu können („Beteiligung“). Die Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie ist somit zwar primär der wichtigste Anhaltspunkt in den hier berechneten Modellen für eine valide Vorhersage des Therapieergebnisses, ohne dass die Patienten gleichzeitig einen gewissen Grad der inneren Beteiligung wahrnehmen, kann es jedoch nicht zu einer Verbesserung der Depressionssymptomatik nach der Gruppe kommen.

Bei der Vorhersage verringert sich erwartungsgemäß der HAMD_P1-Wert um -0.29 Standardabweichungen, wenn der Wert in der Skala „Zuversicht“ in der Remoralisierungsphase bei einem Patienten um eine Standardabweichung steigt und alle anderen Prädiktoren konstant gehalten werden. Das heißt, je mehr Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie ein Patient in den ersten 4 Gruppentherapiesitzungen im Patientenstundenbogen angibt, desto stärker reduziert sich sein Depressionswert nach der Gruppentherapie im HAMD. Im Einzelnen stimmt der Patient stärker den Aussagen zu, dass er in der Gruppe Anregungen erhält (Item 4), die Gruppe als hilfreich erlebt (Item 5) und die Therapieform als erfolgsversprechend ansieht (Item 8). Bei den Analysen mit den Einzelitems scheint hier das Item 5 (Gruppe hilfreich) den stärksten Anteil an der Vorhersagekraft zu haben, da es auch alleine prädiktive Validität besitzt. Bei der Skala „Beteiligung“ zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zum Kriterium weder in den Mehrebenenmodellen noch in der bivariaten Korrelation. Der standardisierte Koeffizient von 0.20 ist hier positiv. Dieses Ergebnis widerspricht der intuitiven Erwartung, ist allerdings im Zusammenhang mit der Tatsache zu sehen, dass der Prädiktor „Beteiligung“ eine klassische Suppressorvariable ist.

Das Ergebnis findet sich bei den Analysen mit der Gruppentherapiestichprobe ($N=101$) als auch bei der Teilstichprobe der Patienten, welche mindestens 8 Sitzungen an der Gruppentherapie teilgenommen haben (Adhärenzstichprobe).

Die weiteren, zunächst eingeschlossenen Level-1-Prädiktoren (Diabetestyp, Diabeteskomplikationen und Adhärenz), können hier nicht zu einer Verbesserung des Modells beitragen. Somit haben die Merkmale der Diabeteserkrankung (Diabetestyp, Diabeteskomplikationen) in diesen Modellen keinen direkten Einfluss auf die Wirksamkeit der Gruppenbehandlung. Die Intervention scheint für Typ 1 als auch Typ 2- Diabetiker und Patienten mit unterschiedlicher Anzahl an Diabeteskomplikationen ähnlich wirksam zu sein. Auch die Adhärenz, d.h. ob ein Patient mindestens 8 Sitzungen an der Gruppe teilgenommen hat, hat erstaunlicher Weise keine direkte Vorhersagekraft für das Therapieergebnis in den berechneten Modellen. Ähnliches fanden auch Taft et al. (2003) in einer kognitiv- behavioralen Gruppentherapie.

Im Gegensatz zur Patientenbewertung sind die Bewertungen des Gruppentherapeuten in dieser Untersuchung, konträr zur Hypothese 1.1, kaum bis gar nicht vorhersagestark für das Therapieergebnis.

Für die Therapeuten-Patienten-Bewertung **GTS-TP** findet sich der beim GTS-P gefundene Zusammenhang der Skala „Zuversicht“ mit dem Therapieergebnis zwar in Modell M5 und annähernd in Modell M6. Diese Modelle können jedoch die Vorhersage des Baseline-Modells, d.h. der Prognose mit der Prä-Symptomatik, nicht bedeutsam verbessern. Somit kann die Patienten-Therapeuten-Bewertung den Post-Wert der Depression nicht überzeugend vorhersagen. Die Skala „Zuversicht“ zeigt nur tendenziell Vorhersagekraft. Sie korreliert im bivariaten Vergleich auch am stärksten mit der Skala Zuversicht des GTS-P ($r=0.58$). Der Therapeut scheint daher am ehesten bezogen auf die Zuversicht prädiktive und mit den Patientenbewertungen übereinstimmende Einschätzungen treffen zu können.

Eine Vorhersage mit dem Gesamtwert des GTS-P oder des GTS-TP ergibt jeweils keine signifikanten Ergebnisse. Dies ist dadurch erklärbar, dass die Ergebnisse für die Skalen durch den Suppressionseffekt sehr unterschiedlich ausfallen. Es unterstreicht erneut die Validität der Skalenbildung des GTS-P und GTS-TP.

Auf Ebene 2 kann auch der Therapeutenstundenbogen **GTS-T** nicht zu einer Verbesserung der Vorhersage der Ebene-1-Modelle beitragen. Die Einschätzung der Therapeuten über die Gesamtgruppe besitzen also im Vergleich zu den Patientenbewertungen geringere prädiktive Validität. Allerdings ist zu bedenken, dass die Varianz auf Gruppenebene bei den Kriterien in dieser Untersuchung sehr gering ist, was eine Vorhersage von vorne herein sehr schwierig bis unmöglich macht. Auch ist es möglich, wie oben bereits diskutiert, dass weitere Dimensionsanalysen mit einer noch größeren Anzahl an Gruppentherapien als die hier 23 durchgeführten Gruppen, zu einem anderen Ergebnis der Skalenbildung für den GTS-T kommen würden. Somit könnten eventuelle Skalen mehr Vorhersagekraft besitzen als der Gesamtwert des Instrumentes, wie dies auch beim GTS-P der Fall ist.

Das Ergebnis passt zu dem Vorbefund von Marquet (2002) und dem Ergebnis der korrelativen Vergleiche der Bewertungen aus verschiedenen Perspektiven. Hier zeigen sich eher Übereinstimmungen von Patienten- und Therapeutenbewertungen, wenn der Therapeut einen Patienten einzeln bewertet, wie dies beim GTS-TP der Fall ist. Diese Bewertungen, welche „näher“ an denen des Patienten sind, sind somit in nachvollziehbarer Weise vorhersagestärker für das individuelle Therapieergebnis, als allgemeine Angaben zur Gesamtgruppe.

Zusammenfassend können die Skalen des Patientenstundenbogens gemäß Hypothese 1.1 alleinig kontrolliert an der Ausgangssymptomatik der Depression (HAMD_P0) die Post-Symptomatik der Depression (HAMD_P1) gemeinsam vorhersagen (vgl. Modell M2). Die

Vorhersage gelingt konträr zur Hypothese nicht für die Therapeutenversionen der GTS-Bögen.

Hypothese 1.2: Die subjektive Bewertung der Gruppenatmosphäre, der aktiven Mitwirkung, der Gruppentherapie als hilfreich und erfolgversprechend (Items 6, 2, 5, 8) in den ersten vier Sitzungen aus Patientensicht hat einen besonders großen Anteil an der Prognose des Therapieerfolges.

Der Hypothese kann bezüglich der Items 5 „Gruppe hilfreich“ und 2 „Aktive Mitwirkung“ zugestimmt werden. Das Item 6 zur Gruppenatmosphäre verfehlt Signifikanz. Somit hat das einzige Item des GTS-P zum wichtigen Gruppenwirkfaktor der Therapiebeziehung hier keine prädiktive Validität, was, wie oben beschrieben, zum Ausschluss des Items aus dem GTS-P führt. Auch Item 8 hat entgegen der Hypothese 1.2 keinen besonderen Anteil an der Erfolgsprognose.

Lediglich dem Item 5 des GTS-P „Gruppe hilfreich“ gelingt eine bedeutsame Vorhersage als alleiniger Prädiktor kontrolliert an der Ausgangssymptomatik der Depression im Modell M12 mit einem „Pseudo-R²“-Wert von 12 %. Somit hat bereits dieses Item alleine eine beachtliche Vorhersagekraft für das spätere Therapieergebnis.

Bei Modellen mit der Kombination einzelner Items ist erneut das Item 5 „Gruppe hilfreich“ der Skala „Zuversicht“ in Kombination mit dem Item 2 „Aktive Mitwirkung“ der Skala „Beteiligung“ in der Vorhersage (Modell M18) sehr erfolgreich. Alleine diese beiden Items sagen im Modell M18 den Post-Wert der Depression mit einem „Pseudo-R²“ von 0.19 voraus. Dabei können die beiden Prädiktoren Item 5 und 2 gemeinsam 12 % Varianz zusätzlich zum Baseline-Modell aufklären. Item 2 der Skala „Beteiligung“ fungiert hier erneut als klassische Suppressorvariable und verbessert so die Vorhersagekraft des Items 5. Der Vergleich zum Modell M12 im Likelihood-Ratio-Test ist bedeutsam. Der standardisierte Koeffizient von Item 5 beträgt -0.34. Somit sinkt der Depressionswert im Hamilton Interview um 0.34 Standardabweichungen, wenn ein Patient einen um eine Standardabweichung höheren Wert im Item 5, gemittelt über ersten 4 Sitzungen der Gruppentherapie, angibt.

Alle GTS-P Items gemeinsam können im Modell M17 den Therapieerfolg nicht signifikant besser als das Baseline-Modell vorhersagen, auch wenn die Koeffizienten von Item 2 und 5 auch hier signifikant sind und das Ergebnis bei $p=0.057$ für das 0.05-Niveau knapp ist. Dies spricht insgesamt erneut für die Faktorisierung des GTS-P.

Hypothese 1.3: Die Vorhersage gelingt sowohl für die GTS-P-Mittelwerte der ersten vier Sitzungen als auch für die Mittelwerte der gesamten 10 Sitzungen.

Der Hypothese 1.3 kann in dem Sinne zugestimmt werden, dass sich die Ergebnisse der bisherigen Analysen an den Remoralisierungswerten der ersten 4 Gruppensitzungen in den Analysen mit den Werten aus allen 10 Gruppensitzungen replizieren lassen. Auch hier sind die Skalen der GTS-P gemeinsam unter Berücksichtigung des Suppressionseffektes vorhersagestark für das Therapieergebnis (Modell M19). Bei näherer Betrachtung sind auch hier Item 2 und 5 im Modell 21 in besonderem Ausmaß an diesem Effekt beteiligt, wobei hier sogar beide Itemprädiktoren signifikante Regressionskoeffizienten aufweisen. Die „Pseudo-R²“-Werte liegen mit 14 und 15 % in einem ähnlichen, sogar leicht geringeren Bereich im Vergleich zu den Modellen der Remoralisierungsphase. Alle weiteren Analysen bezogen auf den GTS-P Gesamtwert über 10 Sitzungen, die weiteren Prädiktoren (Diabetestyp, Diabeteskomplikationen, Adhärenz) und den Level-2-Prädiktor des GTS-T zeigen erneut keine bedeutsamen Ergebnisse.

Somit ist die Vorhersage der Hypothese 1.1 nach der Remoralisierungsphase, d.h. nach 4 Gruppensitzungen schon genauso valide, wie über den ganzen Gruppenverlauf hinweg.

Hypothese 1.4: Die prädiktive Validität zeigt sich bei verschiedenen Kriteriumsmaßen (HAMD, ADS, PAID, SF-36, SDSCA, globale Interventionsbewertung).

Bei der Analyse mit sekundären Kriterien zeigt sich der Hypothese 1.4 entsprechend, dass eine Vorhersage bei Maßen der Depressivität (HAMD, ADS) und der Abschlussbewertung (Globale Interventionsbewertung) möglich ist. Bei diabetesspezifischen Maßen gelingt eine Vorhersage entgegen der Hypothese nicht. Dies ist vor dem Hintergrund der weiteren Ergebnissen der DAD-Studie (Petrak et al., 2012) zu interpretieren, nach welchen die Gruppenbehandlung lediglich zu einer signifikanten Verbesserung der Depression, nicht jedoch der Diabeseinstellung HbA1c geführt hat.

In der Vorhersage des Depressionswertes im ADS lässt sich das Modell M2 der HAMD-Vorhersage in abgewandelter Form replizieren. Hier werden im Modell ADS M2 die Regressionskoeffizienten beider Skalenprädiktoren und die Variable Diabetestyp signifikant. Das Modell ist dem Baseline-Modell als auch einem Modell ohne die Variable Diabetestyp überlegen. Somit ist der Typ des Diabetes für die Vorhersage des Therapieerfolgs in der ADS bedeutsam. Bei den Skalenprädiktoren „Zuversicht“ und „Beteiligung“ zeigen sich auch hier der Suppressionseffekt von Beteiligung und die unterschiedlichen Vorzeichen der Koeffizienten, d.h. je mehr Zuversicht im GTS-P angegeben wird, desto geringer die Post-Symptomatik in der ADS, bei gleichem Niveau an Beteiligung und Prä-Symptomatik als auch bei gleichem Typ des Diabetes.

Bezogen auf die Variable Diabetestyp ist die Aussage möglich, dass Typ 2-Diabetiker nach der Intervention bei gleicher Zuversicht, Beteiligung und Prä-Symptomatik einen um 3.2 Punkte niedrigeren ADS-Wert zeigen als Typ 1-Diabetiker.

Der „Pseudo-R²“-Wert liegt beim Modell ADS M2 bei 27 %. Somit wird hier mehr Varianz aufgeklärt als bei der Vorhersage der Depressionswerte im Hamilton Interview. Als rein deskriptives Ergebnis können hier jedoch keine Aussagen zur Bedeutsamkeit dieses Unterschiedes gemacht werden.

Die Skalen des GTS-TP und der Gesamtwert des GTS-T haben auch in den Analysen zur Vorhersage der ADS erneut keine prädiktive Validität.

Bei der Vorhersage der globalen Interventionsbewertung nach der Gruppentherapie sind ausschließlich die Skalen „Zuversicht“ des GTS-P und GTS-TP valide Prädiktoren. Im Modell Glob Int M2 kann die GTS-P-Skala „Zuversicht“ der Remoralisierungsphase sogar alleine ohne den Suppressionseffekt der Skala „Beteiligung“ die globale Interventionsbewertung zu Therapieende mit einem „Pseudo-R²“ von 44 % valide vorhersagen. Dieser sehr hohe Wert ist darauf zurückzuführen, dass es sich bei dem Prädiktor (Skala „Zuversicht“ des GTS-P) und dem Kriterium (Globale Interventionsbewertung) um sehr ähnliche Variablen, nämlich Zufriedenheitseinschätzungen der Gruppentherapie durch die Patienten handelt. Parallel zu den Berechnungen zur Kriteriumsvalidität des GTS-P gibt es somit große, erwartungskonforme Überschneidungen der Einschätzungen der Zuversicht im GTS-P und der globalen Zufriedenheitsbewertungen. Für den GTS-TP sind beide Skalen unter Berücksichtigung des Suppressionseffektes bei der Vorhersage relevant. Weitere Prädiktoren, wie auch der GTS-T zeigen hier keine Vorhersagekraft.

Hypothese 1.5: Es zeigen sich Unterschiede in der Bewertung des Patientenstundenbogen (GTS-P) bezüglich der Variablen Therapieabbruch, Adhärenz und Response.

Aufgrund der Schwierigkeit dichotome Kriterien mit Mehrebenen-Analysen zu berechnen, wurden in dieser Zusatzanalyse t-Tests zum Vergleich der Mittelwerte berechnet. Parallel zu den bisherigen Ergebnissen zeigt auch in diesem Fall nur die Skala Zuversicht des GTS-P konform der Hypothese 1.5 jeweils bedeutsame Mittelwertsunterschiede für die Variablen Therapieabbruch, Adhärenz und Response. Beim GTS-TP gelingt dies der Skala „Zuversicht“ bezüglich Therapieabbruch und Adhärenz, nicht bezüglich Response und der Skala „Beteiligung“ ebenfalls für Adhärenz. Somit gibt es Hinweise auf bedeutsame Zusammenhänge des allgemeinen Prozessfaktors „Zuversicht“ und teilweise der „Beteiligung“ hinsichtlich des Abbruchs und der Adhärenz mit der Gruppentherapie. Der Zusammenhang der GTS-P-Skala „Zuversicht“ mit der Variable Response (Verbesserung im Hamilton Interview) war nicht anders zu erwarten, da diese Variable sich bereits als Prädiktor der Postsymptomatik des Hamilton Interviews gezeigt hat.

Zusammenfassende Diskussion zur Vorhersage des Therapieerfolgs

Die Befunde aus der Literatur bezüglich der Relevanz von Erfolgserwartung, wahrgenommenen Lernerfahrung, Hoffnung und Optimismus zu Therapiebeginn als Sitzungs-Outcome für das spätere Therapieergebnis u.a. auch in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien (Castonguay et al., 1998; Hoberman et al., 1988; Hoffart et al., 2009; Klappheck & Michalak, 2009; Westra et al., 2007) können in dieser Studie repliziert werden. Auch in einer manualisierten, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für Diabetes und Depression spielen somit allgemeine Prozessfaktoren eine bedeutende Rolle. Daraus folgt, dass auch verhaltenstherapeutische Gruppentherapeuten ein Augenmerk darauf richten sollten, ob die Patienten in den ersten Sitzungen Zuversicht empfinden oder nicht. Wenn sich diese Wahrnehmung bei einem Patienten nicht einstellt, sollte der Therapeut schon zu diesem Zeitpunkt intervenieren, da ansonsten das weitere, problem- und methodenorientierte therapeutische Arbeiten auf dieser Grundlage weniger erfolgsversprechend ist.

Das Ergebnis unterstützt die breite Evidenz des intrapersonalen Aspektes der Selbstbezogenheit, Aufnahmebereitschaft bzw. Ansprechbarkeit im Generischen Modell der Psychotherapie (Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky et al., 2004). Dieser Aspekt wird dort als zentrales Bindeglied zwischen dem therapeutischen Angebot und der therapeutischen Realisierung definiert. Die Aufnahmebereitschaft wird inhaltlich mit Erfolgserwartungen, der wahrgenommenen Passung, Responsiveness, Wohlbefinden in der Behandlung und somit auch der Zuversicht hinsichtlich der Therapie in Zusammenhang gebracht. Parallel wird dieser Aspekt in weiteren theoretischen Konzepten als ein Teil des Basisverhalten (Schulte, 1996) und der instrumentellen Gruppenbedingungen (Grawe, 1980; Regli et al., 2004; Flückiger et al., 2005) konzeptualisiert. In Überblicksarbeiten wird dem Aspekt der Ansprechbarkeit und Erfolgserwartung eine ähnlich große Evidenz für den Einfluss auf das Therapieergebnis wie der Therapiebeziehung bescheinigt (Glass et al., 2001; Lambert & Barley, 2001; Orlinsky et al., 2004). Im Gegensatz zu Beziehungsaspekten, wie Kohäsion und Allianz, wurde die Variable der Erfolgserwartungen bzw. Zuversicht und Lernerfahrungen zu Therapiebeginn bisher jedoch deutlich seltener u.a. in verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien untersucht (vgl. Abschnitt 2.3.5). Somit ist dieser Wirkfaktor bisher in der Therapieprozessforschung unterschätzt und zu wenig beachtet worden. Der GTS-P scheint den Aspekt, hier benannt als „Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie“, zur validen Vorhersage des Therapieerfolgs erfassen zu können und eignet sich somit auch für weitere Forschungsvorhaben in diesem Bereich.

Im Weiteren fügen sich die Ergebnisse gut in Modelle des Entwicklungsverlaufes von Psychotherapien ein. Die Prozesse der Therapieeingangphase, auch Remoralisierungsphase genannt (Howard et al., 1993), scheinen tatsächlich einen großen Einfluss auf das

Therapieergebnis zu haben, da nach den vorliegenden Ergebnissen schon GTS-P Werte der ersten vier Therapiesitzungen vorhersagestark sind. Dies entspricht ebenfalls Befunden zur kognitiv-behavioralen Depressionsbehandlung, nach denen unspezifische Wirkfaktoren, wie z.B. Optimismus und Einverständnis mit der Therapierationale, zu einem frühen Ansprechen auf die Therapie führten, welches wiederum ebenfalls ein Prädiktor des Therapieergebnisses ist (Ilardi & Craighead, 1994, McDermut et al., 2001). Die Prognose des Therapieergebnisses verbessert sich in dieser Studie nicht bei der Berücksichtigung von Mittelwerten aller 10 Gruppensitzungen. Auch die Prä-Depressionssymptomatik zeigte sich durchgängig, wie aus der Literatur bekannt, als valider Prädiktor des Post-Depressionswertes (vgl. z.B. Hoberman, Lewinshohn & Tilson, 1988, McDermut et al., 2001).

Die Schätzung der Varianzaufklärung in den sparsamen und vorhersagestarken Modellen M2 und M18 mit einem „Pseudo-R²“-Wert von 14 - 19 % bei der Vorhersage der Depressionssymptomatik im Hamilton Interview, ist als durchaus beachtenswert einzuschätzen. Damit können die Skalen und die zwei Items des GTS-P 7 - 12 % zusätzlich zu der Vorhersage durch die Prä-Symptomatik im Baseline-Modell aufklären. Dies gelingt tatsächlich ebenfalls mit nur 2 Items, nämlich der Bewertung, die Gruppe in der Sitzung als hilfreich empfunden zu haben (Item 5) und in der heutigen Sitzung aktiv mitgewirkt zu haben (Item 2). In der Studie von Taube-Schiff et al. (2007) mit der Berechnung von Mehrebenenanalysen bei einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie wird die zusätzliche Varianzaufklärung der Prozessfaktoren (dort Gruppenkohäsion) mit vergleichbaren 7 - 15 % angegeben. Auch nach Lambert und Barley (2001) lassen sich in etwa 15 % der Ergebnisvarianz durch Erwartungseffekte erklären. Somit sind die in dieser Untersuchung gefundenen Effekte vergleichbar mit Vorbefunden. Der „Pseudo-R²“- Wert ist nur annäherungsweise vergleichbar mit dem Determinationskoeffizienten der regulären Regression. Hier würde man nach Cohen (1988) von mittleren Effekten sprechen.

Insgesamt ist allerdings kritisch anzumerken, dass, trotz dieser Ergebnisse, noch viel unerklärte Varianz verbleibt und viele der hypothetischen Prädiktoren nicht nützlich in der Vorhersage waren. Somit scheint eine Vorhersage des Therapieerfolgs durch den Patientenstundenbogen zwar möglich zu sein, allerdings nur mit einer aus den Vorbefunden bekannten, eingeschränkten Varianzaufklärung. Zu Bedenken ist hier, dass die Vorhersage des Therapieerfolgs ein schwieriges, komplexes und vielschichtiges Unterfangen ist, bei dem somit auch hier nur bescheidene und eingeschränkte Aussagen möglich sind.

Da die Varianz zwischen den Gruppen in den Kriterien sehr gering ist, war es schwierig bis unmöglich, einen Prädiktor auf Ebene 2 zu identifizieren. Somit zeigte auch der Ebene 2 - Prädiktor des Therapeutenstundenbogens in keinem Modell Signifikanz. Wo kaum Varianz existiert, kann diese nicht aufgeklärt werden. Die prädiktive Validität des Therapeutenstundenbogens ist in dieser Untersuchung nicht abschließend einzuschätzen, u.a. auch

aufgrund der zu kleinen Stichprobe. Generell bestätigt sich jedoch erneut, dass die Patienteneinschätzungen im GTS-P den Therapieerfolg einzelner Patienten besser vorhersagen können als Therapeuteinschätzungen im GTS-T oder GTS-TP. Die Einschätzungen im GTS-T haben somit möglicherweise weniger Gewicht zur Erfolgsvorhersage, sondern können eher der Selbstreflexion des eigenen therapeutischen Handelns und Mitbeachtung von Gruppenprozessen dienen.

Die prädiktive Validität des GTS-TP ist ansatzweise besser als die des GTS-T, jedoch deutlich geringer als die des GTS-P. Allerdings sind die Ergebnisse zum GTS-TP aufgrund von Befunden zu Abweichungen zur Normalverteilung und teilweise schlechten Itemparametern in den Itemanalysen nur eingeschränkt interpretierbar. Auch sollte der GTS-TP in zukünftigen Studien nach Möglichkeit zu weiteren Messzeitpunkten erhoben werden, um Aussagen über eine Anwendung mit Messwiederholungen oder dem Einsatz in anderen Phasen von Gruppentherapien treffen zu können.

6.3 Prozessqualität der DAD-Gruppentherapie

Hypothese 2.3: Die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie für Patienten mit Diabetes mellitus und Depression wird insgesamt positiv von den Patienten bewertet.

Hypothese 2.3 kann uneingeschränkt zugestimmt werden. Die DAD-Gruppentherapie wird insgesamt sehr positiv von den Patienten im GTS-P bewertet. Dabei sind die Bewertungen der Gruppenatmosphäre (Item 6) am höchsten, die Bewertungen der Gruppe als hilfreich (Item 5) und der gegebenen Anregungen (Item 4) im Vergleich am geringsten, aber immer noch hoch. Gerade Item 5 ist allerdings das vorhersagestärkste Item bezogen auf den späteren Therapieerfolg. Auch bei Krampen (2001) wurde vergleichbar im Stundenbogen STEP die Beziehung am höchsten eingeschätzt, gefolgt von der Hilfe zur Problembewältigung.

