

# UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe

## **Veränderung des Wohlbefindens ambulanter Patienten/innen im Rahmen von manualisierten Kurzzeit-Gruppenpsychotherapien in der psychosomatischen Versorgung**

### **Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Katja Stieper  
Hamburg

Hamburg 2019

**Angenommen von der**

**Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 07.01.2020**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der**

**Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Bernd Löwe**

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Corinna Bergelt**

“Those who understand happiness have the best chance to attain it”

Fordyce (1983)

(Frank, 2017)

## Inhalt

1	Abbildungsverzeichnis.....	1
2	Tabellenverzeichnis.....	1
3	Abkürzungsverzeichnis .....	2
4	Einleitung .....	3
4.1	Einführung in das Thema Gruppenpsychotherapie .....	3
4.1.1	Modelle der Gruppenpsychotherapie .....	3
4.1.2	Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie .....	6
4.1.3	Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie .....	9
4.1.4	Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie bei Adipositas und somatoformen Störungen .....	9
4.2	Einführung in das Thema Wohlbefinden .....	11
4.2.1	Dimensionen des Wohlbefindens.....	11
4.2.2	Theorien zur Entstehung von Wohlbefinden .....	12
4.2.3	Messinstrumente zur Erfassung von Wohlbefinden .....	13
4.2.4	Bisherige Interventionen/Ergebnisse zur Steigerung des Wohlbefindens ...	15
4.3	Aufstellung der Hypothesen.....	16
5	Material und Methoden.....	17
5.1	Darstellung der Gruppen der Psychosomatischen Institutsambulanz .....	17
5.1.1	Rahmenbedingungen .....	17
5.1.2	Unterschiedliche Gruppenangebote.....	18
5.2	Datenerhebung .....	26
5.2.1	Erhebungszeitpunkte .....	26
5.2.2	Verwendete Fragebögen und Messinstrumente .....	27
5.2.3	Datenschutz und Einwilligungserklärung .....	30
5.3	Auswertung der Daten und verwendete Programme.....	30
6	Ergebnisse .....	32
6.1	Stichprobengröße .....	32
6.1.1	Erhebungszeitraum und Patientenzahl .....	32
6.1.2	Erhebungszeitpunkte .....	32
6.2	Soziodemographische Daten.....	34
6.2.1	Soziodemographische Daten im Vergleich .....	36
6.3	Quantitative Ergebnisse bezüglich Hypothese 1, 2 und 3 .....	38
6.3.1	Ergebnisse zu Hypothese 1 .....	38
6.3.2	Ergebnisse zu Hypothese 2.....	42
6.3.3	Ergebnisse zur Hypothese 3 .....	44
6.3.4	Belastungsthermometer .....	45

6.4	Qualitative Ergebnisse bezüglich Hypothese 3 .....	46
6.4.1	Auswertung Item 4 – Wichtige Inhalte der Sitzungen .....	49
6.4.2	Auswertung Item 5 – Störende Aspekte der Sitzungen .....	60
7	Diskussion .....	63
7.1.1	Methoden .....	63
7.2	Ergebnisse .....	65
7.2.1	Hypothese 1 .....	65
7.2.2	Hypothese 2 .....	66
7.2.3	Hypothese 3 .....	67
7.3	Limitationen .....	68
7.4	Fazit .....	69
8	Zusammenfassung .....	70
9	Anhang .....	72
9.1	Aufnahme- und Ausschlusskriterien für die Versorgung in einer Psychosomatischen Institutsambulanz .....	72
10	Literaturverzeichnis .....	74
11	Danksagung .....	78
12	Lebenslauf .....	79
13	Eidesstattliche Versicherung .....	80

## **1 Abbildungsverzeichnis**

Diagramm 1 Erhebungszeitpunkte und Stichprobengröße .....	33
Diagramm 2 Auswertung Zwischenevaluation Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ sitzungsübergreifend .....	46
Diagramm 3 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Die 8 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien der Adipositas+-Gruppe .....	50
Diagramm 4 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Die 8 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien der Soma+-Gruppe .....	52
Diagramm 5 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Die 8 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien der Ressourcengruppe .....	54
Diagramm 6 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Die 8 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien der Bewältigungsgruppe .....	56
Diagramm 7 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Die 7 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien der Perspektivengruppe .....	58
Diagramm 8 Auswertung Item 5 „Am meisten gestört hat mich...“ sitzungsübergreifend .	60

## **2 Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 Psychotherapeutische Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie nach Yalom ...	6
Tabelle 2 Wirkfaktoren in der Psychotherapie nach Yalom .....	8
Tabelle 3 Wirkfaktoren in der Psychotherapie nach Grawe .....	8
Tabelle 4 Messinstrumente zur Erfassung von Wohlbefinden .....	14
Tabelle 5 Aufbau Sitzungen Adipositas+-Gruppe .....	18
Tabelle 6 Aufbau Sitzungen Soma+-Gruppe .....	20
Tabelle 7 Aufbau Sitzungen Ressourcengruppe .....	22
Tabelle 8 Aufbau Sitzungen Perspektivengruppe .....	24
Tabelle 9 Erhebungszeitpunkte und verwendete Messinstrumente .....	26
Tabelle 10 Soziodemographische Daten (basierend auf t0) .....	34
Tabelle 11 Auswertung Fragebögen gruppenübergreifend .....	38
Tabelle 12 Auswertung Zwischenevaluation Item 1 bis 3 .....	39
Tabelle 13 Auswertung Fragebögen gruppenspezifisch .....	42
Tabelle 14 Auswertung Item 4 und 5 – Häufigkeit der Angaben .....	47
Tabelle 15 Beispielkommentare Wirkfaktoren/Kategorien Item 4 gruppenübergreifend ...	47
Tabelle 16 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Beispielkommentare aus der Adipositas+-Gruppe zu den 8 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien .....	50
Tabelle 17 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Beispielkommentare aus der Soma+-Gruppe zu den 8 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien .....	52
Tabelle 18 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Beispielkommentare aus der Ressourcengruppe zu den 8 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien .....	54
Tabelle 19 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Beispielkommentare aus der Bewältigungsgruppe zu den 7 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien .....	56
Tabelle 20 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Beispielkommentare aus der Perspektivengruppe zu den 6 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien .....	58
Tabelle 21 Auswertung Item 5 „Am meisten gestört hat mich...“ Beispielkommentare gruppen- und sitzungsspezifisch der 4 häufigsten Kategorien .....	61
Tabelle 22 Diagnosen der Positivliste der Aufnahmekriterien zur Versorgung in einer Psychosomatischen Institutsambulanz .....	72
Tabelle 23 Kriterium B und C der Aufnahmekriterien zur Versorgung in einer Psychosomatischen Institutsambulanz .....	73

### 3 Abkürzungsverzeichnis

Brief Illness Perception Questionnaire	BIPQ
Dutch Eating Behavior Questionnaire	DEBQ
Eating Disorder Examination Questionnaire	EDE-Q
Effektstärke	Cohen's d
Generalized Anxiety Disorder-7	GAD-7
Mittelwert	MW
Pain Disability Index	PDI
Patient Health Questionnaire	PHQ
Patient Health Questionnaire-15	PHQ-15
Patient Health Questionnaire-9	PHQ-9
Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale	SWEMWBS
Signifikanz	p
Somatic Symptom Disorder Scale-12	SSD-12
Spannweite	R
Standardabweichung	SD
Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale	WEMWBS

## 4 Einleitung

Die Veränderung des Wohlbefindens ambulanter Psychotherapiepatienten<sup>1</sup> im Rahmen von manualisierten Kurzzeit-Gruppenpsychotherapien wurde bislang wenig untersucht. Ebenso fehlt es an Evidenz, ob eine Verbesserung des Wohlbefindens mit einer Verbesserung störungsspezifischer Parameter einhergeht. Die vorliegende prospektive Beobachtungsstudie untersucht daher die Veränderung des Wohlbefindens im Rahmen von manualisierten Kurzzeit-Gruppenpsychotherapien von teilnehmenden Patienten sowie den Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und störungsspezifischer Pathologie.

Die vorliegende Arbeit gibt in Kapitel 4.1 einen Überblick über bestimmte Merkmale, Wirkfaktoren, Modelle und Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapien. In Kapitel 4.2 wird das Konzept „Wohlbefinden“ dargelegt, indem Dimensionen, Entstehungstheorien, Messinstrumente zur Erfassung bisherige Interventionen und Ergebnisse dargestellt werden. Im Anschluss werden im Methodenteil (siehe Kapitel 5) die Gruppenangebote der Psychosomatischen Institutsambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf vorgestellt und die Durchführung der vorliegenden prospektiven Beobachtungsstudie beschrieben. In Kapitel 6 werden die quantitativen und qualitativen Ergebnisse in Bezug zu den Hypothesen dargestellt und besprochen. In Kapitel 7 werden die Ergebnisse und mögliche Folgen hieraus diskutiert.

### 4.1 Einführung in das Thema Gruppenpsychotherapie

Auf Grund der derzeit begrenzten psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten für therapiebedürftige Patienten, stellt sich die Frage nach möglichen Alternativen zur Einzelpsychotherapie. Für die Behandlung einiger psychischer Erkrankungsbilder zeigten sich Gruppenpsychotherapiekonzepte als wirksam. Die vorliegende Arbeit fokussiert sich auf die Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie als eine Unterform der gruppenpsychotherapeutischen Maßnahmen. Im Folgenden sollen die Eigenschaften der Gruppenpsychotherapie näher beschrieben werden.

#### 4.1.1 Modelle der Gruppenpsychotherapie

##### 4.1.1.1 Strukturelle Unterschiede

Dieser Absatz stellt in Kürze die strukturellen Unterschiede der Gruppenpsychotherapie dar, welche für die vorliegende Arbeit wichtig sind. Hierzu zählen die Größe, die Dauer und die Einstiegsmöglichkeit der Teilnehmer in die Gruppen.

##### Größe

Eine psychotherapeutische Gruppe besteht definitionsgemäß aus mindestens drei Personen (König, 2018). Bei einer Anzahl von fünf bis zwölf Personen handelt es sich um eine Kleingruppe, ab 12 Teilnehmern um eine Mediengruppe und ab 25 Teilnehmern um eine Großgruppe (König, 2018). Die Mindestgruppengröße von drei Teilnehmern scheint im Gegensatz zur Obergrenze weitestgehend akzeptiert zu sein. In Experimenten hat sich eine Größe von sieben bis neun Teilnehmern für aufgabenorientierte psychotherapeutische Gruppen als ideal herausgestellt (Yalom, 1995).

##### Zeitliche Dauer

Die Dauer einer Gruppenpsychotherapie kann sich hinsichtlich der Anzahl ihrer Sitzungen unterscheiden. Eine Kurzzeittherapie umfasst im Schnitt 25 Sitzungen. Eine Langzeittherapie beginnt ab einer Anzahl von mehr als 50 Sitzungen (Mattke and Tschuschke, 2001).

---

<sup>1</sup> Im Folgenden ist bei der alleinigen Benennung der maskulinen Form auch jeweils die feminine Form miteingeschlossen

Wird eine psychotherapeutische Gruppe beispielsweise im Kontext psychoedukativer Angebote durchgeführt, sind wenige Sitzungen oftmals ausreichend, um einen Effekt zu erzielen. Wenn eine psychotherapeutische Gruppe als therapeutischer Faktor eingesetzt wird, ist eine gewisse Mindestdauer notwendig, in welcher sich interpersonelle Prozesse entwickeln können (König, 2018).

Je kürzer eine Gruppenpsychotherapie ist, um so strenger sollte die Indikation zum Besuch dieser gestellt sowie die Motivation des Patienten geklärt werden. Auch eine adäquate Vorbereitung auf die Inhalte der psychotherapeutischen Gruppe erhöhen den Therapieerfolg für den Patienten, da falsche Erwartungen schon im Voraus aufgedeckt werden können (Mattke and Tschuschke, 2001).

Bei Kurzzeittherapien sollte der Aspekt des begrenzten zeitlichen Rahmens durch den Gruppenpsychotherapeuten hervorgehoben werden. Dies ermutigt Teilnehmer zu einer schnelleren Kontaktaufnahme und einer besseren Mitarbeit innerhalb der Gruppe (Mattke and Tschuschke, 2001).

Bei ambulanten Gruppenpsychotherapien ist die einmal wöchentlich stattfindende Sitzung am gebräuchlichsten. Eine noch höhere Intensität der Zusammenarbeit und Interaktion innerhalb der Gruppe kann bei zwei oder mehr Sitzungen pro Woche erzielt werden (Yalom, 1995). Die Dauer ist unter anderem abhängig von dem angewandten psychotherapeutischen Verfahren und dem bewilligten Stundenkontingent der Krankenkasse.

#### Offene, halboffene oder geschlossene Gruppe

Während im offenen Gruppenformat der Einstieg neuer Teilnehmer jederzeit möglich ist, ist im halboffenen Gruppenformat der Einstieg von neuen Teilnehmern in laufende Psychotherapiegruppen nur zu festgelegten Zeitpunkten möglich.

Beide Formate werden im ambulanten und stationären Rahmen zur Gruppenpsychotherapie von schweren/chronischen psychischen Erkrankungen eingesetzt. Die beiden Gruppenformate ermöglichen auch eine Versorgung vieler Patienten durch wenige Psychotherapeuten (Tschuschke, 2010a).

In der geschlossenen psychotherapeutischen Gruppe ist der Einstieg nur zur ersten Sitzung möglich. Anschließend läuft die Gruppe bis zu ihrem Ende in der Zusammensetzung weiter. Eine Ausnahme bilden Teilnehmer, welche vorzeitig abbrechen. Das geschlossene Format ist das beste Modell für die Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie, da hierdurch Unruhe durch Veränderung der Gruppenzusammensetzung vermieden wird (Tschuschke, 2010a).

Es zeigt sich, dass kürzere Gruppentherapien vorwiegend in einem geschlossenen Format durchgeführt werden (Tschuschke, 2010a).

#### 4.1.1.2 Verschiedene therapeutische Schulen

In diesem Abschnitt soll die verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie dargestellt werden, da dieses Konzept in der vorliegenden Studie zum Einsatz kam. Ihr gegenüber steht die psychoanalytische Gruppenpsychotherapie. Da dieses Konzept in der Studie nicht angewendet wurde, wird auf eine nähere Darstellung verzichtet. Zudem wird nachfolgend die klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie beschrieben, da dieses Konzept bei der Bewältigungsgruppe genutzt wurde.

#### Verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie

Die Arbeit in verhaltenstherapeutischen Gruppen ist Fiedler zu Folge phänomen-, störungs- und zielorientiert (Fiedler, 1999). Das Vorgehen der Psychotherapeuten ist interventions- und methodenbezogen (Fiedler, 1999). Das psychotherapeutische Vorgehen orientiert sich zudem möglichst nah an Ergebnissen empirischer oder experimenteller Studien (Dziewas and Schwoon, 1986).

Das Ziel verhaltenstherapeutischer Arbeit in der Gruppenpsychotherapie ist der Abbau von individuell unangemessenem Verhalten und der Aufbau von neuen, angemessenen Verhaltensweisen (Dziawas and Schwoon, 1986). Hierfür wurden von Beginn an standardisierte Gruppenpsychotherapie-Programme aus den Konzepten der Einzelverhaltenstherapie entwickelt (Grawe, 1978). Verhaltenstherapeutische Psychotherapiegruppen sind vorrangig dem einzelnen Teilnehmer der Gruppe und nur zweitrangig der Gruppe als Ganzes verpflichtet (Fiedler, 1999). Hierbei werden nur die Aspekte betrachtet, welche für die Zielsetzung relevant sind und psychotherapeutisch interventionell genutzt werden können (Angermaier, 1994).

In der verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie stehen sich zwei Konzepte gegenüber.

Eines dieser beiden Konzepte ist das multimodulare Konzept. Dieses setzt zur Behandlung einer Störung mehr in Form einer Interventionsmethode an (Eckert, 2007). Das Konzept besteht inhaltlich aus vorgegebenen Bausteinen, die im Minimum drei Therapiephasen umfassen (Patientenschulung, verhaltenstherapeutische Behandlung, Transfersicherung) (Fiedler, 1999). Das multimodulare Konzept wird vor allem in den Bereichen der präventiven Verhaltenstherapie, der störungsspezifischen Verhaltenstherapie und der Einübung sozialer Kompetenzen genutzt (Eckert, 2007).

Ein Vorteil des multimodularen Konzepts ist die Standardisierung der Programme, die Patienten und Psychotherapeuten sichere Leitlinien in der Psychotherapie bieten (Fiedler, 1999). Auch ermöglicht diese Standardisierung eine Überprüfung der Wirksamkeit einzelner Psychotherapieschwerpunkte.

Nachteilig an dem modularen Gruppenkonzept ist, dass der individuellen Problematik nicht immer zufriedenstellend entsprochen werden kann. Zudem kann sich die Patientenbeteiligung an der Zielfindung und -ausgestaltung deutlich unterscheiden. Individuelle Therapieentwicklung kann im Rahmen des modularen Konzeptes nur sehr begrenzt berücksichtigt werden (Fiedler, 1999).

Dem multimodularen Konzept steht das Konzept der zieloffenen verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie gegenüber. Bei diesem Konzept liegt meist kein vorab inhaltlich festgelegtes Psychotherapieprogramm zu Grunde. Die Findung eines Therapieziels und die Auswahl geeigneter Interventionen ist Bestandteil der Behandlung (Eckert, 2007). Im Laufe der Psychotherapie werden Aufgaben der Psychotherapeuten aus der Einzelpsychotherapie auf die Gruppe übertragen (Fiedler, 1999). Die einzelnen Teilnehmer mit ihrer Problematik stehen für längere Zeit im Mittelpunkt der Gruppenarbeit.

Dieses Konzept der verhaltenstherapeutischen Gruppenarbeit verbessert die Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit komplexen Störungen der zwischenmenschlichen Interaktion im Vergleich zum multimodularen Konzept. Es beinhaltet eine verstärkte Beachtung interaktioneller Gruppenprozesse und die systematische Einübung neuer Verhaltensweisen (Fiedler, 1999).

#### Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie

Der Fokus der klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie liegt auf der emotionalen Erfahrung und Bewertung des Patienten (Eckert and Biermann-Ratjen, 2001). Schlüsselbegriffe sind hierbei „Inkongruenz“ und „Bedingungslose positive Anerkennung“. „Inkongruenz“ beschreibt die fehlende Übereinstimmung zwischen aktuellem Erleben/Verhalten und dem Selbstkonzept des Patienten. Diese kann im Prozess der Selbstauseinandersetzung und -empathie reduziert beziehungsweise aufgehoben werden (Eckert, 2007). Hierfür müssen sowohl der Psychotherapeut als auch die anderen Gruppenmitglieder in der Lage sein, Empathie für den Einzelnen zu zeigen, ohne ein eigennütziges Interesse zu verfolgen („Bedingungslose positive Anerkennung“) (Eckert and Biermann-Ratjen, 2001).

#### 4.1.2 Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie

Der wesentliche Unterschied der Gruppenpsychotherapie gegenüber der Einzelpsychotherapie liegt in der Pluralität der Personen. Während in der Einzelpsychotherapie die Arbeit in der Dyade zwischen Patient und Psychotherapeut stattfindet, interagieren in der Gruppenpsychotherapie mehrere Personen miteinander. Schon Hobbs führt den Punkt der Pluralität als Überlegenheit der Gruppenpsychotherapie gegenüber der Einzelpsychotherapie an (Fatzer and Jansen, 1980). Die Akzeptanz und das Verstanden-Werden durch verschiedene Menschen seien deutlich überzeugender als durch den Psychotherapeuten alleine, wie es in der Einzelpsychotherapie der Fall sei (Fatzer and Jansen, 1980). Außerdem sei die Erneuerung des eigenen Wertesystems innerhalb der psychotherapeutischen Gruppe wegen der Vielfältigkeit der Wertesysteme der anderen besser und einfacher (Fatzer and Jansen, 1980).

Diese Aussage zeigt, dass in einem gruppenpsychotherapeutischen Setting spezifische Wirkfaktoren in Kraft treten können, welche im einzelpsychotherapeutischen Setting nicht realisierbar sind. Umgekehrt finden sich alle Wirkfaktoren der Einzelpsychotherapie auch in der Gruppenpsychotherapie wieder (Tschuschke, 2010b).

##### Wirkfaktoren nach Yalom

Yalom folgend gibt es elf Wirkfaktoren, welche für den Erfolg einer jeden Gruppenpsychotherapie unabdingbar sind (siehe Tabelle 1). Die einzelnen Wirkfaktoren sind jedoch nicht voneinander unabhängig, sondern beeinflussen sich mehr oder weniger stark wechselseitig (Eckert, 2007).

*Tabelle 1 Psychotherapeutische Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie nach Yalom (Eckert, 2007; Fatzer and Jansen, 1980)*

<b>Faktor</b>	<b>Bemerkung</b>
Hoffnung-Einflößen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotherapeut und in Genesungsprozess weiter fortgeschrittene Gruppenteilnehmer demonstrieren Wirksamkeit der angewandten Methode → Abbau von „Demoralisierung“ anderer Teilnehmer</li> <li>• wichtig für den Verbleib von Patienten in der Gruppe, die (noch) keinen eigenen Fortschritt bei sich sehen</li> </ul>
Universalität des Leidens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belastung durch vermeintliche Einzigartigkeit wegen psychischer Erkrankung wird durch Wahrnehmung der Störung bei anderen Gruppenteilnehmern und durch Verständnis dieser für einen selbst gemindert</li> </ul>
Mitteilung von Informationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorbereitung der Teilnehmer auf die Gruppenpsychotherapie, Psychoedukation und im Verlauf vermittelte Informationen durch den Psychotherapeuten führen zum Abbau von Unsicherheit, Ungewissheit, Ängsten, Vorurteilen</li> <li>• Ratschläge durch andere Gruppenteilnehmer signalisieren Anteilnahme und Solidarität füreinander</li> <li>• Patient soll „Experte in eigener Sache“ werden</li> </ul>
Altruismus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erleben von Bedeutung des eigenen therapeutischen Beitrags zur Gesundung anderer Gruppenteilnehmer steigert den verminderten Selbstwert und die Selbstachtung</li> </ul>
korrigierende Rekapitulation der primären Familie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• im Rahmen interpersoneller Interaktion Wiederbelebung von Erfahrungen aus dem familiären Kontext → Analyse und Korrektur der familiär erworbenen Verhaltensstrategien möglich</li> </ul>
Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppe als Übungsfeld konkreter Verhaltensweisen, die im mitmenschlichen Umgang als störend empfunden werden</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lernprozess wird durch Rückmeldung anderer Gruppenteilnehmer zu gelungenen Veränderungen gestützt</li> </ul>
nachahmendes Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vielzahl unterschiedlicher Modelle durch andere Gruppenteilnehmer und Psychotherapeuten ermöglichen dem Einzelnen auszuprobieren und die für ihn passend erscheinenden Verhaltensweisen Anschauungen oder Wertvorstellungen, zu übernehmen</li> </ul>
interpersonales Lernen	<p><i>Bedeutung interpersonaler Erfahrungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Störung interpersonaler Beziehungen ist Grundlage für Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen</li> <li>• Bearbeitung der interpersonalen Erfahrungen wichtiger psychotherapeutischer Aspekt</li> </ul>
	<p><i>korrigierende emotionale Erfahrung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten werden unter günstigen Umständen in diejenigen Situationen versetzen, mit welchen sie in Vergangenheit Probleme hatten, um korrigierende Erfahrung zu machen</li> <li>• Voraussetzung hierfür: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ interpersonal gerichtete emotionale Äußerung mit Risiko auf Seiten des Patienten</li> <li>○ ausreichend Unterstützung durch Gruppe</li> <li>○ Realitätsprüfung durch Patienten mit Hilfe der Gruppe</li> <li>○ Erkenntnis der Unangemessenheit bestimmter interpersonaler Gefühle/Verhaltensweisen</li> <li>○ Förderung der ehrlichen und intensiven Interaktion mit anderen Gruppenmitgliedern</li> </ul> </li> </ul>
	<p><i>Gruppe als „sozialer Mikrokosmos“:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ab bestimmtem Zeitpunkt verhält sich jeder Gruppenteilnehmer wie auch in interpersonalen Beziehungen außerhalb der Gruppe → interpersonale Probleme werden deutlich</li> </ul>
Gruppenkohäsion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Faktoren, die zum Verbleib des einzelnen Teilnehmers in der Gruppe beitragen</li> <li>• Psychotherapeut kann nur indirekt Einfluss auf sie nehmen</li> <li>• korreliert positiv mit besserem Therapieergebnis, höherem Niveau an Selbstöffnung, größerer gegenseitiger Unterstützung/Akzeptanz, höherer Risikobereitschaft und Offenlegung von Konflikten, regelmäßigerer Teilnahme und niedrigerer Fluktuation der Teilnehmer</li> <li>• notwendige Voraussetzung für effektive Therapie</li> </ul>
Katharsis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stark affektgetönte Aussprache von belastenden Informationen wird durch Gruppenteilnehmer als heilsam erlebt</li> <li>• als alleiniger Faktor jedoch nicht ausreichend für dauerhaften Therapieerfolg</li> </ul>
existenzielle Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auseinandersetzung mit Themen wie Eigenverantwortung für sein Leben, grundlegender Einsamkeit, Endlichkeit des Lebens</li> <li>• Psychotherapeut darf/sollte nicht Ausmaß der Auseinandersetzung bestimmen</li> </ul>

Die Bedeutung der einzelnen Wirkfaktoren aus Patientensicht kann in unterschiedlichen Settings variieren. Dies deutet daraufhin, dass Patienten mit verschiedenen

Störungspotenzialen bestimmte Wirkmechanismen als unterschiedlich hilfreich wahrnehmen (Tschuschke, 2001). Hierbei werden besonders die fünf Wirkfaktoren „Katharsis“, „Gruppenkohäsion“, „interpersonales Lernen (Input/Feedback)“, „Einsicht“ und „existenzielle Faktoren“ durch die Patienten als hilfreich angegeben (Tschuschke, 2001). Die drei erstgenannten Faktoren zählen zu den gruppenspezifischen Wirkfaktoren, welche in einer Einzelpsychotherapie nicht gegeben sind (siehe Tabelle 2). Auch die Bedeutung der einzelnen Wirkfaktoren und ihre gezielte Förderung innerhalb der Schulen-spezifischen Gruppenpsychotherapien variiert je nach Konzept (Tschuschke, 2010b).

*Tabelle 2 Wirkfaktoren in der Psychotherapie nach Yalom (1995 (Tschuschke, 2010b))*

<b>interpersonale (gruppenspezifische) Wirkfaktoren</b>	<b>nicht notwendigerweise gruppenspezifische Wirkfaktoren</b>	<b>nicht gruppenspezifische Wirkfaktoren</b>
Altruismus	Einflößen von Hoffnung	Einsicht
Interpersonales Lernen	Mitteilung von Informationen	existenzielle Faktoren
Katharsis	nachahmendes Verhalten	
Gruppenkohäsion		
Rekapitulation der Primärfamilie		
Universalität des Leidens		
Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs		

Wirkfaktoren nach Grawe

Ergänzend zu den elf Wirkfaktoren von Yalom sollen im Folgenden die vier Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grawe aufgeführt werden (Pfammatter et al., 2012). Diese sind im Gegensatz zu den Wirkfaktoren, die Yalom aufgestellt hat, allgemein gültig für Psychotherapie und nicht spezielle bezogen auf die Gruppenpsychotherapie.

*Tabelle 3 Wirkfaktoren in der Psychotherapie nach Grawe (1995 (Pfammatter et al., 2012))*

<b>Faktor</b>	<b>Bemerkung</b>
Problemaktualisierung oder prozessuale Aktivierung	Aktivierung problematischer Erlebnisse und Verarbeitungsprozesse beim Patienten
Ressourcenaktivierung	gezielte Berücksichtigung der positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten, Motivationen des Patienten
motivationale Klärung oder Intensionsveränderung	Therapieprozesse, die Patienten helfen, über die Bedeutung ihres Erlebens und Verhaltens bezüglich ihrer bewussten und unbewussten Ziele/Werte klar zu werden
Problembewältigung oder Intensionsrealisierung	Ausrichtung psychotherapeutischer Hilfe auf aktive Bewältigung der Schwierigkeiten und konkrete Problemlösung

### 4.1.3 Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie

#### 4.1.3.1 Wirksamkeit im ambulanten und stationären Setting

Eine Untersuchung von neun Metaanalysen durch Barlow zeigte, dass die Effekte ambulanter Gruppenpsychotherapien bezüglich ihrer Wirksamkeit im Vergleich mit Einzelpsychotherapien ähnlich oder nur geringfügig schwächer waren (Barlow, 2005).

Kösters et al. untersuchten im Unterschied zu Barlow die Effekte stationärer Gruppenpsychotherapien bezüglich ihrer Wirksamkeit. Für alle kontrollierten Studien dieser Metaanalyse konnte eine mittlere Effektstärke von Cohen's  $d=0.31$  nachgewiesen werden. Bei den Studien, welche stationäre Gruppenpsychotherapie mit Kontrollgruppen unter Wartelistenbedingungen verglichen, konnten besonders ausgeprägte Effektstärken bezüglich der Wirksamkeit gezeigt werden (Cohen's  $d=0.73$ ) (Kösters et al., 2006).

Bezüglich verschiedener Diagnosegruppen zeigten sich besonders starke Effekte der stationären Gruppenpsychotherapie für affektive Störungen und Angststörungen (Strauß, 2010).

#### 4.1.3.2 Schulen-spezifische Wirksamkeit

Fuhriman und Burlingame konnten in einer Metaanalyse über alle untersuchten Studien hinweg eine positive Wirkung für verschiedene ambulante Gruppenpsychotherapieverfahren zeigen. Es stellte sich jedoch kein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren effektiver als andere heraus. Dies war auch bei Untersuchungen der Einzelpsychotherapie der Fall (Fuhriman and Burlingame, 1994).

Der Wirksamkeitsnachweis für unterschiedliche stationäre Gruppenpsychotherapieverfahren konnte für klientenzentrierte Psychotherapie (Eckert and Biermann-Ratjen, 1985), Verhaltenstherapie (Zielke and Sturm, 1994), psychoanalytische Therapie (Janssen, 2014) und psychosomatische Rehabilitation (Paar and Kriebel, 1998) erbracht werden.

#### 4.1.3.3 Gruppenpsychotherapie versus Einzelpsychotherapie

Fuhriman und Burlingame konnten in Metaanalysen einen positiven Effekt der Gruppenpsychotherapie gegenüber Kontrollgruppen ohne Behandlung beziehungsweise im Vergleich zu Placeboeffekten zeigen. Im Vergleich zu Einzelpsychotherapie oder anderen Behandlungsformen war die Gruppenpsychotherapie (mindestens) genauso effektiv. Ambulante Gruppenpsychotherapien wiesen im Gegensatz zu ambulanten Einzelpsychotherapien jedoch eine höhere Abbruchquote der Teilnehmer auf (Fuhriman and Burlingame, 1994).

Eine weitere Metaanalyse von Tschuschke (Tschuschke, 1999) konnte die Ergebnisse von Fuhriman und Burlingame bestätigen. Gleichzeitig kritisierte der Autor jedoch, dass bei den eingeschlossenen Studien nicht immer ein randomisiert-kontrolliertes Studiendesign angewendet wurde, welches als Goldstandard angesehen wird (Tschuschke, 1999).

### 4.1.4 Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie bei Adipositas und somatoformen Störungen

Die beiden Erkrankungen, die in der vorliegenden Arbeit explizit in zwei der fünf Gruppen behandelt werden, sind Adipositas und somatoforme Störungen.

Zur Behandlung dieser beiden Krankheitsbilder mittels Gruppenpsychotherapie gibt es bislang wenige Wirksamkeitsstudien.

Zur Behandlung von Adipositas können der S3-Leitlinie zu Folge neben chirurgischen Maßnahmen (z.B. Magenverkleinerung) und medikamentöser Behandlung auch Ernährungs-, Bewegungs- und Psychotherapie eingesetzt werden (Hauer et al., 2017).

Im Rahmen der Psychotherapie werden bei der Behandlung der Adipositas meist kognitive oder verhaltenstherapeutische Ansätze gewählt.

