

Universität Ulm
Medizinische Fakultät

**Exploration des Gruppentherapieprogramms
„Zürcher Ressourcen Modell“
in der stationären psychiatrischen Behandlung
der PatientInnen mit einer Depression –
eine naturalistische Studie**

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Nicolai Grospietsch

Stuttgart

2024

Amtierender Dekan: Professor Dr. Thomas Wirth

Erstgutachter: Prof. Dr. Nenad Vasić

Zweitgutachter: Prof. Dr. Harald Baumeister

Tag der Promotion: 13.12.2024

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|------------|
| Abkürzungsverzeichnis | VI |
| Abbildungsverzeichnis | VII |
| Tabellenverzeichnis | IX |
| 1 Einleitung | 1 |
| 1.1 Allgemeine Einführung | 1 |
| 1.2 Theoretischer Hintergrund | 5 |
| 1.2.1 Das Störungsbild der Major Depression | 5 |
| 1.2.1.1 Symptomatik & Klassifikation..... | 5 |
| 1.2.1.2 Epidemiologie & Prävalenz | 8 |
| 1.2.1.3 Ätiopathogenese..... | 9 |
| 1.2.1.4 Behandlungsziele | 11 |
| 1.2.2 Gruppenpsychotherapie..... | 12 |
| 1.2.2.1 Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie..... | 12 |
| 1.2.2.2 Vor- und Nachteile gruppenpsychotherapeutischer Behandlung | 14 |
| 1.2.2.3 Gruppenpsychotherapie in der Behandlung von Depressionen..... | 15 |
| 1.2.2.4 Stationäre Gruppenpsychotherapie | 19 |
| 1.2.3 Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)..... | 21 |
| 1.2.3.1 Einordnung..... | 21 |
| 1.2.3.2 Theoretische Basis | 22 |
| 1.2.3.3 Die Phasen des ZRM-Trainings..... | 22 |
| 1.2.3.4 Didaktische Empfehlungen und Rahmen..... | 24 |
| 1.2.3.5 Forschungsstand..... | 24 |
| 1.2.4 Das Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression (ZRM- MD) | 25 |
| 1.2.4.1 Psychotherapeutische Ziele..... | 26 |
| 1.2.4.2 Didaktische Empfehlungen | 27 |
| 1.2.4.3 Aufbau der ZRM-MD-Gruppentherapie..... | 29 |
| 1.2.4.4 Aufbau der Gruppensitzungen | 30 |
| 1.2.5 Psychotherapieforschung | 34 |
| 1.3 Ziele, Fragestellung und Hypothesen der Studie | 35 |
| 2 Methode | 39 |
| 2.1 Beschreibung der Studie | 39 |
| 2.2 Methodik Phase I | 39 |
| 2.2.1 Studiendesign | 39 |
| 2.2.2 Durchführbarkeit und Akzeptanz | 40 |
| 2.3 Methodik Phase II | 40 |
| 2.3.1 Studiendesign | 41 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.3.2 | Stichprobe | 42 |
| 2.3.2.1 | Einschlusskriterien | 43 |
| 2.3.2.2 | Ausschlusskriterien | 43 |
| 2.3.2.3 | Rekrutierung..... | 43 |
| 2.3.2.4 | Beschreibung der Stichprobe | 43 |
| 2.3.3 | Durchführung | 47 |
| 2.3.4 | Untersuchungsinstrumente | 48 |
| 2.3.4.1 | Beck Depressions-Inventar (BDI-II)..... | 49 |
| 2.3.4.2 | Montgomery-Åsberg-Depressionsskala (MADRS)..... | 50 |
| 2.3.4.3 | Symptomcheckliste (SCL-90-R)..... | 51 |
| 2.3.4.4 | Selbststeuerungs-Inventar (SSI-K3) | 51 |
| 2.3.4.5 | Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv (HAKEMP-90)..... | 52 |
| 2.3.4.6 | Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE).. | 52 |
| 2.3.4.7 | Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)..... | 52 |
| 2.3.4.8 | NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI-30)..... | 53 |
| 2.3.4.9 | World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- BREF) | 53 |
| 2.3.4.10 | Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)..... | 53 |
| 2.3.4.11 | Personenvariablen | 53 |
| 2.4 | Statistische Analysen | 54 |
| 2.4.1 | Bestimmung der notwendigen Stichprobengröße | 54 |
| 2.4.2 | Statistische Signifikanz | 54 |
| 2.4.3 | Klinische Relevanz..... | 55 |
| 3 | Ergebnisse | 58 |
| 3.1 | Ergebnisse der Phase I | 58 |
| 3.1.1 | Hypothese 1: Durchführbarkeit/Feasibility..... | 58 |
| 3.1.2 | Hypothese 2: Akzeptanz/Acceptability..... | 60 |
| 3.1.3 | Anpassungen nach Phase I | 61 |
| 3.2 | Ergebnisse der Phase II | 62 |
| 3.2.1 | Deskriptive Statistik | 62 |
| 3.2.2 | Allgemeine Wirksamkeit des ZRM-MD..... | 81 |
| 3.2.3 | Hypothese 3: Effektivität (proof of concept) der allgemeinen und der depressionsspezifischen psychopathologischen Behandlung | 86 |
| 3.2.3.1 | Statistische Analyse | 86 |
| 3.2.3.2 | Klinische Relevanz | 93 |
| 3.2.4 | Hypothese 4: Effektivität der Behandlung hinsichtlich Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit und Befindlichkeit..... | 95 |
| 3.2.5 | Hypothese 5: Effektivität der Behandlung hinsichtlich Affektregulation | 103 |
| 3.2.6 | Hypothese 6: Nachhaltigkeit und Stabilität der Behandlung | 111 |
| 3.2.7 | Hypothese 7 Prädiktive Effekte..... | 111 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4 | Diskussion..... | 114 |
| 4.1 | Interpretation der Ergebnisse | 114 |
| 4.1.1 | Phase I | 114 |
| 4.1.1.1 | Interpretation Hypothese 1: Durchführbarkeit (feasibility) ... | 114 |
| 4.1.1.2 | Interpretation Hypothese 2: Akzeptanz (acceptability) | 115 |
| 4.1.2 | Phase II..... | 115 |
| 4.1.2.1 | Interpretation Hypothese 3: Effektivität (proof of concept) der allgemeinen und der depressionsspezifischen Behandlung | 116 |
| 4.1.2.2 | Interpretation Hypothese 4: Effektivität Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit, Befindlichkeit | 117 |
| 4.1.2.3 | Interpretation Hypothese 5: Effektivität Affektregulation..... | 117 |
| 4.1.2.4 | Interpretation Hypothese 6: Interpretation Nachhaltigkeit und Stabilität | 118 |
| 4.1.2.5 | Interpretation Hypothese 7: Prädiktive Effekte | 118 |
| 4.2 | Implikation für die klinische Praxis | 119 |
| 4.3 | Limitation der Studie und Implikation zukünftiger Forschung | 119 |
| 4.4 | Zusammenfassung..... | 122 |
| 5 | Literatur | 124 |
| | Appendix..... | 140 |
| | Danksagung..... | 239 |
| | Lebenslauf | 240 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------------|--|
| ANOVA | Varianzanalyse |
| APA | American Psychiatric Association |
| BDI-II | Beck-Depressions-Inventar |
| CBASP | Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy |
| D | Cohen`s d |
| DALY | disability-adjusted life years |
| D-MKT | Metakognitives Training bei Depression |
| DSM-5 | Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen |
| GUSI | Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse |
| HAKEMP-90 | Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv |
| ICD-10 | Internationale Klassifikation psychischer Störungen |
| IPT-G | interpersonelle Gruppenpsychotherapie |
| ISMZ | Institut für Selbstmanagement und Motivation Zürich |
| KG | Kontrollgruppe |
| KVT | Kognitive Verhaltenstherapie |
| M | Mittelwert |
| MADRS | Montgomery-Åsberg-Depressionsskala |
| MBCT | Mindfulness-Based Cognitive Therapy |
| MD | Major Depression |
| MKT | Metakognitives Training |
| NEO-FFI-30 | NEO-Fünf-Faktoren-Inventar |
| PANAS | Positive And Negative Affect Schedule |
| SCL-90-R | Symptomcheckliste |
| SD | Standardabweichung |
| SSI-K3 | Selbststeuerungs-Inventar |
| SWE | Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung |
| TAU | Treatment As Usual |
| V | Cramers v |
| VEV | Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens |
| VT | Verhaltenstherapie |
| WHO | World Health Organization |
| WHOQOL-BREF | World Health Organization Quality of Life |
| ZRM | Zürcher Ressourcen Modell |
| ZRM-MD | Zürcher Ressourcen Modell für Major Depression |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|---------------|--|-----|
| Abbildung 1: | Graphische Darstellung des Studiendesigns der Phase II | 42 |
| Abbildung 2: | Veränderungen der Mittelwerte und Standardabweichungen des BDI-IIs | 63 |
| Abbildung 3: | Veränderungen der Mittelwerte und Standardabweichungen des MADRS | 65 |
| Abbildung 4: | Veränderungen der Mittelwerte und Standardabweichungen des „SCL-90-R: Depressivität“ | 67 |
| Abbildung 5: | Veränderungen der Mittelwerte und Standardabweichungen des „SCL-90-R: Global Symptoms Index“ | 68 |
| Abbildung 6: | Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des BDI-IIs..... | 86 |
| Abbildung 7: | Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des BDI-II in der Experimental- und Kontrollgruppe | 87 |
| Abbildung 8: | Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des MADRSs | 88 |
| Abbildung 9: | Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des MADRS | 89 |
| Abbildung 10: | Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des „SCL-90-R – Depressivität“ | 90 |
| Abbildung 11: | Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des „SCL-90-R – Depressivität“ | 91 |
| Abbildung 12: | Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des „SCL-90-R – Global Symptoms Index“ | 92 |
| Abbildung 13: | Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des „SCL-90-R – Global Symptom Index“ | 93 |
| Abbildung 14: | Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des „WHOQOL- BREF – Psychologische Gesundheit“ | 96 |
| Abbildung 15: | Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des „WHOQOL- BREF – Psychologische Gesundheit“ | 97 |
| Abbildung 16: | Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des „WHOQOL- BREF – Physische Gesundheit“ | 98 |
| Abbildung 17: | Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des „WHOQOL- BREF – Physische Gesundheit“ | 99 |
| Abbildung 18: | Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des „WHOQOL- BREF – Soziale Beziehungen“ | 100 |
| Abbildung 19: | Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des „WHOQOL- BREF – Soziale Beziehungen“ | 101 |

| | | |
|---------------|--|-----|
| Abbildung 20: | Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des SWE..... | 102 |
| Abbildung 21: | Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des SWE | 103 |
| Abbildung 22: | Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des PANAS – Positiver Affekt | 104 |
| Abbildung 23: | Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des PANAS – Positiver Affekt | 105 |
| Abbildung 24: | Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des PANAS – Negativer Affekt..... | 106 |
| Abbildung 25: | Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des PANAS – Negativer Affekt..... | 107 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|-------------|--|----|
| Tabelle 1: | Vereinfachte Übersicht über die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 | 7 |
| Tabelle 2: | Übersicht deutschsprachiger kognitiv-verhaltenstherapeutischer Manuale zur Gruppentherapie bei Depressionen für Erwachsene | 17 |
| Tabelle 3: | Stichprobenmerkmale der Phase II | 45 |
| Tabelle 4: | Übersicht Messinstrumente, Zeitpunkt der Erhebung und Itemanzahl der Phase II..... | 48 |
| Tabelle 5: | Grenzwerte im BDI-II | 50 |
| Tabelle 6: | Grenzwerte im MADRS..... | 51 |
| Tabelle 7: | Einstufung des Therapieerfolgs bei Depressionen nach S3-Leitlinie | 56 |
| Tabelle 8: | Grenzwerte im BDI-II | 56 |
| Tabelle 9: | Klassifikation in Responder/Non Responder im BDI-II..... | 56 |
| Tabelle 10: | Klassifikation nach der Differenz der Punktwerte im BDI-II..... | 57 |
| Tabelle 11: | Grenzwerte im MADRS..... | 57 |
| Tabelle 12: | Deskriptive Ergebnisse im BDI-II..... | 62 |
| Tabelle 13: | Deskriptive Ergebnisse im MADRS | 64 |
| Tabelle 14: | Deskriptive Ergebnisse im „SCL-90-R: Depressivität“ | 66 |
| Tabelle 15: | Deskriptive Ergebnisse im „SCL-90-R: Global Symptoms Index“ | 67 |
| Tabelle 16: | Deskriptive Ergebnisse im „SCL-90-R: Global Symptoms“ | 68 |
| Tabelle 17: | Ergebnisse im „SCL-90-R: Positiv Symptoms Distress Index“ | 69 |
| Tabelle 18: | Deskriptive Ergebnisse im „SCL-90-R: Positiv Symptoms Total“ | 69 |
| Tabelle 19: | Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Selbstbestimmung“ | 70 |
| Tabelle 20: | Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Selbstmotivierung“..... | 70 |
| Tabelle 21: | Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Selbstberuhigung“..... | 71 |
| Tabelle 22: | Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Sich keine Angst machen“ | 71 |
| Tabelle 23: | Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Initiative“ | 72 |
| Tabelle 24: | Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Absichten umsetzen“..... | 72 |
| Tabelle 25: | Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Konzentration“ | 73 |
| Tabelle 26: | Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Misserfolgsbewältigung“ | 73 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| Tabelle 27: | Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Selbstgefühl“ | 74 |
| Tabelle 28: | Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Planung“ | 74 |
| Tabelle 29: | Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Belastung“ | 75 |
| Tabelle 30: | Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Bedrohung“ | 75 |
| Tabelle 31: | Deskriptive Ergebnisse im „HAKEMP-90 HOM“ | 76 |
| Tabelle 32: | Deskriptive Ergebnisse im „HAKEMP-90 HOP“ | 76 |
| Tabelle 33: | Deskriptive Ergebnisse im SWE | 77 |
| Tabelle 34: | Deskriptive Ergebnisse des VEV | 77 |
| Tabelle 35: | Deskriptive Ergebnisse im NEO-FFI-30 | 78 |
| Tabelle 36: | Deskriptive Ergebnisse im „WHOQOL-BREF Physische Gesundheit“ | 79 |
| Tabelle 37: | Deskriptive Ergebnisse im „WHOQOL-BREF Psychologische Gesundheit“ | 79 |
| Tabelle 38: | Deskriptive Ergebnisse im „WHOQOL-BREF Soziale Beziehungen“ | 80 |
| Tabelle 39: | Deskriptive Ergebnisse im „PANAS Positiver Affekt“ | 80 |
| Tabelle 40: | Deskriptive Ergebnisse im „PANAS Negativer Affekt“ | 81 |
| Tabelle 41: | Ergebnisse zur Effektivität über beide Gruppen – Prä- vs. Posttestung (within subjects) | 82 |
| Tabelle 42: | Ergebnisse beider Gruppen (EG vs. KG) zu t2 (between subjects) | 83 |
| Tabelle 43: | Ergebnisse zur Effektivität der EG (ZRM-MD-Gruppe) – Prä- vs. Posttestung (within subjects) | 84 |
| Tabelle 44: | Ergebnisse zur Effektivität der KG – Prä- vs. Posttestung (within subjects) | 85 |
| Tabelle 45: | Klinische Relevanz der Ergebnisse im BDI-II nach Posttestung | 94 |
| Tabelle 46: | Klinische Relevanz der Ergebnisse im MADRS nach Posttestung | 95 |
| Tabelle 47: | Effektstärken der Skalen des HAKEMP-90 und SSI-K3 in der EG (t2-t1) | 108 |
| Tabelle 48: | Effektstärken der Skalen des HAKEMP-90 und SSI-K3 in der KG (t2-t1) | 110 |
| Tabelle 49: | Interaktionseffekte des NEO-FFI-30 und BDI-II: ANOVAs mit Messwiederholung für 2 Gruppen (EG, KG) X 2 (Zeitpunkt t1,t2) | 112 |
| Tabelle 50: | Interaktionseffekte des NEO-FFI-30 und MADRS: ANOVAs mit Messwiederholung für 2 Gruppen (EG, KG) X 2 (Zeitpunkt t1,t2) | 113 |

1 Einleitung

1.1 Allgemeine Einführung

Depressionen sind psychische Störungen, die durch die Hauptsymptome deutlich gedrückter Stimmung, Interessen-/Freudlosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind (DGPPN et al., 2015). Depressive Menschen sind meist in ihrer Lebensführung beeinträchtigt, leiden unter starken Selbstzweifeln, Grübelneigungen und unter Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration. Damit verbunden treten häufig verschiedenste Vitalstörungen auf, wie beispielsweise Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust/-zunahme (Cassano & Fava, 2002). Wohlbefinden und Selbstwertgefühl von PatientInnen werden stark beeinträchtigt, so dass Depressionen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einhergehen (Wittchen et al., 2000).

Die Zahlen belegen die enormen persönlichen Belastungen, sowie die gesellschaftlichen Kosten und Beeinträchtigungen, die Depressionen mit sich bringen: Depressionen zählen zu den weltweit häufigsten Erkrankungen (World Health Organization, 2017, 2021) – das Global Health Data Exchange (GHDx, 2019) beziffert die Zahl der weltweit betroffenen auf knapp 280 Millionen. Der meist rezidivierende oder chronische Verlauf der Depressionen hat zur Folge, dass sie zu den Hauptursachen für durch Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre gehören (Bramsfeld & Stoppe, 2006). Auch der Einfluss auf die Kontextfaktoren ist erheblich. So berichteten in einer Untersuchung an Jugendlichen und jungen Erwachsenen von Wittchen und Jacobi (2006) 90 % derjenigen, die unter rezidivierender Depression litten, eine „sehr starke“ Beeinträchtigung in der Arbeitsfähigkeit und den sozialen Beziehungen. Knapp 42 % der Personen, die wegen verminderter Erwerbstätigkeit vorzeitig in Rente gehen, leiden an einer psychischen Erkrankung. Die häufigste Einzeldiagnose war die rezidivierende depressive Störung (F33) mit 14 %, die nächsthäufigste Diagnose war die depressive Episode (F32) (Ärzte Zeitung, 2021). Die meisten Menschen, die sich das Leben nehmen, leiden an einer Depression (Fawcett, 1993). Und die Suizidrate unter Personen, die an Depression leiden ist ungefähr zwanzigmal höher als die Suizidrate in der Normalbevölkerung. Etwa 9000 Menschen nahmen sich im Jahr 2019 das Leben (Statistisches Bundesamt, 2021) – davon lassen sich zwischen 50 und 90 % auf eine psychische Erkrankung zurückführen (Brieger & Menzel, 2020). Durch die massiven Einschränkungen im Alltag und der Arbeitsproduktivität entstehen hohe gesellschaftliche Kosten (Kessler & Frank, 1997). Blickt man auf die beruflichen Ausfalltage liegen Personen mit Depressionen deutlich über denen ohne Diagnose einer Major Depression (24,9 vs. 11,5 Ausfalltage) (Wittchen & Jacobi, 2006). Die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten und Folgekosten die jährlich entstehen werden auf 16 Milliarden Euro geschätzt (Krauth et al., 2014) – das sind die neben den Herz- und Kreislauferkrankungen, die höchsten Anteile der Gesundheitskosten im Gesundheitswesen (Lopez et al., 2006).

