

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
der Universität zu Köln

Leiter: Professor Dr. med. C. Albus

Einfluss von Bindungsfaktoren auf den Outcome von ambulanter
Gruppenpsychotherapie in der Nachsorge

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Miriam Bung
aus Bonn

promoviert am 13. Mai 2020

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln 2020

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. G. R. Fink

1. Gutachter: Professor Dr. med. C. Albus
2. Gutachter: Universitätsprofessor Dr. sc. hum. M. P. Döpfner

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten.

Dr. R. Weber (Klinik für Psychosomatik, Universität zu Köln) und Frau S. Steinhauser (Institut für med. Statistik, Universität zu Köln)

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 24/2011) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichte mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Köln, den 02.05.2019, Unterschrift:

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten wurde ohne meine Mitarbeit in der psychosomatischen Tagesklinik am Hansaring (Hansaring 55, 50670 Köln) ermittelt.

Die Fragebögen wurden von mir selbst ausgewertet.

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Messungen sind von mir mit Unterstützung von Herrn Dr. R. Weber (Institut für Psychosomatik, Universität zu Köln) und Frau S. Steinhauser (Institut für med. Statistik, Universität zu Köln) durchgeführt worden.

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	6
2. Die Bindungstheorie	8
2.1. Kontinuität von Bindungsmustern – Stabilitätskontroverse	11
2.2. Bindung im Erwachsenenalter	13
2.3. Bindungsdiagnostik im Erwachsenenalter:.....	14
3. Klinische Anwendung	17
3.1. Bindungstheorie in der Psychotherapie	17
3.2. Gruppenpsychotherapie	22
3.2.1. Wirkfaktoren in der Gruppentherapie:	23
3.2.2. Bindungstheoretische Überlegungen zur Gruppenpsychotherapie.....	26
3.2.3. Bindungsmuster und Therapieerfolg	33
4. Das deutsche Gesundheitssystem	35
4.1. Sonderfall Psychotherapie	36
4.2. Stationärer Sektor	37
4.3. Ambulanter Sektor.....	37
4.4. Rehabilitation.....	37
4.4.1. Psychosomatische Rehabilitation:	39
4.5. Konzept Tagesklinik.....	45
4.5.1. Psychosomatische Tagesklinik am Hansaring, Köln.....	47
5. Fragestellung.....	48
5.1. Hypothesen	50
6. Material und Methoden.....	51
6.1. Teilnehmer:.....	51
6.2. Maßnahmen im gruppentherapeutischen Setting.....	51
6.3. Durchführung.....	52
6.4. Beschreibung der Messinstrumente:.....	53
6.4.1. Basisdokumentation in der Psychotherapie (Psy- Ba-Do).....	53
6.4.2. Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE)	54
6.4.3. Klinisch Psychologisches Diagnosesystem (KPD-38)	56
6.4.4. Inventar interpersoneller Probleme – deutsch (IIP-D).....	57
6.4.5. Gruppenfragebogen (GQ-D)	58
6.4.6. Therapeutic Factors Inventory deutsch (TFI-D).....	59

6.5.	Statistische Datenauswertung	60
6.6.	Messung von Behandlungserfolg	62
6.6.1.	Statistisch bedeutsame und klinisch relevante Veränderung.....	62
6.6.2.	Messung der therapeutischen Beziehungen.....	65
7.	Ergebnisse	66
7.1.	Wichtigste Charakteristika der Studie	67
7.2.	Statistische Signifikanz und klinisch relevante Veränderung.....	71
7.3.	Korrelationen zwischen BFKE-Skalen und KPD.....	72
7.4.	Skalenverteilung beim BFKE	74
7.5.	Verteilung der Bindungsmuster.....	75
7.6.	Auswertung KPD-Fragebogen.....	77
7.6.1.	Deskriptive Analyse	77
7.6.2.	Ergebnisse aus den Mehrebenenanalysen zu KPD.....	80
7.7.	Auswertung Prozessdaten.....	83
7.7.1.	Deskriptive Analyse	83
7.7.2.	Ergebnisse aus Mehrebenenanalysen zum Gruppenfragebogen (GQ).....	87
8.	Ausführliche Ergebnisdarstellung	93
9.	Diskussion.....	97
9.1.	Übersicht Ergebnisse	97
9.2.	Erklärungshypothesen.....	98
10.	Zusammenfassung	108
11.	Schlussfolgerung.....	110
12.	Limitationen.....	111
13.	Ausblick.....	112
14.	Literaturverzeichnis	114
15.	Lebenslauf.....	123

1. Einführung

Die Psychotherapieforschung hat in den letzten Jahren viel an Einfluss und Größe gewonnen, dennoch stehen, vor allem in Hinblick auf Gruppen-Psychotherapie, noch viele Fragen offen.

Die Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie ist für die Vielzahl der psychischen Erkrankungen empirisch belegt und gilt – mit wenigen Ausnahmen - vergleichbar effektiv wie die von Einzelpsychotherapie (Barkowski et al., 2016). Durch ihren ökonomischen Vorteil ist sie im psychotherapeutischen Versorgungsalltag deutscher Kliniken zum Behandlungsmodul der Wahl geworden (Burlingame et al., 2013). Dagegen spielt sie weiterhin nur eine marginale Rolle in der ambulanten Versorgung. Dies liegt vielleicht teils an der vergleichbar unattraktiven Vergütung für den Gruppentherapeuten bei gesteigertem Aufwandspotential (Notwendigkeit aufwendiger Anträge, Dokumentationen etc.), aber auch an fehlender Forschung und inkonsistenten Ergebnissen auf dem Gebiet (häufig auf die Anwendung verschiedener Messmethoden zurückführen).

Um die noch bestehende Lücke zwischen der Psychotherapieforschung und der Anwendungspraxis zu schließen, bedarf es der Fokussierung auf Indikationsbereiche, die Gruppentherapeuten als wichtig und notwendig identifizieren. 2010 publizierten Ogradniczuk und Kollegen eine Umfrage von Mitgliedern einer kanadischen Gruppentherapie-Assoziation, in welcher sie versuchten, solche Forschungsthemen und -Aspekte herauszufiltern, die den Gruppentherapeuten am Wichtigsten erscheinen. Das deutsche Äquivalent dazu folgte zwei Jahre später (Weber et al., 2013), wobei die beiden Ergebnisse überraschenderweise größtenteils korrelierten. In beiden Studien zeichnete sich der Wunsch ab, den Fokus zukünftiger Forschungen auf das „Verstehen des Gruppenprozesses“ und dessen Wirkfaktoren zu lenken.

Strauß und seine Kollegen (1994) definierten diese „Wirkfaktoren in Gruppentherapie“ als jene Faktoren, welche sowohl zu einem positiven Gruppenprozess und Therapieresultat, als auch zu einer Verbesserung der Bedingungen des Zustandes eines Patienten beitragen. Sie stellen die Folge einer Intervention der Teilnehmer der Gruppe (Therapeut, andere Gruppenmitglieder, Patient) dar (Strauß & Burgmeier-Lohse, 1994).

Burlingame machte auf Basis bisheriger Forschungsergebnisse den Vorschlag, die Wirksamkeit von Gruppentherapien in Abhängigkeit jener fünf Faktoren einzuteilen, welche auch im Zusammenhang mit Prognose und Indikationsstellung bedeutsam sind (Burlingame et al., 2004). Neben Konzept- und Therapeutenvariablen liegt besonderes Augenmerk auf den individuellen Patientenmerkmalen, die gewisse Vorstellungen und Voreingenommenheit auf Patientenseite einschließen (Burlingame et al., 2004).

Ein zentrales Anliegen der differenziellen Psychotherapieforschung scheint dementsprechend die Möglichkeiten der Vorhersage des Therapieergebnisses unter Berücksichtigung verschiedenster Einflussvariablen zu sein. So spielen im Kontext von Prozess-Outcome-Studien gewisse Patientenmerkmale, wie bindungstheoretische Konzepte als Indikatoren für prognostische Einschätzungen und Erklärungen für die Wirksamkeit eine wichtige Rolle. Man geht davon aus, dass sich Bindungsmerkmale von Patienten, beispielsweise über individuell unterschiedliche Erwartungen an eine Therapie oder die Beziehungen innerhalb der Therapiegruppe, auf den interpersonalen Prozess einer psychosomatischen Gruppentherapie auswirken und somit den Prozess und die Qualität der Psychotherapie beeinflussen (Vgl. (Markin & Marmarosh, 2010), (Kivlighan et al., 2012; Mallinckrodt & Chen, 2004).

Vorhandene Studien, welche die Thematik von Bindung als Prädiktor von Therapieerfolg behandeln, sind häufig nur eingeschränkt vergleichbar. Dies liegt hauptsächlich an Unterschieden in den Behandlungsarten, -dauern und -konzepten, dem breitem Diagnosespektrum, den Stichprobengrößen und nicht zuletzt an den jeweils verwendeten unterschiedlichen Kriterien für Therapieerfolg.

Darüber hinaus kommt es im praktischen psychotherapeutischen Alltag nur selten zur Einbeziehung vorliegender Forschungsergebnisse. Ein Manko bei der Therapieauswahl von Patienten ist, dass das Abwägen des therapeutischen Nutzen von Psychotherapie bei einer bestimmten Erkrankung häufig das einzige Kriterium zur Indikationsstellung darstellt (Matke & Strauß, 2012). Es gibt Indikationsentscheidungen bezüglich bestimmter Psychotherapieverfahren oder Behandlungssettings, selten aber wird individuell in Hinblick auf ein ideales „Matching“ bezüglich Patientencharakteristika entschieden. In psychosomatischer Gruppentherapie erfolgt die Zuweisung der Patienten zu den Gruppen aus praktischen und ökonomischen Gesichtspunkten in den meisten Fällen nach Wartelistenrang und nicht mit dem Ziel bestmöglicher Einfügung in die Gruppe und dem Blick auf ein gutes Behandlungsergebnis.

Dabei besteht unter Gruppenforschern recht einheitlich die Überzeugung, dass die Gruppenkomposition zu großen Unterschieden führen kann und die Gruppenfunktion beträchtlich mit beeinflusst (Vgl. z.B. Yalom (1970)). Relativ radikal formulieren die beiden Autoren Yalom und Leszcz in ihrem Buch zu „Theorie und Praxis von Gruppentherapie“, dass nicht nur die Patienten, die einer Gruppe unangemessen zugeordnet werden, keinen Nutzen von der Therapieerfahrung haben, sondern sogar die gesamte Therapiegruppe Gefahr läuft, schlechtere Resultate zu erzielen (Yalom & Leszcz, 2005).

Aber abgesehen von praktischen Gründen bei der Umsetzung einer idealen Gruppenzusammensetzung in der psychotherapeutischen Praxis fehlt es noch an Forschungsbefunden, die den komplexen Zusammenhang zwischen Patientencharakteristika,

Gruppenzusammensetzung und dem wichtigsten Kriterium des Therapieerfolges herstellen und damit eine dementsprechende differenzielle Indikationsentscheidung ermöglichen würden.

Mit meiner Arbeit möchte ich also einen Beitrag zu der Frage leisten, welche Patientenfaktoren den Gruppenprozess und damit das Gesamtergebnis der Gruppenpsychotherapie für den einzelnen Patienten beeinflussen und noch genauer, ob der Bindungsstil des Patienten einen Einfluss auf das Therapieresultat hat.

Ähnliche Arbeiten befassten sich schon mit der Frage, ob Patienten eines bestimmten Bindungstyps besonders von bestimmten Arten stationärer Gruppenpsychotherapie profitieren (Mosheim et al., 2000; Sachse & Strauß, 2002; Strauß et al., 2006). Bei einer zunehmenden Trendwende hin zu ambulanter Psychotherapie („ambulant vor stationär“) und der deutschlandweiten Etablierung des IRENA- und inzwischen (seit Januar 2018) PsyRENA-Rehabilitationsprogrammes befasst sich diese Arbeit nun mit Patienten, die an einem ambulanten psychosomatischen Nachsorgeprogramm teilgenommen haben. Letztendlich soll geklärt werden, welche Faktoren für zukünftige Gruppenbildung relevant sind und folglich zu verbesserten Therapieergebnissen führen könnten.

2. Die Bindungstheorie

Um die Frage klären zu können, ob ein bestimmter Bindungsstil Einfluss auf das Resultat einer therapeutischen Behandlung hat, sollte man zunächst klären, was unter dem Begriff Bindung verstanden wird.

Bindung ist die Metapher für das affektive Band, welches die Beziehung zwischen einem Menschen (in Hinblick auf die Bindungstheorie: dem Kleinkind) und seiner (seinen) bevorzugten Bezugsperson(en) kennzeichnet (Bowlby, 1982) und welches diese dann über Raum und Zeit zusammenhält (Bretherton, 1992). In der modernen Bindungstheorie gilt Bindung als das Ergebnis aus kindlichen Erfahrungen und Interaktionen mit einer oder mehreren Bezugspersonen, was das Einschätzen und Bewerten von Situationen sowie von Gefühlen über sich selbst und über das Gegenüber möglich macht und dadurch die erworbene Erfahrungsbasis für spätere zwischenmenschliche Beziehungen bildet (Bowlby, 1989).

John Bowlby (1907-1990) gilt als Pionier der Bindungstheorie. Diese kann man als konsequente Weiterentwicklung der Erkenntnisse von Sigmund Freud sehen, welcher als einer der Ersten seine Theorien zum Unbewussten und zur Entstehung psychischer Erkrankungen als Folge von unbewältigten Kindheitserlebnissen formulierte.

Bowlbys Theorie beruht auf der Grundannahme, dass Kinder evolutions-biologisch bedingt zwei primäre Grundbedürfnisse haben: zum einen nach Bindung und Nähe zu einer Vertrauensperson

und zum anderen ein intrinsisches Interesse an Erkundung der Umwelt (Strauß, 2014). Ersteres dient im ursprünglichen Sinne dem Überleben des hilflosen Säuglings als Schutz vor Feinden und vor Gefahren der Umwelt. Bowlby schrieb, dass das „Bedürfnis des Kleinkindes nach Liebe und Gegenwart seiner Mutter ebenso groß wie sein Nahrungsbedürfnis ist“ (Bowlby, 1989). Dieses überlebenswichtige Grundbedürfnis wird immer dann aktiviert, wenn sich das Kind in einer Gefahren- oder Mangelsituation wähnt (Bowlby, 1988). Irene Klein (2005) nennt dieses Grundbedürfnis in den ersten Lebensjahren einen „überlebensnotwendigen, der Realität angemessenen Impuls“, da das Kind bei Entzug der Bezugsperson körperlich und seelisch sterben würde (Klein, 2005).

Auf der Grundlage sich wiederholender Erfahrungen mit einer Bezugsperson in Situationen, in denen das Kind auf die Unterstützung eines Erwachsenen angewiesen ist, entwickelt sich ein inneres Modell des Kindes von sich selbst und von Bezugsobjekten. Bowlby bezeichnete dies als das primäre innere Arbeitsmodell (IAM) (Bowlby, 1982). Als Regulationssystem wird in solchen Situationen das Bindungssystem (attachment system), also das kindliche Grundbedürfnis nach Nähe aktiviert. Dieses löse Gedanken, Handlungen und Gefühle aus, welche zur Wiederherstellung des verlorenen Sicherheitsgefühls führen sollen (Bowlby, 1982).

Abhängig von den Reaktionen der prägenden Bezugsperson (feinfühlig, prompt, adäquat, etc.) auf das kindliche Annäherungsverhalten konstruiert das Kind ein „Inneres Arbeitsmodell“ - im Idealfall von sich selbst als vom Objekt unterstützt und als ein vom Objekt unterstützenswertes Subjekt (Bretherton, 1992; Main et al., 1985). Man geht davon aus, dass solche Verarbeitungsprozesse überwiegend unbewusst ablaufen (Gloger-Tippelt, 1999). Neben diesem Bild vom eigenen Selbst und den Objekten enthält das „Innere Arbeitsmodell“ internalisierte Denkmuster auf Grundlage früherer Interaktionen mit den Bezugspersonen und den daraus resultierenden unterschiedlichen Beziehungserfahrungen. Diese Denkmuster steuern zukünftige Verhaltensmuster und emotionale Regulierung (Bowlby, 1988). Auf der Konstellation verschiedener emotionaler Regulationsstrategien und interpersonaler Verhaltensweisen basieren schließlich die verschiedenen Typen von außen zu beobachtender Bindung (Bowlby, 1982). Individuen mit adaptiven bindungsbezogenen Prozessen werden als „sicher“ definiert, wohingegen maladaptive Muster oder unsichere Bindung als „unsicher-vermeidend“ oder „unsicher-ambivalent“ eingestuft werden. (Mikulincer et al., 2003).

Sicher gebundene Individuen haben auf Grund angemessener elterlicher Reaktionen auf ihr kindliches Verhalten (beispielsweise Feinfühligkeit) große Zuversicht in die Verfügbarkeit ihrer Bindungspersonen. Letztendlich werden sie auf Grund ihres „Inneren Arbeitsmodells“ mehr oder weniger unbewusst das Wissen erlernen, dass ihre persönlichen Fähigkeiten zur Stressreduktion ausreichen oder durch die Anwesenheit von anderen eine Entlastung möglich ist (Vgl. (Strauß, 2014).

Unsicher gebundene Individuen greifen wegen fehlender Befriedigung ihrer Bindungsbedürfnisse auf sekundäre (unsichere) Strategien zurück (Mikulincer et al., 2003). Das Ziel dabei ist es, unter den gegebenen Umständen – trotz Frustration eigener Bedürfnisse – ein relatives Optimum an Zuwendung zu erreichen und damit die eigene innere Stabilität aufrecht zu erhalten und Enttäuschung und Schmerz zu vermeiden (Mikulincer et al., 2003).

Bei vorhersehbarer Frustration von Bindungsbedürfnissen reagiert das Individuum adaptiv mit sekundär-*deaktivierenden* Strategien (*unsicher-vermeidendes Bindungsmuster*) (Mikulincer et al., 2003). Um das Erleben von Kummer, Not oder Bedürftigkeit abzuwehren und unbefriedigte Nähebedürfnisse inklusive damit einhergehender Gefühle zu vermeiden, wird bei einer Minimierung oder gar Unterdrückung des Bindungsverhaltens stattdessen Selbstständigkeit und Tüchtigkeit demonstriert (Mallinckrodt & Chen, 2004). Das „Innere Modell“ des Selbst ist eher positiv besetzt. Unsicher-vermeidende Menschen fühlen sich ungerne abhängig von anderen und sie regeln Probleme eher für sich selbst.

Bei unvorhersehbaren Reaktionen der Bindungsfiguren bezüglich der kindlichen Bedürfnisse, kann das Kind keine Kontingenz hinsichtlich seiner eigenen affektiven Signale erlernen und greift auf eine adaptive sekundär-*hyperaktivierende* Strategie zurück. Dafür ist ein besonders häufig einsetzendes und ausgeprägtes Bindungsverhalten in Verbindung mit ständiger Unsicherheit über die Erreichbarkeit der Bindungsperson typisch. Dieses führt letztendlich zu Angst vor Verlassenwerden sowie zu Misstrauen und dem Gefühl von Wertlosigkeit (*unsicher-ambivalentes Bindungsmuster*) (Rom & Mikulincer, 2003). Aufgrund einer negativen Vorstellung von sich selbst und zu wenig Vertrauen in die eigene Kompetenz mit Anforderungen eigenständig umzugehen, neigen diese Individuen dazu, mit viel Aufwand die Nähe und Aufmerksamkeit Anderer zu erlangen. Dies ist von starken negativen Emotionen begleitet. Die permanente angstbesetzte Beobachtung der Bindungsperson auf Anzeichen von Zurückweisung wird als sehr belastend empfunden. Im späteren Leben entwickeln diese Menschen häufig Probleme mit Intimität, Schwierigkeiten mit Trennungen und Furcht vor Zurückweisung aufgrund ihrer inneren Überzeugung, wenig Kontrolle über das eigene Leben und die eigenen Beziehungen zu haben. Solche Individuen haben im Gegensatz zu ihrem eher negativen Selbstbild ein positives Modell von anderen. Dennoch neigen sie zu pessimistischeren Einschätzungen von Beziehungen und Beziehungspersonen und bauen meist wenig Selbstvertrauen auf (Mallinckrodt & Chen, 2004).

Bowlbys Schülerin Mary Ainsworth (1913-1999) nahm Bowlbys Grundgedanken auf und schaffte es schließlich, durch die Entwicklung eines Verhaltensexperimentes zwischen Müttern und ihren Kleinkindern – der „fremden Situation“ - das Konzept kindlicher Bindungstypen empirisch zu belegen.

Alle drei genannten Bindungsstile sind durch eine gewisse Konsistenz und Kohärenz gekennzeichnet. Sie ermöglichen dem Kind bzw. später dem Heranwachsenden/Erwachsenen die optimalste Möglichkeit zur Befriedigung bzw. in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit und Responsivität der Bindungsperson zur Organisation seines Bindungsbedürfnisses. Daher spricht man auch von organisierten Strategien (Strauß & Schwark, 2007).

Vor dem Spracherwerb ist das kindliche Verhalten zunächst der einzige Zugangspunkt zu den inneren Arbeitsmodellen. Mary Ainsworth nutzte diesen in ihrem Verhaltensexperiment "Fremde Situation Test" (1969) (strange situation). Hier beobachtete sie nach standardisierten Voraussetzungen unterschiedliche Verhaltensweisen des Kindes in Rahmen der Wiedervereinigung mit seiner Mutter während einer Abfolge von Trennungs- und Wiedervereinigungssituationen. Anhand der verschiedenen Reaktionsweisen des Kindes gegenüber der Mutter konnten die verschiedenen Typen von Bindung (sicher (B-Klassifikation) 55-65%; unsicher-vermeidend (A-Klassifikation) 20-25% ; unsicher-ambivalent (C-Klassifikation) 10-15%) reliabel erfasst werden (Ainsworth, 1969). Erst später wurde von Main und Solomon (1986) eine weitere klinisch relevante Kategorie hinzugefügt: Kinder, welche schwer integrierbare, bizarre und inkohärente Verhaltensweisen und Emotionen zeigten, wurden einer „desorientierten/desorganisierten Bindung“ zugeteilt (D-Klassifikation) (Main & Solomon, 1986).

2.1. Kontinuität von Bindungsmustern – Stabilitätskontroverse

Die Bindungstheorie beschäftigt sich mit den Entstehungsbedingungen der Qualität enger emotionaler Beziehungen im Lebenslauf und deren Folgen für psychische Gesundheit oder Fehlanpassung. Sie bietet - im Vergleich zu eher variablenorientierten Ansätzen - ein Modell der Entwicklungspsychopathologie, welches Entwicklungsprozesse und individuelle Anpassungsmechanismen miteinbezieht.

Die Frage der Kontinuität versus Diskontinuität von Bindungsmustern im Laufe des Entwicklungsprozesses eines Menschen wird kontrovers diskutiert. Die bisherige empirische Forschung zeigt kein einheitliches Bild (s.u.).

Bowlby selbst ging davon aus, dass die Bindungsmuster sich in der Kindheit entwickeln und für die wesentliche Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit bedeutsam sind. Er übertrug die Relevanz einer sicheren Bindung als Grundlage für Exploration und Lernen im Kindesalter letztendlich auch auf die Bewältigung von Arbeits- und Lernanforderungen im Erwachsenenalter. In seiner Theorie kann der Mensch im Erwachsenenalter auf Basis eines sicheren „Inneren Arbeitsmodelles“, also der Zuversicht in Unterstützung durch andere, Bindungsbeziehungen eingehen und aufrechterhalten (Bowlby, 1982).

Ähnlicher Meinung ist auch die Pädagogin und Gesprächspsychotherapeutin Irene Klein. Ihrer Meinung nach korreliert das Maß der Eigenkräfte, welche das Kind durch Anerkennung anderer entwickelt und durch welches es sich selbst bejahen und anerkennen kann, mit der letztendlichen Unabhängigkeit von absoluter Bestätigung durch Andere. Das Kind könne schließlich auch ohne ständige Anerkennung von außen an seinen Wert beziehungsweise seine „Liebenswertigkeit“ glauben (Klein, 2005). Bowlby vertrat die Ansicht, dass diese einmal ausgebildeten Bindungsmuster zwar durch eine Anpassung des „Inneren Arbeitsmodelles“ an eine veränderte Umwelt generell modifiziert werden können, es jedoch im Laufe des Lebens immer schwieriger werde, positive Veränderungen zu bewirken. Der Grad an Wahrnehmungsverzerrungen oder irrationalen Erwartungen im „Inneren Arbeitsmodell“ nehme stetig zu und führe mit fortschreitendem Lebensalter zu einer mangelnden Flexibilität der Muster (Bowlby, 1973).

Die These der relativen Stabilität wurde von der Forscherin Bretherton mit ihrem Modell der hierarchisch organisierten Schemata der mentalen Bindungsrepräsentationen (Bretherton, 1992) gestützt.

Die Ergebnisse zweier deutscher Studien dazu - der Bielefelder und der Regensburger Längsschnittstudie - zeigten aber keine Kontinuität der Bindungsqualität in der frühen Kindheit zu den Eltern und der Bindungsrepräsentation der Jugendlichen mit 16 Jahren (Zimmermann et al., 1999). Die Diskrepanzen der Ergebnisse konnten aber durch den Einfluss aktueller Erfahrungen, kritischer Lebensereignisse oder erheblicher familiärer Stressfaktoren (Verlust eines Elternteiles, eine lebensbedrohliche Erkrankung, sexueller oder körperlicher Missbrauch während der Kindheit) erklärt werden (Strauß, 2014).

Schließlich dominierte das Ergebnis einer späteren amerikanischen Normalstichprobe die damalige wissenschaftliche Diskussion, welche eine Übereinstimmung in der Messung vom kindlichen Bindungsstil (sicher vs. unsicher) zu der in der „Fremden Situation“ im Erwachsenenalter aufzeigte (Waters et al., 2000).

Neuere Studien aus den USA und Großbritannien, in denen gemischte Stichproben aus verschiedenen Gesellschaftsschichten eingeschlossen wurden, fanden wiederum keine Kontinuität von Bindungssicherheit zwischen Kindern und jungen Erwachsenen (Groh et al., 2014; Van Ryzin et al., 2011). Andere zeigten den verändernden Einfluss genetischer oder umweltbezogener Faktoren auf die Bindungsmuster (Fearon et al., 2014) und bestätigen letztendlich die Diskontinuitätsbefunde der beiden deutschen Längsschnittstudien.

Im heutigen Verständnis der Bindungstheorie ist man weitestgehend von einer impliziten Stabilitätsannahme abgekommen, die eine durchweg stabile Lebenssituation voraussetzt. Stattdessen erkennt man, dass viele andere Faktoren eine Rolle spielen. So werden zum Beispiel die Bindungsmuster der Eltern (transgenerationale Transmission von Bindungsmuster) (Main et

al., 1985), der persönliche, familiäre oder weitere soziale Kontext im Elternhaus (Stress, psychischer Gesundheitsstatus der Eltern, familiärer ökonomische Probleme) sowie angeborene Charakterzüge des Kindes als zusätzliche Einflussfaktoren auf die Qualität der kindlichen Bindung verstanden (Mikulincer & Shaver, 2007a). Inzwischen überwiegt die Annahme, dass spätere andersartige Erfahrungen, (romantische) Beziehungen und Lebensereignisse, aber auch die Teilnahme an Psychotherapie das Bindungssystem im höheren Lebensalter mit beeinflussen und dieses in Richtung von mehr Sicherheit oder auch mehr Unsicherheit verändern können (Strauß, 2014). Mit fortlaufender Entwicklung wird eine solche Modifikation allerdings unwahrscheinlicher, da die inneren Arbeitsmodelle bereits Vorlagen für interpersonale Erwartungshaltungen und Wahrnehmungen bilden (Chen & Mallinckrodt, 2002).

Die Kontinuitäts-/Diskontinuitätsdebatte könnte gerade im klinischen Alltag dazu dienen, den Behandlungsfokus auf entsprechende Umstände zu legen, die eine Möglichkeit zur Revision eigener Bindungsmodelle und zur Veränderung der damit verbundenen Gedanken und Gefühle bieten, entsprechend Umstände zu generierend, die ermutigen, alternative Verhaltensmuster in der Interaktion mit anderen auszuprobieren und/oder aufrechtzuerhalten.

2.2. Bindung im Erwachsenenalter

Wie bereits diskutiert, gibt es widersprüchliche Forschungsergebnisse zu der Kontinuität von Bindungsqualitäten aus der Kindheit bis ins Erwachsenenalter. Manche Autoren sind der Ansicht, das Bindungssystem bliebe während des gesamten Lebens konstant: Erwachsene griffen in bindungsrelevanten Situationen auf ihre in der Kindheit erlernten Bindungsmuster zurück und suchten in Gefahrensituationen die Nähe von Bezugspersonen auf, bei denen sie gelernt haben, Unterstützung erfahren zu können (Parkes et al., 2006). Andere Autoren konstatieren, das erworbene Bindungsmuster sei im Laufe des Lebens veränderbar. Es unterliege einwirkenden Einflüssen und könne durch neue Bindungserfahrungen umstrukturiert werden (Strauß, 2014).

In der Erwachsenenbindungsforschung - vor allem bei der Konstruktion des „Erwachsenenbindungsinterview (Adult Attachment Interview)“ (George et al., 1985) (s.u.) - kristallisierten sich drei Bindungsmuster heraus, die mit Ainsworth kindlichen Bindungsmustern „sicher“, „ambivalent“ und „vermeidend“ korrespondieren. So wurde zwischen Probanden mit „sicher-autonomer“, „unsicher-ambivalenter“ und „unsicher-vermeidender“ Bindung unterschieden. Sicher autonome Probanden konnten reichhaltige und kohärente Bindungserfahrungen, die in der allgemeinen und episodischen Beschreibung übereinstimmten, sowie positive und negative Beziehungsaspekte wiedergeben. Sie waren in der Lage, aus den unterschiedlichen Erfahrungen ein einheitliches, wertschätzendes Allgemeinbild zu konstruieren und reflektiert wiederzugeben.

Die unsicher-ambivalenten Probanden zeigten Schwierigkeiten, Beziehungserfahrungen kohärent und klar wiederzugeben und sich von stark emotionalen Aussagen oder Bewertungen distanzieren zu können. Charakteristisch ist ein Wechseln zwischen positiven und negativen Bewertungen von früheren Erfahrungen.

Probanden mit unsicher-vermeidender Bindungsklassifikation hingegen zeigten nur geringe Zugänglichkeit zu episodischen Erinnerungen, teilweise sogar Erinnerungslücken. Die Beschreibungen wirkten widersprüchlich und inkohärent. So stand die Idealisierung von Bindungspersonen oft im Kontrast zu späterem Fehlen überzeugender Beispiele (Main et al., 2008).

Daneben gibt es - wie im Kindesalter - auch den desorganisierten Bindungstyp. Dieser ist häufig Resultat aus dem Erleben von Traumata und/oder von Missbrauchs- bzw. Misshandlungserfahrungen, die das Individuum nicht verarbeitet hat. Die sprachliche Darstellung der Individuen wirkt durch Verwecheln von Zeit und Raum, durch bizarre Details oder lange Pausen desorganisiert und inkohärent.

Mithilfe des Adult Attachment Interview lässt sich zusätzlich ein relevanter Zusammenhang zwischen dem Bindungstyp des Kindes und den Bindungsmustern der Bezugsperson nachweisen (transgenerationale Übertragung). So wurde in Untersuchungen schwangerer Erstgebärender eine positive Korrelation (bis zu 68% bei Unterscheidung in 4 Bindungsmuster) zwischen den Bindungsmustern der Mütter und dem späteren Bindungstyp des Kindes gefunden (Main et al., 1985).

2.3. Bindungsdiagnostik im Erwachsenenalter:

Die Bindungsdiagnostik im Allgemeinen, aber vor allem auch im Erwachsenenalter bringt Schwierigkeiten mit sich. Im Kindesalter ist in der Zeit vor dem Spracherwerb die Beobachtung von Interaktionsverhalten der Kinder der einzige Zugang zur Darstellung der inneren Arbeitsmodelle. Im Erwachsenenalter wird es schwieriger, die bevorzugte Bindungsperson eines Individuums eindeutig zu bestimmen und somit – analog zur Fremden Situation - über die Erzeugung von bindungsrelevantem Stress eine Aktivierung des Bindungssystems auszulösen und anhand der Verhaltensmuster Schlüsse über Bindungscharakteristika ziehen zu können.

Daher wird die zusätzliche Möglichkeit der sprachlichen Darstellung der inneren und mentalen Prozesse im Erwachsenenalter relevant. Dennoch gibt es eine breite Debatte darüber, welches der „korrekte“ Weg sei, Erwachsenen-Bindung zu messen (Steele et al., 2002). Es existieren sowohl Fremdeinschätzungs- und selbstreportbasierte Messinstrumente, die sich im Kontext zweier Traditionen herausgebildet haben und somit unterschiedliche Fokusse setzen. Fremdeinschätzungsverfahren - also Interviews - stammen eher aus der Entwicklungspsychologie

und ziehen linguistisch direkte Rückschlüsse auf Repräsentationen der inneren Arbeitsmodelle. In der Entwicklungspsychologie gilt Bindung als ein intrapsychischer Prozess, dessen psychische Regulationsmechanismen im Narrativ durch Fragen nach Beziehungserfahrungen erkennbar gemacht werden sollen. Diese Methodik lässt Rückschlüsse auf unbewusste Prozesse zu, ist aber in der Umsetzung und Auswertung viel aufwändiger und umständlicher. Im Vergleich zu selbstreportbasierten Verfahren herrscht auf dem Gebiet der Fremdeinschätzungsverfahren eine Methodenarmut. Das älteste und noch am häufigsten verwendete „Adult Attachment Interview (AAI)“ (Main et al., 1985) bewertet Patientenäußerungen in Bezug auf Fragen zu ihrer Kindheit. Dadurch lässt es aber aktuelle Bindungsrepräsentationen außer Acht. Dennoch hat die Methodik noch viele Anhänger und dient häufig neueren Verfahren als Validitätskriterium. Es wird im Anschluss noch genauer darauf eingegangen.

An den Selbstreportverfahren (Fragebögen) wird im Gegensatz dazu kritisiert, dass sie nur ein Bild der bewusst zugänglichen und gewollt geteilten Repräsentationen darstellen und somit häufig sozial erwünschte Antworten liefern. Selbstreportverfahren stammen aus der sozialpsychologischen Forschung und sind weitaus ökonomischer einsetzbar als Fremdeinschätzungsverfahren. In der Sozialpsychologie wird Bindung als ein interpersonaler Prozess angesehen, den man mit Fragen nach bindungsbezogenem Erleben, Einstellungen und Erwartungen, also einem anderen Aspekt des Bindungskonstrukts, direkt abfragen kann.

Häufig zielen die Fremdeinschätzungsinstrumente darauf ab, die Patienten möglichst eindeutig einer Gruppe „Innerer Arbeitsmodelle“ von Bindung zuzuordnen und somit nach kategorischen Bindungsmuster einzuteilen. Ein Nachteil dieser Kategorisierung kann die fehlende Nuancierung von Bindungstypen. Sie vernachlässigt klinisch relevante Variationen in Bindungsstrategien, was zu einem empirischen Informationsverlust führt. Im Gegensatz zu der früheren Überzeugung von Bindungskategorien ergeben neuere Studien, dass Bindungsdiagnostik am besten dimensional konzeptualisiert werden sollte (Fraley et al., 2015; Stein et al., 2002).

Es wird gezeigt, dass sich Individuen sowohl in ihren globalen Bindungsrepräsentationen als auch in ihren beziehungspezifischen Repräsentationen eher in Nuancen (nicht kategorisch) unterscheiden. Die Problematik solcher Messinstrumente, die eine dimensionale Einordnung abbilden (häufig Bindungsfragebögen), ist die Bezeichnungsprosperität der Messskalen. Je nach Autor oder Fragestellung unterscheiden sich bezüglich des Bindungskonstruktes die inzwischen unzähligen Instrumente nicht nur inhaltlich in den Dimensionen, sondern auch in der Anzahl dieser. Dies führt letztendlich zu Problemen in der Konvergenz und somit in der Vergleichbarkeit der Studienergebnisse. Die Problematik der Heterogenität wurde schließlich durch eine Studie neu aufgerollt, welche im Vergleich multipler Bindungserfassungsinstrumente letztendlich zwei unabhängige Dimensionen von Bindungsunsicherheit herausarbeitete: die Dimension Bindungsambivalenz (Anxiety) versus Bindungsvermeidung (Avoidance). Bindungssicherheit repräsentiert sich über niedrige Werte auf beiden Skalen (Smith et al., 1999; Stein et al., 2002).

Eine weitere Problematik bei der Vergleichbarkeit der verschiedenen Instrumente stellt die unterschiedliche Betrachtungsweise von Bindungsunsicherheit dar. Bindungsunsicherheit lässt sich entweder durch unterschiedliche sekundäre Regulationsstrategien (Schutzmechanismen, die das Individuum vor Enttäuschung und bindungsbezogenem Schmerz bei unzureichender Befriedigung seines Bindungsbedürfnisse schützen) oder über das Ausmaß von Desintegration der inneren Arbeitsmodelle von Bindung beschreiben.

Bei Ersterem wird die Bindungsunsicherheit anhand von des- und hyperaktivierenden Verhaltensweisen in bindungsrelevanten Situationen oder entsprechender Vorstellungsweisen (negative oder positive Modelle von sich oder anderen) gemessen, die für eher vermeidende oder eher bindungsambivalente Individuen typisch sind und als relativ stabil angesehen werden. Daher können sie in Selbstreportinstrumenten operationalisiert werden.

Desintegration von inneren Arbeitsmodellen von Bindung währenddessen zeigt sich in instabilen, oszillierenden Vorstellungs- und Verhaltensweisen der Individuen, deren inkohärente Darstellung die Bewertung von geschultem Fachpersonal benötigt und daher vor allem in interviewbasierten Verfahren erfasst wird.

Weiterhin wird angenommen, dass Bindungsstile nicht generell auf alle Beziehungen eines Individuum übertragbar sind, sondern eine Vielzahl individuell koexistierender innerer Arbeitsmodelle für unterschiedliche aktuelle und frühere Beziehungen oder Beziehungskonstellationen (dyadisch vs. Gruppe) existiert, die untereinander nur eine mäßige Konsistenz zeigen (Smith et al., 1999). Dadurch ergibt sich eine weitere Schwierigkeit. Es ist also folglich möglich, dass Forschungsergebnisse je nach Setting und Anwendung gleicher Instrumente verschiedene Konstrukte abbilden.

Insgesamt stellt sich folglich eine beträchtliche Unsicherheit dar, welche Messmethodik welche Bindungscharakteristika valide abzubilden vermag. In der Auswertung bindungsspezifischer Fragen sollte der Betrachter sich also des angewandten Verfahrens und individueller Einschränkungen bewusst sein.

Wie bereits erwähnt stellt das „Erwachsenenbindungsinterview (Adult Attachment Interview) von George, Kaplan und Main (1985) das wohl bekannteste und sehr häufig verwendete Instrument zur Erfassung der Erwachsenenbindung dar. Hiermit können die „Inneren Arbeitsmodelle“ von Bindung im Erwachsenenalter untersucht werden. Die Teilnehmer werden in einem halbstrukturierten Interview zu Bindungserfahrungen in ihrer Kindheit und über den Einfluss von frühen Beziehungen auf ihre Entwicklung befragt. Dadurch soll eine gegenwärtige Bewertung der Bindungserfahrungen erfasst werden (Main et al., 2008). Mittels des Adult Attachment Interviews werden durch die Fähigkeit der Erwachsenen, bindungsrelevante Erinnerungen abzurufen und zu integrieren, die teils bewussten und teils unbewussten Strategien beurteilt.

Die Anwendung dieses Instrumentes stellt zumeist (inzwischen auch im deutschen Sprachraum) das Standardverfahren in der Erwachsenenbindungsforschung dar. Aufgrund eines extremen Arbeitsaufwands und der Notwendigkeit vorheriger Schulungen der erhebenden Person erschwert es im klinischen Alltag die Anwendung.

Das in unserer Studie verwendete Instrument zur Beurteilung der Erwachsenenbindungsmuster, der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE) (Höger, 1999), zählt zu den eher neueren Messmethoden und basiert auf einem Selbsteinschätzungsverfahren. Es überzeugt durch seine Ökonomie in der Datenerhebung und Auswertung und wird vor allem in deutschsprachigen Forschungen verwendet. Die Anwendung des Instrumentes und die Einteilung der Bindungsmuster wird im Methodikteil der Arbeit behandelt.

3. Klinische Anwendung

3.1. Bindungstheorie in der Psychotherapie

In den vergangenen Jahren hat die Bindungstheorie immer mehr Einfluss auf unterschiedliche Richtungen der Psychotherapie (Senf & Broda, 2005) sowie auf die Psychotherapieforschung (Kirchmann et al., 2012) genommen. Direkt oder indirekt leitet man viele Thesen über die Ursachen einer gesunden psychischen Entwicklung sowie über die Umstände, die zu psychischen Störungen führen, aus der Theorie über die kindliche Entwicklung her. Es gibt viele pathogenetische Theorien zur Entstehung psychischer Probleme, die für die psychotherapeutische Behandlung (unabhängig von der theoretischen Orientierung) unerlässlich geworden sind.

In seiner Trilogie „Attachment und Loss“ liefert uns bereits Bowlby ein Modell mit nachvollziehbaren Schlussfolgerungen für eine psychopathologische Entwicklung (Bowlby, 1988). Er beobachtete, dass die Bindungsqualität einen Einfluss auf die Art und Weise der Pathologieentwicklung eines Individuums hat. Bowlby war der Überzeugung, dass der Zusammenbruch des Bindungssystems einen Risikofaktor für die psychische Homöostase darstellt. In seiner Vorstellung kann es bei starker Bedrohung vom Bindungssystem zu einem „Ausschluss von Informationen“ („defensive exclusion“) kommen, der letztendlich im Sinne seiner Abwehrtheorie in „abgetrennten Systemen“ („segregated systems“) resultiert (Bowlby, 1982).

Obwohl Bindungsunsicherheit laut Bindungstheorie nicht per se mit psychologischen Störungen korreliert, sondern im Zusammenhang mit bestehenden sozialen Umgebungsbedingungen betrachtet werden muss (auch etwa 40-50% aller Individuen in außer-klinischen Stichproben fallen in die Kategorie unsicheres Bindungsmuster (Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 2009)), fällt im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine deutliche Überrepräsentation von unsicheren Bindungsmustern in Patientenpopulationen auf. So konnten zum Beispiel van

Ijzendoorn und Bakermans-Kranenburg in einer Metaanalyse eine signifikante Häufung unsicher gebundener Patienten in klinischen Stichproben (zusammen 81%) im Vergleich zu nicht-klinischen Populationen (40-50%) zeigen (Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Hier konnte jedoch nicht wie in anderen Studien (Fonagy, 2001) der Zusammenhang zwischen bestimmten Bindungsmustern und klinischen Diagnosen hergestellt werden. Da es sich dabei aber um Querschnittsstudien handelt, lassen sich keine kausalen Schlüsse daraus ziehen und es bleibt offen, ob Bindungsmuster die Ursache der Symptomatik sind, oder andersherum die Symptomatik zu mehr Bindungsunsicherheit führt (Strauß, 2014).

Es scheint folgerichtig, dass ein unsicheres Bindungsmuster zumindest einen Risikofaktor für psychosoziale Probleme und die Entwicklung von Psychopathologien darstellt (Kirchmann et al., 2012; Strauß, 2008).

Um diesen Zusammenhang zu erklären, postulieren manche Autoren, dass Störungen der frühen Interaktion problematische Konsequenzen haben, die sich auch auf die Internalisierung psychischer Funktionen beziehen (Buchheim & Kächele, 2002). Unsicher gebundene Personen haben oft weniger flexible Mechanismen zur Affektregulation erlernt, wodurch sich Probleme beim Aufbau und Erhalt von engen Beziehungen ergeben. Letztendlich entsteht daraus häufig ein eher reduziertes soziales Netzwerk (Strauß, 2014), was sich wiederum in psychosozialen Problemen niederschlagen kann. Unsicher-vermeidende Menschen tendieren dazu, auf Zurückweisung anderer sensibler zu reagieren. Negative Gefühle wie Bedrohung, Hilflosigkeit oder ungenügendes Selbstwertgefühl werden somit nicht nur häufiger, sondern auch stärker erlebt (Strauß, 2014).