Die unter Depression leidenden Diabetiker bewerten in dieser Studie die Gruppentherapie ähnlich positiv, wie dies aus der Literatur für Patienten anderer Störungsbilder bekannt ist (Bredel et al., 2004; Breisacher et al., 2003; Pitschel-Walz et al., 2011). Grundsätzliche Vorbehalte der psychotherapeutischen Gruppenbehandlung gegenüber sind bei diesem, wahrscheinlich bisher primär somatisch behandelten Patientenkontext genauso wenig wie bei unter somatoformen Störungen leidenden Patienten (Schulte, 2001) zu finden. Im deskriptiven Vergleich mit den Ergebnissen der Voruntersuchung bewerten die Patienten der DAD-Studie im Schnitt die Sitzungen in allen Items um ungefähr einen Punkt negativer als die Patienten der Soma-Studie. Bei Schulte (2001) wurde die Nachvollziehbarkeit (Item 3) im Schnitt am höchsten und erneut Item 4 und 5 am niedrigsten bewertet.

Die Therapeuten hingegen geben auf einzelne Patienten bezogen im GTS-TP und auch auf die Gesamtgruppe bezogen im GTS-T geringere Werte an. Sie schätzen die Zufriedenheit bzw. Zuversicht und Beteiligung der Patienten negativer ein als diese selbst. Ähnliches berichten Orlinsky et al. (1994). Dies passt ebenfalls zu den Befunden, der teilweise geringen Übereinstimmung von Patienten- und Therapeutenbewertungen (Orlinsky et al., 2004).

Hypothese 2.4: Die Einschätzung der Gruppentherapie als Ganzes oder einzelner Bewertungsbereiche (mögliche Faktoren) wird über die Gruppensitzungen hinweg zunehmend positiver.

Der Verlauf der Bewertungen über die Gruppentherapie hinweg verläuft, vor allem bezogen auf die Skala „Zuversicht“ des GTS-P, gemäß Hypothese 2.4. Die Bewertungen nehmen, deskriptiv betrachtet, über den Gruppenverlauf tendenziell zu, wie dies auch für andere strukturierte, verhaltenstherapeutische Gruppentherapien bereits beschrieben wurde (Castonguay et al., 1998; Schulte, 2001, Backenstraß et al., 2004; Taube-Schiff et al., 2007).

Bei der GTS-P Skala „Zuversicht“ zeigt sich deskriptiv die deutlichste Veränderungstendenz, mit einem tendenziellen Anstieg bis zur 6. Sitzung, einem leichten Knick nach unten in Sitzung 3 sowie später in Sitzung 7, 8 und 9 und einem Anstieg auf den Höchstwert in Sitzung 10. Dieser Verlauf ist ansatzweise ebenfalls bei der Skala „Beteiligung“ und dem Item 6 „Gruppenatmosphäre“ des GTS-P zu beobachten. Bei Backenstraß et al. (2004) fand sich ein vergleichbarer Verlauf ebenfalls für die Variablen „Wissenserwerb“ und „Gruppenkohäsion“ in einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie der Depression. In der Voruntersuchung von Schulte (2001) zeigten sich lediglich für die Gesamtwerte der Sitzungen und für Item 4 „Anregungen“, Item 5 „Gruppe hilfreich“ und Item 6 „Gruppenatmosphäre“ signifikante, hohe bis mittlere Effekte über die Zeit in multivariaten Varianzanalysen. Möglicherweise ist nicht nur der absolute Wert von Prozessvariablen, sondern auch deren Veränderung über den Therapieverlauf hinweg für das Therapieergebnis relevant, da die Skala Zuversicht in dieser Studie die stärkste prädiktive Validität besitzt. Ähnlich zeigten auch Taube-Schiff et al. (2007) in einer verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für soziale Phobie, dass der Anstieg von Kohäsion zwischen zwei Messzeitpunkten und nicht der absolute Kohäsionswert zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Prognose des Therapieerfolgs erlaubte. Insgesamt scheint der Anstieg, d.h. die Förderung von therapeutischen Wirkfaktoren und instrumentellen Gruppenbedingungen zu Therapiebeginn, relevant zu sein.

Hypothese 2.5: Therapiesitzungen werden trotz des aufsteigenden Trends unterschiedlich bewertet, so dass Rückschlüsse zur Zufriedenheit mit Interventionsbausteinen für eine mögliche Verbesserung des Manuales möglich sind.

Bezogen auf die Sitzungen fallen gemäß der Hypothese 2. 5 Sitzung 3 und 8 mit einem leichten Abfall der Bewertungen im allgemeinen Trend auf. Möglicherweise ist die Einführung des kognitiven Modells in Sitzung 3 und der Zusammenhang von Diabetes, Stimmung und Gedanken für die Patienten zunächst weniger gut nachvollziehbar und somit weniger erfolgsversprechend. Auch das Thema des Umgangs mit diabetesspezifischen Folgeerkrankungen hat scheinbar zu einer leicht schlechteren Bewertung der Sitzung 8 geführt. Das Ergebnis zeigt, dass der Therapeut sich besonders bei diesen Therapiebausteinen um geleitetes Entdecken und um eine gute Anpassung des Vorgehens an den Wissens- und Erlebensstand der Patienten bemühen sollte.

Hypothese 2.6: Die Bewertung der Therapiesitzungen bzw. einzelner Items bilden, neben dem generell ansteigenden Trend, zusätzlich verschiedene Phasen des Gruppenverlaufes ab.

Verschiedene Phasen des Gruppenverlaufes sind neben dem positiven Trend vor allem bei der Skala „Zuversicht“ des GTS-P, annähernd bei Item 6 „Gruppenatmosphäre“ des GTS-P und beim Gesamtwert des GTS-T erkennbar. Hier zeigt sich ein dreiteiliges Muster mit einem Anstieg in der ersten Therapiehälfte (Remoralisierung), eine Plateauphase mit leichtem Abfall der Bewertungen in der Mitte der Behandlung (Remediation) und einem erneuten Anstieg zu Therapieende (Rehabilitation). Dies entspricht den aus der Literatur bekannten Verläufen von Psychotherapie nach Howard et al. (1993), von Gruppenpsychotherapien nach MacKenzie (2001) und den Vorbefunden in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenkonzepten von Castonguay et al. (1988) sowie erhoben mit dem GTS-P von Schulte (2001). Somit wird deutlich, dass sich auch in dieser manualisierten, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für Diabetes und Depression allgemeine Psychotherapie-faktoren in ihrem Verlauf abbilden lassen und auch hier ein Anstieg von instrumentellen Gruppenbedingungen in der Remoralisierungsphase, gemessen anhand der Skala „Zuversicht“ des GTS-P bemerkbar ist.

Zusammenfassende Diskussion zur Prozessqualität

Insgesamt zeigen sich bei der Bewertung der DAD-Gruppentherapie die bekannten, hohen Zustimmungsraten der Zufriedenheitseinschätzungen, welche eine Differenzierung zwischen den Sitzungen oder Phasen erschweren können. Trotz dieser hohen Baseline lassen sich jedoch deskriptive Aussagen über den Verlauf, zu einzelnen Sitzungen und zu Therapiephasen treffen.

Erneut bestätigt sich die Annahme, dass die Bewertungen über die Zeit hinweg insgesamt positiver ausfallen und sich bei diesem generell positiven Trend zusätzlich typische Phasen des Gruppenverlaufes abbilden lassen. Auch fallen einige Sitzungen durch eine leichte Schwankung der Bewertung auf, was bei einer möglichen Revision des Manuals für diese Sitzungen mitbedacht werden kann. Dabei können auch die von den Therapeuten unter Item 17 des GTS-T frei formulierten Rückmeldungen genutzt werden.

Zusammen genommen replizieren die Ergebnisse Befunde (Castonguay et al., 1998; Schulte, 2001; Backenstraß et al., 2004), die darauf hindeuten, dass auch in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien Entwicklungsprozesse ablaufen, welche allgemein für verschiedene Formen von Gruppentherapien und Gruppenerfahrungen gelten. In der Annahme, dass auch in KVT-Gruppentherapien die Patientenbewertung der Therapie von großer Relevanz für das Therapieergebnis ist, sollte in weiteren Studien untersucht werden, ob sich einzelne Bewertungsphasen im Therapieprozess differenzieren lassen, bzw. wie sich die Prozessfaktoren über den Gruppenverlauf entwickeln. In dieser Studie wurde ein relativ kurzer Verlauf einer Therapiebewertung (10 Sitzungen innerhalb 12 Wochen) betrachtet. Interessant könnten daher Untersuchungen der kontinuierlichen Bewertung längerer Therapieverläufe sein.

6.4 Zusammenfassende Bewertung, Kritik und Ausblick

Es gibt eine breite Evidenz dafür, dass Psychotherapien allgemein und kognitiv-behaviorale Gruppenpsychotherapien im Speziellen wirksam sind. Auf der anderen Seite gilt jedoch ebenfalls:

„If psychotherapy is powerful enough to do good, it may be powerful enough to do harm“ (Dimijdjian & Hollon, 2010, S.21).

Und die Frage ist nach wie vor:

“For whom is psychotherapy most effective and for whom is it least effective, ineffective, or even harmful?” (Baker & Neimeyer, 2003; S.135)

Der Fokus der Psychotherapieforschung liegt primär auf dem Beleg der Wirksamkeit von evidenzbasierten Therapiemethoden. Zusätzlich ist es jedoch wichtig zu beleuchten, welche Methoden unter welchen Bedingungen derzeit keine Effekte oder Therapieschäden verursachen und wie erfolgreiche im Gegensatz zu weniger erfolgreiche Therapieprozesse verlaufen. Die hohen Raten an Therapieabbruchern und Patienten, welche Misserfolge oder sogar Schaden, u.a. auch in Gruppenpsychotherapien, nehmen, ist in hohem Maße unbefriedigend (Lambert & Ogels, 2004). Dies gilt ebenfalls für die kognitiv-behaviorale Depressionstherapie (Shea et al., 1992).

In der vorliegenden Studie schieden bereits 19,8 % der in die Gruppenbedingung randomisierten Patienten vor Beginn der Behandlung aus. Im Weiteren nahmen rund 33 % der verbleibenden Patienten nur an einer bis sieben Gruppensitzungen teil, d.h. sie brachen die Gruppe nach wenigen Sitzungen ab, oder erschienen sehr selten zu den Sitzungen. Diese Rate ist nicht ungewöhnlich für Gruppentherapien (vgl. Kordy & Senf, 1992) und somit nicht inhaltlich auf die hier durchgeführte Gruppentherapie bei Diabetes und Depression zu beziehen. Prozess-Outcome-Untersuchungen, wie die vorliegende, sind wichtig, um Therapieprozesse in ihrer Auswirkung auf das Therapieergebnis besser verstehen zu können und die Erkenntnisse zur Optimierung von Therapieverläufen, bzw. Prävention von Misserfolgen und Schäden nutzen zu können.

Zur Bewertung und Einordnung der vorliegenden Prozess-Outcome-Studie werden zunächst Empfehlungen für die Erforschung von Prädiktoren des Therapieerfolgs in der Gruppenpsychotherapie (Piper, 1994; S.85) herangezogen:

1. Es wird ein multivariater Ansatz mit mehr als einem Patientenmerkmal und Prädiktorenart bzw. -quelle (Patienten, Gruppe, Therapeuten) inkl. interpersonalen und Verhaltensmerkmalen empfohlen.

Gemäß dieser Empfehlung wurden in die vorliegende Untersuchung multiple Prädiktoren (Skalen des GTS-P, GTS-TP, Gesamtwert des GTS-T, kontrolliert an der Prä-Symptomatik, Diabetestyp, Diabetes-komplikationen, Adhärenz) auf zwei hierarchischen Analyseebenen (Level1: Patient, Level2: Gruppe) einbezogen. Zur Stabilität der berechneten regressionsanalytischen Lösungen wurden diese zusätzlich in der Adhärenzstichprobe überprüft.

Für eine noch umfassendere Erfassung des Prozessgeschehens fehlt in dieser Studie der Einbezug von Fremdbeurteilungsdaten zu Verhaltens- und Interaktionsmerkmalen. Allerdings war eine detaillierte Erfassung des Prozessgeschehens nicht das Ziel der Untersuchung. Die Erfassung von Prozessdaten beschränkt sich hier, ähnlich der patientenorientierten Forschung, auf einfache, kompakte Selbstbeurteilungsinstrumente für Patienten und Therapeuten. Somit wird nur eine vereinfachte Sicht auf die vermuteten, komplexen Prozesse ermöglicht. Die GTS-Bögen sollen allerdings eine sinnvolle und evidenzbasierte Ergänzung zum rein klinischen Urteil des Therapeuten für die Erfolgsprognose von Gruppentherapiepatienten sein. Wenn eine Prozessbegleitung, ähnlich des patientenorientierten Forschungsansatzes, in der psychotherapeutischen Praxis Anwendung finden soll, muss sie ökonomisch und in der täglichen Praxis leicht anwendbar sein. Daher war es hier das Ziel, eine möglichst einfache und in der Praxis umsetzbare Hilfe der Prognosestellung zu entwickeln.

2. Die Auswahl der Prädiktoren soll in ihrem möglichen Zusammenhang zum Therapieergebnis theoretisch vorab begründet und Interaktionen der Prädiktoren beachtet werden.

Die Auswahl und der Einbezug der Prädiktoren in die hierarchischen, multiplen Regressionsanalysen wurden vorab anhand von theoretischen Überlegungen bestimmt, welche bei der Herleitung der Fragestellung und Formulierung der Hypothesen beschrieben werden. Interaktionen der Prädiktoren wurden berücksichtigt und bei den Skalenprädiktoren des GTS-P und GTS-TP als klassischer Suppressionseffekt beachtet.

3. Durch einen Vergleich mit Basisraten einer Variablen bzw. deren Veränderung sollen die Varianzaufklärung und Nützlichkeit eines Prädiktors für die klinische Praxis der Prognosestellung bewertet werden können.

Die Forderung der Berücksichtigung von Basisraten wird in den berechneten Mehrebenenanalysen durch den Vergleich des Vorhersagemodells mit dem Baseline-Modell (Vorhersage durch die Prä-Symptomatik) im Likelihood-Ratio-Test berücksichtigt. So wird überprüft, ob der Einbezug von Prädiktoren in den Modellen eine signifikante, und damit auch für die klinische Praxis bedeutsame Verbesserung der alleinigen Prognose der Prä-Symptomatik erbringt.

4. Mehrere Gruppentherapiearten sollten parallel untersucht werden, da ansonsten keine Aussagen über die differentielle Validität eines Prädiktors zu treffen sind bzw. dieser Prädiktor möglicherweise nur für eine spezifische Form von Gruppentherapien ein prognostisches Merkmal ist. Zudem sollen 5. die Ergebnisse der Prozess-Outcome-Studien in weiteren Studien repliziert und kreuzvalidiert werden.

In der vorliegenden Prozess-Outcome-Untersuchung wurde lediglich eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie bei Diabetes und Depression ohne weitere Vergleichsgruppe untersucht. Es handelt sich bei den unter Depression leidenden Diabetikern um eine sehr spezifische Stichprobe. Daher sind die Ergebnisse streng genommen nur in diesem Kontext interpretierbar. Für andere Stichproben und Formen von Gruppentherapien können lediglich Hypothesen, Überlegungen und weiterführende Forschungsfragen formuliert werden.

Zur Validierung des Patientenstundenbogens wurde jedoch zusätzlich die Soma-Stichprobe der stationären, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei somatoformen Störungen aus der Voruntersuchung (Schulte, 2001) mit einbezogen und bei der Berechnung von exploratorischen und konfirmatorischen Faktorenanalysen genutzt. Einige der Ergebnisse der Untersuchung von Schulte (2001) für den GTS-P konnten in der vorliegenden Studie bereits repliziert werden, wie bezüglich der guten Itemparameter des GTS-P, der Prozessqualität und dem Phasenverlauf der Bewertungen von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien. Auch zeigte sich schon bei Schulte (2001) ein korrelativer Zusammenhang der GTS-P-Bewertungen mit dem Therapieergebnis (korrelativer Zusammenhang zur Symptomatik in der 1-Jahres-Katamnese).

Generell gilt jedoch für alle vorgestellten Ergebnisse, dass eine weitere Replizierung und Kreuzvalidierung an unterschiedlichen Stichproben und Gruppenkonzepten wünschenswert ist.

Insgesamt sind die Empfehlungen für Prozess-Outcome-Untersuchungen in Gruppentherapien von Piper (1994) in der vorliegenden Untersuchung zum größten Teil berücksichtigt worden.

Eine Stärke der vorliegenden Untersuchung ist dabei die Anwendung von Mehrebenenanalysen zur Überprüfung der Prozess-Ergebnis-Zusammenhänge. In der Gruppenpsychotherapieforschung findet sich diese Methodik erstaunlicher Weise noch selten, obwohl ihr aus verschiedenen, in dieser Arbeit erläuterten Gründen, bei der Analyse von hierarchisch strukturierten Gruppentherapie- oder auch messwiederholten Daten der Vorzug zu geben ist. Hauptargument ist das Risiko von stark erhöhten Irrtumsrisiken beim statistischen Testen, welches Baldwin et al. (2005) und Göllner et al. (2010) speziell für die Gruppenpsychotherapie eindrucksvoll nachgewiesen haben.

Durch die Multi-Level-Modelle sind im vorliegenden Fall weitere Aussagen bezüglich der untersuchten Gruppentherapieprozessvariablen möglich, da ebenfalls die Abhängigkeiten innerhalb und zwischen Therapiegruppen in den Prozess- und Ergebnisvariablen untersucht wurden. Es zeigt sich ein sehr geringer Intraklassen-Koeffizient (ICC), welcher die Varianz zwischen den Therapiegruppen beziffert. Somit gibt es keinen Hinweis darauf, dass Mitglieder einer Gruppe ähnlichere Therapieergebnisse aufweisen oder dass die Bewertungen im GTS-P innerhalb einer Gruppe ähnlicher waren als zwischen Therapiegruppen. Durch den ICC von weniger als 1 % Varianz zwischen den Gruppen wird deutlich, dass der Outcome und die Bewertungen im GTS-P scheinbar in hohem Maße individuumsspezifisch sind und, wie die deskriptiven Ergebnisse zur Prozessqualität zeigen, eher über den Verlauf der Gruppe hinweg variieren.

Dies legt die Vermutung nahe, dass die individuelle Bewertung jedes Patienten relevant dafür ist, ob er im Rahmen dieser kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie profitiert oder nicht und weniger die konkreten Ereignisse in der Gruppe an sich, welche von Gruppe zu Gruppe leicht variieren. In dieser Untersuchung zeigt sich der Zusammenhang zum Therapieergebnis für die eher individuellen Bewertungsdimensionen der wahrgenommenen Zuversicht und persönlichen Beteiligung, nicht für das gruppenspezifischere Item 6 „Gruppenatmosphäre“, welches allerdings eventuell aufgrund der Ein-Item-Skala kein valider Prädiktor ist. Taube-Schiff et al. (2007) fanden für den gruppenspezifischen Wirkfaktor der Kohäsion ebenfalls kaum Varianz zwischen den Therapiegruppen, so dass die Wahrnehmung von Kohäsion eher individuumsspezifisch denn gruppenspezifisch zu variieren scheint. Dies unterstützt erneut die Empfehlung an Gruppentherapeuten, die

Wahrnehmungen und Bewertungen, welche einzelne Gruppenpatienten von der Therapie haben, u.a. durch Stundenbögen zu erfassen und zu nutzen.

Aufgrund des geringen Intraklassen - Koeffizienten (ICC) kann auf der anderen Seite argumentiert werden, dass die Methode der Mehrebenenanalysen in dieser Untersuchung nicht notwendig war. Die Anwendung von Mehrebenenanalysen im Programm HLM in dieser Untersuchung lässt sich jedoch gut begründen: Vorrangiges Argument ist, dass es sich bei den Daten eindeutig um eine geschachtelte Datenstruktur handelt, welche zu berücksichtigen ist. Dies gilt auch bei einem geringen ICC, denn trotz der geringen Kriteriumsvarianz zwischen den Gruppen können sich Prädiktoren und deren Einflüsse zwischen den Gruppen unterscheiden. In exploratorischen Analysen zeigte sich beispielsweise, dass sich die Patienten zwischen den Gruppen in der Ausgangssymptomatik (HAMD_P0) mit einem ICC von 17 % unterschieden. Auch bezogen auf die Variablen Adhärenz (ICC=8 %) und Therapieabbruch (ICC=10 %) zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen. Zudem gab es in dieser Untersuchung Hypothesen zur Level-2-Variable des Therapeutenstundenbogens, welche nur durch Multi-Level-Analysen sinnvoll überprüft werden konnten. Und schließlich unterscheidet sich die Berechnung im HLM-Programm von einer regulären multiplen Regression in SPSS durch korrigierte Standardfehler, welche die hierarchische Struktur der Daten mitberücksichtigen. So sind die gefundenen Effekte robuster und die Gefahr von Schätzfehlern und Irrtumsrisiken geringer (Göllner et al., 2010).

Zusammenfassend erbringt die vorliegende Untersuchung Evidenz für die Rolle von unspezifischen Wirkfaktoren, im speziellen der wahrgenommenen Zuversicht und persönlichen Beteiligung in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für Depression und Diabetes. Dieses Resultat spricht dafür, dass der theoretische Wirkfaktor „Zuversicht“ und dementsprechend Ansprechbarkeit auf die Therapie, neben indirekt der persönlichen Beteiligung ein wichtiger Faktor für therapeutische Veränderungen in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien ist. Zudem ist die Einschätzung dieses Wirkfaktors durch die Patienten schon in den ersten Sitzungen relevant und aussagekräftig für das Therapieergebnis. Auch bezüglich des Therapieabbruchs und der Adhärenz zeigt sich im Mittelwertsvergleich ein bedeutsamer Zusammenhang zur vom Patienten im GTS-P und auch vom Therapeuten im GTS-TP eingeschätzten Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie.

Dies legt nahe, dass Therapeuten die von Patienten wahrgenommene Zuversicht schon zu Therapiebeginn berücksichtigen und fördern sollten, bzw. bei gering ausgeprägter Zuversicht und somit gefährdeter Erfolgsprognose (möglicher Therapieabbruch oder Misserfolg) die Indikationsstellung überprüfen und das weitere therapeutische Vorgehen anpassen sollten (z.B. eher Einzel- anstatt Gruppentherapie oder Angebot eines zusätzlichen

Einzelgespräches zur motivationalen Klärung). Es gibt Evidenz dafür, dass die Berücksichtigung der Einzel- als auch Gruppenprozesse durch den Gruppentherapeuten ein wichtiger Faktor für das Gelingen der Therapie ist (Burlingame et al., 2008, vgl. Tabelle 2.6, Abschnitt 2.3.2). Nach Bernhard et al. (2008) sollte die intrapersonelle Ebene des einzelnen Patienten, die Ebene der Gesamtgruppe und die Ebene der interpersonellen Beziehungen durch den Therapeuten beachtet werden. Zielke (2010) fordert parallel von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapeuten die Beachtung der drei Aufmerksamkeitsbereiche: 1. individuelle Verhaltens- und Bedingungsanalyse, 2. Verhaltensanalyse des Gruppenverhaltens und 3. die Beobachtung und Förderung der instrumentellen Gruppenbedingungen. Die drei zu den Aufmerksamkeitsbereichen analogen Versionen der GTS-Bögen sollen Gruppentherapeuten bei dieser komplexen Aufgabe unterstützen.

Diese Untersuchung erweitert das Verständnis von Therapiefaktoren, welche für das Therapieergebnis eine Rolle spielen. Es wäre wünschenswert wenn, in zukünftigen Studien unspezifische Wirkfaktoren, wie z.B. die Erfolgserwartung, die Zufriedenheit, die Lernerfahrung, die Beziehungen in der Gruppe und zum Therapeuten, d.h. insbesondere die instrumentellen Gruppenbedingungen weiter untersucht werden würden, um das bisher relativ bescheidene Wissen über Veränderungsmechanismen in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapien zu erweitern. Generell sollten Versuche unternommen werden, differenzierter Prädiktoren für spezifische (verschiedene Störungsbilder) und unterschiedliche Gruppentherapien (strukturierte/ KVT- vs. unstrukturierte/ Psychodynamik, stationäre vs. ambulante) zu identifizieren. Dies sollte nach Möglichkeit wiederholt mit den gleichen Erhebungsinstrumenten erfolgen, um aussagekräftige Vergleiche anstellen zu können. Die GTS-Bögen können hierfür als insgesamt reliable, ökonomische, valide und, was den GTS-P angeht, vorhersagestarke Instrumente das Angebot an Instrumenten zur Erfassung der Sitzungsbewertung von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien erweitern.

Auf die in der Einleitung gestellte Frage:

Lässt sich der kurzfristige Therapieerfolg einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie bei Diabetes und Depression tatsächlich mit einem Patienten- und zwei Therapeutenstundenbögen vorhersagen?

kann abschließend zumindest für den Patientenstundenbogen klar geantwortet werden:

Ja, der kurzfristige Therapieerfolg einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie bei Diabetes und Depression lässt sich durch die Wahrnehmung von Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie bzw. der Gruppe als hilfreich bereits zu Therapiebeginn durch einen Patientenstundenbogen vorhersagen.