Den persönlichen und gesellschaftlichen Belastungen gegenüber stehen immer mehr nachgewiesene wirksame psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen (Hautzinger, 2013). Wegen des hohen Leidensdrucks und der hohen Prävalenz nimmt die Behandlung depressiver PatientInnen einen hohen Stellenwert

in der Gesundheitsversorgung ein. Eine zentrale Rolle in der deutschen Gesundheitsversorgung spielt die stationäre Versorgung in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Trotz des breiten Spektrums möglicher Interventionen muss die Versorgung an Depression erkrankten PatientInnen als nicht ausreichend angesehen werden (Wittchen et al., 2010). Psychiatrisch-psychotherapeutische Stationen verfolgen ein multimodales Angebot und umfassen eine ärztliche, psychologische und pflegerische Betreuung, eine psychopharmakologisch-antidepressive Behandlung, sowie regelmäßige Einzel- und Gruppenpsychotherapie (DGPPN et al., 2015). Die meisten auf Depression spezialisierten Stationen bieten darüber hinaus psychoedukative Programme (Wolfersdorf et al., 2007) an. Die Gruppentherapiekonzepte für die Behandlung von Depressionen entsprechen im Wesentlichen denen der Einzeltherapie. Verschiedene Manuale mit strukturierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen über acht bis 16 Sitzungen sind im deutschen Sprachraum veröffentlicht worden (Hautzinger, 2000; Hautzinger & Kischkel, 1999; Herrle, 1994; Ihle, 2003; Kühner & Weber, 2001).

Das Störungsbild der Depression hat viele Gesichter (Hegerl, 2009). Daher haben sich im Laufe der Psychotherapie unterschiedlichste Strategien und Methoden etabliert. Zu nennen sind hier beispielsweise die klassische und operante Konditionierung auf Grundlage der Verstärker-Verlust Theorie (Lewinsohn, 1974), die zum Standardrepertoire antidepressiver Behandlungen gehören. Man bezeichnet dies als die erste, als die „behavioristische Welle“ der Verhaltenstherapie. Die zweite, die „kognitive Welle“ erweitert die Perspektive des reinen Verhaltens hin zu intrapsychischen Prozessen, wie z.B. Denken, Einstellungen und Wahrnehmungen. Basierend auf diesen Erkenntnissen haben sich eine Vielzahl kognitiver Therapien (z.B. Beck, 1979; Ellis, 2008; Meichenbaum, 1977) entwickelt, die ebenfalls zum Standardrepertoire antidepressiver Behandlungen gehören. Um die 1990er Jahre entwickelten sich erste Psychotherapiemethoden, die unter dem Namen „dritte Welle der Verhaltenstherapie“ zusammengefasst werden (Kahl et al., 2011). Bekannte Methoden sind beispielsweise das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; McCullough, 2007), die Akzeptanz und Commitment-Therapie (ACT; Hayes et al., 1999) oder die Metakognitive Therapie der Depression (Wells, 2011). Im Rahmen der Dritte Welle Verfahren nehmen emotionsfokussierte Methoden eine besondere Stellung ein (Peters, 2021). Emotionen werden hierbei definiert als ein biopsychologisches System, das dem Individuum schnelle Reaktionen auf Umweltreize ermöglicht (Damasio, 2010). Man geht heute davon aus, dass ein rationales Handeln immer auch auf emotionaler Verarbeitung beruht (Peters, 2021).

Darüber hinaus gibt es metatheoretische Ansätze der Psychotherapie, die sich schulenübergreifend an gemeinsamen Wirkfaktoren ausrichten. Grawe (1998), als wohl bekanntester Vertreter, hat vier verschiedene Aspekte wirksamer Psychotherapie (Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung, motivationale Klärung) benannt. Diese methodenintegrativen Behandlungsansätze finden auch in der Behandlung depressiver Erkrankungen Anwendung, wie z.B. die Psychologische Therapie (Grawe, 1998), die Neuropsychotherapie (Grawe, 2004) und die Selbstmanagement-Therapie (Kanfer et al., 2012).

Ein wesentlicher Befund systemischer Reviews, Metaanalysen und Übersichtsarbeiten (Cuijpers, 1998; McDermut et al., 2001) ist, dass bei leichten und mittelschweren Depres-

sionen die ambulante verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlung eine gute und über die Katamnese hinweg stabile Wirkung auf die Symptomatik hat. Bei schweren Depressionen allerdings sind die Effekte weniger eindeutig (Vandervoort & Fuhrman, 1991) und trotz der bislang positiven Ergebnisse publizierter Untersuchungen fehlen noch kontrollierte Studien mit größeren Stichproben, besonders bei schweren Depressionen (DGPPN et al., 2015). Eine systematische Übersichtsarbeit von Huntley et al. (2012) zeigt, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapien zu einer signifikant größeren Reduktion depressionsspezifischer Symptome führen, als eine TAU-Behandlung (treatment as usual). Weiter wurden einige kontrollierte Studien bei spezifischen Gruppen (depressive Jugendliche, ältere depressive PatientInnen) und KVT-basierten Gruppentherapien durchgeführt – mit signifikanten Ergebnissen im Vergleich zu einer Wartegruppe (Ayen & Hautzinger, 2004; Hautzinger et al., 2005; Ihle et al., 2002). Die Kombination aus Gruppenpsychotherapie und Medikation (additive Effektivität) ist noch nicht erforscht (DGPPN et al., 2015).

Das Zürcher Ressourcen Modell (Storch & Krause, 2017) ist ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zum Selbstmanagement, bei dem es um das Bewusstmachen von Lebenszielen und deren Umsetzung geht. Mit Hilfe des „Unbewussten“ werden Wünsche und Ziele bewusst gemacht und verschiedene Methoden trainiert, wie diese Ziele im Alltag umgesetzt werden können. Hierbei wechseln sich theoretische Bausteine mit praktischen Übungen ab. Ziel ist es, die Teilnehmenden dazu zu befähigen, sich ihrer Ziele und Wünsche bewusst zu werden und diese im Alltag verfolgen zu können. Das Zürcher Ressourcen Modell wird bereits bei der Behandlung von Burnout (im Businesskontext), von Essstörungen und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingesetzt. Zudem wird das Zürcher Ressourcen Modell auch im nicht-klinischen Bereich, wie beispielsweise Mitarbeiterschulungen großer Firmen, eingesetzt. Das Zürcher Ressourcen Modell ist aus einem Bedürfnis verschiedene Ansätze aus psychologischer Theorie in die Praxis zu integrieren, entstanden (Storch & Krause, 2017). Es versteht sich als schulenübergreifendes, theoretisch integratives Modell von Selbstmanagement, das neurowissenschaftliche Erkenntnisse (u.a. Grawe, 2004; Kandel, 2007; LeDoux, 2003; Rüegg, 2010; Schiepek, 2010; Deneke, 2013; Juckel & Edel, 2014) berücksichtigt. Es finden sich sowohl psychoanalytisch-psychodynamische (beispielsweise der Fokus auf unbewusste Bedürfnislagen und deren Bewusstmachung), als auch verhaltenstherapeutische Schwerpunkte (beispielsweise Verhaltensexperimente) im Trainingsprogramm. Auch sind Elemente der systemischen Therapie, des Psychodramas und der Selbstmanagement-Therapie (Kanfer et al., 2012) Inhalte des ZRM. Auch die Körperarbeit (Embodiment) bildet einen Baustein des ZRM. Wichtige Publikationen und Wegbereiter des Trainingsprogramms waren u.a. die Bücher „Psychologische Therapie“ (Grawe, 1998) und „Motivation und Persönlichkeit“ (Kuhl, 2001). Weitere Publikationen von Damasio (1994), Roth (1996) und Hüther (1997, 2001) können als Grundlage des ZRM verstanden werden.

Für die vorliegende Arbeit wurde ein Manual für die Psychotherapie depressiver PatientInnen im Gruppensetting (ZRM-MD) erstellt, durchgeführt und evaluiert. Das ZRM-MD bezieht sich dabei inhaltlich im Wesentlichen auf das ZRM (Storch & Krause, 2017). Mit dem Ziel der Reduktion der depressiven Symptomatik im Rahmen eines stationären psychiatrischen Klinikaufenthalts wurden jedoch auch einige Anpassungen (siehe Kapitel 3.1.3) vorgenommen.

In Analogie zur Medikamentenprüfung (nach Buchkremer & Klingberg, 2001) wurden in Phase I Kasuistiken zur Durchführbarkeit und Akzeptanz erstellt. Weiter wurde in der hier vorliegenden Psychotherapie-Studie in einem naturalistischen Setting in Phase II die Wirksamkeit (proof of concept) des ZRM-MDs auf ihre antidepressive Wirksamkeit hin untersucht. Hauptziel der geplanten Untersuchung war es, die Wirksamkeit des modifizierten ZRM-Gruppentrainings in der stationären psychiatrischen Behandlung bei PatientInnen mit einer Depression zu evaluieren und die Wirksamkeit nachzuweisen. Dies wurde durch die Reduktion der Symptomatik erhoben, sowohl durch Selbst- als auch Fremdratings (siehe psychometrische Testverfahren). Das Studiendesign entsprach den Bedingungen stationärer Behandlung mit zwei Studienarmen: einer Experimentalgruppe, die das ZRM-MD durchlief und eine Kontrollgruppe, die das ZRM-MD nicht durchlief. Beide Untersuchungsgruppen erhielten die stationsübliche Behandlung (treatment as usual, TAU). Die Experimentalgruppe erhielt zusätzlich zum TAU das ZRM-MD. Des weiteren handelte es sich um eine pseudo-randomisierte Zuordnung der Versuchspersonen zu den Untersuchungsbedingungen, da diese vom Aufnahmezeitpunkt der Versuchspersonen abhing. In diesem gewählten Studiendesign ist naturgemäß von einer hohen externen Validität, auf Kosten der internen Validität, auszugehen, da kein kontrolliertes Laborsetting vorherrscht. Eine Berücksichtigung aller potentieller Fehlerquellen (z.B. Außeneinflüsse wie Urlaub, Personalwechsel oder ein Wechsel im Therapieangebot, ...) ist bei der zeitgleich laufenden PatientInnenversorgung schlichtweg nicht möglich. Ort der Studiendurchführung war die auf die Behandlung von Depressionen spezialisierte Station PSY4 des Klinikums Christophsbad.

In der vorliegenden Arbeit soll zunächst auf das Störungsbild unipolarer Depressionen eingegangen werden. Neben der Beschreibung der Psychopathologie und Aufzeigen wichtiger epidemiologischer Zahlen unipolarer Depressionen, werden die wesentlichen Theorien der Ätiopathogenese skizziert. Weiter soll im theoretischen Teil dieser Arbeit die Gruppenpsychotherapie (Wirkfaktoren, Vor- und Nachteile) vorgestellt werden und im spezifischen die Gruppenpsychotherapie in der Behandlung von Depressionen. Folgend wird das ZRM und der zugrundeliegenden Theorie vorgestellt und wichtige Merkmale herausgearbeitet und der aktuelle Forschungsstand zum ZRM vorgestellt. In der Folge wird das ZRM und deren Modifikationen für die Behandlung depressiver Erkrankungen – das ZRM-MD – vorgestellt. Daraufhin werden die in dieser Arbeit untersuchten Forschungsfragen genannt, sowie die Methodik und die Ergebnisse dieser Studie dargestellt. In Kapitel 4 werden Schlussfolgerungen gezogen, die Ergebnisse, sowie praktische Implikationen diskutiert und ein Ausblick auf mögliche nachfolgende Forschungen skizziert.

1.2 Theoretischer Hintergrund

1.2.1 Das Störungsbild der Major Depression

Depressionen zählen zu den affektiven Störungen. Bei diesen Störungen besteht die Hauptsymptomatik in einer Veränderung der Stimmung (Affektivität) (Dilling et al., 2016), bzw. des allgemeinen Aktivitätsniveaus. Depressionen zeichnen sich durch eine große Vielzahl und eine Heterogenität der psychopathologischen Symptome aus (Hautzinger, 2013). Kardinalsymptome des depressiven Syndroms sind Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit und Antriebslosigkeit. Die Symptomatik einer depressiven Störung umfasst sowohl affektive (z.B. Niedergeschlagenheit), kognitive (z.B. Konzentrationsstörung), motivationale (z.B. Interessenslosigkeit), als auch somatische (z.B. Schlafstörungen) und verhaltensbezogene (z.B. sozialer Rückzug) Symptome. Die individuelle Symptomatik zeigt jedoch eine beträchtliche Variation (Hautzinger, 2008). Depressionen verursachen ein hohes subjektives Leiden und beeinflussen massiv die empfundene Lebensqualität (Wittchen & Jacobi, 2006).

1.2.1.1 Symptomatik & Klassifikation

Depressive Störungen sind eine heterogene Gruppe an Störungsbildern, die sich in Bezug auf Schweregrad, Persistenz, Dauer und Verlauf der depressiven Symptomatik unterscheiden. Die Klassifikation psychischer Störungen sind international in zwei geläufigen Diagnosesystemen standardisiert und operationalisiert: die ICD-10 (International Classification of Diseases; Dilling et al., 2016) und das DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Falkai & Wittchen, 2018).

Im ICD-10 sind unipolare depressive Störungen im Kapitel F3 „affektive Störungen“ gelistet. Unipolare depressive Störungen umfassen die depressive Episode (F32), die rezidivierende depressive Störungen (F33), die Dysthymie (F34.1) und die rezidivierende kurze depressive Störung (F38.1). Kennzeichnend ist für unipolare depressive Störungen, dass keine Phasen gehobener, euphorischer oder gereizter Stimmungslagen (Manie, Hypomanie, Zykllothymie) vorkommen (DGPPN et al., 2015). Depressive Episoden können im ICD-10 nach dem Schweregrad unterschieden werden: leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) und schwere (F32.2) depressive Episode. Wenn psychotische Merkmale im Rahmen einer schweren depressiven Episode vorliegen, wird hier auch nochmals differenziert. Der Schweregrad richtet sich nach der Anzahl der vorliegenden Haupt- und Zusatzsymptome. Um die entsprechende Diagnose bei Vorliegen der Kriterien stellen zu können muss die Symptomatik mindestens 14 Tage andauern. Eine schwere depressive Episode kann auch nach weniger als zwei Wochen Dauer diagnostiziert werden, sofern die Symptome besonders schwer sind und rasch auftreten. Die ICD-10 unterscheidet weiter nach der Frequenz wiederkehrender Erkrankungsphasen. So sind rezidivierende depressive Störungen, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet sind. Ergo muss in der PatientInnenvorgeschichte mindestens eine Episode einer depressiven Störung bestehen. Gleichzeitig dürfen in der Anamnese keine Episoden vorliegen, die die Kriterien für eine hypomanische oder manische Episode erfüllen. Zudem muss ein Zeitintervall zwischen den depressiven Episoden von mehreren Monaten ohne eindeutige affektive Symptomatik vor-

liegen. Rezidivierende depressive Störungen sind äquivalent zu den monophasischen Depressionen in die drei Schweregrade unterteilt.

Die drei Hauptsymptome depressiver Symptome nach ICD-10 sind:

1. Depressive Stimmung
2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
3. verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome nach ICD-10 sind: 1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühles, 2. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle, 3. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten, 4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit, 5. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung, 6. Schlafstörungen jeder Art, 7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit.

Für die Diagnose einer schweren depressiven Episode müssen alle drei Hauptsymptome und mindestens vier Zusatzsymptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Woche anhalten.

Nach DSM-5 unterscheidet man neun Symptomkomplexe (siehe Tabelle 1) und verschiedene sogenannte Specifier. Diese beschreiben, analog zur ICD-10, zwischen einer einzelnen Episode oder einem rezidivierenden Verlauf und dem Schweregrad (leicht, mittel, schwer). Auch das mögliche Vorliegen psychotischer Symptome wird wie in der ICD-10 differenziert. Das DSM-5 bietet weiter eine Differenzierung der Remission in Teil- oder Vollremission. Die weiteren Specifier kann man sich als Subtypen vorstellen, für deren Diagnose wiederum bestimmte Kriterien erfüllt sein müssen. Die Kategorie der Persistierenden Depressiven Störung beinhaltet depressive Störungsbilder die mindestens zwei Jahre anhalten (u.a. die anhaltende Major Depressive Episode).