Die Autoren Maunder und Hunter versuchten den Zusammenhang zwischen Bindungsunsicherheit und erhöhtem Erkrankungsrisiko durch drei Mechanismen zu erklären. Sie zeigten, dass Bindung eine wichtige Variable im individuellen Umgang mit Stress ist und Bindungsunsicherheit mit erhöhter Stressanfälligkeit und gleichzeitig geminderten Regulationsmechanismen korreliert (Maunder & Hunter, 2001). Diese These bestätigte auch eine weitere Studie, in welcher unsicheres Bindungsmuster mit weniger flexiblen Coping-Mechanismen bei chronischen Erkrankungen korreliert (Schmidt et al., 2002). Die Einschränkung von Bewältigungsmechanismen führt folglich zu unzureichender Stressbewältigung in Belastungssituationen. Zusätzlich greifen unsicher gebundene Menschen häufiger auf externe Affektregulationsmechanismen (legale/illegale Drogen; Essverhalten etc.) zurück. Diese stellen ihrerseits wiederum ein Risiko für (psychische) Krankheiten dar. Als dritte Einflussvariable erkennen die Maunder und Hunter, dass unsicher gebundene Individuen anderen Gebrauch von protektiven Faktoren machen. Neben dem, wie bereits erwähnten, geringeren Zugang zu sozialen Ressourcen mangelt es häufig an Vertrauen in diese und führt somit zu einer geringeren Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung (Maunder & Hunter, 2001).

Auch wenn Bindungsautonomie nicht mit psychischer Gesundheit bzw. Symptomfreiheit gleichgesetzt werden kann (Buchheim & Kächele, 2002), konnten Meredith und Kollegen (2007) allerdings zeigen, dass ein sicheres Bindungsmuster eine Schutzfaktor vor psychischen Erkrankungen darstellt.

In der Psychotherapie manifestieren sich häufig in den Symptomen oder im Verhalten der Patienten die sekundären Strategien Hyper- und Deaktivierung, welche von unsicher-gebundenen Individuen in bindungsrelevanten Situationen verwendet werden. Nach Mallinckrodt (2000) stellen diese die Verbindung von Bindungsmustern und Übertragungsbereitschaften dar. Die Ergebnisse einer Studie von Dozier (1990) legen nahe, dass diese sekundären Bindungsstrategien mit dem individuellen Umgang mit Emotionen im Beziehungskontext korrelieren. Demnach gestehen sich Menschen mit der Tendenz zu hyperaktivierenden Strategien häufiger emotionalen Stress ein und öffnen sich Anderen gegenüber mehr (Dozier, 1990). In Hinsicht auf Psychotherapie suchen sie eine enge Bindung zum Therapeuten. Häufig zeigt sich ihr Bedürfnis nach Intensivierung in vorschneller Öffnung dem Therapeuten gegenüber, in einer anklammernden Haltung an ihn als Bindungsperson und in einem erhöhten Angstlevel vor Unerreichbarkeit des Therapeuten (Mallinckrodt, 2010).

Deaktivierende Strategien beim Patienten sind hingegen mit einer vermeidenden Haltung, beziehungsweise mit dem Widerstand, sich auf emotionale Themen einzulassen, assoziiert. Folglich neigen die Patienten in der Psychotherapie eher dazu, Hilfe durch den Therapeuten abzulehnen (Dozier, 1990).

Der Therapeut muss sich dieser Muster bewusst sein, um eventuelle Verschlussheit oder Frustration und damit sich zeigende Bindungsängste nachvollziehen zu können. So kann er einem vorzeitigen Therapieabbruch vorbeugen und seine Reaktionen entsprechend adaptieren. Bowlby (1988) schlägt in Hinblick auf diese sekundären Strategien vor, der Therapeut müsse diese in Frage stellen und entkräften, wodurch er emotionalen Wandel und Wachstum fördern kann.

Die Forschungsgruppe um Tyrrell (1999) kam zu dem Ergebnis, dass Therapeuten mit gegensätzlichen Regulationsstrategien, die folglich andere Muster der Beziehungsbildung und Emotionsregulation benutzen, die Strategien des Patienten natürlicherweise anfechten und ihm damit zum Erlernen neuer Strategien anregen. Letztendlich konnten sie zeigen, dass diese komplementären Konstellationen eine stärkere therapeutische Allianz formen, wodurch die Effektivität der therapeutischen Intervention erhöht wurde (Tyrrell et al., 1999).

Psychotherapie ist ein sehr komplizierter Prozess, der durch Faktoren auf Seiten des Patienten, des Therapeuten, der Art der Behandlung und der therapeutischen Beziehung etc. beeinflusst

wird.¹ Sowohl in Einzel- als auch in Gruppenpsychotherapie kann man die emotionalen Verbindungen zum Therapeuten beziehungsweise zur Gruppe im Sinne der Bindungstheorie als Bindungsbeziehungen (attachment bonds) deuten. Ein Individuum kann die Nähe zur Gruppe suchen und aufrechterhalten und bei Bedürftigkeit als eine Quelle für Trost, Unterstützung und Sicherheit sowie bei Befriedigung des Bindungsbedürfnisses als eine sichere Basis zur Exploration und Wachstum benutzen (Mikulincer & Shaver, 2007b).

Das Bindungssystem des Patienten scheint somit eine bedeutsame Basis für Psychotherapie zu sein. Nach Borelli und David (2004) repräsentiert die Psychotherapie einen Prozess, durch den die Patienten ihre persönlichsten und sensibelsten Details ihrer Lebensgeschichte einer Person offenbaren und darauf hoffen, dass diese feinfühlig, versorgend und fürsorglich ist und reagiert. Diese Interaktion zeigt Parallelen zu frühen Erfahrungen mit der Bindungsfigur, die ebenso wie der jetzige Therapeut, die Funktion einer sicheren Basis und eines „sicheren Hafens“ übernehmen soll. Der Psychotherapeut Strotzka unterstreicht ebenfalls in seiner Definition von Psychotherapie die Wichtigkeit einer tragfähigen emotionalen Bindung als Grundlage der Psychotherapie (Strotzka, 1975).

Die Bereitschaft und Fähigkeit, eine solche stabile Beziehung aufzubauen, ist weitestgehend abhängig von der Qualität bisheriger Beziehungs- und Bindungserfahrungen des Patienten. Wenn sicher gebundene Patienten mit Leidensdruck in eine Psychotherapie starten, neigen sie im Vergleich zu unsicher gebundenen Patienten eher dazu, dem Therapeuten zu vertrauen. Sie tendieren dazu, offen, engagiert, compliant und proaktiv in der Therapie zu sein und sind in der Lage, Verbesserungsvorschläge des Therapeuten zu benutzen und zu integrieren.

Ambivalent gebundene Patienten scheinen zu Behandlungsbeginn zwar oft leichter zu therapieren zu sein, da sie sich auf Grund ihrer ausgeprägten Hilfsbedürftigkeit dem Therapeuten (auch emotional) sehr schnell öffnen. Dennoch zeigen empirische und klinische Ergebnisse, dass ambivalent-gebundene Patienten nur sehr langsam Fortschritte in der Psychotherapie machen. Dies muss man wahrscheinlich der Tendenz ambivalent gebundener Individuen zuschreiben, schnell und unvorhersehbar zwischen ihren unterschiedlichen, zum Teil gegensätzlichen Bindungsrepräsentationen zu schwanken und kein eindeutiges Bild ihrer selbst und der Anderen zu besitzen (Levy et al., 2011).

Vermeidend-gebundene Patienten sind im Gegensatz dazu häufig resistent gegenüber Therapieangeboten. Es fällt ihnen schwerer, Andere um Hilfe zu bitten und bei entsprechendem Angebot, dieses auch anzunehmen (Dozier, 1990). Gleichzeitig scheinen sie Schwierigkeiten zu haben, sich auf emotionale Themen in der Therapie einzulassen (Levy et al., 2011).

In der These der Psychoanalytikerin Lotte Köhler: „jeder Patient aktiviert sein Bindungssystem in der therapeutischen Situation, in der er Hilfe sucht“ (Köhler, 1998) zeigte sich die

¹ siehe dazu Kapitel 3.2.1: Wirkfaktoren in der Gruppentherapie

Dringlichkeit, die Bindungstheorie in die Psychotherapie zu integrieren. Ihrer Ansicht nach erleichtern tragfähige Bindungserfahrungen den Patienten - vor allem im Falle stabiler Bindungsmuster - das Einlassen auf Psychotherapie. Folglich könnten die Patienten in einer laufenden Therapie auf Erfahrungen zurückgreifen, die sie in der frühen Kindheit mit ihrer Bezugsperson als sicherer Basis erlebt haben.

Aus der bindungstheoretischen Perspektive von Bowlby (1988) kann die Psychotherapie durch die Neuinszenierung des frühen Bindungssystems in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten Veränderungen ermöglichen. Durch rezidivierende neue sichere Erfahrungen mit dem Therapeuten kann der Patient ein sicheres inneres Arbeitsmodell von sich selbst und anderen verinnerlichen. Dem Therapeuten schreibt Bowlby dabei 5 Aufgaben zu, damit der Patient seine „Inneren Arbeitsmodelle“ reevaluieren kann: der Therapeut sollte eine sichere Basis schaffen, von der aus Exploration gewagt werden kann zusammen mit Ermutigung und Hilfestellung – dies zunächst im Kontext der therapeutischen Beziehung, später in Übertragung auf wichtige andere Beziehungen. In der gemeinsamen Analyse der Therapiebeziehung zum Therapeuten soll der Patient erkennen lernen, dass Erfahrungen mit früheren Bindungspersonen und daraus erwachsene Erwartungen alle wichtigen aktuellen Beziehungen prägen. Schließlich soll der Patient erkennen, dass frühere Modelle und Vorstellungen im derzeitigen Kontext nicht mehr adäquat sind. Letztendlich soll es dazu führen, dass er seine bisherigen Vorstellungen und Erwartungen vor dem Hintergrund seiner biographischen Prägung verstehen und für das Hier und Jetzt entsprechend verändern kann (Bowlby, 1989).

Auch die Psychologin C.L. Marmarosh ist davon überzeugt, dass die Bindungstheorie sinnvoll in Theoriekonstrukte von psychotherapeutischen Interventionen integriert werden kann. In ihren Augen legt die Bindungstheorie Wert auf die Erfassung der interpersonellen Dynamik in ihrem Einfluss auf therapeutische Beziehungen und bietet damit eine theoretische Rationale für empirisch belegte Mechanismen. Dazu zählen „therapeutische Allianz“, „Empathie“, „Emotionsregulation“ und „Korrektur durch positive Erfahrungen“ in einer sicheren therapeutischen Bindung (Marmarosh, 2015).

Nach dem heutigen Stand ist wohl am ehesten davon auszugehen, dass die Bindungstheorie und die aus ihr abgeleiteten Forschungsergebnisse zu einer differenzierteren Reflexion der therapeutischen Haltung beisteuern können. Das bezieht sich zum einen auf grundlegende psychotherapeutische Kompetenzen (Feinfühligkeit, interpersonale Fertigkeiten) sowie zum anderen auf Erkennen und geschickten Umgang mit Bindungs- und Explorationsbedürfnissen des Patienten. So verstanden beeinflusst die Bindungsorganisation des Patienten den Therapieprozess, die Reaktionen sowohl vom Patienten als auch vom Therapeuten, die Qualität der therapeutischen Allianz und das Therapieresultat (Levy et al., 2011) und ist daher für die Therapieergebnisse zur berücksichtigen.

3.2. Gruppenpsychotherapie

Gruppenpsychotherapie wird verstanden als die Behandlung von psychischen oder emotionalen Beeinträchtigungen oder Anpassungsproblematiken mittels einer Gruppe als Medium. Sie stellt ein wirkungsvolles Mittel dar, um Menschen mit einer Vielzahl unterschiedlicher Probleme zu helfen (Burlingame et al., 2004). Gruppentherapie unterscheidet sich in der Effektivität nicht von Einzeltherapie (Mcroberts et al., 1998; Strauß & Burlingame, 2012). Seit den ersten Ansätzen von Gruppentherapie in den frühen 1940er Jahren unterlag die Art und Weise der Umsetzung noch vielen Veränderungen zur Anpassung an die sich wandelnden Umständen der klinischen Praxis. Mit dem Hervortreten neuer Settings und Theorieansätze und dem sich verändernden Verständnis klinischer Symptome entwickelten sich parallel auch neuartige Varianten der Gruppentherapie mit verschiedenen Interventionszielen.

Es lassen sich grob folgende Richtungen von Gruppentherapie unterscheiden (Vgl. (Senf & Broda, 2005)):

- *Psychodynamische Gruppentherapie (inklusive Gruppenanalyse)*: mit Fokus auf Konfliktbearbeitung und Veränderung von Repräsentanzen in der haltenden Umgebung der Gruppe
- *Verhaltenstherapeutischer Ansatz*: verschiedene Techniken der Verhaltensmodifikation in der Gruppe
- *Interpersonale Gruppentherapie*: mit dem Fokus auf interpersonalen Beziehungen im Hier und Jetzt
- *Humanistische Gruppentherapie (gesprächsbasierte, klientenbasierte Gruppentherapie; Gestalttherapie; Psychodrama)*: Gemeinsamkeit ist ein ressourcenorientiertes Menschenbild mit Fokus auf der Förderung der Selbstaktualisierungstendenz.

Letztendlich basiert die Wirkung aller Arten der Gruppenpsychotherapie auf der Erfahrung, dass auch andere Menschen unter psychischen Verletzungen und Schwierigkeiten leiden und diese verändern wollen. Hierbei soll die Erkenntnis, von anderen mit seiner eigenen Persönlichkeit angenommen zu werden, in Verbindung mit einer respektvollen und kohärenten Gruppengemeinschaft zu einer positiven Erweiterung der eigenen zwischenmenschlichen Handlungsfähigkeit beitragen (Majce-Egger, 1999).

In Einzeltherapien steht vor allem die Beziehung des Patienten zum Therapeuten im Vordergrund. Im Gegensatz hierzu existieren in einer therapeutischen Gruppe mehrere Beziehungskonstellationen (Bormann et al., 2011). Hier entwickeln sich Beziehungen auf den Ebenen Patient – Therapeut, Patient – Patient und Patient - Gesamtgruppe.

Im Kontext der Gruppe äußern sich Entwicklungsstörungen und bisher unbewusste Konflikte sowohl innerseelisch als auch in den zwischenmenschlichen Beziehungen unter den

Gruppenmitgliedern. In der psychosomatischen Gruppentherapie versucht man diesen Umstand zu nutzen, indem man durch Untersuchen und Erkennen dieser Mechanismen und Manifestationen die dahinterliegende Problematik schließlich therapeutisch gezielt benennen kann. Neben dem Therapeuten, der mit diesen Erkenntnissen arbeitet, können die Patienten in anderen Mitgliedern Eigenschaften erkennen, mit denen sie selbst zu kämpfen haben. Yalom und Leszcz (2005) beschreiben die Gruppentherapie als einen „Spiegelsaal“ („hall of mirrors“), in welchem den Mitgliedern ihre eigenen Fähigkeiten und persönlichen Schwierigkeiten durch andere wiedergespiegelt werden.

Wie auch in der Einzeltherapie kommen in der Gruppentherapie Prozesse wie Übertragung und Gegenübertragung zur Entfaltung. Diese richten sich dann nicht mehr nur auf den Therapeuten, sondern können sich in der Beziehung zu anderen Gruppenteilnehmer, Untergruppen oder zu der Gruppe als kollektives Ganzes manifestieren. Gruppentherapie fundiert auf der theoretischen Annahme, dass die Beziehungsmuster, die sich in der Gruppe offenbaren, den habituellen Rollen und Beziehungen ähneln, welche die Patienten im sozialen Alltag einnehmen. Die dadurch an die Oberfläche kommenden unbewussten Konflikte sollen vom Gruppentherapeuten schließlich gedeutet werden (Senf & Broda, 2005).

Grundsätzlich geht man davon aus, dass sich zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern interpersonelle Beziehungen entwickeln und durch die alltäglichen Interaktions- und Lösungsmuster der Einzelnen reguliert werden. Der Gruppentherapeut erkennt maladaptive Muster, macht sie transparent und bietet aktivgezielte Interaktionen an, indem er versucht bestimmte Fertigkeiten zu stärken oder adaptive Prozesse zu unterstützen. Dadurch soll dem Patienten ermöglicht werden, seine bisherigen psychischen Funktionen zu erkennen, diese wo nötig zu verändern und so progressive Entwicklungsschritte zu machen (Senf & Broda, 2005).

3.2.1. Wirkfaktoren in der Gruppentherapie:

Wie auch in der Einzelpsychotherapie gibt es spezifische Faktoren, die den gruppentherapeutischen Prozess und die Therapie beeinflussen und lenken. Darunter werden jene Elemente verstanden, die einen Beitrag zur Verbesserung der Bedingungen des Zustandes eines Patienten leisten und gleichzeitig eine Folge der Intervention des Gruppentherapeuten, anderer Gruppenmitglieder oder des Patienten selbst darstellen (Strauß & Burgmeier-Lohse, 1994). Tschuschke (2010) nimmt an, dass alle Wirkfaktoren in Einzeltherapie ebenso auch im Gruppensetting zum Tragen kommen können. Eine Gruppe repräsentiert dabei seiner Meinung nach weit mehr als nur die Summe der Eigenschaften ihrer Mitglieder, sie baut sich zusätzlich auf mehreren Beziehungsebenen auf. Anders als in der Einzeltherapie, in der die Beziehung des Patienten zum Therapeuten maßgeblich ist, spielt in der Gruppentherapie sowohl die Ebene

zwischen Patient und Patient, als auch zwischen dem einzelnen Patienten und der Gruppe als Gesamtes eine wichtige Rolle (Strauß & Weber, 2014; Yalom & Leszcz, 2005).

So stellt die therapeutische Beziehung auch in Gruppen eine kurative Komponente dar (Bormann et al., 2011). Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe kann dem Individuum Sicherheit vor Gefahren (Staats, 2014) und darüber hinaus einen gewissen Grad an psychischer Beständigkeit bieten. Die Konsistenz bestimmter Werte und Normen einer Gruppe kann das Treffen von Entscheidungen erleichtern, während das Gefühl von Gruppenzugehörigkeit Stabilität vermittelt. Die Identität des Einzelnen wird laut Staats (2014) anteilsweise über seine Gruppenzugehörigkeiten definiert, welche über seine individuelle Lebensgeschichte hinausreichen. Staats These besagt, dass Individualität ohne mehrere Gruppenbindungen und Gruppenzugehörigkeiten nicht zustande kommen kann.

Neben dieser gewonnenen Stabilität können Gruppen aber auch anspruchsvoll und fordernd sein (Staats, 2014). Sie können einen Trigger für die Übertragung von Beziehungserfahrungen der frühen Kindheit darstellen und damit Raum für (schmerzvolle) Regression machen. Durch Aktivierung des Bindungssystems und dadurch verstärktem Regressionserleben kann es schließlich zum Einbruch etablierter Bewältigungsstrategien kommen (Staats, 2014).

In der Gruppentherapie wird durch die hinzugewonnenen Ebenen nicht nur die Introspektion jedes Einzelnen gefördert, sondern auch die Möglichkeit zur Fremdwahrnehmung in der Interaktion geboten. Im interpersonellen Austausch herrscht ein steter Wechsel der Perspektiven, der besondere Entwicklungsmöglichkeiten bietet. Die Effekte von interaktiver Gruppentherapie werden vor allem durch die Gruppendynamik, die durch die Summe der Eigenschaften aller Gruppenmitglieder gebildet wird, beeinflusst.

Yalom (1995) präsentierte einige spezifische Einstellungen und Erwartungen an die Gruppentherapie seitens des Patienten, die er als prognostisch günstig hinsichtlich des Therapieerfolgs beziehungsweise als Schutzfaktor vor Therapieabbruch erkannte. Sein Wirkfaktorenmodell (1995) mit 11 bedeutenden Variablen (Einflößen von Hoffnung, Universalität des Leidens, Mitteilung von Informationen, Altruismus, korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe, Erlernen von sozialen Fähigkeiten, nachahmendes Verhalten, interpersonales Lernen, Gruppenkohäsion, Katharsis und existenzielle Faktoren) gilt für viele Gruppenpsychotherapeuten als gemeingültig und wurde von vielen Gruppenforschern nachfolgend weiter untersucht und verwendet. Yalom schreibt in seinem Modell unterschiedlichen Größen eine wichtige Rolle im Therapieprozess zu. So zum Beispiel helfe der innere Glauben, dass die Gruppe persönliche Wünsche erfüllen und beim Erreichen der Therapieziele helfen könne. Wichtig sei zum einen auch die intrinsische Überzeugung, dass sowohl die Beziehungen zu anderen Gruppenmitgliedern, als auch die Beteiligung an der Gruppenarbeit befriedigend sein werden, zum anderen der nach außen vertretene Stolz, ein Gruppenmitglied zu sein. Laut seiner These bewirkt Psychotherapie keine Heilung, sondern

Wandel und Wachstum. Als wichtigste Wirkfaktoren zählen für Yalom das „Interpersonelle Lernen“ und die „Gruppenkohäsion“, wobei er einräumt, dass alle Faktoren abhängig voneinander sind und nicht getrennt funktionieren.

Andere Studien konnten eine ähnliche Rangfolge der Wirkfaktoren ermitteln. Über alle klinisch relevanten Studien hinweg zeigten sich „Katharsis“, „Kohäsion“ und „Interpersonales Lernen“ an vorderster Stelle (Vgl. Rangfolge von Wirkfaktoren anhand von Studien in Tschuschke (2010)). Yalom fügte noch hinzu, dass die individuelle Komposition von Gruppen mit einer spezifischen Gewichtung einzelner Faktoren korreliere.

Sein Modell orientiert sich allerdings an seinen eigenen Erfahrungen in Gruppentherapie (Yalom & Leszcz, 2005) und ist somit nicht empirisch belegt. Das ist sicherlich ein Aspekt, welcher von anderen Autoren in Frage gestellt und kritisiert wird (Strauß & Weber, 2014). Problematisch stellt sich vor allem die Messung der von Yalom vorgeschlagenen therapeutischen Faktoren dar, da es diesbezüglich inzwischen eine große Inhomogenität verschiedener Messinstrumente gibt. Yaloms initiales Instrument (Q-Sort) mit 60 Items zu 12 Dimensionen (Yalom, 1970) wurde wegen fehlenden psychometrischen Informationen und damit nicht-messbarer Reliabilität und Validität mehrfach von Forschern revidiert und gekürzt. Letztendlich strukturierten sich je nach Art und Weise der Kategorisierung verschiedene Messansätze heraus. Heutzutage besteht aufgrund einer Fülle unterschiedlicher Herangehensweisen und einem fehlendem Konsens über die Anzahl der Dimensionen bzw. Kategorien der Wirkfaktoren die Problematik, dass diesbezügliche Forschungsergebnisse nicht miteinander vergleichbar sind (Kivlighan & Kivlighan, 2014).

In dieser Studie wurde als Messinstrument das „Therapeutic factors inventory - deutsch“ (TFI-D) (s.u.) verwendet, welches die therapeutischen Wirkfaktoren auf drei Ebenen untersucht („Kohäsion/Zuversicht“, „Emotionale Sicherheit“, „soziales Lernen“). Er wurde 2013 von Weber und Strauß in deutscher Sprache überarbeitet und validiert (Weber, (in Vorbereitung)).

Johnson et al. (2005) untersuchten die zentralen Konstrukte innerhalb der unterschiedlichen Beziehungen in Gruppen und konnten 4 Elemente aufzeigen: „Gruppenklima“, „Kohäsion“, „Allianz“ und „Empathie“. Als wegweisende Komponente in der Gruppentherapie scheinen sie in der Gruppentherapie zu einem supportiven therapeutischen Klima beizutragen und die Entwicklung weiterer therapeutischer Prozesse positiv zu beeinflussen. Weitere Studien bestätigten, dass ein hoher Grad an Engagement sowie ein niedriger Grad an Konfliktpotenzial – als für das Gruppenklima bedeutende Faktoren – mit positiven Gruppenergebnissen korrelieren (Mackenzie, 1987).

Eine andere Gruppentherapiestudie, welche sich mit Einflussfaktoren auf das Therapieresultat beschäftigte, identifizierte den Faktor „Gruppenklima“ sogar als einzigen Prädiktor für Therapieresultate (Kirchmann et al., 2009). Die Forschungsgruppe untersuchte stationäre Patienten in Gruppentherapien mit besonderem Augenmerk auf deren Bindungseigenschaften. Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass alle Patienten am stärksten von emotionalen

Erfahrungen wie Vertrauen in das Gemeinschaftsgefühl profitierten. Während das Gruppenklima für Patienten mit allen Bindungsqualitäten (vor allem aber für unsicher-ambivalent Gebundene) am bedeutendsten war, werden abhängig von individuellen Bindungsmustern zusätzlich andere therapeutische Faktoren als wichtig empfunden: sicher-gebundene Individuen bewerten „soziales Lernen“ als relevanten Faktor; unsicher-vermeidende Individuen profitierten am meisten von der emotionalen Präsenz und Akzeptanz des Therapeuten (hilfreicher Therapeut) (Kirchmann et al., 2009).

MacKenzie (1987) erkannte in der Beobachtung des Therapieprozesses, dass sich die Bedeutung der Wirkfaktoren im Kontext von Entwicklungsphasen der Gruppenpsychotherapie ändert. Seine Forschungsgruppe entwarf daraufhin ein System mit fünf Phasen (Engagement, Differenzierung, Individuation, Intimität, Beendigungsphase). In den frühen Phasen gilt als Hauptziel, Akzeptanz und Gruppenzugehörigkeit zu etablieren, wobei vor allem Wirkfaktoren wie Altruismus, Hoffnung, Universalität und Kohäsion eine Rolle spielen. Diese bahnen den Weg für später wirksame Faktoren wie Katharsis, Interpersonelles Lernen und Einsicht.

So kann man also schlussfolgern, dass Gruppenpsychotherapie in ihrer Wirksamkeit durch viele Variablen und Konstrukte beeinflusst wird, deren Einflussstärke von individuellen Patientencharakteristika abhängt und sich während des Therapieprozesses verändern kann. In meiner Arbeit möchte ich nun den besonderen Fokus auf den Einflussfaktor von Bindungsmustern der Patienten legen.

3.2.2. Bindungstheoretische Überlegungen zur Gruppenpsychotherapie

Zum Verständnis der Wirkfaktoren in der Gruppentherapie tragen die theoretischen Konstrukte der Bindungstheorie bei. Bisherige Studien liefern Beweise dafür, dass das jeweilige Bindungsmuster als ein Prädiktor für das Therapieresultat (Meredith et al., 2007; Mosheim et al., 2000; Sachse & Strauß, 2002; Strauß et al., 2006), als Mediator/Moderator für das Gruppenklima und -kohäsion (Kirchmann et al., 2009) und für die Wahrnehmungsweise interpersoneller Prozesse (Mallinckrodt & Chen, 2004) gilt. Es wird angenommen, dass solche Muster den Gruppenprozess schon vor Therapiebeginn beeinflussen, da Patienten gewisse Erwartungen und Einstellungen bezüglich Gruppentherapie mitbringen (Marmarosh, 2009).

Bisher haben viele Forscher die Bindungstheorie auf die Konzeptualisierung von Patienten und auf Einzeltherapie angewandt (Dozier, 1990; Mallinckrodt, 2000; Marmarosh, 2015). Empirische Studien, die den Zusammenhang zwischen Bindung und Gruppenprozessen untersuchen, sind jedoch noch selten. Dabei stellt die Gruppentherapie sicherlich ein Setting dar, in dem der Wunsch nach Zugehörigkeit und Nähe wahrscheinlich auftreten und eine zentrale Rolle in der Behandlung spielen wird. Bowlbys Beitrag zur interpersonell orientierten Gruppenpsychotherapie ist

sicherlich weitreichender als bisher erforscht. Als Bindungsforscher unterstützte er bereits die These, dass sich die menschliche Natur hauptsächlich in interpersonellem Geschehen zeigt und dass viele psychische Probleme auf dem Boden früher Defizite bezüglich essentieller Beziehungswünsche entstehen (Bowlby, 1982). Die Bindungstheorie bietet einen empirisch gestützten Rahmen, um elementare Aspekte in interpersonellen Funktionsweisen von Kindern und natürlich auch von Erwachsenen verstehen zu können.

Bezogen auf die Einzeltherapie argumentieren viele Forscher, dass die therapeutische Beziehung Ähnlichkeiten mit einer „Bindungsbeziehung“ (attachment relationship) aufweist. „Der Patient findet im Therapeuten eine Person, die ihm weiser und stärker als er selbst erscheint. Daher wird der Patient in mancher Weise mit dem Therapeuten in der Art und Weise interagieren, die seine Erwartungen aus anderen Beziehungen reflektieren“ (Dozier & Bates, 2004). Die Gruppentherapie stellt aber wahrscheinlich noch stärker - oder zumindest anders als in der Einzeltherapie - ein Feld aus komplexen Interaktionen zwischen Menschen mit verschiedenen sozial-psychologischen, emotionalen Entwicklungen und unterschiedlichen Beziehungserfahrungen dar. Bindungserfahrungen und die daraus resultierenden „Inneren Arbeitsmodelle“ scheinen sich auf die Erwartungen gegenüber Gruppen, Gruppenprozessen und auf die Wahrnehmung des Potenzials einer Gruppe auszuwirken. Auch Mikulincer und Shaver erkennen die emotionalen Verbindungen zu einer Gruppe aus bindungstheoretischer Perspektive im Sinne der Bindungstheorie an: „A person can seek and maintain proximity to a group and use the group as a source of comfort, support and safety in times of need and as a secure base for exploration and growth“ (Mikulincer & Shaver, 2007b). Durch das Erkennen solcher Beziehungsprozesse und des Zusammenspiels aus verschiedenen Bindungsmustern kann der Gruppenprozess gelenkt werden. Das gruppentherapeutische Setting bietet im Kontext interpersoneller Konflikte, Konfrontationen mit Abschied und Trennung (beispielsweise in „Open Groups“) oder im Zusammenhang mit Bindungserzählungen anderer immer wieder Situationen, in denen es nach Bowlbys Theorie zu einer Aktivierung des Bindungssystems kommt (Marmarosh et al., 2013). In diesem Setting - so erklären manche Bindungsforscher - werden dem Patienten folgende Möglichkeiten geboten: (1.) Exploration früherer Verletzungen, die zu Nähe-Distanz-Problemen geführt haben (2.) Entwicklung neuer Ideen im Umgang mit Emotionstoleranz und -kontrolle im Blick auf die Beziehungsauswirkungen (3.) Förderung des Verständnisses von komplexen Beziehungsgeschehen, was zu kohärenter und interpersonell-ausdifferenzierter Sichtweise von Beziehungsgeschehen führen soll (Bowlby, 1988; Marmarosh et al., 2013).

Viele Bindungsforscher sind der Meinung, dass Individuen in einer Gruppentherapie ihre früheren Bindungserfahrungen reaktualisieren, um das Gruppengeschehen hinsichtlich ihrer inneren Bedürfnisse und auftauchender Gefühle besser bewältigen können. Die inneren Arbeitsmodelle zu Beziehungen, Bindungen und die Strategien zur Gefühlsregulierung werden automatisch durch

die Teilnahme an der Gruppe wachgerufen (Marmarosh et al., 2013). Je nach Setting und in Abhängigkeit von unterschiedlichen Beziehungen (dyadische Beziehung, Gruppensetting, ...) können Individuen auf Basis unterschiedlicher früherer Erfahrungen über verschiedene „Innere Arbeitsmodelle“ verfügen, die in den Bindungsvorstellungen untereinander auch nicht übereinstimmen müssen (Smith et al., 1999). Da diese Muster aber durch generelle Basisvariablen wie Selbstvertrauen und die Vorstellungen über die Verlässlichkeit der anderen beeinflusst werden, lässt sich dennoch ein enger Zusammenhang zwischen den verschiedenen Konstrukten herstellen. Im Rahmen der Gruppentherapie sind vor allem die inneren Arbeitsmodelle von Gruppen relevant, die auf frühen Erfahrungen hinsichtlich Gruppen (Familie, soziale, kulturelle oder therapeutische Gruppen) aufbauen. Anhand dieser konstruiert das Individuum Vorstellungen und antizipiert mögliches Verhalten von Gruppenmitgliedern. Mentale Bindungsrepräsentationen des eigenen Selbst (als ein Gruppenmitglied) sowie der Gruppe als Ganzes gegenüber beeinflussen die Gefühle (Grad des sich aufgehoben und geschützt Fühlens bei Gruppenakzeptanz oder Grad der Ängstlichkeit und der Scham, wenn die Akzeptanz nicht geboten ist oder bezweifelt wird) und die Verhaltenstendenzen, sich emotional offen gegenüber der Gruppe zu zeigen, Unterstützung zu suchen oder der Gruppe auszuweichen (Smith et al., 1999).

Vergleichbar mit Bindungsmustern in dyadischen Beziehungen kann der Gruppenbindungsstil anhand der Dimensionen Vermeidung und Ambivalenz als „sicher“, „ambivalent“ oder „vermeidend“ beschrieben werden (Holtz, 2005; Smith et al., 1999). Niedrige Werte in den Dimensionen Vermeidung und Ambivalenz sprechen für Gruppenbindungssicherheit. Diese Konzeptualisierung kann allgemeine Erwartungen bezüglich neuer Gruppen vorhersagen und kann beispielsweise mit der Gruppenbindungsskala (Social Group Attachment Scale) (Smith et al., 1999) gemessen werden.

In diesen Repräsentationen erkennen manche Autoren noch unterschiedliche Facetten, die Individuen in Gruppen an den Tag legen können oder auf Gruppen beziehungsweise ihre Mitglieder projizieren können. Intrapsychisch zeigt sich das Arbeitsmodell des Selbst und Anderer, während interpersonal das Bindungsverhalten in Gruppen widergespiegelt wird (Markin & Marmarosh, 2010).

Sicher gebundene Individuen haben ein eher positives Bild ihrer Selbst (Bartholomew & Horowitz, 1991) und Anderer (Markin & Marmarosh, 2010; Shechtman & Dvir, 2006) und setzen die Akzeptanz und Unterstützungsbereitschaft von Gruppen voraus (Mikulincer & Shaver, 2007b; Smith et al., 1999). Durch positive Erinnerungen an Gruppen (Rom & Mikulincer, 2003) werden prinzipiell positivere Vorstellungen auf neue Gruppen projiziert (Mikulincer & Shaver, 2007b). Die sicher gebundenen Menschen fühlen sich in der Nähe und der Intimität mit anderen Gruppenmitgliedern wohl, sind emotional offen (Mikulincer & Shaver, 2007b) und dadurch wahrscheinlicher bereit, sich sowohl initial (Shechtman & Rybko, 2004) als auch generell (Markin & Marmarosh, 2010) in der Gruppe zu öffnen. Gleichzeitig reagieren sie einfühlsamer

auf die Selbstoffenbarung anderer Gruppenmitglieder und zeigen ihnen gegenüber mehr Responsivität und damit produktiveres Verhalten auf das gesamte Gruppengeschehen bezogen (Shechtman & Dvir, 2006). Die grundsätzliche Überzeugung Unterstützung und Sicherheit in der Gruppe zu erfahren und die Fähigkeit, eigene Gefühle reflektieren zu können (Mikulincer & Florian, 2001), könnten die positive Korrelation zwischen Bindungssicherheit und einem häufiger auftretendem Verbalisieren negativer Emotionen und Übertragung auf die Gruppe erklären (Bsp. „Zwar weiß ich, dass es ungerecht ist, aber...“) (Markin & Marmarosh, 2010). Dass die Fähigkeit, eigene Übertragungen besser identifizieren und verstehen zu können, zu einem besseren Therapieergebnis beitragen kann, wurde in Einzeltherapiestudien bereits belegt (Gelso et al., 1997). Im gruppentherapeutischen Setting ist jedoch auch von einem positiven Einfluss dieser Eigenschaft auszugehen. Gruppenforschungsergebnisse zeigen zumindest einen positiven Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und dem Therapieoutcome, bzw. dem erfolgreichen Erreichen der Therapieziele (Mosheim et al., 2000; Strauß et al., 2006; Tasca, 2014).

Dieser Befund kann sicherlich durch die höhere Bereitschaft sicher gebundener Gruppenmitglieder erklärt werden, ihre „Innere Welt“ (inner world) zu explorieren (Flores, 2001). Bowlby appellierte schon damals an den Therapeuten, er möge den Patienten zur Exploration seiner inneren Arbeitsmodelle und Beziehungsvorstellungen ermutigen, um diese anhand derzeitiger Kontexte angemessen zu revidieren (Bowlby, 1989).

Im Gegensatz dazu scheint Bindungsunsicherheit der stärkste Prädiktor für unzureichende Therapieresultate in Gruppentherapie zu sein (Joyce et al., 2010). Bindungsunsicherheit korreliert zum einen mit einem fehlerhaften Selbstbild der Individuen, zum anderen vor allem mit initialen Schwierigkeiten, emotionale Bindungen, eine Vertrauensbasis und ein Gefühl von Gruppenkohäsion aufzubauen (Chen & Mallinckrodt, 2002). Unsicher gebundene Individuen haben ein gesteigertes Bedürfnis von Sicherheit, bevor sie von Gruppentherapie profitieren können (Tasca, 2014). Im Vergleich zu sicher-gebundenen Individuen deuten sie soziale Interaktionen häufig fehlerhaft. So haben sie beispielsweise eine gesteigerte Sensibilität für Gruppenkonflikte (Kivlighan et al., 2012), wodurch ihre maladaptiven interpersonellen Verhaltensmuster verstärkt werden (Mallinckrodt & Chen, 2004).

Auch Rom und Mikulincer (2003) bestätigten, dass die interpersonalen Merkmale unsicher-gebundener Individuen besonders anfällig für Spannungen und Konflikte in Gruppen sind. Sie fanden heraus, dass unsicher-gebundene Menschen mehr negative Affekte erfassen und weniger Gruppenidentifikation entwickeln und deshalb sozialen Gruppen geringere Bedeutung beimessen (Rom & Mikulincer, 2003). Andere Studienergebnisse zeigten, dass Bindungsunsicherheit positiv mit der Schwierigkeit, die anderen Gruppenmitglieder als verfügbare, sensitive und reagierende Gegenüber zu erkennen (Mikulincer & Shaver, 2007b) und negativ mit der Wahrnehmung

sozialer Unterstützung in Gruppen korreliert (Smith et al., 1999). Bindungsunsicherheit und die dadurch in den „Inneren Arbeitsmodellen“ verankerten negativen Einstellungen und negativen emotionalen Reaktionen der Gruppe gegenüber führen zu einer Verschlechterung in der sozialemotionalen Interaktion im Gruppenkontext (Chen & Mallinckrodt, 2002) und zu geringerer sozialer Unterstützung der Anderen (Smith et al., 1999).

Gruppenmitglieder mit einem hohen Grad an Bindungsambivalenz tendieren zum Aufbau negativer Selbstkonzepte (Markin & Marmarosh, 2010). In Studien zeigte sich, dass sie weniger dazu in der Lage sind, interpersonelle Eigenschaften von Gruppenmitgliedern einzuschätzen und häufig interpersonale Probleme überbewerten (Chen & Mallinckrodt, 2002). Ebenso wird der Grad der Intimität im Gruppengeschehen von ambivalent-gebundenen Individuen unterschiedlich aufgefasst. Sie benötigen mehr Zeit und Zuneigung als sicher gebundene Mitglieder, um Beziehungen als eng zu definieren (Hudson & Fraley, 2017). Stattdessen richten sie ihre Aufmerksamkeit zwang- und dauerhaft auf interpersonale Signale (wie etwa Ablehnung, Zurückweisung), welche aber häufig fehlinterpretiert werden (Markin & Marmarosh, 2010). Um dieser Belastung standzuhalten - so erklären Mallinckrodt und Chen (2004) - reagieren bindungsängstliche Individuen auch im Gruppenkontext (vergleichbar mit engen dyadischen Beziehungen) mit einer Hyperaktivierung ihres Bindungssystems (Mallinckrodt & Chen, 2004). Daraus resultieren überempfindliche emotionale Reaktionen der Gruppe gegenüber, welche häufig Besorgnis, Angst oder Enttäuschung enthalten (Barghaan et al., 2009; Smith et al., 1999). Trotz eigentlich positiver Erwartungen gegenüber der Gruppe sind diese Menschen weniger in der Lage, Gruppenerfahrungen auszuschöpfen (Markin & Marmarosh, 2010).

Auch vermeidend gebundene Individuen haben mehr Schwierigkeiten, sich in einer Gruppe einzugliedern und wohlzufühlen. So zeigten Studien, dass sie prinzipiell negativere Einstellungen gegenüber Gruppen (Markin & Marmarosh, 2010) und Gruppenmitgliedern (Mallinckrodt & Chen, 2004) sowie ein initiales Misstrauen gegenüber anderen Gruppenmitgliedern haben (Chen & Mallinckrodt, 2002). Es fällt ihnen schwer, ein Zugehörigkeitsgefühl zu der Gruppe aufzubauen (Chen & Mallinckrodt, 2002) oder sich mit dieser zu identifizieren (Rom & Mikulincer, 2003; Smith et al., 1999). Im Gegenteil neigen diese Menschen häufiger dazu, die Gruppe gänzlich abzulehnen und zu verlassen (Markin & Marmarosh, 2010; Smith et al., 1999; Tasca, 2014). Sie tendieren eher dazu, die Eigenschaften ihrer Mitpatienten negativ zu bewerten (sie sehen Andere beispielsweise weniger freundlich/weniger dominant als sich das Gegenüber selbst sieht oder verbinden eher stereotypisch negative Eigenschaften mit ihnen) (Mallinckrodt & Chen, 2004; Markin & Marmarosh, 2010). Gleichzeitig scheint es ihnen schwerzufallen, interpersonale Probleme anderer richtig einzuschätzen (Chen & Mallinckrodt, 2002).

Im Gegensatz zu bindungssicheren Gruppenmitgliedern, für welche Kohäsion einen wichtiger Wirkfaktor in der Gruppenpsychotherapie darstellt, scheinen vermeidend-gebundene Individuen

weniger von diesem Konstrukt profitieren zu können. Im Gegenteil führen Gefühle wie Nähe, Intimität oder Abhängigkeit zu Bedrängnis (Rom & Mikulincer, 2003; Tasca, 2014) und damit zu einer Aktivierung von deaktivierenden Bindungsstrategien. Dadurch sollen bindungsbezogene Gedanken, Gefühle und belastende Reize kontrolliert oder gar unterdrückt werden (Mallinckrodt & Chen, 2004). Gruppenzugehörigkeit wird als Schutz vor Verletzbarkeit runtergespielt oder nicht anerkannt; folglich korreliert Bindungsvermeidung dann negativ mit dem Grad der Einschätzung von Kohäsion in Gruppen (Illing et al., 2011). In einer großangelegten Studie zum Zusammenhang zwischen Bindungsmustern und Wirkfaktoren in der Gruppentherapie zeigte sich, dass bindungsvermeidende Gruppenmitglieder die Bedeutung von Wirkfaktoren anders bewerten. Ebenfalls wird argumentiert, dass bindungsvermeidende Persönlichkeiten therapeutische Wirkfaktoren weniger bewusst nutzen (Markin & Marmarosh, 2010). Für diese Patientengruppe zählte die emotionale Präsenz und Akzeptanz des Therapeuten (hilfreicher Therapeut) als wichtigster Wirkfaktor (Kirchmann et al., 2009). Eine andere Studie konnte aufzeigen, dass sich das Gruppenallianz-Gefühl bei vermeidenden Bindungstypen trotz des generellen Intimitätswachses der gesamten Gruppe während des Therapieverlaufs durch ihr distanziertes Verhalten eher verringert (Tasca, 2014). Marmarosh (2009) konnte bei „Bindungsvermeidern“ eine stärkere Furcht vor möglicher Beschämung oder Erniedrigung in der Gruppentherapie nachweisen. Andere Befunde zeigen eine verminderte Öffnungsbereitschaft bei Bindungsvermeidung (Markin & Marmarosh, 2010; Shechtman & Dvir, 2006; Shechtman & Rybko, 2004).

Aus bisherigen Ergebnissen empirischer Forschung zu Bindungsmustern in Gruppentherapien lässt sich also eine Auswirkung der Bindungserfahrungen und der daraus resultierenden „Inneren Arbeitsmodelle“ auf die Erwartungen gegenüber Gruppen, Gruppenprozessen und auf die Erwartungen des Potenzials einer Gruppe ableiten. Gruppenmitglieder mit sicherer Bindungsrepräsentanz scheinen auf Grund ihrer positiven Erwartungen gegenüber anderen und ihrer Öffnungsbereitschaft das Potenzial einer Gruppe am besten nutzen zu können (Strauß, 2012).

Das Ziel einer effektiven Gruppentherapie sollte dennoch sein, dass auch Patienten mit Bindungsangst trotz ihrer negativen Selbstmodelle letztendlich Unterstützung, Bestätigung und Akzeptanz erfahren.

Manche Gruppenforscher postulieren, dass Patienten in Gruppentherapie systematisch und kontinuierlich Situationen erleben, in denen ihre eigenen negativen „Inneren Arbeitsmodelle“ und die der anderen in Frage gestellt werden. Hier stellt sich die Basis für interpersonales Lernen dar. Laut dem Neurowissenschaftler Flores bietet die Gruppe eine hochpotenzielle Umgebung für korrigierende interpersonale Erfahrungen auf Verhaltens- (und neuronaler) Ebene (Flores, 2010). Die maldaptiven interpersonalen Muster und die damit in Verbindung stehenden psychischen Problematiken, welche Patienten dazu bewegen, Hilfe in einer Gruppentherapie zu suchen,

werden nach Yalom's Meinung in der Interaktion der Mitglieder und in dem „sozialen Mikrokosmos“ der Gruppe rasch erkennbar. Der Verhaltensausschnitt des Patienten, den der Therapeut in einer Therapiesitzung erlebt, sei repräsentativ für dessen Verhalten im größeren Rahmen.