7 Literatur

- Ahlin, G. (1996). Der Gruppenprozess unter der Lupe: Das Matrix-Representation-Grid. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Eds.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Ein Handbuch.* (pp. 345-359). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Allen, N.A., Fain, J.A., Braun, B. & Chipkin, S.R. (2008). Continuous glucose monitoring counseling improves physical activity behaviors of individuals with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 80, 371-379.
- Ambühl, H. (1993). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Eine empirische Überprüfung der Annahmen des „Generic Model of Psychotherapy“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 41(3), 285-303.
- Ambühl, H. (1996). Die Heuristik-Rating-Skalen: Beschreibung und Anwendung in zwei Kurzzeittherapien. *Zeitschrift für Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 44, 391-414.
- Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., Lisspers, J., Lins, P.-E., Adamson, U., et al. (2009). A cognitive behavior therapy-based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patients- A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 77(1), 72-80.
- Andersen, B.L., Shelby, R.A. & Golden-Kreutz, D.M. (2007). RCT of a psychological intervention for patients with cancer: I. Mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 927-938.
- Anderson, F.J. & Winkler, A.E. (2007). An Integrated Model of Group Psychotherapy for Patients with Fibromyalgia. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(4), 451-474.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E. & Lustman, P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes - A meta-analysis. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.
- Antoni, M.H. (2003). Stress management effects on psychological, endocrinological, and immune functioning in men with HIV infection: Empirical support for a psychoneuroimmunological model. *Stress - the International Journal on the Biology of Stress*, 6(3), 173-188.
- Arnold, K. & Lang, E. (1994). *Patientenzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung.* Hamburg: Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin.
- Association, A.P. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV (Vol. 4).* Washington DC: APA.
- Association, A.P. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 1-45.
- Au, A., Chan, F.F., Li, K., Leung, P., Li, P. & Chan, J. (2003). Cognitive-behavioral group treatment program for adults with epilepsy in Hong Kong. *Epilepsy & Behavior*, 4(4), 441-446.
- Avogaro, A., Giorda, C. & Maggini, M. (2007). Incidence of coronary heart disease in type 2 diabetic men and women: impact of microvascular complications, treatment and geographic location. *Diabetes Care*, 30, 1241-1247.
- Backenstraß, M., Hingman, S. & Fiedler, P., Kronmüller, A., Mundt, Ch. (2004). Gruppenerleben im Verlauf eines kognitiv- verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms für depressive Patienten. 40, 179-192.
- Bakali, J.V., Baldwin, S.A. & Lorentzen, S. (2009). Modeling group process constructs at three stages in group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(3), 332-343.
- Baker, K.D. & Neimeyer, R.A. (2003). Therapist training and client characteristics as predictors of treatment response to group therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 13(2), 135-151.
- Baldwin, S.A., Murray, D.M. & Shadish, W.R. (2005). Empirically supported treatments or type I errors? Problems with the analysis of data from group-administered treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 924-935.

- Bales, R.F., Cohen, S.P. & Williamson, S.A. (1982). SYMLOG. Ein System für die mehrstufige Beobachtung von. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., et al. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 184-196.
- Barkham, M., Rees, A., Stiles, W.B., Shapiro, D.A., Hardy, G.E. & Reynolds, S. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5).
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky - Evaluationsmöglichkeiten von Psychotherapieprozessen im stationären Setting. *Psychotherapeut*, 40(1).
- Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung psychotherapeutischer Prozessforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 3-22.
- Beck, A.T., Rusch, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1999). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz.
- Bednar, R.L. & Kaul, T. (1994). Experiential group research. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed., pp. 631-663). New York: John Wiley & Sons.
- Benjamin, L.S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review*, 81, 341-352.
- Berking, M., Orth, U. & Lutz, W. (2006). Wie effektiv sind systematische Rückmeldungen des Verlaufs an den Therapeuten? Eine empirische Studie in einem stationär-verhaltenstherapeutischen Setting. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 21-29.
- Bernhard, H., Burlingame, G., Flores, P., Green, L., Joyce, A., Kobos, J.C., et al. (2008). Clinical Practice Guidelines for Group Psychotherapy. 58(4), 455-542.
- Berrios, G.E. & Bulbena-Villarasa, A. (1990). The Hamilton Depression Scale and the numerical description of the symptoms of depression. *Psychopharmacology series*, 9, 80-92.
- Bieling, P.J., McCabe, R.E. & Antony, M.M. (2007). *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*. New York: Guilford Press.
- Black, S.A., Markides, K.S. & Ray, L.A. (2003). Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 26(10), 2822-2828.
- Bleichhardt, G., Timmer, B. & Rief, W. (2004). Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms - a randomised controlled trial in tertiary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 449-454.
- Bloch, S.C., E. C. (1985). *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bogner, H.R., Morales, K.H., Post, E.P. & Bruce, M.L. (2007). Diabetes, depression, and death: a randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (PROSPECT). *Diabetes Care*, 30(12), 3005-3010.
- Borkovec, T.D. & Nau, S.D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (Vol. 4). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (Vol. 4). Berlin: Springer.
- Bossert, B., Wiegand, M., Schmölz, U., Paessens, H. & Krieg, J.-C. (1990). Stationäre Behandlung im Urteil von Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen. *Praxis Psychotherapie und Psychosomatik*, 35, 323-328.
- Bostwick, G. (1987). Where's Mary? A review of the group treatment dropout literature. *Social Work with Groups*, 10, 117-131.

- Braaten, L.J. (1990). The different patterns of group climate critical incidents in high and low cohesion sessions of group-psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40(4), 477-493.
- Bradley, C. (1999). Diabetes treatment satisfaction questionnaire. *Diabetes Care*, 22(3), 530-532.
- Bramesfeld, A., Grobe, T. & Schwartz, F.W. (2010). Prevalence of depression diagnosis and prescription of antidepressants in East and West Germany: an analysis of health insurance data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(3), 329-335.
- Braun, U. (2003). Was ein Stundenbogen erzählt... Eine Studie zum Prädiktorwert von Post-Session Stundenbogen für den Therapieerfolg. Dissertation Universität Bern. www.stub.unibe.ch/download/eldies/04braun_u.pdf.
- Bredel, S., Brunner, R., Haffner, J. & Resch, F. (2004). Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten - Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53(4), 256-276.
- Breisacher, S., Ries, H., Bischoff, C. & Ehrhardt, M. (2003). Evaluation der Bad Dürkheimer Psychosomatikgruppe. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53(7), 302-309.
- Bryan, C.J., Songer, T.J., Brooks, M.M., Thase, M.E., Gaynes, B.N., Klinkman, M., et al. (2008). A comparison of baseline sociodemographic and clinical characteristics between major depressive disorder patients with and without diabetes: A STAR*D report. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 113-120.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M., Morfeld, M., Kohlmann, T., Nantke, J., van den Bussche, H., Dodt, B., et al. (2003). Der SF-36 in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung--Ergebnisse aus dem Norddeutschen Verbund für Rehabilitationsforschung (NVRF) im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften. *Die Rehabilitation*, 42(4).
- Burlingame, G.M. (2010). Small group treatments: Introduction to special section. *Psychotherapy Research*, 20(1), 1-7.
- Burlingame, G.M., Fuhrman, A. & Johnson, J.E. (2002). Cohesion in group psychotherapy. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 71-87). New York: Oxford University Press.
- Burlingame, G.M., Fuhrman, A. & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics-Theory Research and Practice*, 7(1), 3-12.
- Burlingame, G.M., Kircher, J. & Taylor, S. (1994). Methodological considerations in group psychotherapy research: Past, present, and future practice. In *Handbook of group psychotherapy* (pp. 41-80). New York: Wiley.
- Burlingame, G.M. & Krogel, J. (2005). Relative efficacy of individual versus group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55(4), 607-611.
- Burlingame, G.M., MacKenzie, K.R. & Strauß, B. (2004). Small-Group Treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy & behavior change* (Vol. 5, pp. 647-696). New York: Wiley.
- Burlingame, G.M. & Strauß, B. (2010). Behandlungseffekte: ambulante Gruppen. In V. Tschuschke (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (pp. 126-131). Stuttgart: Thieme.
- Burlingame, G.M., Strauß, B. & Johnson, J. (2008). Gibt es generelle Veränderungsmechanismen in Gruppenbehandlungen? Eine Einführung in ein konzeptuelles Modell. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 44(3), 177-214.
- Byrne, B.M. (2001). *Structural Equation Modeling with AMOS. Basic Concepts, Applications and Programming*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (Vol. 2). München: Pearson Studium.

- Carroll, K.M., Nich, C. & Rounsaville, B.J. (1998). Utility of therapist session checklists to monitor delivery of coping skills treatment for cocaine abusers. *Psychotherapy Research*, 8(3), 307-320.
- Caspar, F. & Grosse Holtforth, M. (2009). Responsiveness - Eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(1), 61-69.
- Caspar, F., Grossmann, C., Unmüssig, C. & Schramm, E. (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 91-102.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J. & Hayes, A.M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504.
- Castonguay, L.G., Pincus, A.L., Agras, W.S. & Hines, C.E. (1998). The role of emotion in group cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: When things have to feel worse before they get better. *Psychotherapy Research*, 8(2), 225-238.
- Chapman, C.L., Baker, E.L., Porter, G., Thayer, S.D. & Burlingame, G.M. (2010). Rating Group Therapist Interventions: The Validation of the Group Psychotherapy Intervention Rating Scale. *Group Dynamics-Theory Research and Practice*, 14(1), 15-31.
- Chapman, C.L., Burlingame, G.M., Gleave, R., Rees, F., Beecher, M. & Porter, G.S. (2012). Clinical prediction in group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22(6), 673-681.
- Cheung, N., Wang, J.J. & Klein, R. (2007). Diabetic retinopathy and the risk of coronary heart disease: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Diabetes Care*, 30, 1742-1746.
- Ciechanowski, P.S., Katon, W.J. & Russo, J.E. (2000). Depression and diabetes - Impact of depression symptoms on adherence, function, costs. *Archives of Internal Medicine*, 160(21), 3278-3285.
- Clark, L.A. & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3).
- Cochran, J. & Conn, V.S. (2008). Meta-analysis of quality of life outcomes following diabetes self-management training. *Diabetes Educator*, 34(5), 815-823.
- Coco, G.L., Gullo, S., Prestano, C. & Gelso, C.J. (2011). Relation of the real relationship and the working alliance to the outcome of brief psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(4), 359-367.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences (Vol. 2)*. New York: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S.G. & Aiken, L.S. (2003a). *Applied multiple Regression. Correlation Analysis for the behavioural sciences (Vol. 3)*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S.G. & Aiken, L.S. (2003b). Random Coefficient Regression and Multilevel Models. In J. Cohen, P. Cohen, S.G. West & L.S. Aiken (Eds.), *Applied Multiple Regression. Correlation Analysis for the behavioral sciences (Vol. 3, pp. 536-607)*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Conn, V.S., Hafdahl, A.R., LeMaster, J.W., Ruppar, T.M., Cochran, J.E. & Nielsen, P.J. (2008). Meta-analysis of health behavior change interventions in type 1 diabetes. *American Journal of Health Behavior*, 32(3), 315-329.
- Corey, G. (2000). *Theory and practice of group counseling (Vol. 5)*. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
- Corsini, R.J. & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy. Process and dynamics. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 51, 406-411.
- Cox, D.J., Gonder-Frederick, L. & Polonsky, W. (2001). Blood glucose awareness training (BGAT II). Long-term benefits. *Diabetes Care*, 24, 637-642.
- Cox, D.J., Gonder-Frederick, L. & Ritterband, L. (2006). Blood glucose awareness training: what is it, where is it and where is it going? *Diabetes Spectrum*, 19, 43-49.

- Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S. & Gallop, R. (2011). The Dependability of Alliance Assessments: The Alliance-Outcome Correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 267-278.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S.D. & Andersson, G. (2009). Adding Psychotherapy to Pharmacotherapy in the Treatment of Depressive Disorders in Adults: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(9), 1219-1229.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S.D. & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40(2), 211-223.
- Czogalik, D. (1999). Methoden der Psychotherapieforschung - Möglichkeiten und Grenzen. In H. Petzold & M. Märten (Eds.), *Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis*. (Vol. 1, pp. 151-174). Opladen: Leske und Budrich.
- Davies, D.R., Burlingame, G.M., Johnson, J.E., Gleave, R.L. & Barlow, S.H. (2008). The effects of a feedback intervention on group process and outcome. *Group Dynamics-Theory Research and Practice*, 12(2), 141-154.
- Davies-Osterkamp, S., Jung, K. & Ott, J. (1992). Therapeutische Faktoren in zwei Formen von psychoanalytisch orientierter Gruppentherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 42(3-4).
- DDG. (2000). Deutsche Diabetes Gesellschaft. Empfehlungen zur Schulung von Typ-2-Diabetikern im höheren Lebensalter. *Diabetologie Information*, 1, 27-32.
- DeGroot, M., Anderson, R., Freedland, K.E., Clouse, R.E. & Lustman, P.J. (2001). Association of Depression and Diabetes Complications: A Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 63, 619-630.
- Delsignore, A. (2008). Does prior psychotherapy experience affect the course of cognitive-behavioural group therapy for social anxiety disorder? *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 53(8), 509-516.
- Delsignore, A., Carraro, G., Mathier, F., Znoj, H. & Schnyder, U. (2008). Perceived responsibility for change as an outcome predictor in cognitive-behavioural group therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 281-293.
- Depalma, D.M., Gardner, K.G. & Zastowny, T.R. (1984). The development of an instrument for measuring leadership behaviors in therapy groups. *Group*, 8(3), 3-16.
- DeRubeis, R.J. & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 37-52.
- Devries, J.H., Snoek, F.J. & Heine, R.J. (2004). Persistent poor glycaemic control in adult Type 1 diabetes. A closer look at the problem. *Diabetes Medicine*, 21, 1263-1268.
- DGPPN (Ed.). (2009). für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung (Vol. 1). Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF.
- Diabetes-Prevention-Research-Group. (2002). Reduction in the evidence of type 2 diabetes with life-style intervention of metformin. *New England Journal of Medicine*, 346, 393-403.
- Dierick, P. & Lietaer, G. (2008). Client perception of therapeutic factors in group psychotherapy and growth groups: An empirically-based hierarchical model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(2), 203-230.
- Dies, R.R. (1994). Therapist Variables in Group Psychotherapy Research. In A. Fuhrman & G.M. Burlingame (Eds.), *Handbook of Group Psychotherapy. An Empirical and Clinical Synthesis*. New York: Wiley & Sons.
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2010). Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen (Vol. 5). Bern: Hans Huber.
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S. & Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment - Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101-2107.

- Dirmaier, J., Krattenmacher, T., Watzke, B., Koch, U., Schulz, H. & Barghaan, D. (2010). Evidenzbasierte Behandlungen in der Rehabilitation von Patienten mit Depression - Eine Literaturübersicht. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60(3-4), 83-97.
- Dirmaier, J., Watzke, B., Koch, U., Schulz, H., Lehnert, H., Pieper, L., et al. (2010). Diabetes in Primary Care: Prospective Associations between Depression, Nonadherence and Glycemic Control. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(3), 172-178.
- Dobson, K.S. (1989). A meta - analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414-419.
- Dziewas, H. (1980). Instrumentelle Gruppenbedingungen und individueller Lernprozess. In K. Grawe (Ed.), *Verhaltenstherapie in Gruppen* (pp. 27-55). München: Urban & Schwarzenberg.
- Ebner-Eschenbach, M. (1880). *Aphorismen*. Berlin: Franz Ebhardt.
- Echeverry, D., Duran, P., Bonds, C., Lee, M. & Davidson, M.B. (2009). Effect of pharmacological treatment of depression on A1C and quality of life in low-income Hispanics and African Americans with diabetes: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, 32(12), 2156-2160.
- Eckert, J. (1976). GEB. Gruppen-Erfahrungs-Bogen. Zur Prognose von psychotherapeutischen Effekten bei unterschiedlichen Behandlungsmethoden. Eine Darstellung der Probleme, ihre Ursachen und ein Lösungsvorschlag. *Zeitschrift für Klinische Psychologie-Forschung und Praxis*, 5(3), 153-163.
- Eckert, J. (1996). Indikation und Prognose. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Eds.), *Methoden der empirischen Gruppenpsychotherapieforschung*. Ein Handbuch. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Eckert, J. (2001). Indikation und Prognose in der Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke (Ed.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (pp. S. 56-64). Stuttgart: Thieme.
- Eckert, J. (2010). Indikation und Prognose. In V. Tschuschke (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (pp. 44-50). Stuttgart: Thieme.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1985). *Stationäre Gruppenpsychotherapie - Prozesse, Effekte, Vergleiche*. Berlin: Springer.
- Eckert, J., Bolz, W. & Pfuhlmann, K. (1979). Überprüfung der Vorhersagbarkeit von psychotherapeutischen Effekten auf Grund der "Ansprechbarkeit" des Klienten bei Gesprächspsychotherapie und psychodynamischer Kurztherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 169-180.
- Edwards, D.J. & Kannan, S. (2006). Identifying and Targeting Idiosyncratic Cognitive Processes in Group Therapy for Social Phobia: The case of Vumile. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 2(1), 1-30.
- Egede, L.E. (2004). Effects of depression on work loss and disability bed days in individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 27(7), 1751-1753.
- Egede, L.E., Nietert, P.J. & Zheng, D. (2005). Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care*, 28(6), 1339-1345.
- Eid, M., Geiser, C. & Nussbeck, F. (2008). Neuere psychometrische Ansätze der Veränderungsmessung. *Zeitschrift für Psychiatrie Psychologie und Psychotherapie*, 56(3), 181-189.
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2010). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Eigenmann, C.A., Colagiuri, R., Skinner, T.C. & Trevena, L. (2009). Are current psychometric tools suitable for measuring outcomes of diabetes education? *Diabetic Medicine*, 26(4).
- Ell, K., Katon, W., Xie, B., Lee, P.J., Kapetanovic, S., Guterman, J., et al. (2010). Collaborative Care Management of Major Depression Among Low-Income, Predominantly Hispanic Subjects With Diabetes A randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 33(4), 706-713.
- Elliot, R. & Anderson, C. (1994). Simplicity and complexity in psychotherapy research. In R.L. Russel (Ed.), *Reassessing psychotherapy research*. (pp. 65-113). New York: Guilford.

- Elliot, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: an analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.
- Elliott, R. & Wexler, M.M. (1994). Measuring the impact of sessions in-process experimental therapy of depression- the session impacts scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 166-174.
- Elvins, R. & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187.
- Emmelkamp, P.M. (2004). Behavior Therapy with Adults. In M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (Vol. 5, pp. 393-446). New York: John Wiley & Sons.
- Ertle, A., Joormann, J., Wahl, K. & Kordon, A. (2009). Sagen dysfunktionale Kognitionen den Therapieerfolg voraus? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(1), 44-51.
- Evans, N.J. & Jarvis, P.A. (1986). The group attitude scale-a measure of attraction to group. *Small Group Behavior*, 17(2), 203-216.
- Evensen, E.P. & Bednar, R.L. (1978). Effects of specific cognitive and behavioral structure on early group-behavior and atmosphere. *Journal of Counseling Psychology*, 25(1), 66-75.
- Eysenck, H.J. (1952). *The scientific study of personality*. London: Routledge & Kegan.
- Fehm-Wolfsdorf, G. (2003). Diabetes mellitus. In U. Ehlert (Ed.), *Verhaltensmedizin* (pp. 531-548). Berlin: Springer.
- Feild, H.S. & Armenakis, A. (1974). Use of multiple tests of significance in psychological research. *Psychological Reports*, 35(1), 427-431.
- Fiedler, P. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. (2001). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. In V. Tschuschke (Ed.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (pp. 343-348). Stuttgart: Thieme.
- Fiedler, P. (2005). *Verhaltenstherapie in Gruppen* (Vol. 2). Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. (2010). *Verhaltenstherapie in Gruppen - Teil I*. In V. Tschuschke (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken*. Stuttgart: Thieme.
- Fiedler, P., Niedermeier, T. & Mundt, C. (1986). Therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen und Familien von schizophrenen Patienten. *Gruppendynamik-Zeitschrift für angewandte Sozialpsychologie*, 17(3).
- Filipp, S.H. (1995). *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Flowers, J.V. & Booraem, C.D. (1990). The frequency and effect on outcome of different types of interpretation in psychodynamic and cognitive behavioral group-psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40(2).
- Floyd, F.J. & Widaman, K.F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7(3), 286-299.
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Symonds, D. & Horvath, A.O. (2012). How Central Is the Alliance in Psychotherapy? A Multilevel Longitudinal Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17.
- Flückiger, C. & Grosse Holtforth, M. (2008). Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: A preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 876-890.
- Flückiger, C., Meyer, A., Wampold, B.E., Gassmann, D., Messerli-Burgy, N. & Munsch, S. (2011). Predicting Premature Termination Within a Randomized Controlled Trial for Binge-Eating Patients. *Behavior Therapy*, 42(4), 716-725.
- Flückiger, C., Regli, D. & Grawe, K. (2005). Allgemeine Psychotherapie im Gruppensetting: Das Zusammenspiel von gruppen- und interventionsspezifischen Wirkfaktoren. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 41(3), 306-322.
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S. & Caspar, F. (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(2), 71-79.

- Ford, E.S., Bergmann, M.M., Kröger, J., Schienkiewitz, A., Weikert, C. & Boeing, H. (2009). Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study. *Archives of Internal Medicine*, 10; 169(15), 1355-1362.
- Forsyth, D.R. & Corazzini, J.R. (2000). Groups as change agents. In C.R. Snyder & R.E. Ingram (Eds.), *Psychological Change* (pp. 309-336). New York: John Wiley & Sons.
- Freyberger, H.J. (2007). Gruppenpsychotherapie- eine vernachlässigte Methode? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55(2), 73-74.
- Fries, A., Pfammatter, M., Andres, K. & Brenner, H.D. (2003). Wirksamkeit und Prozessmerkmale einer psychoedukativen und bewältigungsorientierten Gruppentherapie für schizophren und schizoaffektiv Erkrankte. *Verhaltenstherapie*, 13(4), 237-243.
- Fuhriman, A. & Burlingame, G.M. (1994). Group psychotherapy: Research and practice. In A. Fuhriman & G.M. Burlingame (Eds.), *Handbook of Group Psychotherapy. An Empirical and Clinical Synthesis* (pp. S. 3-40). New York: John Wiley & Sons.
- Fuhriman, A. & Packard, T. (1986). Group-process instruments - therapeutic themes and issues. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36(3), 399-425.
- Gastpar, M. (2006). Depression und Komorbidität. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.W. Schwartz (Eds.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (pp. 277-286). Heidelberg: Springer.
- Giani, G., Janka, H.U., Hauner, H., Standl, E., Schiel, R., Neu, A., et al. (2004). Epidemiologie und Verlauf des Diabetes mellitus in Deutschland. Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG). http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/leitlinien/EBL_Epidemiologie_Update_2004.pdf.
- Glass, C.R. & Arnkoff, D.B. (2000). Consumer's perspective on helpful and hindering factors in mental health treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1467-1480.
- Glass, C.R., Arnkoff, D.B. & Shapiro, S.J. (2001). Expectations and preferences. *Psychotherapy*, 38(4), 455-461.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49(1), 59-72.
- Golden, S.H., Lazo, M., & Carnethon, M. (2008). Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *Journal of the American Medical Association*, 299, 2751-2759.
- Goldney, R.D., Phillips, P.J., Fisher, L.J. & Wilson, D.H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life - A population study. *Diabetes Care*, 27(5), 1066-1070.
- Goldstein, D. & Frantsve, L.M. (2009). Group Psychotherapy for Chronic Illness: Clinical Applications of Selected Empirical Studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(4), 577-583.
- Gollwitzer, M. & Jäger, R.S. (2009). *Evaluation kompakt*. Weinheim: Beltz.
- Grabhorn, R., Kaufhold, J., Burkhardt, M., Kernhof, K., Overbeck, G. & Gitzinger, I. (2002). Gruppenkohäsion und Abwehrverhalten im Verlauf stationärer Gruppentherapien. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52(6), 275-281.
- Grawe, K. (1980). *Verhaltenstherapie in Gruppen* (Vol. Fortschritte der Klinischen Psychologie). Urban & Schwarzenberg: München.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., & Baltensperger, C. (1998a). Figurationsanalyse – Ein Konzept und Computerprogramm für die Prozess- und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis. In. Tübingen: dgvt Verlag.
- Grawe, K., & Baltensperger, C. (1998b). Figurationsanalyse – Ein Konzept und Computerprogramm für die Prozess- und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis. In A.R. Laireiter & H. Vogel (Eds.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 23, 242-276.

- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 19(4), 338-361.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel- von Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Ohlendorf, H. & Retzmann, A. (1978). Der Gruppenbeurteilungsbogen (GBB): Ein Instrument zur psychometrischen und soziometrischen Prozessanalyse von Gruppenpsychotherapien. In R. Ullrich & R. Ullrich (Eds.), *Soziale Kompetenz. Experimentelle Ergebnisse zum Assertiveness- Training- Programm* (Vol. 1). München: Pfeiffer.
- Greenberg, L.S. & Pinsof, W.M. (1986). *The therapeutic process: a research handbook*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, R.P., Constantino, M.J. & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657-678.
- Greene, L.R. (2000). Group psychotherapy research: Current status and future trends on the dawn of the new millennium. *Group*, 24(2-3), 157-165.
- Grencavage, L.M. & Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology-Research and Practice*, 21(5), 372-378.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K. & Castonguay, L.G. (2006). Predicting a reduction of avoidance motivation in psychotherapy: Toward the delineation of differential processes of change operating at different phases of treatment. *Psychotherapy Research*, 16(5), 626-630.
- Gruyters, T. & Priebe, S. (1994). Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatrische Praxis*, 21, 88-95.
- Gueorguieva, R. & Krystal, J.H. (2004). More over ANOVA: Progress in analyzing repeated-measures data and its reflection in papers published in the Archives of General Psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 61, 310-317.
- Gunzelmann, T., Albani, C., Beutel, M. & Brahler, E. (2006). Die subjektive Gesundheit älterer Menschen im Spiegel des SF-36. Normwerte aus einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2).
- Göllner, R., Gollwitzer, M., Heider, J., Zaby, A. & Schroeder, A. (2010). Auswertung von Längsschnittdaten mit hierarchisch-linearen Modellen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(3), 179-188.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 23(1).
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal Society of Clinical Psychiatry*, 6, 278-296.
- Hamilton, M. (1986). Depression in the fifties. *Gerontology*, 32.
- Hand, I., Lamontag., Y. & Marks, I.M. (1974). Group exposure (flooding) invivo for agoraphobics. *British Journal of Psychiatry*, 124, 588-602.
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W. & Shimokawa, K. (2005). A lab test and an algorithmus for identifying patients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163.
- Hannöver, W., Dogs, C.P. & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit- Ein Maß für den Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45(5), 292-300.
- Hasler, G., Moergeli, H., Bachmann, R., Lambreva, E., Buddeberg, C. & Schnyder, U. (2004). Patient satisfaction with outpatient psychiatric treatment: The role of diagnosis, pharmacotherapy, and perceived therapeutic change. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 49(5), 315-321.
- Haug, S., Sedway, J. & Kordy, H. (2008). Group processes and process evaluations in a new treatment setting: Inpatient group psychotherapy followed by Internet-chat aftercare groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(1), 35-53.