Tabelle 1: Vereinfachte Übersicht über die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 (Dilling et al., 2016) und DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2018) für eine schwere unipolare depressive Episode.

| ICD-10 | DSM-5 |
|--|--|
| <p>Die drei Hauptsymptome</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ gedrückte, depressive Stimmung; ▪ Interessenverlust, Freudlosigkeit; ▪ Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit <p>müssen mindestens zwei Wochen anhalten. Die PatientInnen leiden zusätzlich zu den Hauptsymptomen unter mindestens vier Zusatzsymptomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermindertes Selbstwertgefühl oder Selbstvertrauen ▪ Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle ▪ wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten ▪ Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit ▪ psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung ▪ Schlafstörungen ▪ Appetitverlust oder gesteigerter Appetit | <p>Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben 2-Wochen-Periode; mindestens eines der Symptome ist entweder depressive Verstimmung oder Verlust an Interesse oder Freude.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Verstimmung ▪ Deutlich vermindertes Interesse oder Freude ▪ Deutlicher Gewichtsverlust ▪ Insomnie oder Hypersomnie ▪ Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung ▪ Müdigkeit oder Energieverlust ▪ Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle ▪ Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit ▪ Wiederkehrende Gedanken an den Tod <p>Für die Vergabe einer schweren Episode muss 1. die Anzahl der Symptome deutlich über die Symptome hinausgehen, die zur Vergabe der Diagnose erforderlich sind 2. müssen die Symptome äußerst belastend und nicht zu bewältigen sein und 3. die Symptome müssen deutlich das soziale und berufliche Funktionsniveau beeinträchtigen.</p> <p>Specifier-Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit Angst –mit gemischten Merkmalen –mit melancholischen Merkmalen –mit atypischen Merkmalen ▪ mit stimmungskongruenten psychotischen Merkmalen –mit stimmungsinkongruenten psychotischen Merkmalen –mit Katatonie –mit peripartalem Beginn –mit saisonalem Muster |

Legende: ICD-10=International Classification of Diseases; DSM-5=Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Die Krankheitsphasen der Depression verlaufen typischerweise episodisch (phasenhaft) und sind somit zeitlich begrenzt und klingen häufig auch ohne therapeutische Maßnahmen ab (Üstün et al., 2004). Eine unipolare depressive Episode (ohne therapeutische/medikamentöse Maßnahmen) dauert durchschnittlich sechs bis acht Monate (Berger & van Calker, 2004). Behandelte unipolare Episoden dauern deutlich kürzer an und werden auf 16 Wochen geschätzt (Kessler et al., 2003).

Eine große interindividuelle Variabilität der Länge und der Verläufe depressiver Störungen ist gegeben. So tritt bei ungefähr einem Drittel der Betroffenen nur eine einzige Episode

auf, bei circa einem weiteren Drittel findet sich ein rezidivierender Verlauf mit zwischenzeitlich vollständigen Remissionen statt. Circa ein weiteres Drittel weist einen langjährigen chronischen Verlauf ohne vollständige Remissionen auf (Paykel et al., 2005). Andere Studien berichten, dass es nach der ersten depressiven Episode bei mindestens 50% im Verlauf des Lebens mindestens eine weitere depressive Episode folgt (Wittchen et al., 2000; Olfson et al., 2000). Im Mittel werden vier bis sechs Episoden beobachtet (Angst, 1986). Nach einer zweimaligen Erkrankung erhöht sich die Wahrscheinlichkeit erneut depressiv zu erkranken auf 70%, nach einer dreimaligen Erkrankung erhöht sie sich auf 90% (Kupfer, 1991).

Eine länger anhaltende (> 2 Jahre) subsyndromale depressive Symptomatik wird als Dysthimie bezeichnet. Entwickelt sich aus dieser heraus eine zusätzliche depressive Episode, so spricht man von einer „double depression“. Die Remissionsrate unipolarer depressiver Störungen nimmt mit der Behandlungsdauer zu. So erlangten nach sechs Monaten 50% der PatientInnen ihre gewohnte Leistungsfähigkeit wieder. Nach zwei Jahren wiesen bei fortlaufender Behandlung jedoch noch 21% eine depressive Symptomatik auf, nach fünf Jahren waren es noch 12% und nach zehn Jahren 7% (Keller, 1999).

60,7 % der an einer unipolaren depressiven Störung erkrankt sind, weisen komorbide Erkrankungen (12-Monats-Prävalenz) auf, darunter bei 24,1 % drei und mehr zusätzliche Diagnosen (Jacobi et al., 2014). Besonders häufig ist eine Komorbidität mit Angst- und Panikstörungen (Berger & van Calker, 2004). Etliche andere psychische Erkrankungen weisen eine hohe Komorbidität mit depressiven Störungen auf (DGPPN et al., 2015), wie etwa Essstörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Zwangsstörungen. So weisen beispielsweise 41-81 % der depressiv Erkrankten auch Persönlichkeitsstörungen auf (Hirschfeld, 1999). Weiter weist circa ein Drittel aller depressiven PatientInnen (Lebenszeitprävalenz) einen Substanzmittelabusus in der Anamnese auf (DGPPN et al., 2015).

1.2.1.2 Epidemiologie & Prävalenz

Die Lebenszeitprävalenz an einer Depression zu erkranken, liegt national wie international bei 16-20% (Ebmeier et al., 2006; Bijl et al., 1998). Die 12-Monatsprävalenz einer unipolaren Depression in der Allgemeinbevölkerung wird auf 7,7%, die einer Major Depression auf 6% geschätzt. Damit liegt die Anzahl der an einer unipolaren Depression erkrankten Menschen in Deutschland in einem Zeitraum von 12 Monaten bei circa 6,2 Millionen (Jacobi et al., 2014). Die Zahl der Menschen mit der Diagnose einer affektiven Störung steigen – bis zum Jahr 2020 werden affektive Störungen laut Weltgesundheitsorganisation (2017) weltweit die zweithäufigste Volkskrankheit sein. Somit zählen Depressionen auf der einen Seite zu den häufigsten Erkrankungen – auf der anderen Seite aber hinsichtlich ihrer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung zu den meistunterschätzten Erkrankungen (Murray & Lopez, 1996). Männer und ältere Menschen (> 65 J.) in Deutschland haben seltener und Frauen und Jüngere häufiger eine depressive Symptomatik (Hapke et al., 2019). Die 12-Monatsprävalenz depressiver Störungen liegt bei Männern bei 4,8%, bei Frauen bei 10,6%, (Jacobi et al., 2014). In jedem Lebensalter treten Depressionen auf (DGPPN et al., 2015). 50 % aller depressiver PatientInnen erkranken erstmalig vor dem 31. Lebensjahr (Jacobi et al.,

2004). Menschen ohne enge Bezugspersonen, sowie getrennte, geschiedene oder verwitwete Personen erkranken eher an affektiven Störungen (Jacobi et al., 2014). Höhere Prävalenzen finden sich bei Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau und einer unsicheren beruflichen Anstellung (Meltzer et al., 1995). Zwischen 1990 und 2019 stieg die weltweite Zahl der verlorenen gesunden Lebensjahre (disability-adjusted life years, DALY) aufgrund psychischer Störungen von 80,8 Millionen auf 125,3 Millionen (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2020). Ein großer Teil dieser verlorenen Lebensjahre ist dabei auf depressive Störungen zurückzuführen. Erste globale Schätzungen der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit im Jahr 2020 deuten darauf hin, dass weitere 53 Millionen Fälle von schweren depressiven Störungen weltweit auf die Pandemie zurückzuführen sind (Santomauro, 2021). Die WHO geht davon aus, dass bis 2030 unipolare Depressionen für die verlorenen gesunden Lebensjahre unter den Volkskrankheiten die größte Bedeutung vor allen anderen Erkrankungen haben wird (World Health Organization, 2008). Die Suizidrate (vollendete Suizide) steigt mit dem Lebensalter kontinuierlich an (DGPPN et al., 2015), laut WHO (2021) nehmen sich jedes Jahr 703.000 Menschen das Leben. Die Suizidrate bei Depressiven ist dabei etwa 30-Mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung (Harris & Barraclough, 1997).

1.2.1.3 Ätiopathogenese

Es gibt keine einheitliche Störungstheorie der Depression. Es gibt eine Vielzahl an Erklärungshypothesen, wobei keiner eine überzeugende monokausale Erklärung liefern kann (DGPPN et al., 2015). Es werden daher multifaktorielle Erklärungskonzepte angenommen, die von einer Wechselwirkung aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren (Biopsychosoziale Krankheitsmodell, Goodman, 1991) ausgehen. Insofern umfasst das Krankheitsbild der Depression ein breites Spektrum psychischer Störungen, das von weitgehend biologisch determinierten Erkrankungen über eine Kombination diverser Faktoren bis zu weitgehend psychosozial determinierte Erkrankungen reicht (DGPPN et al., 2015). Ein weiteres allgemein anerkanntes und multifaktorielles Erklärungskonzept ist das sogenannte Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Dieses nimmt an, dass es durch prädisponierende konstitutionelle Faktoren (genetische und entwicklungsbiologische) zu einer neuropathologischen und/oder biochemischen Veränderung im Gehirn kommt. Diese tragen zu einer erhöhten Vulnerabilität bei und bestehen schon vor Ausbruch der manifesten Erkrankung. Durch Umweltfaktoren („Stress“), wie beispielsweise körperliche oder seelische Belastungen (Verlust, Trennung, berufliche Enttäuschung, Überforderung, interpersonelle Konflikte, Beziehungskrisen, mangelnde soziale Unterstützung, ...) kann es zu einer Dekompensation kommen, sodass depressive Symptome offen zu Tage treten. In der S3-Leitlinie für unipolare Depressionen (DGPPN et al., 2015) sind mehrere Studien an großen Populationen aufgeführt, die die erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten affektiver Störungen bei genetisch vulnerablen Personen belegen. So haben auch Angehörige ersten Grades ein etwa 50 % höheres Risiko als die Allgemeinbevölkerung, selbst an einer unipolaren depressiven Störung zu erkranken (Hammen, 1991). Es wird zudem angenommen, dass affektive Störungen durch Alterationen auf verschiedenen Genen mitverursacht werden (Berger & van Calker, 2004). Neben den biologischen Faktoren werden diverse psychologische Theorien in der Fachliteratur zur Entstehung von Depressionen beschrieben. Zu den

häufigsten genannten zählen das Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata (u.a. Beck, 1970; Beck, 1974), die Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) und das Verstärker-Verlust-Modell (Lewinsohn, 1974). Auf diese soll im Folgenden näher eingegangen werden. Eine in der jüngeren Vergangenheit mehr und mehr berücksichtigte Erklärungshypothese zur Entstehung psychischer Erkrankungen ist die Alexithymie. Da diese Störungstheorie auch im ZRM-MD berücksichtigt wird, soll diese folgend auch beschrieben werden. Daneben gibt es eine Vielzahl weiterer psychologischer Erklärungshypothesen (bspw. Attributionsstil; interpersonelle Interaktionstheorie; Selbstkontrolltheorie; Problemlösemodelle; psychodynamische Modelle, ...) auf diese hier nicht näher eingegangen wird.

Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata

Kognitionspsychologische Hypothesen (u.a. Beck, 1970, 1974) sehen als Basis depressiver Störungen dysfunktionale kognitive Schemata (stabile kognitive Denkstrukturen). Diese verzerren negativ die Wahrnehmung und Interpretation der Realität. Diese Denkstrukturen beziehen sich auf eine negative Sicht seiner selbst, eine negative Sicht der Umwelt (Interpretation der Umwelt als Quelle von Enttäuschungen) und eine negative Sicht der Zukunft (auch kognitive Triade genannt). Sie ist Folge in der Kindheit dysfunktional gelernter Denkschemata (z.B. durch Zurückweisungen). Durch auslösende Ereignisse werden die negativen Schemata aktiviert und durch Denkfehler (bspw. willkürliches Schlussfolgern) werden sie bestätigt und verfestigen sich (Einengung des Denkens). Diese automatischen Gedanken zeigen sich dann in absolutistischen, verallgemeinernden, verzerrten, unlogischen oder unangemessenen Fehlschlüssen.

Theorie der erlernten Hilflosigkeit

Diese Theorie (Seligman, 1975) ist durch ein experimentelles Paradigma entstanden, bei dem Versuchstieren unkontrolliert und unvermeidbar elektrische Schläge verabreicht wurden. Diese wurden völlig unabhängig vom Verhalten der Versuchstiere verabreicht. Die abgeleitete zentrale Idee der Theorie der erlernten Hilflosigkeit ist, dass alle Tiere (einschließlich des Menschen) lernen können, dass Verstärker unkontrollierbar sind. Erlernte Hilflosigkeit ist ein Zustand, der dann entsteht, wenn gegenüber einem aversiven Reiz weder Flucht noch Vermeidung möglich ist. Diese anhaltende oder wiederholte Stressexposition führt zu kognitiven, emotionalen, motivationalen und physiologischen Beeinträchtigungen.

Verstärker-Verlust-Modell

Das Verstärker-Verlust-Modell (Lewinsohn, 1974) postuliert Depressionen als Folge mangelnder positiv verstärkender Erfahrungen und Aktivitäten. So nehmen im Vorfeld einer Depression potenziell verstärkende Ereignisse quantitativ und qualitativ ab, beispielsweise durch Trennung oder soziale Isolation. Die depressive Verstimmung und Resignation als Folge des Wegfalls positiver Verstärker führt wiederum zum Rückgang von Verhalten, die notwendig für die Erreichung alternativer Quellen der Verstärkung wären. Nach dieser Theorie sind von Depression Betroffene anhaltenden Löschungsbedingungen ausgesetzt und befinden sich in einer abwärts gerichteten Depressionsspirale. Insbesondere der Ver-

lust sozialer Verstärkung spielt eine wesentliche Rolle bei diesem Erklärungsansatz für die Depressionsentstehung.

Alexithymie

Alexithymie (oder auch Gefühlsblindheit, Gefühlskälte, Gefühlslegasthenie) ist eine Umschreibung, die von Nemiah und Sifneos (1970) vorgeschlagen wurde, um folgende Merkmale zusammenzufassen: 1. Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren und zu beschreiben; 2. Schwierigkeiten, zwischen Gefühlen und den körperlichen Begleitsymptomen emotionaler Erregung zu unterscheiden; 3. durch Armut an Phantasien charakterisierte Einschränkung imaginativer Prozesse; 4. ein nach außen orientierter kognitiver Stil. Bagby und Taylor (1999) umschreiben Alexithymie als eine affektiv-kognitive Störung. Im Bereich der Affektivität haben Betroffene Schwierigkeiten in der Wahrnehmung und Kommunikation von Gefühlen. Im kognitiven Bereich orientiert sich der Denkstil an stereotypen und äußeren Ereignissen. Durch ein vermindertes emotionales Bewusstsein können die Betroffenen Gefühle, Wünsche, Fantasien nicht wahrnehmen und somit auch nicht kommunizieren. Alexithymie zeigt sich somit in erster Linie in der Art der Kommunikation mit einer reduzierten oder gar fehlenden Symbolik der Sprache. In Deutschland weisen etwa 10 % der Bevölkerung und mehr als 25 % der PatientInnen in psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken eine erhebliche Ausprägung alexithymer Merkmale auf (Grabe & Rufer, 2022). Mehrere Studien (u.a. Honkalampi et al., 2000; Leweke et al., 2012) haben eine Korrelation zwischen dem Konstrukt der Alexithymie und der Depression aufgezeigt. Die Forschergruppe um Honkalampi (2007) konnte in einer Follow-Up-Studie aufzeigen, dass depressive PatientInnen mit hohen Alexithymie-Werten langfristig zu schlechten Remissionen und Rezidiven depressiver Psychopathologie führten und dass die Alexithymie nicht ein bloßes Korrelat der depressiven Erkrankung war.

1.2.1.4 Behandlungsziele

Für PatientInnen mit depressiven Störungen gelten als allgemeine Behandlungsziele (1.) die depressiven Symptome zu verringern und letztlich eine vollständige Remission zu erreichen; (2.) die Suizide (Mortalität) zu verringern; (3.) die Leistungsfähigkeit (berufliche und psychosoziale) und Teilhabe wiederherzustellen; (4.) das seelische Gleichgewicht wiederherzustellen und (5.) die Wahrscheinlichkeit für eine Wiedererkrankung zu reduzieren (z.B. Ferrier, 1999). In Therapiestudien werden zumeist die Verbesserungen der Symptomatik auf Depressivitätsskalen als entscheidendes Remissionskriterium erfasst. Wohingegen bei PatientInnen über die Abwesenheit depressive Symptome hinaus auch andere Aspekte von großer Bedeutung sind (Zimmerman et al., 2006). Insbesondere eine bejahende Lebenseinstellung (z.B. Optimismus und Selbstbewusstsein), die Rückkehr zum herkömmlichen psychosozialen Funktionsniveau, verbesserte Bewältigung von Alltagsstress und verbesserte Beziehungsqualität zu Bezugspersonen.

Die S3-Leitlinie (DGPPN et al., 2015) für unipolare Depressionen unterscheidet vier Stufen des Therapieerfolges am Grad der depressiven Symptomreduktion anhand einschlägiger Skalen, wie zum Beispiel anhand des BDI-II:

- bei einer Symptomreduktion von weniger als 20% ist kein Effekt vorhanden,
- bei einer Symptomreduktion zwischen 20 und 50% ein minimaler Effekt,
- bei einer Symptomreduktion von mehr als 50% eine Teilremission
- und wird der Cut-off-Wert des verwendeten Testverfahrens unterschritten, so liegt eine vollständige Remission vor.

1.2.2 Gruppenpsychotherapie

1.2.2.1 Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie

Zwar gilt die Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapien als bestätigt (Burlingame et al., 2003) – was die Wirkmechanismen sind, ist jedoch eine bestehende Forschungslücke (Burlingame et al., 2013). Es wird zwischen allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren unterschieden. Für Grawe (1998) sind allgemeine Wirkfaktoren therapieschul- und settingsun-spezifisch. Spezifische Wirkfaktoren beziehen sich hingegen auf störungsspezifische, therapieschulenspezifische oder settingspezifische Merkmale. Bloch und Crouch (1985) definieren die Wirkfaktoren der Gruppentherapie sehr allgemein als Elemente, die zur PatientInnen-genese beitragen und weiter als Funktion der Interaktion zwischen dem Therapeu-ten/der Therapeutin, den Gruppenteilnehmenden und dem Patienten/der Patientin selbst. Damit bezieht diese Definition nicht nur die Patientenfokussierten Interventionen als Wirk-faktor, sondern auch die Interaktionen unter den Gruppenmitgliedern untereinander mit ein. Deutlich wird auch die Komplexität des Prozessgeschehens von Gruppenpsychotherapien durch die Interaktionen im Vergleich zu einer dyadischen PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung in der Einzelpsychotherapie. Bisher sind vor allem unspezifische Wirkfaktoren von Einzel- und Gruppenpsychotherapien nachgewiesen (Grawe, 1998; Yalom, 2007). Grawe (1998) postulierte die vier allgemeinen Wirkfaktoren, welche in jedem Therapiepro-zess von entscheidender Bedeutung sind: 1. Problemaktualisierung, 2. Problembewältigung, 3. Ressourcenaktivierung, 4. Motivationale Klärung.