Shaw et al. konnten dabei in einem Übersichtsartikel zeigen, dass Patienten einer verhaltenstherapeutischen Psychotherapiegruppe den Patienten einer unbehandelten Kontrollgruppe hinsichtlich ihres Gewichtsverlustes gegenüber deutlich überlegen waren. Auch eine Kombination von kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung mit Ernährungs- und Bewegungstherapie zeigte gegenüber alleiniger Ernährungs- und Bewegungstherapie überlegene Effekte bezüglich der Gewichtsreduktion. Es zeigte sich jedoch kein positiver Effekt bei dem Vergleich von kognitiver gegenüber verhaltenstherapeutischer Psychotherapie (Shaw et al., 2005). Im Vergleich von Einzel- gegenüber Gruppenpsychotherapie in der Behandlung von Adipositas konnte gezeigt werden, dass Teilnehmer einer Gruppenpsychotherapie mehr Gewicht verloren als Patienten, die eine Einzelpsychotherapie wahrnahmen (Kingsley and Wilson, 1977; Renjilian et al., 2001). Zusätzlich konnten Kingsley und Wilson nachweisen, dass auch nach zwei Monaten diese Teilnehmer höhere Gewichtsabnahmen aufwiesen (Kingsley and Wilson, 1977). Ein weiterer Effekt der Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Adipositas liegt in der sozialen Unterstützung durch andere Gruppenteilnehmer. Sie ist assoziiert mit der Gewichtsstabilisierung und könnte ein möglicher Grund für die Motivation der Patienten in der Bewältigung von Gewichtsreduktionsprogrammen sein (Minniti et al., 2007).

Zur Behandlung somatoformer Störungen wird oftmals der evidenzbasierte, kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz gewählt (Selders et al., 2015). Escobar et al. konnten zeigen, dass zeitlich begrenzte kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze signifikant effektiver waren im Hinblick auf Symptomverminderung als „Treatment as usual“ (Escobar et al., 2007). Koelen et al. hingegen wiesen in ihrer Metaanalyse bei psychodynamischen Interventionen einen höheren Effekt bezüglich der Funktionssteigerung nach (Koelen et al., 2014). Diese Ansicht konnten auch Selders et al. mit den Ergebnissen ihrer Studie stützen. Die Ergebnisse ihres Gruppenpsychotherapiekonzepts, welches auf Bausteinen der psychodynamischen Psychotherapie basierte, waren assoziiert mit einer Reduktion von Symptomen ohne organpathologisches, somatisches Korrelat, Angst und Depression sowie mit einem Anstieg von Lebensqualität (Selders et al., 2015). Ergänzend konnten Yoshino et al. eine signifikante Verbesserung von Schmerzintensität, Angst, depressiver Symptomatik und Funktionssteigerung bei Teilnehmern einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie feststellen (Yoshino et al., 2015). Einschränkend hier war, dass es sich um eine Stichprobe alleinig aus japanischen Teilnehmern handelte.

## 4.2 Einführung in das Thema Wohlbefinden

In der WHO-Definition des Begriffes „Gesundheit“ nimmt das Konzept „Wohlbefinden“ eine zentrale Rolle ein. „Gesundheit“ ist hierbei nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens (Fritz-Schubert, 2017).

Der Ursprung des Wortes „Wohlbefinden“ ist auf das Adverb „wohl“ von althochdeutsch „wela“ zurückzuführen (Pfeifer, 1989 (Fritz-Schubert, 2017)) und wird oftmals in Verbindung zur Beschreibung von angenehmen Erfahrungen oder Zuständen genutzt (Tatarkiewicz, 1976 (Fritz-Schubert, 2017)). Häufig werden als Synonyme die Begriffe Glück, Freude, (Lebens-) Zufriedenheit und Sinnerfülltheit verwendet. Wohlbefinden wird auch als Indikator und Parameter für Lebensqualität eingesetzt. Auf Grund dieser Begriffsvielfalt ist eine klar umgrenzte Definition des Begriffes „Wohlbefinden“ erschwert (Frank, 2017).

Im Wesentlichen wird „Wohlbefinden“ durch positive Affekte und kognitive Zufriedenheit operationalisiert, die eine erfolgreiche Anpassung und Bewältigung von Anforderungen ermöglichen (Frank, 2017).

Wohlbefinden ist dabei als ein multidimensionales Konzept zu betrachten (Frank, 2017). Diese Dimensionen sollen im Folgenden näher betrachtet werden.

### 4.2.1 Dimensionen des Wohlbefindens

#### 4.2.1.1 Hedonisches und eudaimonisches Wohlbefinden

Bei der hedonischen und eudaimonischen Unterteilung von „Wohlbefinden“ handelt es sich um die traditionellen zwei Dimensionen des Begriffes (Deci and Ryan, 2008).

Hedonisches Wohlbefinden ist definiert als das Vorhandensein von positiven Affekten sowie mehr Lebenszufriedenheit und der Abwesenheit negativer Affekte. Es wird gleichgestellt mit subjektiver Freude oder subjektivem Wohlbefinden (Ryan and Deci, 2001). Es tritt auf, wenn angenehme Gefühle zusammen mit der Befriedigung körperlicher, intellektueller oder sozialer Bedürfnisse einhergehen (Waterman, 1993).

Der Begriff „Eudaimonie“ wurde durch Aristoteles geprägt. Eudaimonisches Wohlbefinden wird definiert als die Erfüllung/Realisation des eigenen Ichs (Ryan and Deci, 2001). Eudaimonisches Wohlbefinden tritt dann ein, wenn die Aktivitäten eines Menschen kongruent zu tiefverwurzelten Werten in ihm sind (Ryan and Deci, 2001).

Zwischen hedonischer Freude und eudaimonischen Erleben gibt es nach Waterman eine hohe Korrelation und starke Überlappung der Begriffe, jedoch auch entscheidende Unterschiede. Eudaimonie ist ihm zu Folge eine hinreichende, aber keine notwendige Bedingung für hedonisches Wohlbefinden (Waterman, 1993).

#### 4.2.1.2 Subjektives und psychologisches Wohlbefinden

Subjektives und psychologisches Wohlbefinden sind vergleichbar mit hedonischem und eudaimonischem Wohlbefinden.

Das subjektive Wohlbefinden umfasst eine persönliche Bewertung des Wohlbefindens durch den Einzelnen. Es besteht nach Staudinger aus zwei Komponenten:

Der Bewertung des eigenen Lebens (kognitive Komponente) und der Bewertung des Verhältnisses von angenehmer und unangenehmer psychischer und physischer Empfindung (affektive Komponente) (Fritz-Schubert, 2017). Es und ähnelt somit der Definition des hedonischen Wohlbefindens. Diese genaue Unterscheidung beider Komponenten des subjektiven Wohlbefindens ist wichtig, da in manchen Fällen eine kognitive Bewertung negativ ausfallen kann, die affektive Evaluation jedoch positiv ist (Luhmann et al., 2012).

Zudem konnte Fredrickson nachweisen, dass ein Verhältnis positiver zu negativer Affekte von 3:1 ausschlaggebend ist für das subjektive Wohlbefinden (Frank, 2017).

Die Erfassung des subjektiven Wohlbefindens erfolgt hauptsächlich durch den Selbstbericht. Es werden keine objektive Messinstrumente zur Erfassung des gesundheitlichen Zustandes der befragten Person genutzt (Fritz-Schubert, 2017). Ein wichtiger Faktor für das subjektive Wohlbefinden ist zudem die Lebenszufriedenheit (Fritz-Schubert, 2017).

Psychologisches Wohlbefinden besteht nach Ryff aus den sechs Dimensionen Selbstakzeptanz, positive Beziehungen, Autonomie, Umweltbewältigung, Lebenssinn und persönliches Wachstum (Fritz-Schubert, 2017). Ryff sieht somit das Konzept des Wohlbefindens im Kontext menschlicher Entwicklung. Es dient zur Bewältigung existenzieller Herausforderungen des Lebens (Fritz-Schubert, 2017).

#### 4.2.1.3 Aktuelles und habituelles Wohlbefinden

Im deutschsprachigen Raum wird das Strukturmodell von Becker als grundlegendes Konzept für „Wohlbefinden“ genutzt (Frank, 2017). Becker unterteilte „Wohlbefinden“ in aktuelles und habituelles Wohlbefinden.

Hierbei ist das aktuelle Wohlbefinden als momentanes und positives Erleben dem habituellen Wohlbefinden als eine Beurteilung von emotionaler und körperlicher Erfahrungen über einen längeren Zeitraum hinweg gegenübergestellt (Frank, 2017). Bei beiden Oberbegriffen wird eine weitere Unterteilung in psychisches und physisches Wohlbefinden vorgenommen. Psychisches Wohlbefinden umfasst dabei positive Gefühle wie Glück oder Freude, positive Stimmung und psychische Beschwerdefreiheit. Physisches Wohlbefinden ist definiert als positive körperliche Empfindungen und Freisein von körperlichen Beschwerden (Frank, 2017).

Aktuelles Wohlbefinden kann durch direkte Weise (angenehme sensorische Reize, erfolgreiche Handlungen, soziale Zuwendungen, Nähe und Ähnliches) oder indirekte Weise (Reduktion/Beseitigung aversiver Zustände) entstehen (Frank, 2017). Nach Becker schwankt das aktuelle Wohlbefinden um den Wert des habituellen Wohlbefindens und ist somit durch diesen beeinflussbar (Fritz-Schubert, 2017).

#### 4.2.2 Theorien zur Entstehung von Wohlbefinden

Die bestehenden Theorien zur Entstehung von Wohlbefinden basieren auf unterschiedlicher Schwerpunktsetzung. Sie können personen-, aber auch umweltzentriert sein sowie eine Wechselwirkung von beidem als Grundlage haben (Frank, 2017).

Hierbei gründen sich die Bottom-up-Theorien auf der Beeinflussung des Wohlbefindens durch externe Faktoren wie Alter, Geschlecht, aber auch kleiner Freuden im Alltag (Frank, 2017). Argyle (1999) konnte zeigen, dass nur 15% der Varianz des subjektiven Wohlbefindens durch solche externen Faktoren beeinflusst werden (Frank, 2017). Somit kommt den Top-Down-Theorien eine maßgebliche Rolle in der Entstehung von Wohlbefinden zu (Frank, 2017).

Top-Down-Theorien des Wohlbefindens gehen von einer Beeinflussung des Wohlbefindens durch personenbezogene Eigenschaften aus. Hierzu zählen Temperament, kognitiver Stil, Lebensbewältigungsstrategien oder andere prädisponierende Eigenschaften. Diesem Konzept zu Folge müsste Wohlbefinden als relativ zeitstabil und unabhängig von äußeren Einflüssen gesehen werden (Frank, 2017).

##### 4.2.2.1 Bottom-Up-Theorien

Motivationstheoretisch resultiert Wohlbefinden aus der Befriedigung von Bedürfnissen oder Motiven. Drei Mechanismen spielen hierbei eine wichtige Rolle. Erstens der Abbau bestehender Spannungszustände, zweitens die Suche nach Anreizen und Bewältigung von Herausforderungen und drittens das Streben nach einem optimalen Erregungs- und Spannungszustand (Frank, 2017). Dies kann sowohl auf physiologische als auch auf

kognitive Weise erfolgen (Frank, 2017). Hierbei ist entscheidend, ob die Erwartungen der Person sich mit der Wahrnehmung ihrer Umwelt decken oder unterscheiden und somit auf kognitive Weise korrigiert werden können. Ist dies möglich, wirkt es sich positiv auf das Wohlbefinden aus (Frank, 2017).

Den Vergleichsniveautheorien zu Folge resultiert Wohlbefinden nicht nur aus dem Vergleich mit eigenen Erwartungen, Zielen und Bedürfnissen, sondern auch aus dem Vergleich mit anderen Personen oder dem eigenen Wohlbefinden in der Vergangenheit. Fördernd hierbei ist eine erreichbare Zielsetzung oder eine positive Bilanz im Vergleich mit anderen (vgl. Anspruchsniveautheorien, z.B. nach Hofstätter) (Frank, 2017).

Ergänzend zu den bisher genannten Theorien steht das Anreizmodell. In diesem wird angenommen, dass Anstrengungen unternommen werden, um positive Valenzen zu erreichen. Dies zeigt sich in steigendem Wohlbefinden und Zufriedenheit (Frank, 2017). Wann und welche Ziele das Leben eines Menschen bestimmen, ist allerdings nicht eindeutig festgelegt. Staudinger zeigte, dass in jungen Jahren häufig der Beruf, dafür im höheren Alter eher Gesundheit und Familie die besten Prädiktoren für subjektives Wohlbefinden sind (Frank, 2017).

#### 4.2.2.2 Top-Down-Theorien

Kompetenztheoretisch entsteht Wohlbefinden nach erfolgreicher Bewältigung externer Anforderungen. Diese erfolgreiche Bewältigung vermittelt Kontrolle, stärkt das Selbstwertgefühl und wirkt Ängsten und Hoffnungslosigkeit entgegen (Frank, 2017). Das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten, Erwünschtes zu erreichen und Unerwünschtes zu vermeiden, korreliert positiv mit habituellem Wohlbefinden (Frank, 2017). Hierbei gibt es keine „richtigen“ oder „falschen“ Bewältigungsstrategien für die externen Anforderungen. Vielmehr erscheint es hilfreich, ein flexibles „Set“ an Bewältigungsformen zu haben und sich so situations- und zeitpunktbedingt anpassen zu können (Filipp and Klauer, 1991 (Frank, 2017)).

Meist jedoch beeinflussen nicht Umweltbedingungen oder personenbezogene Faktoren allein das Wohlbefinden, sondern vielmehr die Wechselwirkungen zwischen ihnen (Frank, 2017).

Zwei dieser integrierenden Theorien stellten Becker und Minsel („Theorie der seelischen Gesundheit“, 1986) und Staudinger („Modell der selektiven Optimierung und Kompensation“, 2000) auf.

Becker und Minsel (1986) zu Folge basiert seelische Gesundheit auf der Fähigkeit zur Bewältigung interner und externer Anforderungen. Externe Anforderungen stimmen hierbei in Teilen mit dem kompetenztheoretischen Ansatz und interne Anforderungen mit den motivations- und temperamentstheoretischen Ansätzen überein (Frank, 2017).

Staudinger (2000) sieht als Kriterium für Wohlbefinden die Verlustminimierung bei gleichzeitiger Gewinnmaximierung. Die Investitionen, die zur Erreichung eines Ziels getätigt werden müssen, sollen in geeigneter Weise gewählt werden (Selektion). In der Folge müssen die Mittel hierfür optimiert werden, um bei möglichen Hindernissen kompensatorisch handeln zu können. In dieses Modell lassen sich sowohl personenbezogenen als auch umweltbedingte Faktoren mit Einfluss auf die Entstehung von Wohlbefinden integrieren (Frank, 2017).

#### 4.2.3 Messinstrumente zur Erfassung von Wohlbefinden

Im Folgenden sind einige Messinstrumente zur Erfassung von subjektivem Wohlbefinden tabellarisch aufgeführt (McDowell, 2010). Die in der vorliegenden Arbeit verwendete Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale wird im Methodenteil detailliert beschrieben (siehe Kapitel 5.2.2). Die Verwendung der beschriebenen Messinstrumente ermöglicht in Untersuchungen eine differenziertere Betrachtung als dies beim alleinigen Einsatz von

Messinstrumenten zur Erfassung von Pathologien der Fall ist. Dies kann zum Beispiel zur Evaluation von Therapieerfolgen hilfreich sein.

*Tabelle 4 Messinstrumente zur Erfassung von Wohlbefinden (McDowell, 2010), ergänzt um SWEMWBS*

<b>Messinstrument</b>	<b>Aufbau</b>	<b>Erfassung</b>	<b>Bemerkung</b>
<b>Affect Balance Scale</b> (Bradburn; 1965)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 Items</li> <li>• 3-Punkte-Skala (oft/manchmal/nie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• psychologische Reaktion auf tägliche Lebensereignisse → Indikator für Glück und psychologisches Wohlbefinden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validität durch Einsatz in vielen Studien getestet</li> </ul>
<b>Life Satisfaction Scale</b> (Neugarten, Havighurst; 1961)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lange Version: 12 positive, 8 negative Items</li> <li>• kurze Version: 13 Items</li> <li>• 3-Punkte-Skala (stimme überein/stimme nicht überein/unsicher)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 Komponenten: Lebenslust, positives Selbstkonzept, Entschlusskraft, Übereinstimmung gewünschter und erreichter Ziele, Stimmung → Befriedigung, Moral, Wohlbefinden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• eingesetzt bei älteren Personen zur Erkennung von erfolgreichem Altern</li> </ul>
<b>WHO-5 Wellbeing Index</b> (Bech; 1998)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 Items</li> <li>• 6-Punkte-Skala (die ganze Zeit/meistens/etwas mehr als die Hälfte/etwas weniger als die Hälfte/ab und zu/zu keinem Zeitpunkt)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• positive Stimmung, Lebensfreude, Interessen → subjektives Wohlbefinden in letzten 14 Tagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• übersetzt in fast alle europäischen Sprachen</li> <li>• Screening-Instrument für Depressionen</li> </ul>
<b>Psychological-Well-Being Scale</b> (Ryff; 1995)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 Items</li> <li>• 6-Punkte-Skala (hohe Übereinstimmung bis keine Übereinstimmung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstbewusstsein, positive Beziehungen, Autonomie, Bewerkstelligung des Alltags, Lebenssinn, persönliche Größe → eudaimonisches Wohlbefinden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abbildung erfolgreichen Alterns</li> </ul>
<b>Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 Items</li> <li>• 5-Punkte-Skala (niemals/selten/manchmal/oft/immer)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• psychisches Wohlbefinden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsetzbar als Intervallmessinstrument</li> </ul>

Neben den aufgeführten Messinstrumenten gibt es noch single-Item-Messinstrumente zur Erfassung von Wohlbefinden.

Zu diesen zählt unter anderem die visuelle Analogskala. Mit Hilfe dieser können Patienten ihr derzeitig empfundenes subjektives Wohlbefinden auf einer Linie ohne Unterteilungen von „schlimmst möglich“ bis „perfekt“ angeben (McDowell, 2010).

Ähnlich aufgebaut ist die „Leiter“, welche jedoch eine Unterteilung durch die „Sprossen“ von „schlechtestes, was ich erwarten kann“ bis „bestes, was ich erwarten kann“ vorgibt (McDowell, 2010). Ein weiteres Instrument ist die Gesichter-Skala. Sie bildet sieben Gesichter mit unterschiedlichen Ausdrücken von Lächeln zu Weinen ab und erfragt damit die Gefühle/Stimmungslage des Patienten (McDowell, 2010).

#### 4.2.4 Bisherige Interventionen/Ergebnisse zur Steigerung des Wohlbefindens

Interventionen zur Steigerung des Wohlbefindens sind sowohl bei psychischen als auch somatischen Erkrankungen indiziert. Schon Ryff und Singer (1996) zeigten, dass das Fehlen von Wohlbefinden die Gesundheit negativ beeinflusst (Rafanelli and Ruini, 2012). Durch psychotherapeutische Interventionen positive Emotionen zu steigern, wirkt sich fördernd auf das Wohlbefinden und auf die Resilienz eines Menschen aus (Frank, 2017). Grundlegend wichtig hierbei ist die Erkenntnis, dass der „hedonische Set-Point“ verschiebbar ist (Diener, 2006 (Frank, 2017)). Somit zahlen sich Anstrengungen zur Steigerung des Wohlbefindens aus und sind nicht, wie bis dahin angenommen, durch eine Gewöhnung nur von kurzem Erfolg („Hedonic-treadmill“-Theorie, Brinckman und Campbell, 1971 (Frank, 2017)).

Ein gesteigertes Wohlbefinden beeinflusst unter anderem die Heilungsprozesse von unterschiedlichen (Krebs-)Erkrankungen und die Langlebigkeit von Patienten (Spiegel, 2011). Ryff et al. (1989) konnten zudem nachweisen, dass ein höheres psychologisches Wohlbefinden mit einer besseren neuroendokrinen Regulation, niedrigerem kardiovaskulärem Risiko und besserer Immunsystemfunktion assoziiert ist (Deci and Ryan, 2008). Diener und Chan (2011) konnten empirisch die Zusammenhänge von subjektivem Wohlbefinden und Gesundheit zeigen (Hausler et al., 2017). Ein weiteres Beispiel für den positiven Effekt der Steigerung des Wohlbefindens ist die Studie von Spiegel et al. (1989). In dieser konnte gezeigt werden, dass das Aufrechterhalten des psychologischen Wohlbefindens bei der Diagnose Brustkrebs ein längeres Überleben zur Folge hatte (Rafanelli and Ruini, 2012). Ein vermindertes psychologisches Wohlbefinden wirkte sich verkürzend auf die Lebensdauer von Brustkrebspatientinnen aus (Ramires et al., 1989 (Rafanelli and Ruini, 2012)). Moskowitz et al. wiesen einen positiven Einfluss von Wohlbefinden auf die Reduktion der Mortalität bei Diabetes mellitus Typ 2 in ihrer Studie nach (Moskowitz et al., 2008).

Ein mögliches Interventionskonzept zur Steigerung des Wohlbefindens erarbeiteten Fava et al. (1998). Das Konzept der „Well-Being-Therapie“ setzt an den sechs Dimensionen psychologischen Wohlbefindens von Ryff an (siehe Kapitel 4.2.1). Es fördert das Wohlbefinden durch Problemlöse- und Selbstsicherheitsanleitung und genussförderlichen Strategien (Frank, 2017). Fava (2016) und Ruini (2015) konnten zeigen, dass eine kognitive Verhaltenstherapie oder pharmakologische Therapie in Kombination mit diesem Konzept wirksamer waren bezüglich der Rückfallprophylaxe von rezidivierenden Depressionen und Ängsten als ein alleiniger Einsatz dieser (Frank, 2017).

Fordyce (1983) konnte außerdem in einer Studie zeigen, dass das Glückspotenzial häufig nicht ganz ausgeschöpft wird und dass durch Schärfung der Wahrnehmung und Anregung zur Prioritätensetzung, Wohlbefinden mit einfachen Mitteln nachhaltig gesteigert werden kann (Frank, 2017).

### 4.3 Aufstellung der Hypothesen

In der vorliegenden prospektiven Beobachtungsstudie soll die Veränderung des Wohlbefindens ambulanter Patienten im Rahmen von manualisierten verhaltenstherapeutischen Kurzzeit-Gruppenpsychotherapien in der psychosomatischen Versorgung der Psychosomatischen Institutsambulanz am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf untersucht werden.

Hierzu sollen nachstehende Fragen genauer betrachtet werden:

- Welche Veränderungen zeigen sich nach der Teilnahme an der Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie in Bezug auf psychisches Wohlbefinden, körperliche Beeinträchtigungen im Alltag, depressive Symptomatik, generalisierte Ängste, subjektive Krankheitsannahme und Bewertung störungsspezifischer Wahrnehmung der Patienten im Vergleich zu vor der Gruppenpsychotherapie?
- Hat die Selbsteinschätzung der Patienten bezüglich innerlicher Beteiligung und aktiver Teilnahme einen Einfluss auf die Veränderung des Wohlbefindens nach der Gruppenpsychotherapie?
- Wie hilfreich sind die einzelnen Module in Bezug auf die Bewältigung der Beschwerden und welche Inhalte/Aspekte werden als wichtig oder störend durch die Patienten empfunden?

Es werden folgende Hypothesen für die prospektive Beobachtungsstudie aufgestellt:

#### Hypothese 1

Bei ambulanten Patienten, die an manualisierter verhaltenstherapeutischer Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie teilnehmen, kann eine Veränderung des psychischen und physischen Wohlbefindens am Ende der Therapie beobachtet werden.

#### Hypothese 2

Sowohl subjektive Krankheitsannahme als auch störungsspezifische Wahrnehmung der Patienten zeigen eine Verbesserung nach Therapieende.

#### Hypothese 3

Die Interventionsbausteine innerhalb der Gruppenpsychotherapiemanuale werden aus Patientensicht unterschiedlich in Hinblick auf ihren Beitrag zur Veränderung des Wohlbefindens evaluiert.

## **5 Material und Methoden**

### **5.1 Darstellung der Gruppen der Psychosomatischen Institutsambulanz**

#### **5.1.1 Rahmenbedingungen**

##### **5.1.1.1 Betreuung der Gruppe**

Jede Gruppe wurde jeweils durch zwei Psychotherapeuten betreut. Hierbei war mindestens einer der beiden Therapeuten ein approbierter psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut. Der zweite Therapeut konnte sowohl bereits erfahren in der Gruppenpsychotherapie sein, aber auch im Rahmen seiner Ausbildung in diese eingeführt werden.

##### **5.1.1.2 Gruppenkonzepte**

Die Manuale der einzelnen Kurzzeit-Gruppenpsychotherapien wurden basierend auf publizierten Manualen weiterentwickelt (alle Therapeutenmanuale sowie Patientenunterlagen sind auf Nachfrage einsehbar in der Psychosomatischen Institutsambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, psychosomatik@uke.de).

##### **5.1.1.3 Patientenrekrutierung**

Die Rekrutierung der Patienten erfolgte über die Psychosomatische Institutsambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Hier wurde den Patienten im Erstgespräch die Möglichkeit der Teilnahme an der jeweilig passenden Gruppe angeboten. Zusätzlich erfolgte bei allen Gruppen, außer der Perspektivengruppe, ein Vorgespräch durch den Gruppenleiter mit den Patienten.

Für die Adipositas+ - und Soma+-Gruppe wurden zudem Patienten im Konsildienst auf anderen Stationen, in der Notaufnahme und in Zusammenarbeit mit dem Adipositas-Centrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf rekrutiert.

###### **5.1.1.3.1 Einschlusskriterien allgemein**

Eingeschlossen in die Gruppentherapie wurden Patienten; die:

- sich auf Grund ihrer Erkrankung in ihrem Wohlbefinden eingeschränkt fühlten und
- die Kriterien zur Versorgung durch die Psychosomatische Institutsambulanz erfüllten (siehe Tabelle 22 und Tabelle 23).

###### **5.1.1.3.2 Ausschlusskriterien allgemein**

Nicht teilnehmen an den Gruppen konnten Personen, die:

- bereits anderweitig in psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung waren
- akute Suizidalität angaben
- eine floride posttraumatische Belastungsstörung, akute Belastungssituation oder vordergründige Persönlichkeitsstörung aufwiesen, die die Gruppenfähigkeit einschränkten

Siehe hierzu auch Kapitel 9.1.

## 5.1.2 Unterschiedliche Gruppenangebote

### 5.1.2.1 Adipositas+-Gruppe

#### 5.1.2.1.1 Indikation

Zur Teilnahme an der Adipositas+-Gruppe musste eine Adipositas vorliegen.

Als psychische Komorbidität musste der Patient zudem eine oder mehrere der folgenden Störungen aufweisen als Zeichen der Einschränkung des Wohlbefindens und der Funktionalität:

- Essstörungspathologie (F50.9, F50.8)
- affektive Störungen (F32, F33)
- Angststörungen (F40, F41), Anpassungsstörungen (F43.2)

Der Patient konnte sich zudem vor einer bariatrischen Operation, in Wartezeit auf eine stationäre Behandlung oder im Anschluss an eine stationäre Behandlung befinden.

#### 5.1.2.1.2 Rahmen

Die Adipositas+-Gruppe wurde als geschlossene Gruppe für 4-10 Patienten durchgeführt. Es fanden 7 Sitzungen alle 14 Tage statt. Die Dauer einer Sitzung betrug 90 Minuten. Bei Bedarf waren Einzelgespräche vor, während und nach der Gruppenbehandlung möglich.

#### 5.1.2.1.3 Ziele

Ziele der Adipositas+-Gruppe waren:

- die Entwicklung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses
- der Aufbau einer Veränderungsmotivation hinsichtlich dysfunktionalem Essverhaltens
- die Förderung einer psychotherapeutischen Behandlungsmotivation
- das Angebot eines Erwartungsmanagements hinsichtlich einer bariatrischen Behandlung bei Bedarf

#### 5.1.2.1.4 Aufbau der Sitzungen

Tabelle 5 zeigt eine Übersicht über die Themen und Interventionen der einzelnen Sitzungen der Adipositas+-Gruppe.

*Tabelle 5 Aufbau Sitzungen Adipositas+-Gruppe*

<b>Sitzung</b>	<b>Sitzungsthema</b>	<b>Interventionen</b>	<b>Material</b>
1	Kennenlernen der Gruppe, Einstieg finden	<ul style="list-style-type: none"><li>• Einführung in Ablauf einzelner Sitzungen</li><li>• Festlegung Gruppenregeln</li><li>• Therapieziele</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Arbeitsbögen: „Mein Adipositas-Modell“, „Meine Ziele für die Adipositas-Gruppe“</li></ul>
2	Ungünstiges Ess- und Bewegungsverhalten bewältigen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verhaltensanalyse</li><li>• Vermittlung von Techniken:<ul style="list-style-type: none"><li>○ zur Vermeidung von Situationen mit ungünstigem Essverhalten</li><li>○ zur Unterbrechung von ungünstigem Essverhalten</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Arbeitsbogen: „Mein Umgang mit ungünstigem Essverhalten“</li></ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>o zum Verhalten nach ungünstigem Essverhalten</li> </ul>	
3	Mit schwierigen Gefühlen umgehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoedukation zum Thema „Gefühle“ (vier Ebenen, „Heimattfilm vs. Tagesschau“, mögliche Strategie zur Emotionsregulation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbogen: „Mein Notfallkoffer für individuelle Gefühle“</li> </ul>
4	Das Zusammenspiel zwischen Adipositas und psychischen Beschwerden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoedukation zum Thema „Komorbiditäten“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Das Zusammenspiel von Adipositas und anderen psychischen Beschwerden I und II“</li> </ul>
5	Das Körperbild verbessern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoedukation zum Thema „Körperbild“ und Zusammenhang mit Selbstwert</li> <li>• Lob-Runde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Mein Körperbild“, „Meine Quellen für ein positives Selbstwertgefühl“</li> </ul>
6	Hilfe finden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation Therapieziele</li> <li>• Darstellung Hilfsangebot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Hilfe finden“, „Risiko-situationen“, „Checkliste für die Zeit vor und nach der OP“</li> </ul>
7	Abschied aus der Gruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexion Therapieverlauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbogen: „Meine Reise durch das Therapie-programm“</li> </ul>

Die Grundstruktur jeder Sitzung bestand aus folgenden Elementen:

- Einstieg, Aktivierungsübung, Blitzlicht
- Hausaufgabe besprechen
- Input je Modul
- Abschlussrunde und Festlegung der Hausaufgabe
- Evaluation der Sitzung

### 5.1.2.2 Soma+-Gruppe

#### 5.1.2.2.1 Indikation

Zur Teilnahme an der Soma+-Gruppe musste eine hohe Symptombelastung optional mit somatischer Ursache und eine der folgenden Störungen vorliegen:

- affektive Störungen (F32, F33)
- Angststörungen (F40, F41), Anpassungsstörungen (F43.2)
- jeweils mit oder ohne organischer Erkrankung

#### 5.1.2.2.2 Rahmen

Die Soma+-Gruppe wurde als geschlossene Gruppe für 4-8 Patienten durchgeführt. Es fanden 7 Sitzungen im ersten und 8 Sitzungen ab dem zweiten Durchlauf jeweils 14-tägig statt. Die Dauer einer Sitzung betrug 90 Minuten.

### 5.1.2.2.3 Ziele

Ziele der Soma+-Gruppe waren:

- Entwicklung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses unter Einbezug eines subjektiven Krankheitsverständnisses und Kranken- sowie Krankheitsanamnese (subjektive Theorie + Simultandiagnostik)
- Förderung der Verbesserung des Umgangs mit Körperbeschwerden (insbesondere Verbesserung Lebensqualität, Reduktion Beeinträchtigung, Akzeptanz und Achtsamkeit von Körperbeschwerden)
- bei Bedarf Förderung der psychotherapeutischen Behandlungsmotivation

### 5.1.2.2.4 Aufbau der Sitzungen

Tabelle 6 zeigt eine Übersicht über die Themen und Interventionen der einzelnen Sitzungen ab dem zweiten Durchlauf der Soma+-Gruppe.