- Hauner, H., & Köster, I. & von Ferber, L. (2003). Prävalenz des Diabetes mellitus in Deutschland 1998-2001. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*(128), 2632-2638.
- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen (Vol. 6)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Die Allgemeine Depressionsskala*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M., deJongMeyer, R., Treiber, R., Rudolf, G.A. & Thien, U. (1996). Wirksamkeit, kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombinationen bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie-Forschung und Praxis*, 25(2), 130-145.
- Hautzinger, M., deJongMeyer, R., Treiber, R., Rudolf, G.A., Thien, U. & Bailer, M. (1996). Verlaufsanalysen und Prädiktoren des Therapieerfolgs bei psychologischer und pharmakologischer Therapie nicht-endogener Depressionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie-Forschung und Praxis*, 25(2), 146-154.
- Heinzel, R. (2010). Behandlungsökonomische Aspekte der Gruppentherapie. In V. Tschuschke (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (pp. 138-143). Stuttgart: Thieme.
- Henkel, V., Mergl, R., Schütze, M., Allgaier, A.-K., Kohnen, R. & Hegerl, U. (2003). Früherkennung depressiver Störungen in der Primärversorgung. *Psychoneurologie*, 29, 35-39.
- Hermanns, N., Kulzer, B., Krichbaum, M., Kubiak, T. & Haak, T. (2006). How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia*, 49(3).
- Herpertz, S., Albus, C., Lichtblau, K., Kohle, K., Mann, K. & Senf, W. (2000). Relationship of weight and eating disorders in type 2 diabetic patients: A multicenter study. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 68-77.
- Herpertz, S., Petrak, F., Albus, C., Hirsch, A., Kruse, J., & Kulzer, B. (2003). Psychosoziales und Diabetes mellitus. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie DDG. Hrsg. Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) und Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM). *Diabetes und Stoffwechsel*, 12(2).
- Herpertz, S., Petrak, F., Kruse, J., Kulzer, B., Lange, K. & Albus, C. (2006). Ess-Störungen und Diabetes mellitus. *Therapeutische Umschau*, 63(8).
- Herrmanns, N., Kulzer, B., Krichbaum, M., Kubiak, T. & Haak, T. (2005). Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. *Diabetic Medicine*, 22, 293-300.
- Hess, H. (1996a). Das Soziogramm nach Hoeck und Hess - eine Methode zur Erfassung soziometrischer Strukturen im Gruppenprozess. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Eds.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Ein Handbuch* (pp. 229-258). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hess, H. (1996b). Zwei Verfahren zur Einschätzung der Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie: Die Behandlungseinschätzung nach Froese und die Bewertungsskala nach Boettcher und Ott. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Eds.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Ein Handbuch* (pp. 142-158). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hewlett, S., Ambler, N., Almeida, C., Cliss, A., Hammond, A., Kitchen, K., et al. (2011). Self-management of fatigue in rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial of group cognitive-behavioural therapy. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 70(6), 1060-1067.
- Hilbert, A., Stein, R.I., Welch, R.R., Saelens, B.E., Mockus, D.S., Matt, G.E., et al. (2007). Pretreatment and process predictors of outcome in interpersonal and cognitive behavioral psychotherapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 645-651.
- Hill, C.E. & Lambert, M.J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Vol. 5, pp. 84-135)*. New York: Wiley.

- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1997). IDCL. Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Hintsch, R. & Pflingsten, U. (1983). Gruppentraining sozialer Kompetenzen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hoberman, H.M., Lewinsohn, P.M. & Tilson, M. (1988). Group treatment of depression: individual predictors of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 393-398.
- Hoffart, A., Borge, F.M., Sexton, H. & Clark, D.M. (2009). The role of common factors in residential cognitive and interpersonal therapy for social phobia: A process-outcome study. *Psychotherapy Research*, 19(1), 54-67.
- Hoffmann, L.L., Gleave, R.L., Burlingame, G.M. & Jackson, A.P. (2009). Exploring Interactions of Improvers and Deteriorators in the Group Therapy Process: A Qualitative Analysis. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(2), 179-197.
- Hoffmann, N. (2005). Strukturierung des Therapieablaufs. In M. Linden & M. Hautzinger (Eds.), *Verhaltenstherapiemanual* (Vol. 5, pp. 17ff). Berlin: Springer.
- Hoffmann, S.O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Therapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut*, 53(1), 4-16.
- Hollon, S.D. & Beck, A.T. (2004). Cognitive and Cognitive Behavioral Therapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (Vol. 5, pp. 447-492). New York: John Wiley & Sons.
- Holmes, S.E. & Kivlighan, D.M. (2000). Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes. *Journal of Counseling Psychology*, 47(4), 478-484.
- Hornsey, M.J., Dwyer, L. & Oei, T.P. (2007). Beyond cohesiveness : Reconceptualizing the link between group processes and outcomes in group psychotherapy. *Small Group Research*, 38(5), 567-592.
- Hornsey, M.J., Dwyer, L., Oei, T.P. & Dingle, G.A. (2009). Group Processes and Outcomes in Group Psychotherapy: Is It Time to Let Go of "Cohesiveness"? *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(2), 267-278.
- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy- a metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S. & Orlinsky, D.E. (1986). The dose -effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2).
- Howard, K.I., Lueger, R.J., Maling, M.S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome-causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 678-685.
- Hox, J. (2002). *Multilevel Analysis. Techniques and Applications*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Hu, L. & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Huang, X., Song, L. & Li, T. (2001). The effect of social support on type II diabetes with depression. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 9, 187-189.
- Hurlburt, M.S., Garland, A.F., Nguyen, K. & Brookman-Frazee, L. (2010). Child and Family Therapy Process: Concordance of Therapist and Observational Perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(3), 230-244.
- Hurley, J.R. (1989). Affiliativeness and outcome in interpersonal groups: Member and leader perceptions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26, 520-523.
- Husaini, B.A., Cummings, S., Kilbourne, B., Roback, H., Sherkat, D., Levine, R., et al. (2004). Group Therapy for depressed elderly women. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54(3), 295-319.
- Höger, D. & Eckert, J. (1997). Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des "Post-Session Outcome" bei Psychotherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26(2), 129-137.
- Ilardi, S.S. & Craighead, W.E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 1(2).

- Imel, Z., Baldwin, S., Bonus, K. & MacCoon, D. (2008). Beyond the individual: Group effects in mindfulness-based stress reduction. *Psychotherapy Research*, 18(6), 735-742.
- Insel, P. & Moos, R. (1972). Experimental investigation of process and outcome in an encounter group. *Human Relations*, 25(5), 441-&.
- Ismail, K., Thomas, S.M. & Maissi, E. (2008). Motivational enhancement therapy with and without cognitive behavior therapy to treat type 1 diabetes: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 149, 708-719.
- Ismail, K., Winkley, K. & Rabe-Hesketh, S. (2004). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet*, 363(9421), 1589-1597.
- Ismail, K., Winkley, K., Stahl, D., Chalder, T. & Edmonds, M. (2007). A cohort study of people with diabetes and their first foot ulcer - The role of depression on mortality. *Diabetes Care*, 30(6), 1473-1479.
- Jacob, G. & Bengel, J. (2003). Die Perspektive der Patienten. In M. Härter, H.W. Linster & R.D. Stieglitz (Eds.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendung* (pp. 119-132). Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, F. (2002). Risiken und Nebenwirkungen verhaltenstherapeutischer Behandlung. In M. Märtens & H. Petzold (Eds.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (pp. 89-108). Mainz: Grünewald.
- Janka, H.U. & Michaelis, D. (2002). Epidemiologie des Diabetes mellitus: Prävalenz, Inzidenz, Pathogenese und Prognose. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 96(3), 159-165.
- Janssen, J. & Laatz, W. (2007). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests.* (Vol. 6). Berlin: Springer.
- Johnson, D.R., Penn, D.L., Bauer, D.J., Meyer, P. & Evans, E. (2008). Predictors of the therapeutic alliance in group therapy for individuals with treatment-resistant auditory hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 171-183.
- Johnson, J. (2008). Using Research-Supported Group Treatments. *Journal of Clinical Psychology*, 64(11), 1206-1224.
- Johnson, J. (2009). Wirksamkeit von Gruppenbehandlungen bei Majorer Depression. *Gruppenpsychotherapie Und Gruppendynamik*, 45(3), 181-207.
- Johnson, J. (2010). Cohesion in Cognitive-Behavioral Group Therapy for Anxiety Disorders and Major Depression. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(1), 153-158.
- Johnson, J., Burlingame, G.M., Olsen, J., Davies, D. & Gleave, R. (2005). Group climate, cohesion, alliance, and empathy in group psychotherapy: Multilevel structural equation models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310-321.
- Johnson, J., Burlingame, G.M., Strauß, B. & Bormann, B. (2008). Therapeutische Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 44(1), 52-89.
- Joyce, A.S. & Kwong, A. (2001). Prozessmethoden in der Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke (Ed.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (pp. 171-179). Stuttgart: Thieme.
- Joyce, A.S., Piper, W.E. & Ogrodniczuk, J.S. (2007). Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 269-296.
- Kallert, T.W. (1991). Patientinnen mit depressiven Erkrankungen bewerten nach Entlassung die therapeutischen Angebote einer psychiatrischen Klinikbehandlung. *Psychiatrische Praxis*, 18, 178-185.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1990). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis.* Heidelberg: Springer.
- Katon, W.J., Russo, J., Lin, E.H.B., Heckbert, S.R., Ciechanowski, P., Ludman, E.J., et al. (2009). Depression and Diabetes: Factors Associated With Major Depression at Five-Year Follow-Up. *Psychosomatics*, 50(6), 570-579.
- Katon, W.J., Russo, J.E., Heckbert, S.R., Lin, E.H.B., Ciechanowski, P., Ludman, E., et al. (2010). The relationship between changes in depression symptoms and changes in

- health risk behaviors in patients with diabetes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(5), 466-475.
- Katon, W.J., Rutter, C., Simon, G., Lin, E.H., Ludman, E., Ciecranowski, P., et al. (2005). The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28(11), 2668-2672.
- Katon, W.J., Simon, G., Russo, J., Von Korff, M., Lin, E.H., Ludman, E., et al. (2004). Quality of depression care in a population-based sample of patients with diabetes and major depression. *Medical Care*, 42(12), 1222-1229.
- Katon, W.J., Von Korff, M., Lin, E.H., Simon, G., Ludman, E., Russo, J., et al. (2004). The pathways study - A randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Archives of General Psychiatry*, 61(10), 1042-1049.
- Kaufman, N.K., Rohde, P., Seeley, J.R., Clarke, G.N. & Stice, E. (2005). Potential mediators of cognitive-behavioral therapy for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 38-46.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C. & Hoogduin, C.A. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy - A review of empirical studies. *Behavior Modification*, 24(2), 264-297.
- Keller, F. (2003). Analyse längsschnittlicher Daten: Anwendung von hierarchisch-linearen Modellen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(1), 51-61.
- Kellet, S., Clarke, S. & Matthews, L. (2007). Delivering group psychoeducational CBT in Primary Care: Comparing outcomes with individual CBT and individual psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*(46), 211-222.
- Kerner, W., Brückel, J. & Böhm, B.O. (2004). Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus. Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG). http://www.deutschediabetesgesellschaft.de/leitlinien/EBL_Klassifikation_Update_2004.pdf.
- Kersting, A., Reutemann, M., Staats, H., Ohrmann, P., Suslow, T. & Arolt, V. (2002). Wirkfaktoren ambulanter Gruppentherapie. Zur praediktiven Validitaet des Gruppenerfahrungsbogens (GEB). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52(7), 294-301.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder - Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama-Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105.
- Kiesler, D.J. (1973). *The process of psychotherapy*. Chicago: Aldine Publishing.
- Kilpatrick, E.S., Rigby, A.S. & Atkin, S.L. (2008). A1C variability and the risk of microvascular complications in type 1 diabetes: data from the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care*, 31, 2198-2202.
- Kivlighan, D.M. & Tarrant, J.M. (2001). Does group climate mediate the group leadership-group member outcome relationship? A test of Yalom's hypotheses about leadership priorities. *Group Dynamics-Theory Research and Practice*, 5(3), 220-234.
- Klappheck, M.A. & Michalak, J. (2009). Patientenziele und Therapieerfolg. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(1), 24-33.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rousanville, B.J. & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Klesse, C., Berger, M., Bermejo, I., Bschor, T., Gensichen, J., Harfst, T., et al. (2010). Evidence-based psychotherapy of depression. *Psychotherapeut*, 55(3), 247-262.
- Knol, M.J., Twisk, J.W.R., Beekman, A.T.F., Heine, R.J., Snoek, F.J., & Pouwer, F. (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, 49(5), 837-845.
- Koban, C., Willutzki, U. & Schulte, D. (2005). Zur aktuellen Stimmung von Patienten: Wie relevant ist sie im Therapiegeschehen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(1), 39-46.
- Koenig, H.G., George, L.K., Peterson, B.L. & Pieper, C.F. (1997). Depression in medically ill hospitalized older adults: Prevalence, characteristics, and course of symptoms

- according to six diagnostic schemes. *American Journal of Psychiatry*, 154(10), 1376-1383.
- Kolden, G.G. (1996). Change in early sessions of dynamic therapy: Universal processes and the generic model of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 489-496.
- Kolden, G.G. & Howard, K.I. (1992). An empirical test of the generic model of psychotherapy. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 1(3).
- Kordy, H. & Senf, W. (1992). Therapieabbrecher in geschlossenen Gruppen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 42(3-4), 127-133.
- Krampen, G. & Wald, B. (2001). Kurzinstrumente für die Prozessevaluation und adaptive Indikation in der Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie und Beratung. *Stundenbogen für die Einzel-Psychotherapie und -Beratung (STEP)*. *Diagnostica*, 47(1), 43-50.
- Krogel, J., Beecher, M.E., Presnell, J., Burlingame, G.M. & Simonsen, C. (2009). The Group Selection Questionnaire: A Qualitative Analysis of Potential Group Members. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(4), 529-542.
- Krumbholtz, J.D. & Potter, B. (1980). Verhaltenstherapeutische Techniken für die Entwicklung von Vertrauen, Kohäsion und Zielorientierung in Gruppen. In K. Grawe (Ed.), *Verhaltenstherapie in Gruppen* (pp. 56-65). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kruse, J., Petrak, F., Herpertz, S., Albus, C., Lange, K. & Kulzer, B. (2006). Eine bedrohliche Interaktion: Diabetes mellitus und Depression. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52(3), 289-309.
- Kröner-Herwig, B. (1997). *Psychologische Behandlung des chronischen Tinnitus*. Weinheim: Beltz.
- Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Lederbogen, F., et al. (2009). Psychosoziales und Diabetes mellitus. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie DDG. Aktualisierte Version 2009. Hrsg. Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) und Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM). *Diabetologie und Stoffwechsel*, 4(2), 113-200.
- Kulzer, B., Hermanns, N. & Ebert, M.J. (2002). Problembereiche bei Diabetes. (PAID) - Ein neues Messinstrument zur Erfassung der Emotionalen Anpassung an Diabetes. *Diabetes und Stoffwechsel*(11), 144.
- Laireiter, A.-R. (2008). Konzeptuelle Aspekte und Gestaltungsmöglichkeiten der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Eds.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Band 2. Spezieller Teil. (pp. 1129-1178). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Laireiter, A.R. (2000). Therapiebegleitende Diagnostik: Verlaufs- und Prozessdiagnostik. In A.R. Laireiter (Ed.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (pp. 321-339). Wien: Springer.
- Laireiter, A.R. (2008). Konzeptuelle Aspekte und Gestaltungsmöglichkeiten der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Eds.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Band 2. Spezieller Teil. (pp. 1129-1178). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357-361.
- Lambert, M.J., Hannöver, W., Nisslmüller, K., Richard, M. & Kordy, H. (2002). Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(1).
- Lambert, M.J., Hansen, N.B. & Finch, A.E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2).
- Lambert, M.J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J.L. & Hawkins, E.J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 165-174.

- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (Vol. 5, pp. 139-193). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M.J. & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72-79.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Hawkins, E.J., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L. & Smart, D.W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 10(3), 288-301.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Smart, D.W., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L. & Hawkins, E.J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11(1), 49-68.
- Lamers, F., Jonkers, C.C.M., Bosma, H., Kempen, G., Meijer, J., Penninx, B., et al. (2010). A Minimal Psychological Intervention in Chronically Ill Elderly Patients with Depression: A Randomized Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(4), 217-226.
- Leimkühler, A.M. & Müller, U. (1996). Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt*, 67, 765-773.
- Lejuez, C.W. & Hopko, D.R. (2005). The therapeutic alliance in behavior therapy. *Psychotherapy*, 42(4).
- Lerner, P. & Ermann, G. (1976). Der Stuttgarter Bogen (SB) zur Erfassung des Erlebens in der Gruppe. *Gruppendynamik*, 2, 133-140.
- Lese, K.P. & MacNair-Semands, R.R. (2000). The therapeutic factors inventory: Development of a scale. *Group*, 24(4), 303-317.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. In R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression* (pp. 157-178). New York: Wiley.
- Lewinsohn, P.M. & Clarke, G.N. (1984). Group treatment of depressed individuals- the coping with depression course. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 6(2), 99-114.
- Lewis, J.R. (1994). Patient views on quality care in general practice- literature review. *Social Science & Medicine*, 39(5).
- Li, C., Ford, E.S. & Zhao, G. (2009). Association between diagnosed diabetes and serious psychological distress among U.S. adults: the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *International Journal of Public Health*, 54(1), 43-51.
- Liebermann, R., Yalom, I.D. & Miles, M.B. (1973). Encounter-leader makes difference. *Psychology Today*, 6(10).
- Lienert, G. & Ratz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse* (Vol. 6). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Lilienfeld, S.O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70.
- Lin, E.H., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G.E., Oliver, M., et al. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*, 27(9), 2154-2160.
- Lin, E.H., Rutter, C.M., Katon, W., Heckbert, S.R., Ciechanowski, P., Oliver, M.M., et al. (2010). Depression and Advanced Complications of Diabetes - A prospective cohort study. *Diabetes Care*, 33(2), 264-269.
- Lindgren, A., Barber, J.P. & Sandahl, C. (2008). Alliance to the group-as-a-whole as a predictor of outcome in psychodynamic group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(2), 163-184.
- Lingiardi, V., Colli, A., Gentile, D. & Tanzilli, A. (2011). Exploration of Session Process: Relationship to Depth and Alliance. *Psychotherapy*, 48(4), 391-400.
- Luborsky, L., Critschroph, P., Alexander, L., Margolis, M. & Cohen, M. (1983). 2 Helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy- a counting signs vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(8).
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T.P., Berman, J.S., Levitt, J.T., et al. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well - Mostly. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9(1), 2-12.

- Lueger, R.J. (1995). Ein Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung. *Psychotherapeut*, 40(5), 267-278.
- Lueger, R.J. (1998). Using feedback on patient progress to predict the outcome of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 383-393.
- Luke, D.A. (2004). *Multilevel Modeling*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lustman, P.J., Anderson, R.J., Freedland, K.E., de Groot, M., Carney, R.M. & Clouse, R.E. (2000). Depression and poor glycemic control - A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23(7), 934-942.
- Lustman, P.J. & Clouse, R.E. (2007). Depression in diabetes: The chicken or the egg? *Psychosomatic Medicine*, 69(4), 297-299.
- Lustman, P.J. Clouse, R.E., Nix, B.D., Freedland, K.E., Rubin, E.H., McGill, J.B., et al. (2006). Sertraline for prevention of depression recurrence in diabetes mellitus - A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 521-529.
- Lustman, P.J., Freedland, K.E., Griffith, L.S. & Clouse, R.E. (1998). Predicting response to cognitive behavior therapy of depression in type 2 diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 20(5), 302-306.
- Lustman, P.J., Freedland, K.E., Griffith, L.S. & Clouse, R.E. (2000). Fluoxetine for depression in diabetes - A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, 23(5), 618-623.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Clouse, R.E., Freedland, K.E., Eisen, S.A., Rubin, E.H., et al. (1997). Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: Results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 241-250.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Freedland, K.E., Kissel, S.S. & Clouse, R.E. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus - A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 129(8), 613.
- Lutz, W. (2002). Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychotherapy Research*, 12(3), 251-272.
- Lutz, W. (2003). *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt.
- Lutz, W., Boehnke, J., Koeck, K. & Bittermann, A. (2011). Diagnostik und psychometrische Verlaufsrückmeldungen im Rahmen eines Modellprojektes zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4).
- Lutz, W., Grawe, K. & Tholen, S. (2003). Prognose des individuellen Behandlungsverlaufs für unterschiedliche klinisch -therapeutische Behandlungsmodalitäten in der Verhaltenstherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*, 51(1), 51-70.
- Lutz, W., Lambert, M.J., Harmon, S.C., Tschitsaz, A., Schurch, E. & Stulz, N. (2006). The probability of treatment success, failure and duration - What can be learned from empirical data to support decision making in clinical practice? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(4), 223-232.
- Lutz, W., Martinovich, Z. & Howard, K.I. (2001). Vorhersage individueller Psychotherapieverläufe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30(2).
- Lutz, W., Rafaeli, E., Howard, K.I. & Martinovich, Z. (2002). Adaptive modeling of progress in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 12(4), 427-443.
- Lutz, W., Saunders, S.M., Leon, S.C., Martinovich, Z., Kosfelder, J., Schulte, D., et al. (2006). Empirically and clinically useful decision making in psychotherapy: Differential predictions with treatment response models. *Psychological Assessment*, 18(2), 133-141.
- Lutz, W., Stulz, N. & Koeck, K. (2009). Patterns of early change and their relationship to outcome and follow-up among patients with major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118(1-3).

- Lutz, W., Stulz, N., Smart, D.W. & Lambert, M.J. (2007). Die Identifikation früher Veränderungsmuster in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(2), 93-104.
- Lutz, W., Tholen, S., Kosfelder, J., Grawe, K. & Schulte, D. (2005). Zur Entwicklung von Entscheidungsregeln in der Psychotherapie. Die Validierung von Vorhersagemodellen mit einer sequenzanalytischen Methode. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 165-175.
- Löffler, J., Bormann, B., Burlingame, G. & Strauß, B. (2007). Patientenauswahl für die Gruppentherapie- Eine Validierungsstudie des Group Selection Questionnaire (GSQ) bei deutschen Klinikstichproben. *Zeitschrift für Psychiatrie Psychologie und Psychotherapie*, 55(2), 75-86.
- Löwe, C.E., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Kompletversion und Kurzform, (Vol. 2). Karlsruhe: Pfizer.
- Maas, C.J. & Hox, J. (2004). The influence of violations of assumptions on multilevel parameter estimates and their standard errors. *Computational Statistics and Data Analysis*, 46, 427-440.
- MacKenzie, K.R. (1990). *Introduction to time-limited group psychotherapy* (1 ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- MacKenzie, K.R. (1994). Group development. In A. Fuhriman & G.M. Burlingame (Eds.), *Handbook of Group Psychotherapy. An empirical and clinical synthesis* (pp. 223-268). New York: Wiley.
- MacKenzie, K.R. (1996). Der Gruppenklima-Fragebogen (Group Climate Questionnaire, GCQ-S). In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Eds.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Ein Handbuch* (pp. 172-195). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- MacKenzie, K.R. (2001). Klinische Berücksichtigung von Phasen der Gruppenentwicklung. In V. Tschuschke (Ed.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (pp. 134-139). Stuttgart: Thieme.
- Macnair, R.R. & Corazzini, J.G. (1994). Client factors influencing group-therapy dropout. *Psychotherapy*, 31(2), 352-362.
- MacNair-Semands, R.R. (2002). Predicting attendance and expectations for group therapy. *Group Dynamics-Theory Research and Practice*, 6(3), 219-228.
- MacNair-Semands, R.R. & Lese, K.P. (2000). Interpersonal problems and the perception of therapeutic factors in group therapy. *Small Group Research*, 31(2), 158-174.
- Magen, R.H. & Mangiardi, E. (2005). Groups and Individual Change. In S.A. Wheelan (Ed.), *The Handbook of Group Research and Practice* (pp. 351-361). Thousand Oaks: Sage.
- Marquet, A. (2008). Kohäsion in psychotherapeutischen Gruppen. Entwicklung und Anwendung einer Skala zur Messung von Gruppenkohäsion unter Berücksichtigung der Perspektiven Patient, Therapeut und Beobachter. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Marziali, E., MunroeBlum, H. & McCleary, L. (1997). The contribution of group cohesion and group alliance to the outcome of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 47(4), 475-497.
- Mayou, R.A., Ehlers, A. & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims - Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589-593.
- McDermut, W., Miller, I.W. & Brown, R.A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 8(1), 98-116.
- McEvoy, P.M. & Nathan, P. (2007). Effectiveness of cognitive behavior therapy for diagnostically heterogeneous groups: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 344-350.