In der einschlägigen Literatur wird meist das Konzept der gruppentherapeutischen unspezi-fischen Wirkfaktoren von Yalom (Yalom & Leszcz, 2005) vorgestellt. Diese basieren im Wesentlichen auf den von Corsini und Rosenberg (1955) formulierten „therapeutic fac-tors“. Aus systematischer Forschung und nur bedingt empirisch gestützter Konzeptualisie-rung leitete Yalom (2007) elf gruppentherapeutische Wirkfaktoren ab: Hoffnung-Einflößen, Universalität des Leidens, Mitteilung von Informationen, Altruismus, Korrigie-rende Rekapitulation der primären Familiengruppe, Entwicklung von Techniken des mit-menschlichen Umgangs, Nachahmendes Verhalten, Interpersonales Lernen, Gruppenkohä-sion, Katharsis, Existenzielle Faktoren. Der Wirkfaktor Gruppenkohäsion ist der am häu-figsten untersuchte Faktor, welcher substanziell mit dem Therapieerfolg korreliert (Marwitz, 2016).

Spezifische Grundannahmen und Wirkprinzipien kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grup-pen werden von Kämmerer (2012) zusammengetragen, welche auf vier Wirkfaktoren gruppentherapeutischen Handelns von MacKenzie (1996) zurückgehen und von Grawe (1980) als instrumentelle Gruppenbedingungen beschrieben werden:

- Supportivität: Meint das Erleben, Teil einer Gruppe, einer Gemeinschaft zu sein und sich „zugehörig“ zu fühlen. Weitere Schlagwörter sind Altruismus, Hoffnung auf Veränderung und Kohäsion.
- Selbstöffnung und Katharsis: Meint die emotionale Beteiligung, für die Dinge, die in der Gruppe ausgedrückt werden. Weiter können persönlich bedeutsame, emotionale Themen berichtet und ausgedrückt werden.
- Interpersonelles Lernen: Meint die Möglichkeit wechselseitiger Lernerfahrungen, die durch die Gruppe angeboten werden.
- Psychologische Arbeit: Meint das konkrete Vorgehen und Anleiten zur Problembewältigung, welches in der Gruppe geübt und durchgeführt wird. Dadurch findet ein Reflektieren über sich selbst und Einsicht statt.

Der Begriff der instrumentellen Gruppenbedingungen will zum Ausdruck bringen, dass die genannten Wirkfaktoren eine Grundvoraussetzung darstellen, ohne die eine effektive Gruppentherapie überhaupt nicht möglich ist (Marwitz, 2016).

Johnson et al. (2005) nennen vier allgemein gültige Faktoren, die zu einem hilfreichen therapeutischen Klima in Gruppen beitragen und den therapeutischen Prozess somit positiv beeinflussen:

- Gruppenklima: Meint die Atmosphäre innerhalb der Gruppe, dass durch die Verhaltensweisen der Mitglieder bestimmt wird.
- Kohäsion: Meint die relationale Bindung der Gruppenteilnehmenden zueinander, zum Therapeuten/zur Therapeutin und zur gesamten Gruppe – die Summe aller Kräfte, die die Gruppe zusammenhält (McCallum et al., 2002).
- Therapeutische Allianz: Beinhaltet nach Bordin (1979) drei wichtige Aspekte: die affektive Bindung zwischen PatientInnen und TherapeutIn („bonds“); die Verständigung zwischen PatientInnen und TherapeutIn betreffend der zu bewältigenden Aufgaben in der Therapie („tasks“); die Einigung zwischen PatientInnen und TherapeutIn hinsichtlich der zu erreichenden Ziele („goals“).
- Empathie: Meint nach Margraf und Müller-Spahn (2009) das Einfühlungsvermögen, das Mitgefühl, das emotionale Einfühlen in die Erlebensweise einer anderen Person.

Wirkprinzipien umfassen interaktionelle und intrapsychische Aspekte. In kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapien werden durch Rückmeldungen und Erfahrungen aus der Gruppe kognitive Umstrukturierung und Neubewertungen initiiert. Weitere Wirkprinzipien sind das Erfahren emotionaler Betroffenheit, des Mitleidens und Emotionsregulation, Erfahrungen im Umgang mit der Selbstkontrolle und dem Selbstmanagement. Soziale Kompetenzen werden durch den Umgang mit anderen Gruppenmitgliedern gelernt und durch das Erfahren der Probleme anderer wird ein Verständnis und Wissen erlangt, die zu psychischen Störungen beitragen und aufrechterhalten. Zusätzlich bietet die Gruppe eine Gelegenheit bisher schambesetzte und tabuisierte Themen, Erlebnisse und Emotionen mit einzubringen. Interpersonell kommt es zum Lernen am Modell. Auch operante Prozesse (Verstärkung und Löschung) werden durch verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapien wirksam: Erwünschtes Verhalten wird durch die anderen Gruppenmit-

glieder verstärkt, unerwünschtes Verhalten gelöscht oder bestraft. Die Kontingenzen sind dabei direkt und unmittelbar erfahrbar (Kämmerer, 2012). Nach Fiedler (2005) haben folgende spezifische Wirkfaktoren in verhaltenstherapeutischen Gruppen eine hohe Relevanz: Rückmeldungen erlangen und geben, Unterstützung, Altruismus, Modelllernen und Rollenspiel. Dies deckt sich mit PatientInneneneinschätzungen (Stern et al., 1984). Abgesehen von Bindungsmerkmalen im Gruppenkontext (u.a. Allianz und Kohäsion) zeigen sich jedoch in der Fachliteratur der letzten Jahre wenig einheitliche Wirkfaktoren (Marmarosh, 2017).

PatientInnenmerkmale (soziodemographische, störungsbezogene und Persönlichkeitsmerkmale) haben keinen (Geschlecht, Bildungsstand, Familienstand, sozialer Status oder Intelligenz) oder einen geringen (Alter, Diagnose, Therapieerfahrung, Chronizität der Probleme) Einfluss bei der Vorhersage auf den Prozess und das Ergebnis von Gruppentherapien (Zoubek, 2013). Prädiktoren vor Therapiebeginn, welche das positive Outcome eines PatientInnen durch Gruppenpsychotherapie vorhersagen kann sind, die Einstellung zur Behandlung (Erwartungen, Motivation), psychologische Fertigkeiten (Selbstreflektion, Toleranz negativer Gefühle) und interpersonale Fertigkeiten (Empathie, Hilfestellung geben) (Piper, 2010).

1.2.2.2 Vor- und Nachteile gruppenpsychotherapeutischer Behandlung

Diverse Vor- und Nachteile psychotherapeutischer Gruppen im Vergleich zu Einzeltherapien liegen auf der Hand – wesentliche (nicht mit dem Anspruch der Vollständigkeit) sollen hier genannt werden.

Im Zentrum der Forschung steht vor allem die Frage der Unterschiede in der Wirksamkeit. Neun Metaanalysen (Strauß & Burlingame, 2012) zur Wirksamkeit und dem Vergleich von Einzel- und Gruppenpsychotherapie fassten Barlow (2005) zusammen. Die Ergebnisse der Metaanalysen interpretieren Strauß und Burlingame (2012) folgendermaßen:

„Auch wenn Metaanalysen nur relativ globale Aussagen über die Wirkung von Psychotherapie ermöglichen, deuten die vorliegenden Ergebnisse doch darauf hin, dass Gruppentherapien generell zu bedeutsamen Effekten führen, die entweder vergleichbar sind mit den Effekten von Einzeltherapien oder nur wenig geringer sind als diese“ (Strauß & Burlingame, 2012, S. 196).

Vorteile spezieller theoretischer Modelle (Strauß & Burlingame, 2012) werden nicht berichtet.

Ein naheliegendes Argument gruppenpsychotherapeutischer Behandlung ist die ökonomische Effizienz (Kosteneffizienz), da mehrere PatientInnen zeitgleich behandelt werden. Die Behandlungsökonomischen Aspekte untersuchten unter anderem Tucker & Oei (2007) in einer systematischen Übersicht und kommen zu keiner eindeutigen Aussage. Eine Kosten-Nutzen-Effektivität sei nicht für alle psychischen Störungen (bspw. Sucht, Angststörungen) gegeben, wohl aber für das Störungsbild der Depression. Gleichwohl weisen die Autoren auf die Schwierigkeiten hin Kostenkalkulationen zu operationalisieren und daher die Studienqualität verbesserungswürdig sei.

Fiedler (1996) sieht weitere Vorteile, wie die bessere Durchführbarkeit bestimmter Therapieelemente, so beispielsweise beim sozialen Kompetenztraining. Die Gruppe kann die Isolation der PatientInnen reduzieren und so der Tendenz des sozialen Rückzugs entgegenwirken. Die weiteren Vorteile psychotherapeutischer Gruppen gegenüber Einzeltherapie entsprechen weitestgehend den Wirkfaktoren: (Korrigierende) Rückmeldungen, Universalität des Leidens bietet Entlastung, dysfunktionale Annahmen können durch Feedback abgeglichen und überprüft werden, Möglichkeiten neue, korrigierende Erfahrungen zu sammeln, Möglichkeit neues Verhalten in einem geschützten Rahmen auszuprobieren und zu trainieren, Modelllernen ist möglich. Für PatientInnen mit einem tabuisierten, schambesetzten Thema, stellt der Erfahrungsaustausch in einer Gruppe einen weiteren Vorteil dar.

Frühere Theorien bekräftigen die Selbstöffnung im Rahmen gruppentherapeutischer Prozesse und sehen sie uneingeschränkt vorteilhaft; zum Einen für die Erhöhung der Gruppenkohäsion, zum Anderen für die Fortschritte der PatientInnen. Neuere Beiträge sind geteilter Meinung (bspw. Crouch et al., 1994): So kann zu viel Selbstöffnung für die Gruppenpsychotherapie ebenso nachteilig sein, wie zu wenig (Strauß & Mattke, 2012). In der Literatur wird daher ein reziprokes und stufenweises Vorgehen empfohlen.

Als nachteilig für psychotherapeutische Gruppen kann die eingeschränkte Individualisierung gesehen werden, welche hingegen in der Einzeltherapie durch die dyadische Beziehung von PatientIn und TherapeutIn gegeben ist. Insbesondere standardisierte Gruppentherapieprogramme werden nur bis zu einer gewissen Grenze der individuellen Problematik der Gruppenteilnehmenden gerecht. Auch unterschiedliche Entwicklungen der PatientInnen kann in solchen standardisierten Gruppentherapien nur teilweise berücksichtigt werden (Fiedler, 2010). Ist in Einzeltherapien eine individuell abstimmbare Abfolge der Therapiebausteine möglich, so lässt sich das in offenen und halboffenen Gruppen nicht realisieren.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ergebnisse von gruppenpsychotherapeutischen Behandlungen insgesamt positiv zu sehen sind. Daher empfehlen Strauß & Burlingame (2012) Gruppen innerhalb des Versorgungssystems noch häufiger einzusetzen – nicht nur wegen ökonomischer Vorteile, sondern auch wegen der geringen, sofern überhaupt vorhandenen, Nachteile im Hinblick auf die Wirksamkeit. Sowohl in der Gruppen-, als auch in der Einzeltherapie unterscheiden sich Abbruchraten und Behandlungszufriedenheit nicht voneinander (Strauß & Burlingame, 2012). McDermuth et al. (2001) fanden in einer Metaanalyse für die Behandlung depressiver PatientInnen lediglich einen geringen Vorteil für die Behandlung im Einzelsetting.

1.2.2.3 Gruppenpsychotherapie in der Behandlung von Depressionen

Es liegt eine Vielzahl gruppenpsychotherapeutischer Verfahren für die störungsspezifische Behandlung unipolarer Depressionen vor. Erwähnung sollen hier diejenigen finden, für die Therapiemanuale im deutschen Sprachraum vorliegen. Grob untergliedern lassen sich die gruppenpsychotherapeutischen Verfahren in

- psychoedukative Gruppen
- kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppen
- weitere Gruppentherapien

Es liegen auch Manuale für psychodynamische Ansätze (z.B. Piper et al., 1992) bei depressiven Störungen vor. Auf diese soll hier jedoch nicht der Fokus liegen. In den störungsspezifischen Gruppentherapien bei Depressionen stehen dynamische Prozesse (Ausnahme bilden die psychodynamischen Gruppen) nicht im Fokus. Vielmehr findet ein Lernen in der Gruppe (anstatt eines Lernens durch die Gruppe) statt (Kühner & Hautzinger, 2012). Die Gruppenleitung unterstützt dabei die Teilnehmenden bei der Umsetzung der vorgesehenen Therapieelemente. Die Therapieelemente sind in der Regel multimodal strukturiert und setzen sich aus verschiedenen Bausteinen zusammen, die zur Genese depressiver Störungen als relevant erachtet werden. In der Regel sind das psychoedukative Elemente, spezifische Behandlungsmethoden und Übungselemente (Hausaufgaben) und eine Krisenplanung/Rückfallprophylaxe. In der stationären Behandlung werden Gruppentherapien in aller Regel als halboffene oder offene Gruppen durchgeführt; das heißt, dass fortlaufend neue PatientInnen in die Gruppen mitaufgenommen werden.

Für Depressionen konnten große Effekte von Gruppenpsychotherapie bei der Reduktion störungsspezifischer Symptomatik im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen nachgewiesen werden (Strauß et al., 2020).

Psychoedukative Gruppen

Psychoedukation meint die systematische und strukturierte Vermittlung wissenschaftlich fundierter Informationen über Erkrankung und Behandlungsverlauf mit dem Ziel das Krankheitsverständnis und einen selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und somit bei einer Bewältigung der Erkrankung zu unterstützen (in Anlehnung an Pitschel-Walz et al., 2017). In aller Regel findet auch in kognitiv-behavioralen Gruppen eine psychoedukative Vermittlung statt. So sind die Grenzen zwischen rein psychoedukativen Gruppentherapien und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppen fließend. Zur Leitung einer psychoedukativen PatientInnen- und Angehörigengruppe liegt von Pitschel-Walz et al. (2017) das deutschsprachige Manual „Psychoedukation Depression“ vor. Dieses sieht für stationäre und ambulante PatientInnengruppen von 8 bis 15 Teilnehmenden acht Termine und eine Nachsitzung vor. Ähnlich aufgebaut ist die Gruppe für die Angehörigen depressiv erkrankter PatientInnen. Systematische Studien für Gruppen von Angehörigen depressiver PatientInnen fehlen weitgehend (Kühner & Hautzinger, 2012). Jedoch besteht allgemeiner Konsens über Sinn und Nutzen psychoedukativer Gruppen, weshalb diese auch in der Nationalen Versorgungsleitlinie unipolarer Depression (DGPPN et al., 2015) empfohlen werden.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppen

In KVT-Gruppen liegt der Fokus ausgehend vom kognitiv-verhaltenstherapeutischem Störungskonzept auf 1. Der Steigerung angenehmer Aktivitäten, 2. Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken, 3. Entspannung, 4. Planung und Steigerung sozialer Aktivitäten, 5. Zukunftsplanung, 6. Rückfallprophylaxe unter Berücksichtigung möglicher depressionsfördernder Lebensereignisse (Hautzinger, 2010).

Eine Übersicht über deutschsprachige kognitiv-verhaltenstherapeutische Manuale zur Gruppentherapie bei Depressionen für Erwachsene findet sich bei Kühner & Hautzinger (2012).

Tabelle 2: Übersicht deutschsprachiger kognitiv-verhaltenstherapeutischer Manuale zur Gruppentherapie bei Depressionen für Erwachsene (in Anlehnung an Kühner u. Hautzinger, 2012)

| Therapiemanual | Autoren | Ziele | Inhalte | Rahmen |
|--|-----------------------------|---|---|--|
| Kurzzeit-Psychotherapeutisches Behandlungskonzept für unter-schwellige und leichte depressive Störungen | Hautzinger & Kischkel, 1999 | Prävention und Behandlung unter-schwelliger bis leichter Depressionen. | Vorgespräch (Aufklärung über Entstehung von Depressionen), Aktivitätsaufbau (3), Behandlung von Kognitionen (3), soziale Kompetenz (3). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 9 Sitzungen à 90 Minuten, ▪ 3 bis 8 Teilnehmer, ▪ offene Gruppen. |
| Depression bewältigen; Deutsche Version des Coping with Depression Course (Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz, & Teri, 1984) | Herrle & Kühner, 1994 | Therapie und Rückfallprophylaxe bei Depressionen. | Zusammenhang Denken, Fühlen, Verhalten, Depression und soziales Lernen (1), Selbstmodifikationsplan (1), Entspannung (2), Aktivitätsaufbau (2), verhaltenstherapeutische und kognitive Strategien zum konstruktiven Denken (2), Selbstsicherheits-training (2), Zukunftsplanung und Rückfallprophylaxe (1). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 Sitzungen à 90 Minuten, ▪ 6 bis 8 Teilnehmer. |
| Depressionen vorbeugen; Deutsche Adaptation des Depression Prevention Course (Muñoz, 1998) | Kühner & Weber, 2001 | Prävention, Therapie (begleitend) und Rückfallprophylaxe bei Depressionen. | Zusammenhang Denken, Fühlen, Verhalten, Selbstkontrollstrategien (1), konstruktives Denken (2), Aktivitätsaufbau (2), selbstsicheres Verhalten (1), soziale Kontakte steigern (1), Zukunftsplanung (1). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 Sitzungen à 90 Minuten, ▪ 6 bis 10 Teilnehmer. |
| Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen | Schaub et al., 2006 | Therapie und Rückfallprophylaxe bei Depressionen. Entwickelt für den stationären Kontext, auch ambulant einsetzbar. | Symptome, Ursachen und Behandlung der Depression (3), Aktivitätsaufbau (3), Veränderung automatischer Gedanken und depressionsfördernder Grundüberzeugungen (4), Rückfallprophylaxe (1), Nachsorge (1). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 Sitzungen à 90 Minuten, Auffrischsitzung, ▪ 6 bis 8 Teilnehmer.-Begleitend Angehörigen-gruppe. |

Weitere Depressionsgruppen (Bader, 1994; Wahl, 1994; Zielke, 2010; Vieweg & Trabert, 2002; Backenstrass et al., 2001; Schuhler, 2010) für stationäre PatientInnen nennen Kühner & Hautzinger (2012). Über die einzelnen Gruppensitzungen hinweg ist der Ablauf der einzelnen Sitzungen in der Regel weitestgehend festgelegt: Zu Beginn erfolgt eine kurze Wiederholung, dann die Besprechung der Hausaufgaben. Weiter folgt eine Informationsvermittlung mit anschließender Gruppendiskussion und speziellen Übungen. Den Abschluss bilden in der Regel weitere Informationen zu den Hausaufgaben. Zu den Therapiemanualen liegen entsprechende Arbeitsmaterialien (z.B. Folienvorlagen, Informations- und Arbeitsblätter, Handouts, Übungsprotokolle, ...) bei.