*Tabelle 6 Aufbau Sitzungen Soma+-Gruppe*

Sitzung	Sitzungsthema	Interventionen	Material
1	Meine Beschwerden-Geschichte und meine Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung in Ablauf einzelner Sitzungen</li> <li>• Festlegung Gruppenregeln</li> <li>• Kennenlernübung</li> <li>• Lebenskuchen</li> <li>• Einführung „Werkzeugkoffer“</li> <li>• Therapieziele</li> <li>• Hausaufgabe: Informationen lesen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Lebenskuchen“, „Ziele“, „Werkzeugkoffer“, „Informationen zur somatischen Belastungsstörung“</li> </ul>
2	Ein Modell	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoedukation zum Thema „Somatische Belastungsstörung“</li> <li>• Erarbeitung bio-psychosoziales Krankheitsmodell</li> <li>• Einführung Symptomtagebuch</li> <li>• Hausaufgabe: Arbeitsbogen „Stress Reflektionen“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Informationen zur somatischen Belastungsstörung“, „Ursachen und Auslöser für meine Körperbeschwerden“</li> </ul>
3*	Körperbeschwerden, Stress und Entspannung I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stressreflektion</li> <li>• Zusammenhang Stress und Körperbeschwerden („Zitronenübung“)</li> <li>• Ansatzpunkte zur Stressbewältigung („Stressampel“)</li> <li>• Hausaufgabe: eigene Stressbewältigung anschauen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Die körperliche Stressreaktion“, „Somatische Belastungsstörung und Stress“, „Die Stressampel“, „Fragen zu meiner aktuellen Stresssituation“</li> </ul>
4*	Körperbeschwerden, Stress und Entspannung II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erarbeitung von Ansatzpunkt und Strategien der Stressbewältigung</li> <li>• Hausaufgabe: ausprobieren von Bewältigungsstrategien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Fragen zu meiner aktuellen Stresssituation“, „Meine Strategien zur Stressbewältigung“</li> </ul>

5	Mein Umgang mit Körperbeschwerden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhaltensexperiment nach Watzlawick</li> <li>• Nutzen und Grenzen somatischer Diagnostik und ärztlicher Rückversicherung</li> <li>• Gesundheitsbegriff und Normalität von Körpersymptomen</li> <li>• Zwischenevaluation Therapieziele</li> <li>• Hausaufgabe: angenehme Aktivitäten notieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Langfristige Folgen von ärztlicher Rückversicherung – ein Teufelskreis“, „Sprichwörter und Alltagsphänomene zum Thema Körper“, „Liste angenehmer Aktivitäten“</li> </ul>
6	Beschwerden bewältigen durch gesunde Aktivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sammlung bisheriger Coping-Strategien für Beschwerden</li> <li>• Identifikation/ Konsequenzen/Abbau von Schonungs- oder Durchhalte-Verhaltensweisen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Folgen meines Schonungs- / Durchhalte-Verhaltens“, „Teufelskreise“, „Liste angenehmer Aktivitäten“, „Bewegung in meinem Alltag“</li> </ul>
7	Umgang mit Beschwerden und schwierigen Gefühlen: Akzeptanz und Achtsamkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgang mit schwierigen Gefühlen</li> <li>• Psychoedukation über Emotionen</li> <li>• Akzeptanz</li> <li>• achtsame Umgangsweise mit Emotionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Taubübung“, „Achtsamer Umgang mit meinen Emotionen“</li> </ul>
8	Umgang mit Beschwerden: Achtsamkeit II, Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebenskuchen und Ziele</li> <li>• Commitment und Werteorientierung</li> <li>• Akzeptanz und Zielverfolgung</li> <li>• Evaluation Therapieziele und Perspektiven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Meine Möglichkeiten“, „Was ich bereit bin, für meine Ziele hinzunehmen“</li> <li>• Brief an mich selbst</li> </ul>

\*Sitzung 3 und 4 wurden im ersten Durchlauf als eine Sitzung durchgeführt

Die Grundstruktur jeder Sitzung bestand aus folgenden Elementen:

- Einstieg, Blitzlicht
- Symptomtagebuch
- kurze Achtsamkeitsübung oder kurze körperliche Aktivierungsübung
- Input je Modul
- Abschluss: „Was nehme ich mit?“ („Werkzeugkoffer“)
- Evaluation der Sitzung

### 5.1.2.3 Ressourcengruppe

#### 5.1.2.3.1 Indikation

In die Gruppe wurden Patienten störungsübergreifend aufgenommen. Die Teilnahme war dann möglich, wenn Hilfs- und Hoffnungslosigkeit vorlag, sowie die Handlungsfähigkeit und der Selbstwert der Person reduziert waren.

### 5.1.2.3.2 Rahmen

Die Ressourcengruppe wurde als halb-offene Gruppe mit Einstiegsmöglichkeit zu Beginn jeden Monats durchgeführt. Es fanden 7 Sitzungen im ersten und 8 Sitzungen ab dem zweiten Durchlauf jeweils 14-tägig statt. Hierbei wurden jeweils 2 Quartale abgedeckt. Die Dauer einer Sitzung betrug 90 Minuten.

### 5.1.2.3.3 Ziele

Ziele der Ressourcengruppe waren:

- Förderung einer Aktivierung und gezielten Nutzung individueller Ressourcen
- Förderung der Selbstwirksamkeit
- Förderung positiver Aspekte

### 5.1.2.3.4 Aufbau der Sitzungen

Tabelle 7 zeigt eine Übersicht über die Themen und Interventionen der einzelnen Sitzungen ab dem zweiten Durchlauf der Ressourcengruppe.

*Tabelle 7 Aufbau Sitzungen Ressourcengruppe*

<b>Sitzung</b>	<b>Sitzungsthema</b>	<b>Interventionen</b>	<b>Material</b>
1	Einführung in die Themen „Ressourcen“ und „Achtsamkeit“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung in Ablauf einzelner Sitzungen</li> <li>• Festlegung Gruppenregeln</li> <li>• Kennenlernen</li> <li>• Übung „Ressourcenpostkarte“</li> <li>• Psychoedukation zum Thema Ressourcen</li> <li>• Bedürfnisse wahrnehmen durch Achtsamkeit</li> <li>• Einführung „Ressourcentagebuch“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Patienteninformation“</li> <li>• Ressourcen-Postkarten</li> </ul>
2*	Ressourcenorientierte Lebenslinie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erarbeitung eigener Ressourcen und anschließende Vorstellung in Gruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbogen: „Ressourcenorientierte Lebenslinie“</li> </ul>
3**	Ressourcen-diagnostik und Zielformulierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erarbeitung von „Kraft gebenden/raubenden Dingen“</li> <li>• Phantasiereise zur Generierung von Therapiezielen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Ressourcen-Akku“, „Ziele“</li> </ul>
4	aktuelle Ressourcen aktivieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressourcenaktivierung</li> <li>• Bedeutung/Transfer von ressourcenorientierter Tagesplanung erklären</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressourcen-spaziergang/ „Ressourcen aus der Wundertüte“</li> </ul>
5	Förderung von Selbstwert und Selbstfürsorge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorstellung theoretisches Modell zum Selbstwert und zum fürsorglichen Begleiter</li> <li>• „Die zwei Wölfe“-Metapher</li> <li>• Umsetzungsmöglichkeiten im Alltag</li> <li>• Vorbereitung Thema „Problemlösung“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Säulen des Selbstwertes“, „Den fürsorglichen Begleiter im Alltag stärken“, „Informationen zum Problemlösen mit Ressourcen“, „Anwendungsbeispiel“</li> </ul>

			für Problemlöse- schema“
6	mit Ressourcen gewappnet: Praktischer Einsatz von Ressourcen zur Problembewältigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problembewältigung mit Ressourcen</li> <li>• Ressourcenaktivierung für Problemlöseprozesse („Ressourcenzoo“)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Informationen zum Problemlösen mit Ressourcen“, „Anwendungsbeispiele für das Problemlöse-schema“, „Problemlöse-schema“</li> <li>• Ressourcenzoo- verschiedene Spieltiere</li> </ul>
7	Aktivierung sozialer Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressourcen-netzwerkkarte</li> <li>• Planung sozialer Kontakte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbogen: „Ressourcen-netzwerkkarte“</li> </ul>
8	Ressourcenbilanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressourcendusche</li> <li>• Ressourcenbrief an sich selbst schreiben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbogen: „Ressourcenbrief“</li> </ul>

\*ab dem zweiten Durchlauf ergänzte Sitzung

\*\* ab dem zweiten Durchlauf ergänzt um Thema. „Zielformulierung“

Die Grundstruktur jeder Sitzung bestand aus folgenden Elementen:

- Einstieg
- kurze Achtsamkeitsübung
- kurze Übung zur Förderung der Gruppenkohäsion
- Input je Modul
- Abschluss: „Was nehme ich mit?“
- Evaluation der Sitzung

#### 5.1.2.4 Bewältigungsgruppe

##### 5.1.2.4.1 Indikation

Zur Teilnahme an der Bewältigungsgruppe mussten psychische und psychosomatische Symptome vorliegen, jedoch konnte mit unterschiedlichen Diagnosen an der Gruppe teilgenommen werden.

Der Patient musste den Wunsch zum akuten Behandlungsbedarf äußern. Dieser äußerte sich in Hilfs- und Hoffnungslosigkeit sowie reduzierter Handlungsfähigkeit und niedrigem Selbstwert des Patienten.

##### 5.1.2.4.2 Rahmen

Die Bewältigungsgruppe wurde als offene und klientenzentrierte Gruppe mit Einstiegsmöglichkeit zu jeder Sitzung durchgeführt. Die Teilnahme war auf 10 Sitzungen begrenzt. Die Sitzungen fanden wöchentlich statt. Die Dauer betrug 90 Minuten.

##### 5.1.2.4.3 Ziele

Ziele der Bewältigungsgruppe waren:

- Stabilisierung und Unterstützung
- Förderung Gruppenkohäsion und Gruppenfeedback
- bei Bedarf Vermittlung psychoedukativer Elemente
- Vermittlung erster Problemlösungsansätze

#### 5.1.2.4.4 Aufbau der Sitzungen

Die Grundstruktur jeder Sitzung bestand aus folgenden Elementen:

- Begrüßung: Blitzlichtrunde
- supportiv- und emotionsfokussierte Gruppenarbeit:  
Darstellung des Anliegens von ein bis zwei Indexpatienten und Besprechung durch die Gruppe
- emotionsfokussiertes Feedback der Gruppe
- Resonanz: Wahrnehmungs- oder Imaginationsübung
- Blitzlichtrunde
- Evaluation

#### 5.1.2.5 Perspektivengruppe

##### 5.1.2.5.1 Indikationen

Zur Teilnahme an der Perspektivengruppe mussten ein Interesse oder eine Empfehlung zur ambulanten Therapie vorliegen. Eine bestimmte psychische Erkrankung war keine Voraussetzung.

##### 5.1.2.5.2 Rahmen

Die Perspektivengruppe wurde als geschlossene Gruppe für 4-12 Patienten durchgeführt. Sie umfasste drei Sitzungen im zweiwöchentlichen Abstand. Die Dauer einer Sitzung betrug jeweils 90 Minuten.

##### 5.1.2.5.3 Ziele

Ziele der Perspektivengruppe waren:

- Vermittlung von Informationen über Therapieangebote
- Klärung der Erwartungshaltung bezüglich ambulanter Psychotherapie und eventuelle Optimierung dieser
- Formulierung individueller Ziele für ambulante Psychotherapie

##### 5.1.2.5.4 Aufbau der Sitzungen

Tabelle 8 zeigt eine Übersicht über die Themen und Interventionen der einzelnen Sitzungen der Perspektivengruppe.

*Tabelle 8 Aufbau Sitzungen Perspektivengruppe*

<b>Sitzung</b>	<b>Sitzungsthema</b>	<b>Interventionen</b>	<b>Material</b>
1	Wege in die Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Einführung in Ablauf einzelner Sitzungen</li><li>• Festlegung Gruppenregeln</li><li>• Kennenlernen</li><li>• Feststellung Befürchtungen Patienten</li><li>• Informationen zur Psychotherapie</li><li>• Einführung „Werkzeugkoffer“</li><li>• Hausaufgabe: Ziele erarbeiten, Informationen zur somatischen Belastungsstörung lesen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Arbeitsbögen: „Erwartungen und Befürchtungen“, „Mein aktuelles Befinden“, „Was ist PT?“, „Informationen zur somatischen Belastungsstörung“, „Werkzeugkoffer“</li></ul>

2	Therapieziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoedukation zu den Themen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wirkungsmechanismen von Psychotherapie</li> <li>○ Ziele und Therapieziele Psychotherapie</li> </ul> </li> <li>• Hausaufgabe: persönliche Ziele für Psychotherapie notieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Informationen zu Wirkungsfaktoren der Psychotherapie“, „Ziele für eine Psychotherapie“, „SMART Ziele“, „Meine persönlichen Ziele für eine Psychotherapie“</li> </ul>
3	Meine persönlichen Perspektiven	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besprechung persönlicher Therapieziele</li> <li>• Rollenspiel: „Therapeutenkontakt“</li> <li>• Plan über weitere Schritte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbögen: „Meine persönlichen Ziele für eine Psychotherapie“, „Stress Reflektionen“, „Das möchte ich mit auf den Weg nehmen“</li> </ul>

Die Grundstruktur jeder Sitzung bestand aus folgenden Elementen:

- Einstieg
- Informationsvermittlung
- Interaktion, Fragen
- Abschluss mit Blitzlichtrunde („Werkzeugkoffer“)
- Evaluation der Sitzung

## 5.2 Datenerhebung

Tabelle 9 Erhebungszeitpunkte und verwendete Messinstrumente

Erhebungszeitpunkt	Messinstrumente
t0	GAD-7 PHQ-9 PHQ-15 SSD-12
t1	<b>alle Gruppen</b> Belastungsthermometer BIPQ GAD-7 PDI PHQ-9 PHQ-15 SWEMWBS  <b>zusätzlich für Adipositas+-Gruppe</b> DEBQ EDE-Q
t2	<b>alle Gruppen</b> Belastungsthermometer BIPQ GAD-7 PDI PHQ-9 PHQ-15 SWEMWBS  <b>zusätzlich für Adipositas+-Gruppe</b> DEBQ EDE-Q

*BIPQ: Brief Illness Perception Questionnaire*

*DEBQ: The Dutch Eating Behavior Questionnaire*

*EDE-Q: Eating Disorder Examination Questionnaire*

*GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-Fragebogen*

*PDI: Pain Disability Index*

*PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9*

*PHQ-15: Patient Health Questionnaire 15*

*SSD-12: Somatic Symptom Disorder Scale 12*

*SWEMWBS: Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale*

### 5.2.1 Erhebungszeitpunkte

Die Daten der Patienten wurden zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben. Die erste Erhebung (t0) fand im Rahmen des Erstgespräches der Patienten in der Psychosomatischen Institutsambulanz statt.

Der zweite Zeitpunkt (t1) war am Tag der ersten Sitzung vor Beginn der Gruppentherapie.

Der dritte Zeitpunkt (t2) war am Tag der letzten Sitzung im Anschluss an die Gruppentherapie vor Ort. Zum Teil wurde der t2-Fragebogen postalisch zugestellt.

Zu den drei Zeitpunkten wurden unterschiedliche Messinstrumente verwendet (siehe Tabelle 9).

Die Evaluationen der einzelnen Gruppensitzungen wurden im direkten Anschluss an diese von den Patienten ausgefüllt.

### 5.2.2 Verwendete Fragebögen und Messinstrumente

Zur Erhebung der Daten wurden folgende Fragebögen auf Grund ihrer Kürze und Validität in deutscher Sprache genutzt:

#### Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (SWEMWBS)

Die SWEMWBS ist die Kurzform der Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) (Stewart-Brown et al., 2009). Die WEMWBS erfasst in 14 Items psychisches Wohlbefinden. Die Kurzform SWEMWBS nutzt hierfür 7 der 14 Items, deren Auftreten in den letzten 2 Wochen erfragt wird. Die Antworten werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala erfasst (1= „niemals“, 2= „selten“, 3= „manchmal“, 4= „oft“, 5= „immer“). Die Gesamtsumme berechnet sich aus der ungewichteten Summierung aller Skalenwerte und kann Werte zwischen 7 und 35 annehmen. Da die WEMWBS nicht zur Erfassung von psychischen Erkrankungen entwickelt wurde, gibt es keine Cut-off-Werte, bei denen eine Aussage zu „schlechtem“ oder „gutem“ Wohlbefinden getroffen werden kann. Gleiches gilt für die SWEMWBS. Für die WEMWBS konnten Koushede et al. in einer dänischen Studie ein Cronbach´s alpha von 0.94 nachweisen (Koushede et al., 2018). Für die SWEMWBS konnte in der gleichen Studie ein Cronbach´s alpha von 0.88 nachgewiesen werden (Koushede et al., 2018).

#### Pain Disability Index (PDI)

Der PDI erfasst die subjektiv eingeschätzte Beeinträchtigung des Patienten durch seine körperlichen Beschwerden (insbesondere chronische Schmerzen) (Dillmann et al., 1994). Die 7 Items erfragen die Einschränkungen in den Bereichen familiäre und häusliche Verpflichtungen (Item 1), Erholung (Item 2), soziale Aktivitäten (Item 3), Beruf (Item 4), Sexualeben (Item 5), Selbstversorgung (Item 6) und lebensnotwendige Aktivitäten (Item 7). Die Items sind jeweils ergänzt durch kurze Erläuterungen zur Verdeutlichung des Bereiches.

Anhand einer 11-stufigen numerischen Rating-Skala (0= „keine Beeinträchtigung“, 10= „völlige Beeinträchtigung“) kann der Patient die subjektive Behinderung durch die körperlichen Beschwerden angeben.

Die ungewichtete Summation aller Skalenwerte ergibt ein Gesamtmaß für die Behinderungseinschätzung. Diese kann Werte zwischen 0 und 70 annehmen und korreliert positiv mit der subjektiven Beeinträchtigung des Patienten durch seine körperlichen Beschwerden. Für die deutschsprachige Version des PDI konnten eine interne Konsistenz mit einem Cronbach´s alpha von 0.83 beziehungsweise 0.90 nachgewiesen werden (Dillmann et al., 1994). Bezüglich der Kriteriumsvalidität zeigte sich eine Korrelation des PDI und der Schmerzintensität (visuellen Analogskala) im Bereich von  $r=0.23$  und  $r=0.62$  sowie eine Korrelation zwischen PDI und Beck-Depressionsinventar im Bereich von  $r=0.26$  und  $r=0.52$  (Dillmann et al., 1994).

#### Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)

Der PHQ-9 ist das „Depressions-Modul“ des Patient Health Questionnaire (PHQ) (Kroenke et al., 2001). In 9 Items werden die Haupt- und Nebensymptome (Konzentrationsschwierigkeiten, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, niedriger Selbstwert/Schuldgefühle, Suizidgedanken/-versuche) einer Depression in der letzten zwei Wochen erfragt. Die Hauptsymptome werden mittels Item 1 (Interessens-/Freudlosigkeit), Item 2 (depressive Stimmung) und Item 4/8 (Antriebslosigkeit, psychomotorische Unruhe) erfasst. Die Nebensymptome finden sich in Item 3 (Schlafstörungen), Item 5 (verminderter oder vermehrter Appetit), Item 6 (niedriger Selbstwert), Item 7 (Konzentrationsschwierigkeiten) und Item 9 (Suizidgedanken) wieder.

Auf einer vierstufigen Likert-Skala (0= „überhaupt nicht“, 1= „an einzelnen Tagen“, 2= „an mehr als der Hälfte der Tage“, 3= „beinahe jeden Tag“) werden die Antworten durch den Patienten erfasst.

Der ungewichtete Summenwert aller Items kann Werte zwischen 0 und 27 annehmen.

Der Verdacht auf eine Depression liegt vor, wenn 2-4 Items „an mehr als der Hälfte der Tage“ innerhalb der letzten zwei Wochen auftraten und eins davon Item 1 oder 2 ist. Hinweise auf eine schwere Depression liegen vor, wenn bei  $\geq 5$  Items „mehr als die Hälfte der Tage“ angegeben wird und eins davon Item 1 oder 2 ist.

Löwe et al. konnten zeigen, dass der PHQ-9 eine gute Änderungssensitivität bezüglich der Behandlung depressiver Symptomatik aufweist (Löwe et al., 2004). Die Effektstärke war hierbei am größten bei Patienten mit voller Remission einer Major-Depression (-2.6), gefolgt von Patienten mit teilweiser Remission (-1.8) und Patienten ohne Veränderung der depressiven Symptomatik (-0.9) innerhalb von sechs Monaten (Löwe et al., 2004).

#### Generalized Anxiety Disorder-Fragebogen (GAD-7)

Der GAD-7 dient zur Feststellung und Schweregradeinteilung einer generalisierten Angststörung (Löwe et al., 2008). Mit 7 Items werden die nach DSM-IV-Kriterien wichtigsten Merkmale (A-, B- und C-Kriterien) für die Diagnose einer generalisierten Angststörung erfragt.

Hierbei wird nach der Häufigkeit der beschriebenen Merkmale in den letzten zwei Wochen gefragt (z.B. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung (Item 1) oder schnelle Verärgerung oder Gereiztheit (Item 6)). Antwortmöglichkeiten sind „überhaupt nicht“ (=0), „an einzelnen Tagen“ (=1), „an mehr als der Hälfte der Tage“ (=2) oder „beinahe jeden Tag“ (=3). Die Gesamtsumme errechnet sich durch die ungewichtete Summation aller Skalenwerte und kann Werte zwischen 0 und 21 annehmen.

Cut-off-Werte für eine milde Symptomatik liegen bei  $\geq 5$ , für eine moderate bei  $\geq 10$  und für eine schwere Symptomatik bei  $\geq 15$  (Spitzer et al., 2006).

Beard und Björgvinsson konnten in einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Setting eine gute Veränderungssensitivität des GAD-7 zeigen bezüglich prä-post Veränderungen der Angstsymptomatik (Beard and Björgvinsson, 2014).

#### Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)

Der BIPQ ist die Kurzform des Illness perception Questionnaire (Broadbent et al., 2006). In dem Fragebogen werden mittels 8 Items die kognitive und emotionale Wahrnehmung des Patienten vom Krank-sein erhoben.

Die 8 Items werden auf einer Likert-Skala von 0 (= „stimmt überhaupt nicht“) bis 10 (= „stimmt voll und ganz“) durch die Patienten bewertet.

Fünf Items erfragen die kognitive Krankheitswahrnehmung mit folgenden Schwerpunkten: Konsequenzen der Erkrankung (Item 1), zukünftige Entwicklung der Beschwerden (Item 2), persönliche Kontrolle der Beschwerden (Item 3), Kontrolle der Beschwerden durch Behandlung (Item 4) und spürbare Beschwerdestärke (Item 5). Zwei Items erfassen die emotionale Darstellung: Sorgen (Item 6) und emotionale Beeinträchtigung (Item 8). Item 7 erfragt das Beschwerdeverständnis des Patienten.

In der verwendeten Version des BIPQ wurde auf die Erhebung der drei wichtigsten kausalen Ursachen für die Beschwerden aus Patientensicht (Item 9) verzichtet.

Die Höhe der Messwerte der Items 1, 3, 4, 5, 6, 7 und 8 korreliert mit der Höhe der Belastung des Patienten. Bei Item 2 zeigt ein niedriger Messwert akute, ein hoher Messwert chronische Beschwerden an. Zur Auswertung wurde der Gesamtscore mittels ungewichteter Summation aller Skalenwerte erhoben.

Broadbent et al. konnten in einem systematischen Review nachweisen, dass alle Items des BIPQ eine hohe Änderungssensitivität haben (Broadbent et al., 2015). Insbesondere die

Items, welche persönliche Kontrolle der Beschwerden sowie das Beschwerdeverständnis erfragen, verändern sich nach Interventionen am häufigsten (Broadbent et al., 2015).

#### Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

Der EDE-Q erfasst mit 28 Items die spezifische Psychopathologie bei Essstörungen (Hilbert et al., 2007). Hierbei werden vier Subskalen genutzt („gezügeltes Essen“, „Essensbezogene Sorgen“, „Gewichtssorgen“ und „Figursorgen“), die mittels 22 Items erfragt werden. Weitere 6 Items dienen der Erfassung von diagnostisch relevanten Kernverhaltensweisen (z.B.: Anzahl Essanfälle, Anzahl von selbstinduzierten Brechanfällen oder Laxanzienmissbrauch). Es wird jeweils für den Zeitraum der letzten 28 nach dem Auftreten der beschriebenen Merkmale gefragt (Hilbert et al., 2007). Für die einzelnen Subskalen des EDE-Q sowie den Gesamtwert konnte eine hohe interne Konsistenz nachgewiesen werden (Cronbach´s alpha der Subskalen zwischen 0.85 und 0.93; Cronbach´s alpha Gesamtwert 0.97) (Hilbert et al., 2007).

Für die vorliegende Arbeit wurden nur die 6 Items zur Erfassung der Kernverhaltensweisen Essanfälle und gegenregulatorische Maßnahmen genutzt.

Die Anzahl der aufgetretenen Ereignisse innerhalb der letzten 28 Tage werden als ganze Zahl durch die Patienten notiert. Eine Auswertung der Kernverhaltensitems wird meist auf Ebene der einzelnen Items durchgeführt.

#### The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)

Der DEBQ erfasst mit 33 Items emotionales, externes und kontrolliertes Essverhalten (Barrada et al., 2016). Die in der vorliegenden Arbeit genutzte deutsche Version, entwickelt von Gruner, nutzt nur 30 dieser Items (Nagl et al., 2016). Hierbei werden Aspekte des emotionalen Essens mit 13 Items (z.B.: „Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn Sie irritiert sind?“), Aspekte des externen Essverhaltens mit 10 Items (z.B.: „Essen Sie mehr als sonst, wenn Sie andere essen sehen?“) und Aspekte des kontrollierten Essverhaltens mit 10 Items (z.B.: „Essen Sie bewusst weniger, um nicht zuzunehmen?“) erfragt (Barrada et al., 2016).

Die Antwortmöglichkeiten werden mittels fünfstufiger Likert-Skala angegeben (1= „niemals“, 2= „selten“, 3= „manchmal“, 4= „oft“, 5= „sehr oft“). Die Gesamtsumme wird aus der ungewichteten Summierung aller Skalenwerte berechnet und kann Werte zwischen 33 und 165 annehmen. Es konnten für die verwendeten Subskalen gute interne Konsistenzen nachgewiesen werden (Subskala für emotionales Essen: Cronbach´s alpha 0.94; Subskala für externes Essverhalten: Cronbach´s alpha 0.89; Subskala für kontrolliertes Essverhalten: Cronbach´s alpha 0.92) (Nagl et al., 2016).

#### Patient Health Questionnaire 15 (PHQ-15)

Der PHQ-15 ist Bestandteil des PHQ und erfasst die Schwere somatischer Symptome (Kroenke et al., 2002). In 15 Items werden die häufigsten 13 somatischen (z. B. Rücken-, Kopf- und Bauchschmerzen) und 2 psychischen (Schlafstörungen und Antriebslosigkeit) Symptome beziehungsweise Symptomcluster erfragt, die für über 90% der Beschwerden bei ambulanten Patienten verantwortlich sind (Kroenke et al., 2002).

Der Patient gibt auf einer dreistufigen Skala die Beeinträchtigung durch diese an (Kroenke et al., 2002). In der vorliegenden Arbeit wurde nach der Beeinträchtigung in den letzten vier Wochen gefragt.

Hierbei ist 0 = „nicht beeinträchtigt“ und 2 = „stark beeinträchtigt“. Der ungewichtete Summenwert aller Items kann Werte zwischen 0 und 30 annehmen. Cut-off-Werte liegen für leichte somatische Symptome bei  $\geq 5$ , für mittelschwere bei  $\geq 10$  und für schwere somatische Symptome bei  $\geq 15$  Punkten (Kroenke et al., 2002). Interian et al. konnten für den PHQ-15 ein Cronbach´s alpha von 0.79 nachweisen (Interian et al., 2006).

### Somatic Symptom Disorder Scale 12 (SSD-12)

Die SSD-12 erfasst mit 12 Items die B-Kriterien der somatischen Belastungsstörung nach DSM-V (Toussaint et al., 2017). Hierzu zählen kognitive Aspekte (Item 1, 4, 7, 10), emotionale Aspekte (Item 2, 5, 8, 12) und Verhaltensaspekte (Item 3, 6, 9, 11).

Die Antworten werden auf einer fünfstufigen Skala erfasst (0= „nie“, 1= „selten“, 2= „manchmal“, 3= „oft“, 4= „sehr oft“). Die Gesamtsumme berechnet sich aus der ungewichteten Summierung aller Skalenwerte und kann Werte zwischen 0 und 48 annehmen. In der Psychosomatischen Institutsambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wurde der Cut-off-Wert für psychische Belastung bei  $\geq 23$  festgelegt. Bezüglich der Konstruktvalidität der SSD-12 konnte eine hohe Korrelation mit gut untersuchten Messinstrumenten wie der Somatic Symptom Scale-8, dem Patient Health Questionnaire-2 oder der Generalized Anxiety Disorder Scale 2 nachgewiesen werden (Toussaint et al., 2017). Hüsing et al. konnten zudem eine Änderungssensitivität der SSD-12 nachweisen (Hüsing et al., 2018).

### Belastungsthermometer

Die aktuelle Belastung der Patienten wurde mittels Belastungsthermometer auf einer Skala von 0 (= „gar nicht belastet“) bis 10 (= „sehr stark belastet“) erfasst.

#### 5.2.2.1 Evaluation einzelner Gruppensitzungen

Zur quantitativen Evaluation der einzelnen Gruppensitzungen wurden Bewertungen der Patienten von folgenden Items auf einer Skala von 0 (= „stimmt überhaupt nicht“) bis 5 (= „stimmt voll und ganz“) erfasst:

- innerlichen Beteiligung an der heutigen Sitzung
- aktive Mitwirkung in der heutigen Sitzung
- Hilfe der heutigen Sitzung in Bezug auf die Bewältigung ihrer Beschwerde

Zur qualitativen Evaluation der einzelnen Gruppensitzungen füllten die Patienten im Freitext folgende Fragen aus:

- Das Wichtigste für mich in der heutigen Sitzung war.../ Aus der heutigen Sitzung nehme ich für mich mit ...
- In der heutigen Sitzung hat mich gestört...
- Für die Zeit bis zur nächsten Sitzung nehme ich mir vor...

#### 5.2.3 Datenschutz und Einwilligungserklärung

Zum Zeitpunkt t0 willigten die Patienten ein, dass ihre Daten für klinische und wissenschaftliche Fragestellungen genutzt werden dürfen. Zum Zeitpunkt t1 wurde durch die Patienten eine Einwilligungserklärung unterschrieben, in welcher sie der Erhebung und Auswertung ihrer Daten im Rahmen der Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie zustimmten. Die von den Patienten erhobenen Daten wurden pseudonymisiert. Hierfür erstellten die Patienten einen spezifischen Code, den sie bei jedem Fragebogen angaben.

### 5.3 Auswertung der Daten und verwendete Programme

In die Auswertung wurden alle Patienten miteinbezogen, auch wenn nicht durchgängig zu jedem Erhebungszeitpunkt Daten von ihnen vorlagen.

#### Quantitative Daten

Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte mit Hilfe von SPSS Statistics (Version 24). Es wurden der Mittelwert, die Standardabweichung und die Spannweite sowie die Signifikanz und die Effektstärke ermittelt. Hierbei wird  $p < 0.05$  als signifikant angesehen. Die Effektstärke ist niedrig bei einem Cohen's  $d = 0.2$ , mittel bei einem Cohen's  $d = 0.5$  und hoch

bei einem Cohen's  $d=0.8$ . Die Ergebnisse wurden auf Grund der kleinen Stichprobengrößen nach keiner Variablen kontrolliert.

Zur Untersuchung von Hypothese 1 wurden die Daten der Fragebögen SWEMWBS, PDI, PHQ-9, GAD-7 und BIPQ gruppenübergreifend mittels gepaartem T-Test berechnet. Zudem wurden die Items 1 („Innerlichen Beteiligung an der heutigen Sitzung“) und 2 („Aktive Mitwirkung in der heutigen Sitzung“) der Zwischenevaluationsfragebögen nach den Sitzungen hinsichtlich Mittelwertes, Standardabweichung und Spannweite ausgewertet.