- McLeod, B.D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 603-616.
- McRoberts, C., Burlingame, G.M. & Hoag, M.J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective., 2,2, 101-117.
- Messer, S.B. & Wampold, B.E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9(1), 21-25.
- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F. & Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs. Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(2), 94-103.
- Michalak, J. & Schulte, D. (2002). Zielkonflikte und Therapiemotivation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(3), 213-219.
- Mier, N., Bocanegra-Alonso, A., Zhan, D., Wang, S., Stoltz, S.M., Acosta-Gonzalez, R.I., et al. (2008). Clinical depressive symptoms and diabetes in a binational border population. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 21(3), 223-233.
- Mintz, J., Mintz, L.I., Arruda, M.J. & Hwang, S.S. (1992). Treatments of depression and the functional-capacity to work. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 761-768.
- Mohr, D.C. (1995). Negative outcome in psychotherapy - a critical-review. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 2(1), 1-27.
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2007). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer.
- Mooy, J.M., de Vries, H., Grootenhuis, P.A., Bouter, L.M. & Heine, R.J. (2000). Major stressful life events in relation to prevalence of undetected type 2 diabetes - The Hoorn study. *Diabetes Care*, 23(2), 197-201.
- Moreno, J.K. (1994). Group treatment for Eating Disorders. In A. Fuhriman & G.M. Burlingame (Eds.), *Handbook of Group Psychotherapy. An Empirical and Clinical Synthesis* (pp. 416-457). New York: Wiley & Sons.
- Morillo-Falero, M. (2009). "Relatedness as an Indicator of Group Cohesion and Its Relationship to Outcomes of a Group-Based CBSP Intervention for Women Who have Completed Treatment for Breast Cancer". Open Access Dissertations. Paper 293. http://scholarlyrepository.miami.edu/oa_dissertations/293.
- Morran, D.K., Stockton, R. & Whittingham, M. (2004). Effective leader interventions for counseling and therapy groups. In J.L. DeLucia-Waack, D.A. Gerrity, C.R. Kalonder & M.T. Riva (Eds.), *Handbook of group counseling and psychotherapy* (pp. 3-22). Thousand Oaks: Sage.
- Motherwell, L. & Shay, J.J. (2005). *Complex dilemmas in group psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Mummendey, H.D. & Grau, I. (2008). *Die Fragebogen-Methode*. Göttingen: Hogrefe.
- Murray, D.M., Varnell, S.P., & Blitstein, J.L. (2004). Design and analysis of group-randomized trials: A review of recent methodological developments. *American Journal of Public Health*, 94(3), 423-432.
- Mynorswallis, L.M., Gath, D.H., Lloydthomas, A.R. & Tomlinson, D. (1995). Randomized controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *British Medical Journal*, 310(6977), 441-445.
- Müller, M.J. & Dragicevic, A. (2003). Standardized rater training for the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17) in psychiatric novices. *Journal of Affective Disorders*, 77(1).
- Najavits, L.M. & Strupp, H.H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists - a process outcome study. *Psychotherapy*, 31(1), 114-123.
- Nathan, D.M., Buse, J.B. & Davidson, M.B. (2009). Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*, 32, 193-203.
- Nietzel, M., Russel, R., Hemmings, K. & Gretter, M. (1987). Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 156-161.

- Norris, S.L. (2005). Health-related quality of life among adults with diabetes. *Current Diabetes Report*, 5, 124-130.
- Norris, S.L., Engelgau, M.M. & Narayan, K.M.V. (2001). Effectiveness of self management training in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 24, 561-587.
- Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C.E., Peyrot, M., Ismail, K., et al. (2010). Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 53(12), 2480-2486.
- Oei, T.P. & Browne, A. (2006). 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.
- Oei, T.P., Bullbeck, K. & Campbell, J.M. (2006). Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 92(2-3), 231-241.
- Oei, T.P. & Dingle, G. (2008). The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 5-21.
- Oei, T.P. & Kazmierczak, T. (1997). Factors associated with dropout in a group cognitive behaviour therapy for mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 35(11), 1025-1030.
- Oei, T.P. & Shuttlewood, G.J. (1997). Comparison of specific and nonspecific factors in a group cognitive therapy for depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28(3), 221-231.
- Oei, T.P. & Shuttlewood, G.J. (1999). Development of a satisfaction with therapy and therapist scale. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(5), 748-753.
- Ogrodniczuk, J.S. (2010). Gruppenvorbereitung. In V. Tschuschke (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (pp. 55-57). Stuttgart: Thieme.
- Olden, M., Rosenfeld, B., Pessin, H. & Breitbart, W. (2009). Measuring Depression at the End of Life Is the Hamilton Depression Rating Scale a Valid Instrument? *Assessment*, 16(1).
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (Vol. 4, pp. 270-376). New York: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1966). Therapy session report, forms P and T. Chicago: Institute of Juvenile Research.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (Vol. 3, pp. 311-384). New York: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6-27.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (Vol. 5, pp. 307-389). New York: John Wiley & Sons.
- Owen, J. & Hilsenroth, M.J. (2011). Interaction Between Alliance and Technique in Predicting Patient Outcome During Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(6), 384-389.
- Paile-Hyvarinen, M., Wahlbeck, K. & Eriksson, J.G. (2007). Quality of life and metabolic status in mildly depressed patients with type 2 diabetes treated with paroxetine: a double-blind randomised placebo controlled 6-month trial. *BMC Fam Pract*, 8, 34.
- Paykel, E.S., Brugha, T. & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 411-423.
- Penedo, F.J., Molton, I., Dahn, J.R., Shen, B.J., Kinsinger, D., Traeger, L., et al. (2006). A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3), 261-270.
- Petrak, F. (2006). Psychologische Barrieren der Insulintherapie bei Patienten mit Typ-2-Diabetes. *Diabetes, Stoffwechsel und Herz*, 15, 28-34.

- Petrak, F. (2009). Angst und Depression bei Menschen mit Diabetes. Spezifisches Screening in die Betreuung integrieren. *Info Diabetologie*, 3(5), 43-49.
- Petrak, F., Albus, C., Hermanns, N., Herpertz, S., Kronfeld, K., Kruse, J., et al. (2012). Cognitive behavioural therapy vs. sertraline in patients with depression and poorly controlled diabetes: a multicentre randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(6).
- Petrak, F., Hermanns, N., Kruse, J., Kulzer, B., Meinert, R., Müller, M.J., et al. (2006). Studiendesign der Diabetes-Depressions-Studie (DAD-Studie) – Verhaltenstherapie vs. Antidepressiva (Sertralin) bei Diabetes-Patienten mit unzureichender Stoffwechseleinstellung und komorbider Depression: Eine randomisierte kontrollierte Multicenterstudie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56(2), 100-100.
- Petrak, F. & Herpertz, S. (2009). Treatment of depression in diabetes: an update. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(2), 211-217.
- Petrak, F., Herpertz, S., Albus, C., Hermanns, N., Kronfeld, K., Kruse, J., et al. (2011). Kognitive Verhaltenstherapie vs. Sertralin bei depressiven Patienten mit Diabetes mellitus: Ergebnisse der Diabetes-Depressions-Studie (DAD-Studie). *Diabetologie und Stoffwechsel*, 6.
- Petrak, F., Stridde, E., Leverkus, F., Crispin, A.A., Forst, R. & Pflutzner, A. (2007). Development and validation of a new measure to evaluate psychological resistance to insulin treatment. *Diabetes Care*, 30(9), 2199-2204.
- Pettit, J.W., Lewinsohn, P.M., Roberts, R.E., Seeley, J.R. & Monteith, L. (2009). The long-term course of depression: development of an empirical index and identification of early adult outcomes. *Psychological Medicine*, 39(3), 403-412.
- Peyrot, M. & Rubin, R.R. (1999). Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. *Diabetes Care*, 22(3), 448-452.
- Peyrot, M., Rubin, R.R., Lauritzen, T., Snoek, F.J., Matthews, D.R., Skovlund, S.E., et al. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabetic Medicine*, 22(10), 1379-1385.
- Phipps, L.B. & Zastowny, T.R. (1988). Leadership-behavior, group climate and outcome in group-psychotherapy - a study of outpatient psychotherapy groups. *Group*, 12(3), 157-171.
- Piper, W.E. (1994). Client variables. In A. Fuhrman & G.M. Burlingame (Eds.), *Handbook of Group Psychotherapy. An Empirical and Clinical Synthesis* (pp. 83-113). New York: Wiley.
- Piper, W.E. (2010). Patientenauswahl und Gruppenzusammensetzung. In V. Tschuschke (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken*. Stuttgart: Thieme.
- Piper, W.E., Ogradniczuk, J.S., Lamarche, C., Hilscher, T. & Joyce, A.S. (2005). Level of alliance, pattern of alliance, and outcome in short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55(4), 527-550.
- Pitschel-Walz, G., Frobose, T., Krämer, S., Gsottschneider, A., Bauml, J. & Jahn, T. (2011). Subjektives Wirksamkeitserleben in psychoedukativen Gruppen bei Schizophrenie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(3), 186-197.
- Plack, K., Herpertz, S. & Petrak, F. (2010). Behavioral medicine interventions in diabetes. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 131-138.
- Polonsky, W.H., Anderson, B.J., Lohrer, P.A., Welch, G., Jacobson, A.M., Aponte, J.E., et al. (1995). Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*, 18(6).
- Postmes, T., Spears, R. & Cihanger, S. (2001). Quality of decision making and group norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 918-930.
- Pouwer, F., Beekman, A.T., Nijpels, G., Dekker, J.M., Snoek, F.J., Kostense, P.J., et al. (2003). Rates and risks for co-morbid depression in patients with Type 2 diabetes mellitus: results from a community-based study. *Diabetologia*, 46(7), 892-898.

- Pouwer, F., Kupper, N. & Adriaanse, M. (2010). Does emotional stress cause type 2 diabetes mellitus? A review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Discov Med*, 9(45), 112-118.
- Ratner, R.E. & Diabetes-Prevention-Program-Research-Group. (2006). An Update on the diabetes prevention program. *Endocrine Practice*, 12(1), 20-24.
- Raudenbusch, S., Bryk, A. & Congdon, R. (2010). HLM. Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling (Software HLM 6.08, 2004, Update 2010). Chicago: Scientific Software International.
- Raue, P.J., Goldfried, M.R. & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 582-587.
- Regli, D., Flückiger, C. & Grawe, K. (2004). Die Realisierung von Wirkfaktoren im Therapieprozess von erfolgreichen Gruppen- und Einzeltherapien. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 36(1), 41-50.
- Regli, D. & Grawe, K. (2000). Die Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen. Unveröffentlichtes Manuskript. Bern: Universität Bern.
- Reinecker, H. (1995). Selbstmanagement des Diabetes mellitus. In F. Petermann (Ed.), *Diabetes mellitus. Sozial- und verhaltensmedizinische Ansätze* (pp. 109-121). Göttingen: Hogrefe.
- Revenstorf, D. (1992). Richtungen und Ansätze der Psychotherapie. In R.H.E. Bastine (Ed.), *Klinische Psychologie. Band 2* (pp. 309-360). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rief, W., Bleichhardt, G. & Timmer, B. (2002). Gruppentherapie für somatoforme Störungen - Behandlungsleitfaden, Akzeptanz und Prozessqualität. *Verhaltenstherapie*, 12, 183-191.
- Robinson, L.A., Berman, J.S. & Neimeyer, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression- a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108(1), 30-49.
- Rossel, E. (1994). Der Nachbearbeitungsbogen fuer die Therapiesitzung - erste praktische Erfahrungen. *Verhaltenstherapie*, 4(2), 116-121.
- Rubin, R.R. (2000). Diabetes and quality of life. Preface. *Diabetes Spectrum*, 13, 21-23.
- Safran, J.D., & Segal, Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Satterfield, J.M. (1994). Integrating group-dynamics and cognitive-behavioral groups- a hybrid model. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 1(2), 185-196.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.
- Scharwächter, P. (2008). Three Applications of Functional Analysis with Group Dynamic Cognitive Behavioral Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(1), 55 ff.
- Schillinger, D., Handley, M., Wang, F., & Hammer, H. (2009). Effects of self-management support on structure, process, and outcomes among vulnerable patients with diabetes: a three-arm practical clinical trial. *Diabetes Care*, 32, 559-566.
- Schindler, L. (1991). Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung. In D. Alber, K. Pawlik, K.H. Stapf & W. Stroebe (Eds.), *Lehr- und Forschungstexte Psychologie* (Vol. 41). Berlin: Springer.
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E. & Hahlweg, K. (1990). Stundenbeurteilung Klient /Therapeut. In G. Hank, K. Hahlweg & N. Klann (Eds.), *Diagnostische Verfahren für Berater* (pp. 331-332). Weinheim: Beltz.
- Schmitz-Buhl, S.M., Kriebel, R. & Paar, G.H. (2004). Düsseldorfer Wirkfaktoren-Fragebogen von Davies-Osterkamp-Revision. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 40(1), 22-46.
- Schnur, J.B. & Montgomery, G.H. (2010). A systematic review of therapeutic alliance, group cohesion, empathy, and goal consensus/collaboration in psychotherapeutic interventions in cancer: Uncommon factors? *Clin Psychol Rev*, 30(2), 238-247.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.

- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 176-187.
- Schulte, D. & Eifert, G.H. (2002). What to do when manuals fail? - The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9(3), 312-328.
- Schulte, D. & Künzel, R. (1989). Methodenzentrierte und verlaufsorientierte Therapie- strategien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 35-44.
- Schulte, D. & Meyer, F. (2002). Woran orientieren sich Therapeuten bei ihrer Sitzungsbeurteilung und Erfolgsprognose? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(4), 257-265.
- Schulte, K. (2001). Subjektive Bewertung einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie bei somatoformen Störungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit., Universität Trier, Trier.
- Seligman, M.E. (1975). *Learned helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Shaban, M.C., Fosbury, J., Kerr, D. & Cavan, D.A. (2006). The prevalence of depression and anxiety in adults with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 23, 1381-1384.
- Sharf, J., Primavera, L.H. & Diener, M.J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 47(4), 637-645.
- Shaw, J.E., Sicree, R.A. & Zimmet, P.Z. (2010). Diabetes Atlas. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*, 87, 4-14.
- Shea, M.T., Elkin, I., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Collins, J.F., et al. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up-findings from the national-institute-of-mental-health-treatment-of-depression-collaborative-research-program. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 782-787.
- Shechtman, Z. & Toren, Z. (2009). The Effect of Leader Behavior on Processes and Outcomes in Group Counseling. *Group Dynamics-Theory Research and Practice*, 13(3), 218-233.
- Sherman, A.C., Mosier, J., Leszcz, M., Burlingame, G.M., Ullman, K.H., Cleary, T., et al. (2004). Group interventions for patients with cancer and HIV disease: Part I: Effects on psychosocial and functional outcomes at different phases of illness. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54(1), 29-82.
- Silbergeld, S., Manderscheid, R.W., Meeker, B.F. & Hornung, C.A. (1975). Assessment of environment therapy systems-group atmosphere scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4).
- Simon, G.E., Katon, W.J., Lin, E.H.B., Ludman, E., VonKorff, M., Ciechanowski, P., et al. (2005). Diabetes complications and depression as predictors of health service costs. *General Hospital Psychiatry*, 27(5), 344-351.
- Simson, U., Nawarotzky, U., Friese, G., Porck, W., Schottenfeld-Naor, Y., Hahn, S., et al. (2008). Psychotherapy intervention to reduce depressive symptoms in patients with diabetic foot syndrome. *Diabetic Medicine*, 25(2), 206-212.
- Smith, E.C. & Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanisms work when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 112-123.
- Snoek, F.J., Pouwer, F., Welch, G.W. & Polonsky, W.H. (2000). Diabetes-related emotional distress in Dutch and US diabetic patients - Cross-cultural validity of the problem areas in diabetes scale. *Diabetes Care*, 23(9).
- Snoek, F.J., van der Ven, N.C., Twisk, J.W., Hogenelst, M.H., Tromp-Wever, A.M., van der Ploeg, H.M., et al. (2008). Cognitive behavioural therapy (CBT) compared with blood glucose awareness training (BGAT) in poorly controlled Type 1 diabetic patients: long-term effects on HbA(1c) moderated by depression. A randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 25(11), 1337-1342.
- Spira, J.L. (1997). Understanding and developing psychotherapy groups for medically ill patients. In J.L. Spira (Ed.), *Group therapy for medically ill patients* (pp. 3-52). New York: Guilford Press.
- Stamm, K. & Salize, H.-J. (2006). Volkswirtschaftliche Konsequenzen. Inanspruchnahme und Behandlungskosten bei affektiven Störungen. In Springer (Ed.), *Volkskrankheit Depression. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. (pp. 109-122). Heidelberg.

- Stangier, U., Von Consbruch, K., Schramm, E. & Heidenreich, T. (2010). Common factors of cognitive therapy and interpersonal psychotherapy in the treatment of social phobia. *Anxiety Stress and Coping*, 23(3), 289-301.
- Statistisches-Bundesamt. (2006). Pressemitteilung Nr.472 vom 13.11.2006: Zahl der Diabetiker-Toten steigt weiter an. www.destatis.de.
- Steffens, D.C., Fisher, G.G., Langa, K.M., Potter, G.G. & Plassman, B.L. (2009). Prevalence of depression among older Americans: the Aging, Demographics and Memory Study. *International Psychogeriatrics*, 21(5), 879-888.
- Stern, M.J., Plionis, E. & Kaslow, L. (1984). Group-process expectations and outcome with post-myocardial infarction patients. *General Hospital Psychiatry*, 6(2).
- Stiefel, F., Zdrojewski, C., Hadj, F.B., Boffa, D., Dorogi, Y., So, A., et al. (2008). Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 247-256.
- Stiles, W.B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 176-185.
- Stockton, R., Rohde, R.I. & Haughey, J. (1992). The effects of structured group exercises on cohesion, engagement, avoidance and conflict. *Small Group Research*, 23, 155-168.
- Stone, M.H., Lewis, C.M. & Beck, A.P. (1994). The structure of Yalom Curative Factors Scale. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44(2), 239-245.
- Strachan, M.W., Deary, I.J., Ewing, F.M. & Frier, B.M. (2000). Recovery of cognitive function and mood after severe hypoglycemia in adults with insulin-treated diabetes. *Diabetes Care*, 23(3), 305-312.
- Strauß, B. (2001). Behandlungseffekte in therapeutischen Gruppen. In V. Tschuschke (Ed.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (pp. 180-187). Stuttgart: Thieme.
- Strauß, B. (2008). Spannungsfelder um die klinische Gruppenpsychotherapie- zwischen Spezialisierung und Integration. In J. Kokai & D. Mattke (Eds.), *Entwicklungen der klinischen Gruppenpsychotherapie* (pp. 11-29). Opladen: Budrich.
- Strauß, B. (2009). Evidenzbasierte Gruppenpsychotherapie: Ergebnisse der Gruppenpsychotherapieforschung. In D. Mattke, L. Reddemann & B. Strauß (Eds.), *Keine Angst vor Gruppen! Gruppenpsychotherapie in Praxis und Forschung* (pp. 179-277). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strauß, B. & Burgmeier-Lohse, M. (1994). Evaluation einer stationären Langzeitgruppenpsychotherapie. Ein Beitrag zur empirischen Psychotherapieforschung im stationären Feld. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 44(6).
- Strauß, B., Burgmeier-Lohse, M., Rohweder, R. & Wienands, H. (1996). Die Kieler Gruppenpsychotherapie-Prozeß-Skala (KGPPS) zur Fremdbeurteilung therapeutischer Faktoren in der Gruppenpsychotherapie. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Eds.), *Methoden der empirischen Gruppenpsychotherapieforschung* (pp. 128-139). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Strauß, B., Burlingame, G.M., Joyce, A., MacKenzie, K.R., MacNair-Semands, R., Ogradniczuk, J., et al. (2006). Entwicklung eines Basismethodeninventars für die gruppenpsychotherapeutische Praxis und Forschung (CORE-R). *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 42(3), 207-229.
- Strauß, B. & Eckert, J. (1994). Dimensionen des Gruppenerlebens: Zur Skalenbildung im Gruppenerfahrungsbogen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 188-201.
- Strauß, B. & Eckert, J. (2002). Schäden und negative Folgen von Gruppenpsychotherapien. In M. Märtens & H. Petzold (Eds.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (pp. 246-265). Mainz: Grünewald.
- Strauß, B., Eckert, J. & Tschuschke, V. (1996). *Methoden der empirischen Gruppenpsychotherapieforschung. Ein Handbuch*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Strunk, D.R., Brotman, M.A. & DeRubeis, R.J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 599-606.
- Taft, C.T., Murphy, C.M., King, D.W., Musser, P.H. & DeDeyn, J.M. (2003). Process and treatment adherence factors in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 812-820.

- Talbot, F. & Nouwen, A. (2000). A review of the relationship between depression and diabetes in adults - Is there a link? *Diabetes Care*, 23(10), 1556-1562.
- Tasca, G.A. & Gallop, R. (2009). Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: I. The basics. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 429-437.
- Tasca, G.A., Illing, V., Joyce, A.S. & Ogrodniczuk, J.S. (2009). Three-level multilevel growth models for nested change data: A guide for group treatment researchers. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 453-461.
- Tasca, G.A., Illing, V., Ogrodniczuk, J.S. & Joyce, A.S. (2009). Assessing and Adjusting for Dependent Observations in Group Treatment Research using Multilevel Models. *Group Dynamics-Theory Research and Practice*, 13(3), 151-162.
- Taube-Schiff, M., Suvak, M.K., Antony, M.M., Bieling, P.J. & McCabe, R.E. (2007). Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 687-698.
- Teasdale, J.D., Walsh, P.A., Lancashire, M. & Mathews, A.M. (1977). Group exposure for agoraphobics- replication study *British Journal of Psychiatry*, 130(FEB), 186-193.
- Tillitski, L. (1990). A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual versus control treatments. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40(2), 215-224.
- Tinsley, H.E., Bowman, S.L. & Ray, S.B. (1988). Manipulation of expectancies about counseling and psychotherapy: Review and analysis of expectancy manipulation strategies and results. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 99-108.
- Toobert, D.J., Hampson, S.E., & Glasgow, R.E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure - Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7).
- Toseland, R.W. & Siporin, M. (1986). When to recommend group treatment. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 172-201.
- Tschacher, W., Baur, N. & Grawe, K. (2000). Temporal interaction of process variables in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 296-308.
- Tschacher, W., Ramseyer, F. & Grawe, K. (2007). Der Ordnungseffekt im Psychotherapieprozess: Replikation einer systemtheoretischen Vorhersage und Zusammenhang mit dem Therapieerfolg. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(1), 18-25.
- Tschuschke, V. (1996a). Der Stuttgarter Bogen (SB). In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Eds.), *Methoden der empirischen Gruppentherapie*. Ein Handbuch (pp. 218-228). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Tschuschke, V. (1996b). Prozeß- Ergebnis- Zusammenhänge und Wirkfaktorenforschung. In B. Strauß, Eckert, J. & Tschuschke, V. (Ed.), *Methoden der empirischen Gruppentherapie* (pp. 52-76). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Tschuschke, V. (1999). Empirische Studien zu behavioralen und analytischen Gruppentherapien - eine Literaturübersicht. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 35(1), 1-16.
- Tschuschke, V. (2001a). Gruppenpsychotherapie – Vergleich mit Einzelpsychotherapie. In V. Tschuschke (Ed.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (pp. 8-11). Stuttgart: Thieme.
- Tschuschke, V. (2001b). *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Tschuschke, V. (2001c). Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke (Ed.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (pp. 140-147). Stuttgart: Thieme.
- Tschuschke, V. (2004). Der Gruppenleiter-Bogen (GLB) - Ein neues Instrument fuer Forschung und Praxis. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 40(4), 379-394.
- Tschuschke, V. (2010). Gruppen- versus Einzeltherapie - Setting und Wirkfaktoren. In V. Tschuschke (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (pp. 13-17). Stuttgart: Thieme.
- Tschuschke, V. & Dies, R.R. (1994). Intensive analysis of therapeutic factors and outcome in long-term inpatient groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44(2), 185-208.
- Tschuschke, V., Hess, H. & MacKenzie, K.R. (1991). Der Group Climate Questinnaire (GCQ-S). *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 26(4), 340-359.