Durch das Vergleichen verschiedener Vorstellungen und durch die Identifikation diskrepanter eigener Muster haben Gruppenmitglieder die Möglichkeit, aktuelle dysfunktionale Verhaltensweisen zu modifizieren und neue Methoden zu erlernen, um mit anderen besser oder erfolgversprechender zu interagieren. Zunächst geschieht dies nur auf der Ebene der bekannten und vertrauten Gruppenmitglieder, später können die neuen erfolgreichereren Muster auch außerhalb der Gruppe angewandt werden (Chen & Mallinckrodt, 2002).

In Studien zu Bindungsunsicherheit bei Essstörungen konnte gezeigt werden, dass die Abnahme von Bindungsunsicherheit gegenüber der Therapiegruppe zu einer längerfristigen Abnahme genereller Bindungsangst führen kann (Keating et al., 2014; Tasca, 2014).

Gruppenpsychotherapie stellt sich wie alle Therapieformen als ein Prozess dar. Nach Meinung mancher Autoren baut dieser grundlegend auf Komponenten der Gruppenatmosphäre (Gruppenklima, Allianz und Kohäsion) auf (Illing et al., 2011). Das Gruppenklima basiert auf der Wahrnehmung der folgenden Dimensionen durch die Gruppenmitglieder: Zugehörigkeitsgefühl, Konfliktgrad, Vermeidung gewisser Themen. Zwar werden die genannten Prozessfaktoren durch individuelle Patientenvariablen beeinflusst werden (beispielsweise Einfluss von Bindungstyp auf Gruppenklima (Kirchmann et al., 2009), auf Allianz (Bernecker & Al, 2014; Diener & Monroe, 2011; Mallinckrodt & Jeong, 2015) oder auf Kohäsion (Holtz, 2005; Kirchmann et al., 2009)) es zeigte sich jedoch, dass über die Therapiedauer nicht nur der Grad der Allianz und des Gruppenklimas, sondern auch das Zugehörigkeitsgefühl in der Gruppe zunahm (Illing et al., 2011). Diese positive Entwicklung im Gruppentherapieprozess ermöglicht einen Gewinn an Vertrauens- und Gemeinschaftserfahrungen. Die Forschungsgruppe um Kirchmann (2009) konnte zeigen, dass Patienten in stationärer Gruppentherapie diese positiven Erfahrungen als hilfreichsten Faktor im Genesungsprozess ansehen (Kirchmann et al., 2009).

Mikulincer und Shaver (2007) fanden heraus, dass Gruppen mit stärkerer Kohäsion Mitgliedern mit eher unsicheren „Inneren Arbeitsmodellen“ eine Basis für die Bildung einer sicheren Bindung zur Gruppe bieten konnten.

In der Gruppentherapie - unabhängig von ihrem methodischen Konzept - stellt die Übertragung einen weiteren wichtigen zu berücksichtigenden Prozess dar. Der Psychotherapeut Gelso beschreibt Übertragung als das individuelle Erleben des Gegenübers, welches durch eigene individuelle psychologische Strukturen und frühere Erfahrungen geformt wird (Gelso, 2014). Dies impliziert eine Verschiebung von Gefühlen, Einstellungen und Verhaltensweisen auf andere, die eigentlich früheren bedeutenden Beziehungen angehören.

Gruppen ermöglichen mit ihren unterschiedlichen Beziehungsebenen und -strukturen ein vielfältiges Übertragungsangebot. Das ermöglicht dem Patienten, seine Bindungserfahrungen und die damit verbundenen Repräsentationen aktivieren, explorieren, modifizieren und integrieren zu können (Markin & Marmarosh, 2010; Marrone, 1998). Je nach Setting und abhängig von den unterschiedlichen aktuellen Beziehungen können Gruppenmitglieder unterschiedliche Übertragungen entwickeln (Smith et al., 1999). Eine Studie von Markin und Marmarosh versuchte bereits den Einfluss der individuellen Bindungsmuster der Patienten auf Übertragungsbereitschaft zu zeigen. Hierbei stellte sich heraus, dass der Charakter und die Häufigkeit von Übertragungen vom Bindungstyp abhängig sind: sicher gebundene Menschen tendieren auf der Basis ihrer grundsätzlich positiven Überzeugung und ihres Sicherheits- und Akzeptanzgefühls häufiger zu positiv ausgestalteten Übertragungen und sind offen bezüglich Introspektion und Reflektion dieses Geschehens (Markin & Marmarosh, 2010).

In einer optimalerweise Bindungstyp-gemischten Komposition der Gruppenmitglieder ergibt sich laut Markin und Marmarosh die beste Möglichkeit des "Modelllernens". Dabei könnten unsicher gebundene Mitglieder wohl am meisten ihren Nutzen aus den Stärken der anderen ziehen. Auch andere Autoren sind davon überzeugt, dass sicher gebundene Mitglieder mit adaptiveren interpersonellen Fähigkeiten eine Vorbildfunktion im Gruppensetting einnehmen können (Shechtman & Dvir, 2006). Über neu-erfahrene positiv, dyadisch- oder gruppenbasierte Bindungserfahrungen können demnach maladaptive Muster revidiert und positiv verändert werden.

Markin und Marmarosh (2010) machen jedoch die Einschränkung, dass gänzlich unsicher gebundene Individuen (negative Bindungsrepräsentanz sowohl auf dyadischer als auch auf Gruppenebene) nicht für eine Gruppentherapie geeignet sind. Ihnen fehle ein Auffangsystem („buffer“), um sich gegen Missempfinden auf jeglicher Beziehungsebene zu schützen. Dadurch sei die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass es zu einem vorzeitigem Abbruch der Gruppentherapie kommt. Solche Individuen würden daher zunächst von einem Setting in Einzeltherapie profitieren (Markin & Marmarosh, 2010).

3.2.3. Bindungsmuster und Therapieerfolg

Es gibt bereits zahlreiche Studien, die sich mit dem Zusammenhang von Bindungsmuster und Therapieergebnis beschäftigen. So legen bisherige Forschungsergebnisse nahe, dass abhängig vom Grad an Bindungsunsicherheit unterschiedliche Therapiemodalitäten zu besseren Ergebnissen führen. Demnach profitieren Patienten mit höherem Level an Bindungsunsicherheit, also einem höherem Bedarf an Sicherheitsgefühl, stärker von psychodynamischer interpersoneller Gruppenpsychotherapie (Tasca, 2014), welche auf die Ausbildung von Kohäsion, Affektregulation und die Modifizierung interpersoneller Beziehungsmuster ausgelegt ist. Bei

niedrigerem Level an Bindungsunsicherheit hingegen zeigten sich bessere Therapieresultate in kognitiv-behavioraler Therapie (Tasca, 2014). Ähnlichen Ergebnisse konnten Ogrodniczuk und Kollegen aufzeigen. Sie fanden heraus, dass Patienten mit befriedigenderen Qualität in ihren sozialen Objektbeziehungen (quality of object relation QOR) stärker von interpretativer Therapie und Patienten mit geringerer QOR mehr von supportiven Interventionen profitieren (Ogrodniczuk et al., 2002).

Einigkeit zeigte sich in vielen Studien darüber, dass der Bindungstyp der Gruppenmitglieder auch unabhängig von der Therapierichtung Einfluss auf das Resultat hat.

Einige Befunde aus der Gruppentherapieforschung zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und Therapieoutcome, bzw. dem Erreichen der Therapieziele (Meyer et al., 2001; Mosheim et al., 2000; Strauß et al., 2006; Tasca, 2014). Die Forschungsgruppe um Meyer (2001) konnte in einer naturalistischen Studie mit 149 Gruppentherapiepatienten sogar den Faktor „sichere Bindung“ als Prädiktor für Behandlungserfolg bestimmen. Der Therapieerfolg wurde anhand der Symptomreduktion und einer Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus gemessen.

Auch Mosheim und Kollegen (2000) präsentieren einen Zusammenhang zwischen *Bindungssicherheit* und dem Ausmaß, mit welchem der Patient sein Therapieziel erreicht (Mosheim et al., 2000). Strauss et al. (2006) machen im Rahmen der Ergebnisse ihrer multizentrischen Studie an 6 psychotherapeutischen Einrichtungen mit stationären interpersonal-psychodynamischen Behandlungskonzepten die Einschränkung, dass sicher gebundene Patienten zwar in den meisten Ergebnisvariablen stärker profitieren als ambivalent-gebundene Patienten, die dargestellten Effekte aber nur sehr klein sind und man insofern andere Faktoren mit mehr Einfluss das Therapieergebnis identifizieren müsse (Strauß et al., 2006).

Andere Studien bestimmen *Bindungsunsicherheit* in Gruppen als stärksten Prädiktor für unzureichende Therapieresultate in Gruppentherapie (Joyce et al., 2010).

Hingegen zeigen die Studienergebnisse von Sachse und Strauß (2002) einen Zusammenhang zwischen ambivalentem Bindungsmuster und Therapieergebnis. Hier profitierten ambivalent-gebundene Patienten mehr von der psychodynamischen Therapie in einem stationären Gruppentherapiesetting als vermeidend-gebundene Patienten. Gleichzeitig beurteilten Patienten mit unterschiedlichen Bindungsqualitäten die therapeutischen Wirkfaktoren unterschiedlich (Sachse & Strauß, 2002).

Bindungsvermeidung korrelierte in einigen Studien wiederum mit vorzeitigem Therapieabbruch (Markin & Marmarosh, 2010; Tasca, 2014), was sicher als negatives Therapieergebnis zu werten ist.

Bei der Betrachtung dieser Forschungsergebnisse darf man nicht vergessen, dass sich die Zusammenhänge zwischen Bindungsmustern und Therapieerfolg immer auf die jeweilig gesetzten Kriterien für den Behandlungserfolg in den jeweiligen Studien beziehen. Die Autoren

Sachse und Strauß merken an, dass die prädiktive Validität von Bindungsmustern folglich entsprechend der Therapiezielkriterien Varianzen aufweist (Sachse & Strauß, 2002).

Grundsätzlich kann man jedoch von einem Einfluss von Bindungsmustern auf den Therapieerfolg in psychotherapeutischer Gruppentherapie auszugehen. Dieser soll in der vorliegenden Studie näher untersucht werden.

4. Das deutsche Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem ist in drei Bereiche eingeteilt: in den ambulanten, in den stationären Sektor sowie in die Rehabilitation, welche ebenfalls in ambulante oder stationäre Angebote unterteilt wird. Es ist ein gemischt öffentlich - privates System, welches auf vier Grundprinzipien (Versicherungspflicht, Beitragsfinanzierung, Solidaritätsprinzip, Selbstverwaltungsprinzip) beruht (Iqwig, 2015).

Die Versicherungspflicht impliziert, dass alle deutschen Bürger verpflichtet sind, sich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu versichern. Gleichzeitig ist die GKV dazu verpflichtet, jeden Antragsteller aufzunehmen. Die Auswahl des speziellen Unternehmens innerhalb der gesetzlichen Versicherungen steht dem Einzelnen frei. Der Versicherungsbeitrag richtet sich alleine nach dem jeweiligen Einkommen und wird gemeinsam vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer erbracht.

Erst bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze unter anderem bei einem bestimmten Brutto-Verdienst oder im Beamten- oder Selbstständigenstatus kann man sich privat krankenversichern. Dabei behält sich die private Versicherung das Recht vor, Antragsteller abzulehnen.

Hier errechnet sich der monatliche Beitrag aus den individuellen Risiken des Versicherten.

Für die Beitragsfinanzierung ist festgelegt, dass die Gesundheitsversorgung ausschließlich über die Beiträge finanziert werden soll. Es müssten dementsprechend keine Steuermittel oder privaten Zuschüsse durch den Versicherten einfließen, wie beispielsweise in anderen Nationen (z.B. den Vereinigten Staaten). Allerdings ist anzumerken, dass der Staat seit 2004 die GKV substantiell mit Steuermitteln bezuschusst, um den Anstieg der Beitragssätze zu dämpfen (Porter & Guth, 2012).

Durch das Solidaritätsprinzip wird sichergestellt, dass alle gesetzlich versicherten Bürger das gleiche Anrecht auf Versorgung haben, unabhängig von der Höhe ihrer Beitragszahlung. Damit stehen jedem Mitglied in der GKV die gleichen Behandlungsmöglichkeiten und Therapieformen offen.

Die Selbstverwaltung ist so geregelt, dass der „Gemeinsame Bundesausschuss“ (G-BA) - ein Gremium aus Vertretern der Ärzte und Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser,

Krankenkassen und Versicherten - die hauptsächliche Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens übernimmt. Durch den Staat werden nur die entsprechenden notwendigen Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung festgelegt.

Das breite Spektrum an Leistungen, welches in beiden Versicherungsformen (GKV und PKV) dem Versicherten zur Verfügung steht, wird vom Gesetzgeber und vom G-BA zusammen definiert (Porter & Guth, 2012).

4.1. Sonderfall Psychotherapie

Im Vergleich zu vielen anderen Ländern erleichtert das deutsche Gesundheitssystem den Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung für hilfsbedürftige Individuen. Basierend auf dem „Neurose-Urteil“ des Bundessozialgerichtes von 1964 müssen die deutschen Krankenversicherungen für die 2 verschiedenen Therapiemethoden aufkommen, deren Effizienz inzwischen empirisch belegt wurde: Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie (Bundesausschuss, 2017). Dass Psychotherapie als eine Standardleistung von der Krankenversicherung getragen wird, ist eine Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems. Will ein Patient eine Therapie beginnen, darf er selbstständig den Therapeuten auswählen. Daraufhin erfolgt ein Antrag bei seiner Krankenversicherung bezüglich der Kostenübernahme. Seit dem 01.04.2018 ist die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Sprechstunde festgelegt. Im Anschluss daran stehen zu Beginn jeder Psychotherapie probatorische Sitzungen. Hiervon müssen mindestens zwei, maximal 4 stattfinden. Diese zählen extra und werden nicht auf Kurz- oder Langzeittherapie angerechnet (Bundesausschuss, 2017). Die Entscheidung über die Teilnahme an einer Therapie sowie die Methode und Dauer der Therapie erfolgt durch eine detaillierte Evaluation eines erfahrenen Therapeuten und liegt nicht in den Händen der Versicherung (Psychotherapie-Richtlinie, 2018).

Ein weiteres Merkmal des deutschen Gesundheitssystems ist die große Anzahl stationärer Krankenhausbetten für psychosomatische und psychotherapeutische Behandlungen. 2004 boten deutsche Krankenhäuser in 122 Spezialeinheiten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie über 4412 stationäre Betten an (Barghaan et al., 2009), zusätzlich zu einer Kapazität von etwa 25.000 Betten für stationäre psychosomatische Rehabilitation (Linden, 2014). In den meisten dieser Krankenhäuser ist Gruppentherapie die Therapie der Wahl, häufig in Ergänzung mit anderen Therapiemethoden, wie Kunst- oder Körperorientierten Therapieverfahren bzw. Musiktherapie.

Hingegen spielen ambulante Gruppentherapien mit etwa 10% (von 5000 Psychotherapeuten mit einer Gruppentherapie-Lizenz) im deutschen Gesundheitssystem derzeit nur eine untergeordnete Rolle (Ehrenthal & Weber, 2016).

4.2. Stationärer Sektor

In den Bereich der stationären Versorgung fallen die klassische Krankenhausversorgung und die stationäre medizinische Rehabilitation.

Liegt kein Notfall vor oder ist der Patient nicht privat versichert, muss in jedem Fall geprüft werden, ob eine Aufnahme im stationären und damit kostspieligeren Sektor notwendig ist. Ist eine intensivere Therapie im multimodalen therapeutischen Setting oder ein vollstationärer Aufenthalt erforderlich, spricht man von stationärer Behandlung. Hierbei kann der Patient zwar Einfluss auf die Krankenhausausswahl nehmen, aber ihm steht keine freie Arztwahl im Krankenhaus zu (Gerlinger & Burkhardt, 2014a).

Abzugrenzen davon ist die stationäre Rehabilitation. Sie schließt alle Behandlungen ein, die den Patienten nach längerem Krankenhausaufenthalt oder Therapien wieder zu Selbstständigkeit und Leistungsfähigkeit, das heißt auch Arbeitsfähigkeit verhelfen sollen. Darunter zählen sowohl physio- und psychotherapeutische Maßnahmen, spezielle Schulungen im Umgang von Hilfsmitteln, ebenso wie Anschlussbehandlungen für psychische Erkrankungen und Suchtproblematiken (Bildung, 2014; Gerlinger & Burkhardt, 2014a, 2014b).

4.3. Ambulanter Sektor

Die ambulante Versorgung schließt alle Behandlungsleistungen ein, die außerhalb von Kliniken durchgeführt werden und stellt damit häufig die erste Anlaufstelle für Patienten dar. Dazu zählen vor allem die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte, aber auch Bereiche, wie die psychotherapeutische Versorgung, Physiotherapie etc.. Außer in Notfällen, bei denen eine direkte Krankenhausversorgung notwendig ist, wendet sich der Patient zunächst an seinen niedergelassenen Hausarzt, der die notwendige Therapie einleitet oder eine Überweisung an einen Facharzt oder eine Einweisung zur stationären Behandlung ausstellt. Die Wahl des niedergelassenen Arztes liegt in der Hand des Patienten (Gerlinger & Burkhardt, 2014a).

4.4. Rehabilitation

Eine Person gilt als gesund, wenn sie vor dem Hintergrund ihres gesamten Lebens, ihrer körperlichen Funktionen und Körperstrukturen der Norm entspricht, sie ohne erwartete gesundheitliche Probleme ihren gewünschten Aktivitäten nachgehen und sie ohne jegliche Beeinträchtigungen an allen Lebensbereichen in zu erwartender Form teilhaben kann (Who, 2001).

Sollte diese funktionelle Gesundheit in irgendeinem Maße länger als sechs Monate eingeschränkt oder zukünftig gefährdet sein, wird dies als (mögliche zukünftige) Einschränkung der Person gesehen und damit ist der Bedarf einer (präventiven) Rehabilitation gegeben ("SGB IX," 2008).

Die medizinische Rehabilitation zielt auf eine primäre Prävention, auf Behandlung und Kompensation, sowie auf die sekundäre Prävention chronischer Erkrankungen ab.

Rehabilitation wird nochmals unterschieden in Leistungen bei akuter Behandlungsbedürftigkeit (von Kranken- oder Sozialversicherung finanziert) und solchen, die durch Wiedereingliederung in die Arbeitswelt auf einen Aufschub des Renteneintrittes abzielen. Letztere werden deswegen von der Deutschen Rentenversicherung finanziert. Diese trägt derzeit über die Hälfte aller stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Sie sieht ihren Auftrag vor dem Kontext des Grundsatzes „Reha vor Rente“. Ziel ist dabei die Wiederherstellung oder die Verbesserung der Leistungsfähigkeit, die Verbesserung der Gegebenheiten der Umwelt durch Abbau von Barrieren und Schaffung von Förderfaktoren sowie gegebenenfalls das Einwirken auf die Leistungsbereitschaft, um letztendlich ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern (§9 Abs.1 S.1 SGB VI).

Entscheidend für die medizinische Rehabilitation ist eine auf den Patienten zugeschnittene Planung und Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen. Unter dem Konzept der „Hilfe zur Selbsthilfe“ soll die Behandlung an die individuelle Situation des Patienten angepasst und sowohl Selbstmanagement als auch Eigenverantwortung durch spezielle Angebote von Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining gefördert werden (Rentenversicherung, 2016).

Bisher wurden hauptsächlich stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen angeboten; in den letzten Jahren wurde jedoch auch immer mehr der Ausbau ambulanter Angebote gefördert. Beide Konzepte gelten als gleichwertig (Baumgarten et al., 2008). Von daher wird die Entscheidung entsprechend der Krankheits- und Problemkonstellation des Patienten gefällt.

Die Rehabilitation stellt im ambulanten Setting folgende Vorteile dar: sie ermöglicht durch das Angebot wohnortnaher, interdisziplinär therapeutischer Maßnahmen eine leichtere Integration Angehöriger, Berücksichtigung arbeits- und berufsbezogener Aspekte und die direkte Umsetzung erlernter Fähigkeiten in den Alltag.

Gegen eine ambulante Rehabilitations-Maßnahme sprechen die Notwendigkeit von ständiger ärztlicher und pflegerischer Betreuung sowie eine ausgeprägte Multimorbidität, die von einer nicht-stationären Rehabilitationseinrichtung nicht geleistet werden kann. Darüber hinaus kann die ambulante Rehabilitation durch das zusätzliche Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung oder bei einer schweren psychosomatischen oder psychischen Erkrankung kontraindiziert sein.

Um hinsichtlich der Rehabilitation eine bessere Anpassung an die Bedürfnisse und Verpflichtungen des Einzelnen gewährleisten zu können, werden inzwischen durch den Rentenversicherungsträger auch teilstationäre und ambulante Leistungen angeboten (Bäcker & Kistler, 2016). Im Unterschied zu vollstationären Aufenthalten werden hierbei die Patienten nicht „rund um die Uhr“ betreut, sondern suchen die wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung nur

während der Therapiezeiten auf und verbringen die Abende und Wochenenden zu Hause (Bäcker & Kistler, 2016).

Da es eine wichtige Aufgabe darstellt, einen langfristigen Erfolg der Rehabilitation zu erzielen und zu stabilisieren, ist derzeit auf diesem Gebiet eine Vielfalt neuer Angebote und dynamischer Entwicklung zu bemerken. Dazu zählt unter anderem das Konzept der intensivierten Rehabilitationsnachsorge IRENA sowie PsyRENA (s.u.).

4.4.1. Psychosomatische Rehabilitation:

Etwa ein Drittel der Menschen in Deutschland leiden innerhalb eines Jahres an psychischen Erkrankungen, wie aus einer bevölkerungsrepräsentativen Studie zur Prävalenz psychischer Probleme in der Bundesrepublik hervorgeht (Jacobi et al., 2014). Bei nur leicht steigender Prävalenz über die letzten Jahre stieg allerdings die Bereitschaft, psychische Störungen als gesundheitliches Beeinträchtigung zu akzeptieren und therapieren zu lassen (Koch, 2016). Dementsprechend nehmen psychische Erkrankungen in Behandlungen eine immer wichtigere Rolle ein. Inzwischen stehen sie bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sogar an zweiter, als Grund einer Erwerbsminderungsrente an erster Stelle (vor Anzahl von Inanspruchnahme einer Erwerbsminderungsrente bei Krankheiten des Bewegungsorganes, des Kreislaufsystems, des Nervensystems oder vor Krebserkrankungen) (Koch, 2016).

Wie auch die medizinische Rehabilitation zielt der Sonderfall der psychosomatischen Rehabilitation auf die Prävention, Behandlung und Kompensation chronischer Erkrankungen ab. Die therapeutische Vorgehensweise orientiert sich am biopsychosozialen Modell von Krankheit und Gesundheit, welche auf einer mehrstufigen psychosomatischen Bewertung, einem multidimensionalen Behandlungsfokus und dem Versuch einer Symptomreduktion aufbaut. Hierbei steht zusätzlich das Erlernen von Kapazitäten und Bewältigungsstrategien der chronischen Erkrankung und Beeinträchtigung, die Wiederherstellung des Wohlbefindens und eines normalen Lebens, sowie eine berufliche Reintegration (inklusive der Arbeitsplatzsuche im Hinblick auf mögliche Beeinträchtigung) im Vordergrund (Linden, 2014).

Im therapeutischen Prozess der psychosomatischen Rehabilitation sollen die Patienten dahingehend gefördert werden, dass sie folglich möglichst dauerhaft ohne psychotherapeutische und/oder medizinische Hilfe leben können, wobei sie ihre psychische und physische Lebensqualität zurückerlangen sollen (Petermann & Koch, 2009).

Eine der wesentlichen Herausforderungen im Bereich von psychosomatischen Störungen ist die langfristige Erhaltung des erzielten Reha-Erfolges und Integration in den Alltag nach der nur 4-

bis 6-wöchigen Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Nach heutigen Forschungsergebnissen gilt das Ergebnis psychosomatischer Rehabilitation im stationären Rahmen als erfolgsversprechend. Einige Evaluationsstudien konnte effektive Ergebnisse und auch langfristige positive Effekte nachweisen (Nübling et al., 1999; Petermann & Koch, 2009). So konnten Steffanowski und Kollegen (2007) mit einer breitangelegten Meta-Analyse zu stationärer psychosomatischer Rehabilitation mittelgradige und relativ stabile Effekte belegen (Steffanowski et al., 2007). Ebenso konnte die Forschungsgruppe um Nosper (1999) suffiziente Effekte und einen Rückgang der Arbeitsunfähigkeitsquote nach einer dreiwöchigen Rehabilitationsbehandlung nachweisen. Dennoch gelten Rehabilitationserfolge nicht immer als nachhaltig, denn es zeigte sich ebenfalls, dass in der relativ kurzen Therapiedauer meist keine ausreichende und langzeitstabile Besserung erreicht werden kann. Gerade bei schwerwiegenden psychosomatischen Erkrankungen bedarf es einer längeren Zeitspanne von psychosomatischen Interventionen, um eine effektive Realisierung der Therapieziele zu erreichen (Steffanowski et al., 2007). Laut einer Studie leiden Patienten mit psychosomatischen bzw. psychischen Problemen im Mittel bereits 6-8 Jahre unter den Symptomen, bevor sie sich in fachgerechte psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung begeben (Potreck-Rose & Koch, 1994). Da die durchschnittliche Erkrankungsdauer negativ mit Erfolgsaussichten korreliert (Steffanowski et al., 2007), ist es nicht verwunderlich, dass der Rehabilitationsprozess und der Transfer neu gewonnener Erfahrungen und Einsichten oftmals längere Zeit in Anspruch nimmt als die durchschnittlich angesetzten 4-6 Wochen. Tschuschke (2007) konnte in einer breitangelegten Studie zeigen, dass Patienten in ambulanter Gruppentherapie bessere Resultate aufweisen, je länger sie an der Gruppe teilgenommen haben (Tschuschke et al., 2007).

Aufgrund des zunehmenden Kostendrucks ist in den letzten Jahren jedoch eine stetige Abnahme stationärer Verweildauer zu verzeichnen. In Analysen der Barmer GEK zeigt sich bei zwar starker Zunahme an Fallzahlen eine nicht zu vernachlässigende Senkung der stationären psychotherapeutischen Therapiedauer zwischen 1990 und 2010 um 32% (von 45 auf 31 Tage) (Barmer-Gek, 2011). Die derzeitige Limitierung von Rehabilitationsleistungen der GKV auf drei Wochen orientiert sich eher an ökonomischen Überlegungen als an rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsergebnissen, in denen sich eine 9-12-wöchige Dauer (in Abhängigkeit vom Krankheitsbild und der Chronifizierungsrate) als optimal herausstellte (Nosper, 2008). Eine zu kurze Therapiedauer hat im Gegenteil eine steigende Rückfall- und Wiederaufnahmerate zur Folge (Nosper, 2008).

Die Konfrontation mit früheren oder auch mit nun neuen sozialen und beruflichen Lebensumständen nach einer Rehabilitation stellt für die Patienten häufig Schwierigkeiten dar, sodass diese oftmals bei der Umsetzung der im geschützten Rahmen der häufig wohnortfernen Rehabilitationsklinik erreichten Veränderungen des Erlebens und Verhaltens unter alltäglichen

Bedingungen an ihre Grenzen stoßen. Nicht alle Patienten können nach ihrer Entlassung die Anpassungs- und Kompensationsleistungen aufbringen, die der Übergang von stationärer psychosomatischer Heilbehandlung in den beruflichen, familiären und sozialen Alltag abverlangt (Kobelt, 2015). Sie laufen Gefahr, in alte maladaptive Gewohnheiten zurückzufallen. Die Wahrscheinlichkeit für einen erneuten Krankenhausaufenthalt in den ersten 2 Jahren nach Entlassung aus einer stationären Psychotherapie beträgt bis zu 39% - abhängig von der Diagnose (Barmer-Gek, 2011).

Diese Ergebnisse und die klinische Erfahrung, dass nach Rückkehr in den Alltag die während einer stationären psychosomatischen Rehabilitation erarbeiteten Therapieziele häufig ohne weitere Hilfsangebote verblassen, unterstreichen die Notwendigkeit einer ambulanten Weiterbehandlung. Um den verbesserten Gesundheitszustand des Patienten längerfristig aufrechtzuerhalten, wurde von der Landesversicherungsanstalt Hannover 1995 ein inzwischen weitverbreitetes ambulantes Nachsorgeprogramm in der Psychosomatik, das Curriculum Hannover konzipiert (Kobelt & Grosch, 2005). Seit 2000 wird dieses Konzept bundesweit von mehreren Rentenversicherungsträgern angeboten, so auch von der Deutschen Rentenversicherung im Rahmen der intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA). Bei über 90% der Rehabilitanden einer psychosomatischen Reha-Klinik besteht die Notwendigkeit einer solchen ambulanten Nachbehandlung (Harfst et al., 2002).

IRENA (intensivierte Rehabilitationsnachsorge)

Die Abkürzung „IRENA“ steht für **I**ntensivierte **R**ehabilitation**s**nach**s**orge und stellt einen besonderen, multimodalen und inhaltlich breiten Nachsorgeansatz der Deutschen Rentenversicherung dar. Das IRENA-Programm wird im Anschluss an eine stationäre, teilstationäre oder ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation angeboten. Seit 2001 gilt es gem. §31 Abs.1 Nr.1 SGB VI als Regelverfahren, in dessen Rahmen komplexe Rehabilitationsnachsorgeleistungen in den 5 Indikationsgebieten Orthopädie, Kardiologie, Psychische Störungen, Neurologie und Stoffwechselerkrankungen erbracht werden können (Drv, 2011).

Anfang 2016 wurde mit der Einführung eines neuen Rahmenkonzeptes der DRV (Stand 09.06.2015) die Zusammenführung aller Rehabilitations-Kernangebote und somit eine bundesweite Vereinheitlichung für ein bedarfsgerechtes und möglichst flächendeckendes Nachsorgeangebot angestrebt. Dadurch soll Rehabilitationsnachsorge für jeden Versicherten unabhängig von dem für ihn zuständigen Rentenversicherungsträger zugänglich sein (Boes, 2016). Hiernach erschließt sich dem Patienten – individuell an seine Nachsorgebedürfnisse angepasst – das Angebot des multimodalen IRENA- oder neuerdings des unimodalen PsyRENA-Nachsorgeprogramm.

In diesen psychosomatischen Nachsorgeprogrammen werden Patienten mit verschiedenen psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen (außer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen) wie z.B. Depression, Angst- und Panikstörung, Belastungs- und Anpassungsstörungen oder Somatoformen Störungen etc. eingeschlossen (Rentenversicherung, 2015). Die Teilnahme an einer solchen Nachbehandlung ist für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung zuzahlungsfrei. Es bedarf dafür einer Verordnung der weiteren Nachsorgeleistung durch die vorherige Rehabilitationseinrichtung, welche das zumindest weitgehende Erreichen des zuvor definierte Reha-Ziel und die dennoch bestehende Notwendigkeit der weiteren Unterstützung durch ambulante Reha-Nachsorge für einen langfristigen Erfolg voraussetzt (Boes, 2016). 70% der Rehabilitanden einer psychosomatischen Reha-Klinik erhalten eine solche Empfehlung (Harfst et al., 2002).

Diese Nachsorgeangebote beinhalten folgende Ziele: Sie sollen das erreichte Rehabilitationsergebnis im Alltag verankern und stabilisieren und besonders vor dem Hintergrund des individuellen Leistungsvermögens des Patienten die Wiedereingliederung in das Berufsleben unterstützen. Als Glied in der Rehabilitationskette mit ähnlicher inhaltlicher Konzeption soll dieses Angebot die Schwierigkeiten der Schnittstelle abfedern und einen milderen Übergang ermöglichen (Kobelt, 2015). Der Patient soll darin unterstützt werden, seine neu gewonnenen Kompetenzen durch Einübung und weiteren Ausbau von affektiven, kognitiven und Verhaltensfertigkeiten zu generalisieren und mögliche depressive Krankheitsverarbeitung weiter abzubauen (Kobelt et al., 2002). Darüber hinaus fördert die Reha-Nachsorge die Aufrechterhaltung der beruflichen Leistungsfähigkeit, indem sie Hilfestellung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz und bei der beruflichen Wiedereingliederung bietet (Boes, 2016).

Die indikationsspezifischen Therapien im IRENA- sowie im PsyRENA-Nachsorgeprogramm werden in der Regel als Gruppenleistungen in zugelassenen, wohnortnahen Rehabilitationseinrichtungen angeboten. Medizinisch ist es sinnvoll, die Nachsorge möglichst zeitnah zu beginnen. Der Versicherte sollte die Therapiesitzungen innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Rehabilitationsleistung antreten, sonst erlischt die gegebene Kostenzusage (Rentenversicherung, 2015).

IRENA- Multimodale Nachsorgeleistung nach psychosomatischer Rehabilitation	Mindestens 2 Problembereiche in Bezug auf die Hauptdiagnose (z.B. Stressbewältigung/ Entspannungstraining und ernährungsmedizinische Leistungen)
	Behandlungselemente unter Beteiligung mindestens zweier Berufsgruppen (z.B. Psychologen, Diätassistenten)
	Verordnung von bedarfsgerechten Behandlungseinheiten (keine Pauschalbewilligung) je nach Bedarf
	Durchführung in allen von der DRV anerkannten Reha-Einrichtungen
	Beginn innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation
	Abschluss innerhalb von 12 Monaten nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Abb. 1: Das multimodale Nachsorgeangebot „Irena“ nach dem neuen Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge; Quelle: DRV (2015)

Ist kein multimodales Setting indiziert, wurde bis Anfang 2016 nach der alten Rahmenkonzeption zur Reha-Nachsorge gemäß dem Curriculum Hannover – PsyRENA verfahren. Dieses unimodale Nachsorge-Programm beinhaltet ausschließlich therapeutische Gruppentherapie-Maßnahmen aus dem Bereich der Psychotherapie. Die Anzahl der Gruppentherapietermine im Curriculum Hannover entspricht maximal 24 (IRENA), 25 (PsyRENA) Sitzungen. Zusätzlich hat jeder Patient Anspruch auf ein Aufnahme- und ein Abschlussgespräch in Form eines Einzeltermines. Inhaltlicher und zeitlicher Rahmen der psychosomatischen Nachsorge werden durch das Ärzteteam der Rehabilitationseinrichtung empfohlen. Zunächst ist die Behandlung auf 8 Wochen begrenzt, kann aber in Einzelfällen auf 12 Wochen verlängert werden. Pro Woche können maximal 3 Termine wahrgenommen werden, die sich als berufsbegleitend verstehen und somit häufig in den frühen Abendstunden oder an Samstagen stattfinden. Die Therapiedauer pro Sitzung beträgt zwischen 90-120 Minuten (Aufnahme und Abschlussgespräch je 50 Minuten) (Kobelt, 2015).

Die ambulante psychosomatische Nachsorge wird im geschlossenen Gruppenformat mit der Maximalgröße von 10 Teilnehmern durchgeführt (generelle Unterscheidung in der Gruppentherapie zwischen offen, halb-offen und geschlossenen Formaten) - das bedeutet, dass die Gruppenzusammensetzung von Anfang bis Ende dieselbe bleibt, mit Ausnahmen, wenn Patienten vorzeitig abbrechen. Es wird davon ausgegangen, dass dieses Format die Bildung kohäsiver Gruppen und damit einer besonderen Soziodynamik ermöglicht. Da Vertrauen und Gruppendynamik als wichtige Wirkfaktoren in der Gruppentherapie gelten (Yalom, 1995), geht man im Regelfall hierbei von einer höheren therapeutischen Potenz aus.

Die Zusammensetzung der Gruppen erfolgt zufällig nach Wartelistenplatz. Somit ist keine Störungsspezifität oder eine andere schematische Zusammenstellung gegeben.

Therapeutisches Setting

1. Kontrollierte Übungs-/Trainingstherapie
<ul style="list-style-type: none">- Verhaltenstherapeutische Problemlösung (90-100 Min.)- Standardgruppe Selbstsicherheitstraining (75-100 Min.)- Indikative Gruppe (jeweils 90-100 Min.)<ul style="list-style-type: none">o Angsto Schmerzo Depressiono Adipositaso Zwango Anorexie/Bulimieo Körperwahrnehmungo Psychomotorische Therapieo Berufliche Orientierungo Themenspezifischo Bewegungs- und Körpertherapie- Psychoanalytische Gruppentherapie (90 Min.)- Körperzentrierte psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie (60-90 Min.)
2. Entspannungstraining
<ul style="list-style-type: none">- Entspannungstraining, progressive Muskelrelaxation (30-45 Min.)- Autogenes Training in der Gruppe (60 Min.)
3. Problemorientierte Gruppenarbeit
<ul style="list-style-type: none">- Problemorientierte Gruppenarbeit (60 Min.)
4. Information, Motivation, Schulung
<ul style="list-style-type: none">- Motivationsförderung (30-45 Min.)- Patientenschulung bei Suchtmittelabhängigkeit/-missbrauch (50Min.)- Sozialberatung (15Min.)

Abb. 2: Die 4 Therapiefelder des IRENA-Programmes für den Indikationsbereich Psychosomatik, Quelle: Kobelt (2015)

Das therapeutische Setting ist multimodal (es kann aus 4 Therapiefeldern ausgesucht werden: kontrollierte Übungs-/Trainingstherapie; Entspannungstraining; problemorientierte Gruppenarbeit; Information, Motivation, Schulung). Das Ganze basiert auf einem konflikt- und lösungsorientiertem Therapieansatz, in welchen neben analytisch-interaktionellen Konzepten auch verhaltenstherapeutische Techniken und sozialmedizinische Beratungen integriert wurden

(Kobelt et al., 2001). Da die Therapiegruppen nicht schematisch gebildet werden, verlagert sich der Schwerpunkt der zu bearbeitenden Therapiethemen abhängig von den Gruppenteilnehmern und ihren aktuellen Konflikten und Problemen (Kobelt & Grosch, 2005). In den psychoanalytisch-interaktionellen Interventionen steht vor allem die Beziehungsgestaltung und die Konfliktbearbeitung im Mittelpunkt, wohingegen die verhaltenstherapeutischen Techniken (kognitive Umstrukturierung, Verstärkungspläne, Stimuluskontrolle, Selbstsicherheitstechniken, Rollenspiele und Entspannungsverfahren) auf eine schnelle und wirkungsvolle Bearbeitung aktueller problematischer Situationen und deren selbstständige Lösung abzielen (Senf & Broda, 2005).

Vor Beginn des eigentlichen Therapieprogramms findet ein individuelles Vorgespräch zwischen dem zukünftigen ambulanten Psychotherapeuten und dem Patienten statt. Es dient einer ersten Kontaktaufnahme sowie der Vorstellung und Erklärung des Nachsorge-Konzeptes. Dabei sollen auf Seiten des Patienten, bei dem häufig nur wenig Vorerfahrungen mit Gruppentherapie bestehen, mögliche Angst- oder Schamgefühle vor der Teilnahme an einer Gruppentherapie vermindert werden. Gleichzeitig werden die individuellen Nachsorgeziele des Einzelnen konkret besprochen (Kobelt et al., 2001).

Ergebnisse einer kürzlich veröffentlichten Studie sprechen dafür, dass das IRENA-Programm geeignet ist, die Erfolge der vorherigen Rehabilitation zu stabilisieren und weiter auszubauen (Fittig et al., 2016). Die Patienten zeigten im Hinblick auf psychosoziale Gesundheit und das allgemeine Funktionsniveau zwischen Beendigung des Rehabilitationsaufenthaltes und Ende der Nachsorgegruppe signifikante Verbesserungen. Kobelt und seine Kollegen konnten bei Teilnahme am IRENA-Programm eine Stabilisierung der Reha-Ergebnisse und somit den Rückgang von Inanspruchnahme weiterer Versicherungsleistungen nachweisen (Kobelt & Schmid-Ott, 2010).

4.5. Konzept Tagesklinik

Eine Tagesklinik ist eine Institution der ambulanten und teilstationären Patientenbetreuung. Sie gilt als eigenständiges Behandlungskonzept mit der besonderen Möglichkeit, das therapeutische Milieu in Kombination mit dem gewohnten häuslichen Umfeld zu erleben (Ploeger & Neises, 2010).

Als Privatkliniken unterstehen sie aufsichtsrechtlich der regionalen Krankenhausaufsicht und damit dem Krankenhausgestaltungsgesetz des jeweiligen Bezirks. Da diese Einrichtungen meist nicht im Landeskrankenhausplan aufgenommen sind, gibt es keine geregelte Verpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherungen, einen Aufenthalt dort zu zahlen. Oftmals müssen die Patienten einen Eigenanteil für die Behandlung zusteuern.

Im Bereich der Psychiatrie sind Tageskliniken sozial- und teilweise auch psychotherapeutisch ausgerichtete Einrichtungen von Krankenhäusern, in denen Patienten tagsüber weiter betreut werden. Deshalb müssen sie fähig sein, in der übrigen Zeit in der eigenen Wohnung und ihrem alltäglichen Umfeld zurechtzukommen. Von solchen Einrichtungen profitieren vor allem Patienten, die für eine ambulante Therapie zu stark durch ihre psychische Erkrankung eingeschränkt sind, aber auch keine intensive psychiatrische Versorgung (mehr) benötigen. Häufig dienen Behandlungen in solchen Einrichtungen entweder zur Nachsorge nach stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung.

Die Zahl der stationär psychiatrisch, psychotherapeutisch oder psychosomatisch-behandlungsbedürftigen Patienten hat sich in den letzten 10 Jahren beinahe verdoppelt. In der allgemeinen gesellschaftlich-medizinischen Entwicklung besteht weiterhin ein Trend, dass entsprechende Krankheitsbilder und damit ihre sozialmedizinischen Auswirkungen (Krankschreibungen, betriebliche Ausfälle, Berufsunfähigkeiten, Frühberentungen) an Häufigkeit zunehmen. In Deutschland wird schätzungsweise jedes Jahr eine Millionen Menschen wegen psychischer Einschränkungen behandelt. Davon wird inzwischen jeder 10. Patient in einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Tagesklinik aufgenommen (Hopf & Diebels, 2017). Die Indikationen für eine teilstationäre Behandlung in einer psychosomatischen Tagesklinik sind sehr breit gefächert, es gibt nur wenige Ausschlusskriterien (wie zum Beispiel Suizidgefährdung, bestimmte histrionische Störungsbilder etc.) (Ploeger & Neises, 2010).

Als Vorteile einer Behandlung im tagesklinischen Milieu gelten die therapeutische Dichte durch die Ressourcenkonzentration auf ein Tages-Therapieprogramm sowie das multimodale therapeutische Behandlungsangebot. Neben der standardmäßig vorwiegend gruppenorientierten Psychotherapie (oftmals auf Grundlage der sich auf die psychoanalytische Therapie beziehenden Psychodynamik) werden Ergotherapie und autogenes Training angeboten sowie bei bestehender Möglichkeit noch Musik-/Tanz- und Sporttherapie. Einen weiteren Vorteil des tagesklinischen Rahmens stellt die Verkürzung des Klinikaufenthaltes bei stationär vorbehandelten Patienten dar, die versorgungspolitisch einen Kostenvorteil mit sich bringt. Zusätzlich müssen Beziehungen innerhalb des sozialen und familiären Lebensumfeldes nicht unterbrochen werden. Der Patient wird dennoch nicht mit den häuslichen Belastungen alleingelassen, sondern kann Hilfe in der täglichen Therapie finden. Inzwischen wurde die Wirksamkeit von teilstationärer psychosomatischer Rehabilitation belegt und im Vergleich zu stationären Maßnahmen als genauso erfolgreich, im Hinblick auf längerfristige Effekte (<6Monate) sogar als effizienter bewertet (Linden & Baudisch, 2006).

4.5.1. Psychosomatische Tagesklinik am Hansaring, Köln

Das der vorliegenden Untersuchung zu Grunde liegende IRENA-Programm wurde in der „Psychosomatischen Tagesklinik am Hansaring“ in Köln durchgeführt. Diese bietet 40 Behandlungsplätze sowohl für Patienten im vollstationären psychotherapeutischem Setting als auch im ambulanten Setting als eine weiterführende, psychotherapeutische Begleitung im Sinne der o.g. intensiven Nachsorge-Rehabilitation nach Beendigung der teil- oder vollstationären Psychotherapie; dabei stehen Plätze sowohl für interne als auch externe Patienten zur Verfügung.

5. Fragestellung

In der Psychotherapieforschung zählt die Suche nach Prädiktoren für den Behandlungserfolg als ein grundlegendes Anliegen. Durch die Identifikation solcher Prädiktoren kann man auf die betroffenen Merkmale/Parameter/Aspekte behandlungstechnisch gezielter eingehen, wodurch man sich eine Steigerung des Behandlungserfolgs erhofft.