Zur Untersuchung von Hypothese 2 wurden die Daten des Fragebogens BIPQ gruppenübergreifend und -spezifisch mittels gepaartem T-Test berechnet. Zudem wurden für die Adipositas+-Gruppe die Daten des EDE-Q und des DEBQ, für die Soma+-Gruppe die Daten des PHQ-15 und SSD-12, für die Ressourcengruppe die Daten der SWEMWBS und für die Bewältigungsgruppe die Daten des PDI mittels gepaartem T-Test berechnet.

Zur Untersuchung der Hypothese 3 wurden die Daten des Item 3 („Hilfe der heutigen Sitzung in Bezug auf die Bewältigung Ihrer Beschwerde“) des Zwischenevaluationsbogens gruppen- sowie sitzungsspezifisch über alle Sitzungen hinweg ausgewertet.

#### Qualitative Daten

Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte mit Hilfe von Excel (Version 2016). Die Kommentare der Patienten wurden deduktiv in Kategorien nach den Wirkfaktoren nach Yalom (siehe Tabelle 2) und Grawe (siehe Tabelle 3) sowie induktiv gewählten Kategorien zugeteilt und die Häufigkeiten erfasst.

## **6 Ergebnisse**

In der durchgeführten prospektiven Beobachtungsstudie sollte die Veränderung des Wohlbefindens ambulanter Patienten im Rahmen von manualisierter Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie in der Psychosomatischen Institutsambulanz am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf untersucht werden. Hierzu wurde die Veränderung des Wohlbefindens über die gesamte Zeit der Gruppentherapiesitzungen sowie die Veränderung durch die einzelnen Module innerhalb einer Gruppentherapiesitzung mit Hilfe von Fragebögen erfasst.

### **6.1 Stichprobengröße**

#### **6.1.1 Erhebungszeitraum und Patientenzahl**

Die Erhebung der Daten wurde von September 2017 bis Oktober 2018 durchgeführt und schließt die Patienten von einem Durchlauf der Bewältigungsgruppe, von je drei Durchläufen der Adipositas+-, Soma+- und Ressourcengruppe und von sechs Durchläufen der Perspektivengruppe ein. Es wurden jeweils sieben Sitzungen der einzelnen Gruppendurchgänge in die Auswertung eingeschlossen beziehungsweise bei der Perspektivengruppe jeweils drei. Im angegebenen Zeitraum wurden Daten von N=95 Patienten erhoben.

Von den 95 Patienten besuchten 16 Patienten die Adipositas+-Gruppe, 20 Patienten die Soma+-Gruppe, 19 Patienten die Ressourcengruppe, 9 Patienten die Bewältigungsgruppe und 31 Patienten die Perspektivengruppe.

#### **6.1.2 Erhebungszeitpunkte**

Für die folgenden Angaben siehe auch Diagramm 1.

Den Ambulanzfragebogen (t0) füllten insgesamt 73 Patienten aus. Von den 22 fehlenden Ambulanzfragebögen gehörten sieben zu Patienten der Adipositas+-Gruppe, die über das Adipositas-Centrum aufgenommen wurden. Entsprechend wurde bei Aufnahme der Ambulanzfragebogen der Psychosomatischen Institutsambulanz nicht ausgefüllt und fehlt in der Erhebung. Die weiteren 15 fehlenden Fragebögen standen zum Zeitpunkt der Dateneingabe nicht zur Verfügung oder waren durch die Patienten im Erstgespräch nicht ausgefüllt worden.

Den prä-Fragebogen vor der ersten Sitzung (t1) füllten 89 der 95 Patienten aus. 6 der Patienten waren zur ersten Sitzung nicht anwesend.

Die fehlenden Zwischenevaluationsfragebögen nach jeder einzelnen Sitzung lassen sich auf krankheits- oder anders bedingte Abwesenheit der Patienten sowie auf vorzeitige Beendigung der Gruppe vor der siebten Sitzung zurückführen. Gründe hierfür waren zu geringe Teilnehmerzahlen, sodass zum Teil Einzelkontakte durchgeführt wurden (hauptsächlich Perspektivengruppe) oder die Gruppensitzungen komplett beendet wurden (Soma+-Gruppe zweiter Durchlauf).

Den post-Fragebogen (t2) im Anschluss an die letzte Gruppensitzung erhielten insgesamt 62 Patienten. Hiervon bekamen 18 Patienten den post-Fragebogen postalisch zugestellt, da ihre Gruppe vorzeitig beendet worden war (zweiter Durchlauf Soma+-Gruppe und fünfter Durchlauf Perspektivengruppe). Insgesamt liegen Daten von 55 Patienten vor, wobei 11 Fragebögen postalisch zurückgesendet wurden. Von 40 Patienten konnten keine Daten zum Zeitpunkt t2 erhoben werden. Gründe hierfür waren die Abwesenheit der Patienten zur letzten Sitzung und die fehlende Rücksendung postalisch zugestellter Fragebögen.

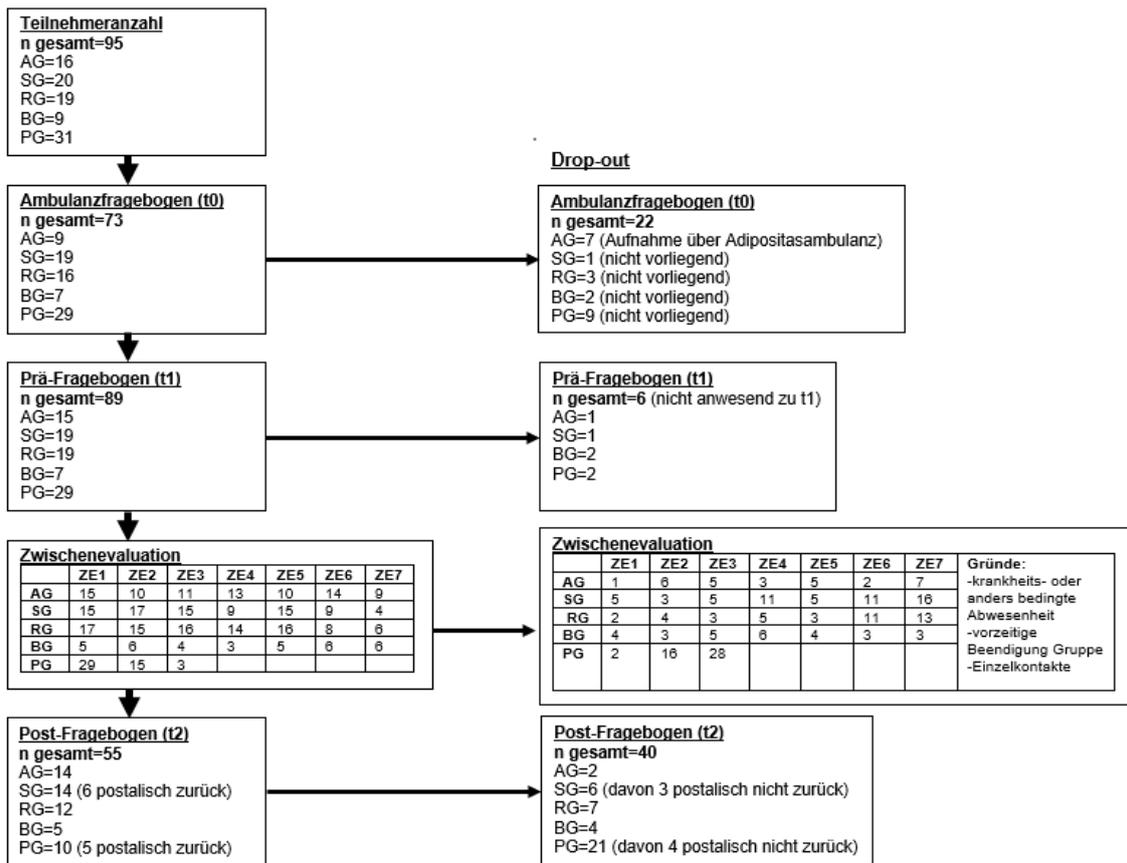


Diagramm 1 Erhebungszeitpunkte und Stichprobengröße

n: Teilnehmeranzahl  
AG: Adipositas+-Gruppe  
SG: Soma+-Gruppe  
RG: Ressourcengruppe  
BG: Bewältigungsgruppe  
PG: Perspektivengruppe  
ZE: Zwischenevaluation

## 6.2 Soziodemographische Daten

Tabelle 10 Soziodemographische Daten (basierend auf t0)

erhobene Daten	n	Ergebnisse						
		gesamt	AG	SG	RG	BG	PG	
<b>Geschlecht (%) *</b>								
gesamt	95	weiblich	59 (62)	12 (75)	6 (30)	13 (68)	6 (67)	22 (71)
AG	16							
SG	20							
RG	19							
BG	9	männlich	36 (38)	4 (25)	14 (70)	6 (32)	3 (33)	9 (19)
PG	31							
<b>Alter MW (SD) [R]</b>								
gesamt	72		43,1 (12,9)	45,6 (13,3)	46,3 (14,1)	41,9 (13,1)	47,1 (10,8)	39,2 (12,2)
AG	9		[20-71]	[23-65]	[20-71]	[25-63]	[29-58]	[24-61]
SG	18							
RG	16							
BG	7							
PG	22							
<b>Familienstand n (%)</b>								
gesamt	72	ledig	36 (38)	5 (56)	8 (42)	8 (50)	3 (43)	12 (55)
AG	9	verheiratet	23 (24)	3 (33)	8 (42)	3 (19)	2 (29)	7 (32)
SG	19	geschieden	7 (7)	1 (11)	2 (11)	1 (6)	2 (29)	1 (5)
RG	16	getrennt	3 (3)		1 (5)	2 (13)		1 (5)
BG	7	verwitwet	1 (1)			1 (6)		
PG	22	andere	2 (2)			1 (6)		1 (5)
<b>Lebens-/Wohnsituation n (%)</b>								
gesamt	73	allein	30 (32)	5 (56)	6 (32)	7 (44)	2 (29)	10 (46)
AG	9	mit Partner	17 (18)	3 (33)	5 (26)	3 (19)	1 (14)	5 (23)
SG	19	mit Partner u Kind	12 (13)	1(11)	4 (21)	2 (13)	1 (14)	4 (18)
RG	16	allein mit Kind	4 (4)		1 (5)	2 (13)	1 (14)	
BG	7	bei Eltern	2 (2)		2 (11)			
PG	22	in Institution	1 (1)					1 (5)
		andere	7 (7)		1 (5)	2 (13)	2 (29)	2 (9)

<b>Bildungsabschluss</b> n (%)									
	gesamt	71	Studium	19 (20)	1 (13)	3 (16)	4 (27)	4 (57)	7 (32)
	AG	8	Abitur	16 (17)	1 (13)	7 (37)	3 (20)	1 (14)	4 (18)
	SG	19	Fachabitur	3 (3)		1 (5)	1 (7)	1 (14)	
	RG	15	Oberschule	2 (2)	1 (13)				1 (5)
	BG	7	Realschule	18 (19)	1 (13)	5 (26)	6 (40)	1 (14)	5 (23)
	PG	22	Haupt-/Volksschule	13 (14)	4 (50)	3 (16)	1 (7)		5 (23)
<b>Berufsstatus</b> n (%)									
	gesamt	71	angestellt	48 (51)	4 (50)	11 (58)	10 (63)	7 (100)	16 (73)
	AG	8	selbstständig	2 (2)			2 (13)		
	SG	19	arbeitslos	6 (6)		3 (16)	2 (13)		1 (5)
	RG	16	Früh-/Alters- /Witwenrente	3 (3)	2 (25)	1 (5)			
	BG	7	Erwerbs- /Berufsunfähigkeitsrente	2 (2)	1 (13)	1 (5)			
	PG	22	Schüler/Student	2 (2)		1 (5)			1 (5)
			Hausfrau/-mann	2 (2)		1 (5)	1 (6)		
			anderweitig erwerbstätig	4 (4)		1 (5)			2 (9)
			sonstige	3 (3)	1 (13)		1 (6)		2 (9)
<b>Arbeitsunfähigkeit</b> n (%)									
	gesamt	67							
	AG	4	ja	27 (40)	2 (50)	10 (56)	6 (38)	2 (29)	7 (32)
	SG	18							
	RG	16							
	BG	7	nein	40 (60)	2 (50)	8 (44)	10 (63)	5 (71)	15 (68)
	PG	22							
<b>Anzahl Tage innerhalb letzter 2 Wochen mit krankheitsbedingten Einschränkungen</b>									
	gesamt	66		3,6 (5,2)	3,6 (4,9)	3,4 (5,2)	3,5 (5,4)	4,6 (5,5)	3,7 (5,3)
	AG	7		[0-14]	[0-14]	[0-14]	[0-14]	[0-14]	[0-14]
	SG	18							
	RG	16							
	BG	7							
	PG	18							

*n: Teilnehmeranzahl*

*AG: Adipositas+-Gruppe*

*SG: Soma+-Gruppe*

*RG: Ressourcengruppe*

*BG: Bewältigungsgruppe*

*PG: Perspektivengruppe*

*MW: Mittelwert*

*SD: Standardabweichung*

*R: Spannweite*

*\*alle Prozentangaben sind gerundet und auf n bezogen*

Da nicht für jede Gruppe Angaben aller Patienten zu soziodemographischen Items vorlagen, beziehen sich die gruppenspezifischen Prozentangaben im Folgenden auf die Anzahl der Patienten, die in der jeweiligen Gruppe dieses Item beantworteten.

## 6.2.1 Soziodemographische Daten im Vergleich

### 6.2.1.1 Geschlecht und Alter

Von den 95 Patienten waren 59 weiblich (62%) und 36 männlich (38%).

Eine ähnliche Geschlechterverteilung fand sich jeweils in der Ressourcengruppe (w=68%; m=32%) und der Bewältigungsgruppe (w=67%; m=33%). In der Adipositas+-Gruppe und der Perspektivengruppe war die Anzahl an Patientinnen sogar noch höher (AG 75%; PG 71%). Im Gegensatz zu den anderen Gruppen war die Geschlechterverteilung in der Soma+-Gruppe umgekehrt (w=30%; m=70%).

Im Durchschnitt waren die Patienten 43,1 Jahre alt ( $SD=12,9$  Jahre;  $R=20-71$  Jahre). Das Durchschnittsalter war in der Bewältigungsgruppe mit 47,1 Jahre am höchsten ( $SD=10,8$  Jahre;  $R=29-58$  Jahre) und in der Perspektivengruppe mit 39,2 Jahre am niedrigsten ( $SD=12,2$  Jahre;  $R=24-61$  Jahre).

### 6.2.1.2 Familienstand und Lebens-/Wohnsituation

Gruppenübergreifend waren 38% der Patienten ledig und 24% verheiratet. Im Gruppenvergleich waren prozentual in der Adipositas+-Gruppe die meisten Patienten ledig (56%) und in der Soma+-Gruppe die wenigsten Patienten (42%) Anteilig war der Prozentsatz der Verheirateten in der Soma+-Gruppe mit 42% am höchsten und in der Ressourcengruppe mit 19% am geringsten.

Gruppenübergreifend lebten die meisten Patienten allein (32%), mit Partner (18%), oder mit Partner und Kind (13%). Im Gruppenvergleich zeigte sich ein ähnliches Verteilungsmuster. Auffällig war hier die Adipositas+-Gruppe, in welcher mit 56% mit Abstand die meisten Patienten allein lebten. In der Bewältigungsgruppe lebten im Vergleich die wenigsten Patienten allein (29%). In der Soma+-Gruppe lebten im Gruppenvergleich die meisten Patienten mit Partner und Kind zusammen (21%).

### 6.2.1.3 Höchster Bildungsabschluss und Berufsstatus

Gruppenübergreifend gaben die meisten Patienten als höchsten Bildungsabschluss ein abgeschlossenes Studium (20%) oder den Realschulabschluss (19%) an.

Im Gruppenvergleich gaben mit 57% der Patienten in der Bewältigungsgruppe die meisten als höchsten Bildungsabschluss ein abgeschlossenes Studium an. Mit 50% hingegen gaben in der Adipositas+-Gruppen die meisten Patienten einen Haupt- oder Volksschulabschluss als höchsten Bildungsabschluss an. Innerhalb der Ressourcengruppe hatten die meisten Patienten einen Realschulabschluss (40%). Auch im Gruppenvergleich war dies der höchste prozentuale Anteil.

Gruppenübergreifend gaben mit knapp der Hälfte (51%) die meisten Patienten an, in einem Angestelltenverhältnis zu arbeiten. Besonders auffällig war hier die Bewältigungsgruppe, in welcher alle Patienten als Angestellte arbeiteten (100%). Bei den anderen vier Gruppen lag die Patientenzahl im Angestelltenverhältnis zwischen 50% in der Adipositas+-Gruppe und 73% in Perspektivengruppe.

Gruppenübergreifend waren nur 6% der Patienten arbeitslos. Hierbei war die prozentuale Arbeitslosenzahl mit 16% in der Soma+-Gruppe am höchsten.

#### 6.2.1.4 Arbeitsunfähigkeit und Anzahl der Tage mit krankheitsbedingten Einschränkungen

Gruppenübergreifend waren 40% der Patienten arbeitsunfähig, wobei die Anzahl der Tage mit krankheitsbedingten Einschränkungen im Alltag innerhalb der letzten 14 Tage im Durchschnitt bei 3,6 Tagen lag ( $SD=5.2$  Tage;  $R=0-14$  Tage). In der Soma+-Gruppe gaben im Gruppenvergleich die meisten Patienten (56%) eine Arbeitsunfähigkeit an. In der Bewältigungsgruppe waren es mit 29% die wenigsten Patienten. Auffällig waren hierbei zwei Ergebnisse. Zum einen, dass trotz niedrigster Arbeitsunfähigkeit im Gruppenvergleich die Patienten der Bewältigungsgruppe im Durchschnitt am meisten Tage innerhalb der letzten zwei Wochen krankheitsbedingt in ihrem Alltag eingeschränkt waren ( $MW=4.6$  Tage;  $SD=5.5$  Tage;  $R=0-14$  Tage). Zum anderen, dass trotz höchster Arbeitsunfähigkeit im Gruppenvergleich die Patienten der Soma+-Gruppe im Durchschnitt am wenigsten Tage innerhalb der letzten 14 Tage krankheitsbedingt im Alltag eingeschränkt waren ( $MW=3.4$  Tage,  $SD=5.2$  Tage;  $R=0-14$  Tage).

### 6.3 Quantitative Ergebnisse bezüglich Hypothese 1, 2 und 3

Die quantitativen Daten wurden mit dem prä-Fragebogen (t1), Item 1 bis 3 des Zwischenevaluationsfragebogens nach jeder Sitzung und dem post-Fragebogen (t2) erhoben (siehe Tabelle 11 und Tabelle 12). Es werden die Mittelwerte (MW), die Standardabweichung (SD), die Spannweite (R), die Signifikanz (p) und die Effektstärke (Cohen´s d) angegeben.

#### 6.3.1 Ergebnisse zu Hypothese 1

Tabelle 11 Auswertung Fragebögen gruppenübergreifend

Fragebogen MW (SD) [R]	Prä-Evaluation (t1)		Post-Evaluation (t2)		p	d
	n		n			
Belastungsthermometer	69	6.9 (2.0) [2-10]	51	5.9 (2.2) [0-10]	0.052	
SWEMWBS	88	20.6 (4.1) [9-30]	55	22.6 (4.3) [10-31]	0.004	0.43
PDI	89	34.6 (13.9) [2-68]	55	29.3 (13.5) [5-68]	0.003	0.44
PHQ-9	88	12.5 (5.1) [2-23]	55	9.9 (5.0) [2-22]	0.017	0.35
GAD-7	89	10.9 (4.4) [2-19]	55	9.0 (4.4) [0-21]	0.015	0.35
BIPQ	87	50.6 (9.2) [22-73]	54	48.1 (9.4) [27-77]	0.204	

SWEMWBS: Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale

PDI: Pain Disability Index

PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9

GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7

BIPQ: Brief Illness Perception Questionnaire

n: Teilnehmeranzahl

MW: Mittelwert

SD: Standardabweichung

R: Spannweite

p: Signifikanz (signifikant:  $p < 0,05$ )

d: Effektstärke (Cohen´s d) (niedrig:  $d = 0,2$  mittel:  $d = 0,5$  hoch:  $d = 0,8$ )

Tabelle 12 Auswertung Zwischenevaluation Item 1 bis 3

Item	sitzungsübergreifend						
MW (SD) [R]							
<b>Item 1 („Innerlichen Beteiligung an der heutigen Sitzung“)</b>							
alle Gruppen	4.2 (0.6) [2-5]						
AG	4.3 (0.5) [3-5]						
SG	4.3 (0.6) [2.3-5]						
RG	4.2 (0.4) [3-4.8]						
BG	4.0 (0.7) [3-5]						
PG	4.1 (0.7) [2-5]						
<b>Item 2 („Aktive Mitwirkung in der heutigen Sitzung“)</b>							
alle Gruppen	3.8 (0.9) [1-5]						
AG	4.0 (0.6) [2.5-5]						
SG	4.0 (0.8) [2-5]						
RG	4.0 (1.0) [2-5]						
BG	3.8 (0.8) [3-5]						
PG	3.5 (1.1) [1-5]						
<b>Item 3 („Hilfe der heutigen Sitzung in Bezug auf die Bewältigung Ihrer Beschwerde“)</b>							
alle Gruppen	3.5 (0.8) [0.9-5]						
AG	3.8 (0.7) [2.7-4.9]						
SG	3.2 (0.9) [0.9-4.5]						
RG	3.8 (0.8) [2-5]						
BG	3.7 (0.7) [2.7-5]						
PG	3.3 (0.8) [1-4.5]						
Item	sitzungsspezifisch						
MW							
<b>Item 3 („Hilfe der heutigen Sitzung in Bezug auf die Bewältigung Ihrer Beschwerde“)</b>							
	1	2	3	4	5	6	7
AG	3.8	3.7	3.8	4.3	4.3	3.7	4.3
SG	3.0	3.3	3.3	3.4	3.3	2.5	2.5
RG	3.8	3.5	4.1	3.7	3.9	4.0	4.0
BG	3.6	3.5	3.5	3.3	3.8	4.3	4.3
PG	3.1	3.7	3.7				

AG: Adipositas+-Gruppe

SG: Soma+-Gruppe

RG: Ressourcengruppe

BG: Bewältigungsgruppe

PG: Perspektivengruppe

MW: Mittelwert

SD: Standardabweichung

R: Spannweite

### Hypothese 1

*Bei ambulanten Patienten, die an manualisierter verhaltenstherapeutischer Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie teilnehmen, kann eine Veränderung des psychischen und physischen Wohlbefindens am Ende der Therapie beobachtet werden.*

Zur Untersuchung von Hypothese 1 wurden die Daten der Fragebögen SWEMWBS, PDI, PHQ-9 und GAD-7 über alle fünf Gruppen zu Beginn (Zeitpunkt t1) und nach Abschluss (Zeitpunkt t2) der Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie erhoben und ausgewertet (siehe Tabelle 11). Zudem wurden die Items 1 und 2 der Zwischenevaluationsfragebögen im Anschluss an jede Sitzung ausgewertet (siehe Tabelle 12). Zur jeweiligen Anzahl der Patienten, welche zu den Zeitpunkten t1 und t2 die Fragebögen ausfüllten, siehe Tabelle 11.

#### 6.3.1.1 SWEMWBS

Die SWEMWBS wurde zur Erfassung möglicher Veränderungen des psychischen Wohlbefindens der Patienten durch die Teilnahme an den Gruppensitzungen eingesetzt. Im Mittel lagen die erhobenen Daten zum Zeitpunkt t1 bei 20.6 Punkten ( $SD=4.1$ ;  $R=9-30$ ). Zum Zeitpunkt t2 war der Mittelwert auf 22.6 Punkte ( $SD=4.3$ ,  $R=10-31$ ) gestiegen. Die Ergebnisse sind signifikant ( $p=0.004$ ). Die Effektstärke liegt in einem mittleren Bereich ( $d=0.43$ ) (siehe Tabelle 11). Es konnte somit eine positive Veränderung des psychischen Wohlbefindens der Patienten nachgewiesen werden.

#### 6.3.1.2 PDI

Der PDI wurde zur Erfassung möglicher Veränderungen körperlicher Beeinträchtigung im Alltag der Patienten durch die Teilnahme an den Gruppensitzungen genutzt. Dieser Aspekt wurde als Teil des physischen Wohlbefindens betrachtet. Zum Zeitpunkt t1 lag der Score im Mittel bei 34.6 Punkten ( $SD=13.9$ ,  $R=2-68$ ). Zum Zeitpunkt t2 war der Mittelwert um etwa 5 Punkte auf 29.3 Punkte gesunken ( $SD=13.5$ ,  $R=5-68$ ). Mit einem  $p=0.003$  sind die Ergebnisse des PDIs signifikant. Die Effektstärke liegt im mittleren Bereich ( $d=0.44$ ) (siehe Tabelle 11). Die Auswertung des PDIs zeigte, dass sich die körperliche Beeinträchtigung des Alltags der Patienten im Anschluss an die Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie reduziert hat.

#### 6.3.1.3 PHQ-9

Der PHQ-9 wurde genutzt, um mögliche Veränderungen bezüglich depressiver Symptomatik nach der Teilnahme an den Gruppensitzungen zu erfassen. Dieser Aspekt wurde als Teil des psychischen Wohlbefindens betrachtet. Der Mittelwert des Scores lag zum Zeitpunkt t1 bei 12.5 Punkten ( $SD=5.1$ ,  $R=2-23$ ). Im Vergleich hierzu sank der Mittelwert zum Zeitpunkt t2 auf 9.9 Punkte ab ( $SD=5.0$ ,  $R=2-22$ ). Die Ergebnisse des PHQ-9 sind signifikant ( $p=0.017$ ). Die Effektstärke liegt im niedrigen Bereich ( $d=0.35$ ) (siehe Tabelle 11). Die Ergebnisse des PHQ-9 zeigten, dass die Stärke depressiver Symptome sich nach Teilnahme an der Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie verbesserte.

#### 6.3.1.4 GAD-7

Der GAD-7 wurde zur Erfassung möglicher Veränderungen bezüglich einer generalisierten Angstsymptomatik der Patienten nach Teilnahme an den Gruppensitzungen genutzt. Dieser Aspekt wird als Teil des psychischen Wohlbefindens betrachtet. Hierbei ergab sich ein Mittelwert von 10.9 Punkten ( $SD=4.4$ ,  $R=2-19$ ) für den Zeitpunkt t1 und ein Mittelwert von 9.0 Punkten ( $SD=4.4$ ,  $R=0-21$ ) für den Zeitpunkt t2. Die Ergebnisse sind signifikant ( $p=0.015$ ). Die Effektstärke liegt im niedrigen Bereich ( $d=0.35$ ) (siehe

Tabelle 11). Die Ergebnisse des GAD-7 zeigen eine Reduktion der Angstsymptomatik nach Teilnahme an der Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie.

#### 6.3.1.5 Item 1 und 2 des Zwischenevaluationsbogens

Das Item 1 diente zur Erfassung der innerlichen Beteiligung der Patienten an den einzelnen Sitzungen und wurde im Anschluss an jede Sitzung erhoben.

Über alle Gruppen hinweg konnte ein Mittelwert von 4.2 Punkten erhoben werden ( $SD=0.6$ ,  $R=2-5$ ) (siehe Tabelle 12). Hierbei zeigten sich zwischen den fünf Gruppen kaum Unterschiede (siehe Tabelle 12). Die Ergebnisse des Items 1 zeigten, dass die innerliche Beteiligung der Patienten sitzungsübergreifend in allen fünf Gruppen hoch war.

Das Item 2 diente zur Erfassung der aktiven Mitwirkung der Patienten an den einzelnen Sitzungen und wurde im Anschluss an jede Sitzung erfasst.

Über alle Gruppen hinweg zeigte sich ein Mittelwert von 3.8 Punkten ( $SD=0.9$ ,  $R=1-5$ ) (siehe Tabelle 12). Im Gegensatz zum Item 1 konnten bei Item 2 Unterschiede zwischen den Gruppen erfasst werden (siehe Tabelle 12). Bei der Adipositas+-, Soma+- und Ressourcengruppe lagen die Mittelwerte jeweils bei 4 Punkten. In der Perspektivengruppe lag der Mittelwert bei 3.5 Punkten ( $SD=1.1$ ,  $R=1-5$ ). Der Mittelwert der Bewältigungsgruppe lag bei 3.8 Punkten ( $SD=0.8$ ,  $R=3-5$ ). Die Ergebnisse zeigen, dass die aktive Mitwirkung der Patienten in der Adipositas+-, Soma+- und Ressourcengruppe über alle Sitzungen hinweg hoch war. Im Vergleich hierzu war die aktive Mitwirkung der Patienten in der Bewältigungs- und der Perspektivengruppe über alle Sitzungen hinweg etwas niedriger.

### 6.3.2 Ergebnisse zu Hypothese 2

Tabelle 13 Auswertung Fragebögen gruppenspezifisch

Fragebogen		Prä-Evaluation (t1)		Post-Evaluation (t2)		p	d
MW (SD) [R]		n		n			
BIPQ	AG	15	48.1 (8.8) [26-60]	14	46.1 (8.0) [34-60]	0.529	
	SG	19	52.0 (10.1) [33-73]	14	44.6 (9.1) [32-56]	0.247	
	RG	18	50.3 (8.8) [38-64]	12	51.1 (12.7) [27-77]	0.898	
	BG	7	55.1 (4.7) [48-60]	5	52.0 (7.5) [43-61]	0.464	
	PG	28	50.0 (10.0) [22-68]	9	50.8 (6.6) [43-61]	0.732	
EDE-Q	AG	15	39.9 (30.9) [0-98]	14	28.6 (26.1) [0-72]	0.140	
DEBQ	AG	15	95.9 (16.1) [66-129]	14	87.4 (16.0) [62-114]	0.086	
PHQ-15	SG	19	12.6 (4.7) [3-21]	14	9.6 (4.5) [2-18]	0.037	0.65
SSD-12	SG	19	32.7 (8.8) [19-45]	14	23.7 (9.1) [10-42]	0.089	
SWEMWBS	RG	18	21.8 (3.2) [15-27]	12	24.3 (3.1) [19-29]	0.011	0.93
PDI	BG	7	40.7 (13.0) [14-51]	5	23.4 (12.0) [11-36]	0.229	

AG: Adipositas+-Gruppe

SG: Soma+-Gruppe

RG: Ressourcengruppe

BG: Bewältigungsgruppe

PG: Perspektivengruppe

BIPQ: Brief Illness Perception Questionnaire

EDE-Q: Eating Disorder Examination Questionnaire

DEBQ: Eating Behaviour Questionnaire

PHQ-15: Patient Health Questionnaire-15

SSD-12: Somatic Symptom Disorder-12

SWEMWBS: Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale

PDI: Pain Disability Index

n: Teilnehmeranzahl

MW: Mittelwert

SD: Standardabweichung

R: Spannweite

p: Signifikanz (signifikant:  $p < 0,05$ )

d: Effektstärke (Cohen's d) (niedrig:  $d = 0,2$  mittel:  $d = 0,5$  hoch:  $d = 0,8$ )

## Hypothese 2

*Sowohl subjektive Krankheitsannahme als auch störungsspezifische Wahrnehmung der Patienten zeigen eine Verbesserung nach Therapieende.*

Zur Untersuchung von Hypothese 2 wurden die Daten des Fragebogens BIPQ gruppenübergreifend sowie -spezifisch ausgewertet (siehe Tabelle 11 und Tabelle 13). Zudem wurden für die Adipositas+-Gruppe die Daten des EDE-Q und des DEBQ, für die Soma+-Gruppe die Daten des PHQ-15 und SSD-12, für die Ressourcengruppe die Daten der SWEMWBS und für die Bewältigungsgruppe die Daten des PDI ausgewertet (siehe Tabelle 13). Zur jeweiligen Anzahl der Patienten, welche zu den Zeitpunkten t1 und t2 die Fragebögen ausfüllten, siehe Tabelle 13.