- Tuckman, B.W. (1965). Developmental sequence in small-groups. *Psychological Bulletin*, 63(6).
- Van Andel, P., Erdman, R.A., Karsdorp, P.A., Appels, A. & Trijsburg, R.W. (2003). Group cohesion and working alliance: Prediction of treatment outcome in cardiac patients receiving cognitive behavioral group psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(3), 141-149.
- Van der Ven, N. (2003). Psychosocial group interventions in diabetes care. *Diabetes Spectrum*, 16, 88-95.
- Vandervoort, D.J. & Fuhrman, A. (1991). The efficacy of group-therapy for depression - a review of the literature. *Small Group Research*, 22(3), 320-338.
- Veith, A. (1995). Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Vgontzas, A.N., Calhoun, S., Liao, D.P., Karataraki, M., Pejovic, S., & Bixler, E.O. (2009). Insomnia with Objective Short Sleep Duration Is Associated With Type 2 Diabetes A population-based study. *Diabetes Care*, 32(11), 1980-1985.
- Vogel, G. & Schulte, D. (1997). Methoden- und verlaufsorientierte Methoden von Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie - Forschung und Praxis*, 26(1), 38-49.
- Wagner, H.R., Burns, B.J., Broadhead, W.E., Yarnall, K.S., Sigmon, A. & Gaynes, B.N. (2000). Minor depression in family practice: functional morbidity, co-morbidity, service utilization and outcomes. *Psychological Medicine*, 30(6), 1377-1390.
- Watkins, K. & Connell, C.M. (2004). Measurement of health-related QOL in diabetes mellitus. *Pharmacoeconomics*, 22(17).
- Watzke, B. (2002). Vergleich therapeutischer Prozessvariablen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten stationären Gruppentherapien. Dissertation Universität Hamburg. <http://www.sub.uni-hamburg.de/disse/796/dissertation.pdf>.
- Welch, G., Weinger, K., Anderson, B. & Polonsky, W.H. (2003). Responsiveness of the problem areas in diabetes (PAID) questionnaire. *Diabetic Medicine*, 20(1).
- Welch, G.W., Jacobson, A.M. & Polonsky, W.H. (1997). The Problem Areas in Diabetes Scale - An evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care*, 20(5).
- Westra, H., Aviram, A., Barnes, M. & Angus, L. (2010). Therapy was not what I expected: A preliminary qualitative analysis of concordance between client expectations and experience of cognitive-behavioural therapy. *Psychotherapy Research*, 20(4).
- Westra, H., Constantino, M., Arkowitz, H. & Dozois, D. (2011). Therapist Differences in Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder: A Pilot Study. *Psychotherapy*, 48(3), 283-292.
- Westra, H., Dozois, D. & Marcus, M. (2007). Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitive-behavioral therapy for anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3).
- White, J.R. (2000). Depression. In J.R. White & A.S. Freeman (Eds.), *Cognitive behavioral group therapy: For specific problems and populations*. Washington DC: American Psychological Association.
- White, J.R. & Freeman, A.S. (2000). *Cognitive-behavioral group therapy: For specific problems and populations*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Whooley, M.A., Avins, A.L., Miranda, J. & Browner, W.S. (1997). Case-finding instruments for depression - Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439-445.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R. & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes - Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.
- Williams, M.W., Clouse, R.E., Rubin, E.H. & Lustman, P.J. (2004). Evaluating late-life depression in patients with diabetes. *Psychiatric Annals*, 34(4), 305-312.
- Wilson, G.T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy*, 34(4), 295-314.

- Winkley, K., Landau, S., Eisler, I. & Ismail, K. (2006). Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 333(7558), 65-68A.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, K. (2006). Epidemiologie. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.W. Schwartz (Eds.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (pp. 15-37). Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM- IV. Göttingen: Hogrefe.
- Woody, S.R. & Adessky, R.S. (2002). Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Therapy*, 33(1), 5-27.
- Yalom, I.D. (2007). *Theorie und Praxis der Gruppentherapie*. Ein Lehrbuch (Vol. 5). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Young, M.J., McCardle, J.E., Randall, L.E., & Barclay, J.I. (2008). Improved survival of diabetic foot ulcer patients 1995–2008: possible impact of aggressive cardiovascular risk management. *Diabetes Care*, 31, 2143-2147.
- Zhang, P., Zhang, X., Betz-Brown, J., Vistisen, D., Sicree, R.A., Shaw, J. & Nichols, G.A. (2009). *Diabetes Atlas*. International Diabetes Federation. www.diabetesatlas.org (Vol. 4).
- Ziegler, D., Rahtmann, W. & Dickhaus, T. (2008). Prevalence of polyneuropathy in prediabetes and diabetes is associated with abdominal obesity and macroangiopathy: the MONICA/KORA Augsburg Surveys S2 and S3. *Diabetes Care*, 31, 464-469.
- Zielke, M. (2010). Technik der Leitung verhaltenstherapeutischer Gruppen. In V. Tschuschke (Ed.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (pp. 74-80). Stuttgart: Thieme.
- Zuroff, D.C., Koestner, R., Moskowitz, D.S., McBride, C., Marshall, M. & Bagby, R.M. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2).

Verzeichnis zum Anhang

Anhang A Tabellen

A 1 Überprüfung der statistischen Voraussetzungen

Tabelle A 1. 1: Prüfung der Itemmittelwerte des GTS-P, des GTS-P-Gesamtwertes und der Gesamtwerte pro Sitzung auf Normalverteilung mit dem Kolmogorov–Smirnov–Test (Kolmogorow-Smirnov-Z, Signifikanzniveau $p < 0.05$, $N=101$).....	271
Tabelle A 1. 2: Prüfung der Itemmittelwerte des GTS-T, des GTS-T-Gesamtwertes und der Gesamtwerte pro Sitzung auf Normalverteilung mit dem Kolmogorov–Smirnov–Test (Kolmogorow-Smirnov-Z, Signifikanzniveau $p < 0.05$, $N=23$).....	272
Tabelle A 1. 3: Prüfung der Itemwerte des GTS-TP und des GTS-TP-Gesamtwert auf Normalverteilung mit dem Kolmogorov–Smirnov–Test (Kolmogorow-Smirnov-Z, Signifikanzniveau $p < 0.05$, $N= 101$).....	273

A 2 Validierung der Stundenbögen: Itemanalysen und Überprüfung von Testgütekriterien

Tabelle A 2. 1: Ergebnisse der Itemkennwerte und interne Konsistenz der GTS-Bögen.....	274
Tabelle A 2. 2: Iteminterkorrelationen der GTS-P Items 1-4	276
Tabelle A 2. 3: Iteminterkorrelationen der GTS-P Items 5-8	276
Tabelle A 2. 4: Iteminterkorrelationen des GTS-T Items 1-8	277
Tabelle A 2. 5: Iteminterkorrelationen des GTS-T Items 9-16	278
Tabelle A 2. 6: Iteminterkorrelationen der GTS-TP Items 1-4	279
Tabelle A 2. 7: Iteminterkorrelationen der GTS-TP Items 5-8	279
Tabelle A 2. 8: Ergebnisse der sitzungsbezogenen Reliabilitätsanalysen des GTS-P: korrigierte Trennschärfekoeffizienten und interne Konsistenz, Sitzung 1-5.....	280
Tabelle A 2. 9: Ergebnisse der sitzungsbezogenen Reliabilitätsanalysen des GTS-P: korrigierte Trennschärfekoeffizienten und interne Konsistenz, Sitzung 6-10.....	281
Tabelle A 2. 10: Ergebnisse der sitzungsbezogenen Reliabilitätsanalysen des GTS-T: korrigierte Trennschärfekoeffizienten und interne Konsistenz, Sitzung 1-5.....	282

Tabelle A 2. 11: Ergebnisse der sitzungsbezogenen Reliabilitätsanalysen des GTS-T: korrigierte Trennschärfekoeffizienten und interne Konsistenz, Sitzung 6-10	283
Tabelle A 2. 12: Kriteriumsbezogene Validität: Korrelationen der GTS-P-Itemmittelwerte, des GTS-P-Gesamtwertes und der Gesamtmittelwerte einzelner Sitzungen mit dem Mittelwert der Globalen Interventionsbewertung nach Therapieende durch die Patienten	284
Tabelle A 2. 13: Kriteriumsbezogene Validität: Korrelationen der GTS-T- Itemmittelwerte, des GTS-T-Gesamtwertes und der Sitzungsmittelwerte mit dem Mittelwert der Globalen Interventionsbewertung nach Therapieende durch den Therapeuten	285
Tabelle A 2. 14: Kriteriumsvalidität: Korrelationen der GTS-TP-Itemmittelwerte und des GTS-TP-Gesamtmittelwertes mit den GTS-P- Items und dem GTS-P-Gesamtwert der ersten vier Sitzungen (Remoralisierungsphase)	286
Tabelle A 2. 15: Faktorladungen der Strukturmatrix und Kommunalitätenschätzungen der GTS-P-Items nach der exploratorischen Faktorenanalyse der Stichprobe B (N=101).....	287
Tabelle A 2. 16: Faktorladungen und Kommunalitätenschätzungen der 16 GTS-T-Items nach einer Hauptkomponentenanalyse der Itemmittelwerte mit oblimin-direkter Rotation und dem Kaiser - Guttman Kriterium (N=23)	287
Tabelle A 2. 17: Faktorladung und Kommunalitätenschätzungen von 14 GTS-T-Items (Ausschluss von Item 11 und Items 15) nach einer Hauptkomponentenanalyse der Itemmittelwerte mit schiefwinkliger Rotation und dem Kaiser - Guttman Kriterium (N=23)	288
Tabelle A 2. 18: Korrelationen der Gesamtmittelwerte des GTS-P, GTS-T (Mittelwerte der ersten vier Sitzungen= Remoralisierungswerte) und GTS-TP (nach der 4. Sitzung)	289
Tabelle A 2. 19: Korrelationen der Skalen des GTS-P (Mittelwerte der ersten vier Sitzungen= Remoralisierungswerte) und GTS-TP (nach der 4. Sitzung)	289

A 3 Vorhersage des Therapieerfolgs

Tabelle A 3. 1: Korrelationen der primären Prädiktoren und des primären Kriteriums der Gruppentherapiestichprobe (N=101)	290
Tabelle A 3. 2: Ergebnisse des Modellvergleichs für Modelle unter Einschluss des GTS-T-Gesamtwertes der Remoralisierungsphase (R_GTS-T) auf Ebene 2 (M3, M4)	291
Tabelle A 3. 3: Vorhersage des HAMD_P1 durch den GTS-TP (M5-M7).....	292

Tabelle A 3. 4: Vorhersage des HAMD_P1 durch Item 1-4 des GTS-P in der Remoralisierungsphase (M8-M11).....	293
Tabelle A 3. 5: Vorhersage des HAMD_P1 durch Item 5-8 des GTS-P in der Remoralisierungsphase (M12-M15).....	294
Tabelle A 3. 6: Vorhersage des HAMD_P1 durch den GTS-P-Gesamtwert (6 Items) und allen bzw. Kombinationen der Items des GTS-P (M16-M21).....	295
Tabelle A 3. 7: Ergebnisse des Modells M19 ZUV10_M + BET10_M + HAMD_P0 zur Vorhersage des Depressionswertes nach der Gruppentherapie HAMD_P1	296
Tabelle A 3. 8: Ergebnisse des schrittweisen Modellvergleichs für die Vorhersage der Depressionssymptomatik in der ADS nach der Intervention (ADS M0-ADS M3).....	297
Tabelle A 3. 9: Ergebnisse des schrittweisen Modellvergleichs für die Vorhersage der globalen Interventionsbewertung nach der Intervention (Glob Int M0 – Gob Int M3).....	298

Anhang B GTS - Bögen

B1 GTS - Bögen - Studienfassungen

B1. 1: Gruppentherapiestundenbogen-Patienten (GTS-P) - Studienfassung	299
B1. 2: Gruppentherapiestundenbogen-Therapeuten (GTS-T) - Studienfassung	300
B1. 3: Gruppentherapiestundenbogen- Therapeuten-Patienten-Bewertung (GTS-TP) - Studienfassung.....	302

B 2 GTS - Bögen - Endfassungen

B 2. 1: Gruppentherapiestundenbogen- Patienten (GTS-P) - Endfassung	303
B 2. 2: Gruppentherapiestundenbogen- Therapeuten (GTS-T) - Endfassung	304
B 2. 3: Gruppentherapiestundenbogen- Therapeuten – Patienten – Bewertung (GTS-TP) - Endfassung	306

B 3 Globale Interventionsbewertung

B 3. 1: Gesamtbewertung der Gruppentherapie - Patienten	307
B 3. 2: Gesamtbewertung der Gruppentherapie - Therapeuten	308

Anhang A

A 1 Überprüfung der statistischen Voraussetzungen

Tabelle A 1. 1: Prüfung der Itemmittelwerte des **GTS-P**, des GTS-P-Gesamtwertes und der Gesamtwerte pro Sitzung auf Normalverteilung mit dem Kolmogorov–Smirnov–Test (Kolmogorow-Smirnov-Z, Signifikanzniveau $p < 0.05$, $N = 101$)

	Kolmogorov- Smirnov-Z	p
Item 1 Innere Beteiligung	1.03	0.242
Item 2 Aktive Mitwirkung	1.27	0.081
Item 3 Nachvollziehbarkeit	1.05	0.217
Item 4 Anregungen	0.82	0.506
Item 5 Gruppe hilfreich	0.77	0.590
Item 6 Gruppenatmosphäre	1.37	0.048*
Item 7 Zufriedenheit	1.17	0.132
Item 8 Therapieform erfolgversprechend	1.09	0.183
Patientenstundenbogengesamtwert	0.91	0.384
Gesamtmittelwert Std. 1	0.72	0.682
Gesamtmittelwert Std. 2	1.06	0.211
Gesamtmittelwert Std. 3	1.08	0.191
Gesamtmittelwert Std. 4	1.24	0.092
Gesamtmittelwert Std. 5	1.23	0.095
Gesamtmittelwert Std. 6	0.94	0.338
Gesamtmittelwert Std. 7	1.50	0.022*
Gesamtmittelwert Std. 8	0.99	0.285
Gesamtmittelwert Std. 9	1.13	0.153
Gesamtmittelwert Std. 10	1.29	0.072

Anmerkung. *= bei $p < 0.05$ Verletzung der Normalverteilungsannahme.

Tabelle A 1. 2: Prüfung der Itemmittelwerte des **GTS-T**, des GTS-T-Gesamtwertes und der Gesamtwerte pro Sitzung auf Normalverteilung mit dem Kolmogorov–Smirnov–Test (Kolmogorow-Smirnov-Z, Signifikanzniveau $p < 0.05$, $N = 23$)

	Kolmogorov-Smirnov-Z	p
Item 1 Innere Beteiligung	0.49	0.969
Item 2 Aktive Mitwirkung	0.68	0.746
Item 3 Nachvollziehbarkeit	0.63	0.827
Item 4 Anregungen	0.73	0.665
Item 5 Gruppe hilfreich	0.67	0.766
Item 6 Gruppenatmosphäre	0.51	0.955
Item 7 Zufriedenheit	0.82	0.520
Item 8 Therapieform erfolgversprechend	0.60	0.863
Item 9 Therapeut Gruppenatmosphäre	0.48	0.976
Item 10 Anliegen	0.75	0.624
Item 11 Manualorientierung	0.63	0.830
Item 12 Bedürfnisse	0.75	0.622
Item 13 Manualumsetzung	1.01	0.255
Item 14 Beispiele	0.61	0.848
Item 15 Manualabweichung	0.41	0.997
Item 16 Therapeut Zufriedenheit	0.56	0.913
Stundenbogengesamtwert	0.74	0.641
Gesamtmittelwert Std. 1	0.55	0.925
Gesamtmittelwert Std. 2	0.40	0.997
Gesamtmittelwert Std. 3	0.77	0.593
Gesamtmittelwert Std. 4	0.66	0.775
Gesamtmittelwert Std. 5	0.48	0.976
Gesamtmittelwert Std. 6	0.71	0.692
Gesamtmittelwert Std. 7	0.47	0.982
Gesamtmittelwert Std. 8	0.58	0.896
Gesamtmittelwert Std. 9	0.64	0.810
Gesamtmittelwert Std. 10	0.47	0.978

Anmerkung. * = bei $p < 0.05$ Verletzung der Normalverteilungsannahme.

Tabelle A 1. 3: Prüfung der Itemwerte des GTS-TP und des GTS-TP-Gesamtwert auf Normalverteilung mit dem Kolmogorov–Smirnov–Test (Kolmogorow-Smirnov-Z, Signifikanzniveau $p < 0.05$, $N = 101$)

	Kolmogorov- Smirnov-Z	p
Item 1 Innere Beteiligung	2.50	0.000*
Item 2 Aktive Mitwirkung	2.07	0.000*
Item 3 Nachvollziehbarkeit	2.17	0.000*
Item 4 Anregungen	2.23	0.000*
Item 5 Gruppe hilfreich	2.27	0.000*
Item 6 Gruppenatmosphäre	3.29	0.000*
Item 7 Zufriedenheit	2.77	0.000*
Item 8 Therapieform erfolgversprechend	2.24	0.000*
Therapeuten- Patienten- Bewertung-Gesamtwert	0.63	0.820

Anmerkung. * = bei $p < 0.05$ Verletzung der Normalverteilungsannahme.

A2 Validierung der Stundenbögen: Itemanalysen und Überprüfung von Testgütekriterien

Tabelle A 2. 1: Ergebnisse der Itemkennwerte und interne Konsistenz der GTS-Bögen
Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), korrigierte Trennschärfekoeffizienten der
Itemmittelwerte(rit), Schwierigkeitsindices (Pi), Cronbachs α bei Ausschluss des Items und
Homogenität (rii), berechnet an der DAD-Stichprobe (N=101)

	M	SD	rit	Pi	α	rii
GTS-P						
Item 1 „Ich war an der Sitzung heute innerlich beteiligt.“	3.42	0.44	0.68	85.50	0.887	0.61
Item 2 „Ich habe an der heutigen Sitzung aktiv mitgewirkt.“	3.11	0.65	0.57	77.66	0.896	0.54
Item 3 „Die Inhalte der Sitzung konnte ich gut nachvollziehen.“	3.43	0.46	0.51	85.62	0.897	0.46
Item 4 „Die heutige Sitzung hat mir Anregungen zur Bewältigung meiner Beschwerden gebracht.“	2.86	0.67	0.83	71.50	0.869	0.76
Item 5 „Ich habe die Gruppe heute als hilfreich empfunden.“	2.96	0.68	0.81	74.04	0.872	0.75
Item 6 „Die Gruppenatmosphäre fand ich heute gut.“	3.48	0.47	0.63	87.11	0.890	0.56
Item 7 „Insgesamt bin ich mit der heutigen Sitzung zufrieden.“	3.37	0.53	0.82	84.34	0.874	0.77
Item 8 „Nach der heutigen Sitzung denke ich, diese Therapieform ist für die Behandlung meiner Beschwerden erfolgversprechend.“	3.00	0.77	0.70	74.91	0.886	0.63
Gesamt GTS-P	3.20	0.63			0.898	0.64
GTS-T						
Item 1 „Die Patienten waren an der Sitzung heute innerlich beteiligt.“	3.13	0.40	0.78	78.14	0.966	0.89
Item 2 „An der heutigen Sitzung haben die Patienten aktiv mitgewirkt.“	3.27	0.41	0.79	81.79	0.966	0.88
Item 3 „Die Inhalte der Sitzung konnten von den Patienten gut nachvollzogen werden.“	2.98	0.44	0.80	74.55	0.965	0.89
Item 4 „Die heutige Sitzung hat den Patienten Anregungen zur Bewältigung ihrer Beschwerden gebracht.“	2.71	0.49	0.88	67.67	0.964	0.95
Item 5 „Die Patienten haben die Gruppe heute als hilfreich empfunden.“	2.70	0.48	0.93	67.25	0.963	0.98
Item 6 „Die Gruppenatmosphäre fanden die Patienten heute gut.“	3.20	0.46	0.82	79.95	0.965	0.92
Item 7 „Die Patienten sind mit der heutigen Sitzung insgesamt zufrieden.“	2.92	0.44	0.90	72.89	0.964	0.97
Item 8 „Nach der heutigen Sitzung halten die Patienten diese Therapieform für die Behandlung ihrer Beschwerden erfolgversprechend.“	2.62	0.46	0.86	65.42	0.964	0.92
Item 9 „Die Gruppenatmosphäre fand ich heute gut.“	3.11	0.48	0.82	77.64	0.965	0.91
Item 10 „Es ist mir heute gut gelungen auf die Anliegen der Patienten einzugehen.“	2.85	0.50	0.84	71.27	0.965	0.91
Item 11 „Die Durchführung der heutigen Sitzung orientierte sich sehr eng am Manual.“	2.83	0.43	0.49	70.65	0.968	0.62
Item 12 „Heute ist die Sitzung an den momentanen Bedürfnissen der Patienten vorbeigegangen.“ (umgepolt)	2.86	0.56	0.77	71.45	0.966	0.86
Item 13 „Heute konnte ich die Inhalte des Manuals gut umsetzen“	2.82	0.45	0.87	70.41	0.964	0.92
Item 14 „Heute konnte ich die individuellen Beispiele der Patienten gut zur Umsetzung des Sitzungsthemas nutzen.“	2.81	0.52	0.83	70.28	0.965	0.90
Item 15 „Ich bin heute teilweise vom Manual abgewichen.“ (umgepolt)	2.55	0.52	0.42	63.72	0.972	0.55
Item 16 „Ich bin mit der heutigen Sitzung insgesamt zufrieden.“	2.76	0.49	0.85	69.08	0.964	0.92
Item 17 „Könnte man Ihrer Meinung nach das Manual bezüglich der heutigen Sitzung verbessern?“						
Gesamt GTS-T	2.88	0.46			0.968	0.89

Fortsetzung

Tabelle A 2. 1: Ergebnisse der Itemkennwerte und internen Konsistenz der GTS-Bögen: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), korrigierte Trennschärfekoeffizienten der Itemmittelwerte(rit), Schwierigkeitsindices (Pi), Cronbachs α bei Ausschluss des Items und Homogenität (rii), berechnet an der DAD-Stichprobe (N=101)

	M	SD	rit	Pi	α	rii
GTS-TP						
Item 1 „Der Patient war an den Sitzungen innerlich beteiligt.“	2.91	0.76	0.67	72.70	0.823	0.47
Item 2 „An den bisherigen Sitzungen hat der Patient aktiv mitgewirkt“	2.81	1.00	0.41	70.15	0.850	0.31
Item 3 „Die Inhalte der Sitzung konnten von dem Patienten gut nachvollzogen werden.“	2.83	1.04	0.43	70.66	0.851	0.32
Item 4 „Die bisherigen Sitzungen haben dem Patienten Anregungen zur Bewältigung seiner Beschwerden gebracht.“	2.39	0.85	0.76	59.69	0.810	0.57
Item 5 „Der Patient hat die Gruppe bisher als hilfreich empfunden.“	2.42	0.82	0.78	60.46	0.808	0.59
Item 6 „Die Gruppenatmosphäre fand der Patient bisher gut.“	3.07	0.61	0.39	76.79	0.851	0.30
Item 7 „Der Patient ist bisher mit der Gruppenbehandlung insgesamt zufrieden.“	2.59	0.78	0.69	64.80	0.820	0.54
Item 8 „Nach den bisherigen Sitzungen hält der Patient diese Therapieform für die Behandlung seiner Beschwerden erfolgversprechend“	2.26	0.80	0.68	56.38	0.821	0.52
Gesamt GTS-TP	2.66	0.84			0.850	0.46

Tabelle A 2. 2: Iteminterkorrelationen der **GTS-P** Items 1-4

	lt. 1 Innere Beteiligung	lt.2 Aktive Mitwirkung	lt.3 Nachvoll- ziehbarkeit	lt.4 Anregungen
lt.1 Innere Beteiligung				
lt.2 Aktive Mitwirkung	0.68**			
lt.3 Nachvollziehbarkeit	0.59**	0.56**		
lt.4 Anregungen	0.51**	0.45**	0.39**	
lt.5 Gruppe hilfreich	0.52**	0.44**	0.34**	0.80**
lt.6 Gruppenatmosphäre	0.44**	0.34**	0.38**	0.53**
lt.7 Zufriedenheit	0.62**	0.43**	0.40**	0.76**
lt.8 Therapieform erfolgversprechend	0.43**	0.39**	0.30**	0.83**

Anmerkung: **=signifikant bei $p < 0.01$ (2-seitig)

Tabelle A 2. 3: Iteminterkorrelationen der **GTS-P** Items 5-8

	lt.5 Gruppe hilfreich	lt.6 Gruppen- atmosphäre	lt.7 Zufriedenheit	lt.8 Therapieform erfolgversprechend
lt.1 Innere Beteiligung				
lt.2 Aktive Mitwirkung				
lt.3 Nachvollziehbarkeit				
lt.4 Anregungen				
lt.5 Gruppe hilfreich				
lt.6 Gruppenatmosphäre	0.68**			
lt.7 Zufriedenheit	0.78**	0.70**		
lt.8 Therapieform erfolgversprechend	0.70**	0.39**	0.64**	

Anmerkung: **=signifikant bei $p < 0.01$ (2-seitig)

Tabelle A 2. 4: Iteminterkorrelationen des **GTS-T** Items 1-8

	lt. 1	lt.2	lt.3	lt.4	lt.5	lt.6	lt.7	lt.8
lt.1 Innere Beteiligung								
lt.2 Aktive Mitwirkung	0.87**							
lt.3 Nachvollziehbarkeit	0.86**	0.76**						
lt.4 Anregungen	0.79**	0.71**	0.82**					
lt.5 Gruppe hilfreich	0.73**	0.74**	0.73**	0.90**				
lt.6 Gruppenatmosphäre	0.78**	0.85**	0.75**	0.65**	0.76**			
lt.7 Zufriedenheit	0.73**	0.71**	0.82**	0.88**	0.87**	0.78**		
lt.8 Therapieform erfolgversprechend	0.68**	0.65**	0.74**	0.87**	0.87**	0.63**	0.80**	
lt. 9 Therapeut Gruppenatmosphäre	0.71**	0.77**	0.71**	0.65**	0.80**	0.93**	0.76**	0.63**
lt. 10 Anliegen	0.71**	0.65**	0.82**	0.81**	0.77**	0.67**	0.88**	0.73**
lt. 11 Manualorientierung	0.29	0.30	0.35	0.44*	0.58**	0.50*	0.50*	0.60**
lt. 12 Bedürfnisse (umgepolt)	0.69**	0.66**	0.61**	0.76**	0.72**	0.49*	0.71**	0.70**
lt. 13 Manualumsetzung	0.64**	0,69**	0.62**	0.81**	0.84**	0.66**	0.71**	0.84**
lt. 14 Beispiele	0.61**	0.67**	0.55**	0.74**	0.85**	0.72**	0.77**	0.68**
lt. 15 Manualabweichung (umgepolt)	0.03	0.12	0.13	0.25	0.41	0.23	0.33	0.44*
lt. 16 Therapeut Zufriedenheit	0.62**	0.67**	0.67**	0.71**	0,82**	0.85**	0.85**	0.69**