Weitere Gruppentherapien

Es gibt eine Vielzahl weiterer depressionsspezifischer Gruppentherapien, die jedoch nicht alle ausschließlich auf depressive PatientInnen beschränkt sind. Die wesentlichen sollen hier genannt und kurz vorgestellt werden.

Die interpersonelle Gruppenpsychotherapie (IPT-G; Schramm & Klecha, 2010; Schramm, 2019) ist die manualisierte Gruppentherapie des evidenzbasierten Verfahrens der interpersonellen Psychotherapie (Weissman et al., 2009), welches für die Behandlung unipolarer Depressionen entwickelt wurde. Die IPT versteht Depressionen als multifaktoriell verursachte Erkrankung, welche sich in einem interpersonellen, zwischenmenschlichem, Kontext entwickeln. Daher liegen die Ziele in der Verbesserung der gegenwärtigen Interaktions- und Kommunikationsmuster der PatientInnen mit den dazugehörigen Bezugspersonen, in der Reduktion von zwischenmenschlichem Stress und dem Aufbau sozialer Unterstützung. Foki liegen dabei auch auf Emotionen und Ressourcen der PatientInnen. Die manualisierte Gruppentherapie sieht vier Module mit jeweils drei bis vier Sitzungen vor. In den Gruppentherapiesitzungen arbeiten die PatientInnen an den interpersonellen Problembereichen (z.B. zwischenmenschliche Konflikte, Isolation und Einsamkeit, ...) und erarbeiten gemeinsam Strategien und üben in Form von Rollenspielen. Metaanalysen zu Wirksamkeit (u.a Cuijpers et al., 2011; 2016) liegen vor. Der IPT wurde unter anderem für die Therapie Erwachsener bei der Behandlung affektiver Störungen vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung zugesprochen.

Das Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy (CBASP, McCullough, 2007) wurde speziell zur Behandlung chronischer Depressionen entwickelt. CBASP integriert behaviorale, kognitive, psychodynamische und interpersonelle Strategien. Die therapeutischen Techniken zielen auf das Erkennen der Konsequenzen des eigenen Verhaltens, den Erwerb von authentischer Empathie, das Erlernen sozialer Problemlösefertigkeiten und Bewältigungsstrategien und einen interpersonellen Heilungsprozess bezüglich früherer Traumata ab. Ein wesentlicher Baustein des CBASP ist die Situationsanalyse. Anhand von Situationsanalyse lernen die PatientInnen eine kausale Beziehung zwischen ihren Verhaltens- und Denkmustern und den entsprechenden Konsequenzen herzustellen. Die CBASP-Gruppentherapie (Brakemeier et al., 2010) ist für das stationäre Setting bei sechs bis zehn Teilnehmenden mit acht bis zwölf Sitzungen à 90 Minuten konzipiert. In den Gruppentherapiesitzungen werden interpersonelle Situationen der PatientInnen mithilfe der Technik der Situationsanalyse bearbeitet und mit Rollenspielen neues Verhalten eingeübt. Es liegen

diverse Wirksamkeitsstudien für CBASP vor. In einer randomisierten kontrollierten Studie von Keller (2000) erwies sich das CBASP als ebenso wirksam, wie die pharmakologische Behandlung mit Nefazodon.

Die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT; Segal et al., 2002) wurde als eine Gruppentherapie zur Rückfallprophylaxe bei rezidivierenden depressiven Störungen entwickelt. Ziel der MBCT ist es, dass die PatientInnen lernen, ihre depressionsfördernden Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen zu erkennen, um bewusst aus Emotions- und Verhaltensmustern auszusteigen, die das depressive Erleben verstärken. Insgesamt besteht die Gruppentherapie aus acht Terminen; in den ersten vier Sitzungen steht das Erlernen achtsamer Aufmerksamkeit im Mittelpunkt; in den weiteren vier Sitzungen wird das Dezentrieren negativer Gedanken und Gefühle erlernt. Zusätzlich werden Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie ergänzt, wie beispielsweise automatische Gedanken, Ausführen positiver Aktivitäten und Reduzierung negativer Aktivitäten.

Das Metakognitive Training bei Depression (D-MKT; Jelinek et al., 2015) ist ein neuerer Ansatz zur Behandlung von Depressionen und hat den Fokus, neben kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden, auf metakognitiven Aspekten. Im Zentrum der acht Module steht dabei das Modifizieren dysfunktionaler Denkmuster. Der Therapieansatz ist inspiriert vom Metakognitiven Training (MKT) für Psychosebetroffene – der Inhalt ist jedoch auf depressionsrelevante Denkverzerrungen ausgerichtet. Die Machbarkeit und Wirksamkeit wurde in einer Pilotstudie (Jelinek et al., 2013) bestätigt.

Genussgruppen sind nicht ausschließlich auf depressive PatientInnen beschränkt und bilden für dieses PatientInnenspektrum jedoch eine sinnvolle Ergänzung im Rahmen des Aufbaus angenehmer Aktivitäten. Euthyme Verfahren sollen die Fähigkeit schulen, die Aufmerksamkeit auf positive Reize zu lenken und störende Gedanken und Gefühle auszublenken. Die „kleine Schule des Genießens“ (Koppenhöfer, 2004) ist ein halbstandardisiertes Gruppenprogramm mit zehn Sitzungen und leitet die Teilnehmenden mit konkreten Sinnesübungen (Riechen, Tasten, Hören, Sehen und Schmecken) an, positive Empfindungen und Gefühle zu erleben.

1.2.2.4 Stationäre Gruppenpsychotherapie

Gruppentherapien im Rahmen eines stationären Settings müssen in besonderer Weise organisiert und konzeptualisiert werden (Mattke et al., 2012) und stellen einen wirksamen Baustein in der gesamtstationären Behandlung und Konzeption dar. Letztlich sind Gruppentherapien in ein übergeordnetes Therapieprogramm (ausgehend vom Stationskonzept und/oder Klinikkonzepts) integriert. Gemeinsam ist ihnen, dass die Behandlung in einer klinischen Einrichtung stattfindet und somit einer übergeordneten Klinikkonzeption unterworfen ist – mit therapeutischen und ökonomischen Zielen und organisatorischen und bürokratischen Abläufen. PatientInnen sind meist schwerer beeinträchtigt, es besteht ein gewisser Behandlungszeitdruck, eine „ausgewählte“ Gruppenzusammenstellung ist in der Regel nicht möglich und frei werdende Plätze werden rasch neu belegt. Das primäre Be-

handlungsziel stationärer Behandlungen ist in aller Regel die Wiederherstellung oder der Erhalt der Arbeitsfähigkeit (Mattke et al., 2012).

Entscheidungen werden meist von der Stations- und/oder Klinikleitung oder im multiprofessionellen Team getroffen. All diese Faktoren schaffen eine bestimmte Gruppendynamik, in denen anders interveniert werden muss als in ambulanten Gruppentherapien.

Aufgrund von Entlassungen und Neuaufnahmen finden häufig wechselnde PatientInnenzusammensetzungen statt, was auch Auswirkungen (bspw. Gruppenkohäsion) auf die gruppentherapeutische Behandlung mit offenen und halboffenen Gruppen hat. Weiter zu beachten ist, dass im Rahmen einer stationären Behandlung die PatientInnen auch über die Gruppentherapien hinaus im Kontakt und Austausch stehen. Haubl (1999) bezeichnet daher die stationären PatientInnen als eine „Großgruppe“ und die Station als „Bühne“ in und auf der Interaktions- und Kommunikationsmuster reinszeniert werden. Konkreter besteht die Großgruppe aus formalen Gruppen (wie bspw. die Gruppenpsychotherapiegruppe oder die Kunsttherapiegruppe) und informellen Gruppen, die sich nach Sympathie und Antipathie der Gruppenteilnehmenden richtet (Tietel, 2002). Das Miteinander der PatientInnen im Alltag wird in der Rückschau häufig als mindestens genauso hilfreich empfunden, wie Gruppentherapien (Mattke et al., 2012).

Zur Wirksamkeit stationärer Gruppenpsychotherapien wurden bereits einige Metaanalysen durchgeführt (Mattke et al., 2012). Studien stationärer Gruppen wurden zuletzt vor etlichen Jahren in einer Metaanalyse systematisch zusammengefasst (Strauß & Mattke, 2012). In dieser Metaanalyse von Kösters et al. (2006) wurden 46 Prä-Post-Vergleiche und 24 kontrollierte Studien aus dem Zeitraum 1980 bis 2004 einbezogen. Die 46 Prä-Post-Vergleiche waren etwa hälftig bestehend aus kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Gruppentherapien. Von den 24 kontrollierten Studien waren wiederum 23 kognitiv-behavioral ausgerichtet und eine psychodynamisch. Die kontrollierten Studien ergaben einen eher geringen Effekt ($d = ,31$). Die Prä-post-Vergleiche ergaben einen großen Effekt ($d = ,59$). Dabei fanden sich die größten Effekte in stationären Gruppentherapien bei affektiven Störungen. Trotz konzeptueller und methodischer Schwierigkeiten sind die Ergebnisse der Metaanalyse von Kösters et al. (2006) als guter Beleg für die Wirksamkeit stationärer Gruppentherapie zu werten. (Mattke et al., 2012). In einer Studie von Härter et al. (2004) wurde zur Qualitätssicherung die stationäre Behandlung von 3189 PatientInnen an 24 psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkliniken zur Behandlung depressiver Erkrankungen in Baden-Württemberg durchgeführt. Die Effektstärken zur Abnahme der Depressivität lagen in der Fremdbeurteilung (HAMD) bei $d=2,3$ und in der Selbstbeurteilung (BDI-II) bei $d=1,5$.

Die Studie von Kiyhankhadiv (2017) hat thematische Überschneidungen zu der hier vorgestellten Studie und weist parallelen in der Methodik auf. Kiyhankhadiv entwickelte und evaluierte ein interpersonelles Gruppenprogramm zur Behandlung komorbider depressiver PatientInnen im stationären Setting. Die Ergebnisse weisen auf eine gute Durchführbarkeit, Akzeptanz und hohe Wirksamkeit eines modularen Vorgehens hin. Eine geringe Dropout-Rate (9%, $n = 4$), eine hohe PatientInnenzufriedenheit und ein positives Feedback (PatientInnen und Team) weisen auf eine gute Durchführbarkeit und Akzeptanz der Behandlung hin; ebenso eine hohe Wirksamkeit (Response: 80%; Remission: 46%). Weiter gaben 38

PatientInnen (97%) an, ihr Zustand habe sich während des Klinikaufenthaltes gebessert und die Interpersonelle Modulgruppe habe maßgeblich dazu beigetragen.

Brakemeier (2015) adaptierte die CBASP-Therapie für ein 12-wöchiges multidisziplinäres Therapieprogramm für chronisch depressive PatientInnen. In einer unkontrollierten Studie mit siebzig PatientInnen lag die Dropoutrate bei 7,1 %; 90,4 % empfanden das Programm als hilfreich. Die Remissionsrate lag bei 40 %.

1.2.3 Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)

1.2.3.1 Einordnung

„Das Training mit dem Zürcher Ressourcen Modell kann für die klinische Psychologie genauso nützlich sein, wie für die Beratungsarbeit, für die Erwachsenenbildung ebenso wie für die Pädagogik“
(Storch & Krause, 2017, S. 19).

Gerichtet ist das Trainingsmanual (Storch & Krause, 2017) an Fachpersonen, die Menschen darin unterstützen wollen, selbstbestimmt zu handeln. Das Training versteht sich dabei als allgemeinpsychologische, störungsunspezifische und ressourcenaktivierende Psychoedukation und soll eine Hilfe zur Selbsthilfe ermöglichen. Nach dem „Stepped Care“ Ansatzes (Bower & Gilbody, 2005) sei das ZRM-Training auf einer niedrighschwelligen Eingangsstufe anzusiedeln. Die wichtigsten Kennzeichen des theoretischen Modells und des Trainings sind:

- Integrationsabsichten

Das ZRM Modell (Storch & Krause, 2017) versteht sich als *„Versuch, die Unvereinbarkeiten zu versöhnen, und zwar sowohl auf theoretischer als auch auf praktischer Ebene“* (Storch & Krause, 2017, S. 25) und hat zum Ziel die Stärken verschiedener Therapieformen in einem integrierenden Modell zu vereinigen. Auswahlkriterien hierfür seien empirisch solide belegte Theorien und der praktische Nutzen. Auch verstehen die Autoren Storch und Krause (2017) das ZRM als „Open Source“ und laden dazu ein, das ZRM weiterzuentwickeln und zielgruppenspezifisch anzupassen.

- Ressourcenorientierung

Das ZRM (Storch & Krause, 2017) beruht, wie im Sinne der humanistischen Psychotherapie, auf einem ressourcenorientierten Menschenbild. Das heißt es wird davon ausgegangen, dass der Mensch die meisten Ressourcen, die er benötigt, um seine Probleme zu lösen, bereits in sich trägt. So sei die Aufgabe der TrainerInnen diese *„zu entdecken und zu entwickeln“* (Storch & Krause, 2017, S. 28). Das ZRM verwendet zudem eine neurobiologische Erklärung des Ressourcenbegriffs und versteht Ressourcen als neuronale Erregungsmuster, *„die im Hinblick auf die Absichten, welche die KlientInnen im Laufe ihrer Entwicklung verfolgen, unterstützend wirken.“* (Storch & Krause, 2017, S. 30).

- **Transfereffizienz**

Transfer meint die Umsetzung der erlernten Maßnahmen in den beruflichen und/oder privaten Alltag und soll mit fünf Maßnahmen gewährleistet werden, auf die sowohl auf der theoretischen als auch praktischen Ebene geachtet wurde:

1. So soll eine größtmögliche Motivation der Teilnehmenden erreicht werden, „*so dass die Lern- und Entwicklungsprozesse als lustvoll und belohnend erlebt werden...*“ (Storch & Krause, 2017, S. 32).
2. Ressourcen werden über das Training hinweg „*systematisch so angelegt, dass sie leicht zugänglich sind.*“ (Storch & Krause, 2017, S. 32).
3. Mithilfe von Social Support sollen individuelle Maßnahmen der Teilnehmenden unterstützt werden, die sie für ihre Entwicklung benötigen.
4. Die Teilnehmenden sollen während des Trainings die Erfahrung der Expertenunabhängigkeit machen und die „*wesentlichen Schritten des Trainings selbst und/oder untereinander erfolgreich coachen können.*“ (Storch & Krause, 2017, S. 34).
5. Das ZRM soll ermöglichen die neuen Automatismen möglichst häufig zu aktivieren, um „*immer öfter so zu handeln, wie sie es selbst wirklich wollen.*“ (Storch & Krause, 2017, S. 36).

1.2.3.2 Theoretische Basis

Das Zürcher Ressourcen Modell ist aus einem Bedürfnis verschiedene Ansätze aus psychologischer Theorie in die Praxis zu integrieren, entstanden (Storch & Krause, 2017). Es versteht sich als schulübergreifendes, theoretisch integratives Modell von Selbstmanagement, das neurowissenschaftliche Erkenntnisse (u.a. Grawe, 2004; Kandel, 2007; LeDoux, 2003; Rüegg, 2010; Schiepek, 2010; Deneke, 2013; Juckel & Edel, 2014) berücksichtigt. Es finden sich sowohl psychoanalytisch-psychodynamische (beispielsweise der Fokus auf unbewusste Bedürfnislagen und deren Bewusstmachung), als auch verhaltenstherapeutische Schwerpunkte (beispielsweise Verhaltensexperimente) im Trainingsprogramm. Auch sind Elemente der systemischen Therapie, des Psychodramas und der Selbstmanagement-Therapie (Kanfer et al., 2012) Inhalte des ZRMs. Auch die Körperarbeit (Embodiment) bildet einen Baustein des ZRMs. Wichtige Publikationen und Wegbereiter des Trainingsprogramms waren u.a. die Bücher „Psychologische Therapie“ (Grawe, 1998) und „Motivation und Persönlichkeit“ (Kuhl, 2001). Weitere Publikationen von Damasio (1994), Roth (1996) und Hüther (1997, 2001) können als Grundlage des ZRMs verstanden werden.

1.2.3.3 Die Phasen des ZRM-Trainings

Das ZRM-Training ist in fünf Phasen untergliedert. Der rote Faden bildet der Rubikon-Prozess nach diesem sich auch die fünf Phasen ausrichten. Hier sollen die wesentlichen Aspekte der fünf Phasen lediglich kurz zusammengefasst sein. Eine ausführliche Beschreibung und die konkrete Umsetzung mit der Methodik finden sich im Manual von Storch & Krause (2017).

1. Phase: „Das Thema“

Die erste Phase des ZRM-Trainings entspricht dem Übergang vom Bedürfnisfeld zum Motivfeld (Rubikon-Prozess). Konkret geht es darum, die unbewussten Bedürfnisse bewusst zu machen, um sie als Wunsch formulieren zu können.