### 6.3.2.1 BIPQ

Der BIPQ wurde eingesetzt, um mögliche Veränderungen in der subjektiven Krankheitswahrnehmung der Patienten nach Teilnahme an den Gruppensitzungen zu erfassen.

Hierbei ergab sich über alle Gruppen hinweg ein Mittelwert zum Zeitpunkt t1 von 50.6 Punkten ( $SD=9.2$ ,  $R=22-73$ ). Zum Zeitpunkt t2 war der Mittelwert um 2.5 Punkte auf 48.1 Punkte gesunken ( $SD=9.4$ ,  $R=27-77$ ) (siehe Tabelle 11). Die Ergebnisse des BIPQ sind gruppenübergreifend nicht signifikant ( $p=0.204$ ). Gruppenspezifisch sanken die Mittelwerte des BIPQ im Vergleich zu vor der Teilnahme an der Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie zu nach der Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie in allen Gruppen außer der Perspektivengruppe. Hier stieg der Mittelwert um 0.8 Punkte an. Die Ergebnisse waren jedoch in keiner Gruppe signifikant (siehe Tabelle 13). Es zeigte sich somit keine signifikante Veränderung der subjektiven Krankheitswahrnehmung der Patienten.

### 6.3.2.2 EDE-Q und DEBQ Adipositas+-Gruppe

Der EDE-Q und der DEBQ wurden nur in der Adipositas+-Gruppe zur Erfassung von Veränderungen von Essstörungen oder des Essverhaltens der Patienten nach der Teilnahme an den Gruppensitzungen genutzt.

Der Mittelwert zum Zeitpunkt t1 lag bei 39.9 Punkten ( $SD=30.9$ ,  $R=0-98$ ). Zum Zeitpunkt t2 sank der Mittelwert um 11.3 Punkte auf 28.6 ( $SD=26.1$ ,  $R=0-72$ ). Die Ergebnisse des EDE-Q sind nicht signifikant ( $p=0.14$ ).

Der DEBQ wurde zum Zeitpunkt t1 von 15 Patienten und zum Zeitpunkt t2 von 14 Patienten ausgefüllt. Der Mittelwert zum Zeitpunkt t1 lag bei 95.9 Punkten ( $SD=16.1$ ,  $R=66-129$ ). Zum Zeitpunkt t2 sank der Mittelwert auf 87.4 Punkten ( $SD=16.0$ ,  $R=62-114$ ). Die Ergebnisse des DEBQ sind nicht signifikant ( $p=0.086$ ). Die Essstörungen und das Essverhalten der Patienten verbesserten sich im Vergleich zu vor der Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie, jedoch nicht in einem signifikanten Bereich.

### 6.3.2.3 PHQ-15 und SSD-12 Soma+-Gruppe

Die Daten des PHQ-15 und SSD-12 wurden in allen Gruppen erhoben, sind für die Hypothese 2 aber nur für die Soma+-Gruppe von Interesse.

Der PHQ-15 und die SSD-12 wurden genutzt, um mögliche Veränderungen in der Bewertung der Symptomschwere somatischer Belastungsstörungen bei den Patienten zu erfassen.

Hierbei lag der Mittelwert des PHQ-15 für den Zeitpunkt t1 bei 12.6 Punkten ( $SD=4.7$ ,  $R=3-21$ ). Für den Zeitpunkt t2 konnte ein Mittelwert von 9.6 Punkten ermittelt werden ( $SD=4.5$ ,  $R=2-18$ ). Die Ergebnisse sind mit einem p von 0.037 signifikant. Die Effektstärke liegt im mittleren bis hohen Bereich ( $d=0.65$ ).

Der Mittelwert für die SSD-12 lag zum Zeitpunkt t1 bei 32.7 Punkten ( $SD=8.8$ ,  $R=19-45$ ). Zum Zeitpunkt t2 lag der Mittelwert 9 Punkte darunter bei 23.7 Punkten ( $SD=9.1$ ,  $R=10-42$ ). Die Ergebnisse der SSD-12 sind nicht signifikant ( $p=0.089$ ).

Eine Reduktion der Schwere allgemeiner somatischer Symptome konnte mittels PHQ-15 nachgewiesen. Eine signifikante Reduktion der B-Kriterien der somatischen Belastungsstörung (SSD-12) konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

#### 6.3.2.4 SWEMWBS Ressourcengruppe

Zusätzlich zur allgemeinen Auswertung über alle Gruppen hinweg für die Untersuchung der Hypothese 1, wurde die SWEMWBS gruppenspezifisch für die Ressourcengruppe ausgewertet.

Die SWEMWBS wurde genutzt, um mögliche Veränderungen des Wohlbefindens der Patienten nach Teilnahme an den Gruppensitzungen zu erfassen.

Der Mittelwert lag zum Zeitpunkt t1 bei 21.8 Punkten ( $SD=3.2$ ,  $R=15-27$ ). Zum Zeitpunkt t2 stieg der Mittelwert um 2.5 Punkte auf 24.3 Punkten ( $SD=3.1$ ,  $R=19-29$ ). Die Ergebnisse sind signifikant mit einem  $p$  von 0.011. Die Effektstärke ist sehr hoch ( $d=0.93$ ). Das psychische Wohlbefinden der Patienten verbesserte sich nach der Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie somit signifikant.

#### 6.3.2.5 PDI Bewältigungsgruppe

Der PDI wurde zusätzlich zur Auswertung über alle Gruppen hinweg für die Untersuchung der Hypothese 1 auch spezifisch für die Bewältigungsgruppe ausgewertet, um mögliche Veränderungen der körperlichen Beschwerden der Patienten nach Teilnahme an den Gruppensitzungen zu erfassen.

Der Mittelwert für den Zeitpunkt t1 lag bei 40.7 Punkten ( $SD=13.0$ ,  $R=14-51$ ). Zum Zeitpunkt t2 sank der Mittelwert um 6.6 Punkte auf 23.4 Punkten ( $SD=12.0$ ,  $R=11-36$ ). Die Ergebnisse sind nicht signifikant ( $p=0.229$ ). Es konnten somit keine signifikanten Veränderungen der subjektiven Einschränkung durch körperliche Beschwerden der Patienten mittels des PDI erfasst werden.

### 6.3.3 Ergebnisse zur Hypothese 3

#### Hypothese 3

*Die Interventionsbausteine innerhalb der Gruppenpsychotherapiemanuale werden aus Patientensicht unterschiedlich in Hinblick auf ihren Beitrag zur Veränderung des Wohlbefindens evaluiert.*

Zur Untersuchung der Hypothese 3 wurden die Daten des Item 3 („Wie hilfreich ist die heutige Sitzung zur Bewältigung meiner Beschwerden?“) des Zwischenevaluationsbogens sitzungsübergreifend sowie -spezifisch für die einzelnen Gruppen ausgewertet (siehe Tabelle 12).

Hierbei lag der Mittelwert über alle Sitzungen hinweg in der Adipositas+-Gruppe bei 3.8 Punkten ( $SD=0.7$ ,  $R=1-5$ ) (siehe Tabelle 12). Es zeigte sich, dass besonders die Sitzungen 4 („Das Zusammenspiel zwischen Adipositas und psychischen Beschwerden“), 5 („Das Körperbild verbessern“) und 7 („Abschied aus der Gruppe“) durch die Patienten zur Bewältigung ihrer Beschwerden als hilfreich erachtet wurden (siehe Tabelle 5 und Tabelle 12).

Der Mittelwert in der Soma+-Gruppe lag über alle Sitzungen hinweg bei 3.2 Punkten ( $SD=0.9$ ,  $R=0.9-4.5$ ) (siehe Tabelle 12). Als besonders hilfreich zur Bewältigung ihrer Beschwerden empfanden die Patienten die Sitzungen 2 („Ein Modell“), 3 („Körperbeschwerden, Stress und Entspannung“) und 4 („Körperbeschwerden, Stress und Entspannung II“) (siehe Tabelle 6 und Tabelle 12).

In der Ressourcengruppe konnte über alle Sitzungen ein Mittelwert von 3.8 Punkten ( $SD=0.8$ ,  $R=2-5$ ) ermittelt werden (siehe Tabelle 12). Die Patienten der Ressourcengruppe gaben die Sitzungen 3 („Ressourcendiagnostik und Zielformulierung“), 6 („Mit Ressourcen gewappnet: Praktischer Einsatz von Ressourcen zur Problem-bewältigung“) und 7 („Aktivierung sozialer Ressourcen“) als besonders hilfreich zur Bewältigung ihrer Beschwerden an (siehe Tabelle 7 und Tabelle 12).

Der Mittelwert in der Bewältigungsgruppe über alle Sitzungen hinweg lag bei 3.7 Punkten ( $SD=0.7$ ,  $R=2.7-5$ ) (siehe Tabelle 12). Für die Patienten der Bewältigungsgruppe waren besonders die Sitzungen 1, 6 und 7 hilfreich. Da die Sitzungen der Bewältigungsgruppe keine vorgegebenen Module hatten (siehe Kapitel 5.1.2.4.4), kann hier kein Rückschluss auf besonders hilfreiche Interventionsbausteine für die Patienten gezogen werden.

In der Perspektivengruppe lag der Mittelwert über alle Sitzungen hinweg bei 3.3 Punkten ( $SD=0.8$ ,  $R=1-4.5$ ) (siehe Tabelle 12). Für die Patienten der Perspektivengruppe war besonders die Sitzung 2 („Therapieziele“) hilfreich zur Bewältigung ihrer Beschwerden (siehe Tabelle 8 und Tabelle 12).

Zusammenfassend konnte gezeigt werden, dass über alle Gruppen hinweg die Patienten von den unterschiedlichen Interventionsbausteinen der Gruppenpsychotherapiemanuale profitieren konnten (siehe Tabelle 12). Die Patienten der Adipositas+- und Ressourcengruppe bewerteten die Interventionsbausteine ihrer Gruppenpsychotherapiemanuale im Gruppenvergleich hierbei als am hilfreichsten zur Bewältigung ihrer Beschwerden. Die Interventionsbausteine der Soma+-Gruppe wurden durch die Patienten als am wenigsten hilfreich im Gruppenvergleich bewertet. Die Bewertung lag jedoch immer noch in einem guten Bereich (siehe Tabelle 12).

#### 6.3.4 Belastungsthermometer

Das Belastungsthermometer wurde zu den Zeitpunkten t1 und t2 genutzt, um die aktuelle Belastung der Patienten zu erfassen.

Über alle Gruppen hinweg zeigte sich bei den Patienten im Mittel zum Zeitpunkt t1 ( $n=69$ ) eine Belastung von 6.9 ( $SD=2.0$ ;  $R=2-10$ ). Zum Zeitpunkt t2 ( $n=51$ ) war die Belastung über alle Gruppen um einen Punkt auf 5.9 ( $SD=2.2$ ,  $R=0-10$ ) gesunken. Die Ergebnisse sind nicht signifikant ( $p=0.052$ ).

## 6.4 Qualitative Ergebnisse bezüglich Hypothese 3

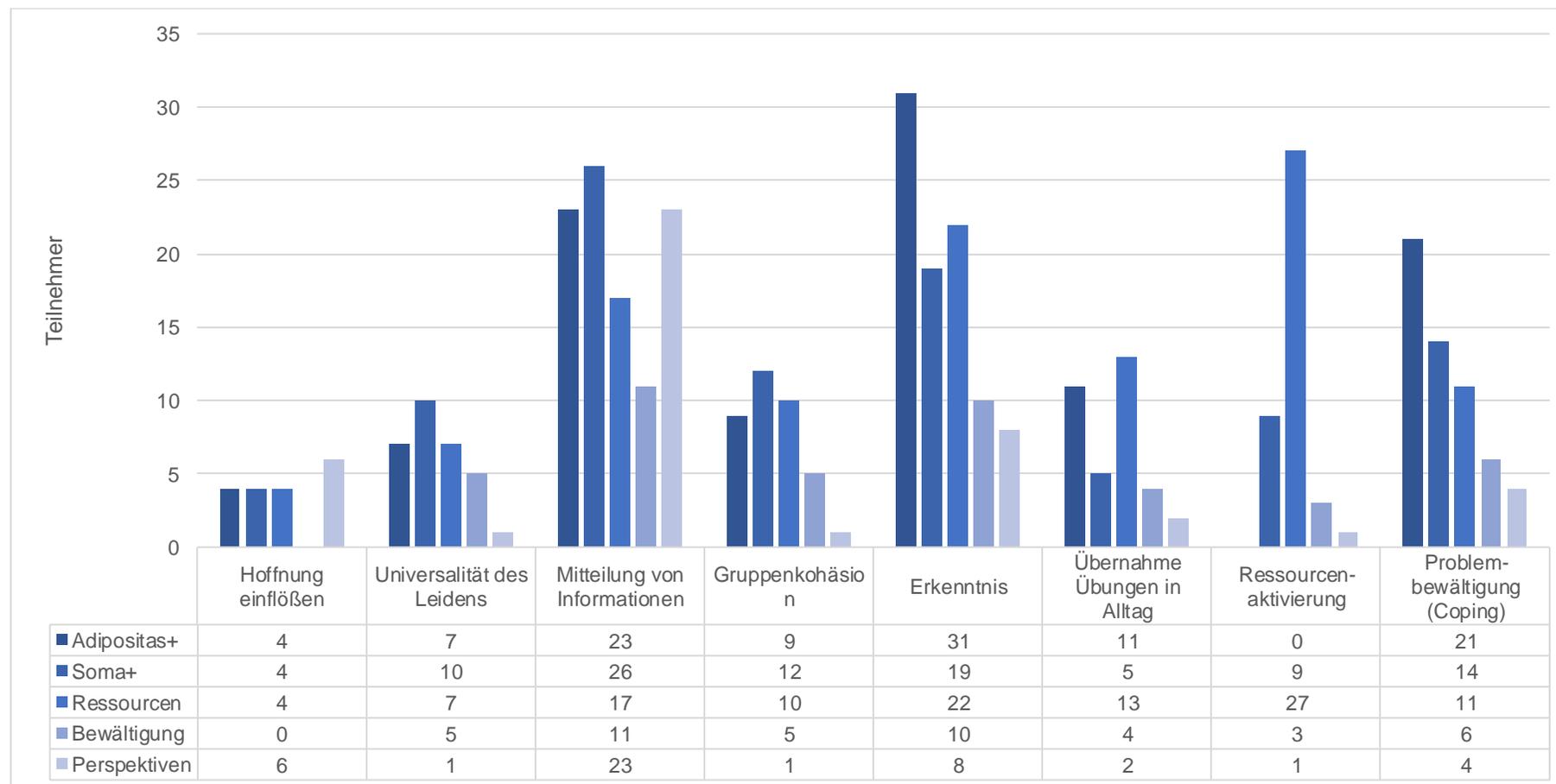


Diagramm 2 Auswertung Zwischenevaluation Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ sitzungsübergreifend

Tabelle 14 Auswertung Item 4 und 5 – Häufigkeit der Angaben

Gruppe	Zwischenevaluationen gesamt	Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“	Item 5 „Am meisten gestört hat mich...“
Adipositas+-Gruppe	82	82	80
Soma+-Gruppe	84	83	81
Ressourcengruppe	95	91	85
Bewältigungsgruppe	35	33	33
Perspektivengruppe	47	46	46

Tabelle 15 Beispielkommentare Wirkfaktoren/Kategorien Item 4 gruppenübergreifend

Wirkfaktor/Kategorie	Beispielkommentare (Gruppe)
	<b>Wirkfaktoren nach Yalom</b>
Hoffnung einflößen	„Kraft [und] positive Gedanken [...]“ (RG) „[...] dass ich einen Ausweg finde, meine situationsbedingten Kopfschmerzen zu beeinflussen.“ (SG) „[...] meine Schmerzen/Probleme besser bewältigen [zu können].“ (SG) „[...] dass nach Abschluss dieser Therapie ich nicht auf mich allein gestellt bin.“ (AG)
Universalität des Leidens	„[...] mit Problemen nicht allein zu sein [...]“ (BG) „[...] Man hat sich verinnerlicht, nicht allein mit Problemen dazustehen [...]“ (RG) „[...] vielen geht es wie mir [...]“ (RG)
Mitteilung von Informationen	„[...] Neue Wege, um aus dem Trott zu kommen [...]“ (RG) „[...] Viele neue Tipps und Anregungen für die Gestaltung der Freizeit [...]“ (RG) „[...] Umgang mit Gefühlen/Emotionen in Verbindung mit meinen Beschwerden [...]“ (SG) „[...] Erarbeitung von Eckpfeilern zur Angstbewältigung [...]“ (SG)
Altruismus	„[...] dass ich unterstützend meine Ideen einbringen kann und hilfreich für andere bin [...]“ (RG) „[...] Versuch, den anderen zu helfen, das Positive zu sehen [...]“ (BG)
korrigierende Rekapitulation der primären Familie	„[...] Das Vorleben von Gefühlen von meinen Eltern fehlt zum Teil [...]“ (SG) „[...] Ich bin schuld an allem, was Familie betrifft. Der Sache möchte ich nachgehen“ (AG)
Entwicklung von Techniken des mittmenschlichen Umgangs nachahmendes Verhalten*	„Gelassenheit erfahren [...]“ (RG) „[...] offen mit sich und der Gruppe sein [...]“ (RG)
interpersonales Lernen	„Zu sehen [...] wie die anderen ihre Probleme/Situation bewältigen [...]!“ (RG) „[...] die unterschiedlichen Herangehensweisen der Patienten [...]“ (RG) „[Mich der] Probleme anderer Personen [anzunehmen] und zu gucken, was für mich wichtig ist [...]“ (SG)
Gruppenkohäsion	„[...] die Möglichkeit, sich einzulassen und ernst genommen zu werden [...]“ (RG) „[...] sich gegenseitig zu bestärken [...]“ (RG) „[...] Der Austausch mit der Gruppe [...]“ (SG) „[...] in der Sitzung gleichzeitig dichter und intensiver, also besser.“ (AG)

Katharsis*	
existenzielle Faktoren*	
<b>Wirkfaktoren nach Grawe</b>	
Ressourcenaktivierung	„[...] kleine Kraftquellen zu erkennen und im Alltag bewusst sich die Zeit nehmen [...]“ (RG) „[...] Achtsamkeitsübung [...]“ (RG)
Problemaktualisierung	„[...] auf meine Wahrnehmung und Bedürfnisse zu achten.“ (SG) „[...] über meine Schmerzen reden [...]“ (SG) „[...] dass nicht nur die Adipositas mein Problem ist [...]“ (AG) „[...] mit meinen Problemen konfrontieren [...]“ (AG)
Motivational Klärung	„[...] Stressoren zu differenzieren und zu interpretieren [...]“ (BG) „[...] Die bedeutende Rolle der eigenen Perspektive und Bewertung von Symptomen und Problemen [...]“ (SG) „[...] Zusammenhänge erkennen; Ursachen [...]“ (SG)
Problembewältigung	„[...] Wege zur Problemlösung erkannt [...]“ (RG) „[...] Konzept/Gerüst, um Probleme anzugehen beziehungsweise zu lösen [...]“ (RG) „[...] lernen, mich aus den Angelegenheiten anderer zurück zu nehmen [...]“ (SG)
<b>Induktive Kategorien</b>	
Erkenntnis	„[...] dass manche Beschwerden sich durch die Schonung erst verstärken können und ich versuche, dem entgegenzuwirken [...]“ (SG) „[...] Ressourcen sind da! Ressourcen müssen mehr aktiviert werden [...]“ (RG) „[...] Auch Traurigkeit kann positiv sein.“ (RG) „[...] wie entfremdet ich mich von meinem Körper fühle [...]“ (AG)
Übernahme Übungen in Alltag	„[...] positive Dinge den negativen gegenüberzustellen, um in ein gutes Gefühl zu kommen [...]“ (RG) „[...] in kleinen Schritten planen [...]“ (SG) „[...] Ich werde mir darüber Gedanken machen, was bei mir genau abläuft, wenn ich zu viel esse ohne es zu wollen.“ (AG) „[...] sich mehr in andere hineinzusetzen [...]“ (BG)
Lob an Konzept	„[...] Themen wiederaufgefrischt [...]“ (SG) „[...] Die Bearbeitung der Hausaufgabe in der Gruppe [...]“ (RG)

\*kein Kommentar konnte Wirkfaktor/Kategorie zugeordnet werden

AG: Adipositas+-Gruppe SG: Soma+-Gruppe RG: Ressourcengruppe BG: Bewältigungsgruppe  
PG: Perspektivengruppe

Zur Untersuchung der Hypothese 3 wurden die qualitativen Daten der Patienten mit den Items 4 und 5 des Zwischenevaluationsfragebogen nach jeder Sitzung erhoben.

Item 4 erfragte dabei, was den Patienten am Wichtigsten in dieser Sitzung war. Item 5 erfragte, was die Patienten in der Sitzung am meisten störte.

Die von den Patienten gegebenen Antworten wurden anschließend den Wirkfaktoren von Yalom (siehe Tabelle 1) und Grawe (siehe Tabelle 3) zugeteilt.

Es wurden zudem folgende Kategorien induktiv hinzugefügt:

- Erkenntnis
- Übernahme Übungen in Alltag
- Kritik an sich selbst/anderen Teilnehmern/den Therapeuten/dem Konzept und der Organisation
- nichts
- Lob an Konzept

Manche Kommentare konnten mehreren Wirkfaktoren und Kategorien zugeordnet werden.

Eine Übersicht von Beispielskommentaren zu den einzelnen Wirkfaktoren und Kategorien findet sich in Tabelle 15. Gruppenspezifische Beispielskommentare werden bei der gruppen- und sitzungsspezifischen Auswertung des Items 4 (siehe Kapitel 6.4.1) und Items 5 (siehe Tabelle 21) aufgeführt.

#### 6.4.1 Auswertung Item 4 – Wichtige Inhalte der Sitzungen

##### 6.4.1.1 Drei häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien gruppen- und sitzungsübergreifend

Zusammenfassend zeigte sich, dass die meisten Kommentare der Patienten zu Item 4 („Das Wichtigste an dieser Sitzung...“) zu einem der 11 psychotherapeutischen Wirkfaktoren nach Yalom zugeordnet werden konnten (siehe Diagramm 2). Hierbei gab es sowohl zu gruppenspezifischen („Gruppenkohäsion“, „Universalität des Leides“) als auch zu nicht notwendigerweise gruppenspezifischen („Mitteilung von Informationen“, „Hoffnung einflößen“) psychotherapeutischen Wirkfaktoren von Yalom (siehe Tabelle 2) passende Kommentare der Patienten. Sowohl bei den Wirkfaktoren nach Grawe, die allgemein für die psychotherapeutische Behandlung gültig sind („Problembewältigung“, „Ressourcenaktivierung“) (siehe Tabelle 3), als auch bei den induktiv gewählten Kategorien („Erkenntnis“, „Übernahme Übungen in Alltag“) konnten jeweils passende Kommentare der Patienten zugeordnet werden.

Am häufigsten konnten die Kommentare der Patienten unter Item 4 dem nicht notwendigerweise gruppenspezifischen psychotherapeutischen Wirkfaktor „Mitteilung von Informationen“ nach Yalom (siehe Tabelle 2) zugeteilt werden ( $MW=20$ ) (siehe Diagramm 2). Im Gruppenvergleich kamen die meisten dieser Kommentare von Patienten der Soma+-Gruppe (siehe Diagramm 2). In der Bewältigungsgruppe wurden am wenigsten Kommentare passend zu diesem Wirkfaktor angegeben (siehe Diagramm 2). Informationen, welche den Patienten wichtig waren, waren zum einen sehr allgemein formuliert wie „[...] Neue Wege, um aus dem Trott zu kommen [...]“. Zum anderen bezogen sich Patienten hier auf konkret besprochene Inhalte in den jeweiligen Modulen wie der Angstbewältigung oder dem Umgang mit Emotionen (siehe Tabelle 15).

Am zweithäufigsten konnten die Kommentare der induktiv gewählten Kategorie „Erkenntnis“ zugeordnet werden ( $MW=18$ ) (siehe Diagramm 2). Hierbei zeigte sich in der Adipositas+-Gruppe mit 31 Kommentaren passend zur Kategorie „Erkenntnis“ im Gruppenvergleich die höchste Anzahl an Kommentaren (siehe Diagramm 2). Im Vergleich hierzu konnten in der Perspektivengruppe der Kategorie „Erkenntnis“ nur 8 Kommentare zugeordnet werden (siehe Diagramm 2). Kommentare der Patienten, welche sich der Kategorie „Erkenntnis“ zuordnen ließen, konnten sich auf Erkenntnisse bezüglich des eigenen Verhaltens beziehen, aber auch auf bestimmte Modulinhalte der Sitzungen wie eigene Ressourcen oder Wahrnehmung von Gefühlen (siehe Tabelle 15).

Am dritthäufigsten konnten dem psychotherapeutischen Wirkfaktor „Problembewältigung“ nach Grawe (siehe Tabelle 3) Kommentare der Patienten zugeteilt werden ( $MW=11.2$ ) (siehe Diagramm 2). In der Adipositas+-Gruppe konnten mit 21 Kommentaren passend zum Wirkfaktor „Problembewältigung“ im Gruppenvergleich die höchste Anzahl an Kommentaren zugeordnet werden (siehe Diagramm 2). Im Vergleich hierzu konnten in der Perspektivengruppe nur 4 Kommentare zugeordnet werden (siehe Diagramm 2). Zur Bewältigung ihrer Probleme beschrieben die Patienten sowohl allgemeine Ansätze als auch konkrete Aspekte ihres Verhaltens als besonders wichtig (siehe Tabelle 15).

### 6.4.1.2 Gruppen- und sitzungsspezifisch

#### Adipositas+-Gruppe

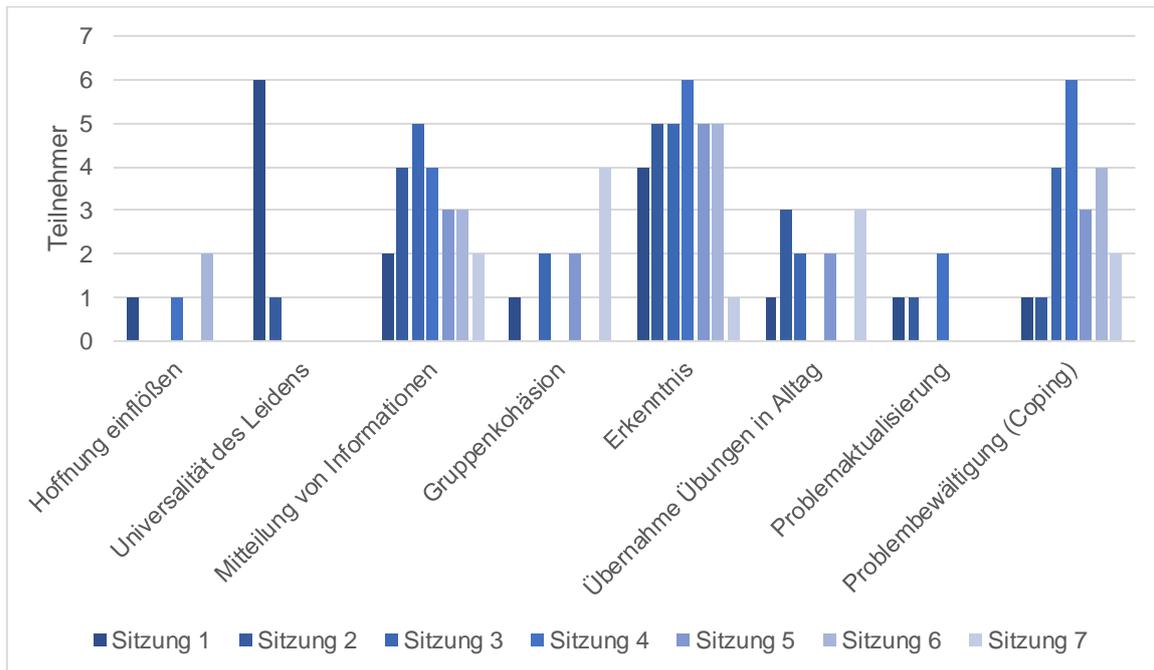


Diagramm 3 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Die 8 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien der Adipositas+-Gruppe

Tabelle 16 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Beispielkommentare aus der Adipositas+-Gruppe zu den 8 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien

Wirkfaktor/Kategorie	Beispielkommentare (Sitzung)
Hoffnung einflößen	„Hoffnung“ (1) „Einladung Mut zu haben, nochmal nach geeigneter Therapie zu suchen“ (4) „[...] dass nach Abschluss dieser Therapie ich nicht auf mich allein gestellt bin.“ (6)
Universalität des Leidens	„[...] dass es ein gutes Gefühl ist, sich mit Menschen über das Thema Adipositas auszutauschen, die selbst auch betroffen sind.“ (1) „Andere Leute kennen gelernt zu haben mit ähnlichen Problemen“ (1)
Mitteilung von Informationen	„Die Auflistung, wie Adipositas entsteht und bleibt“ (1) „Thema Depression; den sog. Teufelskreis und Punkte aufbrechen!“ (4) „Selbstfürsorge [...]“ (5)
Gruppenkohäsion	„Die OP ja oder nein“ (5) „Sprechen können“ (3) „Die positiven Sätze der anderen aus der Gruppe sind mir sehr wichtig.“ (5)
Erkenntnis	„[...] dass ich mich dringend motivieren muss.“ (1) „[...] dass ich nach wie vor eine Essstörung habe.“ (2) „Psyche spielt eine große Rolle im Alltag und in der Ernährung“ (4)
Übernahme Übungen in Alltag	„Noch mehr und öfter in einen zu horchen, warum man etwas tut.“ (2) „[...] Ich werde mir darüber Gedanken machen, was bei mir genau abläuft, wenn ich zu viel esse ohne es zu wollen.“ (2)

	„Den Schritt zurück testen [...]“ (3)
Problemaktualisierung	„[...] Ich werde nachdenklicher über mein Handeln.“ (1) „Mit meinen Problemen [konfrontiert zu werden]“ (2)
Problembewältigung (Coping)	„Alternativverhalten finden in schwierigen Situationen“ (3) „Mehr an meinem Selbstbild/-wert zu arbeiten“ (5)

In der Adipositas+-Gruppe konnten die Kommentare der Patienten über alle sieben Sitzungen folgenden acht Wirkfaktoren und Kategorien in absteigender Reihenfolge am häufigsten zugeordnet werden: „Erkenntnis“ ( $MW=4.4$ ), „Mitteilung von Informationen“ ( $MW=3.7$ ), „Problembewältigung“ ( $MW=3$ ), „Übernahme Übungen in Alltag“ ( $MW=1.6$ ), „Gruppenkohäsion“ ( $MW=1.3$ ), „Universalität des Leidens“ ( $MW=1$ ), „Hoffnung einflößen“ ( $MW=0.6$ ) und „Problemaktualisierung“ ( $MW=0.6$ ) (siehe Diagramm 2).

Im Vergleich der einzelnen Sitzungen war auffällig, dass in jeder Sitzung Kommentare der Patienten der Kategorie „Erkenntnis“ und den Wirkfaktoren „Mitteilung von Informationen“ und „Problembewältigung“ zugeordnet werden konnten (siehe Diagramm 3). Kommentare der Kategorie „Erkenntnis“ konnten dabei auf eigene Verhaltensweise („[...] dass ich mich dringend motivieren muss.“), aber auch die Ätiologie der Adipositas bezogen sein („Psyche spielt eine große Rolle im Alltag und in der Ernährung“) (siehe Tabelle 16). Kommentare, welche zu dem Wirkfaktor „Mitteilung von Informationen“ zugeordnet wurden, umschlossen die Bereiche Ätiologie, Aufrechterhaltung, Komorbiditäten, Ressourcen und Therapieentscheidungen (siehe Tabelle 16). Die Kommentare des Wirkfaktors „Problembewältigung“ zeigten, dass vermittelte konkrete Ansatzpunkte zur Bewältigung von Problemen durch die Patienten als wichtig erachtet wurden (siehe Tabelle 16).