Anmerkung: **=signifikant bei $p < 0.01$ (2-seitig) *=signifikant bei $p < 0.05$ (2-seitig)

Tabelle A 2. 5: Iteminterkorrelationen des **GTS-T** Items 9-16

	lt. 9	lt.10	lt.11	lt.12	lt.13	lt.14	lt.15	lt.16
lt.1 Innere Beteiligung								
lt.2 Aktive Mitwirkung								
lt.3 Nachvollziehbarkeit								
lt.4 Anregungen								
lt.5 Gruppe hilfreich								
lt.6 Gruppenatmosphäre								
lt.7 Zufriedenheit								
lt.8 Therapieform erfolgversprechend								
lt. 9 Therapeut Gruppenatmosphäre								
lt. 10 Anliegen	0.63**							
lt. 11 Manualorientierung	0.56**	0.49*						
lt. 12 Bedürfnisse (umgepolt)	0.49*	0.75**	0.50*					
lt. 13 Manualumsetzung	0.65**	0.68**	0.68**	0.77**				
lt. 14 Beispiele	0.72**	0.66**	0.66**	0.65**	0.81**			
lt. 15 Manualabweichung (umgepolt)	0.33	0.36	0.63**	0.53**	0.53**	0.41*		
lt. 16 Therapeut Zufriedenheit	0.85**	0.73**	0.53**	0.55**	0.69**	0.78**	0.49*	

Anmerkung: **=signifikant bei $p < 0.01$ (2-seitig) *=signifikant bei $p < 0.05$ (2-seitig)

Tabelle A 2. 6: Iteminterkorrelationen der **GTS-TP** Items 1-4

	lt. 1 Innere Beteiligung	lt.2 Aktive Mitwirkung	lt.3 Nachvoll- ziehbarkeit	lt.4 Anregungen
lt.1 Innere Beteiligung				
lt.2 Aktive Mitwirkung	0.57**			
lt.3 Nachvollziehbarkeit	0.39**	0.33**		
lt.4 Anregungen	0.51**	0.29**	0.42**	
lt.5 Gruppe hilfreich	0.56**	0.27**	0.35**	0.79**
lt.6 Gruppenatmosphäre	0.28**	0.17	0.21*	0.36**
lt.7 Zufriedenheit	0.47**	0.25*	0.19	0.71**
lt.8 Therapieform erfolgversprechend	0.49**	0.23*	0.31**	0.67**

Anmerkung: **=signifikant bei $p < 0.01$ (2-seitig)

Tabelle A 2. 7: Iteminterkorrelationen der **GTS-TP** Items 5-8

	lt.5 Gruppe hilfreich	lt.6 Gruppen- atmosphäre	lt.7 Zufriedenheit	lt.8 Therapieform erfolgversprechend
lt.1 Innere Beteiligung				
lt.2 Aktive Mitwirkung				
lt.3 Nachvollziehbarkeit				
lt.4 Anregungen				
lt.5 Gruppe hilfreich				
lt.6 Gruppenatmosphäre	0.41**			
lt.7 Zufriedenheit	0.78**	0.36**		
lt.8 Therapieform erfolgversprechend	0.71**	0.26*	0.72**	

Anmerkung: **=signifikant bei $p < 0.01$ (2-seitig), *=signifikant bei $p < 0.05$ (2-seitig)

Tabelle A 2. 8: Ergebnisse der sitzungsbezogenen Reliabilitätsanalysen des **GTS-P**: korrigierte Trennschärfekoeffizienten und interne Konsistenz, Sitzung 1-5

	Sitzung 1	Sitzung 2	Sitzung 3	Sitzung 4	Sitzung 5
Item 1 „Innere Beteiligung“	0.35	0.43	0.67	0.74	0.63
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	0.45	0.52	0.47	0.66	0.50
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	0.13	0.51	0.61	0.67	0.47
Item 4 „Anregungen“	0.53	0.66	0.70	0.63	0.76
Item 5 „Gruppe hilfreich“	0.67	0.68	0.74	0.74	0.75
Item 6 „Gruppenatmosphäre“	0.47	0.43	0.62	0.56	0.67
Item 7 „Zufriedenheit“	0.60	0.67	0.75	0.80	0.80
Item 8 „Therapieform erfolgversprechend“	0.56	0.53	0.50	0.58	0.69
Cronbachs α	0.77	0.83	0.87	0.89	0.88
Stichprobengröße N	92	81	76	78	72

Anmerkung: Angegeben sind die jeweiligen korrigierten Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) und Cronbachs α pro Sitzung.

Tabelle A 2. 9: Ergebnisse der sitzungsbezogenen Reliabilitätsanalysen des **GTS-P**: korrigierte Trennschärfekoeffizienten und interne Konsistenz, Sitzung 6-10

	Sitzung 6	Sitzung 7	Sitzung 8	Sitzung 9	Sitzung 10
Item 1 „Innere Beteiligung“	0.69	0.72	0.68	0.68	0.77
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	0.62	0.61	0.64	0.59	0.61
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	0.64	0.65	0.66	0.62	0.59
Item 4 „Anregungen“	0.71	0.68	0.75	0.79	0.67
Item 5 „Gruppe hilfreich“	0.75	0.75	0.74	0.75	0.68
Item 6 „Gruppenatmosphäre“	0.56	0.53	0.70	0.60	0.54
Item 7 „Zufriedenheit“	0.78	0.79	0.83	0.73	0.78
Item 8 „Therapieform erfolgversprechend“	0.56	0.68	0.65	0.59	0.65
Cronbachs α	0.89	0.89	0.91	0.89	0.88
Stichprobengröße N	71	74	69	68	75

Anmerkung: Angegeben sind die jeweiligen korrigierten Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) und Cronbachs α pro Sitzung.

Tabelle A 2. 10: Ergebnisse der sitzungsbezogenen Reliabilitätsanalysen des **GTS-T**: korrigierte Trennschärfekoeffizienten und interne Konsistenz, Sitzung 1-5

	Sitzung 1	Sitzung 2	Sitzung 3	Sitzung 4	Sitzung 5
Item 1 „Innere Beteiligung“	0.55	0,73	0.41	0.27	0.58
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	0.67	0.64	0.58	0.38	0.46
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	0.69	0.53	0.70	0.57	0.60
Item 4 „Anregungen“	0.24	0.74	0.78	0.69	0.53
Item 5 „Gruppe hilfreich“	0.66	0.73	0.75	0.70	0.79
Item 6 „Patienten Gruppenatmosphäre“	0.55	0.65	0.62	0.60	0.74
Item 7 „Patienten Zufriedenheit“	0.63	0.78	0.81	0.75	0.77
Item 8 „Therapieform erfolgversprechend“	0.39	0.59	0.61	0.67	0.63
Item 9 „Therapeut Gruppenatmosphäre“	0.63	0.70	0.45	0.56	0.81
Item 10 „Anliegen“	0.71	0.55	0.60	0.64	0.75
Item 11 „Manualorientierung“	0.00	0.48	0.63	0.53	0.21
Item 12 „Bedürfnisse“	0.54	0.75	0.39	0.44	0.56
Item 13 „Manualumsetzung“	0.52	0.32	0.78	0.60	0.74
Item 14 „Beispiele“	0.55	0.50	0.66	0.36	0.63
Item 15 „Manualabweichung“	0.15	0.16	0.60	0.44	0.23
Item 16 „Therapeut Zufriedenheit“	0.75	0.81	0.71	0.65	0.58
Cronbachs α	0.86	0.91	0.92	0.89	0.90
Stichprobengröße N	23	23	23	23	23

Anmerkung. Angegeben sind die jeweiligen korrigierten Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) und Cronbachs α pro Sitzung.

Tabelle A 2. 11: Ergebnisse der sitzungsbezogenen Reliabilitätsanalysen des **GTS-T**: korrigierte Trennschärfekoeffizienten und interne Konsistenz, Sitzung 6-10

	Sitzung 6	Sitzung 7	Sitzung 8	Sitzung 9	Sitzung 10
Item 1 „Innere Beteiligung“	0.65	0.54	0.53	0.71	0.42
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	0.58	0.66	0.78	0.35	0.67
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	0.73	0.82	0.66	0.84	0.58
Item 4 „Anregungen“	0.79	0.79	0.68	0.82	0.64
Item 5 „Gruppe hilfreich“	0.81	0.81	0.74	0.82	0.64
Item 6 „Patienten Gruppenatmosphäre“	0.61	0.70	0.69	0.73	0.68
Item 7 „Patienten Zufriedenheit“	0.85	0.76	0.75	0.87	0.59
Item 8 „Therapieform erfolgversprechend“	0.78	0.78	0.82	0.85	0.56
Item 9 „Therapeut Gruppenatmosphäre“	0.73	0.70	0.57	0.71	0.75
Item 10 „Anliegen“	0.82	0.84	0.77	0.73	0.56
Item 11 „Manualorientierung“	0.55	0.27	0.45	0.21	0.19
Item 12 „Bedürfnisse“	0.66	0.69	0.84	0.67	0.61
Item 13 „Manualumsetzung“	0.47	0.66	0.70	0.54	0.68
Item 14 „Beispiele“	0.79	0.75	0.77	0.74	0.43
Item 15 „Manualabweichung“	0.23	0.12	0.54	0.34	0.23
Item 16 „Therapeut Zufriedenheit“	0.81	0.88	0.77	0.63	0.80
Cronbachs α	0.93	0.93	0.94	0.92	0.89
Stichprobengröße N	23	23	23	23	23

Anmerkung. Angegeben sind die jeweiligen korrigierten Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) und Cronbachs α pro Sitzung.

Tabelle A 2. 12: Kriteriumsbezogene Validität: Korrelationen der **GTS-P**-Itemmittelwerte, des GTS-P-Gesamtwertes und der Gesamtmittelwerte einzelner Sitzungen mit dem Mittelwert der Globalen Interventionsbewertung nach Therapieende durch die Patienten

GTS-P	N=101
Item 1 „Innere Beteiligung“	0.44**
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	0.29**
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	0.37**
Item 4 „Anregungen“	0.70**
Item 5 „Gruppe hilfreich“	0.65**
Item 6 „Gruppenatmosphäre“	0.36**
Item 7 „Zufriedenheit“	0.67**
Item 8 „Therapieform erfolgversprechend“	0.78**
<hr/>	
GTS-P-Gesamtwert	0.69**
<hr/>	
Gesamtmittelwert 1. Sitzung	0.45**
Gesamtmittelwert 2. Sitzung	0.53**
Gesamtmittelwert 3. Sitzung	0.45**
Gesamtmittelwert 4. Sitzung	0.36**
Gesamtmittelwert 5. Sitzung	0.55**
Gesamtmittelwert 6. Sitzung	0.57**
Gesamtmittelwert 7. Sitzung	0.46**
Gesamtmittelwert 8. Sitzung	0.51**
Gesamtmittelwert 9. Sitzung	0.50**
Gesamtmittelwert 10. Sitzung	0.75**

Anmerkung: **=signifikant bei $p < .01$

Tabelle A 2. 13: Kriteriumsbezogene Validität: Korrelationen der **GTS-T**- Itemmittelwerte, des GTS-T-Gesamtwertes und der Sitzungsmittelwerte mit dem Mittelwert der Globalen Interventionsbewertung nach Therapieende durch den Therapeuten

GTS-T	N=23
Item 1 „Innere Beteiligung“	0.23
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	0.31
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	0.27
Item 4 „Anregungen“	0.54**
Item 5 „Gruppe hilfreich“	0.58**
Item 6 „Patienten Gruppenatmosphäre“	0.33
Item 7 „Patienten Zufriedenheit“	0.49*
Item 8 „Therapieform erfolgversprechend“	0.58**
Item 9 „Therapeut Gruppenatmosphäre“	0.36
Item 10 „Anliegen“	0.32
Item 11 „Manualorientierung“	0.51*
Item 12 „Bedürfnisse“	0.29
Item 13 „Manualumsetzung“	0.58**
Item 14 „Beispiele“	0.65**
Item 15 „Manualabweichung“	0.22
Item 16 „Therapeut Zufriedenheit“	0.45*
<hr/>	
GTS-T-Gesamtwert	0.53**
<hr/>	
Gesamtmittelwert 1. Sitzung	0.43*
Gesamtmittelwert 2. Sitzung	0.46*
Gesamtmittelwert 3. Sitzung	0.41
Gesamtmittelwert 4. Sitzung	0.39
Gesamtmittelwert 5. Sitzung	0.47*
Gesamtmittelwert 6. Sitzung	0.30
Gesamtmittelwert 7. Sitzung	0.30
Gesamtmittelwert 8. Sitzung	0.03
Gesamtmittelwert 9. Sitzung	0.48*
Gesamtmittelwert 10. Sitzung	0.62**

Anmerkung: * =signifikant bei $p < .05$ ** =signifikant bei $p < .01$

Tabelle A 2. 14: Kriteriumsvalidität: Korrelationen der **GTS-TP**-Itemmittelwerte und des GTS-TP-Gesamtmittelwertes mit den GTS-P- Items und dem GTS-P-Gesamtwert der ersten vier Sitzungen (Remoralisierungsphase)

GTS-TP	N=98
Item 1 „Innere Beteiligung“	0.16
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	0.32**
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	0.30**
Item 4 „Anregungen“	0.43**
Item 5 „Gruppe hilfreich“	0.49**
Item 6 „Patienten Gruppenatmosphäre“	0.20
Item 7 „Patienten Zufriedenheit“	0.44*
Item 8 „Therapieform erfolgversprechend“	0.59**
Gesamtwertmittelwert	0.58**

Anmerkung: *=signifikant bei $p < .05$ **=signifikant bei $p < .01$

Tabelle A 2. 15: Faktorladungen der Strukturmatrix und Kommunalitätsschätzungen der **GTS-P**-Items nach der exploratorischen Faktorenanalyse der Stichprobe B (N=101)

	Faktorladungen		Kommunalität
	Faktor I:	Faktor II:	h ²
	„wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie“	„wahrgenommene persönliche Beteiligung“	
Item 1 „Innere Beteiligung“	0.60	0.90	0.83
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	0.43	0.88	0.77
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	0.50	0.84	0.71
Item 4 „Anregungen“	0.91	0.44	0.84
Item 5 „Gruppe hilfreich“	0.92	0.53	0.85
Item 6 „Gruppenatmosphäre“	0.69	0.55	0.52
Item 7 „Zufriedenheit“	0.80	0.67	0.76
Item 8 „Therapieform erfolgsversprechend“	0.86	0.43	0.75
Eigenwert (eij)	4.96	1.14	
Aufgeklärter Varianzanteil (%)	61.97	14.21	
Aufgeklärter Varianzanteil gesamt (%)			76.18

Tabelle A 2. 16: Faktorladungen und Kommunalitätsschätzungen der 16 **GTS-T**-Items nach einer Hauptkomponentenanalyse der Itemmittelwerte mit oblimin-direkter Rotation und dem Kaiser - Guttman Kriterium (N=23)

	Faktorladungen		Kommunalität
	I	II	h ²
Item 1 „Innere Beteiligung“	0.89	0.04	0.88
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	0.88	0.11	0.82
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	0.88	0.11	0.84
Item 4 „Anregungen“	0.91	0.35	0.83
Item 5 „Gruppe hilfreich“	0.92	0.51	0.89
Item 6 „Gruppenatmosphäre Pat.“	0.88	0.25	0.78
Item 7 „Zufriedenheit Pat.“	0.92	0.39	0.86
Item 8 „Therapieform erfolgsverspr.“	0.85	0.53	0.78
Item 9 „Gruppenatmosphäre Th.“	0.85	0.35	0.73
Item 10 „Anliegen“	0.86	0.39	0.74
Item 11 „Manualorientierung“	0.52	0.82	0.74
Item 12 „Bedürfnisse“	0.76	0.54	0.66
Item 13 „Manualumsetzung“	0.82	0.66	0.83
Item 14 „Beispiele“	0.81	0.58	0.76
Item 15 „Manualabweichung“	0.30	0.91	0.83
Item 16 „Zufriedenheit Th“	0.85	0.49	0.77
Eigenwert (eij)	11.08	1.65	
Aufgeklärter Varianzanteil (%)	69.27	10.29	
Varianzanteil insgesamt (%)			79.57

Tabelle A 2. 17: Faktorladung und Kommunalitätsschätzungen von 14 **GTS-T**-Items (Ausschluss von Item 11 und Items 15) nach einer Hauptkomponentenanalyse der Itemmittelwerte mit schiefwinkliger Rotation und dem Kaiser - Guttman Kriterium (N=23)

	Faktor I	h ²
Item 1 „Innere Beteiligung“	0.86	0.88
Item 2 „Aktive Mitwirkung“	0.86	0.82
Item 3 „Nachvollziehbarkeit“	0.86	0.84
Item 4 „Anregungen“	0.92	0.83
Item 5 „Gruppe hilfreich“	0.94	0.89
Item 6 „Patienten Gruppenatmosphäre“	0.87	0.78
Item 7 „Patienten Zufriedenheit“	0.93	0.86
Item 8 „Therapieform erfolgversprechend“	0.87	0.78
Item 9 „Therapeut Gruppenatmosphäre“	0.85	0.73
Item 10 „Anliegen“	0.86	0.74
Item 12 „Bedürfnisse“	0.78	0.66
Item 13 „Manualumsetzung“	0.87	0.83
Item 14 „Beispiele“	0.84	0.76
Item 16 „Therapeut Zufriedenheit“	0.87	0.77
Eigenwert (e _{ij})	10.56	
Aufgeklärter Varianzanteil (%)	75.43	
Aufgeklärter Varianzanteil insgesamt (%)		75.43

Tabelle A 2. 18: Korrelationen der Gesamtmittelwerte des GTS-P, GTS-T (Mittelwerte der ersten vier Sitzungen= Remoralisierungswerte) und GTS-TP (nach der 4. Sitzung)

	GTS-P	GTS-TP	GTS-T
GTS- P	1		
GTS-TP	0.42**	1	
GTS-T	0.18	0.33**	1

Anmerkung: **=signifikant bei $p < 0.01$ (2-seitig) *=signifikant bei $p < 0.05$ (2-seitig)

Tabelle A 2. 19: Korrelationen der Skalen des GTS-P (Mittelwerte der ersten vier Sitzungen= Remoralisierungswerte) und GTS-TP (nach der 4. Sitzung)

	GTS-P ZUV	GTS-P BET	GTS-TP ZUV	GTS-TP BET
GTS- P Skala Zuversicht	1			
GTS-P Skala Beteiligung	0.49**	1		
GTS-TP Skala Zuversicht	0.58**	0.20*	1	
GTS-TP Skala Beteiligung	0.18	0.23*	0.52**	1

Anmerkung: **=signifikant bei $p < 0.01$ (2-seitig) *=signifikant bei $p < 0.05$ (2-seitig)

A 3 Vorhersage des Therapieerfolgs

Tabelle A 3. 1: Korrelationen der primären Prädiktoren und des primären Kriteriums der Gruppentherapiestichprobe (N=101)

	HAMD_P1	R_ZUV	R_BET	HAMD_P0	TYP	ADH	KOMP
Kriterium							
HAMD_P1	1						
Prädiktoren							
R_ZUV (Skala Zuversicht)	-0.17	1					
R_BET (Skala Beteiligung)	0.02	0.59**	1				
HAMD_P0	0.28**	-0.02	-0.09	1			
TYP (Diabetestyp)	0.13	0.08	0.03	0.10	1		
ADH (Adhärenz)	0.10	-0.24*	0.00	0.05	-0.09	1	
KOMP (Diabeteskomplikationen)	-0.06	0.09	-0.09	0.05	0.06	0.09	1

Anmerkung: **=signifikant bei $p < 0.01$ (2-seitig) *=signifikant bei $p < 0.05$ (2-seitig)

Tabelle A 3. 2: Ergebnisse des Modellvergleichs für Modelle unter Einschluss des GTS-T-Gesamtwertes der Remoralisierungsphase (R_GTS-T) auf Ebene 2 (M3, M4)

Schrittweise Modelle	M3: M1+ R_GTS-T (Level 2)		M4: M2+ R_GTS-T (Level 2)	
	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE
Feste Parameter				
Intercept γ_{00}	6.79 * 0.014	2.54	9.39 *** <0.001	0.58
HAMD_P0 γ_{10}	0.36** 0.007	0.13	0.38 ** 0.004	0.13
R_ZUV γ_{20}	-2.18* 0.044	1.06	-2.33 * 0.028	1.04
R_BET γ_{30}	3.00 0.097	1.78	3.27 0.069	1.78
DIABETESTYP γ_{40}	1.24 0.286	1.15		
ADHÄRENZ γ_{50}	0.58 0.670	1.34		
DIABETES- KOMPLIKATIONEN γ_{70}	-0.41 0.506	0.62		
R_GTS_T γ_{01}	-2.55 0.115	1.55	-2.42 0.132	1.55
Modellpassung				
Devianz	557.63		559.29	
N Parameter	10		7	
AIC	567.63		573.29	
Modellvergleich	Vgl. M0	Vgl. M1	Vgl. M0	Vgl. M2
χ^2	17.22*	2.67	15.57**	2.43
df	7	1	4	1
p-Wert	0.016	0.098	0.004	0.115
„Pseudo-R²“	0.173		0.159	

Anmerkung: Koeff.: geschätzter Koeffizient (robuste Standardfehler), SE: Standardfehler, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, N Parameter: Anzahl der geschätzten Parameter, AIC: Akaike's Information Criterion, R_ZUV: Remoralisierungswert GTS-P-Skala wahrgenommene Zuversicht, R_BET: Remoralisierungswert GTS-P-Skala wahrgenommene Beteiligung, HAMD_P0: Hamilton Wert vor der Intervention, TYP: Diabetestyp, ADH: Adhärenz, KOMP: Anzahl der Diabeteskomplikationen, R_GTS-T: Remoralisierungswert, GTS-T Therapeutenstundenbogen (Level 2).

Tabelle A 3. 3: Vorhersage des HAMD_P1 durch den GTS-TP (M5-M7)

Prädiktoren	M5: GTS-TP_ZUV + GTS-TP_BET + HAMD_P0 + TYP + KOMP + ADH		M6: HAMD_P0 + GTS-TP_ZUV + GTS-TP_BET		M7: HAMD_P0 + GTS-TP_Gesamtwert	
	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE
Feste Parameter						
Intercept γ_{00}	9.15* <0.001	1.30	9.39 *** <0.001	0.59	9.39* <0.001	0.60
HAMD_P0 γ_{10}	0.41** 0.003	0.13	0.43 *** 0.002	0.13	0.37** 0.006	0.13
GTS-TP_ZUV γ_{20}	-1.96* 0.042	0.95	-1.77 + 0.063	0.94		
GTS-TP_BET γ_{30}	1.05 0.264	0.93	0.99 0.295	0.94		
DIABETESTYP γ_{40}	1.61 0.182	1.19				
ADHÄRENZ γ_{50}	0.77 0.577	1.38				
DIABETES-KOMPLIKATIONEN γ_{60}	-0.60 0.333	0.61				
GTS-TP_Gesamt γ_{70}					-0.77 0.413	0.94
Modellpassung						
Devianz	561.15		564.02		566.83	
N Parameter	9		6		5	
AIC	579.15		576.02		576.83	
Modellvergleich	Vgl. M0	Vgl. Baseline	Vgl. M0	Vgl. Baseline	Vgl. M0	Vgl. Baseline
χ^2	12.85*	6.36	9.98**	3.49	8.01*	0.67
df	6	5	3	2	2	1
p-Wert	0.045	0.272	0.018	0.172	0.018	>0.500
„Pseudo-R ² “	0.141		0.110		0.085	

Anmerkung: Koeff.: geschätzter Koeffizient (robuste Standardfehler), SE: Standardfehler, ⁺ $p \leq .10$, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, N Parameter: Anzahl der geschätzten Parameter, AIC: Akaikes' Information Criterion, GTS-TP_ZUV: Remoralisierungswert GTS-TP-Skala wahrgenommene Zuversicht, GTS-TP_BET: Remoralisierungswert GTS-TP-Skala wahrgenommene Beteiligung, HAMD_P0: Hamilton Wert vor der Intervention, TYP: Diabetestyp, ADH: Adhärenz, KOMP: Anzahl der Diabeteskomplikationen, GTS-TP_Gesamt Gesamtwert der Therapeuten-Patienten-Bewertung mit 6 Items.