Die vorliegende Untersuchung soll als Teil einer Prozess-Outcome Studie zu den Wirkfaktoren in Gruppentherapie aus Patientenperspektive im Kontext einer psychosomatischen Rehabilitation im ambulanten Setting die Frage untersuchen, welche Bedeutung Bindungscharakteristika von Patienten für die Therapie haben und ob sich ein prognostischer Zusammenhang mit dem Therapieeffekt herstellen lässt. Der Behandlungserfolg einer psychosomatischen Gruppentherapie ist von vielen, sowohl Therapeuten- und Behandlungskonzept-spezifischen Variablen abhängig, wird aber auch durch die individuellen Eigenschaften und Einstellungen des Patienten gesteuert. Bisherige Studien konzentrierten sich auf die Korrelation wichtiger Wirkfaktoren auf das Therapieresultat (beispielsweise Gruppenkohäsion, interpersonelle Prädiktoren (vgl. Burlingame et al. (2011), Ogrodniczuk et al. (2002)) oder befassten sich mit der prognostischen Relevanz von Bindungsmustern für psychotherapeutische Indikationsstellungen (Dozier, 1990; Tasca, 2014). Ebenso wurde in einer bereits vorliegenden Studie das Bindungsmuster als Einflussvariable auf das Outcome in *stationärer* Gruppentherapie identifiziert (Sachse & Strauß, 2002; Strauß et al., 2006).

Bei einer zunehmenden Trendwende hin zu ambulanter Psychotherapie als vielversprechendem Ansatz im Hinblick auf Effizienz gekoppelt mit gesundheitsökonomischen Aspekten und der Etablierung des IRENA-Rehabilitationsprogrammes befasst sich diese Arbeit nun mit Patienten, die an einer Gruppentherapie in einem ambulanten Setting im Rahmen der psychosomatischen Nachsorge teilgenommen haben. Letztendlich soll geklärt werden, welche Faktoren für zukünftige Gruppenbildung relevant sind und folglich zu verbesserten Therapieergebnissen führen könnten.

Ohne explizit auf Bindungsmuster einzugehen, präsentierte Yalom (1995) sicherlich bereits in seiner Auflistung der für das Therapieergebnis prognostisch günstigen Einstellungen und Erwartungen auf Seiten des Patienten (z.B. der Glaube, dass die Gruppe persönliche Ziele erfüllen kann und beim Erreichen der Therapieziele hilft; die Überzeugung, dass sowohl die Beziehungen zu anderen Gruppenmitgliedern als auch die Beteiligung an der Gruppenarbeit befriedigend sein werden sowie der nach außen vertretene Stolz, Teil der Gruppe zu sein) Charakteristika, die auf individuellen Bindungsstrategien basieren. Auf Grundlage ihrer eher positiven Einstellung gegenüber Anderen (Markin & Marmarosh, 2010), ihrem Vertrauen in die Akzeptanz und die Sicherheit der Gruppe (Mikulincer & Shaver, 2007b) und ihrem stärkeren Gruppenengagement (Rom & Mikulincer, 2003) erfüllen am ehesten Patienten mit sicheren Bindungsmustern die von

Yalom genannten Kriterien. Hingegen haben unsicher gebundene Individuen hinsichtlich ihrer im Inneren Arbeitsmodell verankerten Überzeugungen sicherlich mehr Schwierigkeiten diesen Eigenschaften zu genügen. Unsicher-vermeidende Patienten fühlen sich weniger zugehörig zu Gruppen (Chen & Mallinckrodt, 2002) und tendieren zu negativen Einstellungen und Misstrauen diesen gegenüber (Chen & Mallinckrodt, 2002; Mallinckrodt & Chen, 2004; Markin & Marmarosh, 2010). Auch für unsicher-ambivalente Gruppenmitglieder ist es weitaus schwieriger, eine emotionale Bindung oder Vertrauensbasis zur Gruppe aufzubauen (Chen & Mallinckrodt, 2002) oder von Gruppenerfahrungen zu profitieren (Markin & Marmarosh, 2010). Nach dem von Yalom beschriebenen Erfolgsrezept hätten sicher-gebundene Individuen die beste Voraussetzung für Therapieerfolg.

Auch in Hinblick auf die Einflussstärke von Gruppenkohäsion auf das Therapieresultat (Burlingame et al., 2011) scheint es folgerichtig, dass Bindungsunsicherheit und gute Therapieergebnisse negativ miteinander korrelieren. Der Grad der Gruppenkohäsion wird durch Persönlichkeitseigenschaften generell und ganz besonders durch Bindungsunsicherheit bestimmt. So zeigten verschiedene Bindungsforscher, dass Bindungsvermeidung negativ mit Aufbau von Gruppenkohäsion in Therapiegruppen korreliert (Chen & Mallinckrodt, 2002; Holtz, 2005). Zusätzlich fällt die Einschätzung der Bedeutung von Kohäsion bei bindungsvermeidenden Individuen schwächer aus (Sachse & Strauß, 2002), weshalb sie weniger von diesem therapeutischem Faktor profitieren können (Rom & Mikulincer, 2003). Im Hinblick auf die Tatsache, dass Kohäsion einen Einfluss auf den Therapieerfolg hat (Burlingame et al., 2011; Dierick & Lietaer, 2008; Joyce et al., 2007), könnte man weitergehend schlussfolgern, dass auch Bindungsvermeidung dahingehend einen Einfluss auf den Therapieausgang haben müsste. Diese Hypothese baut auch auf den Forschungsbefunden auf, dass bindungsvermeidende Patienten versuchen, den Aufbau von Nähe und Intimität als Schutz vor Verletzbarkeit zu vermeiden (vgl. Tasca (2014), Illing et al. (2011)) und sogar zu einem verfrühten Therapieabbruch neigen (Smith et al., 1999; Tasca, 2014). Solche Eigenschaften (vermeidendes Verhalten und Unbehaglichkeit im Gruppengeschehen) werden von Strauß (2016) als mögliche Kontraindikationen für eine Gruppentherapie in den „Prinzipien einer Gruppenpsychotherapie“ eingeräumt (Strauß, 2016). Gleichzeitig stellt „soziale Unterstützung“ einen positiven Einflussfaktor auf das Therapieresultat darstellt. Die Erkenntnis, dass unsicher-gebundene Individuen häufig weniger soziale Ressourcen haben und bei mangelndem Vertrauen seltener Gebrauch von diesen protektiven Faktoren machen (Maunder & Hunter, 2001), fließt letztendlich in die Annahme ein, dass Bindungsunsicherheit und Therapieprognose negativ korrelieren.

5.1. Hypothesen

Annahme: Die Bindungsmerkmale des Patienten haben Einfluss auf das Therapieresultat in einer ambulanten Gruppentherapie.

These: Das Ergebnis einer Gruppentherapie wird von verschiedenen Faktoren (Kohäsion, therapeutische Beziehung etc.) beeinflusst, deren Bildung und Einschätzung durch die individuellen Eigenschaften des einzelnen Patienten (beispielsweise sein Bindungsmuster) stark verändert werden können.

Hypothese I: Der Grad der subjektiven Abnahme individueller Beeinträchtigung nach Abschluss einer ambulanten psychosomatischen Gruppentherapie korreliert mit Bindungssicherheit.

Hypothese II: Das Ausmaß der von Patienten erlebten therapeutischen Beziehungen ist bei unsicher gebundenen Patienten statistisch geringer ausgeprägt.

Hypothese III: Vermeidend gebundene Patienten haben mehr Schwierigkeiten, Gruppenprozesse, vor allem in Hinblick auf Aufbau von Nähe und Kohäsion, positiv wahrzunehmen als unsicher-ambivalente Patienten.

Hypothese I wird mittels der Veränderung auf der KPD-Skala „Gesamt“ beurteilt, auf welcher die Patienten die Höhe ihrer individuellen Beeinträchtigungen beurteilen. Eine Abnahme individueller Beeinträchtigungen würde sich also durch eine Messwertverringerung darstellen, die -wie in Hypothese I angenommen – bei sicher-gebundenen Patienten am stärksten ausfallen sollte.

Hypothese II wird mit dem Fragebogen zu therapeutischen Beziehungen, dem GQ, getestet. Es wird angenommen, dass Patienten mit unsicherer Bindungsklassifikation (unsicher-ambivalent, und -vermeidend) die abgefragten Aspekte der 3 Subskalen „Verbundenheit“, „Arbeitsbeziehung“ und „negative Beziehung“ weniger positiv einschätzen als Patienten mit sicherer Bindungsklassifikation.

Hypothese III wird ebenfalls mit dem GQ getestet. Die 3 Subskalen dieses Instrumentes fragen verschiedene Aspekte therapeutischer Beziehung ab. Im Therapieverlauf verändert sich möglicherweise die Einschätzung der Beziehung und repräsentiert somit einen Gruppenprozess. Stellen sich im Verlauf also Veränderungen der Messwerte dar, spricht dies entweder für positiv-empfundene (Zunahme „Verbundenheit“ und „Arbeitsbeziehung“; Abnahme „negative Beziehung“) oder für negativ-empfundene (Abnahme „Verbundenheit“ und „Arbeitsbeziehung“; Zunahme „negative Beziehung“) Prozesse im Gruppengeschehen. Hypothese III geht davon aus, dass vermeidend-gebundene Patienten diese Prozesse weniger positiv bewerten können, als ambivalent-gebundene Patienten. Vor allem wird dabei der Fokus auf den Aufbau von Nähe und Kohäsion (auf der Skala Verbundenheit gemessen) gelegt.

6. Material und Methoden

Im Methodik-Teil folgt zunächst die Beschreibung der Stichprobenteilnehmer, anschließend die Darstellung der Durchführung und abschließend eine detaillierte Beschreibung der verwendeten Messinstrumente.

6.1. Teilnehmer

Das Studienkollektiv dieser Stichprobe bestand aus Psychotherapiepatienten, die nach Abschluss einer stationären oder teilstationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung das Angebot der Deutschen Rentenversicherung der intensivierten Rehabilitationsnachsorge (kurz: IRENA) in Form einer psychosomatischen Gruppentherapie in Anspruch genommen haben. Die Therapiegruppen starteten im Zeitraum zwischen Oktober 2014 und November 2015 und wurden an der psychosomatischen Tagesklinik am Hansaring 55 in Köln durchgeführt. Mit dem Schwerpunkt dieser Tagesklinik auf folgenden Störungsbilder: Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, psychosomatische Beschwerden, chronische Schmerzzustände, Krisen und Belastungserfahrungen im häuslichen Umfeld bzw. Arbeitsplatz und Traumafolgeerkrankungen, entspricht das behandelte Krankheitsspektrum dem vergleichbarer Einrichtungen in diesem Versorgungsbereich und kann somit als repräsentativ beschrieben werden (Schulz et al., 2008). Als Einschlusskriterium für die Patientenauswahl galt das Vorhandensein einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung im Sinne des Kapitels F im ICD-10-Katalog, während akute Suchterkrankungen, floride Psychosen, manifeste Suizidalität oder schwere körperliche Begleiterkrankungen Ausschlusskriterien für eine Aufnahme in die Tagesklinik und damit gegen eine Studienteilnahme darstellten.

6.2. Maßnahmen im gruppentherapeutischen Setting

Die psychosomatische Nachsorge nach dem Curriculum Hannover in der durchführenden psychosomatischen Tagesklinik in Köln beinhaltet verschiedene therapeutische Maßnahmen aus dem Bereich der Psychotherapie. Diese folgen hauptsächlich einem konflikt- und lösungsorientierten Therapieansatz, in welchem aber neben analytisch-interaktionellen Konzepten auch verhaltenstherapeutische Techniken und sozialmedizinische Beratungen integriert wurden (s.o. unter „therapeutisches Setting IRENA-Nachsorge“). Da die Therapiegruppen nicht themenspezifisch gebildet werden, konstellierte sich der Schwerpunkt der zu bearbeitenden Therapiethemen abhängig von den jeweiligen Gruppenteilnehmern und ihren aktuellen Konflikten und Problemen (Kobelt & Grosch, 2005). In den psychoanalytisch-interaktionellen Interventionen steht vor allem die therapeutische Beziehung und die Konfliktbearbeitung im Mittelpunkt, wohingegen die verhaltenstherapeutischen Techniken (kognitive Umstrukturierung, Verstärkungspläne, Stimuluskontrolle, Selbstsicherheitstechniken, Rollenspiele und Entspannungsverfahren) auf eine schnelle und wirkungsvolle Bearbeitung

aktueller problematischer Situationen und deren selbstständige Lösung abzielen.

Alle Gruppen wurden von erfahrenen Gruppentherapeuten (von entweder approbierten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten) geleitet, die teils auch Qualifikationen in humanistischen, verhaltenstherapeutischen, systemisch-familientherapeutischen Behandlungsansätzen einbringen und die mit der Rentenversicherung eine vertragliche Vereinbarung abgeschlossen haben. Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel 5 Wochen, wobei die 25 Behandlungseinheiten von Montag bis Freitag durchgeführt werden. Die Gesprächsgruppen werden in einem geschlossenen Gruppenformat mit maximal 10 Gruppenmitgliedern durchgeführt. Um zu erwartende Drop-outs ohne die Notwendigkeit zur Rekrutierung neuer Patienten kompensieren zu müssen, starten die Gruppen standardmäßig mit 10-13 Patienten.

6.3. Durchführung

Die Stichprobe zielte darauf ab, den Zusammenhang zwischen Bindungscharakteristiken und dem Therapieresultat einer ambulanten psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung im Gruppensetting darzustellen. Gleichzeitig soll der Einfluss möglicher zusätzlicher Faktoren, wie das Erleben von therapeutischen Beziehungen als Wirkfaktor einer Psychotherapie untersucht werden.

Dazu waren die Patienten angewiesen, nach einem zuvor festgelegten Schema (wie weiter unten graphisch in Tabelle 4 erkenntlich) bestimmte Messinstrumente zu bearbeiten.

Messinstrumente	T0 (vor 1. Sitzung)	T1 5. Sitzung	T2 10. Sitzung	T3 15. Sitzung	T4 20. Sitzung	T5 25. Sitzung
KPD-38	X		X			X
TFI-D		X	X	X	X	X
GQ-D		X	X	X	X	X
BFKE	X					
Psy-Ba-Do Aufnahme (nur bei nicht TK-Patienten)	X					
IIP-32	X					

Abb. 4: Anwendungszeitpunkte der Messinstrumente

Vor Beginn der Gruppentherapie wurde standardmäßig ein Fragebogen zur Basisdokumentation der demografischen Daten, der „Psy-Ba-Do“ ausgefüllt, zusätzlich dazu jeweils ein Fragebogen zur Erfassung des Bindungsmusters (BFKE) und der interpersonellen Probleme (IIP). Über den Zeitraum der Therapie sollten die Patienten zum Ende der Therapiewoche jeweils einen

Fragebogen zu den vom Patienten wahrgenommenen Wirkfaktoren (TFI-D) und einen weiteren zur Einschätzung der therapeutischen Beziehungen (GQ) ausfüllen. Um die individuelle körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigung der Patienten über die Zeitspanne des Programmes aufzeichnen zu können, sollte zu 3 gewählten Zeitpunkten (Prä-Verlauf-Post) jeweils noch der KPD-38 angewendet werden.

6.4. Beschreibung der Messinstrumente:

6.4.1. Basisdokumentation in der Psychotherapie (Psy- Ba-Do)

Die zu Beginn der Therapie ausgeteilte Psy-Ba-Do ist das Kernmodul einer Basis- und Ergebnisdokumentation in der Qualitätssicherung psychotherapeutischer Fachbehandlungen, welches mittlerweile routinemäßig verwendet wird. Darin werden relevante demografische Daten wie Alter, Geschlecht, Schulbildung, Wohnsituation, Familienstand, Berufsabschluss und derzeitige berufliche Situation etc., vom Patienten abgefragt. Zusätzlich müssen von ärztlicher Seite zwei Fremdeinschätzungen des Patienten nach dem Aufnahmegespräch und zum Ende der Therapie beigefügt werden. Dabei geht es vor allem um auf die Psychotherapie bezogene Variablen (psychotherapeutisch/psychiatrischen und somato-medizinischen Diagnosen, therapeutische Anamnese etc.) aber auch um die Einschätzung des Funktionsniveaus (GAF = global Assessment of Functioning) während der letzten 7 Tage und den maximalen GAF im letzten Jahr vor Behandlungsbeginn (10 = ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit bis 90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten). Zusätzlich wird der Beeinträchtigungsschwerescore (BSS) ebenfalls für die letzte Woche sowie die letzten 12 Monaten bezüglich körperlicher, psychischer und sozialkommunikativer Beeinträchtigungen beurteilt (0 = gar nicht bis 4 = extrem). Der Therapeut muss Angaben zu möglichen Vorbehandlungen und deren Dauer machen. Prä- und posttherapeutisch sollen sowohl Motivation des Patienten eingeschätzt als auch Therapieziele definiert, beziehungsweise am Ende deren Erreichen beurteilt werden. Zusätzlich muss der Therapeut zu Behandlungsbeginn abschätzen, welche Rangfolge er der Veränderung bestimmter Befindungsstörungen/Problembereiche (körperliche/psychische Befindungsstörungen, soziale Probleme, Krankheitsverständnis etc.) durch die psychotherapeutische Behandlung beimisst. Vor Behandlungsende soll er dann den Grad der Veränderung im Vergleich zum Aufnahmebefund einschätzen und eine abschließende Beurteilung der Behandlung einfügen (Heuft et al., 1998).

Die mit der Psy-Ba-Do erhobenen Daten sind als reliabel und valide angesehen, wenn ihre Aussagekraft nicht durch Kontrollängste in Richtung einer sozialen Erwünschtheit beeinflusst wird (Heuft & Senf, 1999).

6.4.2. Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE)

Der BFKE ist ein Instrument zur Erfassung von bindungsbezogenen Erwartungen von Psychotherapiepatienten bezüglich des Psychotherapeuten. Der Einsatz des Fragebogens ist unabhängig von den unterschiedlichen Therapiekonzepten sinnvoll, wird aber immer wertvoller, je mehr die therapeutische Beziehung in der jeweiligen Therapieschule Bedeutung hat.

Der BFKE liefert relevante Informationen für das Verständnis therapeutischer Prozesse, ferner bezüglich der Ätiologie psychischer Erkrankungen.

Der Autor orientiert sich eng an der Bindungstheorie von Bowlby (1982) und der spezifischen Unterscheidung der Bindungsmuster sicher, unsicher-ambivalent und unsicher-vermeidend, die auf Ainsworths (1969) Ausarbeitung der Bindungstheorie beruht.

Vor Beginn der therapeutischen Beziehung soll der Patient 33 Items individuell mit seiner Einschätzung beantworten, die dann den 3 Skalen „Akzeptanzprobleme“ (Selbstzweifel, Misstrauen, erwartete Ablehnung), „Öffnungsbereitschaft“ (Fähigkeit, über sich und eigene Bedürfnisse bzw. Gefühle zu sprechen) und „Zuwendungsbedürfnis“ (bewusste Wahrnehmung des Wunsches nach Präsenz und Zuwendung des Therapeuten) zugeordnet werden können.

Die Zuweisung der Bindungsstile zu einer Person erfolgt anhand einer spezifischen Skalenkonfiguration, die aufgrund der Werteverteilung in den einzelnen Skalen Rückschlüsse auf dessen bevorzugten Strategien in bindungsrelevanten Situationen zulässt und letztendlich im Sinne der jeweiligen Therapietheorie interpretiert und einem individuellen Bindungsmuster zugeordnet werden kann. Die Ausprägung der Werte ist dabei immer in Relation zur Gesamtverteilung der zu betrachtenden Stichprobe als hoch bzw. niedrig zu bewerten.

Die Clusteranalyse, die auf Basis der Skalenwerte durchgeführt wird, ergab 5 Cluster, die vom Autor anhand der unterschiedlichen Ausprägung in den Skalen als Bindungsmuster ausgelegt wurden. Diese Cluster lassen sich dabei den 3 Bindungsstilen (sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent) von Ainsworth (1969) zuordnen, wobei die beiden unsicheren Muster anfangs nochmals in jeweils 2 Subtypen differenziert wurden (unsicher-vermeidend in verschlossen oder kooperativ, unsicher-ambivalent in verschlossen oder anklammernd).

Diese initiale Zuordnung der Bindungsmuster wurde insofern nochmals revidiert, als dass der vermeidend-kooperationsbereite Typ in das teilweise-sichere Muster umbenannt wurde. Während in anderen Bindungsfragebögen (Bindungsfragebogen (Grau et al., 2003); Adult Attachment Scale (Schmidt et al., 2004)) dieses Muster einem sicheren Bindungstyp zugeordnet wird, argumentiert der Autor, dass der Mangel an Zuwendungsbedürfnis gegen ein primäres Muster und somit gegen die Zuordnung zu Bindungssicherheit spricht.

Hohe Werte hinsichtlich Öffnungsbereitschaft und Zuwendungsbedürfnis in Kombination mit relativ niedrigen Werten hinsichtlich Akzeptanzprobleme charakterisieren einen „sicheren“

Bindungsstil. Diese Konfiguration bezeichnet eine gewisse Offenheit, Gefühle authentisch zu kommunizieren mit der Antizipation, dabei akzeptiert zu werden. Das zweite Cluster zeigt ein ähnliches Muster mit einem hohen Wert bezüglich Öffnungsbereitschaft und einer niedrigen Ausprägung von Akzeptanzproblemen. Jedoch wird kein Zuwendungsbedürfnis ausgedrückt (niedriger Wert), das essentiell für die Zuordnung zu einer sicheren Bindungskonfiguration wäre und deutet daher eher auf einen Mangel eines bewussten Bindungswunsches hin, was einer sekundären deaktivierenden Strategie entspricht. Diese Clusterzusammensetzung wird somit nur dem „*bedingt-sicherem*“ Muster zugeordnet.

Personen mit einem unsicher-vermeidendem Bindungsstil (*vermeidend-verschlossen*) bedienen sich ebenfalls einer sekundär-deaktivierenden Strategie. Sie weisen signifikante Akzeptanzprobleme (hoher Wert) und ein nur geringes Zuwendungsbedürfnis (niedrige Werte) auf in Kombination mit geringer Öffnungsbereitschaft. Diese Skalenausprägung lässt auf indifferente Erwartungen an die therapeutische Beziehung schließen.

Extrem hohe Werte bezüglich Akzeptanzproblemen, ein hohes Zuwendungsbedürfnis und niedrige oder negative Werte für Öffnungsbereitschaft bilden einen unsicher-ambivalenten Bindungsstil ab. Einerseits können Personen mit einem unsicher-ambivalenten Bindungsstil in der angebotenen Beziehung keine Sicherheit finden und sich für den Partner öffnen, weisen andererseits aber ein intensives Zuwendungsbedürfnis andererseits auf. Hierbei wird zwischen dem Subtyp *ambivalent-verschlossen* (negative Werte für Öffnungsbereitschaft) und der *ambivalent-anklammernden* Form (niedrige Werte für Öffnungsbereitschaft) differenziert.

Der Fragebogen wurde in Kontrolluntersuchungen als reliabel (Cronbachs $\alpha = .83 - .85$) befunden. (Höger, 1999)

Trotz obiger Diskussion über die Kontroverse der dimensional versus kategorialer Messverfahren und der Erkenntnis (s. Kapitel 2.3), dass Bindungsmuster vornehmlich in kontinuierlichen Dimensionen erfasst werden sollten, wird mit dem BFKE ein kategoriales Verfahren verwendet. Es beruht jedoch auf der Überzeugung des Autors, dass Bindungsstile umschriebene Reaktionsmuster im Sinne adaptiver Strategien darstellen, also spezifische Muster, auf welchen die Erwartungen, Wahrnehmungen und Handlungsbereitschaften des Patienten in bindungsrelevanten Situationen aufbauen. Höger argumentiert, dass sich diese Muster am ehesten in kategorialen Modellen abbilden lassen (Höger, 1999).

In der vorliegenden Untersuchung wurden jedoch zur anschaulicheren Darstellung und präziseren Ergebnispräsentation nicht die von Höger vorgeschlagenen fünf Cluster verwendet (Höger, 1999), stattdessen erfolgte eine Zuweisung zu den von Ainsworth vorgeschlagenen drei Kategorien Bindungssicherheit, Bindungsambivalenz und Bindungsvermeidung. Dabei wurde der partiell-sichere Bindungstyp der sicheren Bindung zugewiesen, wie es auch in anderen Bindungs-Instrumenten (Vgl.(Grau et al., 2003)) der Fall ist.

6.4.3. Klinisch Psychologisches Diagnosesystem (KPD-38)

Der KPD-38 (Klinisch Psychologisches Diagnosesystem) ist ein klinisches Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der individuellen Beeinträchtigung in Bezug auf körperliche, psychische und soziale Faktoren.

Der KPD-38 umfasst folgende Skalen:

- Körperbezogene Beeinträchtigung (KOE) (5 Items; Bsp.: „Ich fühle mich im Allgemeinen körperlich ziemlich unwohl.“)
- Psychische Beeinträchtigung (PSY) (14 Items; Bsp.: „Manchmal habe ich das Gefühl, dass mir alles zu viel ist.“)
- Soziale Probleme (SOZ) (9 Items; Bsp.: „Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.“)
- Handlungskompetenz (KOM) (5 Items; Bsp.: „Wenn ich in eine schwierige Situation gerate, vertraue ich ohne jede Einschränkung auf meine Fähigkeiten, sie zu meistern.“)
- Allgemeine Lebenszufriedenheit (ZUF) (2 Items; Bsp.: „Ich bin sehr zufrieden.“) und
- Soziale Unterstützung (SOU) (3 Items; Bsp.: „Ich habe Freunde/Angehörige, die immer gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte.“)

Über ein 4-stufiges Format sollen die Patienten in den 38 Items bewerten, was „nicht“ bis hin zu was „genau zutrifft“. Die Skalenwerte werden als Mittelwerte der zugehörigen Items berechnet. Da alle Skalen negativ kodiert sind, weisen niedrigere Werte eine positive Valenz auf (weniger Beschwerden/Probleme resultieren in mehr Ressourcen/ Zufriedenheit). Die Gesamtskala GES wird als Mittelwert aller Skalen, außer der „SOU“ gebildet. Die soziale Unterstützung wird nicht mit einbezogen, da Veränderungen des sozialen Umfelds eher als mittel- bis langfristige Folgen der Psychotherapie und daher eher als Einflussfaktor der potenziellen Prognose, statt als Ergebnismaß angesehen werden (Percevic et al., 2005). Zusätzlich kann eine globale Beschwerdeskala durch den Mittelwert der 3 Skalen KOE, PSY und SOZ und eine globale Ressourcenskala durch den Mittelwert der Skalen KOM und ZUF errechnet werden.

Das KPD-38 eignet sich im Bereich der Psychotherapieforschung als Ergebnismaß, sowie zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Es weist gute psychometrische Eigenschaften auf und hat sich in mehreren Studien als reliabel (Cronbachs $\alpha = .75 - .90$), valide und änderungssensitiv erwiesen und wird daher routinemäßig als Messinstrument eingesetzt. (Moessner et al., 2009) Es eignet sich für die Befragung von Erwachsenen und kann sowohl in störungsheterogenen Patientenpopulationen sowie bei Gesunden eingesetzt werden. Um Trennwerte für die Bestimmung klinisch signifikanter Veränderungen berechnen zu können, liegen für das KPD-38 Normwerte einer repräsentativen nicht-klinischen Normstichprobe vor.

6.4.4. Inventar interpersoneller Probleme – deutsch (IIP-D)

Das Inventar interpersoneller Probleme (IIP-D, Thomas, Brähler, Strauß, 2011) ist ein standardisierter Fragebogen zur Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme. Die Originalversion in englischer Sprache wurde von Horowitz und Kollegen (1988) zur Diagnostik und Fokussierung zwischenmenschlicher Belastungen entwickelt. In seiner deutschen Kurzform mit 32 Items erfasst das Instrument das Ausmaß an interpersonalen Verhaltensweisen und Schwierigkeiten, die der Patient im Umgang mit anderen Menschen zeigt. Dabei wird auf 2 unterschiedliche Aspekte fokussiert – Verhaltensweisen, die den Umgang mit anderen Menschen erschweren können (z.B. „Es fällt mir schwer, anderen Menschen zu vertrauen“) und Verhaltensweisen, die ein Proband im Übermaß zeigt (z.B. „Ich streite mich viel mit anderen“).

Die Auswertung erfolgt über acht faktorenanalytisch gebildete Skalen, die den beiden Dimensionen Dominanz und Zuneigung zugeordnet werden können; sie entsprechen den acht Persönlichkeitstypen des interpersonalen Kreismodells (Interpersonalen Circumplex IPC) nach Kiesler (1983).

- 1) Autokratisch/dominant (PA) (Bsp.: „Es fällt mir schwer, Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind.“)
- 2) Streitsüchtig/konkurrierend (BC) (Bsp.: „Es fällt mir schwer, anderen Menschen zu vertrauen.“)
- 3) Abweisend/kalt (DE) (Bsp.: „Es fällt mir schwer, anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen.“)
- 4) Introvertiert/sozial vermeidend (FG) (Bsp.: „Es fällt mir schwer, mich Gruppen anzuschließen.“)
- 5) Selbstunsicher/unterwürfig (HI) (Bsp.: „Es fällt mir schwer, andere wissen zu lassen, was ich will.“)
- 6) Ausnutzbar/nachgiebig(JK) (Bsp.: „Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen.“)
- 7) Fürsorglich/freundlich (LM) (Bsp.: „Ich bin anderen gegenüber zu großzügig.“) und
- 8) Expressiv/aufdringlich (NO) (Bsp.: „Es fällt mir schwer, bestimmte Dinge für mich zu behalten.“)

Die Auswertung der Skalen erfolgt anhand von Skalenmittelwerten (Antwort 0=nicht bis 4 = sehr). Ein hoher Gesamtwert charakterisiert das Ausmaß an interpersonaler Problematik.

Das Instrument wurde auch in der deutschen Fassung als valide und reliabel (Cronbachs $\alpha = .60-.85$) erklärt. Die Auswertung des IIP erlaubt neben einer differenzierten Aussage zur Lokalisierung der Probleme einer Person die Einschätzung, wie stark sie sich insgesamt durch Schwierigkeiten im Bereich interpersonaler Beziehungen beeinträchtigt fühlt. (Thomas et al., 2011)

6.4.5. Gruppenfragebogen (GQ-D)

Bei dem Gruppenfragebogen (deutsch) (GQ-D) (Bormann et al., 2011) handelt es sich um ein Messinstrument von therapeutischen Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie. Es wurde ursprünglich in englischer Form (Group-Questionnaire (GQ)) von Burlingame et al. 2008 entwickelt und zur Anwendung in der deutschsprachigen Psychotherapieforschung kurze Zeit später in einem deutschen weitestgehend äquivalenten Instrument als reliabel anerkannt und validiert.

Als Selbstbeurteilungsinstrument ermöglicht der Fragebogen es, die zentralen Aspekte von Beziehungen innerhalb einer Gruppe wie Verbundenheit (positive bonding relationship), Güte der Arbeitsbeziehung (positive working relationship) und negative Beziehungsaspekte (negative relationship) zu erfassen und über den Therapieverlauf hinweg zu verfolgen. Der GQ-D umfasst 30 Items, die auf einer siebenstufigen Likert-Skala (1 = stimmt überhaupt nicht bis 7 = stimmt sehr) zu beantworten sind. Die zentralen Dimensionen werden auf 3 Hauptskalen erfasst: Das Ausmaß an Kohäsion, Engagement und Empathie in der Gruppe wird durch 13 Items erfragt und bildet die Skala „Verbundenheit“ (Bsp. Die Gruppenmitglieder mochten sich und kümmerten sich umeinander.“). Die „Arbeitsbeziehung“ wird durch 8 Items abgefragt und gibt wieder, wie gut der Therapeut und das/die Gruppenmitglied/er bezüglich gemeinsam erarbeiteter Aufgaben und Ziele übereinstimmen (Bsp. „Die Gruppenmitglieder stimmten mir bei den Dingen zu, die ich in der Therapie tun muss.“). Auf der Skala „negative Beziehung“ wird das Ausmaß an Konflikten und der Mangel an Empathie innerhalb der Gruppe anhand von 9 Items ausgedrückt (Bsp. „Die Gruppenmitglieder waren distanziert und einander fremd.“). Anhand des Mittelwertes werden die Skalen gebildet. Über mögliche Subskalen kann der Fragebogen die 3 Ebenen von Beziehungen in der Gruppe (Mitglied und Leiter; Mitglied und Mitglied; Mitglied und Gruppe) differenzieren und fragt etwaige Veränderungen in diesen Beziehungskonstellationen während des Therapieverlaufs ab.

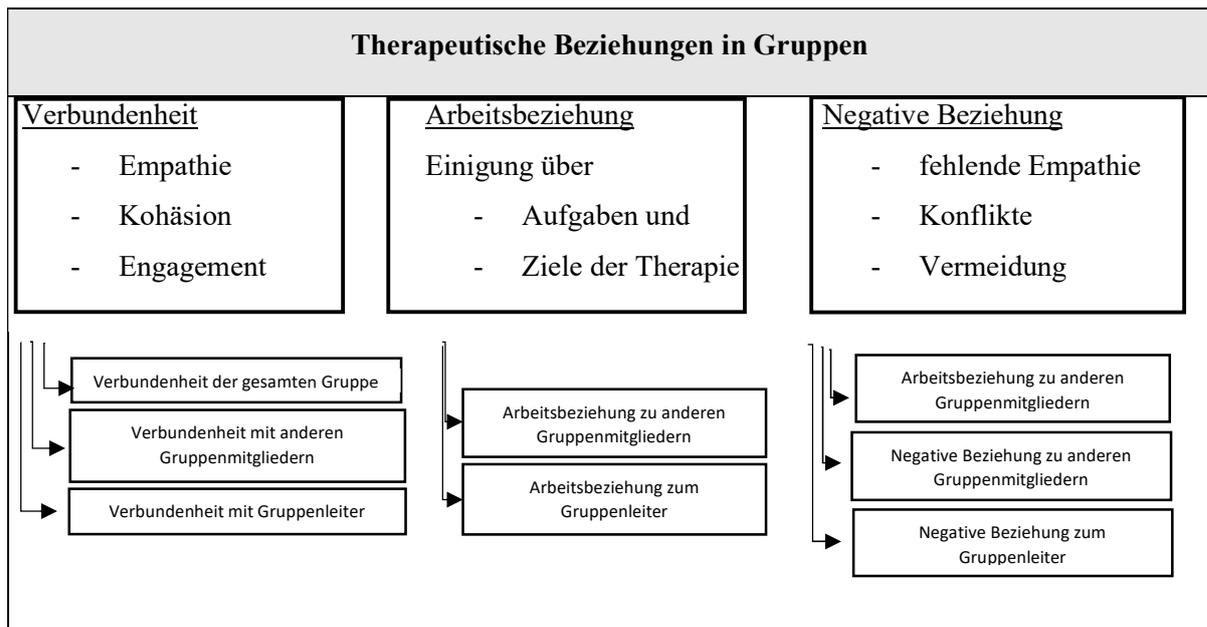


Abb. 5: Drei Faktoren therapeutischer Beziehungen in Gruppen unter Berücksichtigung verschiedener Beziehungsebenen, Quelle: Bormann et. al., 2011

Der GQ-D gilt nach Prüfung und Validierung mittels Strukturgleichungsmodellen und bereits etablierter Prozessmaße als objektiv, valide und reliable (Bormann et al., 2011).

6.4.6. Therapeutic Factors Inventory deutsch (TFI-D)

Der TFI-D ist ein Messinstrument, um die vom Patienten wahrgenommenen Wirkfaktoren in den abgelaufenen Sitzungen der Gruppentherapie herauszufiltern. Er baut auf der Annahme von Yalom auf, dass verschiedene Faktoren in Gruppentherapien (s.o) auf die Wahrnehmung und Teilhabe des Patienten einwirken. Diese wurden zunächst in einem sehr zeitaufwendigen und nur zur retrospektiven Darstellung der Wirkfaktorenintensität der gesamten Gruppe anwendbarem Instrument, dem Q-Sort (Yalom, 1995) gemessen. Diese Nachteile ausbessernd wurde als eine erste Version des Therapeutic factor inventory (TFI) ein psychometrisch starkes Instrument zur Erfassung der 11 Wirkfaktoren von Lese und MacNair-Semands (2000) entwickelt. Im Laufe der Validierung des Instrumentes wurden die Faktoren reduziert und letztendlich in einer Kurzfassung des Instrumentes, dem Therapeutic Factor Inventory-Short (TFI-S) zu vier Dimensionen zusammengefasst (Joyce et al., 2011). Die endgültige, in der vorliegenden Studie verwendete deutsche Version des Fragebogens umfasst die drei Dimensionen „Kohäsion/Zuversicht“, „Emotionale Sicherheit“ und „soziales Lernen“, die über sieben verschiedene Abstufungen zwischen „Ich stimme überhaupt nicht zu“ bis „ich stimme sehr zu“ auf einer Likert-Skala vom Patienten beurteilt werden (Weber, (in Vorbereitung)).

Es stellt ein hochwertiges, aber kurzes und zeitökonomisches Instrument mit hoher konzeptueller Breite dar, mit dem ein Monitoring zentraler Wirkfaktoren im klinischen Alltag ermöglicht wird (Mander et al., 2016).

Auswertung

6.5. Statistische Datenauswertung

Die Analyse der Daten erfolgte mit SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Version 24 sowie Excel®.

In der vorliegenden Studie wurde zur Datenanalyse ein Mehrebenenmodell verwendet. Mehrebenenmodelle stellen eine Erweiterung des Allgemeinen Linearen Modells dar (Richter & Naumann, 2002). In der Literatur werden sie aber auch häufig als „individual growth models“, „random coefficient models“, „multilevel models“, „mixed models“/gemischte Modelle oder „hierarchical linear models“/hierarchische lineare Modelle benannt (Singer & Willett, 2003). Diese Modelle zielen darauf ab, durch eine geeignete Anpassung die Abhängigkeitsstruktur der Daten zu berücksichtigen. Eine solche Abhängigkeit entsteht zum Beispiel bei der Auswertung von Längsschnittdaten einzelner Individuen in Gruppen zwangsweise („nested within person/group“) (Müller, 2008). Diese „Heterogenität“ wird in Mehrebenenmodellen sowohl direkt als fester Effekt geschätzt (feste Effekte beschreiben eher die leitenden Interessen: durchschnittliche Unterschiede zwischen Populationen in Behandlung), als auch als Teil des Fehlerterms (zufälliger Effekt) aufgefasst (zufällige Effekt-Parameter beschreiben eher generelle Variabilität zwischen Subjekten) (Maxwell & Delaney, 2004).

Die Verwendung von Mehrebenenmodellen erfolgte bei Vorliegen zweier Voraussetzungen: 1) es handelt sich um geschachtelte Daten in einem Gruppengeschehen („data nested within groups“) und 2) es handelt sich um Daten mit Messwiederholungen („data nested within individual“) (Boyle & Willms, 2001). Damit kann von einer Abhängigkeit der Daten in der Stichprobe ausgegangen werden, die Daten werden also als hierarchisch strukturierte sowie longitudinale Daten verstanden (Tasca et al., 2009). Diese als unabhängig voneinander zu betrachten, würde zu einem Anstieg des Fehlers 1. Art und damit zu verfälschten Ergebnissen führen (Tasca et al., 2009). Das untere Level wird mit Level 1 bezeichnet (Messwiederholungen, Personen als Teil einer Gruppe), das Level 2 bezeichnet die darüber liegende Struktur (Personen, die wiederholte Messungen haben oder Gruppen). Im Folgenden wird die Verwendung eines Mehrebenenmodells für Messwiederholungen betrachtet.

Zur Überprüfung der Abhängigkeit lässt sich der Intra-Klassenkoeffizient ICC (ρ) errechnen.

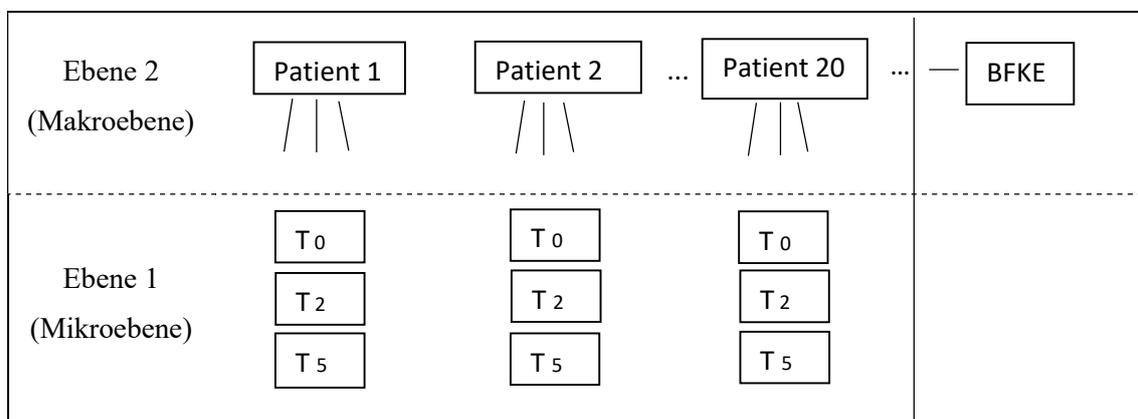
$$\rho = \frac{\sigma_B^2}{(\sigma_w^2 + \sigma_B^2)}$$

Dieser ist definiert als der Anteil der Varianz des individuellen Fehlerterms (Level2-Varianz σ^2_B ; B = between-individuum) und der Gesamtvarianz ($\sigma^2_w + \sigma^2_B$) (Geiser, 2011). Dabei stellt „ σ^2_w “ die (Level-1)-Varianz der gruppenspezifischen Konstante (w =within-individuum) dar (Cohen et al., 2003). Ist der ICC > 0 weist dies auf eine Abhängigkeit der Daten hin, was folglich zu einer Steigerung des Fehlers 1.Art führt (Tasca et al., 2009).

Zusätzlich eignet sich der Einsatz von Mehrebenenanalysen bei Gebrauch von unvollständigen Datensätzen (Baltés-Götz, 2013). Diese Einschränkung gilt allerdings nur, wenn es sich um fehlende Daten nach der Definition *missing at random (mar)* handelt (Maxwell & Delaney, 2004). Da dies in der vorliegenden naturalistischen Studie der Fall ist, konnten die Daten aller Teilnehmer (N=288) trotz fehlender Messwerte in die Analyse einfließen.

Es wurde ein „linear random coefficient model“ verwendet, welches einem linearen Regressionsmodell mit 2 Ebenen entspricht. Damit lassen sich mehrere Messzeitpunkte pro Patienten darstellen. Für dieses Modell wird angenommen, dass die Achsenabschnitte der einzelnen Teilnehmer variieren, womit für jeden ein individueller Intercept geschätzt wird (Müller, 2008). Die Achsenabschnitte weichen auf dieser Ebene von der für die Stichprobe gültigen Gesamtlösung („fixed“) ab und können dem Einfluss anderer zufälliger („random“) Komponenten zugeschrieben werden. Das heißt sie werden als Zufallsvariablen angesehen, die einen Teil der unerklärten Varianz der abhängigen Variable erklären (Müller, 2008).

Zusätzlich können in diese Modelle auch feste Prädiktoren einbezogen und deren Effekte auf die abhängige Variable getestet werden (Bryk & Raudenbush, 1992). Diese können Variablen entsprechen, die sich zeitlich verändern (z.B. die subjektive individuelle Beeinträchtigung), oder aber zeitlich eher stabil bleiben (z.B. Bindungstyp). Diese stellen sich dann zum Beispiel als Gruppenunterschied im Achsenabschnitt (hypothetisches Beispiel: sicher-gebundene Patienten zeigen weniger körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigungen) und in der Steigung (slope) (hypothetischen Beispiel: sicher-gebundene Patienten verringern das Gesamtmaß ihrer subjektiv erlebten Beeinträchtigungen am stärksten) dar.



Prozedur „Mixed“ in SPSS

Die Berechnung der Modelle erfolgt anhand der Prozedur „Mixed“ im Statistikprogramm SPSS, welches flexible Analysemöglichkeiten für Mehrebenenmodelle für metrische Kriterien mit normalverteilten Residuen bietet (Baltes-Götz, 2013), wie sie in der aktuellen Studie vorliegen.

Um einen Überblick über die praktische Verwendung dieser Modelle zu geben, wird nachfolgend beispielhaft die Berechnung des Einflusses von Bindungsmustern auf das KPD-Gesamtmaß dargestellt. Anstelle dieser Variablen werden in der Studie unterschiedliche Variablen (bspw. s. Skalenwerte des GQ-Fragebogens/ Gruppenzusammensetzung) eingesetzt.