Der Kategorie „Übernahme Übungen in Alltag“ konnten in den Sitzungen 1 („Kennenlernen der Gruppe, Einstieg finden“), 2 („Ungünstiges Ess- und Bewegungsverhalten bewältigen“), 3 („Mit schwierigen Gefühlen umgehen“), 5 („Das Körperbild verbessern“) und 7 („Abschied aus der Gruppe“) Kommentare zugeteilt werden (siehe Tabelle 5 und Diagramm 3). Passende Kommentare dieser Kategorie beinhalteten einen direkten Bezug zu Übungen, welche in der jeweiligen Sitzung durchgeführt worden waren. So zum Beispiel die Anwendung von Verhaltensanalyse in Bezug auf das eigene Essverhalten („[...] Ich werde mir darüber Gedanken machen, was bei mir genau abläuft, wenn ich zu viel esse ohne es zu wollen.“ (siehe Tabelle 16). Zudem umfassten Kommentare dieser Kategorie allgemeinere Formulierungen, die sich auf angewendete Übungen bezogen. Zum Beispiel „Den Schritt zurück [zu] testen [...]“, um eigene Gefühle mit Abstand betrachten zu können (siehe Tabelle 16).

Dem Wirkfaktor „Gruppenkohäsion“ konnten in den Sitzungen 1, 3, 5 und 7 Kommentare zugeordnet werden (siehe Diagramm 3). Hierbei zeigten die Kommentare, dass den Patienten in Bezug auf das Miteinander in der Gruppe wichtig war, sich zu ihren Problemen äußern zu können sowie eine Rückmeldung durch die anderen Patienten zu bekommen (siehe Tabelle 16).

Die Anzahl der Kommentare, welche dem Wirkfaktor „Universalität des Leidens“ zugeordnet werden konnten, war insbesondere in Sitzung 1 hoch (siehe Diagramm 3). Inhaltlich spiegelten die Kommentare die Erleichterung der Patienten wider, sich mit anderen Betroffenen austauschen zu können (siehe Tabelle 16).

Dem Wirkfaktor „Hoffnung einflößen“ konnte in den Sitzungen 1, 4 („Das Zusammenspiel zwischen Adipositas und psychischen Beschwerden“) und 6 („Hilfe finden“) Kommentare zugeordnet werden (siehe Diagramm 3 und Tabelle 5). Hoffnung zeichnete sich bei den Patienten hauptsächlich durch Unterstützungsangebote, welche durch den therapeutischen Rahmen gegeben wurden, aus (siehe Tabelle 16).

Passende Kommentare, die dem Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ zugeteilt werden konnten, schrieben die Patienten in Sitzung 1, 2 und 5 (siehe Diagramm 3 und Tabelle 5).

Inhaltlich zeigte sich, dass eine Aktualisierung der Probleme durch die kritische Betrachtung dieser und der eigenen Verhaltensweisen stattfand (Tabelle 16).

Soma+-Gruppe

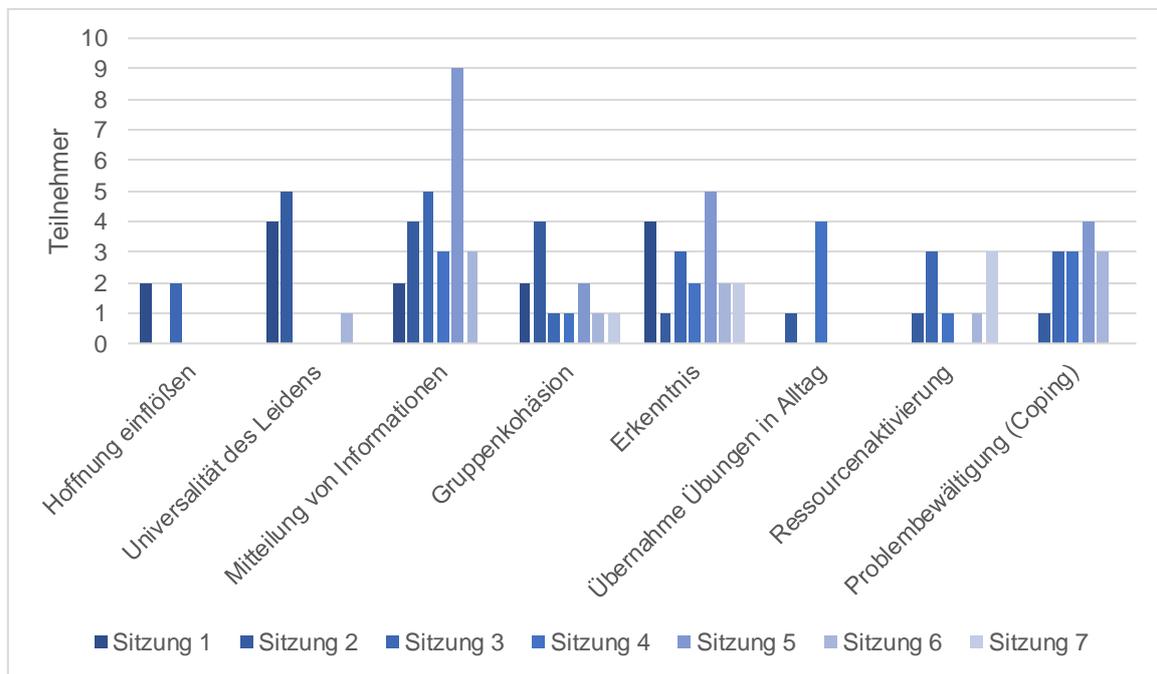


Diagramm 4 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Die 8 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien der Soma+-Gruppe

Tabelle 17 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Beispielkommentare aus der Soma+-Gruppe zu den 8 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien

Wirkfaktor/Kategorie	Beispielkommentare (Sitzung)
Hoffnung einflößen	„[...] , dass ich einen Ausweg finde, meine situationsbedingten Kopfschmerzen zu beeinflussen.“ (3) „[...] meine Schmerzen/Probleme besser zu bewältigen.“ (3)
Universalität des Leidens	„Ich bin nicht allein und es gibt Menschen, die unter ähnlichen Problemen leiden.“ (1) „[...] , dass viele aus der Gruppe die gleichen Probleme haben wie ich [...].“ (1)
Mitteilung von Informationen	„Verschiedene Ursachen für Körperbeschwerden“ (2) „Strategien zur Anpassung an Beschwerden [...]“ (3) „Einfluss von Stress auf meine Körperbeschwerden [...]“ (4) „Neue Strategien zur Angstbewältigung; mehr Selbstreflexion.“ (5)
Gruppenkohäsion	„Gruppengespräch“ (2) „sympathische Leitung und Gruppenmitglieder, offene Gesprächsatmosphäre, Verständnis für die eigenen und die Probleme der Anderen“ (2)
Erkenntnis	„So groß ist mein Problem nicht.“ (1) „[...] mich mit meinen Ängsten, Gefühlen und Sorgen auseinandersetzen zu müssen.“ (1) „[...] , dass ich innerlich stärker betroffen bin, als ich bisher angenommen habe.“ (3) „Das Vorleben von Gefühlen von meinen Eltern fehlt zum Teil; viel Wut und Trauer, zum Teil Freude, aber kaum Liebe.“ (6)

Übernahme Übungen in Alltag	„[...] mich aus den Angelegenheiten anderer zurück zu nehmen“ (2) „Ursachen von Stressfaktoren erkennen, analysieren und entgegenwirken.“ (4) „Meine Bedürfnisse besser äußern! Deutlicher und bestimmter!“ (4)
Ressourcenaktivierung	„Entspannungsübung“ (2) „[...] mehr innere Ruhe erreichen.“ (3) „Auf meine Wahrnehmung und Bedürfnisse zu achten.“ (4)
Problembewältigung (Coping)	„[...] Möglichkeiten des Umgangs mit Horrorszenarien.“ (4) „Es ist entscheidend, wie ich etwas bewerte; wie kann ich Stressmomente verändern und zur Ruhe finden [...]“ (5)

In der Soma+-Gruppe konnten die Kommentare der Patienten über alle sieben Sitzungen folgenden acht Wirkfaktoren und Kategorien in absteigender Reihenfolge am häufigsten zugeordnet werden: „Mitteilung von Informationen“ ( $MW=3.7$ ), „Erkenntnis“ ( $MW=2.7$ ), „Problembewältigung“ ( $MW=2$ ), „Gruppenkohäsion“ ( $MW=1.7$ ), „Universalität des Leidens“ ( $MW=1.3$ ), „Ressourcenaktivierung“ ( $MW=1.3$ ), „Übernahme Übungen in Alltag“ ( $MW=0.7$ ) und „Hoffnung einflößen“ ( $MW=0.6$ ) (siehe Diagramm 4).

Die Anzahl der Kommentare zum Wirkfaktor „Mitteilung von Informationen“ war in Sitzung 5 („Mein Umgang mit Körperbeschwerden“) besonders hoch (siehe Tabelle 6 und Diagramm 4). Die Kommentare bezogen sich hierbei auf die Vermittlung von Informationen bezüglich Ätiologie, Einflussfaktoren und Bewältigungsstrategien (siehe Tabelle 17).

Der Kategorie „Erkenntnis“ konnten in jeder Sitzung Kommentare der Patienten zugeordnet werden (siehe Diagramm 4). Die Erkenntnisse der Patienten bezogen sich dabei auf eigene Verhaltensweisen, Krankheitseinsicht und Einflussfaktoren (siehe Tabelle 17).

Dem Wirkfaktor „Problembewältigung“ konnten in den Sitzungen 2 („Ein Modell“), 3 („Körperbeschwerden, Stress und Entspannung“), 4 („Körperbeschwerden, Stress und Entspannung II“), 5 („Mein Umgang mit Körperbeschwerden“) und 6 („Beschwerden bewältigen durch gesunde Aktivität“) Kommentare zugeordnet werden (siehe Tabelle 6 und Diagramm 4). Inhaltlich bezogen diese sich hauptsächlich auf die Vermittlung von Umgangsweisen mit eigenen Problemen und die eigene Verhaltensweise in Bezug auf Probleme (siehe Tabelle 17).

Zu dem Wirkfaktor „Gruppenkohäsion“ fanden sich in jeder Sitzung passende Kommentare. Diese betonten vor allem die Wichtigkeit des offenen Sprechens in der Gruppe und Verständnis durch andere Teilnehmer und Therapeuten zu erfahren (siehe Tabelle 17).

Dem Wirkfaktor „Universalität des Leidens“ konnten in Sitzung 1 („Meine Beschwerden-Geschichte und meine Ziele“), 2 und 6 Kommentare zugeordnet werden (siehe Tabelle 6 und Diagramm 4). Hierbei wurde deutlich, dass die Patienten durch das Wiedererkennen ihrer eigenen Problematik bei anderen eine Erleichterung erfuhren (siehe Tabelle 17).

Passende Kommentare zu dem Wirkfaktor „Ressourcenaktivierung“ konnten in den Sitzungen 2, 3, 4, 5 und 7 („Umgang mit Beschwerden und schwierigen Gefühlen: Akzeptanz und Achtsamkeit“) zugeordnet werden (siehe Tabelle 6 und Diagramm 4). Die Kommentare zeigten, dass im Fokus der Patienten dabei Ressourcen wie Entspannung und innere Ruhe zu finden standen (siehe Tabelle 17).

Kommentare, die zur Kategorie „Übernahme Übungen in Alltag“ passten, fanden sich in Sitzung 2 und 4 (siehe Diagramm 4). Hierbei wurde deutlich, dass sich diese hauptsächlich auf Inhalte wie Abgrenzung, Umgang mit Stress und eigene Bedürfnisse bezogen (siehe Tabelle 17).

Dem Wirkfaktor „Hoffnung einflößen“ konnte in den zwei Sitzungen 1 („Meine Beschwerden-Geschichte und meine Ziele“) und 3 Kommentare zugeordnet werden (siehe Tabelle 6 und Diagramm 4). Es zeigte sich, dass Patienten durch das Angebot insbesondere Hoffnung bezüglich der Schmerzreduktion hatten (siehe Tabelle 17).

## Ressourcengruppe

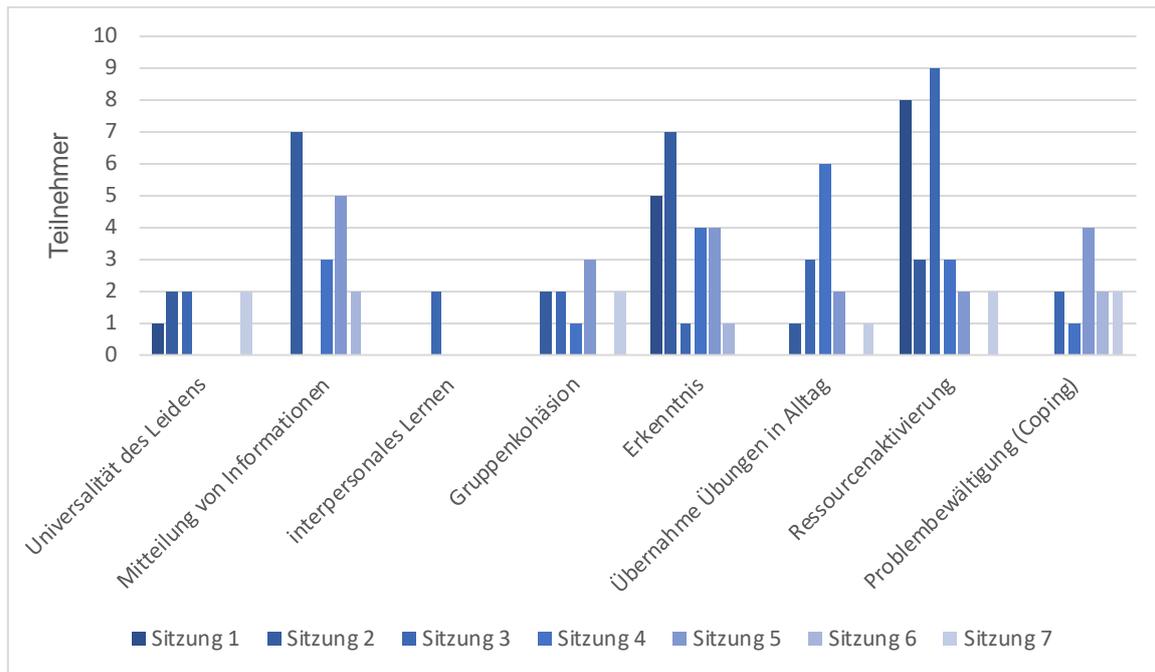


Diagramm 5 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Die 8 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien der Ressourcengruppe

Tabelle 18 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Beispielkommentare aus der Ressourcengruppe zu den 8 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien

Wirkfaktor/Kategorie	Beispielkommentare (Sitzung)
Universalität des Leidens	„Vielen geht es wie mir, gleiche Probleme.“ (1) „[...] Zu sehen, man ist nicht allein mit Problemen [...]“ (3) „[...] meine "Mitreiter" haben sehr ähnliche Probleme“ (7)
Mitteilung von Informationen	„An was Negativem, was Positives zu sehen.“ (4) „Thema "Selbstwert" anzugehen.“ (4) „Aufgliederung: fürsorgliche Begleiterin/Antreiberin.“ (5) „Viele neue Tipps und Anregungen für die Gestaltung der Freizeit.“ (6)
Interpersonales Lernen	„[...] wie die anderen ihre Probleme/Situation bewältigen!“ (3) „Die unterschiedlichen Herangehensweisen der Patienten“ (3)
Gruppenkohäsion	„Die Möglichkeit, sich einzulassen und ernst genommen zu werden“ (2) „Der Austausch [...]“ (3) „sich gegenseitig zu bestärken [...]“ (3)
Erkenntnis	„[...] , dass Lebenswege sehr unterschiedlich sind und deshalb an mir nichts falsch ist.“ (1) „Auch Traurigkeit kann positiv sein.“ (3) „[...] Auch kleine Schritte machen Sinn.“ (4) „Das es guttut, auch mal Dinge "laut" auszusprechen [...]“ (5)
Übernahme Übungen in Alltag	„[...] mich abzugrenzen.“ (2) „Negativ und positiv gegenüber zu stellen [...]“ (3) „Mehr Spontanität in meinen Alltag zu integrieren.“ (4) „Achtsamkeit mehr in den Alltag integrieren.“ (4)
Ressourcenaktivierung	„Ich möchte versuchen, weitere Ressourcen aus meinem Leben zu identifizieren und zu nutzen.“ (1)

	„Die Achtsamkeitsübung hat bereits vorhandene Ressource geweckt. Erinnerung an bekannte Atemübungen.“ (1)
	„Positive Lebensräume erkennen; Augenmerk auf Kraftquellen/Ressourcen setzen.“ (3)
	„Positive Dinge in ein Schatzkästchen zu packen, zur Kraftquelle zu machen.“ (4)
	„[...] dass ich meinen fürsorglichen Begleiter mehr stärken muss.“ (5)
Problembewältigung	„Wege zur Problemlösung erkannt.“ (5)
	„Lösungsorientiertes Denken. Nicht nur ärgern, sondern selbst aktiv werden“ (6)
	„[...] dass ich nun einen konkreten Plan habe, eines meiner Probleme anzugehen“ (6)

In der Ressourcengruppe konnten die Kommentare der Patienten über alle sieben Sitzungen folgenden acht Wirkfaktoren und Kategorien in absteigender Reihenfolge am häufigsten zugeordnet werden: „Ressourcenaktivierung“ ( $MW=3.9$ ), „Erkenntnis“ ( $MW=3.1$ ), „Mitteilung von Informationen“ ( $MW=2.4$ ), „Übernahme Übungen in Alltag“ ( $MW=1.9$ ), „Problembewältigung“ ( $MW=1.6$ ), „Gruppenkohäsion“ ( $MW=1.4$ ), „Universalität des Leidens“ ( $MW=1$ ) und „Interpersonales Lernen“ ( $MW=0.3$ ) (siehe Diagramm 5).

Dem Wirkfaktor „Ressourcenaktivierung“ konnten in den Sitzungen 1 („Einführung in die Themen „Ressourcen“ und „Achtsamkeit““), 2 („Ressourcenorientierte Lebenslinie“), 3 („Ressourcendiagnostik und Zielformulierung“), 4 („Aktuelle Ressourcen aktivieren“), 5 („Förderung von Selbstwert und Selbstfürsorge“) und 7 („Aktivierung sozialer Ressourcen“) Kommentare zu sortiert werden (siehe Tabelle 7 und Diagramm 5). Hierbei wurden besonders in den Sitzungen 1 und 3 auffällig viele Kommentare durch die Patienten geschrieben. Als Ressourcen wurden durch die Patienten Aspekte wie Achtsamkeit, positive Dinge/Lebensräume und Selbstfürsorge als wichtig erkannt und deren (Re-)Aktivierung in den Kommentaren angestrebt (siehe Tabelle 18).

Der Kategorie „Erkenntnis“ konnten von Sitzung 1 bis 6 („Mit Ressourcen gewappnet: Praktischer Einsatz von Ressourcen zur Problembewältigung“) Kommentare zugeordnet werden (siehe Diagramm 5). Inhaltlich bezogen sich diese auf die unterschiedlichen Lebensgeschichten, Gefühle oder Verhaltensänderungen der Patienten (siehe Tabelle 18). Der Kategorie „Mitteilung von Informationen“ konnten in den Sitzungen 2, 4, 5 und 6 Kommentare zugeordnet werden (siehe Diagramm 5). Durch die Patienten wurden hier als wichtige Informationen jene zu den Aspekten Verhaltensweisen und Selbstwert angegeben (siehe Tabelle 18).

Der Kategorie „Übernahme Übungen in Alltag“ konnten in den Sitzungen 2, 3, 4, 5 und 7 Kommentare zugeordnet werden (siehe Diagramm 5). Die Kommentare bezogen sich inhaltlich auf die Themen Abgrenzung, Gegenüberstellung positiv/negativ, Spontanität und Achtsamkeit (siehe Tabelle 18).

Dem Wirkfaktor „Problembewältigung“ konnten in den Sitzungen 4 bis 7 Kommentare zugeteilt werden (siehe Diagramm 5). Die Kommentare spiegelten wider, dass den Patienten in den Sitzungen Strategien zur Problemlösung durch die Modulhalte aufgezeigt werden konnten (siehe Tabelle 18).

In die Kategorie „Gruppenkohäsion“ passten Kommentare aus den Sitzungen 2, 3, 4, 5 und 7 (siehe Diagramm 5). Inhaltlich zeigte sich, dass Aspekte wie Austausch und gegenseitiges Verständnis den Patienten in der Gruppeninteraktion wichtig waren (siehe Tabelle 18).

Dem Wirkfaktor „Universalität des Leidens“ konnten in Sitzung 1, 2, 3 und 7 Kommentare zugeordnet werden (siehe Diagramm 5). Die Kommentare bezogen sich inhaltlich vor allem auf die Erleichterung, dass auch andere Patienten ähnliche Probleme hatten (siehe Tabelle 18).

Dem Wirkfaktor „Interpersonales Lernen“ konnte in Sitzung 3 Kommentare zugeordnet werden (siehe Diagramm 5). Inhaltlich bezogen sich die Kommentare auf den unterschiedlichen Umgang mit ähnlichen Problemen und die Möglichkeit, etwas aus dem Verhalten anderer Teilnehmer zu lernen (siehe Tabelle 18).

Bewältigungsgruppe

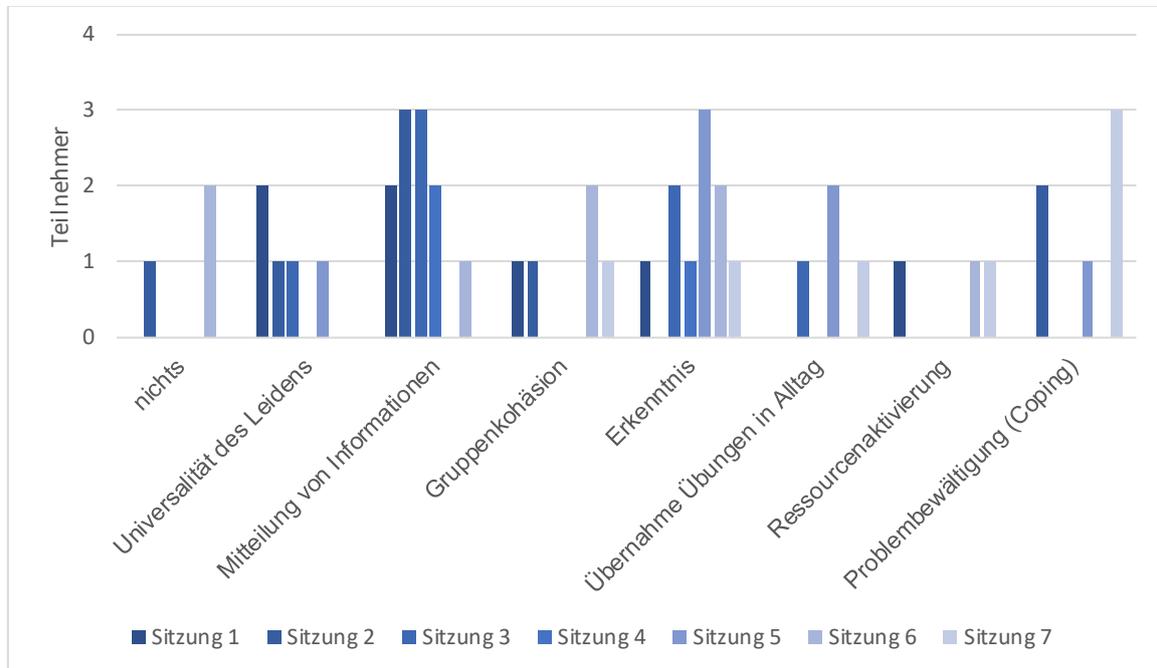


Diagramm 6 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Die 8 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien der Bewältigungsgruppe

Tabelle 19 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Beispielkommentare aus der Bewältigungsgruppe zu den 7 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien

Wirkfaktor/Kategorie	Beispielkommentare (Sitzung)
Universalität des Leidens	„[...] Andere Menschen haben auch Ängste.“ (1) „Mit [meinen] Problemen nicht allein zu sein.“ (1)
Mitteilung von Informationen	„[Ein paar] Tricks, wie ich emotionale Situationen bewältigen kann.“ (2) „Modelle, die den Weg in eine Depression darstellen beziehungsweise den Weg heraus zeigen.“ (3) „Methoden für Schlafstörung [...]“ (4)
Gruppenkohäsion	„Die Interaktion mit den anderen [...]“ (1) „[...] , dass man hier über alles vertrauensvoll sprechen kann.“ (2) „Konstruktive Gespräche, vertrauensvolle Gruppe.“ (7)
Erkenntnis	„Das es nicht mehr so geht [...]“ (1) „[...] , dass ich in kleinen Schritten viel erreichen kann.“ (3) „[...] Ich kann mein Verhalten ändern, wenn ich spontan bin.“ (5)
Übernahme Übungen in Alltag	„[...] sich mehr in andere hineinzusetzen.“ (5) „Worte nicht überinterpretieren; sich was zu trauen; ausprobieren.“ (7)
Ressourcenaktivierung	„Meine Stärken mehr herausstellen.“ (1) „Mehr auf meine Bedürfnisse zu achten.“ (6) „[...] Gutes genießen und eigene Ziel weiterverfolgen.“ (7)
Problembewältigung (Coping)	„Mich mit meiner Trauer und meinen Ängsten auseinander gesetzt zu haben.“ (2) „Mich zurück zu nehmen; zu deeskalieren.“ (7)

In der Bewältigungsgruppe konnten die Kommentare der Patienten über alle sieben Sitzungen folgenden acht Kategorien in absteigender Reihenfolge am häufigsten zugeordnet werden: „Mitteilung von Informationen“ ( $MW=1.6$ ), „Erkenntnis“ ( $MW=1.4$ ), „Problembewältigung“ ( $MW=0.9$ ), „Universalität des Leidens“ ( $MW=0.7$ ), „Gruppenkohäsion“ ( $MW=0.7$ ), „Übernahme in Alltag“ ( $MW=0.6$ ), „Ressourcenaktivierung“ ( $MW=0.4$ ) und „nichts“ ( $MW=0.4$ ) (siehe Diagramm 6). Zu beachten ist hierbei, dass die Sitzungen der Bewältigungsgruppe nicht durch Modulthemen gegliedert waren. Ein Rückschluss auf vorgegebene Modulthemen konnte dementsprechend nicht gezogen werden (siehe Kapitel 5.1.2.4.4).

Dem Wirkfaktor „Mitteilung von Informationen“ konnten in den Sitzungen 1, 2, 3, 4 und 6 Kommentare zugeordnet werden (siehe Diagramm 6). Die Kommentare der Patienten bezogen sich auf (psycho-)edukative Aspekte zu den Themenbereichen Depression, Schlafstörungen und Umgang mit Emotionen (siehe Tabelle 19).

Der Kategorie „Erkenntnis“ konnten mit Ausnahme von Sitzung 2 in allen Sitzungen Kommentare zugeteilt werden (siehe Diagramm 6). Die Kommentare zeigten, dass die Erkenntnisse der Patienten hauptsächlich in Bezug zum Verhalten beziehungsweise der Veränderung standen (siehe Tabelle 19).

Zu dem Wirkfaktor „Problembewältigung“ passten Kommentare aus den Sitzungen 2, 5 und 7 (siehe Diagramm 6). Es wurde deutlich, dass für die Patienten die Auseinandersetzung mit Trauer, Angst und eigenen Verhaltensweisen wichtig in der Problembewältigung waren (siehe Tabelle 19).

Passend zum Wirkfaktor „Universalität des Leidens“ konnten Kommentare in den Sitzungen 1, 2, 3 und 5 zugeteilt werden (siehe Diagramm 6). Ähnlich den Kommentaren der anderen Gruppen zeigte sich auch hier, dass das Treffen mit anderen Patienten, welche ähnliche Probleme haben, sehr entlastend wirkte (siehe Tabelle 19).

Dem Wirkfaktor „Gruppenkohäsion“ konnten Kommentare in den Sitzungen 1, 2, 6 und 7 zugeordnet werden (siehe Diagramm 6). Auch in der Bewältigungsgruppen waren den Patienten Aspekte wie das Vertrauen in der Gruppe oder die Möglichkeit des Austausches wichtig (siehe Tabelle 19).

Passende Kommentare zu der Kategorie „Übernahme Übungen in Alltag“ fanden sich in den Sitzungen 3, 5 und 7 (siehe Diagramm 6). Im Unterschied zu den anderen Gruppen bezogen sich die Kommentare in der Bewältigungsgruppe eher auf allgemeine Ratschläge von anderen Teilnehmern als auf spezielle Übungen, die in der Sitzung angeleitet wurden (siehe Tabelle 19). Dies lässt sich auf die Struktur der Sitzungen in der Bewältigungsgruppe zurückführen (siehe Kapitel 5.1.2.4.4).

Dem Wirkfaktor „Ressourcenaktivierung“ konnten Kommentare aus den Sitzungen 1, 6 und 7 zugeordnet werden (siehe Diagramm 6). Als Ressourcen wurden durch die Patienten Aspekte wie eigene Stärken, Bedürfnisse und Ziele, aber auch Genuss angegeben (siehe Tabelle 19).

Der Kategorie „nichts“ konnten Kommentare aus den Sitzungen 2 und 6 zugeordnet werden (siehe Diagramm 6). In dieser Kategorie gaben Patienten „nichts“ als besonders wichtig bei dem Item 4 an.

Perspektivengruppe

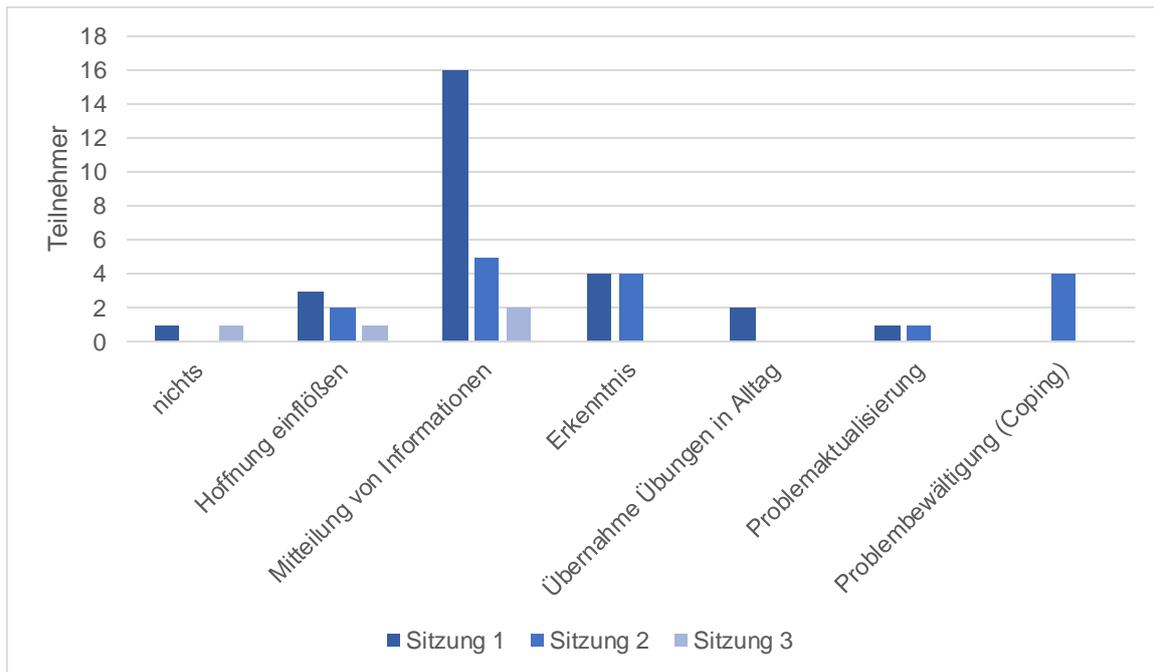


Diagramm 7 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Die 7 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien der Perspektivengruppe

Tabelle 20 Auswertung Item 4 „Das Wichtigste an dieser Sitzung...“ Beispielkommentare aus der Perspektivengruppe zu den 6 häufigsten Wirkfaktoren/Kategorien

Wirkfaktor/Kategorie	Beispielkommentare (Sitzung)
Hoffnung einflößen	„Ich bin motivierter und zuversichtlicher.“ (1) „Einen ganz konkreten Weg, mich in weitere Behandlung zu begeben, den Mut und vor allem die Zuversicht, daran weiterzuarbeiten.“ (3)
Mitteilung von Informationen	„Infos zum Verlauf/Finden einer Therapie, Infos zu verschiedenen Therapieformen.“ (1) „[...] , dass ich nicht den erst besten Therapeuten nehmen muss“ (1) „[...] , dass eine ambulante Hilfe nicht ausreichend ist. Trotzdem wichtige Infos bekommen, werde darauf zurückgreifen können.“ (1)
Erkenntnis	„[...] , dass Gespräche in der Gruppe durchaus hilfreiche Anregungen geben können.“ (1) „Ich bin mir nun mehr im Klaren, welche Therapie zu mir passt.“ (2) „[...] , dass meine bisherige Vorgehensweise an mein Problem korrekt ist und ich so weiter machen sollte.“ (2) „[...] , dass noch viele Themen bearbeitet werden sollten.“ (2)
Übernahme Übungen in Alltag	„[...] , dass ich meine Probleme in Angriff nehme.“ (1) „Am Ball bleiben bei der ambulanten Psychotherapiesuche.“ (1)
Problemaktualisierung	„Mein Problem [...] auszusprechen [...]“ (1) „[...] , dass ich herkomme, obwohl mir nicht danach ist und dass meine Angst dann weniger ist.“ (2)
Problembewältigung	„Zukunftsplanung.“ (2) „Dran bleiben, nicht aufgeben und für sich selbst sorgen, dass einem geholfen wird.“ (2)

In der Perspektivengruppe konnten die Kommentare der Patienten über alle drei Sitzungen folgenden sieben Kategorien in absteigender Reihenfolge am häufigsten zugeordnet werden: „Mitteilung von Informationen“ ( $MW=7.7$ ), „Erkenntnis“ ( $MW=2.7$ ), „Hoffnung einflößen“ ( $MW=2$ ), „Problembewältigung“ ( $MW=1.3$ ), „Problemaktualisierung“ ( $MW=0.7$ ), „Übernahme Übungen in Alltag“ ( $MW=0.7$ ) und „nichts“ ( $MW=0.7$ ) (siehe Diagramm 7).