2. Phase: „Vom Wunsch zum Motto-Ziel“

Die zweite Phase des ZRM-Trainings beinhaltet die Überquerung des Rubikons. Das heißt, es werden handlungswirksame Ziele, sogenannte „Motto-Ziele“, formuliert. Ein Motto-Ziel ist keine konkrete, spezifische Handlungsaufforderung, sondern eine ausformulierte innere Haltung. Motto-Ziele haben drei charakterisierende Kennzeichen: Sie beschreiben erstens eine Haltung; zweitens sind sie im Präsens formuliert und drittens haben sie eine bildhafte, metaphorische Sprache.

3. Phase: „Vom Motto-Ziel zum Ressourcenpool“

Die dritte Phase des ZRM-Trainings ist die präaktionale Vorbereitung. Konkret werden die bereits erworbenen Ressourcen zusammengetragen und weiter erarbeitet – immer mit dem Ziel das gewünschte neuronale Netz mit dem in der vorangegangenen Phase erarbeiteten Motto-Ziel zu aktivieren.

4. Phase: „Den Ressourceneinsatz planen“

In der vierten Phase des ZRM-Trainings geht es um den Einsatz der erarbeiteten Ressourcen. Hierfür werden aufkommende Situationen antizipiert und vorbereitet, um möglichst zielrealisierend zu handeln.

5. Phase: „Integration und Transfer“

In der fünften Phase des ZRM-Trainings wird der Transfer in den Alltag hergestellt. In dieser Phase werden soziale Ressourcen vertieft betrachtet und mögliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Motto-Ziele betrachtet.

1.2.3.4 Didaktische Empfehlungen und Rahmen

Das Manual zum Zürcher Ressourcen Modell widmet sich mit einem Kapitel auch den didaktischen Empfehlungen. Ein wesentlicher Bestandteil des Trainings bilden die „Impulsreferate“. Mithilfe kurzer (zehn- bis dreißigminütiger) Vorträge sollen psychoedukativ und leicht verständlich die wesentlichen theoretischen Konzepte vermittelt und Transparenz erzeugt werden. Dies ermöglicht den Teilnehmenden ein kritisches Mitdenken und ein kognitives Einordnen der praktischen Teile des Trainings und fördert zudem das Selbstwirksamkeitserleben.

Das ZRM-Training hat zum Ziel die individuellen Entwicklungen zu fördern; die Gruppe spielt dabei jedoch eine zentrale Rolle: tragfähige Beziehungen sollen durch Vertrauen, Offenheit und Kooperation gefördert werden. Das „Hebammen-Prinzip“ dient als Kommunikations- und Kooperationsstil und meint ein aufmerksames und verständnisvolles Zuhören, Begleiten und Unterstützen der Mitteilnehmenden.

Weiter wird Wert daraufgelegt, dass private und intime Themen nicht zwangsläufig mit den Teilnehmenden geteilt werden müssen. Dieser private Kursbereich wird unterschieden von einem öffentlichen Kursbereich mit Themen, die allen Teilnehmenden zugänglich sind. Es liegt in der Verantwortung der Teilnehmenden selbst zu unterscheiden zwischen diesen beiden Kursbereichen.

Um die teilweise komplexen Theorien und Prozesse zu erleichtern und eine Unterstützung zu schaffen, den Überblick zu bewahren, wird eine Visualisierung mittels Flipchartblättern und Arbeitsblättern (sind im Manual angefügt) empfohlen.

Das ZRM möchte die Selbstkongruenz von Entscheidungen mithilfe somatischer Marker und/oder affektiver Signale und somit die Eigenwahrnehmung über das gesamte Training hinweg fördern und nennt verschiedene Ideen, wie beispielsweise Gymnastikübungen, Qi Gong, Tanzangebote oder besinnliche Elemente für die Pausengestaltung.

1.2.3.5 Forschungsstand

Die Wirksamkeit des ZRM-Trainings wurde bereits durch verschiedene wissenschaftliche Studien erforscht. Eine Studie von Storch et al. (2007) zeigte in einer randomisierten kontrollierten Studie mit Hilfe von Cortisolmessungen, dass das ZRM-Training die akute Stressreaktion in einer Belastungssituation vermindert. In einer Sonderform des ZRM-Trainings und speziell für PatientInnen mit Essstörungen entwickelten und auf die Affektregulation modifizierten Variante (ZRM-ED) wurde in einer Studie mit PatientInnen mit Essstörungen der Grad der Essstörung, die Gefühlswahrnehmungsfähigkeit und die Affektregulationskompetenz gemessen (Storch et al., 2011). Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe konnten in der ZRM ED-Trainingsgruppe Verbesserungen auf den untersuchten Ebenen nachgewiesen werden. Steurer-Stey et al. (2015) zeigten in einer Studie mit chronisch kranken Asthma-PatientInnen, dass mit Hilfe des ZRM-Trainings das Selbstwirksamkeitserleben in der trainierten Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant höher ist. Storch und Olbrich (2011) untersuchten im Rahmen eines Präventionsprogramms (GUSI: Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse) der deutschen Renten-

versicherung die Wirkung des ZRM-Trainings. In der Studie wurden Beschäftigte mit beruflichen oder privaten Risikofaktoren (GUSI-Gruppe) ohne Indikation für eine Akutbehandlung oder Rehabilitation mit psychosomatischen Reha-PatientInnen verglichen. Die Teilnehmer der GUSI-Gruppe erhielten unter anderem das ZRM-Training und zeigten Verbesserungen der Affektregulationskompetenz, Steigerung des bewussten gesundheitsförderlichen Verhaltens mit vermehrter Bewegungsaktivität und verbesserte Stressbewältigung.

Spezifische Forschungsstudien zu Motto-Zielen liegen vor. So konnte der positive Affekt durch Motto-Ziele kurz und mittelfristig (ein- bis zwei Wochen nach Trainingsabschluss) gesteigert (Dyllick, 2018; Rohe et al., 2016; Temme, 2013; Weber, 2013) und der negative Affekt gesenkt werden (Temme, 2013; Weber, 2013).

Weiter liegen Forschungsergebnisse zu Kuhls (2013) Theorie der Handlungskontrolle im Zusammenhang mit Motto-Zielen vor. So konnten Motto-Ziele die Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM) ein bis vier Wochen nach dem Training steigern (Felder, 2015; Huwyler, 2012; Schneider, 2010; Weber, 2013). Die prospektive Handlungsorientierung (HOP) blieb in den allermeisten Studien unverändert (Felder, 2015; Fellner, 2015; Huwyler, 2012; Lam, 2020; Temme, 2013) und stieg nur in der Forschungsarbeit von Weber (2013). Eine Feldstudie (Dudli Schweiger, 2019) konnte aufzeigen, dass nach einem Motto-Ziel-Training die prospektive Handlungsorientierung (HOP) in einer stressreichen Zeit mindestens kurzfristig aufrechterhalten werden konnte.

Durch live Motto-Ziel-Trainings konnte die Selbstwirksamkeitserwartung signifikant verbessert werden (Büche, 2017; Schneider, 2010), wo hingegen in Online-Trainings direkt und nach einer Zeitspanne von zwei bis vier Wochen keine Effekte nachzuweisen waren (Felder, 2015; Fellner, 2015). So zeigt die Studienlage zur Wirksamkeit von Motto-Zielen zusammenfassend einen positiven Einfluss auf die Variablen Affekt, Handlungsorientierung und Selbstwirksamkeitserwartung. Dies bestätigt auch eine Evaluationsstudie von (Janßen, 2021), die die Wirksamkeit des Motto-Ziel-Online-Trainings zur Zeit des coronabedingten Lockdowns im Frühjahr 2020 untersuchte. So bestanden nach der Intervention signifikant höhere Werte in positivem Affekt,

Handlungsorientierung und Selbstwirksamkeitserwartung und niedrigere Werte im negativen Affekt. Mit Ausnahme für den positiven Affekt bestanden diese auch nach 3-5 Wochen noch.

1.2.4 Das Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression (ZRM-MD)

Das vollständige Therapiemanual zum ZRM-MD ist im Anhang I angefügt. Die wichtigsten Merkmale sind in diesem Kapitel kurz zusammengefasst. Das Gruppenformat ist geschlossen, da die Gruppeninhalte aufeinander aufbauend sind und besteht aus insgesamt acht Sitzungen (à 90 Minuten), die dreimal wöchentlich von einer klinisch geschulten und im ZRM-MD fortgebildeten Fachkraft durchgeführt wird.

Die 8 Sitzungen/Module bestehen schwerpunktmäßig aus:

- Modul 1:** Orientierung (Kursziele + Kursverlauf), ZRM-MD-Regeln, Rubikon-Prozess, 2 Systeme, Soma-Training (Gründe für negative/positive Gefühle und die somatischen Marker), Hausaufgabe: Soma-Training im Alltag fortführen.
- Modul 2:** Hausaufgabenbesprechung + Fragen klären zum Soma-Training, Selbstmanagement, Bildwahl, Bild vorstellen, Affektbilanz, Hausaufgabe: Mit Hilfe der Affektbilanz Begriffe zu Bild auswerten.
- Modul 3:** Thema klären mit Verstand & Unbewusstem, Zieltypen, Motto-Ziele, Ideenkorb für Motto-Ziele, Hausaufgabe: Ideenkörbe fortführen in Gruppenarbeit.
- Modul 4:** Kernkriterien für Motto-Ziele, Optimierung Motto-Ziele, Neuronale Plastizität, Erinnerungshilfen/Priming, Wichteln, Hausaufgabe: Erinnerungshilfen (mobile + stationäre suchen) und Wichteln vorbereiten.
- Modul 5:** Wechselwirkung Körper-Psyche, Embodiment, Aufbau Makro-Version in Gruppe, Hausaufgabe: Fortführung Aufbau Makro-Version.
- Modul 6:** Rückblick + Ausblick, Fortführung Makro-Version, ZRM Online-Tool, Situationstypen (A + B), B-Situationen suchen und eine auswählen, Hausaufgabe: Die ausgewählte B-Situation in Kleingruppe planen unter Einsatz von Ressourcen.
- Modul 7:** Fortführung B-Situationen mit Hausaufgabenbesprechung (inklusive Micro-movement), soziale Ressourcen, Wenn-Dann-Pläne, C-Situationen.
- Modul 8:** Von C- zu B- zu A-Situationen, „Elchtest“ fürs Haupthindernis, „Speed-Dating“ für Umgang mit Haupthindernis, Abschlussrunde mit Wichteln.

1.2.4.1 Psychotherapeutische Ziele

Das generelle Ziel der ZRM-MD-Gruppentherapie besteht in der Reduktion der depressiven Symptomatik. Oder anders formuliert: In der Förderung der seelischen Gesundheit der Teilnehmenden. Dieses allgemeine Ziel wird durch eine Verbesserung der individuellen Bewältigungskompetenzen und einer Erweiterung des Handlungsrepertoires angestrebt. Zentral ist ebenso die Erhöhung des Selbstwirksamkeitserlebens. Dabei geht es sowohl darum, vorhandene Kompetenzen zu stärken als auch neue Kompetenzen aufzubauen. Entscheidend für den Therapieerfolg ist letztlich die Erweiterung des Handlungs-/Bewältigungsrepertoires. Zwar sollen die Teilnehmenden auch in der Wahrnehmung bereits vorhandener, funktionaler Kompetenzen gestärkt werden. Ein „Mehr desselben“ zur Verfestigung eindimensionaler Bewältigungsstrategien ist jedoch nicht der gewünschte Effekt. Denn um alltäglichen Anforderungen gekonnt und flexibel zu begegnen, ist es nützlich eine möglichst breite Palette verfügbarer Bewältigungsstrategien zu besitzen. Dies soll im ZRM-MD über die Erarbeitung und Etablierung eines sogenannten Motto-Ziels erfolgen. Motto-Ziele zielen auf die innere Haltung ab, fördern die intrinsische Motivation, er-

zeugen Sinnerleben und regen eine Einstellungsänderung an und erweitern letztlich das Handlungsrepertoire und die Selbstmanagementfähigkeiten.

Das ZRM-MD ist von seiner Grundkonzeption her zielgruppenspezifisch, das heißt es wendet sich besonders an Personen mit einer depressiven Episode. Jedoch ist die Anwendung des ZRM-MDs durchaus auch für andere Störungsbilder denkbar. Die Grundkonzeption und nahezu alle im folgenden beschriebenen Methoden sind aus dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM; Storch & Krause, 2017) entnommen und für eine stationäre psychotherapeutische Behandlung im Gruppensetting angepasst worden.

1.2.4.2 Didaktische Empfehlungen

Die psychotherapeutischen Ziele sollen durch die didaktische Grundausrichtung der Gruppentherapie unterstützt werden.

Als Orientierung für die Organisation des Rahmens zur Durchführung der ZRM-MD-Gruppentherapie sollen Vorlagen verhaltenstherapeutischer Gruppen dienen, bspw. (Fiedler, 2005; Sipos & Schweiger, 2005). Insbesondere die Selbstmanagement-Therapie (vgl. Kanfer et al., 2012) mit ihren Ansätzen, Standpunkten und Behandlungsprinzipien (u.a. Psychologische Theorien der Veränderung, Menschenbildannahmen, Suche nach Orientierung, Berücksichtigung des jeweiligen soziokulturellen und lebensgeschichtlichen Kontextes, Betonung von Flexibilität, Dynamik und probabilistischem Denken) sollen mit als Grundlage der didaktischen Ausrichtung des ZRM-MDs dienen. Angenommen wird ein wesentliches Motiv; ein Streben nach Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbststeuerung. Daher ist Ziel des ZRM-MD-Konzepts bei der Übernahme von Selbstverantwortung und -bestimmung unterstützend zu sein bei gleichzeitiger Berücksichtigung von biologischen, sozialen und kulturellen Grenzen. Essenziell für ein Gelingen ist die Schaffung günstiger Gruppenbedingungen (vgl. Dziewas, 1980) Kohäsion, Vertrauen/Offenheit und Kooperation können als die wichtigsten Merkmale einer erfolgreichen Gruppe betrachtet werden (Dziewas, 1980). Es gelten dieselben Basisvariablen für die Schaffung günstiger Gruppenbedingungen, wie bei therapeutischen Prozessen im Allgemeinen: Offenheit, Vertrauen, kooperative Arbeitsbeziehungen, ... (vgl. Kanfer et al., 2012).

Weiter sollten, wo möglich, auch die gruppentherapeutischen Wirkfaktoren von Yalom (1983) berücksichtigt werden: Hoffnung einflößen, Universalität des Leidens, Mitteilung von Informationen, Altruismus, korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppen, Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs, nachahmendes Verhalten, interpersonales Lernen, Gruppenkohäsion, Katharsis und existenzielle Faktoren.

Als die wichtigsten Aufgaben, die sich den Kursleiter/innen neben der sachkompetenten Vermittlung der Informationen und der Methoden des ZRM-MDs stellen, ist eine Entwicklung von Beziehungen der Teilnehmenden untereinander zu ermöglichen und dadurch den Gruppenzusammenhalt zu stärken, Vertrauen und Offenheit zu fördern und kooperatives Verhalten zu unterstützen und zu verstärken. Für ein gelingendes Arbeiten in der Gruppe ist es erforderlich, dass aus der zunächst losen Ansammlung von Einzelpersonen eine Gruppe „zusammenwächst“, so dass ein Ort des Vertrauens, der Offenheit und der Akzeptanz entsteht in der kooperativen Arbeitsbeziehungen, vielleicht gar emotionale Beziehungen, möglich sind.

Sich also ein Gruppenklima des Vertrauens entwickelt, in dem der Einzelne sich akzeptiert fühlt und offen über persönliche Belange sprechen kann. Und sich so eine kooperative Arbeitshaltung aufbauen lässt, womit die Bereitschaft gemeint ist, sowohl anderen Gruppenmitgliedern bei der Bewältigung ihrer Probleme zu helfen, als auch für sich selbst eine solche Unterstützung der Gruppe anzunehmen. Gerade bei depressiv erkrankten können die positiven Beziehungserfahrungen in der Gruppe ein wesentlicher Baustein zur Genese darstellen.

Visualisierung

Storch und Krause empfehlen wo immer möglich mit Visualisierungen zu arbeiten, „*mit lebendigen Bildern, Metaphern, Farben und Beispielen*“ (Storch & Krause, 2017, S. 313). Die Teilnehmenden durchlaufen einen durchaus komplexen, vielschichtigen Prozess während der Gruppentherapie. Um diesen zu erleichtern und stets den Überblick zu gewährleisten ist es notwendig die relevanten Inhalte anschaulich und einprägsam auf Flipchartblättern zu visualisieren. Das „Arbeitsmäpple“ (persönliches Handbuch mit Abbildungen, Graphiken, Beispielen und Arbeitsblättern; vgl. Anhang G) ist daher ausführlich gehalten.

Wiederholungen

Durch Depressionen sind in aller Regel auch das Denken und die Auffassungsgabe gehemmt, Konzentration und Merkfähigkeit schwinden. Im Extremfall so weit, dass fälschlicherweise eine Demenz vermutet wird. Um dieser Symptomatik entgegenzuwirken sind bewusst Zeiten zur Wiederholung wichtiger psychoedukativer Elemente und elementarer Prozessschritte eingeplant. Ziel ist es Verbindungen innerhalb der neuronalen Netze zu festigen. Klaus Grawe (2004) verglich dieses Verfahren mit einem Trampelpfad, der durch wiederholte Nutzung breiter und breiter wird und am Ende sprichwörtlich eine Autobahn darstellt. Auch das „Arbeitsmäpple“ unterstützt die Teilnehmenden vor und nach den Therapiestunden in ihrem Tempo, auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet zu wiederholen und zu vertiefen.