6.6. Messung von Behandlungserfolg

Zur Beurteilung des Behandlungserfolgs wurde in der vorliegenden Studie der Selbstbeurteilungsfragebogen KPD-38 (Moessner et al., 2009) verwendet. Anhand dieses Fragebogens wurde die persönliche Einschätzung individueller körperlicher, psychischer und sozialer Beeinträchtigungen der Patienten gemessen und die Gesamtwerte des Instrumentes während der drei Messzeitpunkte im Vergleich als Ausmaß der Veränderungen über den Therapiezeitraum gedeutet. Eine Verringerung des Gesamtwertes sprach somit für eine Verbesserung der Beeinträchtigung und kann somit als Behandlungserfolg gewertet werden, während eine Stagnation des Gesamtwertes als Gleichbleiben bzw ein Anstieg des Wertes als eine Verschlechterung der Symptomatik und nicht als Therapieerfolg zu werten sind. Um diese Veränderungen statistisch darzustellen, wurden nachfolgend beschriebene Berechnungen vorgenommen:

6.6.1. Statistisch bedeutsame und klinisch relevante Veränderung

Die Problematik der Messung des Behandlungserfolgs liegt darin, dass Verringerungen individueller Beeinträchtigungen von Patienten je nach Ausmaß schon als ein Erfolg gewertet werden können, auch wenn der Patient mit seinen Messwerten damit noch nicht im Normbereich einer gesunden Population liegt. Andersherum kann der Patient eine statistisch relevante Reduktion seiner Beeinträchtigungen aufweisen, aber diesen Schritt dennoch nicht als Heilung empfinden. Somit muss man sowohl den absoluten Abschlusswert, als auch das relative Ausmaß an Veränderung im Prä-und-Post-Vergleich bewerten. Es geht also darum, die Messwertdifferenz im gegebenen Kontext zu betrachten und zu bewerten, ob ein Unterschied besteht (Mößner & Kordy, 2015). Um in der vorliegenden Studie den Behandlungserfolg entsprechend bewerten zu können, werden sowohl das Konzept der statistischen Signifikanz nach Jacobson und Truax (1991) als auch ein Kriterium zur klinisch bedeutsamen Veränderung herangezogen.

Statistische Signifikanz:

Jacobson et al. (1991) schlagen zur Bewertung der statistischen Signifikanz die Berechnung der kritischen Differenz vor, die eine reliable Veränderung (reliable change index: RCI) anzeigt. Dadurch kann ausgeschlossen werden, dass die Differenz der Messwerte lediglich Schwankungen ungenauer Messungen oder Zufälligkeiten darstellt (Jacobson & Truax, 1991).

$$RCI = \frac{(X_1 - X_2)}{S(x_1) \times \sqrt{(2(1 - R))}}$$

Wobei:

X_1 = Messwert zum ersten Messzeitpunkt (T_0)

X_2 = Messwert zum letzten Messzeitpunkt (T_2)

$S(x_1)$ = Standardabweichung zu Behandlungsbeginn (T_0)

R = Reliabilitätskoeffizient

Ist der RCI größer oder gleich $\pm 1,96$ gilt es als unwahrscheinlich, dass die Differenz der Messwerte keine tatsächliche Veränderung widerspiegeln (Jacobson & Truax, 1991), wobei die 2seitige Irrtumswahrscheinlichkeit 5% beträgt. Durch Umstellen der Gleichung erhält man schließlich:

$$RCI \geq \pm 1,96$$
$$\leftrightarrow |\pm 1,96| = \frac{(X_1 - X_2)}{S(x_1) \times \sqrt{(2(1 - R))}}$$

$$\leftrightarrow (X_1 - X_2) = |\pm 1,96| \times S(X) \times \sqrt{(2(1 - R))}$$

Die rechte Seite ($X_1 - X_2$) gibt schließlich die kritische Differenz an, die eine statistisch signifikante individuelle Veränderung zwischen den beiden Messzeitpunkten darstellt.

Klinische Signifikanz:

Als Kriterium zur klinischen Signifikanz wird die Gesamtskala (GES) des KPD-38 verwendet, welche das Ausmaß der individuellen körperlichen und psychischen Beeinträchtigung misst und somit als Einschätzung des Therapieerfolges herangezogen werden kann. Dieses Instrument weist eine hohe Reliabilität auf und ermöglicht gleichzeitig einen Vergleich mit einer „gesunden“ Normpopulation (Moessner et al., 2009). Letztendlich kann davon ausgegangen werden, dass sich ein Patient klinisch signifikant verbessert hat, wenn neben einer statistisch signifikanten Verringerung des Anfangswertes der GES im Vergleich zur Abschlussmessung auch eine Statusveränderung des Patienten vom dysfunktionalen in den funktionalen Bereich stattgefunden hat. Um in diese beiden Wertebereiche unterteilen zu können, wird mithilfe der Werteverteilung

von repräsentativen, nicht klinischen Normstichproben ein Trennwert festgelegt. Als klinisch bedeutsam zählt eine Veränderung dann, wenn sich zwischen den beobachteten Zeitpunkten die Zugehörigkeit zu einem dieser Bereiche verändert. Dafür wird also ein Cut-Off-Wert bestimmt, der die Werte derer mit Therapieerfolg von denen ohne Besserung trennt (Winkelbach, 2008).

Diese Berechnung erfolgt anhand des von Jacobson und Truax (1991) vorgeschlagenem Kriterium C.

$$C = \frac{SD_1 \times M_0 + SD_0 \times M_1}{SD_1 + SD_0}$$

Wobei:

M_0 = Mittelwert der Normstichprobe

M_1 = Mittelwert der Patientenstichprobe

SD_0 = Standardabweichung der Normstichprobe

SD_1 = Standardabweichung der Patientenstichprobe

Durch die Betrachtung von beiden Kriterien zusammen (RCI und Cut-Off Point C) ergibt sich ein statistisch abgesichertes klinisches Erfolgsmaß, welches Therapieerfolge gut differenzieren lässt und mit dessen Hilfe man die Patienten in 3 Kategorien einteilen kann (Jacobson & Truax, 1991):

Gruppe 1: „statistisch und klinisch verbesserte“, sogenannte „recovered“ Gruppe:

- Neben einer über dem KD-Wert liegenden individuellen prä-post-Differenz, ist auch der Cut-Off-Wert in klinisch günstiger Richtung überschritten

Gruppe 2: „statistisch verbesserte“, sogenannte „improved“ Gruppe

- Es besteht eine statistisch signifikante Differenz zwischen den prä-post-Werten, jedoch liegen die Werte der Post-Messung noch im klinisch auffälligen Bereich

Gruppe 3: „nicht-verbesserte“, „unverbessert“, „unimproved“ oder „deteriorated“ Gruppe

- In dieser Gruppe befinden sich solche Patienten, die gegebenenfalls eine Verbesserung auf den Skalen zeigen und den Cut-Off-Wert entweder überschritten oder nicht überschritten haben, dennoch stellt die Differenz keine statistisch signifikante Änderung da. Zusätzlich gehören dieser Gruppe auch die Patienten an, welche sich in ihrer Symptombelastung nicht verändert, bzw. sich bedeutsam verschlechtert haben.

Einen Sonderfall stellen solche Patienten dar, die bereits zu Beginn der Therapie bezüglich des KPD-Gesamtwertes im Normbereich, also unter dem Cut-Off-Point lagen. Ist ihre individuelle Differenz kleiner als der RCI, gelten sie als nicht verbessert; ist sie größer, gelten sie als verbessert, aber nicht als geheilt.

Neben der Messung der globalen Beeinträchtigung durch den KPD wird noch die Stärke der therapeutischen Beziehung in der Gruppentherapie gemessen. Da diese einen wichtigen Veränderungsmechanismus in psychosomatischer Gruppentherapie repräsentiert, kann dadurch partiell der Therapieerfolg vorausgesagt werden (*Burlingame et al., 2013*). Die therapeutische Beziehung wird im verwendeten Instrument, dem GQ in zwei Ebenen ((Qualität (Verbundenheit, negative Aspekte,...) und Struktur (Mitglied-Gruppe, ...)) gemessen (Bormann et al., 2011). Ein Anstieg im Maß der Verbundenheit und der positiven Arbeitsaspekte, sowie eine Verringerung der negativen Beziehungsaspekte im Verlauf der Therapie könnten dementsprechend als Verbesserung der therapeutischen Beziehung und somit als Therapieerfolg gewertet werden.

6.6.2. Messung der therapeutischen Beziehungen:

Die zentralen Aspekte von Beziehungen innerhalb der Gruppe werden mit dem Selbstbeurteilungsinstrument GQ erhoben. Dieses differenziert auf Grundlage des 3-Faktoren-Modells von Gruppenbeziehung 3 zentrale unabhängige Dimensionen: die Verbundenheit (positive bonding relationship), die Güte der Arbeitsbeziehung (positive working relationship) und die negativen Beziehungsaspekte (negative relationship) gelten als Faktoren höherer Ordnung, welche die therapeutische Beziehung in ökonomischer Art und Weise abbilden können (Bormann et al., 2011).

Dabei reflektiert die Verbundenheitsskala die Aspekte von Kohäsion und Engagement auf der Gesamtgruppenebene, sowie Empathie auf Gruppenmitglied-Gruppenmitglied- und auf Gruppenmitglied-Gruppenleiter-Ebene (Bormann et al., 2011). Die Variable Arbeitsbeziehung stellt die Arbeitsaspekte (Verständigung über zu erreichende Ziele und zu bewältigende Aufgaben) auf Mitglied-Leiter- und auf Mitglied-Mitglied-Ebene dar (Bormann et al., 2011). Durch die Skala der negativen Aspekte soll das Ausmaß an Konflikten sowie der Mangel an Empathie vonseiten des Gruppenleiters und anderer Gruppenmitglieder dargestellt werden (Bormann et al., 2011).

Die 3 Skalen messen anhand von 7-stufigen Items die Einschätzungen der Patienten in der jeweiligen Dimension. Ein Mittelwert von 1 entspricht hierbei „keiner“, von 2-3 „wenig“, von 4-5 „mäßiger“, und von 6-7 einer „hohen“ Einschätzung von „Verbundenheit“/Übereinstimmung von Therapiezielen/Konfliktpotenzial“ (Bormann et al., 2011).

7. Ergebnisse

Im Kapitel 8 erfolgt zunächst eine Beschreibung des Studienklientels, darauffolgend werden die Ergebnisse der Signifikanzprüfungen und die Interkorrelationen zwischen einzelnen Skalenmaßen der Fragebögen sowie die Verteilung der Bindungsmuster in der Gesamtstudie dargestellt. In den darauffolgenden Abschnitten werden schließlich die differenzierten Ergebnisse des Behandlungs-Outcomes der jeweils unterschiedlichen Bindungsstil-Muster des BFKE (sicher, ambivalent, vermeidend) für

- Die Skala „Gesamt“ (allgemeine Beeinträchtigung) des Fragebogens KPD-38
- der 3 Subskalen (positive, negative und Arbeitsbeziehung) des GQ

näher betrachtet werden.

Folgende Leitfragen sollen dabei beantwortet werden:

- Wie stellt sich die Verteilung der Bindungsmuster gesamt und im Vergleich der einzelnen Therapiegruppen dar?
- In welchem Maße verändern sich die Einschätzungen der individuellen Beeinträchtigungen der Patienten im Therapieverlauf und zwar zwischen den Zeitpunkten Behandlungsanfang, -Mitte und -Ende gemessen auf der KPD-Skala „Gesamt“?
- Wie sind diese Änderungen im Vergleich zu vorliegenden Referenzwerten einzuordnen?
- Gibt es hierbei Unterschiede zwischen den jeweiligen Bindungsmustern (mit BFKE erhoben) und kann man hierbei die einzelnen Bindungsstildimensionen besseren oder schlechteren Gesamt-Outcomes zuordnen?

Die Ergebnisse sowie die jeweilige Überprüfung mithilfe von Mehrebenenanalysen werden dabei sowohl tabellarisch und/oder graphisch dargestellt und auch beschrieben. Die Leitfragen werden hierbei nicht systematisch abgearbeitet, sondern vielmehr zusammenschauend betrachtet, wobei v. a. auf signifikante Effekte eingegangen wird. Deren Prägnanz wird anhand des festgelegten Signifikanzniveaus ($p < 0,05$) und der Effektstärke Cohen's d verdeutlicht.

Zu Beginn des nachfolgenden Kapitels 9 folgt schließlich nochmal eine Zusammenfassung aller wesentlichen Befunde.

7.1. Wichtigste Charakteristika der Studie

Nachfolgend werden die für die Studie wichtigsten demographischen Daten und Charakteristika der Studienteilnehmer beschrieben sowie die im Studienkollektiv am häufigsten vertretenen psychotherapeutischen Krankheitsdiagnosen zusammengefasst.

Teilnehmerzahl

	Häufigkeit (N=)	Prozent (%)
<i>Teilnehmer</i>	189	65,6
<i>Drop-out</i>	72	25,0
<i>Teilnahme verweigert</i>	27	9,4
<i>Gesamt</i>	288	100,0

Die Stichprobe besteht aus insgesamt 288 Patienten, die auf insgesamt 23 Gruppen mit durchschnittlich 13 Patienten aufgeteilt waren - die größte Gruppe umfasste 19, die kleinste Gruppe 7 Teilnehmer. Im Laufe der Studie kam es zu insgesamt 72 Studienabbrüchen (25%), 27 Patienten (9,4%) verweigerten die Studienteilnahme.

Geschlecht

	Häufigkeit (N=)	Prozent (%)
<i>Männlich</i>	111	38,5
<i>Weiblich</i>	175	60,8
<i>Missing</i>	2	0,7
<i>Gesamt</i>	288	100

Insgesamt bestand die Teilnehmerzahl aus 38,5% Männer und 60,8% Frauen. Der Anteil an männlichen Patienten liegt damit etwas über dem üblichen Geschlechterverhältnis für die Inanspruchnahme von Psychotherapie von ca. einem Drittel Männern und zwei Dritteln Frauen (Strauß et al., 2002).

Alter in Jahren

	MW (SD)	min. - max.
<i>Männlich</i>	48,26 (8,49)	27-64
<i>Weiblich</i>	46,83 (8,42)	26-64
<i>Gesamt</i>	47,56 (8,48)	

Der Altersdurchschnitt der Patienten lag bei etwa 47,56 Jahren (m=48,26J; f=46,83J). Dabei liegt die Altersspanne zwischen 26 Jahren (bei den weiblichen Teilnehmern), 27 Jahren (bei den männlichen Teilnehmern) und 64 Jahren. Der Altersdurchschnitt liegt dabei etwas über der durchschnittlichen Altersverteilung psychosomatischer Patienten (43,14J), die im Rahmen einer

Studie zu ambulant psychotherapeutisch-versorgter Patienten bei beiden Geschlechtern in Deutschland ermittelt wurden (Kruse et al., 2012).

Herkunftsland

	Häufigkeit (N=)	Prozent (%)
<i>Deutschland</i>	240	83,3
<i>Anderes</i>	16	5,6
<i>Fehlende Angaben</i>	32	11,1
<i>Gesamt</i>	288	100

Mit 83,3% gab ein Großteil der Patienten (N=240) Deutschland als Herkunftsland an, während 16 Patienten (5,6%) anderer Herkunft sind. 32 Patienten (11,1%) machten keine Angabe zu ihrem Herkunftsland.

Höchster Schulabschluss

	Häufigkeit (N=)	Prozent (%)
<i>Abitur/FH-Reife</i>	122	42,4
<i>Mittlere Reife</i>	83	28,8
<i>Hauptschule</i>	44	15,3
<i>Sonstiges</i>	7	2,4
<i>Fehlende Angaben</i>	32	11,1
<i>Gesamt</i>	288	100

Von den befragten Patienten hatten 42,4 % Abitur, 28,8% einen Realschulabschluss und 15,3% einen Hauptschulabschluss. 2,4% gaben „sonstigen Abschluss“ an. 11,1% machten keine Angaben zu ihrem höchsten Schulabschluss.

Höchster Berufsabschluss

	Häufigkeit (N=)	Prozent (%)
<i>Lehre</i>	120	41,7
<i>Meister/Fachschule</i>	36	12,5
<i>Fachhochschule/Universität</i>	57	19,8
<i>Sonstiger Abschluss</i>	25	8,7
<i>Ohne</i>	15	5,2
<i>Fehlende Angaben</i>	35	12,1
<i>Gesamt</i>	288	100

Von den befragten Patienten schloss der Großteil (41,4%) eine Lehre ab. 12,5% der Patienten beendeten eine Meister-/ oder Fachschulausbildung. Knapp 20% der Patienten gaben einen Fachhochschul-/ oder Universitätsabschluss an. 8,7% der Patienten führten an, einen „sonstigen

Abschluss“ absolviert zu haben und 5,2% der Patienten gaben an, keinen höheren Abschluss gemacht zu haben. 12,1% der Patienten machten keine Angabe.

Familienstand

	Häufigkeit (N=)	Prozent (%)
<i>Ledig</i>	78	27,1
<i>Verheiratet</i>	102	35,4
<i>Unverheiratet (feste Partnerschaft)</i>	14	4,9
<i>Getrennt lebend</i>	9	3,1
<i>Geschieden</i>	45	15,6
<i>Verwitwet</i>	5	1,7
<i>Fehlende Angaben</i>	35	12,2

40,3% der Patienten waren verheiratet, bzw. in fester Partnerschaft lebend, 27,1% waren ledig, und 20,4% waren geschieden, getrennt lebend oder verwitwet. Bei 12,2% fehlten die Angaben dazu.

Erwerbstätigkeit

	Häufigkeit (N=)	Prozent (%)
<i>Voll erwerbstätig</i>	122	42,4
<i>Teilzeitbeschäftigt</i>	51	17,7
<i>Nicht erwerbstätig</i>	23	8,0
<i>Arbeitslos</i>	54	18,7
<i>Fehlende Angaben</i>	38	13,2
<i>Gesamt</i>	288	100

Vorzeitige Berentung

	N=	%
<i>Ja</i>	6	2,1
<i>Nein</i>	247	85,8
<i>Fehlende Angaben</i>	35	12,1
<i>Gesamt</i>	288	100

Einer Vollzeitbeschäftigung gingen 42,4% der Patienten nach, 17,7 % waren in Teilzeit beschäftigt, 26,7% der Patienten waren entweder arbeitslos oder nicht erwerbstätig, wovon 2,1% angaben, vorzeitig berentet zu sein.

Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten

	Häufigkeit (N=)	Prozent (%)
Überhaupt nicht	19	6,6
<3 Monate	62	21,5
3-6 Monate	35	12,2
>6 Monate	139	48,3
Fehlende Angaben	33	11,4

In Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit in den vorangegangenen 12 Monaten vor der Therapie gaben nur 6,6% der Patienten an, nicht arbeitsunfähig gewesen zu sein. Hingegen gaben 93,4% der Patienten an, in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig gewesen zu sein. Davon waren 21,5% bis zu 3 Monaten, 12,2% zwischen 3-6 Monaten und knapp die Hälfte der Patienten (48,3%) über ein halbes Jahr vor Therapiebeginn arbeitsunfähig gewesen. 11,4% Patienten machten dazu keine Angabe.

Durchschnittlich hatten die Patienten bereits 6,5 Wochen stationäre Behandlung hinter sich.

Häufigste Diagnosen

	Häufigkeit (N=)	Prozent (%)
Affektive Störungen	162	55,5
Angst-/Panikstörungen	47	16,1
Erschöpfungszustand/Burnout	41	14,0
Schlafstörungen	15	5,1
Trauma/PTBS	12	4,1
Chron. Schmerzsyndrom	9	3,1
Essstörungen	6	2,1

Mit 55,5% stellte sich die Diagnose „affektive Störungen“ als häufigste Diagnose dar, gefolgt von Angst- und Panikstörungen mit 16,1%. 14,0% der Patienten gaben an, unter einem Burnout, bzw. einem Erschöpfungszustand zu leiden. 5,1% litten unter Schlafstörungen. Ansonsten zählten Schlafstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, das chronische Schmerzsyndrom oder Anpassungs-/ oder Zwangsstörungen zu den Diagnosen der Stichprobe-Patienten. Von einigen Patienten wurden mehrfach Angaben gemacht.

Diese oben aufgeführten Merkmale der untersuchten Stichprobe entsprechen überwiegend den Angaben des Statistischen Bundesamtes (2015), wobei in der vorliegenden Studie sowohl weibliche Personen mit 60,8% und Patienten mit Herkunftsland Deutschland mit 83,3% deutlich überrepräsentiert sind. Ebenfalls zeigt sich im Hinblick auf die Angaben zum Schulabschluss ein ähnliches Bild von Personen mit höherem Schulabschluss (Abitur, Fachhochschulreife) (32,3% im Vergleich zu 29,5% laut statistischem Bundesamt), jedoch eine starke Unterrepräsentation von Personen mit Hauptschul- oder ohne Abschluss (13,9% im Vergleich zu 32,9%). Damit

repräsentieren die Patienten der Stichprobe im Hinblick auf die berufliche Ausbildung eher die Mittel- bzw. obere Mittelschicht (Bundesamt, 2015).

7.2. Statistische Signifikanz und klinisch relevante Veränderung

Für das in der vorliegenden Studie verwendete KPD-38 stellt sich die Berechnung der statistischen Signifikanz wie folgt dar: Der Standardmessfehler der KPD-38 Gesamtskala wurde anhand der Reliabilität: Cronbachs Alpha =.90 und der Standardabweichung zu Behandlungsbeginn $S_1 = 0.44$ (Moessner et al., 2009) geschätzt, womit von einem Standardfehler der Differenzen $S_{diff}=0,21$ ausgegangen werden kann. Bei Festlegung der Fehlerwahrscheinlichkeit auf 5% kann nach der obigen Formel somit von einer reliablen Veränderung auf der KPD-38 Gesamtskala bei einer entsprechenden kritischen Differenz von $RCI= 0,39$ gesprochen werden.

Unter Berücksichtigung der Verteilungsparameter der Normstichprobe ($M_0 = 2,03$; $SD_0 = 0.48$; $N = 2066$ und den Patientenwerten ($M_1 = 3,02$; $SD_1 = 0.44$; $N = 1533$) aus der KPD-Validierungsstudie (Moessner et al., 2009)) resultiert ein Cut-Off-Wert von $C = 2,54$. Patienten, die sich unterhalb dieses Wertes befinden, können hinsichtlich ihres Belastungsgrades zur Normpopulation gerechnet werden.

Anhand der beiden Kriterien (RCI und C) lassen sich die behandelten Patienten nach Beendigung der Gruppentherapie den drei Kategorien (geheilt, verbessert, unverbessert/verschlechtert) zuordnen.

Kategorien	Häufigkeit (N=)	Prozent % (vom Gesamtanteil)
Geheilt (recovered)	34	24,6 (11,8)
Verbessert	18	13,0 (6,3)
Unverbessert/verschlechtert	86	62,3 (29,9)
Ausgewertete Fälle	138	100 (47,9)
Fehlende Werte	150	(52,1)

Tab. 1: Häufigkeiten der Patienten nach statistisch und klinisch signifikanter KPD-Wert-Veränderung aufgeteilt.

Betrachtet man die Anzahl der reliablen Veränderungen, zeigt sich auf der Gesamtskala in 24,6% der ausgewerteten Fälle eine signifikante Verbesserung im Sinne einer sowohl klinischen und auch statistischen Veränderung. In 13,0% der Fälle ist nur eine statistisch signifikante Differenz nachzuweisen, die Patienten befinden sich mit ihrem Gesamtmaß der individuellen Beeinträchtigungen aber noch in einem klinisch auffälligen Bereich. Der Großteil der Patienten konnte nach Beendigung der Therapie jedoch keine statistisch oder klinisch signifikante

Verbesserung aufweisen oder unterlag gegebenenfalls sogar einer Verschlechterung des Gesamtmaßes.

Aufgrund entweder fehlender Ausgangswerte oder vorzeitigen Therapieabbrüchen gibt es mit N=150 eine relativ hohe Anzahl an „missings“, über deren Therapieerfolg keine reliable Angabe gemacht werden kann.

7.3. Korrelationen zwischen BFKE-Skalen und KPD

Zu Beginn wurden die Korrelationen des Fragebogensummenwertes des KPD-Instrumentes mit denen der BFKE-Skalen (Akzeptanzprobleme/Öffnungsbereitschaft/Zuwendungsbedürfnis) zum ersten Erhebungszeitpunkt dargestellt.

	KPD	Akzeptanz- probleme	Öffnungs- bereitschaft	Zuwendungs- bedürfnis
	1	.429	-.331	.331
KPD		p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001
	N=259	N=236	N=236	N=244
Akzeptanz- probleme			-.447	.605
			p < 0.001	p < 0.001
			N = 228	N = 233
Öffnungs- bereitschaft				-.059
				p = 0.118
				N = 233
Zuwendungs- bedürfnis				1
				N= 245

Tabelle 2: Interkorrelationen der Skalenwerte bei Aufnahme (T0)

Wie sich anhand dieser Skaleninterkorrelationen zeigt, hängen alle Skalen des BFKE-Fragebogens untereinander und mit der KPD-Gesamtskala bedeutsam miteinander zusammen. Bis auf eine Korrelation (Zuwendungsbedürfnis und Öffnungsbereitschaft) sind diese Zusammenhänge selbst auf einem Niveau von $p < 0,01$ signifikant. Wie erwartet lässt sich die höchste Korrelation zwischen den beiden Skalen des Bindungsfragebogens Akzeptanzprobleme und Zuwendungsbedürfnis ($r(233) = 0,605$) finden. Diese Werte stimmen ungefähr mit den Angaben des Autors ($r = 0,65$) überein (Höger, 1999) und sprechen dafür, dass es sich bei den beiden Skalen um das annähernd gleiche Konstrukt handelt. Man kann davon ausgehen, dass dieses Konstrukt das schwierige Beziehungsangebot der Patienten repräsentiert, welches die

Angst beinhaltet, beim Gegenüber nicht auf Akzeptanz zu stoßen und somit das Bedürfnis nach Zuwendung nicht decken zu können.

Dahingegen korreliert die Skala Öffnungsbereitschaft negativ mit der Skala Akzeptanzprobleme ($r(228) = -0,447$) (ähnlich der von Höger ermittelten Korrelation $r = -0,42$ (Höger, 1999)). Diese Korrelation lässt darauf schließen, dass das Maß, in welchem ein Individuum Selbstzweifel hegt und negative Erwartungen anderen gegenüber mit sich bringt, negativ mit der Öffnungsbereitschaft korrespondiert, also der Fähigkeit, Anderen gegenüber Bedürfnisse und Gefühle zu beschreiben.

Die Korrelation zwischen den Skalen Öffnungsbereitschaft und Zuwendungsbedürfnis ($r(233) = -0,059$) ist statistisch nicht relevant ($p = 0,118$) und ansonsten auch nur als geringfügig einzuschätzen, was für eine Unabhängigkeit der beiden Skalen voneinander sprechen würde.

Die Gesamtsumme des KPD-Fragebogens korreliert am stärksten mit den Skalen des Bindungsfragebogens Akzeptanzprobleme ($r(236) = 0,429$) und Zuwendungsbedürfnis ($r(244) = 0,331$). Dies zeigt den Einfluss der vom Patienten wahrgenommenen Faktoren wie Selbstzweifel und Misstrauen (Akzeptanzprobleme) sowie des Grades des Wunsches nach Nähe (Zuwendungsbedürfnis) auf eine negativere Einschätzung des Allgemeinbefindens.

Es zeigt sich eine ebenfalls starke Korrelation zwischen dem KPD-Gesamtmaß und der Skala Öffnungsbereitschaft ($r(236) = -0,331$). Dieser Zusammenhang lässt darauf schließen, dass der Faktor Öffnungsbereitschaft einen positiven Einfluss auf die Befindlichkeit eines Patienten hat.

7.4. Skalenverteilung beim BFKE

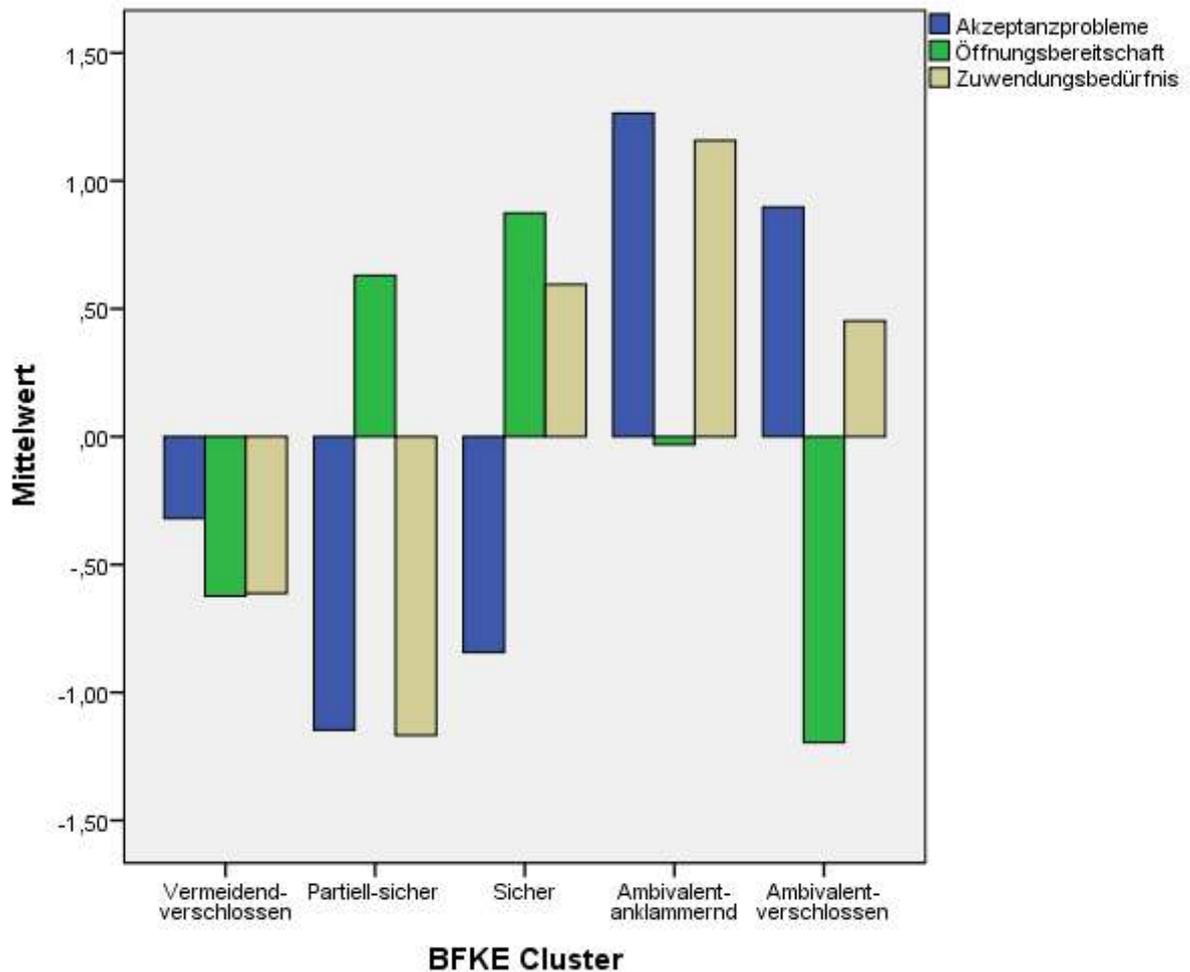


Abb. 6: Durchschnittlicher Wert der BFKE Skalen in einzelnen Bindungsstile

Die Abbildung 6 zeigt die durchschnittlichen Werte der drei BFKE-Skalen „Öffnungsbereitschaft“, „Zuwendungsbedürfnis“ und „Akzeptanzprobleme“ den einzelnen Bindungsstilen zugeordnet. So wird erkenntlich, dass Patienten mit vermeidend-verschlossenem Bindungsstil negative Werte in allen 3 BFKE-Skalen aufweisen. Der partiell-sichere Bindungsstil hingegen zeigt eine positive Ausprägung auf der Skala „Öffnungsbereitschaft“ und negative Werte in „Zuwendungsbedürfnis“ und „Akzeptanzprobleme“. Dem sicheren Bindungsstil zugeordnete Patienten weisen negative Werte auf der Skala „Akzeptanzprobleme“ und positive Werte auf den beiden anderen Skalen „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“ auf. Die beiden Subtypen der ambivalenten Bindung weisen beide positive Werte auf den Skalen „Akzeptanzprobleme“ und „Zuwendungsbedürfnis“ auf und unterscheiden sich fast ausschließlich nur in der unterschiedlich starken Ausprägung der negativen Werte auf der Skala „Öffnungsbereitschaft“.

7.5. Verteilung der Bindungsmuster

Mithilfe der Skalenverteilung des BFKE-Fragebogens lassen sich die Patienten den fünf verschiedenen Bindungsmustern (vermeidend-verschlossen; partiell-sicher; sicher, ambivalent-anklammernd; ambivalent-verschlossen) zuordnen. Die folgende Graphik zeigt die Verteilung der Bindungsmuster im vorliegenden Patientenkollekt:

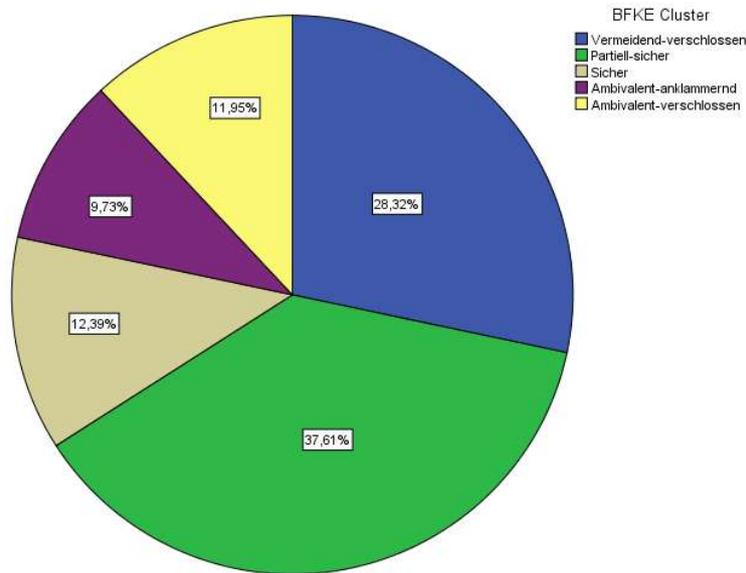


Abb. 7 Verteilung der Bindungsmuster (in %) erhoben durch BFKE (N = 226)

Die Abbildung 7 zeigt die Verteilung der Bindungsmuster. Der Großteil der Patienten (N=85; 37,6%) wies ein bedingt-sicheres Bindungsmuster auf. 28 Patienten (12,4 %) waren sicher gebunden. 22 Patienten (9,7 %) wiesen ein ambivalent-anklammerndes, 27 Patienten (11,9%) ein ambivalent-verschlossenes Bindungsmuster auf. 64 Patienten (28,3%) konnten einem vermeidend-verschlossenem Muster zugeordnet werden (vgl. Abb. 7). Die Ergebnisse sind in etwa vergleichbar mit den Werten, die in einer Studie mit 374 Psychotherapie-Patienten im Rahmen der Validierung des Bindungsklassifikations-Instrumentes erhoben wurden (22,7% vermeidend-verschlossen; 31,1% bedingt-sicher; 7,6% sicher; 22,2% ambivalent-anklammernd; 16,5% ambivalent-verschlossen) (Pollak et al., 2008) und zeigen sich somit als repräsentativ für das Patientenkollekt in psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland.

Nachfolgend wird auf die Unterscheidung der Bindungsstile in die beiden Subtypen des unsicher-ambivalenten Bindungsmusters auf Grund der anschaulicheren Darstellung und präziseren Ergebnispräsentation verzichtet und nur nach den 3 Haupttypen „sicher“, „unsicher-ambivalent“ und „unsicher-vermeidend“ aufgeteilt.

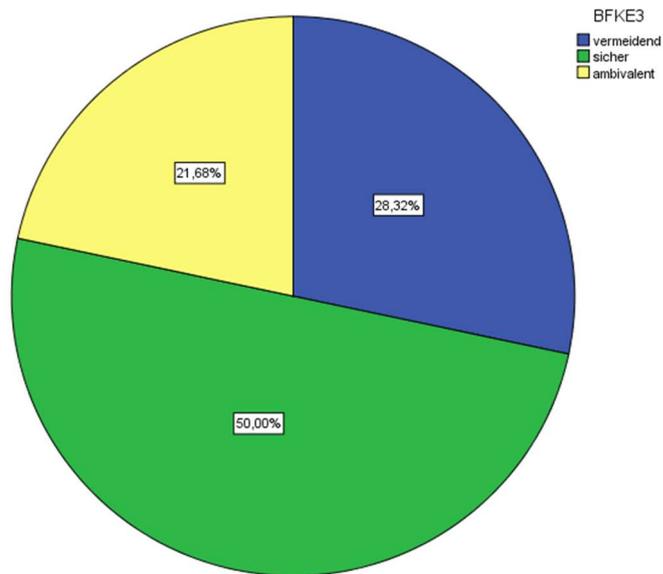


Abb. 8: Aufteilung der Patienten nach 3 Bindungsmuster (vermeidend, sicher, ambivalent)

Damit verteilt sich dann der Großteil der Patienten (50%) auf einen sicheren Bindungsstil; 28,3% aller Patienten wurden einem vermeidendem, 21,7% der Patienten einem ambivalenten Bindungsmuster zugeordnet.

7.6. Auswertung KPD-Fragebogen

Zur Erfassung der individuellen Beeinträchtigung von Patienten in Bezug auf körperliche, psychische und soziale Faktoren und die zeitliche Veränderung dieser Beeinträchtigung als Maß von Therapieerfolg diente uns die Skala „Gesamt“ des Selbsterfassungsfragebogens KPD-38. Diese fasst die 7 Skalen des Fragebogens zusammen, welche verschiedene Aspekte von Beeinträchtigungen und allgemeinen Kompetenzen im Leben des Patienten abfragen und über ein 4-stufiges Format („trifft zu“ bis „trifft nicht zu“) beantwortet werden sollen. Niedrige Mittelwerte der Gesamt-Skala sprechen dabei für eine geringere Einschätzung, hohe Mittelwerte repräsentieren höhere Einschätzungen der individuellen Beeinträchtigung. Eine Verringerung des Wertes im Verlauf der Therapie kann also folglich als eine Verbesserung des Zustandes des Patienten, andersherum eine Zunahme des Wertes als eine Verschlechterung des Zustandes des Patienten gewertet werden und dient somit als Ergebnismaß für die Gruppentherapie.

7.6.1. Deskriptive Analyse

KPD vs. Zeit

	1.Sitzung (n=259)		10.Sitzung (n=184)		25.Sitzung (n=141)		Normwerte für Gesunde** (n=2066)		Messwerte multizentrischer Patientenerhebung T: Aufnahme ** (n=1533)	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Koe	2,74	0.72	2,64	0.72	2.42	0.82	1,64	0.69	2.86	0.74
Psy	2,97	0.53	2,93	0.55	2.77	0.58	1.95	0.55	3.13	0.49
Soz	2,77	0.57	2,76	0.57	2.66	0.61	2.04	0.55	2.87	0.55
H-Komp	2,87	0.56	2,88	0.54	2.73	0.63	2.24	0.62	2.95	0.57
Zuf	3,16	0.74	3,18	0.70	2.97	0.78	2.14	0.74	3,33	0.67
So-Un	2.22	0.83	2,26	0.79	2.17	0.77	2.94	0.81	2.14	0.79
Gesamt	2,91	0.48	2,89	0.49	2.72	0.57	2.03	0.48	3.02	0.44

*Vergleichswerte aus bevölkerungsrepräsentativer Normstichprobe und multizentrischer Patientenstichprobe im Rahmen der Validierung des Instrumentes erhoben (Moessner et al., 2009)

Tab. 2: KPD-Gesamt-Mittelwerte zu unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten; Vergleich zu anderen Stichproben, Effektstärke prä-post: $d = 0,37$

Tabelle 2 gibt die unterschiedlichen KPD-Gesamt-Mittelwerte zu jedem Erhebungszeitpunkt (T0, T2, T5) an. Weiterhin werden die im Rahmen der Validierung des KPD-38 erhobenen Werte von Gesunden und einer multizentrischen Patientenerhebung dargestellt (Percevic et al., 2005).

KPD vs. Zeit

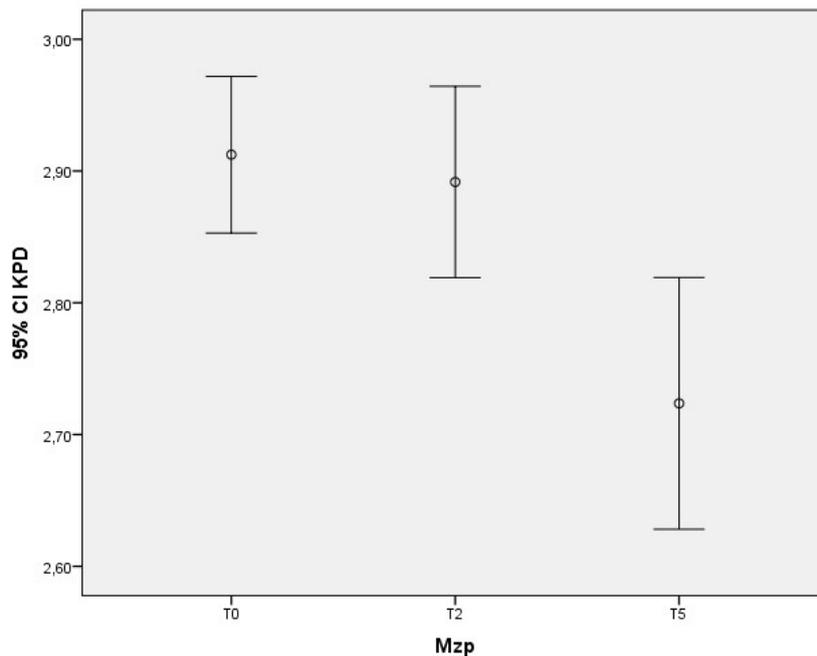


Abb. 9: KPD-Gesamtwerte (mit 95%-Konfidenzintervall) vs. Zeit im Durchschnitt aller Patienten

Die Messwerte der Gesamtskala des KPD-38-Instrumentes im Verlauf zeigen eine Verringerung im Gruppendurchschnitt (vgl. Tabelle 2 und Abbildung 9). So hat sich zum Zeitpunkt der Entlassung (25. Sitzung) das Gesamtmaß der individuellen körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigung im Gesamtdurchschnitt aller Patienten (N=288) von zunächst MW=2,91 (T0) auf MW=2,72 (T5) verringert. Es liegt dabei aber offensichtlich weiterhin über den Normwerten von Gesunden (M=2,03), die in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe mit 2066 Befragten ermittelt wurden (Percevic et al., 2005). Anhand des berechneten Cut-Off-Point (C=2,54) für das KPD-Instrument liegt der durchschnittliche Gesamtwert während des gesamten Verlaufs im pathologischen Bereich.

Die Effektstärke der KPD-Gesamtwert-Veränderung zwischen Therapiebeginn und -abschluss beträgt $d = 0,37$. Der Effekt kann damit als mittelgradig gewertet werden und liegt unter der von den Autoren für die KPD-Gesamtskala ermittelten Effektstärke zwischen Prä- und Postmessung von 0,83 (Percevic et al., 2005).

Bindungsmuster vs. KPD vs. Zeit

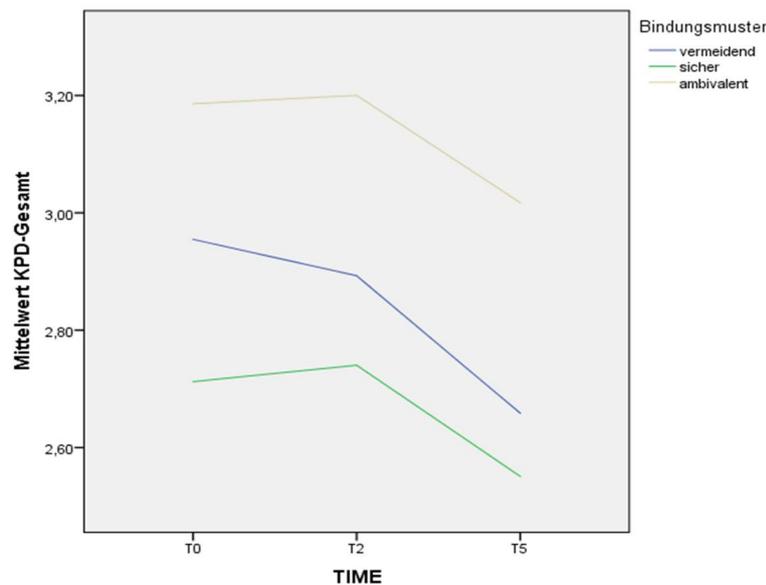


Abb. 10: Mittelwerte der KPD-Gesamtskala im Therapieverlauf im Vergleich zwischen 3 Bindungsmustern (BFKE: sicher, vermeidend, ambivalent)

Die Abbildung 10 zeigt den Verlauf der KPD-Gesamtwerte den drei Mustern von Bindungsstilen (vermeidend, sicher, ambivalent) zugewiesen. Die Veränderung wird nachfolgend in Tab. 3 genauer betrachtet.