Dem Wirkfaktor „Mitteilung von Informationen“ konnten in allen drei Sitzungen Kommentare zugeordnet werden (siehe Diagramm 7). Inhaltlich bezogen sich die Kommentare auf die Informationen zu unterschiedlichen Therapieformen, Therapieverlauf und therapeutischem Erstgespräch (siehe Tabelle 20).

In die Kategorie „Erkenntnis“ konnten in der Sitzung 1 („Wege in die Psychotherapie“) und 2 („Therapieziele“) Kommentare eingeordnet werden (siehe Tabelle 8 und Diagramm 7). Erkenntnisse der Patienten bezogen sich dabei auf die Erfahrung innerhalb der Gruppe, die Therapiewahl und den eigenen Umgang mit Problemen (siehe Tabelle 20).

Dem Wirkfaktor „Hoffnung einflößen“ konnten Kommentare aus allen drei Sitzungen zugeordnet werden (siehe Diagramm 7). Kommentare bezogen sich inhaltlich auf Motivation und Zuversicht der Patienten, durch die Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie und die Psychotherapeuten Unterstützung für ihre derzeitige und zukünftige Situation zu bekommen (siehe Tabelle 20).

Dem Wirkfaktor „Problembewältigung“ konnten nur in Sitzung 2 Kommentare zugeordnet werden (siehe Diagramm 7). Wichtige Aspekte für die Problembewältigung waren für die Patienten Planung ihrer Zukunft und sich selbstständig Hilfe zu holen (siehe Tabelle 20).

Dem Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ konnten Kommentare in den Sitzungen 1 und 2 zugeteilt werden (siehe Diagramm 7). Es kam zu einer Aktualisierung der Probleme insofern, dass Patienten sich bewusst entschieden, diese anzusprechen. Auch indirekt durch den Besuch der Gruppe zeigten sich Probleme, welche die Patienten aus ihrem Alltag kannten. Mit dem Unterschied, dass sich in diesem Fall eine positive Erfahrung der Angstminderung zeigte (siehe Tabelle 20).

Der Kategorie „Übernahme Übungen in Alltag“ konnten nur in Sitzung 1 Kommentare zugeteilt werden. Die Kommentare spiegelten eher eine Übernahme von Empfehlungen durch die Psychotherapeuten oder andere Teilnehmer wider, als die Anwendung von angeleiteten Übungen im Alltag (siehe Tabelle 20).

In die Kategorie „nichts“ passten Kommentare aus Sitzung 1 und 3 („Meine persönlichen Perspektiven“) (siehe Tabelle 8 und Diagramm 7). Hierbei gaben die Patienten bei Item 4 in den entsprechenden Sitzungen „nichts“ an.

### 6.4.2 Auswertung Item 5 – Störende Aspekte der Sitzungen

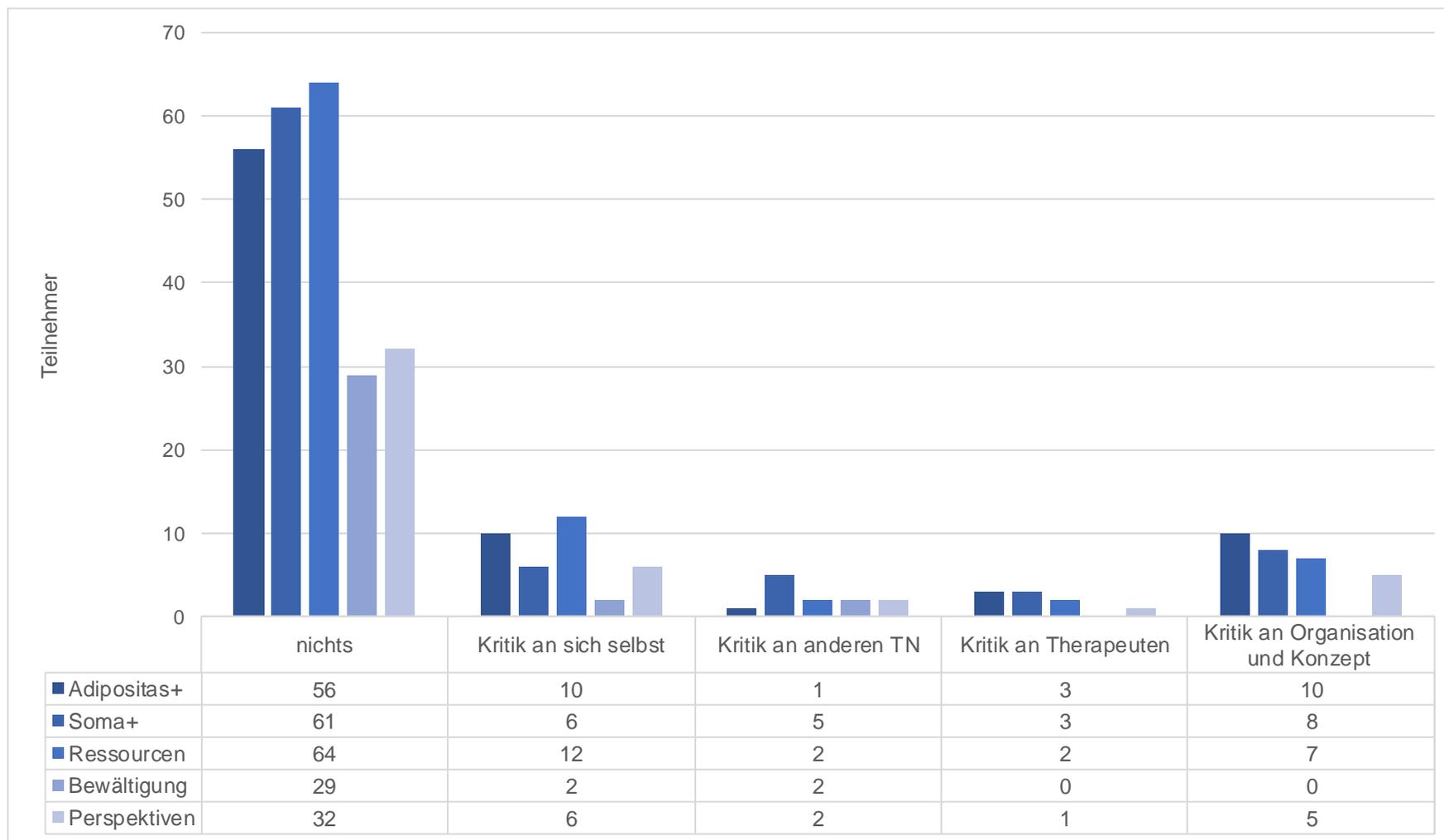


Diagramm 8 Auswertung Item 5 „Am meisten gestört hat mich...“ sitzungsübergreifend

Tabelle 21 Auswertung Item 5 „Am meisten gestört hat mich...“ Beispielkommentare gruppen- und sitzungsspezifisch der 4 häufigsten Kategorien

Gruppe	Beispielkommentare (Sitzung)			
	Kritik an sich selbst	Kritik an anderen Teilnehmern	Kritik an Therapeuten	Kritik an Konzept und Organisation
<b>AG</b>	„[...] , dass ich noch keinen Ausweg sehe“ (4) „Mein schlechter Zustand.“ (4) „[...] , mein Rücken.“ (4) „[...] , dass ich wieder kurz vom Umkippen war und bin.“ (6)	*	„Der Übergang zum Thema Sport/ Fitnessstudio war mir zu schnell/ oberflächlich [...]“ (1) „Der junge Arzt wirkte [...] so "therapeutisch", oft bemüht, [...] Worte [...] zu vermeiden.“ (1)	„[...] , dass ich die Schrift nicht lesen kann am Whiteboard [...].“ (3) „Die Zeit war zu kurz.“ (5) „Eine Nachfolgegruppe wäre super.“ (7)
<b>SG</b>	„[...] , dass ich mich noch nicht darauf einlassen kann.“ (1) „Mich nicht wirklich entspannen zu können.“ (2) „[...] , dass ich starke Schmerzen habe [...]“ (5)	„Das vorzeitige Verlassen eines Teilnehmers [...]“ (2) „[...] Erzählung in der allgemeinen "Man" Weise.“ (4)	*	„Der Raum ist zu klein.“ (1) „Die erhebliche personelle Fluktuation in der Gruppe [...]“ (3) „Durch die Wärme "klebrige" Kleidung.“ (3)
<b>RG</b>	„Die Gruppe runtergezogen zu haben“ (1) „[...] , dass ich mich so schlecht sammeln kann [...]“ (5) „Meine Schüchternheit.“ (5) „[...] , dass ich zu spät gekommen bin.“ (5)	„Es war etwas zäh.“ (4) „Kleine Gesprächspausen während des Dialogs.“ (5)	*	„[...] Zeit war zu knapp.“ (3) „Achtsamkeitsübung zu kurz.“ (3) „[...] , dass die Aufgabe sehr abstrakt war [...]“ (6)
<b>BG</b>	„[...] , dass ich meinen eigenen Standpunkt lächerlich fand.“ (5) „Mehr Bewegung und Entspannung.“ (7)	„[...] komische Gefühl zu Beginn, als alle geschwiegen haben.“ (2) „[...] , dass wir [...] durch einen Zuspätkommer gestört wurden [...]“ (3)	*	*
<b>PG</b>	„Meine eigene innere Unruhe.“ (1) „Das offene Sprechen mit anderen fiel mir schwer.“ (1)	„[...] zu viel Gerede, dass die Gruppe nicht das ist, was angekündigt war [...]“ (1) „Die vielen, vielen Probleme der einen Teilnehmerin.“ (1)	*	„[...] ich hatte/habe andere Erwartungen.“ (1) „Zu kurz.“ (1) „Zu wenig "Theorie" bezüglich der Therapieformen.“ (1)

AG: Adipositas+-Gruppe

SG: Soma+-Gruppe

RG: Ressourcengruppe

BG: Bewältigungsgruppe

PG: Perspektivengruppe

\*Kategorie nicht unter vier häufigsten Kategorien dieser Gruppe

Die Kommentare der Patienten unter Item 5 konnten nur den induktiv gewählten Kategorien „nichts“ ( $MW=48$ ), „Kritik an sich selbst“ ( $MW=7$ ), „Kritik an Konzept und Organisation“ ( $MW=6$ ), „Kritik an anderen Teilnehmern“ ( $MW=2$ ) und „Kritik am Therapeuten“ ( $MW=1.8$ ) zugeordnet werden (siehe Diagramm 8).

Die Kommentare der Patienten konnten über alle Gruppen hinweg am häufigsten der Kategorie „nichts“ zugeordnet werden. In der Ressourcengruppe gab es die höchste Anzahl passender Kommentare zu dieser Kategorie und in der Bewältigungsgruppe die niedrigste Anzahl im Gruppenvergleich (siehe Diagramm 8).

Am zweithäufigsten konnten Kommentare der Kategorie „Kritik an sich selbst“ zugeordnet werden (siehe Diagramm 8). Auch hier war die Anzahl der Kommentare in der Ressourcengruppe am höchsten und in der Bewältigungsgruppe am niedrigsten.

Dabei bezogen sich die Kommentare inhaltlich auf Aspekte des eigenen Verhaltens, auf körperliche Beschwerden, Schwierigkeiten bei der Ausführung von Aufgaben und die eigene Einstellung bezüglich Gruppentherapie (siehe Tabelle 21).

An dritter Stelle stand die Kategorie „Kritik an Konzept und Organisation“ (siehe Diagramm 8). Am häufigsten kamen passende Kommentare in der Adipositas+-Gruppe vor. In der Bewältigungsgruppe traf kein Kommentar auf die Kategorie zu (siehe Diagramm 8).

Hierbei kritisierten die Patienten häufig die Dauer der Sitzungen als zu kurz (siehe Tabelle 21). Auch wurden die räumlichen Gegebenheiten sowie fehlende psychotherapeutische Angebote im Anschluss kritisiert (siehe Tabelle 21).

Am vierthäufigsten gaben Patienten Kommentare passend zur Kategorie „Kritik an anderen Teilnehmern“ an (siehe Diagramm 8). Dabei kamen in der Soma+-Gruppe die meisten Kommentare und in der Adipositas+-Gruppe die wenigsten Kommentare passen zur Kategorie vor (siehe Diagramm 8).

Hier wurde die Verhaltensweise anderer Teilnehmer kritisiert, aber auch die Interaktion innerhalb der Gruppe als unangenehm empfunden (siehe Tabelle 21).

Der Kategorie „Kritik am Therapeuten“ konnten insgesamt am wenigsten Kommentare zugeordnet werden (siehe Diagramm 8). Hierbei kamen die meisten Kommentare in der Adipositas+- und Soma+-Gruppe vor. In der Bewältigungsgruppe wurde keine Kritik an den Psychotherapeuten durch die Patienten geäußert (siehe Diagramm 8).

Hauptsächlich wurden hierbei bestimmte Verhaltensweisen der Psychotherapeuten durch die Patienten kritisiert (siehe Tabelle 21).

## **7 Diskussion**

In der vorliegenden prospektiven Beobachtungsstudie sollte eine mögliche Veränderung des Wohlbefindens ambulanter Patienten im Rahmen von manualisierter verhaltenstherapeutischer Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie in der psychosomatischen Versorgung der Psychosomatischen Institutsambulanz am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf untersucht werden.

Im Folgenden sollen zuerst die angewendeten Methoden kritisch betrachtet werden. Im Anschluss werden die erhobenen Ergebnisse diskutiert. Zum Schluss werden die Limitationen der durchgeführten prospektiven Beobachtungsstudie betrachtet und ein Fazit mit Empfehlungen für zukünftige Untersuchungen gezogen.

### **7.1.1 Methoden**

#### **7.1.1.1 Wahl des Gruppenformates**

Die untersuchten Gruppen wurden bezüglich ihres Gruppenformates unterschiedlich durchgeführt. Im Vergleich der Kommentare zeigte sich, dass die Patienten der (halb-)offenen Ressourcen und Bewältigungsgruppen häufiger Unruhe in der Gruppenstruktur durch Veränderung der Teilnehmerzusammensetzung angaben. Zudem wurde die Ressourcengruppe eher als geschlossene Gruppe durchgeführt. Im Therapiekonzept war ein halb-offenes Gruppenformat vorgesehen worden.

Zukünftig würde sich bei allen fünf Gruppenangeboten ein geschlossenes Format anbieten, welches sich als bestes Gruppenformat für Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie erwiesen hat (Tschuschke, 2010a).

#### **7.1.1.2 Wahl der Sitzungsdauer und -anzahl**

Bezüglich der Sitzungsdauer evaluierten die Patienten diese in einigen Fällen als zu kurz. Hier würde sich zukünftig das Aufgreifen betroffener Themen in der nächsten Sitzung anbieten wie teilweise schon erfolgt (siehe Tabelle 6 und Tabelle 7).

Auch wenn sich gezeigt hat, dass im Rahmen psychoedukativer Angebote sich schon wenige Sitzungen als effektiv erwiesen (König, 2018), wurde die Anzahl der Sitzungen durch manche Patienten als zu kurz empfunden. Fraglich ist hierbei jedoch, ob bei den Patienten tatsächlich zusätzlicher Therapiebedarf vorlag. Möglicherweise wünschten sich die Patienten auch nur eine längere Dauer der Gruppenpsychotherapie zur Kompensation ihrer krankheitsbedingt eingeschränkten Sozialkontakte. Um den Patienten einen weiteren Austausch mit anderen Patienten zu ermöglichen, könnten Räumlichkeiten zur Nutzung im Rahmen einer Selbsthilfegruppe bereitgestellt werden.

Für betroffene Patienten wäre zukünftig bei zusätzlichem Therapiebedarf das Angebot einer direkt anschließenden psychotherapeutischen Behandlung in der Institutsambulanz oder anderweitig ambulant hilfreich. Hierzu könnte eine Kooperation mit ambulanten Psychotherapeuten zur Überweisung hilfreich sein. Das derzeitige Angebot an Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie könnte somit zukünftig noch verstärkt als überbrückendes Angebot genutzt werden.

Insgesamt sollte den Patienten in den Vorgesprächen noch deutlicher der Inhalt und das Ziel des Kurzzeit-Gruppenpsychotherapieangebotes vermittelt werden. Während der Sitzungen sollte zudem der begrenzte zeitliche Rahmen noch verstärkt durch die Psychotherapeuten aufgezeigt werden. Hierdurch könnte eine bessere Compliance der Patienten erreicht werden, eine schnellere Kontaktaufnahme stattfinden und eine bessere Mitarbeit in der Gruppe ermöglicht werden. In der Folge würden sich der Therapieerfolg noch erhöhen (Mattke and Tschuschke, 2001) und die untersuchten Aspekte positiv beeinflussen lassen.

### 7.1.1.3 Wahl der Fragebogeninstrumente

Zur Erhebung der vorliegenden Ergebnisse wurden mehrere Fragebögen verwendet, welche in vorherigen Studien auf ihre Validität, Reliabilität und Verwendbarkeit getestet wurden (siehe Kapitel 5.2.2). Kritisch gesehen werden kann die Tatsache, dass das Wohlbefinden der Patienten nur durch die SWEMWBS direkt erhoben wurde. Die anderen Messinstrumente ließen nur einen indirekten Rückschluss hierauf zu. Fraglich ist, ob die zusätzlich erhobenen Aspekte tatsächlich einen Einfluss auf die Steigerung des Wohlbefindens hatten. Möglicherweise standen diese Aspekte in keinem direkten Zusammenhang mit dem Wohlbefinden. In zukünftigen Studien könnte neben der SWEMWBS zur besseren Erhebung des psychischen Wohlbefindens noch ein weiterer Fragebogen (siehe Tabelle 4) zur Erfassung des Wohlbefindens hilfreich sein.

Auf Grund der umfangreichen Anzahl an Fragebögen sollten in zukünftigen Untersuchungen Fragebögen zur Erhebung gruppenspezifischer Aspekte auch nur in den entsprechenden Gruppen ausgegeben werden. Auch sollte in nachfolgenden Untersuchungen verstärkt darauf geachtet werden, eine möglichst kurze Variante aller Fragebögen zu verwenden. Es könnte auch nur ein Teil der Fragen, welche von besonderem Interesse sind, erhoben werden.

Zudem könnte auf eine Evaluation der einzelnen Sitzungen verzichtet werden. In der Befragung nach der letzten Sitzung könnten entsprechende Items zur Evaluation einzelner Module eingefügt werden. Diese könnten zur Anpassung der Therapiemanuale genutzt werden.

### 7.1.1.4 Auswertung Daten

In die Auswertung der Daten wurden alle Patienten miteingeschlossen. Hierbei wurde nicht berücksichtigt, ob pro Patienten ein vollständiger Datensatz erhoben wurde. Dies könnte zu einer positiven Verzerrung der signifikanten Ergebnisse geführt haben. Dieser Aspekt der Verzerrung sollte im Design zukünftiger Studien berücksichtigt werden, indem nur vollständige Datensätze in die Auswertung miteinbezogen werden.

Zur Auswertung der qualitativen Evaluation der einzelnen Sitzungen wurden die Freitexte der Patienten den Wirkfaktoren nach Yalom und Grawe (siehe Tabelle 1 und Tabelle 3) sowie induktiv gewählten Kategorien zugeordnet (siehe Kapitel 6.4). Durch die Auswahl der Wirkfaktoren für die Kategorisierung der Kommentare konnte eine Erfassung wichtiger Aspekte aus Patientensicht bezüglich der therapeutischen Arbeit auf Basis erforschter Kriterien erfolgen.

Durch die induktiv hinzugefügten Kategorien konnten weitere wichtige Aspekte aus Sicht der Patienten bezüglich der Module der Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie erfasst werden. Diese Aspekte wären in einer rein auf den Wirkfaktoren nach Yalom und Grawe ausgerichteten Auswertung nicht berücksichtigt worden. Somit hätte in diesen Punkten keine Verbesserung der psychotherapeutischen Manualen erfolgen können.

In zukünftigen Untersuchungen könnten die verwendeten Items zur qualitativen Evaluation der einzelnen Module auch in die Befragung nach der letzten Sitzung integriert werden. Es könnten Antwortmöglichkeiten vorgegeben werden in Anlehnung an die verwendeten Wirkfaktoren und Kategorien. Die Auswertung wäre bei diesem Verfahren nicht mehr abhängig von der subjektiven Zuordnung der Kommentare durch die Auswertenden.

## 7.2 Ergebnisse

### 7.2.1 Hypothese 1

#### Hypothese 1

*Bei ambulanten Patienten, die an manualisierter verhaltenstherapeutischer Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie teilnehmen, kann eine Veränderung des psychischen und physischen Wohlbefindens am Ende der Therapie beobachtet werden.*

Die vorliegenden Ergebnisse der durchgeführten prospektiven Beobachtungsstudie konnten Hypothese 1 bestätigen.

Es konnte eine signifikante Verbesserung des psychischen Wohlbefindens (SWEMWBS) und des physischen Wohlbefindens (PDI) erfasst werden. Dieses Ergebnis wurde zusätzlich durch eine Effektstärke im mittleren Bereich gestützt.

Zu der positiven Veränderung des psychischen Wohlbefindens könnten zwei Aspekte der manualisierten Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie beigetragen haben. Zum einen konnte den Patienten ein Bewusstsein für das Konstrukt „Wohlbefinden“ vermittelt werden. Die hohe innerliche Beteiligung und aktive Mitwirkung der Patienten (siehe Tabelle 12) unterstützt zusätzlich die Annahme, dass das Interesse der Patienten durch die Auswahl der Module geweckt wurde. Hierbei können jedoch zum Einfluss dieser beiden Punkte auf das Wohlbefinden auf Grund einer derzeit geringen Studienlage keine weiteren Aussagen getroffen werden. Interessant für zukünftige Studien wäre eine Untersuchung des Zusammenhanges von innerlicher Beteiligung/aktiver Mitwirkung und Therapieerfolg, insbesondere zur Veränderung des Wohlbefindens.

Zum anderen wurden den Patienten mit Hilfe der therapeutischen Module Ansatzpunkte aufgezeigt, wie das eigene Wohlbefinden gesteigert werden kann. Hierzu zählten zum Beispiel die Ressourcenaktivierung, das Erkennen und Akzeptieren eigener Bedürfnisse und die Steigerung des Selbstwertes (siehe Kapitel 5.1.2). Die Eigeninitiative der Patienten zur Selbsthilfe wurde somit gefördert.

Ergänzend konnte gezeigt werden, dass depressive Symptomatik (PHQ-9) und die Stärke von Angststörungen (GAD-7) nach Teilnahme signifikant sanken. Da insbesondere bei Adipositas und somatoformen Störungen Depressionen und Angststörungen häufig als Komorbiditäten auftreten (Hauner et al., 2017; Hohagen and Voderholzer, 2019; Rief and Henningsen, 2019), sollte hier zukünftig eine weitere Vertiefung der Psychoedukation stattfinden. So könnten zum Beispiel Inhalte des Modules „Das Zusammenspiel zwischen Adipositas und psychischen Beschwerden“ (siehe Tabelle 5) in der Adipositas+-Gruppe intensiver aufgearbeitet werden. In der Soma+-Gruppe könnte ein zusätzliches Modul mit Fokus auf Komorbiditäten somatoformer Störungen integriert werden.

Zur Verbesserung des physischen Wohlbefindens könnten aktivierende Aspekte der Therapiemanuale beigetragen haben. Diese sollten auch in folgenden Durchgängen beibehalten werden. Hierzu zählten zum Beispiel das Modul „Beschwerden bewältigen durch gesunde Aktivität“ der Soma+-Gruppe (siehe Tabelle 6) oder das Modul „Ungünstiges Ess- und Bewegungsverhalten bewältigen“ der Adipositas+-Gruppe (siehe Tabelle 5). Auch die Aspekte Umgang mit Schmerzen und Ressourcenaktivierung könnten körperliche Beschwerden und hierdurch hervorgerufene Einschränkungen im Alltag der Patienten gemindert haben.

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass die Module der angewandten Gruppenpsychotherapiemanuale das Wohlbefinden der Patienten steigern und zusätzlich auch psychische Komorbiditäten positiv beeinflussen konnten.

Die vorliegenden Ergebnisse stützen somit die Aussage von Fordyce (1983), dass durch einfache Mittel das Wohlbefinden nachhaltig gesteigert werden kann (Frank, 2017).

Die langfristige Nachhaltigkeit der Veränderung des Wohlbefindens durch die Teilnahme an der Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie müsste jedoch zukünftig noch weiter untersucht werden. Hilfreich wäre hierfür eine Evaluation des Wohlbefindens in zeitlichem Abstand zum Abschluss der Sitzungen.

### 7.2.2 Hypothese 2

#### Hypothese 2

*Sowohl subjektive Krankheitsannahme als auch störungsspezifische Wahrnehmung der Patienten zeigen eine Verbesserung nach Therapieende.*

Die vorliegenden Ergebnisse der durchgeführten prospektiven Beobachtungsstudie konnten Hypothese 2 nicht bestätigen.

Es konnte keine signifikante Verbesserung der subjektiven Krankheitsannahme auf emotionaler und kognitiver Ebene gezeigt werden (BIPQ). Die Einstellung der Patienten gegenüber ihren Beschwerden konnte durch die Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie nicht verbessert werden. Ein Grund hierfür könnte die zu kurze Dauer der Gruppenpsychotherapie gewesen sein. Hier kann erneut König angeführt werden, der für eine gewisse Mindestdauer plädiert, um interpersonelle Prozesse innerhalb der Gruppe entwickeln zu können (König, 2018). Bei einer längeren Sitzungsanzahl würde den Patienten somit eine bessere Auseinandersetzung auch in Bezug auf ihre subjektive Krankheitsannahme ermöglicht werden. Hilfreich könnte zudem die vertiefende Entwicklung eines biopsychosozialen Krankheitsmodelles sein. Ansätze hierzu waren bereits in den Gruppenpsychotherapiemanualen der Adipositas+- und Soma+-Gruppe enthalten (siehe Kapitel 5.1.2.1.3 und Kapitel 5.1.2.2.3).

Eine signifikante Verbesserung der störungsspezifischen Wahrnehmung konnte nur in der Ressourcengruppe erreicht werden. Die Module des angewandten Gruppenpsychotherapiemanuals schienen ausreichend an die Problematik der Patienten angepasst zu sein. Zudem reichte die Sitzungsanzahl aus, um den Patienten ein Bewusstsein und Ansatzpunkte für eigene Ressourcen und deren (Re-)Aktivierung zu vermitteln.

In der Soma+-Gruppe konnten nur teilweise eine signifikante Verbesserung der störungsspezifischen Wahrnehmung in Form von Reduktion somatischer Symptome erfasst werden. Dies könnte zum einen auf der Erkenntnis der Patienten beruhen, dass es auch andere Betroffene mit ähnlichen oder schwereren Symptomen gibt. Einhergehend damit wurden möglicherweise Vergleiche zu eigenen Symptomen gezogen und diese relativiert. Zum anderen integrierte das Gruppenpsychotherapiemanual dieser Gruppe psychoedukative Module zum Thema Beschwerden und dem Umgang hiermit (siehe Tabelle 6).

In der Adipositas+-Gruppe und der Bewältigungsgruppe konnte keine signifikante Verbesserung der störungsspezifischen Wahrnehmung gezeigt werden. Eine Ursache hierfür könnte in beiden Gruppen die geringe Probandenanzahl gewesen sein. Auch eine höhere Sitzungsanzahl hätte einen höheren therapeutischen Effekt erzielen können (König, 2018). In dem Gruppenpsychotherapiemanual der Adipositas+-Gruppe würde eine Vertiefung des Themas „Ungünstiges Essverhalten“ den Patienten eine Schärfung des Bewusstseins für störungsspezifische Aspekte ermöglichen. Ansatzpunkte zur Verhaltensveränderungen könnten durch die Patienten noch besser in der Gruppe besprochen werden. Es könnte so eine Verbesserung der störungsspezifischen Wahrnehmung erfolgen.

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass die Module der angewandten Gruppenpsychotherapiemanuale die subjektive Krankheitsannahme und die störungsspezifische Wahrnehmung der Patienten nur in sehr geringem Maße verbessern

konnten. Möglicherweise könnten Effekte der Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie erst in einer zusätzlichen Datenerhebung im zeitlichen Abstand zur letzten Sitzung aufgezeigt werden. Die Patienten hätten länger Zeit, Therapieinhalte zu verarbeiten und anzuwenden.

Nach Betrachtung der Ergebnisse von Hypothese 1 und 2 konnte der angenommene Zusammenhang zwischen dem Wohlbefinden der Patienten und ihrer störungsspezifischen Pathologie aus der Einleitung mit Hilfe der vorliegenden Ergebnisse nicht nachgewiesen werden. Das Wohlbefinden der Patienten verbesserte sich unabhängig von der Veränderung der störungsspezifischen Pathologie. Dieser Aspekt könnte Gegenstand zukünftiger Untersuchungen sein.

### 7.2.3 Hypothese 3

#### Hypothese 3

*Die Interventionsbausteine innerhalb der Gruppenpsychotherapiemanuale werden aus Patientensicht unterschiedlich in Hinblick auf ihren Beitrag zur Veränderung des Wohlbefindens evaluiert.*

Die vorliegenden Ergebnisse der durchgeführten prospektiven Beobachtungsstudie konnten Hypothese 3 bestätigen.

Insgesamt zeigte sich, dass Patienten insbesondere von den gruppenspezifischen Modulen profitieren konnten.

Im Gruppenvergleich wurden die angewandten Module der Gruppenpsychotherapiemanuale durch die Patienten der Adipositas+- und Ressourcenengruppe am hilfreichsten zur Bewältigung vorliegender Beschwerden bewertet. In der Adipositas+-Gruppe traf dies vor allem auf Module zu, die den Patienten Erkenntnisse ermöglichten. Insbesondere zeigte sich dies bei den Modulen mit den Themen Komorbiditäten und Selbstwert. Das erklärt sich möglicherweise damit, dass Adipositas häufig mit (psychischen) Komorbiditäten assoziiert ist (Hauner et al., 2017) und durch sie ein hoher Leidensdruck bei den Patienten erzeugt wird (Becker et al., 2015). Zudem haben Patienten mit einer Adipositas häufig ein negatives Verhältnis zu ihrem Körper und leiden oftmals unter den negativen Reaktionen auf diesen durch Mitmenschen (Becker et al., 2015). Durch die therapeutische Stärkung des eigenen Körperbildes und Selbstwertes kann diesem entgegengewirkt werden. Auch der Austausch mit anderen Betroffenen scheint hierbei hilfreich.