Plenumsrunden

Das ZRM-MD ist ein individuumorientiertes Therapieprogramm, indem die Teilnehmenden neben dem möglicherweise erlebbaren und ersichtlichen Prozess parallel häufig auch einen inneren, weniger ersichtlichen Prozess durchlaufen. Um einen Raum für intrapsychische Prozesse zu öffnen, aber auch um Fragen und Unklarheiten zu klären, sind von Zeit zu Zeit Plenumsrunden (sogenannte „Ründelis“) geplant. Diese sind neben den genannten Argumenten auch hilfreich für eine Standortbestimmung, indem eigene Prozesse in Bezug gesetzt werden können. Dies birgt jedoch auch – insbesondere bei depressiven PatientInnen – die Gefahr der Abwertung eigener Leistung. Daher gilt prinzipiell die Teilnehmenden, auch für vermeintlich kleine Fortschritte, zu verstärken. Zudem gilt die Haltung die Inhalte, Äußerungen und Themen der Teilnehmenden aufzugreifen und „willkommen zu heißen“. Neben dem gemeinsamen Üben und Umsetzen des Erlernten, sind die Plenumsrunden auch nochmal eine gute Möglichkeit die Gruppenkohäsion zu fördern.

Privater und öffentlicher Therapiebereich

Im Laufe der Gruppentherapie werden früher oder später intime, private, möglicherweise sensible und berührende Themen aufkommen. Wichtig ist die Teilnehmenden schon bei Beginn der Therapie im Sinne möglicherweise aufkommender Nebenwirkungen darauf hinzuweisen und gleichzeitig das Angebot auszusprechen, dies in der Gruppe und/oder in einem Einzelgespräch (beispielsweise im Anschluss an einer Gruppentherapiesitzung) mit einbringen zu können. Wichtig ist die Teilnehmenden auch darauf hinzuweisen, dass sie „ihre“ Themen mit einbringen können und dürfen; aber nicht müssen. Diese klare Trennung, eines privaten und völlig geschützten Bereichs einerseits und andererseits einem allen Mitteilnehmenden zugänglich öffentlichen Bereichs, hilft bereits im Vorfeld Ängste und Unsicherheiten zu reduzieren („puh, dann muss ich nicht mein Innerstes nach außen kehren...“). Der private Therapiebereich ist durch Phasen der Einzelarbeit und durch das „Arbeitsmäpple“ gegeben. Für ein mögliches Teilen privater Themen können die Plenumsrunden hilfreich sein.

Dreischritt

Ein didaktisches Mittel ist auch der im Verlauf der Gruppentherapie wiederkehrende „Dreischritt“ aus

1. Theorie verstehen
2. Gemeinsames Üben
3. Selbst umsetzen

Die Teilnehmenden sollen durch psychoedukative „Impulsreferate“ die dem ZRM-MD zugrundeliegenden Theorien verstehen und somit selbst zu „Experten“ werden. In einem weiteren Prozessschritt werden die Inhalte gemeinsam im Plenum geübt, Unklarheiten und Fragen geklärt. Abschließend sollen die Teilnehmenden ganz im Sinne des Selbstmanagements das Erlernte und gemeinsam Geübte selbst für sich umsetzen und anwenden.

1.2.4.3 Aufbau der ZRM-MD-Gruppentherapie

Das hier beschriebene Konzept umfasst acht Gruppensitzungen, die bei drei Terminen pro Woche auf drei Wochen verteilt sind. Die Teilnahme an allen Sitzungen ist zwar wünschenswert, jedoch nicht zwingend identisch, mit der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus. Es ist möglich, dass PatientInnen bei früherer Entlassung die letzten Gruppensitzungen auch tagesklinisch, in nachstationärer Behandlung oder ambulant wahrnehmen. Die Dauer einer Gruppensitzung beträgt 90 Minuten. Ein häufiges Symptom bei Depressionen ist ein vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen, so dass in jeder Gruppensitzung eine Pause von 10 bis 15 Minuten vorgesehen ist. Eine optimale Teilnehmendenzahl liegt bei acht PatientInnen, wobei auch bei Gruppengrößen zwischen sechs und zehn Personen gute Bedingungen gegeben sind. Die Gruppenleitung sollte durch eine psychotherapeutisch geschulte Fachkraft (psychologischer Psychotherapeut, Psychiater oder Psychologe) wahrgenommen werden. Ergänzend ist es sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich, wenn die Gruppe durch einen Mitarbeitenden des Pflegebereichs ergänzt wird. Im Rahmen von sta-

tionären Behandlungen haben sich offene oder halboffene Gruppen bewährt, da die Aufenthaltszeiten kaum planbar sind. Jedoch stellt die ZRM-MD-Gruppentherapie einen fortlaufenden, aufeinander aufbauenden (Entwicklungs-)Prozess dar, weshalb es vonnöten ist die Behandlung als geschlossene Gruppe anzubieten. Können die PatientInnen an einzelnen Gruppensitzungen nicht teilnehmen, so ist ein Großteil durch die wiederholenden Elemente zu kompensieren. In Einzelfällen ist es auch möglich verpasste Inhalte auch in Einzeltherapien nachzuholen.

1.2.4.4 Aufbau der Gruppensitzungen

Die Gruppensitzungen umfassen verschiedene wiederkehrende Elemente. Zu Beginn jeder Stunde begrüßt die Gruppenleitung die Teilnehmenden und fragt nach wichtigen Anliegen, Themen oder Fragen, die vorneweg zu klären sind. Anschließend werden ab der zweiten Gruppensitzungen wichtige Inhalte aus den vorhergehenden Sitzungen wiederholt – so entsteht ein zeitlicher Raum des Anknüpfens und Verfestigens an bisher behandelte Themen. Auch können Unklarheiten und Missverständnisse beseitigt werden, „Hausaufgaben“ (das Wort ist aus Schulzeiten herrührend bei vielen Personen negativ besetzt. Daher wird dieses Wort, sofern möglich, gemieden und ersetzt durch „Forschungsexperiment“, „ausprobieren“, „testen“, „üben“, ...) besprochen und Erfolge gewürdigt werden. Daran anschließend werden die jeweils anstehenden Themen in verschiedenen didaktischen Formen bearbeitet (näheres dazu in den spezifischen Sitzungen der Themenbereiche). Festgehalten werden kann jedoch die allgemeine Abfolge des „Dreischritts“ von 1. Theorie verstehen, 2. Gemeinsam üben, 3. Selbst umsetzen. Um eine angenehme Arbeitsatmosphäre herzustellen, bietet es sich Kreisbestuhlung an mit Blick auf das Flipchart. Nach Möglichkeit sollte zwischen den Stühlen für ausreichend Zwischenraum gesorgt werden, um den Teilnehmenden einen persönlichen Bereich zu bieten. Tische in der Nähe haben sich für Schreibarbeiten für die Einzel- oder Kleingruppenarbeit bewährt. Wenn möglich, so ist es hilfreich den Teilnehmenden vor der ersten Gruppentherapiesitzung in Einzel- oder Gruppengesprächen die Teilnahme am ZRM-MD und die geplanten Termine mitzuteilen, die Ziele zu erläutern, Vorbehalte auszuräumen, mögliche Fragen zu klären und Vorfreude zu vermitteln. Die Teilnehmenden erhalten zudem vor der ersten Gruppentherapiesitzung das „Arbeitsmäpple“ mit allen relevanten Informationen und Arbeitsblättern – so können Teilnehmende mit einem erhöhten Informations- und Sicherheitsbedürfnis sich schon im Vorfeld mit den anstehenden Themen vertraut machen und mögliche Unsicherheiten reduziert werden. Auch dient das „Arbeitsmäpple“ als eine Art „persönliches Handbuch“, „als Gedächtnisstütze“ und als „Nachschlagewerk“. Die PatientInnen werden gebeten dieses zu jeder Therapiegruppe mitzubringen. Die generelle Ausstattung des Raumes sollte folgendes umfassen: Flipchartständer, Flipchartpapier, Filzschreiber, Kugelschreiber, eine Bildkartei, ein „Arbeitsmäpple“. Dazu kommen spezifische Materialien zu den einzelnen Sitzungen, die an gegebener Stelle erwähnt werden.

Vorankündigung

Aus oben bereits genannten Gründen ist eine Vorankündigung hilfreich und daher zu empfehlen. Hierzu erhalten die Teilnehmenden (meist von den Pflegekräften ausgehändig) die „Einladung“ (siehe Anhang K), mit einem kurzen erklärenden Text zum ZRM-MD und

den geplanten Terminen. In einem circa zehnminütigen Treffen können die Teilnehmenden erfahren, wer außer Ihnen noch in der Gruppe ist, die Gruppenleitung kennenlernen, eine erste Idee vom ZRM-MD erhalten und mögliche Fragen klären. Die Gruppenleitung teilt die „Arbeitsmäpple“ aus, erklärt in wenigen Sätzen die Ziele des ZRM-MDs und sollte, zum Abbau von Vorbehalten und Zweifel zwei Dinge deutlich hervorheben. Erstens geht es im ZRM-MD, anders als in anderen Gruppentherapien, nicht darum „das Innerste nach außen zu kehren“. Es werden zwar innerpsychische Prozesse angeregt, jedoch kann jede/r Teilnehmende für sich selbst entscheiden, was er der Gruppe davon preisgeben möchte. Und zweitens ist trotz des zeitlichen Umfangs von 90 Minuten und der hohen Frequenz von drei Terminen in der Woche bei der Konzeption der Gruppentherapie darauf geachtet worden, den depressiven Symptomen des verminderten Denk- und Konzentrationsvermögens Rechnung zu tragen.

1. Sitzung

Die erste Sitzung der ZRM-MD-Gruppentherapie bildet das Fundament des gesamten Verlaufes und ist damit von großer Bedeutung. Die Ziele der ersten Sitzung beziehen sich vor allem auf die Bildung einer guten gemeinsamen Arbeitsgrundlage und der Verständnisvermittlung des Therapiekonzepts. Inhaltlich sollen die Teilnehmenden mit Hilfe des Rubikon-Prozesses den roten Faden des ZRM-Trainings an die Hand bekommen und ein „Gespür“ für die eigenen Körperempfindungen/somatische Marker entwickeln.

Therapieinhalte der ersten Sitzung und geschätzte Dauer:

- | | |
|---|------------------|
| 1. Begrüßung und Trainings-/Therapieziele | circa 10 Minuten |
| 2. Regeln und didaktisches Grundkonzept | circa 10 Minuten |
| 3. Rubikon-Prozess | circa 15 Minuten |
| 4. Zwei Bewertungssysteme | circa 5 Minuten |
| 5. Pause | circa 15 Minuten |
| 6. Somatische-Marker-Training | circa 30 Minuten |
| 7. Forschungsexperiment, Abschluss und Verabschiedung | circa 5 Minuten |

2. Sitzung

Im Mittelpunkt der zweiten Sitzung der ZRM-MD-Gruppentherapie steht die Bildwahl, die in der aktuellen Lebenssituation stärkste Bedürfnis anspricht. Weiter lernen die Teilnehmenden die Affektbilanz kennen – eine Methode, die die Beobachtung der affektiven Komponenten der somatischen Marker schult.

Therapieinhalte der zweiten Sitzung und geschätzte Dauer:

- | | |
|---|------------------|
| 1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und Forschungsexperiment besprechen | circa 10 Minuten |
| 2. Selbstmanagement | circa 5 Minuten |
| 3. Bildwahl | circa 15 Minuten |
| 4. „Ründeli“ (Vorstellen der Bilder Plenum) | circa 15 Minuten |
| 5. Pause | circa 15 Minuten |

- | | |
|---|------------------|
| 6. Ergänzen eigener Begriffe, Gedanken, Assoziationen zu eigenem Bild | circa 5 Minuten |
| 7. Affektbilanz | circa 15 Minuten |
| 8. Begrifflichkeiten „auswerten“ mit Hilfe der Affektbilanz | circa 5 Minuten |
| 9. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung | circa 5 Minuten |

3. Sitzung

Zentraler Kern der dritten Sitzung der ZRM-MD-Gruppentherapie ist die Erarbeitung der Motto-Ziele.

Therapieinhalte der dritten Sitzung und geschätzte Dauer:

- | | |
|--|------------------|
| 1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und Hausaufgaben besprechen | circa 5 Minuten |
| 2. Thema klären mit Verstand & Unbewusstem | circa 10 Minuten |
| 3. Bündeli | circa 5 Minuten |
| 4. Zieltypen | circa 10 Minuten |
| 5. Motto-Ziele erarbeiten | |
| 5.1 Beispiele für Motto-Ziele | |
| 5.2 Das Prinzip „Ideenkorb“ erläutern | |
| 5.3 Pause | |
| 5.4 Motto-Ziel-Ideenkorb im Plenum | circa 55 Minuten |
| 6. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung | circa 5 Minuten |

4. Sitzung

In der vierten Sitzung werden unter anderem die Motto-Ziele optimiert und eine erste Methode kennengelernt, um das neuronale Netz des Motto-Ziels zu stärken: das Priming.

Therapieinhalte der vierten Sitzung und geschätzte Dauer:

- | | |
|--|------------------|
| 1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und Hausaufgaben besprechen | circa 5 Minuten |
| 2. Motto-Ziele optimieren | circa 20 Minuten |
| 3. Bündeli | circa 15 Minuten |
| 4. Pause | circa 15 Minuten |
| 5. Ressourcenpool | circa 5 Minuten |
| 6. Neuronale Plastizität | circa 10 Minuten |
| 7. Erinnerungshilfen | circa 15 Minuten |
| 8. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung | circa 5 Minuten |

5. Sitzung

Im Mittelpunkt der fünften Sitzung der ZRM-MD-Gruppentherapie wird der Ressourcenpool weiter gefüllt. Konkret wird dabei der Körper als Ressource mit Hilfe des Embodiments und Micro-Movements genutzt.

Therapieinhalte der fünften Sitzung und geschätzte Dauer:

- | | |
|---|------------------|
| 1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und Erinnerungshilfen präsentieren | circa 10 Minuten |
| 2. Wichteln | circa 5 Minuten |
| 3. Wechselwirkung Körper-Psyche | circa 15 Minuten |
| 4. In Bewegung kommen | circa 10 Minuten |
| 5. Embodiment und Micro-Movement | circa 45 Minuten |
| 6. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung | circa 5 Minuten |

6. Sitzung

In der sechsten Sitzung wird mit den sozialen Ressourcen der weiter Ressourcenpool gefüllt und vollendet. Nachdem die Teilnehmenden dann über die Gruppentherapiesitzungen ihr Motto-Ziel erarbeitet haben und wissen, welche Ressourcentypen ihnen hierfür zur Verfügung stehen, geht es nun um die Frage, wie das Motto-Ziel konkret realisiert werden soll. Hierfür werden drei Situationstypen (ABC-Situationen) eingeführt, denen die Teilnehmenden in ihrem Alltag im Hinblick auf ihre Motto-Ziele begegnen können. Die A- und B-Situationen werden in der sechsten Sitzung vertieft besprochen und bearbeitet.

Therapieinhalte der sechsten Sitzung und geschätzte Dauer:

- | | |
|---|------------------|
| 1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung | circa 10 Minuten |
| 2. Soziale Ressourcen | circa 10 Minuten |
| 3. Drei Situationstypen | circa 5 Minuten |
| 4. Situationstyp A | circa 10 Minuten |
| 5. Pause | circa 15 Minuten |
| 6. Situationstyp B | |
| 6.1 Auswahl einer geeigneten B-Situation | |
| 6.2 Planung des Ressourceneinsatzes | circa 35 Minuten |
| 7. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung | circa 5 Minuten |

7. Sitzung

In der siebten Sitzung wird mit den „Wenn-Dann-Plänen“ eine Methode kennengelernt und angewandt, um alte, unliebsame Automatismen durch neue, erwünschte zu ersetzen. Weiter werden die C-Situationen näher durchleuchtet und mögliche Fallstricke, sowie ein wohlwollender und lösungsorientierter Umgang mit diesen erarbeitet.

Therapieinhalte der siebten Sitzung und geschätzte Dauer:

- | | |
|--|------------------|
| 1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und A-Situationen sammeln | circa 10 Minuten |
| 2. Wenn-Dann-Pläne | circa 40 Minuten |
| 3. Pause | circa 15 Minuten |
| 4. C-Situationen | circa 15 Minuten |
| 5. ZRM-Ablaufmodell | circa 5 Minuten |
| 6. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung | circa 5 Minuten |

8. Sitzung

Inhalt der abschließenden Gruppentherapiesitzung sind drei Themenblöcke: Umgang mit potenziell auftretenden Hindernissen in der Weiterarbeit mit dem ZRM-MD, eine Wiederholung der wichtigsten Etappen der Gruppentherapie und der Abschluss mit der Verabschiedung und dem Wichteln.

Therapieinhalte der achten Sitzung und geschätzte Dauer

| | |
|--|------------------|
| 1. Begrüßung und A-Situationen sammeln | circa 5 Minuten |
| 2. Bündeli „Wenn-Dann-Pläne“ | circa 10 Minuten |
| 3. Haupthindernis | circa 20 Minuten |
| 4. Wiederholung | circa 15 Minuten |
| 5. Pause | circa 15 Minuten |
| 6. Abschlussrunde | circa 25 Minuten |

1.2.5 Psychotherapieforschung

Klinische Studien bilden die Grundlage für Evidenz und Qualität in der medizinischen Versorgung. Die Verhaltenstherapie zeichnet sich dadurch aus, ihr Vorgehen auf empirisch geprüftem Störungs- und Veränderungswissen zu begründen und Verfahren und Methoden empirisch zu prüfen (Jacobi, 2011). Die Psychotherapieforschung bewegt sich in dem Spannungsfeld des machbaren Studiendesigns einerseits und der optimalen Forschungsmethode andererseits. Es werden neben der Kosteneffektivität (Kosten-Nutzen-Verhältnis, cost-effectiveness, efficiency/cost-benefit-ratio) zwei weitere Ebenen von Wirksamkeit (und somit Therapieerfolg) in der modernen Psychotherapieforschung unterschieden (Jacobi & Reinecker, 2013):

- **Wirksamkeit (efficacy)**

Efficacy bezeichnet die Wirksamkeit eines Verfahrens unter optimalen, kontrollierten Bedingungen. Im Idealfall findet so eine randomisierte Zuteilung der Probanden zu den unterschiedlichen Behandlungsbedingungen statt. Der Vorteil von Effizienzstudien liegt in einer größtmöglichen Absicherung der internen Validität, da aufgrund gleichgehaltener Bedingungen in Experimental-/Therapie- und Kontrollgruppen die Unterschiede nach der Therapie mit einer nur geringen Irrtumswahrscheinlichkeit auf die erhaltene Therapie zurückzuführen ist (Nathan et al., 2000). Somit ist eine hohe Replizierbarkeit der Ergebnisse unter gleichen Bedingungen möglich. Von Nachteil hingegen ist jedoch der nicht mögliche Transfer der Ergebnisse in die klinische Praxis mit realen PatientInnen und den Praxisalltag – die Untersuchung ist „künstlich“. So geht die hohe interne Validität von Effizienzstudien häufig zu Lasten einer geringen externen Validität und damit der Generalisierbarkeit (Kazdin, 2003).