Skala	Therapiezeitpunkt	Vermeidend	Sicher	Ambivalent	Alle
KPD	Mitte	2,95 (n=64) SD=0,41	2,71 (n=112) SD=0,49	3,19 (n=49) SD=0,363,20	2,91 (n=259) SD=0,49
	Ende	2,89 (n=44) SD = 0,40	2,74 (n=79) SD=0,52	(n=30) SD=0,45	2,89 (n=189) SD=0,5
	Anfang	2,66 (n=35) SD= 0,40	2,55 (n=60) SD=0,61	3,02 (n=30) SD= 0,44	2,72 (n=141) SD=0,57
Effektstärke	Prä-Mitte	d=0,15	d=-0,06	d=-0,02	d=0,04
	Mitte-Post	d=0,57	d=0,33	d=0,4	d=0,31
	Prä-Post	d=0,71	d=0,29	d=0,45	d=0,36

Tab. 3.: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „vermeidend“, „sicher“ oder „ambivalent“ sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang, -mitte und -ende auf der Skala KPD-38 (globale Beeinträchtigungen).

Aus Abb. 10. als auch aus den Ergebnissen der deskriptiven Analyse (Vgl. Tab. 3) ist zu entnehmen, dass die 3 Gruppen der Bindungsmuster jeweils im Therapieverlauf (zwischen T0

und T5) eine Verringerung der Werte auf der KPD-Gesamtskala beschreiben. Ambivalent gebundene Patienten scheinen im Durchschnitt zu Beginn der Therapie die höchsten Ausgangswerte aufzuweisen, wohingegen sicher-gebundene Patienten durchschnittlich die niedrigsten Werte beschreiben. Im Verlauf reduzieren vermeidend-gebundene Patienten durchschnittlich am stärksten das Gesamtmaß ($d=0,71$) von $M_{T0} = 2,95$ auf $M_{T5} = 2,66$. Die Veränderung der sicher-gebundenen Patienten fällt mit einer Effektstärke(prä-post) von 0,29 am geringsten aus.

7.6.2. Ergebnisse aus den Mehrebenenanalysen zu KPD

(1) zeitliche Veränderung der KPD-Gesamt-Skala

Parameter	Schätzung	Std.- Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	2,917	0,032	< .001	2,855	2,981
T5	-0,217	0,031	< .001	-0,279	-0,155
T2	-0,048	0,028	.094	-0,103	0,008
T0**	0	0	.	.	.

Tab. 4: Mehrebenenanalyse (1) zu zeitl. Veränderung mit abhängiger Variable KPD-Gesamt (**T0 wurde als Referenzkategorie gesetzt)

Parameter	Schätzung	Std-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenz	Obergrenz
				e	e
Residualvarianz σ^2	0,077	0,006	< .001	0,066	0,090
Varianz σ	0,191	0,021	< .001	0,154	0,235

Tab. 4.1: Kovarianzparameter der MEA 1: $\rho=0,71$

Die Tabelle 4 zeigt die geschätzte zeitliche Veränderung über den Therapieverlauf der KPD-Skala „Gesamt“. Bei einem ICC von 71% sind die Daten deutlich voneinander abhängig und eine Mehrebenenanalyse ist notwendig.

Es ist zu entnehmen, dass die Patienten im Durchschnitt im Verlauf eine Reduktion der KPD-Werte beschreiben. Zwischen Therapiebeginn (T0) und dem mittleren Messzeitpunkt (T2) scheint dieser Effekt nicht sehr stark ausgeprägt zu sein (-0,048, $P=0,094$); zum Therapieende hin (T5) wird die Veränderung jedoch stärker und signifikant (-0,217, $P < 0,001$).

(2) Effekte der Bindungsskalen auf KPD-Gesamtwert, sowie zeitliche Interaktion

Parameter	Schätzung	Std-Fehler	P-Wert	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	2,909	,031	< .001	2,849	2,969
Skala Akzeptanzprobleme	,046	,046	.324	-,045	,137
Skala Öffnungsbereitschaft	-,138	,038	< .001	-,213	-,064
Skala Zuwendungsbedürfnis	,117	,040	.004	,038	,197
T5 * Akzeptanzprobleme	,090	,052	.081	-,011	,192
T2 * Akzeptanzprobleme	,046	,047	.333	-,047	,139
T0 * Akzeptanzprobleme	0 ^b	0	.	.	.
T5* Öffnungsbereitschaft	,047	,042	.270	-,036	,130
T2* Öffnungsbereitschaft	,055	,040	.178	-,0245	,134
T0 * Öffnungsbereitschaft	0 ^b	0	.	.	.
T5* Zuwendungsbedürfnis	,027	,046	.559	-,063	,117
T2* Zuwendungsbedürfnis	-,016	,042	.713	-,099	,068
T0 *Zuwendungsbedürfnis	0 ^b	0	.	.	.

Tab. 5: Mehrebenenanalyse (2) zu festen Effekten der BFKE-Skalen auf abhängige Variable KPD-Gesamt und zeitlicher Veränderung (**T0 wurde als Referenzkategorie gesetzt)

Parameter	Schätzung	Std-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
Residualvarianz σ^2	,087	,007	< .001	,073	,103
Varianz σ	,130	,017	< .001	,100	,168

Tab. 5.1: Kovarianzparameter der MEA 2: $\rho=0,59$, $R=0,319$

Die Tabelle 5 zeigt die festen Effekte der BFKE-Skalen „Öffnungsbereitschaft“, „Zuwendungsbedürfnis“ und „Akzeptanzprobleme“ auf die KPD-Werte im zeitlichen Verlauf. 59% der Varianz lassen sich durch die Unterschiede zwischen den Patienten erklären. Damit sind die Daten deutlich voneinander abhängig und eine Mehrebenenanalyse ist notwendig. 31,9% der Patientenunterschiede im KPD-Wert werden durch „Öffnungsbereitschaft“, „Zuwendungsbedürfnis“ und „Akzeptanzprobleme“ aufgeklärt.

Die Ergebnisse der Mehrebenenanalyse 2 zeigen einen signifikanten Effekt der beiden Skalen „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“ des BFKE-Bindungsbogens auf das Ausgangsniveau des KPD-Fragebogens (Öffnungsbereitschaft $\beta = -0.138$, $p < 0.001$; Zuwendungsbedürfnis $\beta = 0.117$, $p = 0,04$). Hingegen weist die Skala Akzeptanzprobleme keinen signifikanten Effekt auf den Ausgangswert auf ($\beta = 0,046$, $p = 0,324$). Keine der Skalen zeigt einen signifikanten Effekt auf die Veränderungsrate des Gesamtmaßes ($p > 0,05$).

(3) Effekte von Bindungsmustern auf KPD-Werte im zeitlichen Verlauf

Parameter	Schätzung	Std-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenz e	Obergrenz e
Konstanter Term	3,186	,068	< .001	3,052	3,320
Vermeidende Bindung	-,231	,091	.011	-,409	-,053
Sichere Bindung	-,466	,082	< .001	-,627	-,305
Ambivalente Bindung	,000 ^b	,000	.	.	.
T5* Vermeidende Bindung	-,315	,062	< .001	-,436	-,194
T5* Sichere Bindung	-,229	,047	< .001	-,322	-,137
T5* Ambivalente Bindung	-,117	,067	.083	-,249	,015
T2* Vermeidende Bindung	-,080	,056	.158	-,191	,031
T2* Sichere Bindung	-,015	,042	.722	-,099	,068
T2 * Ambivalente Bindung	,001	,067	.983	-,131	,134
T0* Vermeidende Bindung	,000 ^b	,000	.	.	.
T0* Sichere Bindung	,000 ^b	,000	.	.	.
T0* Ambivalente Bindung	,000 ^b	,000	.	.	.

Tab. 6: Mehrebenenanalyse (3) zu festen Effekten der Bindungsmuster auf abhängige Variable KPD-Gesamt und zeitlicher Veränderung (**T0 und ambivalente Bindung wurde als Referenzkategorie gesetzt)

Parameter	Schätzung	Std.-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenz e	Obergrenze
Residualvarianz σ^2	,074	,006	< .001	,063	,088
Varianz σ	,154	,019	< .001	,121	,195

Tab. 6.1: Kovarianzparameter der MEA 3: $\rho=0,68$, $R = 0,194$

Die Tabelle 6 zeigt die festen Effekte von Bindungsmustern und den KPD-Werten im zeitlichen Verlauf. 68% der Varianz lassen sich durch die Unterschiede zwischen den Patienten erklären. Damit sind die Daten deutlich voneinander abhängig und eine Mehrebenenanalyse ist notwendig. 19,4% der Patientenunterschiede im KPD-Wert werden durch die Bindungsmuster der Patienten aufgeklärt.

Die obige HLM identifizierte einen signifikanten Effekt von Bindungsmustern auf den Ausgangswert der KPD-Gesamtskala zu Beginn der Therapie. Patienten mit ambivalenten Bindungsmustern scheinen im Durchschnitt die höchsten Ausgangswerte zu beschreiben ($\beta=3,19$, $p<0,001$), während Patienten mit sicherer Bindung im Durchschnitt 0,47 Punkte unter dem Intercept der ambivalenten Patienten angeben. Die Moderation der Veränderung des KPD-Wertes durch Bindungsmuster stellt sich zwischen ersten und mittlerem Messzeitpunkt nicht als signifikant dar. Zum Therapieende (T5) hin scheinen die vermeidend-gebundene Patienten jedoch den KPD-Gesamtwert mit -0,32 Punkten stärker als die sicher-gebundenen Patienten mit -0,23

Punkten zu verringern. Die Reduktion des Wertes von ambivalent-gebundenen Patienten ist mit -0,12 Punkten noch geringer und wird nicht signifikant ($p=0,8$).

7.7. Auswertung Prozessdaten

7.7.1. Deskriptive Analyse

Zeitliche Veränderung der GQ-Skalen (deskriptive Analyse)

Subskala	Woche 1	Woche 2	Woche 3	Woche 4	Woche 5	Differenz (W1-W5)	Referenzwerte**
Verbundenheit	5,45 (<i>N=199</i>) <i>SD=0,99</i>	5,64 (<i>N=186</i>) <i>SD=0,88</i>	5,85 (<i>N=165</i>) <i>SD=0,83</i>	5,85 (<i>N=150</i>) <i>SD=0,93</i>	6,07 (<i>N=138</i>) <i>SD=0,78</i>	0,62 <i>d = 0,70</i>	5,38 <i>SD=1,00</i>
	Arbeits- beziehung	4,46 (<i>N=193</i>) <i>SD=1,26</i>	4,79 (<i>N=174</i>) <i>SD=1,16</i>	5,09 (<i>N=156</i>) <i>SD=1,25</i>	5,17 (<i>N=145</i>) <i>SD=1,15</i>	5,41 (<i>N=135</i>) <i>SD=1,08</i>	0,95 <i>d = 0,81</i>
Neg. Beziehung		2,57 (<i>N=199</i>) <i>SD=0,99</i>	2,42 (<i>N=185</i>) <i>SD=0,91</i>	2,26 (<i>N=165</i>) <i>SD=0,85</i>	2,16 (<i>N=150</i>) <i>SD=0,83</i>	2,20 (<i>N=138</i>) <i>SD=0,90</i>	-0,37 <i>d = 0,39</i>

Tab. 7: Verlaufswerte der 3 Subskalen des GQs während 5-wöchiger Therapiedauer (**Skalenwerte Bormann (2010) N=394-397)

Die Tabelle 7 zeigt die Verlaufsmesswerte der 3 Subskalen des GQ während der 5-wöchigen Therapiedauer. Die therapeutische Beziehung wird dabei auf einer 7-stufigen Likert-Skala bewertet, wobei hohe Werte sowie ein Anstieg der Messwerte auf den Skalen „Verbundenheit“ und „Arbeitsbeziehung“ ebenso wie niedrige Werte und eine Messwertverminderung auf der Skala „Negative Beziehung“ prinzipiell mit einem höheren Gruppenklima und einer Zunahme der Beziehungsqualität korrelieren. Die einzelnen Verläufe der Subskalen werden ausführlich mit den Abbildungen weiter unten diskutiert.

Verbundenheitsskala (Gruppendurchschnitt) im Therapieverlauf

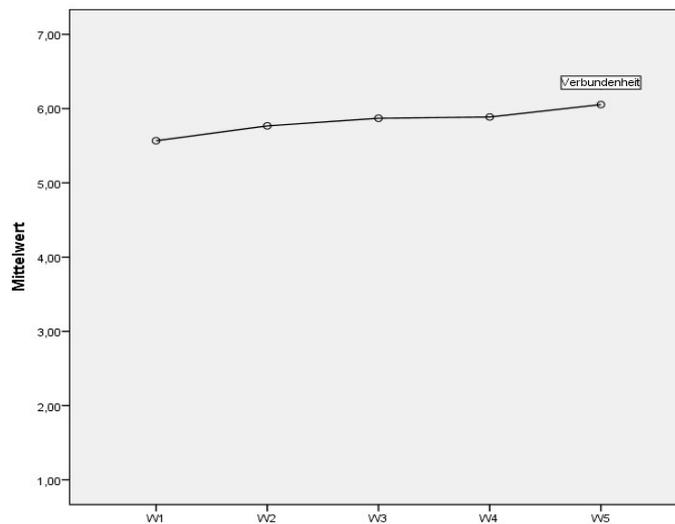


Abb. 11: Mittelwerte der Verbundenheitsskala (GQ) im 5-wöchigen Therapieverlauf

Die obige Abbildung zeigt einen stetig ansteigenden durchschnittlichen Mittelwert der Verbundenheitsskala im 5wöchigen Therapieverlauf. Der Ausgangswert ($y=5,45$) nach Abschluss der ersten Therapiewoche liegt über dem durchschnittlichen Skalenkennwert der deutschen GQ-Version ($5,38$, $SD=1,00$) (Bormann et al., 2011). Er ist somit im oberen Bereich einzuordnen und spricht somit für ein hohes Maß an empfundener Verbundenheit im Durchschnitt in den Therapiegruppen zu Therapiebeginn. Im Verlauf ist ein Anstieg der Werte und somit eine Steigerung des durchschnittlichen Verbundenheitsgefühls auf allen Ebenen mit einem Maximalwert ($y=6,07$) zum Abschluss der Therapiedauer zu vermerken. Die Effektstärke der Differenz zwischen Anfangs- und Endwert ($d=0,62$) ist nach Cohens Definition als mittel- hoch einzuschätzen.

Skala „Arbeitsbeziehung“ (Gruppendurchschnitt) im Therapieverlauf

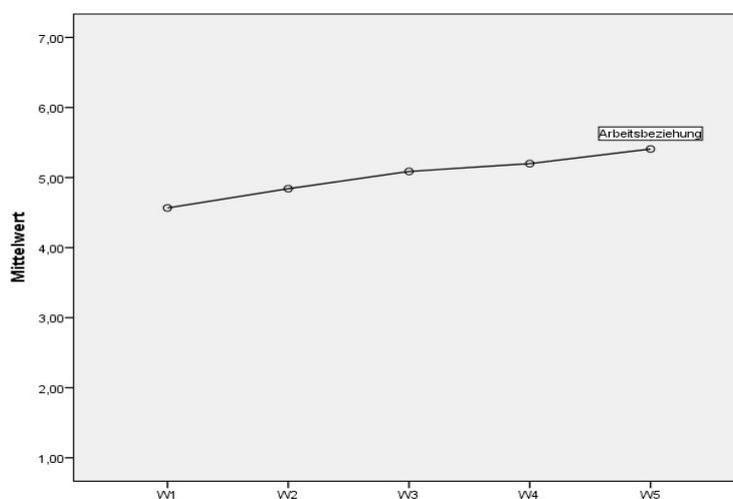


Abb. 12: Mittelwerte der Skala „Arbeitsbeziehung“ (GQ) im 5-wöchigen Therapieverlauf

Die durchschnittlichen Messwerte der Skala „Arbeitsbeziehung“ zeigen ebenfalls einen Anstieg über den Therapieverlauf. Der Ausgangswert nach Abschluss der ersten Therapiewoche ($y=4,46$) sowie die Verlaufswerte mit Maximum ($y=5,41$) präsentieren sich um den durchschnittlichen Skalenkennwert ($y=4,92$) (Bormann et al., 2011) und lassen sich im oberen Mittelfeld einordnen. Sie sprechen somit für eine durchschnittlich mittelgradig bis hohe Übereinstimmung bezüglich Therapiezielen und -aufgaben unter Gruppenmitgliedern untereinander sowie Patienten und Therapeut. Im Verlauf ist ein kontinuierlicher Anstieg der Werte mit einem Maximalwert zum Abschluss der Therapiedauer zu vermerken. Der Effekt zwischen Anfangs- und Endwert ist bei einer Effektstärke von $d=0,95$ als sehr hoch einzuschätzen.

Skala „negative Beziehung“ (Gruppendurchschnitt) im Therapieverlauf

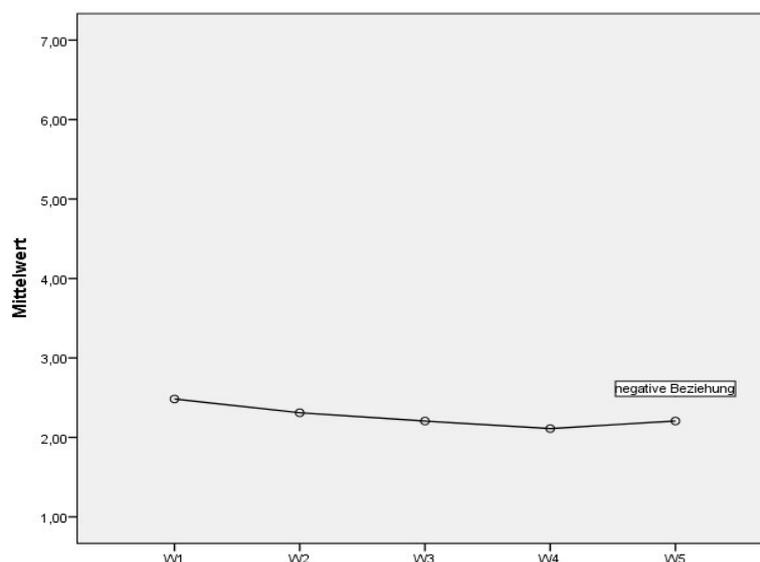


Abb. 13: Mittelwerte der Skala „negative Beziehung“ (GQ) im 5-wöchigen Therapieverlauf

Die obige Abbildung zeigt den Verlauf der Skala „negative Beziehung“ im 5wöchigen Therapieverlauf. Das Ausgangsniveau ist im unteren Bereich einzuordnen und liegt deutlich unter dem Skalenkennwert der Validierungsstudie des Instrumentes ($y=3,00$, $SD=1,08$) (Bormann et al., 2011) und spricht somit für ein durchschnittlich niedriges Ausmaß an Konflikten und Empathiemangel in den Therapiegruppen auf allen 3 Beziehungsebenen zu Therapiebeginn. Im Verlauf ist bis zum Messzeitpunkt nach der 4. Woche ein leichter aber stetiger Abfall der Messwerte und somit eine Verminderung des durchschnittlichen Konfliktpotenzials auf allen Ebenen zu vermerken. Zwischen Woche 4 und Woche 5 präsentiert sich ein leichter Anstieg des Messwertes als Ausdruck eines Anstiegs des Konfliktpotenzials gegen Abschluss der Therapie. Der Gesamteffekt zwischen Ausgangsniveau und Endmesswert ist mit $d=0,39$ als mittelgradig stark einzuschätzen.

Gruppenprozess auf Bindungsmuster aufgeteilt:

	Woche 1	Woche 2	Woche 3	Woche 4	Woche 5	Veränderung prä-post (ES)
Verbundenheit	5,38 (1,11)	5,36 (0,90)	5,66 (0,88)	5,57 (0,94)	5,91 (0,85)	0,53 (d=0,53)
Arbeitsbeziehung	4,08 (1,50)	4,40 (1,10)	4,84 (1,38)	4,75 (1,25)	5,06 (1,23)	0,98 (d=0,71)
Negative Beziehung	2,53 (1,08)	2,43 (0,87)	2,39 (0,83)	2,15 (0,63)	2,24 (0,96)	0,29 (d=0,28)

Tab. 8: Vermeidendes Bindungsmuster: Prozessdaten im Verlauf: Mittelwert (SD), deskriptive Analyse

	Woche 1	Woche 2	Woche 3	Woche 4	Woche 5	Veränderung prä-post (ES)
Verbundenheit	5,72 (0,79)	5,94 (0,71)	5,99 (0,75)	6,00 (0,94)	6,19 (0,71)	0,49 (d=0,63)
Arbeitsbeziehung	4,69 (1,16)	4,99 (1,09)	5,24 (0,97)	5,29 (1,05)	5,52 (1,08)	0,83 (d=0,74)
Negative Beziehung	2,32 (0,87)	2,12 (0,82)	2,09 (0,87)	2,03 (0,89)	2,12 (0,94)	0,20 (d=0,22)

Tab. 9: Sicheres Bindungsmuster: Prozessdaten im Verlauf: Mittelwert (SD), deskriptive Analyse

	Woche 1	Woche 2	Woche 3	Woche 4	Woche 5	Veränderung prä-post (ES)
Verbundenheit	5,06 (1,12)	5,52 (0,94)	5,79 (0,83)	5,75 (0,97)	5,87 (0,83)	0,81 (d=0,82)
Arbeitsbeziehung	4,53 (0,96)	4,85 (1,25)	5,22 (1,51)	5,17 (1,14)	5,31 (0,90)	0,78 (d=0,83)
Negative Beziehung	3,01 (0,93)	2,72 (0,82)	2,43 (0,82)	2,30 (0,88)	2,39 (0,74)	0,62 (d=0,74)

Tab 10: Ambivalentes Bindungsmuster: Prozessdaten im Verlauf: Mittelwert (SD), deskriptive Analyse

Wie sich bereits in der Gesamtstatistik zeigt, stellt sich auch in der differenzierten Darstellung der einzelnen Bindungsmuster im Therapieprozess eine Zunahme der Qualität der therapeutischen Beziehung dar im Sinne einer durchschnittlichen Zunahme von „Verbundenheit“ und „Arbeitsbeziehung“ und einer Reduktion des „negativen Beziehung“-Wertes. Dabei zeigt das sichere Bindungsmuster im Durchschnitt sowohl das höchste Maß an Beziehungsqualität zu Therapiebeginn, als auch zu Therapieende (Verbundenheit $M_{T0}=5,72$, $M_{T5}=6,19$; Arbeitsbeziehung $M_{T0}=4,69$, $M_{T5}=5,52$; negative Beziehung $M_{T0}=2,32$, $M_{T5}=2,12$). Unsichere Bindungsmuster haben durchschnittlich niedrigere Werte auf den Skalen „Verbundenheit“ und „Arbeitsbeziehung“, sowie höhere Werte auf der Skala „negative

Beziehung“. Im Vergleich präsentieren unsicher-vermeidende Patienten positivere Einschätzung der Empathie und des Konfliktpotenzials in der Gruppe als unsicher-ambivalente Patienten, jedoch wird die Arbeitsbeziehung von unsicher-ambivalenten Patienten sowohl zu Beginn als auch im Verlauf besser eingeschätzt als von unsicher-vermeidenden Patienten. Auf allen drei Skalen korreliert die stärkste Veränderung zwischen prä- und post-Messungen mit dem ambivalenten Bindungsmuster (Effektstärken von $d=0,64-0,83$).

7.7.2. Ergebnisse aus Mehrebenenanalysen zum Gruppenfragebogen (GQ)

(5.1) GQ-Skala „Verbundenheit“ im zeitlichen Verlauf

Parameter	Schätzung	Std-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	5,444	,064	< .001	5,319	5,570
T5	,533	,061	< .001	,413	,654
T2	,173	,055	.002	,065	,281
T0**	,000 ^b	,000	.	.	.

Tab. 11: Mehrebenenanalyse (5.1) zu festen Effekten der zeitlichen Komponente auf die abhängige Variable „Verbundenheit“ (**T0 wurde als Referenzkategorie gesetzt)

Parameter	Schätzung	Std-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenz	Obergrenze
Residualvarianz σ^2	,276	,022	.000	,235	,323
Varianz σ	,560	,068	.000	,441	,711

Tab. 11.1: Kovarianzparameter der MEA 5.1: $\rho=0,66$

Die obige 2-Level-HLM identifiziert signifikante Veränderungen im Therapieverlauf für die Mittelwerte auf der GQ-Skala „Verbundenheit“ für alle Patienten im Durchschnitt. Die Zunahme des Skalenwertes fällt zwischen Therapiebeginn (T0) und Therapiemitte (T2) geringer (0,17) aus, als zu Therapieende (T5) mit einer Zunahme von 0,53 Punkten. Bei einem ICC von 66% sind die Daten deutlich voneinander abhängig und eine Mehrebenenanalyse ist notwendig.

(5.2) Effekte von Bindungsmuster auf GQ-Skala „Verbundenheit“ im zeitlichen Verlauf

Parameter	Schätzung	Std-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	5,086	,147	< .001	4,797	5,375
Vermeidende Bindung	,290	,191	.130	-,086	,666
Sichere Bindung	,641	,174	< .001	,297	,984
Ambivalente Bindung	,000^b	,000	.	.	.
T5* Vermeidende Bindung	,410	,121	.001	,171	,649
T5* Sichere Bindung	,423	,091	< .001	,244	,602
T5* Ambivalente Bindung	,736	,138	.000	,465	1,008
T2* Vermeidende Bindung	-,036	,108	.742	-,249	,177
T2* Sichere Bindung	,198	,083	.017	,035	,360
T2* Ambivalente Bindung	,374	,130	.004	,119	,630
T0* Vermeidende Bindung	,000 ^b	,000	.	.	.
T0* Sichere Bindung	,000 ^b	,000	.	.	.
T0* Ambivalente Bindung	,000 ^b	,000	.	.	.

Tab. 12: Mehrebenenanalyse (5.2) zu festen Effekten von Bindungsmuster auf die abhängige Variable „Verbundenheit“ mit zeitlicher Veränderung (**T0 und ambivalenter Bindungstyp wurden als Referenzkategorie gesetzt)

Parameter	Schätzung	Std.-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenze	Obergrenze
Residualvarianz σ^2	,264	,023	< .001	,223	,314
Varianz σ	,505	,068	< .001	,388	,657

Tab. 12.1: Kovarianzparameter der MEA 5.2: $\rho=0,66$

Tabelle 12 zeigt die festen Effekte von Bindungsmuster auf Skala „Verbundenheit“ im zeitlichen Verlauf. 66% der Varianz lässt sich durch die Unterschiede zwischen den Patienten erklären. Damit sind die Daten deutlich voneinander abhängig und eine Mehrebenenanalyse ist notwendig. 10% der Patientenunterschiede im KPD-Wert werden durch die Regressorvariable Bindungsmuster aufgeklärt.

Die Regressionskonstante zeigt das geschätzte Ausgangsniveau der Verbundenheitsskala von ambivalent-gebundenen Patienten zum Zeitpunkt T0 (Therapiebeginn) $y=5,09$. Das Ausgangsniveau von sicher-gebundenen Patienten wird mit $\beta=0,64$ zu Beginn signifikant höher eingeschätzt. Da das Regressionsgewicht der Variable „vermeidende Bindung“ mit $\beta=0,29$ nicht signifikant wird, scheint es keinen signifikanten Unterschied des Ausgangsniveaus von „Verbundenheit“ zwischen ambivalenter und vermeidender Bindung zu geben.

Der Steigungskoeffizient der Variablen Zeit erfasst die zeitliche Veränderung über den Therapieverlauf (Messzeitpunkt T0-T2-T5) der unterschiedlichen Bindungsmuster. Ausgehend von ihrem geschätzten Ausgangsniveau nimmt die Einschätzung der Verbundenheit bei ambivalent-gebundenen Patienten im Verlauf signifikant stärker zu ($\beta=0,37$ (T0-T2), $\beta=0,74$ (T0-T5)) als bei sicher-gebundenen Patienten ($\beta=0,20$ (T0-T2), $\beta=0,42$ (T0-T5)). Der Unterschied zwischen vermeidend- und ambivalent-gebundenen Patienten zu Beginn der Therapie oder zwischen T0 und T2 fällt so gering aus, dass er sich statistisch nicht gegen den Zufall absichern lässt, da keiner der Effekte auf dem festgesetzten Niveau signifikant wird. Dennoch beschreiben auch vermeidend-gebundene Patienten im Durchschnitt mit $\beta=0,41$ (T0-T5) eine ebenfalls signifikante Veränderungsrate zwischen Therapiebeginn und -ende.

(6.1) GQ-Skala „Arbeitsbeziehung“ im zeitlichen Verlauf

Parameter	Schätzung	Std-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	4,461	,085	< .001	4,294	4,628
T5	,865	,097	< .001	,673	1,056
T2	,288	,089	.001	,112	,463
T0**	,000 ^b	,000	.	.	.

Tab. 13: Mehrebenenanalyse (5.1) zu festen Effekten der zeitlichen Komponente auf die abhängige Variable „Arbeitsbeziehung“ (**T0 wurde als Referenzkategorie gesetzt)

Parameter	Schätzung g	Std.-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenze	Obergrenze
Residualvarianz σ^2	,687	,058	< .001	,583	,810
Varianz σ	,742	,110	< .001	,555	,991

Tab. 13.1: Kovarianzparameter der MEA 5.1: $\rho=0,52$

Die obige 2-Level-HLM identifiziert signifikante Veränderungen im Therapieverlauf für die geschätzten Mittelwerte der GQ-Skala „Arbeitsbeziehung“ im Durchschnitt für alle Patienten. Die Zunahme des Skalenwertes fällt zwischen Therapiebeginn (T0) und Therapiemitte (T2) geringer (0,29) aus als zu Therapieende (T5) mit einer Zunahme von 0,87 Punkten. 52% der Daten werden durch individuelle Patientenunterschiede erklärt. Damit sind die Daten deutlich voneinander abhängig und eine Mehrebenenanalyse ist notwendig.

(6.2) Effekte von Bindungsmuster auf GQ-Skala „Arbeitsbeziehung“ im zeitlichen Verlauf

Parameter	Schätzung	Std-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	4,528	,206	< .001	4,123	4,933
Vermeidende Bindung	-,443	,263	,093	-,960	,075
Sichere Bindung	,188	,242	,439	-,288	,664
Ambivalente Bindung	,000 ^b	,000	.	.	.
T5* Vermeidende Bindung	,855	,197	< .001	,468	1,243
T5* Sichere Bindung	,754	,150	< .001	,459	1,048
T5* Ambivalente Bindung	,765	,233	,001	,306	1,223
T2* Vermeidende Bindung	,239	,178	,181	-,112	,589
T2* Sichere Bindung	,227	,138	,100	-,044	,498
T2* Ambivalente Bindung	,284	,219	,195	-,147	,714
T0* Vermeidende Bindung	,000 ^b	,000	.	.	.
T0* Sichere Bindung	,000 ^b	,000	.	.	.
T0* Ambivalente Bindung	,000 ^b	,000	.	.	.

Tab. 14: Mehrebenenanalyse (6.2) zu festen Effekten von Bindungsmuster auf die abhängige Variable „Arbeitsbeziehung“ mit zeitlicher Veränderung (**T0 und der ambivalente Bindungstyp wurden als Referenzkategorie gesetzt)

Parameter	Schätzung	Std.-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenze	Obergrenze
Residualvarianz σ^2	,711	,064	< .001	,596	,849
Varianz σ	,661	,110	< .001	,476	,917

Tab. 14.1: Kovarianzparameter der MEA 6.2: $\rho=0,48$, $R = 0,11$

Bei einem ICC von 48% sind die Daten deutlich voneinander abhängig und eine Mehrebenenanalyse ist notwendig.

Tabelle 14 zeigt die festen Effekte von Bindungsmustern auf der Skala „Arbeitsbeziehung“ im zeitlichen Verlauf. 48% der Varianz lassen sich durch die Unterschiede zwischen den Patienten erklären. Damit sind die Daten deutlich voneinander abhängig und eine Mehrebenenanalyse ist notwendig. 11% der Patientenunterschiede im KPD-Wert werden durch die Regressorvariable Bindungsmuster aufgeklärt.

Die Regressionskonstante zeigt das geschätzte Ausgangsniveau der Verbundenheitsskala von unsicher-ambivalent-gebundenen Patienten zum Zeitpunkt T0 (Therapiebeginn) $y=4,53$. Das Ausgangsniveau von sicherer und unsicher-vermeidender Bindung unterscheidet sich nicht signifikant genug, als dass man es gegen den Zufall absichern könnte ($p>0,05$). Dennoch wird der

Intercept von sicher-gebundenen Patienten durchschnittlich mit 0,19 Punkten höher geschätzt, während unsicher-vermeidend-gebundene Patienten durchschnittlich einen niedrigeren Wert (-0,44) zu Beginn der Therapie angeben.

Der Steigungskoeffizient der Variablen Zeit erfasst die zeitliche Veränderung über den Therapieverlauf (Messzeitpunkt T0-T2-T5) der unterschiedlichen Bindungsmuster. In den differenziert untersuchten Zeitabschnitten Behandlungsanfang – Mitte fällt die Veränderung der Werte ebenfalls so gering aus, dass sie auf dem festgelegten Niveau nicht signifikant werden. Der 2-Level-HLM zeigt allerdings signifikante Veränderungen bei allen 3 Bindungsmustern zum Therapieende (unsicher-vermeidend-gebundene Patienten 0,86 Punkte, sicher-gebundene Patienten 0,75 Punkte, unsicher-ambivalent-gebundene Patienten 0,77 Punkte).

(7.1) GQ-Skala „negative Beziehung“ im zeitlichen Verlauf

Parameter	Schätzung	Std.-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	2,577	,066	< .001	2,447	2,707
T5	-,314	,076	< .001	-,463	-,164
T2	-,167	,068	,015	-,302	-,033
T0**	,000 ^b	,000	.	.	.

Tab. 15: Mehrebenenanalyse (7.1) zu festen Effekten der zeitlichen Komponente auf die abhängige Variable „Arbeitsbeziehung“ (**T0 wurde als Referenzkategorie gesetzt)

Parameter	Schätzung	Std.-Fehler	p-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenze	Obergrenze
Residualvarianz σ^2	,431	,035	< .001	,368	,505
Varianz σ	,460	,066	< .001	,347	,609

Tab. 15.1: Kovarianzparameter der MEA 7.1: $\rho=0,52$

Die obige 2-Level-HLM identifiziert signifikante Veränderungen im Therapieverlauf für die geschätzten Mittelwerte der GQ-Skala „negative Beziehung“ im Durchschnitt für alle Patienten. Zwischen Therapiebeginn (T0) und Therapiemitte (T2) zeigt sich eine Verringerung mit 0,17 Punkten, zum Therapieende (T5) hin verringert sich der geschätzte Wert um 0,31 Punkte. 52% der Daten werden durch individuelle Patientenunterschiede erklärt. Damit sind die Daten deutlich voneinander abhängig und eine Mehrebenenanalyse ist notwendig.

(7.2) Effekte von Bindungsmuster auf GQ-Skala „negative Beziehung“ im zeitlichen Verlauf

Parameter	Schätzung	Std-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	3,023	,152	< .001	2,724	3,323
Vermeidende Bindung	-0,488	,198	,014	-,878	-,099
Sichere Bindung	-0,706	,181	< .001	-1,061	-,350
Ambivalente Bindung	0,000 ^b	,000	.	.	.
T5* Vermeidende Bindung	-0,219	,150	,147	-,515	,077
T5* Sichere Bindung	-0,152	,113	,178	-,374	,070
T5* Ambivalente Bindung	-0,635	,171	< .001	-,971	-,299
T2* Vermeidende Bindung	-0,133	,135	,324	-,398	,132
T2* Sichere Bindung	-0,187	,103	,071	-,389	,016
T2* Ambivalente Bindung	-0,301	,162	,064	-,619	,017
T0* Vermeidende Bindung	0,000 ^b	,000	.	.	.
T0* Sichere Bindung	0,000 ^b	,000	.	.	.
T0* Ambivalente Bindung	0,000 ^b	,000	.	.	.

Tab. 16: Mehrebenenanalyse (7.2) zu festen Effekten von Bindungsmuster auf die abhängige Variable „negative Beziehung“ mit zeitlicher Veränderung (**T0 und der ambivalente Bindungstyp wurden als Referenzkategorie gesetzt)

Parameter	Schätzung	Std.-Fehler	P-Wert	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenze	Obergrenze
Residualvarianz σ^2	,415	,036	< .001	,349	,492
Varianz σ	,398	,064	< .001	,291	,546

Tab. 16.1: Kovarianzparameter der MEA 7.2: $\rho=0,49$, $R = 0,13$

Tabelle 16 zeigt die festen Effekte von Bindungsmuster auf Skala „negative Beziehung“ im zeitlichen Verlauf. 49% der Varianz lassen sich durch die Unterschiede zwischen den Patienten erklären. Damit sind die Daten deutlich voneinander abhängig und eine Mehrebenenanalyse ist notwendig. 13% der Patientenunterschiede im KPD-Wert werden durch die Regressorvariable Bindungsmuster aufgeklärt.

Die Regressionskonstante zeigt das geschätzte Ausgangsniveau der Skala „negative Beziehung“ von unsicher-ambivalenten Patienten zum Zeitpunkt T0 (Therapiebeginn) $y=3,02$. Das

Ausgangsniveau von sicherer Bindung liegt mit 0,71 Punkten, das Ausgangsniveau unsicher-vermeidender Bindung ist mit 0,49 Punkten signifikant niedriger.

Der Steigungskoeffizient der Variablen Zeit erfasst die zeitliche Veränderung über den Therapieverlauf (Messzeitpunkt T0-T2-T5) der unterschiedlichen Bindungsmuster. In den differenziert untersuchten Zeitabschnitten Behandlungsanfang – Mitte, von Therapiebeginn bis zum Therapieende fällt die Veränderung der Werte bis auf geschätzte Veränderung von unsicher-ambivalent-gebundenen Patienten zum Therapieende hin so minimal aus, dass sie auf dem festgelegten Niveau nicht signifikant wird. Trotzdem, über den gesamten Behandlungszeitraum ist eine Verringerung der geschätzten Mittelwerte aller drei Bindungsmuster erkennbar. Die Abnahme des Gesamtwertes von unsicher-ambivalent-gebundenen Patienten am Therapieende wird mit 0,64 Punkten sogar auf dem festgelegten Niveau signifikant.

8. Ausführliche Ergebnisdarstellung

In der vorliegenden Studie wurden insgesamt 288 Patienten (m=38,8%, w=61,2%) im Alter zwischen 26-64J. (MW=47,56) untersucht, die sich auf insgesamt 23 Therapiegruppen mit jeweils 8-12 Gruppenmitgliedern aufteilten. Das Krankheitsspektrum erstreckte sich über alle typischen psychosomatischen Störungsbilder, die in der ausführenden Tagesklinik behandelt werden, wobei der Großteil der Patienten unter affektiven Störungen, Angst- und Panikstörungen und/oder Erschöpfungs- und Burnout-Symptomatik litt.

Ein Hauptanteil der Patienten konnte einem (partiell)-sicheren Bindungsmuster (50%) zugewiesen werden. Dabei entsprachen 37,61 % einem partiell-sicheren, 12,39% einem sicheren Bindungstyp. In den nachfolgenden Ergebnissen werden diese beiden Repräsentationen unter dem Überbegriff „sicher“ behandelt. 9,73% der Patienten wiesen ein ambivalent-anklammerndes, 11,95% der Patienten ein ambivalent-verschlossenes Bindungsmuster auf. Diese beiden Muster wurden folglich unter dem Überbegriff „unsicher-ambivalent-gebunden“ (21,68%) zusammengefasst. 28,32% der Patienten konnten einem unsicher-vermeidenden Bindungsmuster zugewiesen werden.

Auffällig ist in Referenz zu der Validierungsstudie von Pollak (2008) geringer Anteil an ambivalent-gebundenen Patienten in der vorliegenden Studie (Vgl. Kap. 7.5, Verteilung der Bindungsmuster).

Über den Verlauf der Therapie zeigen die Messwerte der Gesamtskala des KPD-38-Instrumentes eine Verringerung im Gruppendurchschnitt (vgl. Tab. 2, Abb. 9, S. 72/73). Im Hinblick auf die Eigenschaft des benutzten Instrumentes als Ergebnismaß spricht dies für eine durchschnittliche globale Besserung der Patienten im Durchschnitt. Die Effektstärke der Veränderung zwischen Prä- und Post-KPD-Gesamtwert ist mit $d=0,36$ eher mäßig einzuschätzen und lässt somit nur auf

eine geringe Bedeutsamkeit des Effektes schließen. In den Schätzungen der Mehrebenenanalyse zeigt sich die Reduktion zwischen Therapiebeginn und Therapiemitte mäßig ausgeprägt, jedoch findet Richtung Therapieabschluss eine auf festgelegtem Niveau signifikante Verringerung der Messwerte ($-0,22$) statt. Man kann also eine durchschnittliche Reduktion der globalen Beeinträchtigungen der Teilnehmer vermerken, wodurch von einer Verbesserung des Allgemeinbefindens der Patienten im Laufe der Therapie gesprochen werden kann. Diese findet vor allem in der zweiten Hälfte der Therapie statt. Im Hinblick auf die Frage nach Therapieerfolg ist dieser Verlauf sicherlich als günstig anzusehen. Die Gesamtwerte liegen dabei durchweg unter den Referenzwerten der Validierungsstudie (Moessner et al., 2009) und sprechen damit für ein eher als niedrig einzuordnendes Maß an Beeinträchtigungen im Patientendurchschnitt.

Der Großteil der Patienten zeigt im Verlauf der Gruppentherapie keine signifikante Besserung ihrer globalen Beeinträchtigung (vgl. Tab. 1, S. 66). Dennoch lässt sich festhalten, dass knapp ein Viertel der Patienten (24,6%) sowohl als statistisch und klinisch geheilt gelten. 13,0% der Teilnehmer können zumindest eine statistisch signifikante Verbesserung vorweisen.

Der Einfluss von Bindungsmustern auf die Einschätzung der Höhe globaler Beeinträchtigungen konnte belegt werden. Es zeigt sich sowohl ein signifikanter Effekt zwischen den jeweiligen Subskalen des Bindungsfragebogens, als auch zwischen den individuellen Bindungsrepräsentationen der Patienten und dem subjektiven Maß der Beeinträchtigungen.

So lässt sich ein signifikanter Effekt der beiden BFKE-Skalen „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“ auf den Ausgangswert des KPD-Gesamtwertes (vgl. Tab. 2, S. 72) beschreiben. Die Ergebnisse zeigen eine Korrelation von höherer Öffnungsbereitschaft und niedrigeren KPD-Gesamtwerten ebenso wie von höherem Zuwendungsbedürfnis und höheren KPD-Gesamtwerten. Eine hohe Öffnungsbereitschaft, sowie ein mittleres bis negatives „Zuwendungsbedürfnis“ sprechen für eine sichere Bindung. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Patienten mit sicherer Bindung durchschnittlich niedrigere KPD-Werte beschreiben als Patienten mit unsicherer Bindung. Diese Annahme wird in der darauffolgenden Darstellung der Effekte von Bindungsmustern auf die KPD-Werte im Verlauf bestätigt.

Die zeitliche Veränderung der KPD-Messwerte wird durch keine der BFKE-Skalen signifikant moderiert, somit lassen sich hier keine Korrelationen ableiten.

In der Berechnung der Effekte von Bindungsklassifikation auf die KPD-Skalenwerte zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und niedrigerer Beeinträchtigung, sowie zwischen Bindungsunsicherheit (unsicher-ambivalent und unsicher-vermeidend) und höherer Einschätzung globaler Beeinträchtigung. Im Therapieverlauf scheinen alle 3 Bindungsrepräsentationen diese Einschätzung zu verringern (vor allem zwischen Therapiemitte und Therapieende), jedoch beschreiben Patienten mit unsicher-vermeidender Bindung durchschnittlich die stärkste signifikante Reduktion (Vgl. Tab. 3 und Abb. 10, S. 74).

Die Ergebnisse der zeitlichen Veränderungsrate aller 3 GQ-Skalen („Verbundenheit“, „Arbeitsbeziehung“, „negative Beziehung“) zeigen im Therapieverlauf eine deutliche Verbesserung der Einschätzung von Beziehungsqualität im Durchschnitt in allen Therapiegruppen.

So ist auf der Skala „Verbundenheit“ zum Zeitpunkt der Entlassung das Maß an Empathie und Kohäsion (gemessen auf der Skala „Verbundenheit“) im Gesamtdurchschnitt von einer mäßig-hohen (5,44) auf eine hohe (5,98) Einschätzung gestiegen. Der Wert liegt damit höher als der Mittelwert der repräsentativen Stichprobe von Bormann (M=5,38, vgl. Tab. 7, S.78).

Ebenso steigt die Einschätzung der Einstimmigkeit über „Therapieziele und -aufgaben“ im Gesamtdurchschnitt von einer mäßigen Einschätzung zur Therapiebeginn (4,46) auf eine hohe Einschätzung (5,33) zum Zeitpunkt der Entlassung (abgefragt über die Skala „Arbeitsbeziehung“). Auch hier liegt der Endwert deutlich höher als der Mittelwert der Studie von Bormann (M=4,92).