In der Ressourcenengruppe wurden die Module mit Aspekten der Ressourcenaktivierung als besonders hilfreich durch die Patienten evaluiert. Das Aufzeigen und Aktivieren eigener Ressourcen entsprach somit den wichtigsten Bedürfnissen der Patienten.

Als ebenso hilfreich wurden in den beiden Gruppen Module mit psychoedukativen Ansätzen bewertet. Diese Ergebnisse zeigten, dass die Module dieser beiden Gruppenpsychotherapiemanuale bereits ausreichend an die Bedürfnisse der Patienten angepasst wurden. Zudem ermöglichten sie den Rückschluss, dass die Patienten einen erhöhten Bedarf an der Mitteilung von Informationen hatten. Dieser Rückschluss konnte zusätzlich durch die Auswertung der freitextlichen Kommentare der Patienten unterstützt werden. Die Relevanz der Informationsvermittlung spiegelte sich hier in der hohen Anzahl an Kommentaren passend zu dem entsprechenden Wirkfaktor nach Yalom wider. Auch in der Perspektivengruppe traf dies zu. Hier wurde jedoch die Vermittlung von Informationen bezüglich einer Psychotherapie als besonders hilfreich evaluiert. Dieses Ergebnis belegte eine gute Anpassung an die inhaltliche Zielsetzung dieser Gruppe.

Gruppenübergreifend wurden kaum Kommentare bezüglich störender Aspekte einzelner Module durch die Patienten angegeben. Dieses Ergebnis zeigte zusätzlich die insgesamt gute Anpassung der verwendeten Manuale an die Bedürfnisse der Patienten.

In dem Gruppenpsychotherapiemanual der Soma+-Gruppe sollte trotzdem zur Optimierung der psychotherapeutischen Behandlung der psychoedukative Aspekt noch erweitert werden. Sinnvoll könnte zum Beispiel eine Verhaltensanalyse im Umgang mit eigenen Beschwerden und die Optimierung eigener Bewältigungsstrategien sein. Diese Aspekte könnten eine positive Auswirkung auf das Wohlbefinden haben. Erste Ansätze hierzu wurden durch die Patienten als positiv evaluiert.

In der Bewältigungsgruppe sollte in zukünftigen Durchläufen standardisiert erfasst werden, welche Aspekte den Patienten bezüglich ihrer Beschwerdenbewältigung am hilfreichsten sind. Diese könnten so besser in der therapeutischen Arbeit aufgegriffen werden.

Die Zuordnung der Kommentare zu den Wirkfaktoren nach Yalom, Grawe und den induktiven Kategorien verdeutlichte ergänzend, dass Module mit psychoedukativen Aspekten, Möglichkeiten zum Erkenntnisgewinn durch die Patienten und Aspekte zur Problembewältigung am wichtigsten waren. Auffällig bei der Auswertung war, dass die Kommentare kaum zu den gruppenspezifischen Wirkfaktoren zugeordnet werden konnten. Dieses Ergebnis entsprach nicht der Darstellung in dem Theorieteil dieser Arbeit. Hier wurden zu den fünf hilfreichsten Wirkfaktoren Yaloms die drei gruppenspezifischen Wirkfaktoren „Katharsis“, „Gruppenkohäsion“ und „interpersonales Lernen“ gezählt (Tschuschke, 2001).

Ein möglicher Grund hierfür könnte die modulare Ausrichtung des Konzeptes sein. Dieses Konzept ist zur individuellen Therapieentwicklung nur bedingt geeignet (Fiedler, 1999). Damit einhergehend könnte die Entfaltung gruppenspezifischer Wirkfaktoren in der vorliegenden Beobachtungsstudie eingeschränkt worden sein. Auch waren Module der Gruppenpsychotherapiemanuale an vielen Punkten auf die Interaktion zwischen dem Psychotherapeuten und dem Patienten ausgelegt. Weniger Raum fand hierbei die direkte Interaktion zwischen den Patienten.

Es zeigte sich, dass die verwendeten Gruppenpsychotherapiemanuale über alle Gruppen hinweg schon sehr gut an die Bedürfnisse der Patienten angepasst waren. Dies belegte die Auswertung von Item 5, bei welchem die Patienten fast überwiegend „nichts“ als störend empfanden. Kritikpunkte, die angeführt wurden, waren überwiegend auf externe Aspekte zurückzuführen und kaum auf inhaltliche Punkte bezogen (siehe Tabelle 21).

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass die einzelnen Module der angewandten Gruppenpsychotherapiemanuale unterschiedlichen Anteil an der Veränderung des Wohlbefindens der Patienten hatten.

### 7.3 Limitationen

Als limitierend für die Aussagekraft der erhobenen Ergebnisse zeigen sich mehrere Aspekte.

Das Wohlbefinden der Patienten wurde nur mittels der SWEMWBS direkt erhoben. Bei den anderen verwendeten Fragebögen konnte nur eine indirekte Aussage zum psychischen und physischen Wohlbefinden der Patienten getroffen werden.

In der vorliegenden Arbeit wurde die langfristige Veränderung des Wohlbefindens nicht mit erhoben. Ein zusätzlicher Erhebungszeitpunkt im zeitlichen Abstand zur letzten Sitzung würde Aussagen zur Stabilität der Veränderung des Wohlbefindens und somit zur Nachhaltigkeit der Therapiemanuale ermöglichen.

Auf Grund der kleinen Probandenzahl, insbesondere bei gruppenspezifischer Betrachtung, war eine Verallgemeinerung sowie eine statistische Aussagekraft der Ergebnisse nur begrenzt möglich. Auch die geringe Durchführungsanzahl der einzelnen Gruppen begrenzte die Aussagekraft zusätzlich.

Die Ergänzung der Therapiemanuale der Ressourcen- und der Soma+-Gruppe innerhalb der laufenden Studie könnten zudem zu einer Veränderung der Ergebnisse geführt haben.

Den Teilnehmern späterer Durchläufe konnten so mehr und besser angepasste therapeutische Module geboten werden als den Durchläufen davor.

Die Austeilung der Fragebögen vor und nach den Sitzungen erfolgte nicht immer durch die gleiche Person. Um dem Rosenthal-Effekt vorzubeugen, sollten die Fragebögen durch die gruppenleitenden Psychotherapeuten und nicht durch die Versuchsleitung ausgegeben werden. Zudem wurde einem Teil der Patienten der Fragebogen nach der letzten Sitzung zeitlich verzögert postalisch zugestellt. Dies könnte zu einem Recall-Bias durch die Patienten führen.

#### 7.4 Fazit

Als Fazit der vorliegenden Ergebnisse der durchgeführten prospektiven Beobachtungsstudie ergibt sich, dass das untersuchte Angebot der manualisierten Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie das psychische Wohlbefinden sowie in Teilen das physische Wohlbefinden und die störungsspezifische Wahrnehmung der Patienten positiv beeinflusst.

Zudem kann durch die therapeutische Arbeit in Gruppen dem anfangs in der Arbeit erwähnten „Psychotherapeutenmangel“ entgegengewirkt werden. Bei Einsatz weniger Psychotherapeuten für die Gruppenpsychotherapie kann so zeitgleich mehr Betroffenen geholfen werden als in der Einzelpsychotherapie.

Zur adäquaten psychotherapeutischen Weiterbehandlung der Patienten sollte bei Bedarf eine Vernetzung mit ambulanten Psychotherapeuten und ein erweitertes psychotherapeutisches Anschlussangebot an der Psychosomatischen Institutsambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ausgebaut werden.

Auch müsste eine verstärkte zeitliche Anpassung des Gruppenangebotes an den Alltag von Berufstätigen erfolgen. So könnte diesen eine Teilnahme erleichtert werden und müsste nicht aus einer Krankschreibung heraus erfolgen.

Eine inhaltliche Veränderung der angewandten Gruppenpsychotherapiemanuale im Sinne einer Vertiefung hilfreicher Module zur Bewältigung der Beschwerden der Patienten könnte eine verbesserte Versorgung dieser ermöglichen.

Durch die Erhebung von Gründen für eine vorzeitige Beendigung der Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie könnten Faktoren, welche zu einem Abbruch führen, effektiver entgegenwirkt und somit auch eine bessere Versorgung gewährleistet werden.

Abschließend sei gesagt, dass sich eine Fortsetzung des Angebotes der Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie an der Psychosomatischen Institutsambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf anböte, da hierdurch den Patienten ein (erster) psychotherapeutischer Zugang zu ihren Problemen geboten werden kann.

Auch kann das Angebot eine überbrückende Funktion bis zur langfristigen (ambulanten) psychotherapeutischen Anbindung darstellen, was in Zeiten langer Wartelisten für Psychotherapien als äußerst hilfreich erscheint.

## **8 Zusammenfassung**

### Veränderung des Wohlbefindens ambulanter Patienten/innen im Rahmen von manualisierten Kurzzeit-Gruppenpsychotherapien in der psychosomatischen Versorgung

*Einleitung:* Bislang wurde nur in wenigen Studien der Einfluss von Psychotherapie auf das Wohlbefinden untersucht. Das Ziel der vorliegenden prospektiven Beobachtungsstudie war deshalb, die Veränderung des Wohlbefindens von Patienten/innen im Rahmen von manualisierten Kurzzeit-Gruppenpsychotherapien sowie den Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und störungsspezifischer Wahrnehmung zu untersuchen.

*Methoden:* Zwischen 09/2017 und 10/2018 wurden 95 Patienten/innen (62,1% weiblich, 37,9% männlich; Durchschnittsalter 43,1 Jahre) fünf verschiedener Gruppenangebote der Psychosomatischen Institutsambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf rekrutiert. Das primäre Outcome des Wohlbefindens wurde mittels der Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (SWEMWBS) vor und nach Gruppenteilnahme erhoben. Zur Erfassung des sekundären Outcomes wurden störungsspezifische Instrumente genutzt (gruppenübergreifend: PHQ-9, GAD-7, PDI, BIPQ; gruppenspezifisch: PHQ-15, SSD-12, DEBQ, EDE-Q). Innerliche Beteiligung, aktive Mitwirkung und Nutzen der Sitzung bezüglich der Symptombewältigung wurden ebenfalls erfasst. Wichtige Inhalte und störende Aspekte wurden freitextlich erhoben und qualitativ ausgewertet.

*Ergebnisse:* Hypothesenkonform zeigte sich in der Gesamtstichprobe eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens nach Gruppenteilnahme. In Hinblick auf sekundäre Outcomes zeigten sich Verbesserungen nach Gruppenteilnahme bei PHQ-9 ( $p=0.017$ ), GAD-7 ( $p=0.015$ ) und PDI ( $p=0.003$ ). Die innerliche Beteiligung und aktive Mitwirkung der Patienten waren „gut“ bis „sehr gut“. Als hilfreich wurden indikationsspezifische Module empfunden. Qualitative Ergebnisse wurden den therapeutischen Wirkfaktoren von Yalom und Grawe sowie induktiven Kategorien zugeordnet. Wichtigster Aspekt war die „Mitteilung von Informationen“. Störend waren insbesondere eigene Anteile der Patienten.

*Diskussion:* Die manualisierten Kurzzeit-Gruppenpsychotherapien zeigten sich über alle Gruppen hinweg wirksam zur Verbesserung des Wohlbefindens. Die angewandten indikationsspezifischen Module könnten zukünftig noch verstärkt in die Therapie eingebunden werden. Weitere Untersuchungen zum Zusammenhang von Wohlbefinden und störungsspezifischer Wahrnehmung sowie innerlicher Beteiligung/aktiver Mitwirkung sollten zur effektiveren Behandlung von Patienten/innen durchgeführt werden.

## Changes in the well-being of outpatients in the context of manualized short-term group psychotherapies in psychosomatic care

*Introduction:* So far, only a few studies have investigated the influence of psychotherapy on well-being. Therefore, the aim of the present prospective observational study was to investigate the changes in the well-being of outpatients in the context of manual short-term group psychotherapies as well as the context between well-being and disorder-specific perception.

*Methods:* Between 09/2017 and 10/2018, 95 outpatients (62.1% female, 37.9% male; average age 43.1 years) were recruited from five different groups offered by the Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy of the University Medical Center Hamburg-Eppendorf. The primary outcome of well-being was measured using the Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (SWEMWBS) before and after group participation. Disorder-specific instruments were used to measure secondary outcomes (group-wide: PHQ-9, GAD-7, PDI, BIPQ; group-specific: PHQ-15, SSD-12, DEBQ, EDE-Q). Internal involvement, active participation and benefits of each session regarding symptom management were also recorded. Important contents and disrupting aspects were collected free-text and qualitatively evaluated.

*Results:* In line with the hypotheses, the overall sample showed an improvement in psychological well-being after group participation. Regarding secondary outcomes, improvements were observed after group participation in PHQ-9 ( $p=0.017$ ), GAD-7 ( $p=0.015$ ) and PDI ( $p=0.003$ ). The internal involvement and active participation of the patients were "good" to "very good". Indication-specific modules were found to be helpful by the patients. Qualitative results were assigned to the therapeutic factors of Yalom and Grawe as well as to inductive categories. The most important aspect was the "Imparting of Information". Particularly patients' own proportions were disrupting.

*Discussion:* The manualized short-term group psychotherapies were effective across all groups to improve well-being. In future the indication-specific modules applied could be integrated more strongly into the therapy. Further investigations on the context between well-being and disorder-specific perception as well as internal involvement/active participation should be carried out for a more effective treatment of patients.

## 9 Anhang

### 9.1 Aufnahme- und Ausschlusskriterien für die Versorgung in einer Psychosomatischen Institutsambulanz

Die gesetzlich geregelten Aufnahmekriterien für die Versorgung in einer Psychosomatischen Institutsambulanz sind folgende:

- mindestens eine Diagnose aus der Positivliste (siehe Tabelle 22) liegt vor; Kriterium B **oder** Kriterium C ist erfüllt, Ausschlusskriterien sind nicht erfüllt
- oder
- eine andere Diagnose aus dem Kapitel V (F) der ICD-10-GM liegt vor, Kriterium B **und** Kriterium C sind erfüllt, Ausschlusskriterien sind nicht erfüllt.

Ausschlusskriterien für die Versorgung in einer Psychosomatischen Institutsambulanz sind folgende:

- Eine kontinuierliche und ausreichende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch einen Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten erfolgt und ein ausreichendes stützendes soziales Netzwerk besteht.
- Eine durch einen nervenärztlichen oder psychiatrisch-psychotherapeutischen Vertragsarzt verordnete Soziotherapie gemäß §37a SGB V wird durchgeführt.
- Die Voraussetzungen für die Übernahme der Behandlung sind nicht gegeben.

*Tabelle 22 Diagnosen der Positivliste der Aufnahmekriterien zur Versorgung in einer Psychosomatischen Institutsambulanz*

<b>F0</b>	F00.0, F00.1, F00.2 F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8 F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8 F04.0 F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.4, F06.5, F06.6, F06.8 F07.0
<b>F1</b>	F10.2, F10.3, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7 F11.2, F11.3, F11.4, F11.5, F11.6, F11.7 F12.2, F12.3, F12.4, F12.5, F12.6, F12.7 F13.2, F13.3, F13.4, F13.5, F13.6, F13.7 F14.2, F14.3, F14.4, F14.5, F14.6, F14.7 F15.2, F15.3, F15.4, F15.5, F15.6, F15.7 F16.2, F16.3, F16.4, F16.5, F16.6, F16.7 F17.2, F17.3, F17.4, F17.5, F17.6, F17.7 F18.2, F18.3, F18.4, F18.5, F18.6, F18.7 F19.2, F19.3, F19.4, F19.5, F19.6, F19.7
<b>F2</b>	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8 F21 F22.0, F22.8 F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8 F24 F25.0, F25.1, F25.2, F25.8 F28
<b>F3</b>	F30.1, F30.2 F31.1, F31.2, F31.3, F31.4 F32.2, F32.3 F33.2, F33.3
<b>F4</b>	F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8 F42.0, F42.1, F42.2, F42.8

	F43.1
<b>F5</b>	F50.0, F50.1, F50.2, F50.3
<b>F6</b>	F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.31 F64.0, F64.1, F64.8

*Tabelle 23 Kriterium B und C der Aufnahmekriterien zur Versorgung in einer Psychosomatischen Institutsambulanz*

<b>Kriterium B</b>	<b>Schwere der Erkrankung</b>
B1	Es liegt ein Notfall vor oder es besteht ein akutes Krankheitsbild, das sonst zu einer stationären Aufnahme führen würde
B2	Die Behandlung verkürzt einen aktuellen stationären Aufenthalt
B3	Die Kriterien für zwei oder mehr Diagnosen gemäß ICD-10-GM in der jeweils gültigen Version, Kapitel V (F), sind gegenwärtig erfüllt
B4	Das globale Funktionsniveau des Patienten ist gegenwärtig erheblich beeinträchtigt, dokumentiert zum Beispiel durch einen Global Assessment of Functioning Scale-Wert < 50
B5	Der Krankheitsverlauf ist charakterisiert durch eine fehlende ausreichende Wirksamkeit bisheriger ambulanter Therapieversuche
B6	Der Krankheitsverlauf ist charakterisiert durch wiederholte stationäre und/oder teilstationäre Behandlungen
B7	Es liegt ein schwerer Krankheitsverlauf vor, dokumentiert zum Beispiel durch einen Clinical Global Impression I-Wert > 4 oder eine Verschlechterung in der Clinical Global Impression-Veränderungsskala von –3 oder darunter
B8	Es besteht ein erhebliches Gefährdungspotential (Selbst- oder Fremdgefährdung) beim Patienten
B9	Der Krankheitsverlauf ist durch mangelnde Krankheitseinsicht und Zusammenarbeit (mangelnde Adhärenz) oder wiederholte Behandlungsabbrüche im ambulanten oder stationären Bereich gekennzeichnet
B10	Die psychische Störung hat einen erheblich negativen Einfluss auf den Verlauf und die Therapie einer komorbiden, schweren somatischen Erkrankung
B11	Der Patient war bisher nicht in der Lage, aus eigenem Antrieb eine notwendige, kontinuierliche ambulante fachspezifische Behandlung in Anspruch zu nehmen
B12	Bei einer geplanten Entlassung aus stationärer Behandlung ist zu erwarten, dass der Patient die medizinisch notwendige, kontinuierliche Behandlung anderenorts nicht wahrnehmen wird
<b>Kriterium C</b>	<b>Dauer der Erkrankung</b>
C1	Die Erkrankung besteht gegenwärtig seit mindestens sechs Monaten
C2	Bei rezidivierenden Erkrankungen ist mindestens ein Rezidiv innerhalb von zwei Jahren aufgetreten

## 10 Literaturverzeichnis

- Angermaier, M. J. W. (1994) *Gruppenpsychotherapie: Lösungsorientiert statt problemhypnotisiert*, Weinheim, Beltz Psychologie-Verl.-Union.
- Barlow, S. (2005) 'Analytische und Psychodynamische Gruppenpsychotherapie: Gibt es dazu Daten?', *Gruppenpsychother Gruppensyndyn*, vol. 41, pp. 239–266.
- Barrada, J. R., van Strien, T. and Cebolla, A. (2016) 'Internal Structure and Measurement Invariance of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a (Nearly) Representative Dutch Community Sample', *Eur Eat Disord Rev*, vol. 24, no. 6, pp. 503–509.
- Beard, C. and Björgvinsson, T. (2014) 'Beyond generalized anxiety disorder: Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample', *J Anxiety Disord*, vol. 28, no. 6, pp. 547–552.
- Becker, S., Teufel, M. and Zipfel, S. (2015) *Psychotherapie der Adipositas: Interdisziplinäre Diagnostik und differenzielle Therapie*, W. Kohlhammer Verlag.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J. and Weinman, J. (2006) 'The brief illness perception questionnaire', *J Psychosom Res*, vol. 60, no. 6, pp. 631–637.
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S. and Petrie, K. J. (2015) 'A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire', *J Psychol Helath*, vol. 30, no. 11, pp. 1361–1385.
- Deci, E. L. and Ryan, R. M. (2008) 'Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction', *J Happiness Stud*, vol. 9, no. 1, pp. 1–11.
- Dillmann, U., Nilges, P., Saile, H. and Gerbershagen, H. U. (1994) 'Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten', *Schmerz*, vol. 8, no. 2, pp. 100–110.
- Dziewas, H. and Schwoon, D. (1986) 'Das Konzept der Gruppe in der Verhaltenstherapie', in Hilarion, P. and Frühmann, R. (eds) *Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit*, Paderborn, pp. 7–32.
- Eckert, J. (2007) 'Gruppenpsychotherapie', in Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. and Wilke, E. (eds) *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*, 3rd edn, Heidelberg, Springer-Verlag, pp. 652–686.
- Eckert, J. and Biermann-Ratjen, E.-M. (1985) *Stationäre Gruppenpsychotherapie: Prozesse, Effekte, Vergleiche*, Berlin, Springer.
- Eckert, J. and Biermann-Ratjen, E.-M. (2001) 'Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie', in Tschuschke, V. (ed) *Praxis der Gruppenpsychotherapie: 49 Tabellen*, Stuttgart, Thieme, pp. 335–342.
- Escobar, J. I., Gara, M. A., Diaz-Martinez, A. M., Interian, A., Warman, M., Allen, L. A., Woolfolk, R. L., Jahn, E. and Rodgers, D. (2007) 'Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms', *Ann Fam Med*, vol. 5, no. 4, pp. 328–335.
- Fatzer, G. and Jansen, H.-H. (1980) *Die Gruppe als Methode*, Weinheim & Basel, Beltz.
- Fiedler, P. (1999) *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen: Psychologische Psychotherapie in der Praxis*, Weinheim, Beltz.
- Frank, R., ed. (2017) *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*, 3rd edn, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.
- Fritz-Schubert, E. (2017) *Lernziel Wohlbefinden*, Beltz Verlag.

- Fuhriman, A. and Burlingame, G. M. (1994) 'Group psychotherapy: research and practice', in Fuhriman, A. and Burlingame, G. M. (eds) *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis*, New York, Wiley, pp. 3–40.
- Grawe, K. (1978) 'Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie', in Pongratz, L. (ed) *Handbuch der Psychologie: Band VIII: Klinische Psychologie; 2. Halbband*, Göttingen, Hogrefe, pp. 2696–2724.
- Hauer, H., Moss, A., Berg, A., Bischoff, S. C., Colombo-Benkmann, M., Ellrott, T., Heintze, C., Kanthak, U., Kunze, D., Stefan, N., Teufel, M., Wabitsch, M. and Wirth, A. (2017) 'Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“', *Adipos*, vol. 08, no. 04, pp. 179–221.
- Hausler, M., Huber, A., Strecker, C., Brenner, M., Höge, T. and Höfer, S. (2017) 'Validierung eines Fragebogens zur umfassenden Operationalisierung von Wohlbefinden', *Diagnost*, vol. 63, no. 3, pp. 219–228.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., Karwautz, A., Niederhofer, H. and Munsch, S. (2007) 'Eating Disorder Examination-Questionnaire', *Diagnost*, vol. 53, no. 3, pp. 144–154.
- Hohagen, F. and Voderholzer, U., eds. (2019) *Therapie psychischer Erkrankungen: State of the art*, 14th edn, München, Deutschland, Elsevier.
- Hüsing, P., Bassler, M., Löwe, B., Koch, S. and Toussaint, A. (2018) 'Validity and sensitivity to change of the Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale (SSD-12) in a clinical population', *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 55, pp. 20–26.
- Interian, A., Allen, L. A., Gara, M. A., Escobar, J. I. and Díaz-Martínez, A. M. (2006) 'Somatic complaints in primary care: Further examining the validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-15)', *Psychosomatics*, vol. 47, no. 5, pp. 392–398.
- Janssen, P. L. (2014) *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*, 1978th edn, Gießen, Psychosozial-Verl.
- Kingsley, R. G. and Wilson, G. T. (1977) 'Behavior therapy for obesity: A comparative investigation of long-term efficacy', *J Consult Clin Psychol*, vol. 45, no. 2, pp. 288–298.
- Koelen, J. A., Houtveen, J. H., Abbass, A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., van Broeckhuysen-Kloth, S. A. M., Bühring, M. E. F. and Geenen, R. (2014) 'Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: Meta-analysis', *Br J Psychiatry*, vol. 204, no. 1, pp. 12–19.
- König, O. (2018) 'Gruppendynamische Grundlagen', in Strauß, B. and Mattke, D. (eds) *Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis*, 2nd edn, Berlin, Springer, pp. 21–36.
- Kösters, M., Burlingame, G. M., Nachtigall, C. and Strauss, B. (2006) 'A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy', *Group Dyn*, vol. 10, no. 2, pp. 146–163.
- Koushede, V., Lasgaard, M., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Nielsen, L., Rayce, S. B., Torres-Sahli, M., Gudmundsdottir, D. G., Stewart-Brown, S. and Santini, Z. I. (2018) 'Measuring mental well-being in Denmark: Validation of the original and short version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS and SWEMWBS) and cross-cultural comparison across four European settings', *Psychiatry Res*, vol. 271, pp. 502–509.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. and Williams, J. B. W. (2001) 'The PHQ-9: Validity of the brief depression severity measure', *J Gen Intern Med*, vol. 16, no. 9, pp. 606–613.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. and Williams, J. B. W. (2002) 'PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms', *Psychosom Med*, vol. 64, pp. 258–266.

- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W. and Herzberg, P. Y. (2008) 'Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population', *Med Care*, vol. 46, no. 3, pp. 266–274.
- Löwe, B., Unutzer, J., Callahan, C. M., Perkins, A. J. and Kroenke, K. (2004) 'Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9', *Med Care*, vol. 42, no. 12, pp. 1194–1201.
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M. and Lucas, R. E. (2012) 'Subjective Well-Being and Adaptation to Life Events: A Meta-Analysis', *J Pers Soc Psychol*, vol. 102, no. 3, pp. 592–615.
- Mattke, D. and Tschuschke, V. (2001) 'Kurzzeit- versus Langzeit-Gruppenpsychotherapie', in Tschuschke, V. (ed) *Praxis der Gruppenpsychotherapie: 49 Tabellen*, Stuttgart, Thieme, pp. 209–214.
- McDowell, I. (2010) 'Measures of self-perceived well-being', *J Psychosom Res*, vol. 69, no. 1, pp. 69–79.
- Minniti, A., Bissoli, L., Di Francesco, V., Fantin, F., Mandragona, R., Olivieri, M., Fontana, G., Rinaldi, C., Bosello, O. and Zamboni, M. (2007) 'Individual versus group therapy for obesity: Comparison of dropout rate and treatment outcome', *Eat Weight Disord*, vol. 12, no. 4, pp. 161–167.
- Moskowitz, J. T., Epel, E. S. and Acree, M. (2008) 'Positive affect uniquely predicts lower risk of mortality in people with diabetes', *Health Psychol*, vol. 27, 1S, pp 73-82.
- Nagl, M., Hilbert, A., Zwaan, M. de, Braehler, E. and Kersting, A. (2016) 'The German Version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire: Psychometric Properties, Measurement Invariance, and Population-Based Norms', *PLoS one*, vol. 11, no. 9, 1-15.
- Paar, G. H. and Kriebel, R. (1998) 'Stationäre Psychotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland', *Psychotherapeut*, vol. 43, pp. 310–315.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M. and Tschacher, W. (2012) 'Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese', *Psychotherapie*, vol. 17, no. 1, pp. 17–31.
- Rafanelli, C. and Ruini, C. (2012) 'Assessment of psychological well-being in psychosomatic medicine', *Adv Psychosom Med*, vol. 32, pp. 182–202.
- Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L. and Anton, S. D. (2001) 'Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences', *J Consult Clin Psychol*, vol. 69, no. 4, pp. 717–721.
- Rief, W. and Henningsen, P. (2019) 'Somatoforme Störungen (ICD-10 F45)', in Hohagen, F. and Voderholzer, U. (eds) *Therapie psychischer Erkrankungen: State of the art*, 14th edn, München, Deutschland, Elsevier, pp. 314–323.
- Ryan, R. M. and Deci, E. L. (2001) 'On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being', in Fiske, S. T., Schacter, D. L. and Zahn-Waxler, C. (eds) *Annual Review of Psychology*, pp. 141–166.
- Selders, M., Visser, R., van Rooij, W., Delfstra, G. and Koelen, J. A. (2015) 'The development of a brief group intervention (Dynamic Interpersonal Therapy) for patients with medically unexplained somatic symptoms: A pilot study', *Psychoanal Psychother*, vol. 29, no. 2, pp. 182–198.
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C. and Kenardy, J. (2005) 'Psychological interventions for overweight or obesity', *Cochrane Database Syst Rev*, no. 2, CD003818.
- Spiegel, D. (2011) 'Mind matters in cancer survival', *JAMA*, vol. 305, no. 5, pp. 502–503.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. and Löwe, B. (2006) 'A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7', *Arch Intern Med*, vol. 166, no. 10, pp. 1092–1097.
- Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J. and Weich, S. (2009) 'Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): A Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey', *Health Qual Life Outcomes*, vol. 7, p. 15.
- Strauß, B. (2010) 'Behandlungseffekte: stationäre Behandlung', in Tschuschke, V. (ed) *Gruppenpsychotherapie*, Stuttgart, Thieme, pp. 132–137.
- Toussaint, A., Löwe, B., Brähler, E. and Jordan, P. (2017) 'The Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale (SSD-12): Factorial structure, validity and population-based norms', *J Psychosom Res*, vol. 97, pp. 9–17.
- Tschuschke, V. (1999) 'Gruppentherapie versus Einzeltherapie: Gleich wirksam?', *Gruppenpsychother Gruppensyndyn*, vol. 35, pp. 257–274.
- Tschuschke, V. (2001) 'Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie', in Tschuschke, V. (ed) *Praxis der Gruppenpsychotherapie: 49 Tabellen*, Stuttgart, Thieme, pp. 140–147.
- Tschuschke, V. (2010a) 'Geschlossene versus halboffene Gruppen', in Tschuschke, V. (ed) *Gruppenpsychotherapie*, Stuttgart, Thieme, pp. 152–154.
- Tschuschke, V. (2010b) 'Gruppen- versus Einzeltherapie - Setting und Wirkfaktoren', in Tschuschke, V. (ed) *Gruppenpsychotherapie*, Stuttgart, Thieme, pp. 13–17.
- Waterman, A. S. (1993) '2 Conceptions of happiness-contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment', *J Pers Soc Psychol*, vol. 64, no. 4, pp. 678–691.
- Yalom, I. D. (1995) *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch*, 3rd edn, München, Pfeiffer.
- Yoshino, A., Okamoto, Y., Doi, M., Horikoshi, M., Oshita, K., Nakamura, R., Otsuru, N., Yoshimura, S., Tanaka, K., Takagaki, K., Jinnin, R., Yamashita, H., Kawamoto, M. and Yamawaki, S. (2015) 'Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for somatoform pain disorder patients in Japan: A preliminary non-case-control study', *Psychiatry Clin Neurosci*, vol. 69, no. 12, pp. 763–772.
- Zielke, M. and Sturm, J.(H.) (1994) *Handbuch stationärer Verhaltenstherapie*, Weinhheim, Psychologie Verlags Union.

## **11 Danksagung**

Zuerst möchte ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Löwe und Frau Prof. Dr. Nestoriuc danken, die diese Arbeit erst ermöglicht haben.

Mein Dank gilt außerdem Frau Dr. Weigel, die mir in der gesamten Zeit stets unterstützend zur Seite stand. Danke für Ihre vielen wertvollen Anregungen!

Ich danke zudem allen Mitarbeitern der Psychosomatischen Institutsambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf für ihre Unterstützung bei der Erhebung und Auswertung der Daten. Mein Dank geht auch an alle Patienten, die an den Evaluationen teilgenommen haben.

Auch meiner Familie, meinem Freund und meinen Freunden möchte ich an dieser Stelle danken, dass sie immer hinter mir stehen und mich auf meinem Weg begleiten. Insbesondere gilt mein Dank meiner Freundin Aina. Danke für Deine Mühen bei der Korrektur!

## 12 Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

### **13 Eidesstattliche Versicherung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

*Katja Steyer*