Tabelle A 3. 4: Vorhersage des HAMD_P1 durch Item 1-4 des GTS-P in der Remoralisierungsphase (M8-M11)

Prädiktoren	M8: HAMD_P0 + R_INN_BET		M9: HAMD_P0 + R_AKT_MIT		M10: HAMD_P0 +R_NACHVOLL		M11: HAMD_P0 + R_ANREG	
	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE
Feste Parameter								
Intercept	9.34*** <0.001	0.60	9.32*** <0.001	0.59	9.35*** <0.001	0.60	9.44*** <0.001	0.59
HAMD_P0	0.36** 0.007	0.13	0.40*** 0.003	0.13	0.37** 0.006	0.13	0.36** 0.008	0.13
Item 1 Innere Beteiligung	-0.27 0.802	1.09						
Item 2 Aktive Mitwirkung			2.70 0.160	1.91				
Item 3 Nachvollziehbarkeit					0.72 0.540	1.16		
Item 4 Anregungen							-1.29 0.134	0.85
Modellpassung								
Devianz	567.45		565.53		567.13		565.25	
N Parameter	5		5		5		5	
AIC	577.45		575.53		577.13		575.25	
Modellvergleich	Vgl. M0	Vgl. Base- line	Vgl. M0	Vgl. Base- line	Vgl. M0	Vgl. Base- line	Vgl. M0	Vgl. Base- line
χ^2	6.55*	0.06	8.47*	1.98	6.87*	0.38	8.75*	2.26
df	2	1	2	1	2	1	2	1
p-Wert	0.037	<0.500	0.014	0.155	0.031	<0.500	0.012	0.128
„Pseudo-R²“	0.078		0.098		0.082		0.101	

Anmerkung: Koeff.: geschätzter Koeffizient (robuste Standardfehler), SE: Standardfehler, ⁺ p ≤ .10, * p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001, N Parameter: Anzahl der geschätzten Parameter, AIC: Akaikes' Information Criterion, HAMD_P0: Hamilton Wert vor der Intervention, R_INN_BET Remoralisierungswert Item 1 Innere Beteiligung, R_AKT_MIT Remoralisierungswert Item 2 Aktive Mitwirkung, R_NACHVOLL Remoralisierungswert Item 3 Nachvollziehbarkeit, R_ANREG Remoralisierungswert Item 4 Anregungen.

Tabelle A 3. 5: Vorhersage des HAMD_P1 durch Item 5-8 des GTS-P in der Remoralisierungsphase (M12-M15)

Prädiktoren	M12: HAMD_P0 + R_HILFR		M13: HAMD_P0+ R_GRUPP_AT		M14: HAMD_P0 + R_ZUFRIED		M15: HAMD_P0 +R_TH_ERFOLG	
	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE
Intercept	9.46*** <0.001	0.58	9.36*** <0.001	0.60	9.38*** <0.001	0.59	9.39*** <0.001	0.60
HAMD_P0	0.36** 0.007	0.13	0.37** 0.007	0.13	0.37** 0.006	0.13	0.37** 0.006	0.13
Item 5 Gruppe hilfreich	-1.66* 0.038	0.79						
Item 6 Gruppenatmosphäre			-0.50 0.692	1.26				
Item 7 Zufriedenheit					-1.35 0.239	1.13		
Item 8 Therapieform erfolgsversprechend							-0.74 0.350	0.79
Modellpassung								
Devianz	563.18		567.35		566.11		566.63	
N Parameter	5		5		5		5	
AIC	573.18		577.35		576.11		576.63	
Modellvergleich	Vgl. M0	Vgl. Base- line	Vgl. M0	Vgl. Base- line	Vgl. M0	Vgl. Base- line	Vgl. M0	Vgl. Base- line
χ^2	10.82**	4.33*	6.65*	0.15	7.89*	1.40	7.37*	0.88
df	2	1	2	1	2	1	2	1
p-Wert	0.005	0.035	0.035	>0.500	0.019	0.235	0.024	>0.500
„Pseudo-R²“	0.121		0.080		0.092		0.087	

Anmerkung: Koeff.: geschätzter Koeffizient (robuste Standardfehler), SE: Standardfehler, ⁺ p ≤ .10, * p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001, N Parameter: Anzahl der geschätzten Parameter, AIC: Akaikes' Information Criterion, R_GTS-P_Gesamt: Remoralisierungswert GTS-P-Gesamtwert (6 Items, ohne Items 6 und 7), HAMD_P0: Hamilton Wert vor der Intervention, R_HILFR Remoralisierungswert Item 5 Gruppe hilfreich, R-GRUPP_AT Remoralisierungswert Item 6 Gruppenatmosphäre, R_ZUFRIED Remoralisierungswert Item 7 Zufriedenheit, R_TH_ERFOLG Remoralisierungswert Therapieform erfolgsversprechend.

Tabelle A 3. 6: Vorhersage des HAMD_P1 durch den GTS-P-Gesamtwert (6 Items) und allen bzw. Kombinationen der Items des GTS-P (M16-M21)

Prädiktoren	M16: HAMD_P0 + R_GTS- P_Gesamt		M17: HAMD_P0 + 6 Items des GTS-P Remorali- sierungsphase		M20: HAMD_P0 +6 Items des GTS-P 10 Sitzungen		M21: HAMD_P0 + HILFR10_M + AKT_Mit10_M	
	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE
Intercept	9.38*** <0.001	0.60	9.52*** <0.001	0.56	9.53*** <0.001	0.58	9.48*** <0.001	0.58
HAMD_P0	0.36** 0.008	0.13	0.42*** 0.001	0.13	0.41** 0.002	0.13	0.39** 0.003	0.13
R_GTS-P_Gesamt	-1.23 0.341	1.28						
Item 1 Innere Beteiligung			-0.26 0.861	1.48	-1.81 0.393	2.10		
Item 2 Aktive Mitwirkung			5.56* 0.027	2.46	2.24 0.087	1.29	2.19* 0.035	1.02
Item 3 Nachvollziehbarkeit			0.36 0.792	1.26	2.27 0.201	1.76		
Item 4 Anregungen			-0.82 0.597	1.54	-0.81 0.695	2.05		
Item 5 Gruppe hilfreich			-2.60* 0.047	1.29	-1.78 0.259	1.57	-2.53* 0.015	1.01
Item 8 Therapieform erfolgsversprechend			0.77 0.523	1.20	-0.17 0.899	1.35		
Modellpassung								
Devianz	566.60		555.29		558.07		560.13	
N Parameter	5		10		10		6	
AIC	576.60		575.29		578.07		572.13	
Modellvergleich	Vgl. M0	Vgl. Base- line	Vgl. M0	Vgl. Base- line	Vgl. M0	Vgl. Base- line	Vgl. M0	Vgl. Base- line
χ^2	7.40*	0.91	19.57**	12.22	16.78	9.44	14.72	7.38
df	2	1	7	6	7	6	3	2
p-Wert	0.024	>0.500	0.007	0.057	0.019	0.150	0.002	0.024
„Pseudo-R ² “	0.113		0.195		0.170		0.151	

Anmerkung: Koeff.: geschätzter Koeffizient (robuste Standardfehler), SE: Standardfehler, ⁺ p ≤ .10, * p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001, N Parameter: Anzahl der geschätzten Parameter, AIC: Akaikes' Information Criterion, R_GTS-P_Gesamt: Remoralisierungswert GTS-P-Gesamtwert (6 Items, ohne Items 6 und 7), HAMD_P0: Hamilton Wert vor der Intervention, HILFR10_M: Item 5 Gruppe hilfreich Mittelwert 10 Sitzungen, AKT_Mit10_M: Item 2 Aktive Mitwirkung Mittelwert 10 Sitzungen.

Tabelle A 3. 7: Ergebnisse des Modells M19 ZUV10_M + BET10_M + HAMD_P0 zur Vorhersage des Depressionswertes nach der Gruppentherapie HAMD_P1

Feste Effekte					
Feste Effekte	Koeffizient	Standard- fehler	t-ratio	df	p-Wert
Intercept γ_{00}	9.54***	0.58	16.36	22	<0.001
HAMD_P0 γ_{10}	0.39**	0.13	3.04	75	0.003
ZUV10_M γ_{20}	-2.82*	1.16	-2.43	75	0.018
BET10_M γ_{30}	3.21	1.62	1.99	75	0.051

Zufällige Effekte / Varianzkomponenten					
Zufällige Effekte	Standard- abweichung	Varianz- komponenten	χ^2	df	p-Wert
Intercept u_0	0.13	0.02	17.04	22	>0.500
Ebene-1 r	5.47	29.91			

Devianz = 561.27
Anzahl der Parameter = 6
AIC = 573.27
„Pseudo-R²“ = 0.14

Anmerkung: * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, ZUV10_M: GTS-P Skala wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie 10 Sitzungen Mittelwert, BET10_M: wahrgenommene Beteiligung 10 Sitzungen Mittelwert, HAMD_P0: Hamilton Wert vor der Intervention.

Tabelle A 3. 8: Ergebnisse des schrittweisen Modellvergleichs für die Vorhersage der Depressionssymptomatik in der ADS nach der Intervention (ADS M0-ADS M3)

Schrittweise Modelle	ADS M0: Null-Modell (ohne Prädiktoren)		ADS M1: M0 + R_ZUV + R_BET + ADS_S1 + TYP + ADH + KOMP (Level 1)		ADS M2: M0 + R_BET+ R_ZUV ADS_S1+ TYP (Level 1)		ADS M3: M0 + R_BET + R_ZUV+TYP + R_GTS_T (Level 2)	
	Koeff.	SE	Koeff.	SE	Koeff.	SE	Koeff.	SE
Feste Parameter	Koeff.	SE	Koeff.	SE	Koeff.	SE	Koeff.	SE
	p-Wert		p-Wert		p-Wert		p-Wert	
Intercept γ_{00}	32.73** *	0.66	34.46*** <0.001	1.17	34.33*** <0.001	0.84	37.17*** <0.001	1.83
ADS_S1 γ_{10}			0.30*** <0.001	0.06	0.29*** <0.001	0.06	0.28*** <0.001	0.06
R_ZUV γ_{20}			-1.15* 0.047	1.05	-1.06* 0.024	1.00	-0.91* 0.036	0.99
R_BET γ_{30}			4.67* 0.011	1.80	4.37* 0.016	1.78	4.42* 0.014	1.75
DIABETESTYP γ_{40}			-3.29** 0.007	1.18	-3.20** 0.008	1.18	-3.07* 0.010	1.16
ADHÄRENZ γ_{50}			-0.13 0.920	1.30				
DIABETES- KOMPLIKATIONEN γ_{70}			0.77 0.215	0.62				
R_GTS_T γ_{01}							-2.54 0.122	1.57
Modellpassung								
Devianz	667.64		625.21		626.81		625.15	
N Parameter	3		9		6		7	
AIC	673.64		644.21		638.81		639.15	
Modellvergleich			Vgl. ADS M0	Vgl. ADS ADS Base- line	Vgl. ADS Baseline	Vgl. ADS ADS M1	Vgl. ADS Baseline	Vgl. ADS ADS M2
χ^2			41.79***	14.25*	12.64**	1.61	15.12**	2.48
df			6	5	3	3	4	2
p			<0.001	0.014	0.006	>0.500	0.005	0.289
„Pseudo-R ² “			0.270		0.267		0.266	

Anmerkung: Koeff.: geschätzter Koeffizient (robuste Standardfehler), SE: Standardfehler, ⁺ p ≤ .10, * p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001, N Parameter: Anzahl der geschätzten Parameter, AIC: Akaikes' Information Criterion, R_ZUV: Remoralisierungswert GTS-P-Skala „wahrgenommene Zuversicht“, R_BET: Remoralisierungswert GTS-P-Skala „wahrgenommene Beteiligung“, ADS_S1: ADS-Wert vor der Intervention, TYP: Diabetestyp, ADH: Adhärenz (mindestens 8 Sitzungen), KOMP: Anzahl der Diabeteskomplikationen, R_GTS-T: Remoralisierungswert, GTS-T Therapeutenstundenbogen (Level 2).

Tabelle A 3. 9: Ergebnisse des schrittweisen Modellvergleichs für die Vorhersage der globalen Interventionsbewertung nach der Intervention (Glob Int M0 – Gob Int M3)

Schrittweise Modelle	Glob Int M0: Null-Modell (ohne Prädiktoren)		Glob Int M1: M0 + R_ZUV + R_BET + TYP + ADH + KOMP (Level 1)		Glob Int M2: M0 + R_ZUV (Level 1)		Glob Int M3: M0 + TP_ZUV + TP_BET (Level1)	
	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE	Koeff. p-Wert	SE
Feste Parameter								
Intercept γ_{00}	3.46*** <0.001	0.08	3.69*** <0.001	0.24	3.39*** <0.001	0.06	3.41*** <0.001	0.08
R_ZUV γ_{10}			0.80*** <0.001	0.11	0.76*** <0.001	0.10		
R_BET γ_{20}			-0.11 0.574	0.19				
DIABETESTYP γ_{40}			-0.10 0.392	0.12				
ADHÄRENZ γ_{50}			0.18 0.157	0.13				
DIABETES- KOMPLIKATIONEN γ_{70}			0.06 0.376	0.06				
TP_ZUV γ_{80}							0.46** <0.001	0.17
TP_BET γ_{90}							-0.17 0.154	0.12
Modellpassung								
Devianz	170.73		121.36		124.70		159.57	
N Parameter	3		8		4		5	
AIC	176.73		137.36		132.70		169.57	
Modellvergleich			Vgl. M0		Vgl. M0	Vgl. M1	Vgl. M0	
χ^2			49.37***		46.03***	4.05	11.16**	
df			5		1	5	2	
p			<0.001		<0.001	>0.500	0.004	
„Pseudo-R²“			0.464		0.441		0.192	

Anmerkung: Koeff.: geschätzter Koeffizient (robuste Standardfehler), SE: Standardfehler, ⁺ p ≤ .10, * p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001, N Parameter: Anzahl der geschätzten Parameter, AIC: Akaikes' Information Criterion, R_ZUV: Remoralisierungswert GTS-P-Skala „wahrgenommene Zuversicht“, R_BET: Remoralisierungswert GTS-P-Skala „wahrgenommene Beteiligung“, TYP: Diabetestyp, ADH: Adhärenz (mindestens 8 Sitzungen), KOMP: Anzahl der Diabeteskomplikationen, TP_ZUV: Therapeuten-Patienten Bewertung Skala Zuversicht, TP_BET: Therapeuten-Patienten Bewertung Skala Beteiligung.

Anhang B: GTS - Bögen

B 1 GTS – Bögen - Studienfassungen

B 1. 1: Gruppentherapiestundenbogen-Patienten (GTS-P) - Studienfassung

Sitzung:

Datum:

Name / Code:

Patientenstundenbogen					
Wie haben Sie die heutige Sitzung erlebt?					
Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den folgenden Feststellungen zustimmen!					
	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft mittel- mäßig zu	Trifft eher zu	Trifft zu
1. Ich war an der Sitzung heute innerlich beteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe an der heutigen Sitzung aktiv mitgewirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Sitzung konnte ich gut nachvollziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die heutige Sitzung hat mir Anregungen zur Bewältigung meiner Beschwerden gebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe die Gruppe heute als hilfreich empfunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die Gruppenatmosphäre fand ich heute gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Insgesamt bin ich mit der heutigen Sitzung zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nach der heutigen Sitzung denke ich, diese Therapieform ist für die Bewältigung meiner Beschwerden erfolgversprechend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B 1. 2: Gruppentherapiestundenbogen-Therapeuten (GTS-T) - Studienfassung

Sitzung:

Datum:

Name / Code:

Therapeutenstundenbogen - Gruppe

Wie haben Sie die heutige Sitzung erlebt?

Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den folgenden Feststellungen zustimmen!

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft mittel- mäßig zu	Trifft eher zu	Trifft zu
1. Die Patienten waren an der Sitzung heute innerlich beteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. An der heutigen Sitzung haben die Patienten aktiv mitgewirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Sitzung konnten von den Patienten heute gut nachvollzogen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die heutige Sitzung hat den Patienten Anregungen zur Bewältigung ihrer Beschwerden gebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Patienten haben die Gruppe heute als hilfreich empfunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die Gruppenatmosphäre fanden die Patienten heute gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Patienten sind mit der heutigen Sitzung insgesamt zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nach der heutigen Sitzung halten die Patienten diese Therapieform für die Behandlung ihrer Beschwerden erfolgversprechend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Therapeutenstundenbogen Zusatz- Items

Wie haben Sie die heutige Sitzung erlebt?

Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den folgenden Feststellungen zustimmen!

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft mittel- mäßig zu	Trifft eher zu	Trifft zu
9. Die Gruppenatmosphäre fand ich heute gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es ist mir heute gut gelungen auf die Anliegen der Patienten einzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Durchführung der heutigen Sitzung orientierte sich sehr eng am Manual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Heute ist die Sitzung an den momentanen Bedürfnissen der Patienten vorbeigegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Heute konnte ich die Inhalte des Manuals gut umsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Heute konnte ich die individuellen Beispiele der Patienten gut zur Umsetzung des Sitzungsthemas nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich bin heute teilweise vom Manual abgewichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich bin mit der heutigen Sitzung insgesamt zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wie könnte man Ihrer Meinung nach das Manual bezüglich der heutigen Sitzung verbessern?					

B 1. 3: Gruppentherapiestundenbogen- Therapeuten-Patienten-Bewertung (GTS-TP) - Studienfassung

Gruppen Nr.:

Datum:

Name / Code:

Therapeuten- Patienten- Bewertung

Wie war Ihr **Gesamteindruck** bezüglich dem Patienten / der Patientin

seit Beginn der Gruppenbehandlung?

Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den folgenden Feststellungen zustimmen!

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft mittel- mäßig zu	Trifft eher zu	Trifft zu
1. Der Patient war an den Sitzungen innerlich beteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. An den bisherigen Sitzungen hat der Patient aktiv mitgewirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Sitzungen konnten von dem Patienten gut nachvollzogen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die bisherigen Sitzungen haben dem Patienten Anregungen zur Bewältigung seiner Beschwerden gebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Der Patient hat die Gruppe bisher als hilfreich empfunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die Gruppenatmosphäre fand der Patient bisher gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Der Patient ist bisher mit der Gruppenbehandlung insgesamt zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nach den bisherigen Sitzungen hält der Patient diese Therapieform für die Behandlung seiner Beschwerden erfolgversprechend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B2 GTS – Bögen - Endfassungen

B 2. 1: Gruppentherapiestundenbogen- Patienten (GTS-P) - Endfassung

Sitzung:

Datum:

Name / Code:

Gruppentherapiestundenbogen-Patienten (GTS-P)

Wie haben Sie die heutige Sitzung erlebt?

Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den folgenden Feststellungen zustimmen!

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft mittel- mäßig zu	Trifft eher zu	Trifft zu
1. Ich war an der Sitzung heute innerlich beteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe an der heutigen Sitzung aktiv mitgewirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Sitzung konnte ich gut nachvollziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die heutige Sitzung hat mir Anregungen zur Bewältigung meiner Beschwerden gebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe die Gruppe heute als hilfreich empfunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nach der heutigen Sitzung denke ich, diese Therapieform ist für die Bewältigung meiner Beschwerden erfolgversprechend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B 2. 2: Gruppentherapiestundenbogen- Therapeuten (GTS-T) - Endfassung

Sitzung:

Datum:

Name / Code:

GTS-T Gruppentherapiestundenbogen – Therapeuten

Wie haben Sie die heutige Sitzung erlebt?

Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den folgenden Feststellungen zustimmen!

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft mittel- mäßig zu	Trifft eher zu	Trifft zu
1. Die Patienten waren an der Sitzung heute innerlich beteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. An der heutigen Sitzung haben die Patienten aktiv mitgewirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Sitzung konnten von den Patienten heute gut nachvollzogen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die heutige Sitzung hat den Patienten Anregungen zur Bewältigung ihrer Beschwerden gebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Patienten haben die Gruppe heute als hilfreich empfunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nach der heutigen Sitzung halten die Patienten diese Therapieform für die Behandlung ihrer Beschwerden erfolgversprechend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Gruppenatmosphäre fand ich heute gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es ist mir heute gut gelungen auf die Anliegen der Patienten einzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sitzung:

Datum:

Name / Code:

GTS-T Gruppentherapiestundenbogen – Therapeuten

Wie haben Sie die heutige Sitzung erlebt?

Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den folgenden Feststellungen zustimmen!

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft mittel- mäßig zu	Trifft eher zu	Trifft zu
9. Heute ist die Sitzung an den momentanen Bedürfnissen der Patienten vorbeigegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Heute konnte ich die Inhalte des Manuals gut umsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Heute konnte ich die individuellen Beispiele der Patienten gut zur Umsetzung des Sitzungsthemas nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich bin mit der heutigen Sitzung insgesamt zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wie könnte man Ihrer Meinung nach das Manual bezüglich der heutigen Sitzung verbessern?					

B 2. 3: Gruppentherapiestundenbogen- Therapeuten – Patienten – Bewertung (GTS-TP) - Endfassung

Gruppen Nr.:

Datum:

Name / Code:

GTS-TP Gruppentherapiestundenbogen Therapeuten- Patienten- Bewertung

Wie war Ihr **Gesamteindruck** bezüglich dem Patienten / der Patientin

seit Beginn der Gruppenbehandlung?

Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den folgenden Feststellungen zustimmen!

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft mittel- mäßig zu	Trifft eher zu	Trifft zu
1. Der Patient war an den Sitzungen innerlich beteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. An den bisherigen Sitzungen hat der Patient aktiv mitgewirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Inhalte der Sitzungen konnten von dem Patienten gut nachvollzogen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die bisherigen Sitzungen haben dem Patienten Anregungen zur Bewältigung seiner Beschwerden gebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Der Patient hat die Gruppe bisher als hilfreich empfunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nach den bisherigen Sitzungen hält der Patient diese Therapieform für die Behandlung seiner Beschwerden erfolgversprechend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B 3 Globale Interventionsbewertung

B 3. 1: Gesamtbewertung der Gruppentherapie - Patienten

Gruppen- Nr.: - Sitzung: 10 Datum: Name:

Gesamtbewertung der Gruppentherapie - Patienten

Wie haben Sie die Gruppentherapie erlebt?

Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den folgenden Feststellungen zustimmen!

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft mittel- mäßig zu	Trifft eher zu	Trifft zu
1. Ich habe die Gruppentherapie insgesamt als hilfreich erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin insgesamt mit der Gruppentherapie zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B 3. 2: Gesamtbewertung der Gruppentherapie - Therapeuten

Gruppen- Nr.: - Sitzung: 10 Datum: Name:

Gesamtbewertung der Gruppentherapie - Therapeut

Wie haben Sie die Gruppentherapie erlebt?

Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den folgenden Feststellungen zustimmen!

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft mittel- mäßig zu	Trifft eher zu	Trifft zu
1. Die Patienten sind insgesamt mit der Gruppentherapie zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin insgesamt mit der Gruppentherapie zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenfassung

Untersucht werden Prozess-Ergebnis-Zusammenhänge einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für Diabetes und Depression im Rahmen der DAD-Studie.

Aufgrund des Mangels an geeigneten Erhebungsinstrumenten der validen, ökonomischen und komplementären Sitzungsbeurteilung von Gruppenpatienten und -therapeuten wurden angelehnt an einen Patienten- (GTS-P) zwei Therapeutenstundenbögen entwickelt: der GTS-T zur Bewertung der Gesamtgruppe und der GTS-TP zur Bewertung einzelner Patienten. Die GTS-Bögen zeigen bei der Überprüfung der Testgüte insgesamt gute Itemparameter und Reliabilitäten. Das in den exploratorischen Faktorenanalysen des GTS-P identifizierte zweifaktorielle Modell (1. wahrgenommene Zuversicht hinsichtlich der Gruppentherapie, 2. wahrgenommene persönliche Beteiligung) kann in den konfirmatorischen Faktorenanalysen bestätigt werden. Dazu wurden GTS-P-Daten aus einer Untersuchung mit Patienten mit somatoformen Störungen (Schulte, 2001) einbezogen. Den Ergebnissen der Item- und Faktorenanalysen folgend, wurden zwei Items des GTS-P und zwei weitere Items des GTS-T aus den Instrumenten ausgeschlossen. Für den GTS-T zeigt sich eine einfaktorielle, für den GTS-TP eine zum GTS-P parallele zweifaktorielle Struktur.

In den Mehrebenenanalysen zur Vorhersage des Therapieergebnisses (Post-Depressions-symptomatik) zeigt sich die Skala Zuversicht des GTS-P zu Therapiebeginn (1.-4. Sitzung) kontrolliert an der Skala Beteiligung und der Prä-Symptomatik, als valider Prädiktor. Das Item 5 „Anregungen“ (Skala Zuversicht) und Item 2 „Aktive Mitwirkung“ (Skala Beteiligung) sind am stärksten an diesem Effekt beteiligt, da diese Itemkombination das Therapieergebnis ebenfalls valide vorhersagen kann. Die Prognose ist schon durch die Werte der ersten Gruppentherapiesitzungen in der Remoralisierungsphase (Howard et al., 1993) möglich und verbessert sich nicht bei Berücksichtigung aller 10 Gruppensitzungen. Die Therapeutenbögen zeigen keine prädiktive Validität. Bedeutsame Zusammenhänge der Patienten- und Therapeutenbewertungen finden sich lediglich für den GTS-P und GTS-TP. Weitere Prädiktoren, wie der Diabetestyp, Diabeteskomplikationen und die Adhärenz, konnten nicht zur Verbesserung der Vorhersage beitragen. Für sekundär überprüfte Kriterien gelang die Prognose lediglich für ein weiteres Maß der Depressionssymptomatik und für eine Gesamtbewertung der Gruppentherapie durch die Patienten zu Therapieende. Bei der deskriptiven Betrachtung der Prozessqualität der DAD-Gruppentherapien zeigen sich positive, über den Verlauf der Gruppe zunehmende und nach Therapiephasen differenzierbare Bewertungsverläufe.

Die Ergebnisse der Studie sprechen für die Relevanz von unspezifischen Wirkfaktoren für das Therapieergebnis von kognitiv-behavioralen Gruppentherapien. Die von den Gruppenpatienten wahrgenommene Zuversicht und Beteiligung als Zeichen der Ansprechbarkeit auf die Therapie sollte mit Hilfe von Stundenbögen, wie den GTS-Bögen, von Gruppentherapeuten zur Prozessoptimierung und Prävention von Therapieabbrüchen und Misserfolgen beachtet werden.