Die Einschätzung des Konfliktpotenzials und des Mangels an Empathie („negative Beziehung) in der Gruppe reduziert sich von einem bereits niedrig-einzuschätzenden Wert zu Therapiebeginn (2,57) um 0,31 Punkte im Therapieverlauf. Die durchschnittlich geschätzten Werte liegen allesamt unterhalb des Mittelwerts bei Bormann mit M=3,00.

Die differenzierte Darstellung des Therapieprozesses anhand der jeweiligen Bindungsmuster zeigt signifikante Effekte von Bindungsmuster auf die jeweiligen GQ-Skalen und somit auf die Einschätzung der Beziehungsqualität in den Therapiegruppen. Alle 3 Bindungstypen beschreiben eine Verbesserung der Einschätzung der Beziehungsqualität im Therapieverlauf (Anstieg der Skalenwerte „Verbundenheit“, „Arbeitsbeziehung“, Verminderung der Werte „negative Beziehung“).

Bindungssicherheit scheint am stärksten mit einer positiveren Einschätzung der therapeutischen Beziehung zu korrelieren. Sicher-gebundene Patienten beschreiben über den Therapieverlauf durchschnittlich sowohl die höchste Einschätzung von „Verbundenheit“ und von „Arbeitsbeziehung“, als auch die niedrigste Einschätzung von „negativer Beziehung“. Damit kann man von einer durchschnittlich höheren Einschätzung der therapeutischen Beziehung (hohes Maß an Empathie, Übereinstimmung von Therapiezielen und ein niedriges Maß an Konfliktpotenzial) sprechen.

Unsicher-ambivalent-gebundene Patienten präsentieren über den Therapieverlauf zwar die niedrigsten Werte auf der Skala „Verbundenheit“, scheinen aber hier gleichzeitig den stärksten Zuwachs (0,74 Punkte auf Skala „Verbundenheit“) zu empfinden. Unsicher-vermeidend-gebundene Patienten beschreiben die schwächste Veränderung (0,41) in der Einschätzung der „Verbundenheit“.

In Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsbeziehung zeigen sich die durchschnittlich niedrigsten Schätzwerte und somit eine prinzipiell negativere Einschätzung der Arbeitsbeziehung bei

unsicher-vermeidend-gebundenen Patienten. Gleichzeitig scheinen sie jedoch auch die größte subjektive Zunahme (0,86) in diesem Aspekt des Prozesses zu beschreiben.

Bei allen 3 Bindungsmustern lassen sich die Ausgangs- und Verlaufswerte der „negativen Beziehung“ eher im unteren bis mittleren Bereich (sicher 2,32, vermeidend 2,54, ambivalent 3,02) einordnen, wodurch man von einer eher niedrigen Einschätzung der Aspekte „fehlende Empathie“, „Konfliktpotenzial“ und „Vermeidung“ in der Gruppe ausgehen kann.

Im Vergleich zeigen unsicher-ambivalent-gebundene Patienten zwar den höchsten Ausgangswert dieser Skala (3,02) und damit die negativste Bewertung abgefragter Aspekte, gleichzeitig zeigt diese Patientengruppe im Durchschnitt auch die stärkste Veränderung (-0,64) des Durchschnittswertes dieser Skaleneinschätzung.

9. Diskussion

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, den Behandlungserfolg von Patienten mit unterschiedlichen Bindungsmustern im Rahmen einer Gruppenpsychotherapie in einer ambulanten psychosomatischen Rehabilitation zu untersuchen. Zusätzlich galt es, die differentielle Bedeutung spezieller psychotherapeutischer Prozessfaktoren in einer gruppenbasierten Psychotherapie einzuschätzen.

Man geht davon aus, dass der Bindungstyp des Patienten, als spezifisches Repertoire von Verhaltensstrategien im Umgang mit wichtigen Bezugspersonen, einen starken Einfluss auf die Beziehungsqualität in der Therapie und somit letztendlich auf das Behandlungsergebnis hat.

Basierend auf dieser Annahme und den Ergebnissen früherer Studien (Mosheim et al., 2000; Sachse & Strauß, 2002; Strauß et al., 2006) wurde erwartet, dass sicher-gebundene Patienten einen größeren Behandlungserfolg (im Sinne einer stärkeren subjektiven Abnahme individueller Beeinträchtigung) nach ambulanter psychosomatischer Rehabilitation erfahren würden. Zusätzlich wurde vermutet, dass das Ausmaß der von Patienten erlebten therapeutischen Beziehungen bei unsicher-gebundenen Patienten geringer ausgeprägt ist sowie, dass unsicher-vermeidend-gebundene Patienten im Vergleich zu unsicher-ambivalent-gebundenen Patienten mehr Schwierigkeiten aufweisen, Gruppenprozesse positiv wahrzunehmen.

Für eine bessere Übersicht werden die wesentlichen Ergebnisse der vorliegenden Studie im folgenden Abschnitt 10.1 noch einmal kurz wiedergegeben und dann interpretiert. Anschließend werden entsprechende Erklärungshypothesen aufgestellt (Abschnitt 10.2) und letztendlich im Abschnitt 10.3 Schlussfolgerungen angeführt. Abschließend soll noch kurz auf die Limitationen der vorliegenden Untersuchung (Abschnitt 11) eingegangen werden.

9.1. Übersicht Ergebnisse

Es werden nachfolgend nur die wesentlichen Ergebnisse nochmals wiedergegeben:

Über den Verlauf der Therapie zeigen die Messwerte der Gesamtskala des KPD-38-Instrumentes eine Verringerung im Gruppendurchschnitt (vgl. Tab. 2 und Abb. 9, S. 72/73). Im Hinblick auf die Eigenschaft des benutzten Instrumentes als Ergebnismaß spricht dies für eine durchschnittliche globale Besserung der Patienten im Gesamtdurchschnitt. Insgesamt liegen die durchschnittlichen Mittelwerte unter den Referenzwerten von Moessner (2009) und können im mittelhohen Bereich bezüglich der Einschätzung von Beeinträchtigungen eingeordnet werden.

Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich ebenfalls zwischen den BFKE-Skalen Öffnungsbereitschaft und Zuwendungsbedürfnis und dem Ausgangswert des KPD-Gesamtwertes, was auf einen Einfluss des Bindungsmusters auf das Gesamtmaß globaler

Beeinträchtigung hinweist. Die Ergebnisse belegen, dass eine höhere Öffnungsbereitschaft mit niedrigeren KPD-Gesamtwerten korreliert, wohingegen ein stärkeres Zuwendungsbedürfnis mit höheren KPD-Ausgangswerten einhergeht.

Der Zusammenhang zwischen Bindungsmuster und dem Ausmaß globaler Beeinträchtigungen bestätigt sich folglich in der Betrachtung des Verlaufes der KPD-Werte hinsichtlich bestimmter Bindungsmuster. Es zeigt sich, dass unsicher-ambivalent-gebundene Patienten im Durchschnitt über die Therapiedauer die höchsten Beeinträchtigungen, während sicher-gebundene Patienten über den Verlauf hinweg das niedrigste Ausmaß an Beeinträchtigungen beschreiben. Hingegen scheint unsicher-vermeidende Bindung durchschnittlich die stärkste Reduktion des KPD-Gesamtwertes aufzuweisen. Daraus lässt sich ableiten, dass unsicher-vermeidend-gebundene Patienten insgesamt im Vergleich zu den anderen Bindungsmustern den größten Benefit in ambulanter psychosomatischer Rehabilitation haben. Dies widerspricht der Annahme in These 1 und soll später ausführlich besprochen werden.

Die Daten zur Entwicklung des Gruppenprozesses im Therapieverlauf stellen im Studiendurchschnitt eine deutliche Zunahme der positiven Einschätzung der therapeutischen Beziehung dar. Auf den Skalen „Verbundenheit“ und „Arbeitsbeziehung“ ist ein Anstieg, auf der Skala „negative Beziehung“ ein Abfall der Messwerte über die Zeit zu vermerken. Die durchschnittlichen Gesamtwerte der 3 Skalen liegen im Therapieverlauf jeweils über („Verbundenheit“/„Arbeitsbeziehung“) bzw. unter („negative Beziehung“) den Referenzwerten der Validierungsstudie und sprechen damit für eine generell positive Einschätzung der therapeutischen Beziehungserfahrungen in der Gruppentherapie.

Gleichzeitig zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und positiverer Einschätzung der therapeutischen Beziehung, wodurch Hypothese II bestätigt wird. Das unsicher-ambivalente Bindungsmuster korreliert währenddessen mit schlechterer Einschätzung der Aspekte, die auf den Skalen „Verbundenheit“ und „negative“ Beziehung“ zu Beginn der Therapie abgefragt werden, aber gleichzeitig auch mit dem stärksten positiven Veränderungseffekt auf beiden Skalen. Patienten mit unsicher-vermeidenden Bindungsmuster weisen zu Therapiebeginn und im Verlauf die niedrigsten Werte auf der Skala „Arbeitsbeziehung“ auf, können hier aber auch die stärkste Veränderungsrate beschreiben. Hypothese III muss also in Teilen revidiert werden.

9.2. Erklärungshypothesen

Der Durchschnitt der Patienten zeigt eine deutliche Verbesserung der globalen Beeinträchtigungen auf der Skala „Gesamt“ des KPD-38. Somit scheinen die Patienten aus der 5-wöchigen Gruppenpsychotherapie einen Nutzen zu ziehen. Dieses Ergebnis entspricht den

Erwartungen an Psychotherapie, welche grundsätzlich das Ziel verfolgt, die Problematiken von Patienten - ob somatischer, psychischer und/oder sozialer Art - zu verbessern. Insofern wird eine subjektiv eingeschätzte Reduktion körperlicher, psychischer und sozialer Beeinträchtigung im Therapieverlauf erwartet. Wie auch schon in Vorgängerstudien (Burlingame et al., 2004; Tschuschke et al., 2007) bestätigt sich somit die Wirksamkeit der psychosomatischen Gruppentherapie. Der Zeitpunkt der Verbesserung kann in der vorliegenden Studie zunehmend in der zweiten Hälfte der Therapie eingeordnet werden. Dieser Prozess wird bereits in verschiedenen klinischen Theorien von Gruppenentwicklung in Gruppenpsychotherapie beschrieben. Viele Autoren konstatieren, dass erfolgreiche Gruppen zunächst bestimmte vorhersagbare Entwicklungsstufen durchlaufen müssen (beispielsweise Orientierungs-, Differenzierungs-, Normierungs-, Arbeits- und Auflösungsphase (Strauß & Matke, 2018)), beziehungsweise umgekehrt, dass ein geringerer Therapieerfolg bei Patienten zu verzeichnen ist, die solche Phasen nicht durchlaufen haben (Kuypers et al., 1987). Somit scheint Gruppenpsychotherapie erst im Verlauf, also bei Durchlaufen aller Entwicklungsphasen, ihre volle Wirkung zu entfalten. Auch im Hinblick auf das besondere Setting eines Rehabilitationsprozess zeigen vorherige Studien bereits, dass Patienten in ambulanter rehabilitativer Gruppentherapie bessere Resultate aufweisen, je länger sie an der Gruppe teilgenommen haben (Tschuschke et al., 2007).

Der signifikante Effekt der Bindungsskalen „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“ auf die Höhe der subjektiven Einschätzungen von Beeinträchtigungen spricht für einen relevanten Einfluss von Bindungsmerkmalen auf die individuelle Einschätzung der Beeinträchtigungen. Der Zusammenhang zwischen Bindungsmustern und Symptomeinschätzung wird bereits von anderen Autoren (Mallin, 2010; Riggs et al., 2007) beschrieben. Mallin (2010) konnte eine Korrelation zwischen der Skala Öffnungsbereitschaft und dem Schweregrad der Symptomatik (vom Therapeuten eingeschätzt) aufzeigen, die darauf schließen ließ, dass eine geringere Problematik mit höherer Öffnungsbereitschaft einherging (Mallin, 2010). Der Einfluss von unsicherer Bindung auf die subjektive Ausprägung der Symptomatik wird zusätzlich auch von Riggs et al. (2007) beschrieben. Letztendlich bleibt die Frage offen, ob unsicher-gebundene Patienten tatsächlich auf Grund ihrer Bindungsklassifikation unter höheren Beeinträchtigungen leiden oder umgekehrt auf Grund ihrer Bindungsklassifikation die subjektive Einschätzung im Vergleich zu sicher-gebundenen Patienten differiert. Dieser Gesichtspunkt sollte in Nachfolgestudien näher betrachtet werden.

Entgegen der Erwartungen und der Annahme in Hypothese I (der Grad der subjektiven Abnahme individueller Beeinträchtigung nach Abschluss einer ambulanten psychosomatischen Gruppentherapie korreliert mit Bindungssicherheit) beschreiben unsicher-vermeidend-gebundene Patienten in der vorliegenden Studie die stärkste Reduktion ihrer globalen Beeinträchtigungen.

Eigentlich wurde davon ausgegangen, dass unsicher-vermeidende Patienten aufgrund persönlicher Eigenschaften (Angst vor Intimität (Smith et al., 1999), Angst vor Beschämung in Gruppentherapie (Marmarosh et al., 2009) von vornherein negative Einstellungen (Markin & Marmarosh, 2010) und negative Beurteilung von Gruppen (erhöhtes Misstrauen (Chen & Mallinckrodt, 2002) und damit schlechtere Voraussetzungen für eine erfolgreiche Gruppentherapie mitbringen. Strauß räumt solche Eigenschaften sogar als Kontraindikationen für die Teilnahme an einer Gruppentherapie ein (Strauß, 2016).

Und andererseits bestätigen frühere Studien den Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und Therapieerfolg. Ebenso werden sicher-gebundenen Patienten Qualitäten und Eigenschaften zugeschrieben, die darauf schließen lassen, dass sie einen größeren Nutzen aus Gruppentherapie ziehen als unsicher-gebundene Patienten. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen diese Annahme allerdings nicht.

Zwei Erklärungshypothesen erscheinen für dieses Ergebnis plausibel. Einerseits tragen solche mit Bindungssicherheit vergesellschafteten Eigenschaften (optimistische Einstellung gegenüber anderen und zu Gruppen (-therapie), positive Erwartung an Therapieerfolg, etc.) zwar zu einer besseren Gruppenstimmung und zu einer höheren Motivation bei, gleichzeitig birgt diese Haltung gegebenenfalls aber auch die Gefahr unrealistisch hoher Erwartungen an den Therapieverlauf (Mattke & Strauß, 2018), welche dann enttäuscht werden.

Andererseits kann der Therapieerfolg der unsicher-vermeidend-gebundenen Patienten durch das spezielle Setting der durchgeführten Therapie erklärt werden. Es handelt sich um psychotherapeutische Gruppen im geschlossenen Format, welche im Anschluss an eine bereits durchgeführte Psychotherapie stattfinden. Die Patienten haben also bereits Vorerfahrung mit Psychotherapie und somit wahrscheinlich schon Therapiefortschritte und -erfolge erzielt; zusätzlich bleibt die Gruppenkonstellation während der 5-wöchigen Therapiezeit im Normalfall stabil erhalten. Bei Gruppentherapie im geschlossenen Format wird davon ausgegangen, dass sie die Bildung von Kohäsion und damit eine gute Soziodynamik begünstigt. Diese Voraussetzung steigert das Vertrauen und die Gruppendynamik, zwei bedeutende Wirkfaktoren in der Gruppentherapie (Yalom, 1995). Unsicher-vermeidende Patienten haben Schwierigkeiten Intimität aufzubauen. Aus Angst vor Verletzung oder Beschämung lehnen sie Intimität und Nähe eher ab (Marmarosh et al., 2009; Smith et al., 1999). Sie benötigen mehr Zeit und Zeichen von Zuneigung, um Beziehungen als eng zu bezeichnen als beispielsweise sicher-gebundene Mitglieder (Hudson & Fraley, 2017). Da die Patienten im vorliegenden Kontext bereits aufgrund ihrer Therapievorerfahrungen auf neu erarbeitete soziale Kompetenzen zurückgreifen können und das Therapiesetting im Rahmen einer festen Gruppe stattfindet, kann davon ausgegangen werden, dass auch bei Bindungsvermeidung aufgrund dieser speziellen Voraussetzung in dem Zeitraum von 5 Wochen ein Aufbau von Vertrauen und Kohäsion erfolgt. Dieser Aspekt bestätigt sich in den vorliegenden Prozessdaten. Hier zeigt sich, dass auch unsicher-vermeidend-gebundene

Gruppenmitglieder über den Therapieverlauf (wenn auch nicht so ausgeprägt: Vgl. MEA 5.2, S. 83) eine positive Zunahme der abgefragten Aspekte auf der Skala „Verbundenheit“ beschreiben. Das geschlossene Therapieformat in der vorliegenden Studie trägt zu einem guten „Gruppenklima“ bei, eine Komponente, die von allen Patienten (unabhängig ihrer Bindungsrepräsentation) als wichtigster Wirkfaktor empfunden wird (Kirchmann et al., 2009). In der vorliegenden Studie stellt sich die Gruppenzusammensetzung der einzelnen Therapiegruppen bezüglich Bindungsklassifikation eher heterogen dar, in dem Sinne, dass meist alle Bindungsmuster in allen Gruppen vertreten sind. Laut Markin und Marmarosh (2010) stellt eine gemischte Komposition der Gruppenmitglieder die optimalste Form von Gruppenzusammensetzung dar. Dabei eröffnet sich die Möglichkeit des „Modelllernens“, wobei unsicher-gebundene Mitglieder aus den Stärken der anderen lernen können (Markin & Marmarosh, 2010). Auch Shechtman und Dvir (2006) bestätigen diese Annahme: im Gruppensetting könnten andere Gruppenmitglieder über die Vorbildfunktion sicher-gebundener Mitglieder mit adaptiven interpersonellen Fähigkeiten und über neue positive Bindungserfahrungen ihre maladaptiven Muster revidieren und verbessern (Shechtman & Dvir, 2006). Vor dem Hintergrund, dass das Setting der vorliegenden Studie damit wahrscheinlich optimierte Behandlungsumstände für unsicher-vermeidend-gebundene Patienten geboten hat, wird also die positive Korrelation von Bindungsvermeidung (und nicht wie erwartet Bindungssicherheit) und Behandlungserfolg zu verstehen sein. Zur weiteren Überprüfung dieser Annahme erscheint es lohnenswert, die angesprochenen Gesichtspunkte (Einfluss von Therapie-Vorerfahrung, hohe Therapieerwartungen/-ansprüche, Rolle des Modelllernens) in Zukunft genauer zu überprüfen.

Da die therapeutische Beziehung einen wichtigen Veränderungsmechanismus in psychosomatischen Gruppentherapien repräsentiert (Burlingame et al., 2013) und somit partiell den Therapieerfolg voraussagen kann, scheint es wichtig, diese Variable in unsere Betrachtungen mit aufzunehmen. Eine Steigerung der Qualität der therapeutischen Beziehung (durch Anstieg der empfundenen Verbundenheit und positiver Arbeitsaspekte sowie durch Verminderung negativer Beziehungsaspekte auf allen Ebenen (Gruppenmitglied-Gruppe, etc...)) kann einen positiven Einfluss auf die Entwicklung therapeutischer Fortschritte haben.

Der Therapieprozess in der vorliegenden Untersuchung präsentiert genau das: ein Anstieg der Messwerte der Verbundenheits- und Arbeitsbeziehungsskala sowie eine Abnahme auf der Skala „negative Beziehung“. Dies beschreibt somit eine subjektiv eingeschätzte Verbesserung der therapeutischen Beziehung durch die Patienten. Dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen von Gruppenprozessen in einer mehrwöchigen (erfolgreichen) Gruppentherapie, wie es von Gruppenforschern meist dargelegt wird. Die meisten Phasenmodelle zur Entwicklung in Gruppentherapie berichten von Zuwachs von Kohäsion, Vertrauen, Übereinstimmung von

gemeinsamen Zielen und Produktivität (Vgl. dazu die Übersichtsarbeit von Tuckman und Jensen (2010)). Die positive Entwicklungstendenz der therapeutischen Beziehungen lässt sich auch im Rahmen der von MacKenzie (1987) beschriebenen Entwicklungsphasen des Therapieprozesses interpretieren. Die fünf Phasen der Gruppenbeziehungen teilen sich in frühe bis späte Phasen auf, in denen jeweils andere Wirkfaktoren eine Rolle spielen. MacKenzie beschreibt, dass gerade zu Beginn einer Gruppentherapie Patientenfaktoren wie Akzeptanz und Gruppenzugehörigkeit als besonders wichtig empfinden. Hierbei spielen vor allem das Erleben von „Universalität des Leidens“ und „Kohäsion“ eine wichtige Rolle. Im Laufe der Therapie treten die Patienten in die Phase der Differenzierung ein und lernen, Unterschiede zwischen den Gruppenmitgliedern zu erkennen. Dabei steigert sich normalerweise der Grad der Polarisation und des Konfliktpotenzials. Es gilt als psychotherapeutisches Lernziel, zu akzeptieren, dass Konflikte nicht immer destruktiv sind. Mit der Therapiedauer nehmen Faktoren wie Selbsterkenntnis, interpersonelle Exploration und Katharsis zu (Mackenzie, 1987). MacKenzies Erkenntnisse beruhen allerdings auf Therapiedaten, die in ambulanter Gruppenpsychotherapie über einen Zeitraum von 30-40 Sitzungen gesammelt wurden (was durchaus einen längeren Therapiezeitraum als in der vorliegenden Studie (25 Sitzungen) darstellt) und sind damit sicher nicht gänzlich auf die vorliegende Untersuchung übertragbar. Dennoch erscheint es verständlich, dass zu Beginn die Beziehungsqualität „Verbundenheit“ und „Arbeitsbeziehung“ eher hoch einzuschätzen sind und im Therapieverlauf grundsätzlich zunehmen, während das „Konfliktpotenzial“ nach einer möglichen Differenzierungsphase zum Ende der Therapie schließlich abnimmt.

Auch im Hinblick auf das geschlossene Format im psychotherapeutischen Setting der Gruppentherapie, welches die Bildung von Kohäsion und eine gute Soziodynamik fördert, ist die Entwicklung der therapeutischen Beziehung erwartungskonform. Sowohl eine frühe und gute Bezogenheit zur Gruppe (Tschuschke, 2001) als auch eine Zunahme der Kohäsion (Strauß & Burgmeier-Lohse, 1994) scheinen prognostisch günstig zu sein für Erfolg in Gruppentherapie. Weitere Studien belegen ebenso den positiven Einfluss einer Zunahme der therapeutischen Beziehung auf die Entwicklung therapeutischer Prozesse (Johnson et al., 2005). Die Variable „Gruppenklima“ wird von Gruppenforschern häufig als einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg in der psychosomatischen Gruppentherapie dargestellt (Burlingame et al., 2013; Kirchmann et al., 2009; Mackenzie, 1987). Folglich führt eine Verbesserung der Werte der therapeutischen Beziehung, welche sich ebenfalls in unserer Studie beschreiben lassen, mit den positiven Therapieresultaten.

Auf der Skala „negative Beziehung“ wurde die Einschätzung von Konfliktpotenzial und dessen Veränderung im Therapieverlauf abgefragt. Diesbezüglich beschreiben Gruppenforscher häufig eine frühe bis mittlere Phase, in der Konflikte ausgetragen werden. Tuckman und Jensen (2010)

benennen diese Phase in ihrem Modell „storming“. Zum Ende der Therapie hin steigt die interpersonelle Intimität an und Konfliktpotenzial nimmt folglich wieder ab (Strauß & Mattke, 2018). Der Anstieg im Konfliktpotenzial in einer frühen/mittleren Phase lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht reproduzieren, dennoch ist die Verringerung der Messwerte zum mittleren Messzeitpunkt nicht so ausgeprägt wie zum Therapieende hin. Die durchschnittlichen geschätzten Verlaufswerte (2,26 - 2,57) liegen weit unter den Referenzwerten der Validierungsstudie (M=3,00), damit scheint die Einschätzung von „negativer Beziehung“ in den Therapiegruppen insgesamt sehr gering ausgeprägt zu sein.

Als wichtiges Resultat unserer Studie lässt sich die positive Korrelation zwischen Bindungssicherheit und der Einschätzung der Qualität „therapeutischer Beziehung“ festhalten. Gruppenmitglieder mit sicherer Bindungsklassifikation schätzen über den Therapieverlauf sowohl die abgefragten Aspekte auf der Skala „Verbundenheit“ und „Arbeitsbeziehung“ am höchsten, als auch jene auf der Skala „negative Beziehung“ am niedrigsten ein. Dementsprechend schätzen sie die therapeutische Beziehung in Gruppentherapie auf allen Ebenen positiver ein als unsicher-gebundene Patienten. Dieses Ergebnis bestätigt die Annahme, dass das Ausmaß der von Patienten erlebten therapeutischen Beziehungen bei unsicher-gebundenen Patienten statistisch geringer ausgeprägt ist, wodurch Hypothese II belegt wird. Die Grundidee der Hypothese baut auf den Aussagen der Bindungstheorie auf. Hier heißt es, dass die Entwicklung sozialer Kompetenzen auf frühen Interaktionserfahrungen mit Bindungspersonen basiert. Solche sozialen Kompetenzen beeinflussen die Qualität interpersoneller und somit auch psychotherapeutischer Beziehungen und somit die Fähigkeit soziale Unterstützung einzufordern (Mallinckrodt, 2000). Während sicher-gebundene Patienten auf dieser Grundlage positivere Einschätzungen von Anderen haben (Markin & Marmarosh, 2010) und sich in deren Nähe wohl fühlen (Mikulincer & Shaver, 2007b), scheinen unsicher-gebundene Patienten häufig personelle Merkmale aufzuweisen, die in Gruppen eher zu Spannungen, Konflikten und Schwierigkeiten, sich auf intensive Beziehungen einzulassen, führen (Strauß, 2007). Smith et al (1999) schreiben unsicherer Bindung Korrelation mit geringerer soziale Unterstützung, negativer Affekte und geringerer Identifikation mit Gruppen zu (Smith et al., 1999). Aufgrund dieser eher distanzierten Haltung gegenüber anderen Gruppenmitgliedern kann man schlussfolgern, dass Patienten mit unsicherer Bindung die Qualität der therapeutischen Beziehung in Gruppentherapie eher geringer einschätzen.

Der signifikante Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und der Einschätzung von Kohäsion und Empathie in der Therapiegruppe (Skala Verbundenheit) entspricht den Ergebnissen vorheriger Studien und korrespondiert ebenfalls mit den Eigenschaften, die bindungssicheren Gruppenmitgliedern zugeschrieben werden. Durch die positive Einstellung gegenüber Anderen (Markin & Marmarosh, 2010), Vertrauen in die Akzeptanz und Sicherheit der Gruppe (Mikulincer & Shaver, 2007b) und eine grundsätzliche Überzeugung von Geborgenheit (Markin &

Marmarosh, 2010; Shechtman & Rybko, 2004) scheint eine Basis für den Aufbau von Kohäsion und Empathie gegeben zu sein. Hingegen müssen unsicher-gebundene Patienten zunächst ihre eher negativen Überzeugungen von Anderen überwinden. Unsicher-vermeidende Menschen tendieren zu Misstrauen und ablehnenden Einstellungen gegenüber Anderen (Chen & Mallinckrodt, 2002; Mallinckrodt & Chen, 2004; Markin & Marmarosh, 2010). Unsicher-ambivalenten Mitgliedern fällt es weitaus schwerer, eine emotionale Bindung oder Vertrauensbasis in Gruppen aufzubauen (Chen & Mallinckrodt, 2002). Wie bereits in anderen Studien gezeigt wurde, korreliert Bindungsvermeidung negativ mit dem Aufbau von Gruppenkohäsion in Therapiegruppen (Chen & Mallinckrodt, 2002; Holtz, 2005) und entspricht auch dem vorliegenden Ergebnis (niedrigster Zunahme auf „Verbundenheits“-Skala).

Bei unsicher-ambivalent-gebundenen Gruppenmitgliedern zeigt sich der stärkste subjektive Zuwachs an Verbundenheit über den Therapieverlauf. Auch diesen Befund kann man auf Basis früherer Studienergebnisse ableiten: zwar scheinen unsicher-ambivalent-gebundene Individuen mehr Zeit und Zuneigung zu benötigen, um Beziehungen als eng anzuerkennen (Hudson & Fraley, 2017), entwickeln im Laufe von Therapie aber starke Bindungen an den Therapeuten und wünschen sich intensivere und häufigere Kontakte (Strauß, 2018). In bindungsrelevanten Situationen, wie sie beim sich Einlassen auf ein Therapiegeschehen vorliegen, greifen unsicher-ambivalent-gebundene Personen auf sekundär-hyperaktivierende Strategien zurück. Das führt zu ausgeprägtem Bindungsverhalten und dem aufwendigen Versuch, Nähe zu anderen Mitgliedern aufzubauen. Unter diesem Aspekt gesehen erscheint eine Zunahme von Kohäsion und Bindung in der Gruppe als folgerichtig.

Sicher-gebundene Patienten schätzten die Aspekte der Skala „Arbeitsbeziehung“ über den gesamten Therapieverlauf vergleichbar hoch ein. Auch dieser Befund korrespondiert mit den Charakteristika, die sicherer Bindung zugeschrieben wird. Strauß (2018) fasst diese Eigenschaften gut zusammen: Sicher-gebundene Personen entwickeln engere und positivere Arbeitsbeziehungen und empfinden Zusammenarbeit als „belohnend“. Sie zeigen sich kooperativer und engagierter und formulieren ähnliche Ziele wie ihre Therapeuten (Strauß, 2018).

Die Einschätzung der Arbeitsbeziehung bei unsicher-gebundenen Patienten hingegen fällt grundsätzlich niedriger aus. Unsicher-vermeidend-gebundene Patienten beschreiben hierbei durchschnittlich die niedrigsten Werte aus der Skala „Arbeitsbeziehung“. Ihre Einschätzung über die Einigung auf Aufgaben und Ziele in der Therapie scheint somit am negativsten auszufallen. Diese Erkenntnis korrespondiert mit der Eigenschaftenbeschreibung unsicher-vermeidend-gebundenen Personen von Strauß, nach welcher diese Patienten weniger positive und kooperative Arbeitsbeziehungen entwickeln (Strauß, 2018).

Entgegen vorheriger Erwartungen schätzen unsicher-vermeidend-gebundene Patienten in den Therapiegruppen in der vorliegenden Studie sowohl die Verbundenheit höher, als auch das Konfliktpotenzial niedriger ein als unsicher-ambivalent-gebundene Patienten. In Vorgängerstudien zeigte sich gegenteilig ein Zusammenhang zwischen unsicher-vermeidender Bindung und Unbehagen in Situationen, die mit Intimität, Nähe oder Abhängigkeit verbunden sind (Strauß, 2007) sowie zwischen Bindungsvermeidung und den Gedanken, die Gruppe zu verlassen (Smith et al., 1999) bzw. Therapieabbruch (Markin & Marmarosh, 2010; Tasca, 2014). Solche Ergebnisse lassen eher darauf schließen, dass vermeidend-gebundene Patienten das Gruppengeschehen negativer einschätzen und spiegeln nicht das Ergebnis der vorliegenden Studie dar. Diese Diskrepanz lässt sich gegebenenfalls durch das bei Bindungsambivalenten Personen ausgeprägte Bedürfnis von Akzeptanz und Unterstützung bei gleichzeitiger Angst vor Ablehnung erklären. Die zwanghafte und andauernde Aufmerksamkeit auf interpersonale Signale (wie mögliche Spannungen, Zurückweisung in der Gruppe) und deren häufige Fehlinterpretation bei Bindungsambivalenz (Markin & Marmarosh, 2010) erklärt womöglich die negativeren Daten zur Einschätzung von Verbundenheit und gleichzeitig die erhöhte Wahrnehmung von Konfliktpotenzial.

Die durchschnittlich niedrigere Einschätzung von Empathie und die höhere Bewertung von Konfliktpotenzial in der Gruppe bei unsicher-gebundenen Patienten entspricht wiederum den Erwartungen. Die Forschungsgruppe um Kivlighan (2012) fand einen Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung und Gruppenkonflikten. Von anderen Bindungsforschern werden unsicher-gebundenen Personen interpersonale Merkmale zugesprochen, die in Gruppen eher zu Spannungen und Konflikten führen (Rom & Mikulincer, 2003). Personen mit unsicher-vermeidender Bindung scheinen Schwierigkeiten mit der richtigen Einschätzung interpersoneller Probleme (Chen & Mallinckrodt, 2002) und anderer Personen (Mallinckrodt & Chen, 2004) zu haben und bewerten diese häufig feindlicher. Unsicher-ambivalent-gebundene Patienten bewerten interpersonelle Probleme häufig über (Chen & Mallinckrodt, 2002) und nehmen das Gruppenklima deutlich vermeidender und konflikthafter wahr (Harel et al., 2011).

Unsere Hypothese III (Unsicher-vermeidend-gebundene Patienten haben mehr Schwierigkeiten, Gruppenprozesse – vor allem in Hinblick auf Aufbau von Nähe und Kohäsion – positiv wahrzunehmen, als unsicher-ambivalente Patienten) lässt sich anhand der vorliegenden Daten nur teilweise bestätigen. Die in der Studie untersuchten Gruppenprozesse setzen sich zusammen aus Veränderungen der Kohäsions- und Empathieeinschätzung in der Gruppe (Skala „Verbundenheit“), aus der Einschätzung von gemeinsamen Therapieaufgaben und -zielen innerhalb der Gruppe und mit dem Gruppenleiter (Skala „Arbeitsbeziehung“) und aus der Bewertung von Konfliktpotenzial und Empathiemangel in der Gruppe (Skala „negative Beziehung“). Auf Basis von früheren Studienbefunden wurde erwartet, dass vor allem der Aspekt von Nähe und Kohäsion bindungsvermeidenden Patienten Schwierigkeiten bereitet (Illing et al.,

2011; Rom & Mikulincer, 2003). In der vorliegenden Studie zeigen sich bei unsicher-vermeidend-gebundene Patienten im Vergleich zu unsicher-ambivalent-gebundenen Patienten signifikant niedrigere Veränderungen der Messwerte auf den Skalen „Verbundenheit“ und „negative Beziehung“ während der Therapiedauer. Dadurch bestätigt sich die Vermutung, dass sie die in der Therapiegruppe ablaufenden Prozesse von Kohäsionsentwicklung und Abnahme von Auseinandersetzungen weniger stark, also weniger positiv wahrnehmen als unsicher-ambivalente Patienten. Die Ergebnisse von Tasca oder Rom und Mikulincer, in denen sogar ein abnehmendes Gefühl von Gruppenallianz bei Bindungsvermeidung über den Therapieverlauf dargestellt wurde (Tasca, 2014), bzw. in denen Gruppenkohäsion bei Bindungsvermeidung sogar zu einem schlechteren Miteinander führte (Rom & Mikulincer, 2003), konnten zwar nicht reproduziert werden, dennoch zeigte sich, dass Gruppenmitglieder mit unsicher-vermeidender Bindungsklassifikation im Vergleich zu Bindungsambivalenz das Wachstum von Kohäsion und Empathie in der Gruppe schwächer empfinden. Ebenso bemerken sie deutlich weniger eine Verminderung von Distanz unter den Mitgliedern.

Entgegen der Vermutung aus Hypothese III scheint Bindungsvermeidung im Vergleich zu Bindungsambivalenz aber mit einer stärkeren Zunahme der Faktoren bezüglich „Arbeitsbeziehung“ (als ein Aspekt des Gruppenprozesses) einherzugehen. Obwohl Hypothese III auf der Vermutung beruht, dass unsicher-vermeidend-gebundene Patienten generell weniger von Gruppenprozessen profitieren können, lässt sich die Zunahme der Werte zur „Arbeitsbeziehung“ dennoch anhand der Bedeutung therapeutischer Faktoren für die einzelnen Bindungsmuster erklären. Unsicher-vermeidend-gebundene Patienten bewerten die Präsenz und Akzeptanz des Therapeuten als besonders wichtige therapeutische Erfahrung (Kirchmann et al., 2009). Die Skala „Arbeitsbeziehung“ gibt wieder, inwieweit die Gruppenmitglieder in ihrer Einschätzung bezüglich gemeinsam erarbeiteter Aufgaben und Ziele mit dem Therapeuten übereinstimmen. Eine funktionierende Arbeitsbeziehung und eine Übereinstimmung mit dem Gruppenleiter stellt sicherlich die Grundlage für die Präsenz- und Akzeptanzbereitschaft des Patienten dar. Andersherum steigert existierende Präsenz und Akzeptanz des Leiters sicherlich die Bereitschaft des Patienten, sich auf Therapieziele und -aufgaben einzulassen. Dadurch kommt es zu einem Zuwachs in der Einschätzung der Arbeitsbeziehung.

Zusätzlich lässt sich sagen, dass das Misstrauen unsicher-vermeidend-gebundener Patienten auf Basis schlechter vorheriger Bindungserfahrungen aufbaut. Das folglich eher distanzierte und Nähe-vermeidende Verhalten der unsicher-vermeidend-gebundenen Gruppenmitglieder zu Beginn der Therapie zeigt sich in einer negativeren Einschätzung der Arbeitsbeziehung. Die Revidierung und Neubewertung von Beziehungserfahrungen stellt unter anderem ein Teilziel der Psychotherapie dar. Im Laufe der Therapie lernen unsicher-vermeidend-gebundene Patienten mittels neuer positiver Beziehungserfahrungen, das Misstrauen gegenüber anderen abzubauen und sich damit besser auf Absprachen, gemeinsame Aufgaben und Ziele mit anderen einzulassen.

Gruppenforscher sehen in der therapeutischen Beziehung in psychotherapeutischer Gruppenbehandlung einen wichtigen Veränderungsmechanismus (Burlingame et al., 2011; Johnson et al., 2005) und gehen sogar soweit, dass eine gute therapeutische Beziehung zumindest partiell den Therapieerfolg in Gruppentherapien voraussagen kann (Burlingame et al., 2013). In der vorliegenden Studie zeigt sich, dass Bindungsvermeidung und Therapieerfolg positiv korrelieren. Als ein Aspekt der therapeutischen Beziehung scheint die Verbesserung der „Arbeitsbeziehung“, wie sie unsicher-vermeidende Patienten beschreiben, einen Effekt auf den Therapieerfolg zu haben. Anhand gemeinsamer Therapieaufgaben und -ziele mit dem Therapeuten scheinen solche Patienten die Ziele am besten zu erreichen und somit ihre globalen Beeinträchtigungen am stärksten reduzieren zu können.

In der vorliegenden Studie bestehen sicherlich dadurch veränderte Voraussetzungen, dass die Gruppentherapie im Anschluss an eine bereits stattgefundene Psychotherapiemaßnahme erfolgt. Wie in den Richtlinien des durchgeführten IRENA-Programmes definiert wird, sollen Patienten lernen, hierbei ihre neu gewonnenen Kompetenzen durch Einübung und Ausbau ihrer affektiven, kognitiven und Verhaltensfertigkeiten zu generalisieren (Kobelt et al., 2002). Patienten beginnen diese Gruppentherapie also schon mit einer psychotherapeutischen Vorerfahrung. Unsicher-vermeidend-gebundenen Patienten werden normalerweise, wie bereits mehrfach beschrieben eher kontraproduktive Eigenschaften für Gruppentherapien zugeschrieben. Auf Basis ihrer psychotherapeutischen Vorkenntnisse mit neuen Strategien und zunehmender Einsicht in ihre maladaptiven Verhaltensmuster können diese Patienten versuchen, ihre Verhaltensweisen konkret zu verändern. Somit lässt sich verstehen, warum - entgegen vieler früherer Forschungsbefunde - bindungsvermeidende Patienten in der vorliegenden Studie mit dem besonderen Setting einer Anschluss-Therapie das beste Therapieergebnis aufweisen und am stärksten von Teilaspekten der untersuchten Gruppenprozesse profitieren.

Abschließend lässt sich sagen, dass die nicht immer ganz eindeutigen Ergebnisse in der Psychotherapieforschung – wie auch in der vorliegenden Studie – angesichts der Komplexität psychotherapeutischer Prozesse nicht besonders verwundern. In Psychotherapieverläufen entsteht häufig eine ganz eigene Dynamik, welche eine eindeutige und lineare Betrachtung von Zusammenhängen und Kausalitäten schwierig macht. Sicherlich trägt dies (neben dem Gebrauch unterschiedlicher Forschungsinstrumente und -verfahren) zu der inkonsistenten Forschungslage bei.

10. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit soll den Therapieprozess und schließlich den Behandlungserfolg von Patienten hinsichtlich der unterschiedlichen Bindungsmuster der Patienten im Rahmen einer ambulanten Gruppenpsychotherapie untersuchen, um somit die Bedeutung spezieller psychotherapeutischer Wirk- und Prozessfaktoren in einer gruppenbasierten Psychotherapie einschätzen zu können.

Auf Basis der aus der Bindungstheorie abgeleiteten Grundhypothese „der Bindungstyp des Patienten – als spezifisches Repertoire von Verhaltensstrategien im Umgang mit wichtigen Bezugspersonen – beeinflusst die Beziehungsqualität aller Bindungsebenen in psychosomatischer Gruppentherapie“ soll der Einfluss der Bindungsmerkmale auf das Behandlungsergebnis objektiviert werden.

Der Ursprung der Bindungstheorie, als deren Urvater John Bowlby gilt, beruht auf dem Modell der frühen Mutter-Kind-Beziehung. So entsteht Bindung durch die Interaktion der Bezugsperson (meist Mutter) und dem Kind, welches als zunächst „schutzloses“ Wesen in „Alarmsituationen“ auf die Nähe anderer angewiesen ist. In einer solchen Situation aktiviert das Kind sein Bindungsverhalten, welches im Optimalfall durch die Bezugsperson mit entsprechendem Kontakt beantwortet wird. Ist dies gegeben, kann auf Basis der „sicheren“ Interaktion das „Explorationsbedürfnis“ entwickelt und ausgetestet werden; hierbei entsteht zunehmende Autonomie. Ist dies nicht der Fall, verstärkt sich das bindungssuchende Verhalten - es kann kein Sicherheitsgefühl entwickelt werden und somit keine suffiziente Exploration. Für eine gesunde Bindung ist ein Gleichgewicht zwischen beiden Polen – Sicherheitsbedürfnis und Explorationsverhalten - wichtig.

Auf Basis dieser frühen Bindungserfahrungen können spätere Erwartungshaltungen an zwischenmenschlichen Beziehungen abgeleitet werden. In der Bindungstheorie wird in ein sicheres, zwei unsichere (unsicher-vermeidend und unsicher-ambivalent) Bindungsmuster und in ein desorganisiertes Bindungsverhalten unterschieden.

Die vorliegende Studie schloss insgesamt 288 Patienten ein, die an einer psychosomatischen Gruppentherapie in der ambulanten psychosomatischen Tagesklinik in Köln teilnahmen. Da es sich um eine Rehabilitationsmaßnahme handelt, konnten alle Patienten bereits psychotherapeutische Vorerfahrungen vorweisen. Das Krankheitsspektrum umfasste typische psychosomatische Störungsbilder, die in der ausführenden Tagesklinik behandelt werden. Zu Beginn der Maßnahme wurden verschiedene Einschätzungen aus Patientensicht – unter anderem der Grad der subjektiven Belastung (mittels des KPD-38-Instrumentes) oder therapeutischer Faktoren (mittels GQ-D) ermittelt, sowie der jeweilige Bindungstyp des Patienten (BFKE) bestimmt. Die Korrelationen wurden - da es sich um Gruppendaten mit Messwiederholungen handelt - mittels einer Mehrebenenanalyse in SPSS erstellt.

In der Hauptthese wurde angenommen, dass sicher-gebundene Patienten einen größeren Behandlungserfolg (im Sinne einer stärkeren subjektiven Abnahme individueller Beeinträchtigung) in dem gegebenen Therapiesetting erfahren würden. Diese Annahme musste im Verlauf revidiert werden. Es zeigte sich, dass hingegen dieser Hypothese unsicher-vermeidend gebundene Patienten den stärksten Therapieerfolg verzeichneten. Anhand bereits vorliegender Erkenntnisse über die Merkmale der Bindungsmuster sowie in Hinblick auf das besondere Therapiesetting wird versucht hierfür eine Erklärung zu finden. In psychotherapeutischer Gruppentherapie im Anschluss an bereits durchgeführte Gruppenpsychotherapie kann bei Bindungsvermeidern im Rahmen ihrer Therapieerfahrungen und somit der Möglichkeit von Rückgriff auf bereits erarbeitete (soziale) Kompetenzen von einem bestehenden Grad von Vertrauen und der Fähigkeit zum Aufbau von Kohäsion ausgegangen werden. Beide Faktoren stellen einen wichtigen Wirkfaktor in Gruppentherapie dar, welcher mit besseren Therapieergebnissen korreliert. In einer homogenen Gruppenzusammensetzung können unsicher-vermeidend gebundene Patienten von der Vorbildfunktion beziehungsweise von den Stärken anderer Gruppenmitgliedern profitieren und eigene maladaptive Muster revidieren.

Die Hypothese II, dass Bindungsunsicherheit mit einer weniger positiven Einschätzung der „therapeutischen Beziehung“ korreliert, konnte bestätigt werden. Auf Basis der Bindungstheorie sowie nach der Einschätzung vieler Bindungsforscher bringen sicher-gebundene Patienten entsprechende Eigenschaften mit, welche kompatibler in sozialer Interaktion und im psychotherapeutischem Gruppengeschehen sind. Sicher-gebundene Patienten schätzen ihre Mitmenschen positiver ein (Markin & Marmarosh, 2010) und fühlen sich in der Nähe anderer wohl (Mikulincer & Shaver, 2007b). Hingegen werden Patienten mit unsicherem Bindungsmuster Korrelationen mit geringerer sozialer Unterstützung, geringerer Gruppenidentifikation und negativen Affekten bezüglich Gruppen zugeschrieben (Smith et al., 1999). Dies bestätigt sich in der vorliegenden Studie in der relevant niedrigeren Einschätzung der erlebten „therapeutischen Beziehung“ von unsicher-gebundenen zu sicher-gebundenen Patienten.

Die These III zur unterschiedlichen Wahrnehmung von Gruppenprozessen zwischen unsicher-vermeidend- und unsicher-ambivalent-gebundenen Patienten musste in Teilen revidiert werden. Vermutet wurde, dass bindungsvermeidende Menschen auf Grund ihres eher distanzierten, Nähe-vermeidendem Verhaltens größere Schwierigkeiten haben, Gruppenprozesse positiv einzuschätzen als bindungsambivalente Individuen. Entsprechend dieser Annahme zeigte sich im gesamten Therapieverlauf eine signifikant geringere Veränderung der Skalen „Verbundenheit“ und „negative Beziehung“ als Korrelat einer weniger positiven Bewertung des Gruppengeschehens. Entgegen dieser Hypothese zeigte sich bei Bindungsvermeidern auf der Skala „Arbeitsbeziehung“ die über den Therapieverlauf relevant stärkste Zunahme der abgefragten Aspekte. Der zu Beginn der durchgeführten Therapie abgefragte niedrige Wert der „Arbeitsbeziehung“ bei bindungsvermeidenden Patienten entspricht der Annahme, dass solche

Patienten basierend auf ihren Bindungseigenschaften weniger Bereitschaft zeigen, eine funktionierende Arbeitsbeziehung mit anderen Menschen einzugehen und auch in diese vertrauen. Als positives Therapieresultat scheint aber genau diese Patientengruppe jenen Aspekt des Gruppentherapieprozesses nach Revidierung und Neubewertung ihrer Beziehungserfahrungen besser zu bewerten.

Insgesamt zeigte sich in der Studie bei allen Bindungsmustern ein genereller Benefit auf die durchgeführte Gruppenpsychotherapie. Die subjektive Verbesserung findet im Durchschnitt in der zweiten Therapiehälfte statt. Patienten mit sicherer Bindung gaben im Vergleich zu anderen Bindungsmustern zu Beginn der Therapie ein niedrigeres Level an Beeinträchtigung an und schätzten die Qualität der „therapeutischen Beziehung“ am höchsten ein. Dies wird ebenfalls versucht über die den Bindungsmustern zugeschriebenen spezifischen Eigenschaften der Patienten zu erklären.

Die Studie soll als Beitrag zur Gruppentherapieforschung dienen, jedoch bedarf es sicherlich weiterer und vor allem größerer Studien auf diesem Gebiet, um tiefere Rückschlüsse ziehen und diese langfristig in Therapiegrundlagen integrieren zu können.

11. Schlussfolgerung

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen viele bereits existierende Forschungsergebnisse zu Patienteneigenschaften und Gruppentherapieresultaten. Gleichzeitig präsentieren sich auch neue Erkenntnisse. So zeigt sich zum Beispiel als Hauptbefund der positive Zusammenhang zwischen Bindungsvermeidung und Therapieerfolg. Es bleibt zu klären, ob sich ein solches Ergebnis auch in zukünftigen Studien reproduzieren lässt oder ob es im Zusammenhang mit dem besonderen Therapiesetting im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme IRENA im Anschluss an eine bereits stattgehabte Psychotherapiebehandlung zu sehen ist.

Wie bereits in vorherigen Studien belegt, bestätigt sich die Erkenntnis, dass Patienten vor allem ab der zweiten Hälfte der Gruppentherapie eine Verbesserung ihrer subjektiven Beeinträchtigung beschreiben. Dies sollte bei zukünftigen Planungen der Therapiedauer von Gruppentherapien mitberücksichtigt werden. Gruppenpsychotherapie scheint ihre volle Wirkung erst mit zunehmender Dauer der Therapieteilnahme zu entfalten. Vor allem im Rahmen der psychotherapeutischen Rehabilitationsmaßnahmen, deren Ziel eine langfristige Festigung der Therapieerfolge ist, sollte daher nicht an der Therapiedauer eingespart werden.

Der Einfluss der unterschiedlichen Bindungsmuster auf den Grad der körperlichen, seelischen und sozialen Beeinträchtigungen sowie auf den Verlauf des Gruppenprozesses wurde ja bereits von vielen Psychotherapieforschern erkannt und bestätigt sich in der vorliegenden Studie. In der zukünftigen Planung von Gruppenpsychotherapien sollte diese Erfahrung sicherlich in Form einer

differenziellen Indikationsstellung und in der Zusammensetzung der Gruppen berücksichtigt werden.

Wie eingangs erwähnt gibt es bisher nur wenige Studien zu Prozessforschung in Gruppentherapie. Die positiv zu bewertenden Ergebnisse der vorliegenden Studie sollten als Motivation gelten, sich auch zukünftig weiter mit dieser Thematik auseinander zu setzen, um Gruppenprozesse mithilfe evidenzbasierter Ergebnisse besser verstehen und leiten zu können.

12. Limitationen

An der vorliegenden Untersuchung ist kritisch anzumerken, dass alle Angaben auf Selbstberichten der Patienten beruhen; wünschenswert für eine Validierung der Ergebnisse wäre demnach für nachfolgende Untersuchungen die Einbeziehung von Fremdbeurteilungsverfahren.

Bei einer suffizienten Kollektivgröße (N=288) kam es vergleichsweise häufig zu „missing data“. Dies stellt bei der Art der durchgeführten Untersuchung sicherlich keine Besonderheit dar. In dem spezifischen Setting der Studie (ambulante Nachsorge im berufsbegleitenden Setting) konnte keine konsequente Teilnahme an allen Gruppensitzungen sichergestellt werden (wie es beispielsweise in stationärem Umfeld möglich wäre). Bei der Ergebnisberechnung (Mehrebenenanalysen) stellte dieser Aspekt zum Glück keine Einschränkung in der Auswertung dar.

Wie diverse Vorgängerstudien bereits aufzeigen konnten, wird das Therapieergebnis von zahlreichen Variablen beeinflusst. Diese Effekte werden ebenso im Modell zu den Einflussfaktoren auf die Ergebnisse von Gruppentherapien nach Burlingame et al. (2003) beschrieben. Die Variablen reichen von persönlichen Merkmalen des Patienten und des Therapeuten über die theoretische Struktur des angebotenen Therapieverfahrens bis hin zur „Anatomie“ der Gruppe (Lambert & Barley, 2001). Die vorliegende Studie legt vor allem den Fokus auf die Patienteneigenschaften wie Bindungsverhaltensweisen und deren Einfluss auf den Gruppenprozess. Dies stellt allerdings nur einen kleinen Teil der Einflussmerkmale in einer Gruppe dar. Um die Gesamtheit des therapeutischen Prozesses und dessen Einflussfaktoren verstehen zu können, um differenziertere Interpretationen zu ermöglichen und klinische Implikationen zu berücksichtigen bedarf es aber sicherlich einer weitergehenden Analyse mit differenzierterer Darstellung verschiedener Patientenmerkmale und deren Einflussgrößen.

Die Ergebnisse der Studie lassen schlussfolgern, dass Bindungseigenschaften der Gruppenmitglieder neben ihrem direkten Einfluss auf den Gruppenprozess und das Therapieergebnis auch in der Gruppenzusammensetzung eine Rolle spielen. Die Ergebnisse tragen leider nur in geringem Ausmaß zur Erklärung bei und sollten folglich unter verbesserten Untersuchungsbedingungen reproduziert werden. Um aussagekräftigere Befunde zur Bedeutung

der Bindungsmerkmale für die Gruppenzusammensetzung zu erheben, bedarf es allerdings einer größeren Patientenzahl, standardisierten Zuweisungsstrategien sowie der Einbeziehung vieler Therapeuten (Vgl. Piper (2010)).

In der vorliegenden Studie wurden ausschließlich Patienten in ambulanter psychosomatischer Gruppentherapie in geschlossenem Setting mit einem therapeutischen Fokus auf konflikt- und lösungsorientierte Konzepte untersucht. Ob sich das vorliegende Ergebnis auch auf andere Gruppen- oder Therapiekonzepte beziehungsweise andere Patientenpopulationen übertragen lässt, müsste noch weitergehend untersucht werden.

13. Ausblick

Die ambulante Gruppentherapie in der psychosomatischen Rehabilitation ist mit Einführung des „Rahmenkonzeptes zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung“ (2001) ein wesentlicher Bestandteil der psychosomatischen Versorgung. Es besteht jedoch noch eine Lücke zwischen der Gruppenpsychotherapieforschung im ambulanten Rahmen und der derzeitigen Anwendungspraxis. Um der Forderung nach empirisch abgesicherten Ergebnissen im Sinne einer evidenzbasierten Medizin in diesem Gebiet nachzukommen, soll die vorliegende Studie einen Beitrag dazu leisten und beitragen, ambulante Psychotherapieversorgung in Zukunft zu verbessern und in ihrer Wirksamkeit zu stärken.

Wie zuvor im Kapitel „Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie“ beschrieben, repräsentieren Gruppen weitaus mehr als nur die Summe der Eigenschaften ihrer Mitglieder. Dieser interaktive Kontext – auch als sozialer Mikrokosmos, Gruppendynamik oder Gruppenprozess umschrieben – wird maßgeblich durch verschiedene Variablen, wie zum Beispiel die Gruppenzusammensetzung und Patienteneigenschaften beeinflusst. Der Versuch, diesen Zusammenhang mittels der vorliegenden Untersuchung zur Bedeutung der verschiedenen Bindungsmuster in Gruppenpsychotherapie darzustellen, beabsichtigt zukünftige Gruppentherapiekonzepte in Ihrer Effizienz zu verbessern. Damit soll ein Beitrag geleistet werden, weitere Faktoren zu identifizieren, welche positiv auf das Therapie-Outcome wirken. Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, haben die Bindungseigenschaften des Patienten einen Einfluss sowohl auf den Therapieprozess als auch auf das Therapieresultat.

Es wird weiterhin erforderlich sein, diese Zusammenhänge intensiver zu erforschen, um künftig therapeutische Interventionen und auch Faktoren der Gruppenzusammensetzung zu optimieren. Zum Beispiel durch die verbesserte und differenzierte Berücksichtigung von Bindungsmerkmalen zwischen Gruppenmitgliedern und -Therapeut. In jedem Fall erscheint es bedeutsam, die Gruppe – unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der Bindungstheorie – als (potentiell) sichere Basis

für die Exploration zu verstehen und entsprechend Unterstützung durch gezielte Interventionen bezüglich zum Beispiel Kohäsion, interpersonellem Lernen und Erreichen von Therapiezielen zu geben. Auf der Grundlage der klinischen Bindungsforschung können Zusammenhänge von Psychopathologie und Krankheitsverhalten im Rahmen psychischer und körperlicher Störungen sowie auch des Psychotherapieprozesses neu verstanden werden.

Weiterhin kann aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie abgeleitet werden, dass neben den individuellen Bindungsmustern auch die unterschiedliche Komposition und das Zusammenspiel verschiedener Bindungsmuster innerhalb der Therapiegruppe die jeweilige Gruppendynamik formt. Eine Gruppe mit hauptsächlich bindungsvermeidenden Patienten wird eine andere Gruppendynamik entwickeln als eine Gruppe mit einer Mischung verschiedener Bindungsstile der Patienten. Dass die Gruppenzusammensetzung einen besonderen Stellenwert für den Therapieprozess und das Behandlungsergebnis einnimmt, wird bereits auch von anderen Gruppenforschern betont (Yalom & Leszcz, 2005). Trotz der sicher großen Bedeutung der Gruppenzusammensetzung herrscht derzeit immer noch ein Defizit empirischer Forschung in diesem Bereich, wodurch der Fokus bei der Gruppenzusammensetzung eher auf praktischen und ökonomischen Faktoren liegt (wie bspw. Wartelistenplatz). Es wird erforderlich sein, den Zusammenhang individueller Patienteneigenschaften und der Gruppenzusammensetzung weiter zu untersuchen. Wenn es gelänge, die Überlegung zu der Bedeutung der verschiedenen Bindungsmuster bezüglich ihres Einflusses auf das Therapieergebnis zukünftig in die Überlegungen bei der Vorbereitung und der Zusammenstellung von Therapiegruppen mit aufzunehmen, könnte der Therapieprozess in Folge verbessert und somit ein Beitrag zu besseren Therapieergebnissen geleistet werden.

So kann man aus den vorliegenden Ergebnissen ableiten, dass die Diagnostik und die Berücksichtigung von Bindungsmerkmalen für die differenzielle Indikationsstellung bedeutsam sind. In Folge dessen könnten abgestimmte spezifische Interventionen die Compliance verbessern oder alternative Therapiestrategien wie „Pre-group“-Trainingsgruppen (Mattke & Strauß, 2018) oder psychoedukative Angebote der Gruppenpsychotherapie vorgeschaltet werden.

14. Literaturverzeichnis

- 1) Ainsworth, M. D. S. (1969). Individual Differences in Strange-Situational Behaviour of One-Year-Olds.
- 2) Bäcker, G., & Kistler, E. (2016). Dossier Rentenpolitik - Was ist Rehabilitation? Retrieved from <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/rentenpolitik/222943/was-ist-rehabilitation> (Zuletzt abgerufen am 02.05.2019)
- 3) Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & human development, 11*(3), 223-263.
- 4) Baltes-Götz, B. (2013). Analyse von hierarchischen linearen Modellen mit der SPSS-Prozedur MIXED. *Zentrum für Informations-, Medien-und Kommunikationstechnologie, Trier*.
- 5) Barghaan, D., Schulz, H., Koch, U., & Watzke, B. (2009). Versorgungsstrukturen im stationären Setting in Deutschland: Verteilung von Einzel-und Gruppentherapie und deren psychotherapeutischen Ausrichtungen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 45*(2), 83-103.
- 6) Barkowski, S., Schwartze, D., Burlingame, G., Strauß, B., & Rosendahl, J. (2016). Wie wirksam ist Gruppenpsychotherapie im Vergleich zur Einzelpsychotherapie? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 52*(2), 142-155.
- 7) Barmer-GEK. (2011). Barmer GEK Report Krankenhaus 2011 - Schwerpunktthema: Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen.
- 8) Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology, 61*(2), 226.
- 9) Baumgarten, D. E., Lindow, B., & Klosterhuis, D. H. (2008). Wie gut ist die ambulante Rehabilitation? Aktuelle Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung. *RVaktuell, 11*.
- 10) Bernecker, & al. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research, 24*(1), 12-24.
- 11) Bildung, B. f. p. (2014). Dossier Gesundheitspolitik. Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen, Teil 1 bis 3. Version 26.2. 2014.
- 12) Boes, N. (2016). Nachsorge im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation nach dem neuen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung *Die Rehabilitation, 55*(06), 369-373.
- 13) Borelli, J. L., & David, D. H. (2004). Attachment theory and research as a guide to psychotherapy practice. *Imagination, Cognition and Personality, 23*(4), 257-287.
- 14) Bormann, B., Burlingame, G. M., & Strauß, B. (2011). Der Gruppenfragebogen (GQ-D). *Psychotherapeut, 56*(4), 297-309.
- 15) Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger (Vol. 2): new york: Basic Books.
- 16) Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry, 52*(4), 664.
- 17) Bowlby, J. (1988). Clinical applications of attachment: A secure base. *London: Routledge, 85*.
- 18) Bowlby, J. (1989). The role of attachment in personality development and psychopathology.
- 19) Boyle, M. H., & Willms, J. D. (2001). Multilevel modelling of hierarchical data in developmental studies. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 42*(1), 141-162.
- 20) Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology, 28*(5), 759.
- 21) Bryk, A. S., & Raudenbush, S. W. (1992). Hierarchical linear models for social and behavioral research: Applications and data analysis methods: Newbury Park, CA: Sage.
- 22) Buchheim, A., & Kächele, H. (2002). Das Adult Attachment Interview und psychoanalytisches Verstehen: Ein klinischer Dialog. *Psyche, 56*, 946-973.
- 23) Bundesamt, S. (2015). Zahlen und Fakten. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsst and/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html (Zuletzt abgerufen am 13.07.2017)

- 24) Bundesausschuss, G. (2017). Richtlinie Psychotherapie-Richtlinie Stand 16.02.2017 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie.
- 25) Burlingame, MacKenzie, K., & Strauß, B. (2004). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 647-696.
- 26) Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy: Educational Publishing Foundation.
- 27) Burlingame, G. M., Strauß, B., & Joyce, A. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 640-689.
- 28) Chen, E. C., & Mallinckrodt, B. (2002). Attachment, group attraction and self-other agreement in interpersonal circumplex problems and perceptions of group members. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6(4), 311.
- 29) Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). Applied multiple correlation/regression analysis for the behavioral sciences. UK: Taylor & Francis.
- 30) Diener, M., & Monroe, J. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 48, 237-248.
- 31) Dierick, P., & Lietaer, G. (2008). Client perception of therapeutic factors in group psychotherapy and growth groups: An empirically-based hierarchical model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(2), 203-230.
- 32) Dozier. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2(01), 47-60.
- 33) Dozier, M., & Bates, B. (2004). Attachment State of Mind and the Treatment Relationship *Attachment Issues in Psychopathology and Intervention*: Atkinson, Leslie, Goldberg, Susan.
- 34) DRV. (2011). Rahmenkonzeption. Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge" Irena" inklusive" Curriculum Hannover" (2011). *Im Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/226510/publicationFile/19385/rahmenkonzeption_irena.pdf Stand, 1.* (Zuletzt abgerufen am 18.08.2017)
- 35) Ehrenthal, J., & Weber, R. (2016). Country Report: Germany. Retrieved from http://c.ymcdn.com/sites/www.psychotherapyresearch.org/resource/group/908064c6-10c2-4dc3-ab4d-a8642aae9dcf/downloads/germany_2016.pdf?hhSearchTerms=%22weber%22 (Zuletzt abgerufen am 14.03.2017)
- 36) Fearon, P., Shmueli-Goetz, Y., Viding, E., Fonagy, P., & Plomin, R. (2014). Genetic and environmental influences on adolescent attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(9), 1033-1041.
- 37) Fittig, E., Hickmann, M., & Kunze, J. (2016). *Damit die Wirkung nicht verblasst-IRENA-Nachsorge nach psychosomatischer Rehabilitation*. Paper presented at the 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium.
- 38) Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1: Special issue), 63-81.
- 39) Flores, P. J. (2010). Group psychotherapy and neuro-plasticity: An attachment theory perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(4), 546-570.
- 40) Fonagy, P. (2001). Introduction to attachment theory. *Attachment theory and psychoanalysis*, 5-18.
- 41) Fraley, R. C., Hudson, N. W., Heffernan, M. E., & Segal, N. (2015). Are adult attachment styles categorical or dimensional? A taxometric analysis of general and relationship-specific attachment orientations. *Journal of personality and social psychology*, 109(2), 354.
- 42) Geiser, C. (2011). *Datenanalyse mit Mplus*: Springer.
- 43) Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 117-131.
- 44) Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Wine, B., Jones, A., & Friedman, S. C. (1997). Transference, insight, and the course of time-limited therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44(2), 209.
- 45) George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). Attachment interview for adults. *Unpublished manuscript, University of California, Berkeley*.

- 46) Gerlinger, T., & Burkhardt, W. (2014a). Dossier: Gesundheitspolitik: Merkmale des dt. Gesundheitssystems: Strukturen und Inanspruchnahme
- 47) Gerlinger, T., & Burkhardt, W. (2014b). Stationäre Versorgung - Strukturen und Inanspruchnahme. Retrieved from <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72646/strukturen-und-inanspruchnahme> (Zuletzt abgerufen am 05.09.2018)
- 48) Gloger-Tippelt, G. (1999). Transmission von Bindung über die Generationen-Der Beitrag des Adult Attachment Interview.
- 49) Grau, I., Clashausen, U., & Hoger, D. (2003). Der " Bindungsfragebogen" von Grau und der " Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen" von Hoger und Buschkemper im Vergleich. *Psychology Science*, 45, 41.
- 50) Groh, A. M., Roisman, G. I., Booth-LaForce, C., Fraley, R. C., Owen, M. T., Cox, M. J., & Burchinal, M. R. (2014). IV. Stability of attachment security from infancy to late adolescence. *Monographs of the society for research in child development*, 79(3), 51-66.
- 51) Harel, Y., Shechtman, Z., & Cutrona, C. (2011). Individual and group process variables that affect social support in counseling groups. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 15(4), 297.
- 52) Harfst, T., Koch, U., & Schulz, H. (2002). Nachsorgeempfehlungen in der psychosomatischen Rehabilitation-Empirische Analysen auf der Basis des einheitlichen Entlassungsberichts der Rentenversicherungsträger. *Die Rehabilitation*, 41(06), 407-414.
- 53) Heuft, G., & Senf, W. (1999). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo*: Thieme.
- 54) Heuft, G., Senf, W., Bell, K., Cording, C., Geyer, M., Janssen, P. L., . . . Wirsching, M. (1998). Psy-BaDo. *Psychotherapeut*, 43(1), 48-52.
- 55) Höger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). *Psychotherapeut*, 44(3), 159-166.
- 56) Holtz, A. (2005). *Measuring the therapy group attachment in group psychotherapy: A validation of the Social Group Attachment Scale*. ProQuest Information & Learning.
- 57) Hopf, H., & Diebels, E. (2017). Merkmale und Praxis psychiatrischer Tageskliniken in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*.
- 58) Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 885.
- 59) Hudson, N. W., & FRALEY, R. C. (2017). Adult attachment and perceptions of closeness. *Personal Relationships*, 24(1), 17-26.
- 60) Illing, V., Tasca, G., Balfour, L., & Bissada, H. (2011). Attachment Dimensions and Group Climate Growth in a Sample of Women Seeking Treatment for Eating Disorders. *Psychiatry*, 74(3).
- 61) IQWiG. (2015). *Gesundheitsversorgung in Deutschland*. https://www.gesundheitsinformation.de/gesundheitsversorgung-in-deutschland.2698.de.pdf?all_backgrounds=0&all_details=0&all_lexicons=0&all_reports=0&detail*einleitungco=1&overview=0&print=1&theme=0. (Zuletzt abgerufen am 03.03.2017)
- 62) Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Gaebel, W. (2014). Psychische Störungen in der allgemeinbevölkerung: studie zur gesundheit erwachsener in deutschland und ihr zusatzmodul psychische gesundheit (DEGS1-MH)(Originalien). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77-87.
- 63) Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12.
- 64) Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R., & Gleave, R. L. (2005). Group climate, cohesion, alliance, and empathy in group psychotherapy: Multilevel structural equation models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310.
- 65) Joyce, A. S., MacNair-Semands, R., Tasca, G. A., & Ogradniczuk, J. S. (2011). Factor structure and validity of the Therapeutic Factors Inventory-Short Form. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 15(3), 201.

- 66) Joyce, A. S., Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Sheptycki, A. R. (2010). Interpersonal predictors of outcome following short-term group therapy for complicated grief: a replication. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(2), 122-135.
- 67) Joyce, A. S., Piper, W. E., & Ogrodniczuk, J. S. (2007). Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 269-296.
- 68) Keating, L., Tasca, G. A., Gick, M., Ritchie, K., Balfour, L., & Bissada, H. (2014). Change in attachment to the therapy group generalizes to change in individual attachment among women with binge eating disorder. *psychotherapy*, 51(1), 78.
- 69) Kirchmann, H., Mestel, R., Schreiber-Willnow, K., Mattke, D., Seidler, K.-P., Daudert, E., . . . Strauß, B. (2009). Associations among attachment characteristics, patients' assessment of therapeutic factors, and treatment outcome following inpatient psychodynamic group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(2), 234 — 248.
- 70) Kirchmann, H., Steyer, R., Mayer, A., Joraschky, P., Schreiber-Willnow, K., & Strauß, B. (2012). Effects of adult inpatient group psychotherapy on attachment characteristics: an observational study comparing routine care to an untreated comparison group. *Psychotherapy Research*, 22(1), 95-114.
- 71) Kivlighan, D. M., & Kivlighan, D. M. I. (2014). Therapeutic Factors: Current Theory and Research. In J. L. DeLucia-Waack, C. R. Kalodner, & M. Riva (Eds.), *Handbook of Group Counseling and Psychotherapy* (pp. 46-54). Los Angeles: SAGE Publications.
- 72) Kivlighan, D. M., Lo Coco, G., & Gullo, S. (2012). Attachment anxiety and avoidance and perceptions of group climate: An actor-partner interdependence analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(4), 518.
- 73) Klein, I. (2005). *Gruppenleiten ohne Angst - ein Handbuch für Gruppenleiter* (Vol. 10). Donauwörth: Auer Verlag GmbH.
- 74) Kobelt, A. (2015). Nachsorge. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. H. Paar, R. Meermann, & F. Lamprecht (Eds.), *Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen-Behandlungsangebote-Qualitätsmanagement* (pp. 380-405): Schattauer Verlag.
- 75) Kobelt, A., & Grosch, E. (2005). Indikation zur ambulanten Nachsorge (Curriculum Hannover) in der psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapeut*, 50(5), 340-346.
- 76) Kobelt, A., Grosch, E. V., Lamprecht, F., Hentschel, H.-J., & Beigel, R.-P. (2001). *Ambulante psychosomatische Nachsorge: integratives Trainingsprogramm nach stationärer Rehabilitation*: Schattauer.
- 77) Kobelt, A., Grosch, V., & Lamprecht, F. (2002). Ziele der ambulanten psychosomatischen Nachsorge. In A. Kobelt, V. Grosch, & F. Lamprecht (Eds.), *Ambulante psychosomatische Nachsorge- Integratives Trainingsprogramm nach stationärer Rehabilitation*. Stuttgart: Schattauer.
- 78) Kobelt, A., & Schmid-Ott, G. (2010). Results of long-term follow-up study of inpatient psychotherapy followed by systematic outpatient psychotherapeutic aftercare. *Psychology, health & medicine*, 15(1), 94-104.
- 79) Koch, P. D. D. U. (2016). psychosomatische Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 55(6), 339-340.
- 80) Köhler, L. (1998). Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Einschränkende Vorbehalte, Nutzen, Fallbeispiele. *Psyche*, 52(4), 364-397.
- 81) Kruse, J., Herzog, W., Hofmann, D.-P. D.-S. M., & KBV, K. B. (2012). Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland-Formen der Versorgung und ihre Effizienz. *Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Gießen*, 10.
- 82) Kuypers, B. C., Davies, D., & Van der Vegt, R. (1987). Training group development and outcomes. *Small group behavior*, 18(3), 309-335.
- 83) Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research Summary of the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.
- 84) Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *J Clin Psychol*, 67(2), 193-203. doi:10.1002/jclp.20756

- 85) Linden, M. (2014). Psychosomatic Inpatient Rehabilitation: The German Model. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 205-212.
- 86) Linden, M., & Baudisch, F. (2006). Wirksamkeit der teilstationären psychosomatischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, 64, 468-475.
- 87) MacKenzie, K. R. (1987). Therapeutic factors in group psychotherapy: A contemporary view. *Group*, 11(1), 26-34.
- 88) Main, M., Hesse, E., & Goldwyn, R. (2008). Studying differences in language usage in recounting attachment history: An introduction to the AAI.
- 89) Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104.
- 90) Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.
- 91) Majce-Egger, M. (1999). *Gruppentherapie und Gruppendynamik. Dynamische Gruppenpsychotherapie: Theoretische Grundlagen, Entwicklungen und Methoden*. Wien, Austria: Facultas-Univ.-Verlag.
- 92) Mallin, U. (2010). *Therapeut-Klient-Interaktion: Einstellungen und Interventionen*. Universität zu Köln.
- 93) Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 239-266.
- 94) Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 262-270.
- 95) Mallinckrodt, B., & Chen, E. C. (2004). Attachment and interpersonal impact perceptions of group members: A social relations model analysis of transference. *Psychotherapy Research*, 14(2), 210-230.
- 96) Mallinckrodt, B., & Jeong, J. (2015). Meta-analysis of client attachment to therapist: Associations with working alliance and client pretherapy attachment: Educational Publishing Foundation.
- 97) Mander, J., Vogel, E., Wiesner, V., Blanck, P., & Bents, H. (2016). Yaloms Wirkfaktoren in der Gruppentherapie. *Psychotherapeut*, 61(5), 384-392.
- 98) Markin, R. D., & Marmarosh, C. (2010). Application of adult attachment theory to group member transference and the group therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 111.
- 99) Marmarosh. (2009). Multiple attachments and group psychotherapy: Implications for college counseling centers. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(4), 461-490.
- 100) Marmarosh. (2015). Emphasizing the Complexity of the Relationship: The next Decade of Attachment-based Psychotherapy Research. *Psychotherapy Research*, 52.
- 101) Marmarosh, Markin, R. D., & Spiegel, E. B. (2013). *Attachment in Group Psychotherapy* (Vol. 1). Washington, DC: American Psychological Association.
- 102) Marmarosh, Whipple, R., Pinhas, S., Schettler, M., Wolf, J., Sayit, S., & Wohl, R. (2009). Patients' Adult Attachments and Attitudes About Group Therapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(2), 423-431.
- 103) Marrone, M. (1998). *Attachment and interaction*: Jessica Kingsley Publishers.
- 104) Mattke, D., & Strauß, B. (2012). Indikation, Prognose, Vorbereitung und Zusammensetzung von Therapiegruppen. In D. Mattke & B. Strauß (Eds.), *Gruppenpsychotherapie* (pp. 59-67). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- 105) Mattke, D., & Strauß, B. (2018). Indikation, Prognose, Vorbereitung und Zusammensetzung von Therapiegruppen *Gruppenpsychotherapie* (pp. 59-67): Springer.
- 106) Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *American Psychosomatic Society*, 63, 556-567.
- 107) Maxwell, S. E., & Delaney, H. D. (2004). *Designing experiments and analyzing data: A model comparison perspective* (Vol. 1): Psychology Press.
- 108) McRoberts, C., Burlingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective: Educational Publishing Foundation.

- 109) Meredith, P. J., Strong, J., & Feeney, J. A. (2007). Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *European Journal of Pain*, 11(2), 164-170.
- 110) Meyer, B., Pilkonis, P. A., Proietti, J. M., Heape, C. L., & Egan, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of personality disorders*, 15(5), 371-389.
- 111) Mikulincer, M., & Florian, V. (2001). Attachment Style and Affect Regulation: Implications for Coping with Stress and Mental Health. In M. S. C. Garth J. O. Fletcher (Ed.), *Blackwell Handbook of Social Psychology: Interpersonal Processes*: Blackwell Publishers Ltd.
- 112) Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007a). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*: Guilford Press.
- 113) Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007b). Attachment, group-related processes, and psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(2), 233-245.
- 114) Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, 27(2), 77-102.
- 115) Moessner, M., Zimmer, B., Gallas, C., Percevic, R., & Kordy, H. (2009). Das Klinisch Psychologische Diagnosesystem 38 (KPD-38): Validierung an einer multizentrischen Patientenstichprobe. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 2(3), 194-204.
- 116) Mosheim, R., Zachhuber, U., Scharf, L., Hofmann, A., Kemmler, G., Danzl, C., . . . Richter, R. (2000). Bindung und Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 45(4), 223-229.
- 117) Mößner, M., & Kordy, H. (2015). Veränderungsmessung und Ergebnismonitoring in der klinischen Routine. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*.
- 118) Müller, B. (2008). Subjektive Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen: Von der Messung der Lebenszufriedenheit zu dynamischen Anpassungsprozessen und Recovery. Dissertation Universität Zürich.
- 119) Nosper, M. (1999). Der Erfolg Psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*.
- 120) Nosper, M. (2008). Die Dauer psychosomatischer Rehabilitation-Regelungen, Einflussfaktoren und Empfehlungen. *Die Rehabilitation*, 47(01), 8-13.
- 121) Nübling, R., Schmidt, J., & Wittmann, W. W. (1999). Langfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie: PPmP*, 343-353.
- 122) Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., Lau, M. A., & Sochting, I. (2010). A survey of Canadian Group Psychotherapy Association members' perceptions of psychotherapy research. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(2), 159-176.
- 123) Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., & Rosie, J. S. (2002). Interpersonal predictors of group therapy outcome for complicated grief. *Int J Group Psychother*, 52(4), 511-535.
- 124) Parkes, C. M., Stevenson-Hinde, J., & Marris, P. (2006). *Attachment across the life cycle*: Routledge.
- 125) Percevic, R., Gallas, C., Wolf, M., Haug, S., Hünerfauth, T., Schwarz, M., & Kordy, H. (2005). Das Klinisch Psychologische Diagnosesystem 38 (KPD-38). *Diagnostica*, 51(3), 134-144.
- 126) Petermann, F., & Koch, U. (2009). Psychosomatische Rehabilitation: Quo vadis? *Die Rehabilitation*, 48(05), 257-262.
- 127) Piper, W. E. (2010). Patientenauswahl und Gruppenzusammensetzung. In V. Tschuschke (Ed.), *Gruppenpsychotherapie - Von der Indikation bis zu Leistungstechniken*. Stuttgart: Thieme.
- 128) Ploeger, A., & Neises, M. (2010). Teilstationäre Psychotherapie - Psychotherapie in der Tagesklinik. *Ärztliche Psychotherapie*, 5, 255-261.
- 129) Pollak, E., Wiegand-Grefe, S., & Höger, D. (2008). The Bielefeld attachment questionnaires: Overview and empirical results of an alternative approach to assess attachment. *Psychotherapy Research*, 18(2), 179-190.

- 130) Porter, M. E., & Guth, C. (2012). *Chancen für das deutsche Gesundheitssystem: Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen*: Springer-Verlag.
- 131) Potreck-Rose, F., & Koch, U. (1994). *Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten: Ergebnisse einer Expertise; mit 35 Tabellen*: Schattauer.
- 132) Psychotherapie-Richtlinie. (2018). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). 08.10.2016.
- 133) Rentenversicherung, D. (2015). Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung.
- 134) Rentenversicherung, D. D. (2016). Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung.
- 135) Richter, T., & Naumann, J. (2002). Mehrebenenanalysen mit hierarchisch-linearen Modellen. *Zeitschrift für Medienpsychologie*, 14(4), 155-159.
- 136) Riggs, S. A., Vosvick, M., & Stallings, S. (2007). Attachment style, stigma and psychological distress among HIV+ adults. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 922-936.
- 137) Rom, E., & Mikulincer, M. (2003). Attachment theory and group processes: the association between attachment style and group-related representations, goals, memories, and functioning. *Journal of personality and social psychology*, 84(6), 1220.
- 138) Sachse, J., & Strauß, B. (2002). Bindungscharakteristika und Behandlungserfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppenpsychotherapie. *PPmP-Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, 52(03/04), 134-140.
- 139) Schmidt, S., Strauß, B., & Braehler, E. (2002). Subjective physical complaints and hypochondriacal features from an attachment theoretical perspective. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(3), 313-332.
- 140) Schmidt, S., Strauß, B., Höger, D., & Brähler, E. (2004). Die adult attachment scale (AAS)-teststatistische pruefung und normierung der deutschen version. *PPmP-Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, 54(09/10), 375-382.
- 141) Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., & Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41*.
- 142) Senf, W., & Broda, M. (2005). *Praxis der Psychotherapie - ein integratives Lehrbuch* (Vol. 3): Thieme.
- 143) SGB IX. (2008). *Sozialgesetzbuch*.
- 144) Shechtman, Z., & Dvir, V. (2006). Attachment style as a predictor of behavior in group counseling with preadolescents. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10(1), 29.
- 145) Shechtman, Z., & Rybko, J. (2004). Attachment Style and Observed Initial Self-Disclosure as Explanatory Variables of Group Functioning. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 8(3), 207.
- 146) Singer, J., & Willet, J. (2003). A framework for investigating change over time. *Applied longitudinal data analysis: Modeling change and event occurrence*, 3-15.
- 147) Smith, E. R., Murphy, J., & Coats, S. (1999). Attachment to groups: Theory and management. *Journal of personality and social psychology*, 77(1), 94.
- 148) Staats, H. (2014). Beziehungen in Gruppen. In H. D. Staats, Andreas / Bolm, Thomas (Ed.), *Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse*. Göttingen.
- 149) Steele, H., Cassidy, J., & Fraley, R. (2002). The psychodynamics of adult attachment—bridging the gap between disparate research traditions [Special edition]. *Attachment and human development*, 4(2).
- 150) Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W., & Nübling, R. (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Mesta-Studie*: Huber Bern.
- 151) Stein, H., Koontz, A. D., Fonagy, P., Allen, J. G., Fultz, J., Brethour, J. R., . . . Evans, R. B. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(1), 77-91.
- 152) Strauß, B. (2007). Bindung und Gruppenprozesse: Wie nützlich ist die Bindungstheorie für die Gruppenpsychotherapie? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 43(2), 90-108.
- 153) Strauß, B. (2008). *Bindung und Psychopathologie*: Klett-Cotta.
- 154) Strauß, B. (2014). *Bindung*: Psychosozial-Verlag.

- 155) Strauß, B. (2016). Prinzipien der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie. *PSYCH up2date*, 10(05), 411-425.
- 156) Strauß, B. (2018). Die Gruppe als sichere Basis: Bindungstheoretische Überlegungen zur Gruppenpsychotherapie *Gruppenpsychotherapie* (pp. 85-98): Springer.
- 157) Strauß, B., & Burgmeier-Lohse, M. (1994). *Stationäre Langzeitgruppentherapie: ein Beitrag zur empirischen Psychotherapieforschung im stationären Feld*: Asanger.
- 158) Strauß, B., Hartung, J., & Kächele, H. (2002). Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Sozialer Arbeit. *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*. Huber, Göttingen, 533-547.
- 159) Strauß, B., Kirchmann, H., Eckert, J., Lobo-Drost, A., Marquet, A., Papenhausen, R., . . . Seidler, K.-P. (2006). Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study. *Psychotherapy Research*, 16(5), 579-594.
- 160) Strauß, B., & Mattke, D. (2018). Gruppentherapieprozesse: Eine klinische Forschungsperspektive *Gruppenpsychotherapie* (pp. 37-57): Springer.
- 161) Strauß, B., & Schwark, B. (2007). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52(6), 405-425.
- 162) Strauß, B., & Weber, R. (2014). Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren in Gruppentheoretische Konzepte und empirische Ergebnisse. In H. D. Staats, Andreas / Bolm, Thomas (Ed.), *Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- 163) Strauß, D.-P. B. (2012). Die Gruppe als sichere Basis: Bindungstheoretische Überlegungen zur Gruppenpsychotherapie *Gruppenpsychotherapie* (pp. 85-98): Springer.
- 164) Strauß, D.-P. B., & Burlingame, G. M. (2012). Gruppenpsychotherapieforschung und Wirksamkeitsnachweise von Gruppenbehandlungen *Gruppenpsychotherapie* (pp. 193-211): Springer.
- 165) Strotzka, H. (1975). *Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München, Germany: Urban & Schwarzenberg.
- 166) Tasca, G. A. (2014). Attachment and group psychotherapy: Introduction to a special section. *psychotherapy*, 51(1), 53.
- 167) Tasca, G. A., Illing, V., Joyce, A. S., & Ogradniczuk, J. S. (2009). Three-level multilevel growth models for nested change data: a guide for group treatment researchers. *Psychother Res*, 19(4-5), 453-461. doi:10.1080/10503300902933188
- 168) Thomas, A., Brähler, E., & Strauß, B. (2011). IIP-32: Entwicklung, Validierung und Normierung einer Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme. *Diagnostica*.
- 169) Tschuschke, V. (2001). Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie. *Praxis der Gruppenpsychotherapie*, 140-147.
- 170) Tschuschke, V. (2010). Gruppen- vs. Einzeltherapie - Setting und Wirkfaktoren. In V. Tschuschke (Ed.), *Gruppenpsychotherapie - Von der Indikation bis zu Leistungstechniken* (pp. 13-17). Stuttgart: Thieme.
- 171) Tschuschke, V., Anbeh, T., & Kiencke, P. (2007). Evaluation of long-term analytic outpatient group therapies. *Group analysis*, 40(1), 140-159.
- 172) Tuckman, B. W., & Jensen, M. A. C. (2010). Stages of small-group development Revisited1. *Group Facilitation*(10), 43.
- 173) Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B., & Fallot, R. D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: the importance of attachment states of mind. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(5), 725-733.
- 174) van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data: American Psychological Association.
- 175) Van Ryzin, M. J., Carlson, E. A., & Sroufe, L. A. (2011). Attachment discontinuity in a high-risk sample. *Attachment & human development*, 13(4), 381-401.
- 176) Waters, E., Weinfield, N. S., & Hamilton, C. E. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General discussion. *Child development*, 71(3), 703-706.
- 177) Weber, R. ((in Vorbereitung)). *Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie-Übersetzung und initiale Validierung des Therapeutic Factors Inventory*.

- 178) Weber, R., Ogronizcuk, J., Schultz-Venrath, U., & Strauß, B. (2013). Zum Verhältnis von Forschung und klinischer Praxis–Ergebnisse der Mitgliederbefragung der Deutschen Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie (D3G) zur Wahrnehmung von Psychotherapieforschung. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 49(1), 37-52.
- 179) WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*: World Health Organization.
- 180) Winkelbach, C. (2008). *Psychodynamische Kurzzeittherapie und kognitive Verhaltenstherapie bei generalisierter Angststörung: eine randomisierte, kontrollierte und manualisierte Therapiestudie*: Cuvillier Verlag.
- 181) Yalom, & Leszcz, M. (2005). *Theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic books.
- 182) Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (Vol. 4). New York: Basic Books.
- 183) Yalom, I. D. (1970). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (Vol. 3). New York: Basic Books (Dtsch. Übersetzung 1974: Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Methoden. Ein Handbuch. München, Kindler. 1985: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. München: Pfeiffer
- 184) Zimmermann, P., Suess, G. J., Scheuerer-Englisch, H., & Grossmann, K. E. (1999). Bindung und Anpassung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter: Ergebnisse der Bielefelder und Regensburger Längsschnittstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 8(1), 36-48.

15. Lebenslauf

<u>Persönliche Daten:</u>	
Name:	Miriam Lara Bung
Anschrift:	Friedberger Landstrasse 169, 60389 Frankfurt am Main
Geburtsdatum:	03.12.1989
Geburtsort:	Bonn
Eltern:	Dr. med. Cordelia Bung (Fachärztin für Psychosomatik) Prof. Dr. med. Peter Bung (Facharzt für Gynäkologie)
<u>Schulischer Werdegang:</u>	
1996-2000:	katholische Grundschule St. Andreas, Bonn-Bad Godesberg
2000-2009:	Gymnasium Otto-Kühne-Schule, Bonn-Bad Godesberg
Schuljahr 2006/07:	Schulisches Auslandsjahr in Oklahoma, USA
April 2009:	Abitur
<u>Studium:</u>	
April 2010:	Beginn des Medizinstudiums an der Universität zu Köln
April 2012:	Erwerb des Physikums an der Universität zu Köln
7.Semester (SS13):	Auslandssemester an der Universität Ségalen Bordeaux
Juni 2015	Beginn einer medizinischen Dissertation
November 2015	Beginn des Praktischen Jahres <ol style="list-style-type: none"> 1. Tertial (16.11.2015 – 06.03.2016): Wahlfach Anästhesie <ul style="list-style-type: none"> - ½ Tertial Universität zu Köln - ½ Tertial CHU Fort-de-France, Martinique 2. Tertial (07.03.2016 – 26.06.2016): Chirurgie <ul style="list-style-type: none"> - ½ Tertial Sanatorio Guemes, Buenos Aires, Argentinien - ½ Tertial Evang. Krankenhaus Kalk 3. Tertial (27.06.2016 – 16.10.2016): Innere Medizin <ul style="list-style-type: none"> - Marienhospital Brühl
Dezember 2016	Staatsexamen an der Universität zu Köln
<u>Beruflicher Werdegang:</u>	
September 2010 - April 2012:	Studentische Hilfskraft im “Krankenhaus der Augustinerinnen”, Köln
Juni 2011 – Oktober 2015:	Studentische Hilfskraft in der Gemeinschaftspraxis für Onkologie und Hämatologie, Severin, Schmitz & Steinmetz, Köln
April 2017 – November 2017:	Anästhesiologische Assistenz in der Praxis Grethe & Pankonin, Düsseldorf
Ab Januar 2018:	Assistenzärztin Pädiatrie im Klinikum Hanau, Hanau
Sprachkenntnisse:	Englisch, Französisch, Spanisch, Latein

Frankfurt, 02.05.2019