- **Effektivität, bzw. klinische Nützlichkeit (effectiveness)**

Effectiveness bezeichnet die Wirksamkeit eines Verfahrens unter naturalistischen, alltagsnahen Versorgungsbedingungen. Der streng experimentelle, kontrollierte Goldstandard ist nicht gegeben, da die realen Bedingungen die Umsetzung eines solchen (Labor-)Designs nicht zulassen. In Effektivitätsstudien ist eine hohe externe Validität

gegeben zu Lasten der internen Validität. So wirken in maximal verallgemeinerbaren, natürlichen Felduntersuchungen zu viele unkontrollierbare Störfaktoren ein; so ist ein Rückschluss der gemessenen Werte der abhängigen Variable auf deren Verursachung durch die unabhängige Variable nicht mehr möglich.

Die Psychotherapieforschung ist bei der Gestaltung des Studiendesigns somit einem Dilemma ausgesetzt aus der richtigen Balance zwischen der internen und externen Validität (Nathan et al., 2000).

In Analogie zu den Phasen bei Medikamentenprüfungen bis zur endgültigen Zulassung entwickelten Buchkremer & Klingberg (2001) vier Phasen der Psychotherapieprüfung.

In Phase I wird das Konzept entwickelt, theoretische Annahmen expliziert und ein Manual verschriftlicht. Anhand bereits etablierter Analogstudien und klinischer Erfahrung soll der Forschungsgegenstand beschrieben werden. Kasuistiken zu Verträglichkeit und Akzeptanz des zu untersuchenden Verfahrens sind hier Teil der Forschung.

Phase II systematisiert die Exploration: Beobachtungen einer definierten PatientInnenpopulation mit Ein- und Ausschlusskriterien werden verlaufsbeschreibend durch Prä-Post-Analysen beobachtet. Dies sind offene Durchführbarkeitsstudien (und beinhaltet noch keine streng kontrollierte Methodik) mit der Exploration von Risiken, Nebenwirkungen und Wirkmechanismen.

In Phase III wird die Wirksamkeit (efficacy) der Intervention an einer klar definierten PatientInnengruppe durch prospektive, randomisierte, kontrollierte Interventionsstudien (RCT) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe geprüft. Hohe methodische Anforderungen gehen mit einher: Dropout-Analyse, Poweranalyse, Kontrolle von Selektionseffekten, Katamnese, ... Der Fokus liegt auf der internen Validität.

In Phase IV wird die Effektivität und die klinische Nützlichkeit unter gegebenen Routinebedingungen (effectiveness) bei einer vergrößerten Fallzahl untersucht. Die strenge Kontrolle aus Phase III mit engen Einschlusskriterien, Randomisierung, standardisierte Therapiedauer und -dosis, werden hier systematisch gelockert. Der Fokus liegt auf der externen Validität.

1.3 Ziele, Fragestellung und Hypothesen der Studie

Die Ziele der Arbeit lassen sich analog zu den vier Phasen der Psychotherapieprüfung (Buchkremer & Klingberg, 2001) in Phase I und II gliedern.

Für Phase I liegt der Fokus dieser Arbeit auf der Erstellung eines Gruppentherapiemanuals auf Grundlage des ZRM-Trainings (Storch & Krause, 2017) unter Berücksichtigung spezifischer Anforderungen in der stationären und psychotherapeutischen Behandlung unipolarer depressiver PatientInnen. Weiter sollen in Phase I erste Erkenntnisse zur Durchführbarkeit (feasibility) und Akzeptanz (acceptability) unter anderem mittels Kasuistiken gesammelt werden.

Für Phase II liegt der Fokus auf der Überprüfung der Wirksamkeit (proof of concept) des ZRM-MDs und einer möglichen besseren Wirksamkeit gegenüber der Regelbehandlung (TAU). Darüber hinaus soll eine Annäherung an die Theorien und Befunde des ZRMs erfolgen, um dadurch Rückschlüsse auf die Wirkfaktoren sowie mögliche Prädiktoren für eine erfolgreiche Therapie ziehen zu können. Die vorliegende Arbeit soll somit auch erste Erkenntnisse liefern, welche Faktoren bei der Wirksamkeit der stationären ZRM-MD-Gruppentherapie eine Rolle spielen, was maßgebliche Einflussgrößen für das Therapieoutcome sein könnten und mit welchem Fokus randomisiert-kontrollierte Studien konzipiert werden könnten.

Durch die Katamneseerhebung soll zusätzlich drei Monate nach Beendigung der ZRM-MD-Gruppentherapie der Verlauf und die Rückfallrate überprüft und damit die Nachhaltigkeit der Therapie erfasst werden. Dies könnte auch Ansatzpunkte liefern, ob möglicherweise für diese neue Form der Gruppentherapie die Etablierung einer standardisierten Nachbetreuung über das Therapieende hinaus sinnvoll sein könnte.

Im Mittelpunkt des Studiendesigns steht der explorative Charakter, mit dem Ziel eine gute Grundlage für mögliche weitergehende Forschungsarbeiten (Phase III und IV) und erste Erkenntnisse zur Wirksamkeit zu liefern.

Aus diesen Zielen ergeben sich folgende Fragen:

Phase I:

1. Ist das ZRM-MD aus Sicht der PatientInnen und des Behandlungsteams durchführbar (feasibility)?
2. Wie hilfreich erleben die PatientInnen und das Behandlungsteam die ZRM-MD-Gruppentherapie (acceptability) und gibt es Begrenzungen?

Phase II:

1. Ist das ZRM-MD wirksam hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik (proof of concept)?
2. Ist das ZRM-MD wirksam hinsichtlich der Besserung spezifischer psychischer Faktoren?
3. Ist das ZRM-MD wirksamer gegenüber der Regelbehandlung (TAU) hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik?
4. Ist das ZRM-MD wirksamer gegenüber der Regelbehandlung (TAU) hinsichtlich der Besserung spezifischer psychischer Faktoren?
5. Ist die ZRM-MD-Gruppentherapie (Katamnese) über die Zeit wirksam?
6. Lassen sich prädiktive Effekte hinsichtlich Persönlichkeitsvariablen auf den Behandlungserfolg identifizieren?

Aus diesen Fragen wiederum ergeben sich folgende zu prüfende Hypothesen:

1. Durchführbarkeit (feasibility)

Hypothese 1.1: Die ZRM-MD-Gruppentherapie ist durchführbar.

Hypothese 1.2: Das Behandlungsteam empfindet die Gruppe als durchführbar.

Messinstrumente: qualitative Interviews, Beobachtungen & Feedback.

2. Akzeptanz (acceptability)

Hypothese 2.1: Die PatientInnen erleben die ZRM-MD-Gruppentherapie als hilfreich.

Hypothese 2.2: Das Behandlungsteam empfindet die Gruppe als hilfreich.

Messinstrumente: qualitative Interviews, Beobachtungen & Feedback.

3. Effektivität (proof of concept) der allgemeinen und der depressionsspezifischen psychopathologischen Behandlung

Hypothese 3.1: Es wird angenommen, dass zwischen Prä- und Posttestung in Experimental- und Kontrollgruppe ein signifikant besseres Ergebnis hinsichtlich der allgemeinen und der depressionsspezifischen psychopathologischen Symptomatik vorliegt.

Hypothese 3.2: Es wird angenommen, dass im Vergleich zur Standardbehandlung (KG; treatment as usual), die ZRM-MD-Gruppentherapie (EG) ein signifikant besseres Ergebnis hinsichtlich der allgemeinen und der depressionsspezifischen psychopathologischen Symptomatik erzielt.

Messinstrumente: BDI-II, MADRS, SCL-90-R (GSI, Depressivität).

4. Effektivität der Behandlung hinsichtlich Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit und Befindlichkeit

Hypothese 4.1: Es wird angenommen, dass zwischen Prä- und Posttestung in Experimental- und Kontrollgruppe ein signifikant besseres Ergebnis hinsichtlich der des Wohlbefindens, der Selbstwirksamkeit und der Befindlichkeit vorliegt.

Hypothese 4.2: Es wird angenommen, dass im Vergleich zur Standardbehandlung (KG; treatment as usual), die ZRM-MD-Gruppentherapie (EG) ein signifikant besseres Ergebnis hinsichtlich Wohlbefindens, Selbstwirksamkeit und Befindlichkeit erzielt.

Messinstrumente: WHOQOL-BREF (Skalen: Physische Gesundheit, Psychologische Gesundheit, Soziale Beziehungen), SWE, VEV.

5. Effektivität der Behandlung hinsichtlich Affektregulation

Hypothese 5.1: Es wird angenommen, dass zwischen Prä- und Posttestung in Experimental- und Kontrollgruppe ein signifikant besseres Ergebnis hinsichtlich der Affektregulation vorliegt (Hypothese 5.1).

Hypothese 5.2: Es wird angenommen, dass im Vergleich zur Standardbehandlung (KG; treatment as usual), die ZRM-MD-Gruppentherapie (EG) ein signifikant besseres Ergebnis hinsichtlich der Affektregulation erzielt.

Messinstrumente: HAKEMP-90, SSI-K3, PANAS.

6. Nachhaltigkeit und Stabilität der Behandlung

Hypothese 6.1: Es wird angenommen, dass zum Zeitpunkt der Katamnese (3 Monate nach Beendigung der ZRM-MD-Gruppentherapie) in der EG (ZRM-MD-Gruppentherapie) der Therapieerfolg nachhaltig und stabil ist – es kommt zu keiner erneuten Verschlechterung der Symptomatik.

Hypothese 6.2: Es wird angenommen, dass im Vergleich zur Standardbehandlung (KG, treatment as usual), die ZRM-MD-Gruppentherapie (EG) nach 3 Monaten (Katamnese) ein signifikant besseres Ergebnis hinsichtlich der depressionsspezifischen psychopathologischen Symptomatik erzielt.

Messinstrumente BDI-II, HAMD-24, MADRS, SCL-90-R, HAKEMP-90 und SSI-K3, WHOQOL-BREF (Skalen: Physische Gesundheit, Psychologische Gesundheit, Soziale Beziehungen), SWE, VEV.

7. Prädiktive Effekte

Es wird angenommen, dass PatientInnen nicht gleichermaßen von der ZRM-MD-Gruppentherapie und der Regelbehandlung profitieren; bzw. dass es PatientInnenmerkmale gibt, die eine Prognose für den Therapieerfolg/-misserfolg ermöglichen könnten. Diese möglichen Prädiktoren können in Persönlichkeitsvariablen (NEO-FFI) der PatientInnen liegen.

Hypothese 7: Es wird angenommen, dass bestimmte Persönlichkeitsvariablen mit einem erhöhten depressionsspezifischem Therapieoutcome einhergehen.

Messinstrumente: BDI-II, MADRS, NEO-FFI.

2 Methode

In diesem Kapitel wird zunächst die Studie beschrieben, um dann das Studiendesign, die Stichprobe und das Vorgehen bei der Durchführung der Phasen 1 und 2 zu beschreiben und dann die zur Operationalisierung der untersuchten Variablen verwendeten Messinstrumente vorgestellt. Abschließend wird das Vorgehen bei der Datenauswertung und die hierfür verwendeten statistischen Verfahren erläutert.

2.1 Beschreibung der Studie

Die Feldstudie wurde zur Evaluation der Wirksamkeit des für depressive PatientInnen im stationären Setting angepassten Zürcher Ressourcen Modells (ZRM-MD) durchgeführt. Dabei ging es einerseits um die methodische Eignung (Durchführbarkeit, feasibility; Akzeptanz, acceptability) des ZRM-MDs zur Behandlung von stationären depressiven PatientInnen, als auch um die Feststellung der generellen Wirksamkeit (proof of concept). Dabei wurde die Studie in zwei Phasen unterteilt.

2.2 Methodik Phase I

Phase I der Studie wurde von Mai 2018 bis Juli 2018 am Klinikum Christophsbad auf der „Depressionsstation“ PSY4 durchgeführt.

2.2.1 Studiendesign

Zunächst führte die im ZRM zertifizierte Trainerin und Leiterin des ZRM-Weiterbildungsinstituts (ISMZ, Institut für Selbstmanagement und Motivation Zürich) Dr. Julia Weber gemeinsam mit der leitenden Psychologin des Klinikums Christophsbad und ebenfalls zertifizierte ZRM-Trainerin Rosita Szlak-Rubin das ursprünglich konzipierte ZRM mit sieben PatientInnen der Depressionsstation PSY4 an zwei Tagen à circa fünf Stunden durch. In intensiven Gesprächen mit oben genannten, unter Abwägung von Vor- und Nachteilen, auf Basis der Erfahrungen als ZRM-Trainerinnen und der klinischen Expertise, unter Berücksichtigung der Merkmale und Einschränkungen des depressiven Störungsbildes und auf Basis des ursprünglichen ZRM-Trainings entwickelte der Autor dieser Studie ein vorläufiges Gruppentherapiemanual. Auf dessen Grundlage wurde in einer weiteren Kohorte mit acht PatientInnen in acht Gruppentherapiesitzungen à 90 Minuten über einen Zeitraum von zwei Wochen vom Autor dieser Studie eine ZRM-Gruppentherapie durchgeführt. Aus der Evaluation erfolgten auf Grundlage qualitativer halbstrukturierter Interviews mit fünf PatientInnen weitere Modifikationen des Therapiemanuals und auch des PatientInnen-Handouts. So wurden Übungen ergänzt oder gestrichen und der Inhalt gestrafft und das PatientInnen-Handout erweitert. Genauere Erklärungen der Adaptionen sind im Kapitel 3.1.3 Anpassungen nach Phase I nachzulesen. In einem weiteren Durchgang mit acht PatientInnen in acht Gruppentherapiesitzungen à 90 Minuten über einen Zeitraum von drei Wochen wurde von einer Psychologin in Ausbildung für das Richtli-

nienverfahren Verhaltenstherapie und vom Autor dieser Studie gemeinsam die modifizierte ZRM-Gruppentherapie durchgeführt. Hier fanden qualitative (halbstrukturierte) Kurzinterviews mit drei Pflegekräften der Station statt. Nach weiteren Evaluationen und Modifikationen entstand das ZRM-MD-Gruppentherapiemanual (siehe Anhang H) und das PatientInnen-Handout (siehe Anhang H).

Da der Autor während der Durchführungsphase selbst Stationsmitarbeiter der PSY4 war, fanden viele informelle Rückmeldungsgespräche mit den Kolleginnen und Kollegen statt. Der kontinuierliche Austausch unter anderem in Mittags- und Teambesprechungen mit KollegInnen aus dem Pflorgeteam, den PsychologInnen, den Co-TherapeutInnen und mit der leitenden Psychologin ermöglichten immer wieder subjektive Beobachtungen zu evaluieren, Schwierigkeiten zu diskutieren, Ideen zu besprechen und Anpassungen vorzunehmen.

2.2.2 Durchführbarkeit und Akzeptanz

Eines der Ziele dieser Studie ist es Aussagen zur Durchführbarkeit und Akzeptanz der Gruppentherapie ZRM-MD zu treffen.

Die Durchführbarkeit (feasibility) soll anhand folgender Fragen operationalisiert werden:

- Sind genügend PatientInnen verfügbar?
- Sind die PatientInnen ausreichend lange auf Station, um an allen Modulen der Gruppentherapie ZRM-MD teilzunehmen?
- Ist es organisatorisch umsetzbar eine sitzungsbegrenzte, geschlossene Gruppe in den Stationsalltag zu integrieren?
- Wie ist die Gruppentherapie vereinbar mit den anderen, bereits vorhandenen Therapieangeboten?
- Wie gut ist die Adhärenz/ Compliance-Rate (wie viele Dropouts)?

Die Akzeptanz (acceptance) soll anhand folgender Fragen operationalisiert werden:

- Wie werden die ZRM-MD-Gruppentherapien von den PatientInnen angenommen?
- Wie werden die ZRM-MD-Gruppentherapien von den PatientInnen aus Sicht des Behandlungsteams angenommen?

2.3 Methodik Phase II

Phase II der Studie wurde von September 2018 bis Juli 2020 am Klinikum Christophsbad auf der „Depressionsstation“ PSY4 durchgeführt. Die Wirksamkeit (proof of concept) der in Phase I entwickelten Gruppentherapie ZRM-MD wurde in einer pseudoranomisierten kontrollierten Studie (Phase II) unter naturalistischen Versorgungsbedingungen an einer Stichprobe von insgesamt 123 PatientInnen untersucht.

2.3.1 Studiendesign

Die Datenerhebung und Durchführung der beschriebenen Studie wurde von der Ethikkommission (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 9.05.2018) genehmigt. Der Autor der vorliegenden Arbeit war im Rahmen seiner Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten im Klinikum Christophsbad angestellt und führte die ZRM-MD-Gruppentherapien durch. Die Anleitung der PatientInnen im Umgang mit dem verwendeten Tablet und der Beantwortung der Fragebögen führten größtenteils Praktikanten durch.

Die Versuchspersonen wurden entweder der Experimentalgruppe (EG) oder der Kontrollgruppe (KG) zugeteilt. Der Begriff Experimentalgruppe dient in der vorliegenden Arbeit nur als Bezeichnung zur Unterscheidung der untersuchten Gruppen und bezieht sich nicht auf das Untersuchungsdesign. Die Gruppenzuteilung erfolgte anhand eines im Vorfeld der Studie festgelegten Schemas auf Basis des Aufnahmezeitpunkts der einzelnen PatientInnen. Die ersten acht PatientInnen, welche die definierten Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten, wurden der EG zugeteilt. Die acht folgenden PatientInnen wurden der Kontrollgruppe zugeordnet. Dieses Verfahren wurde weiter fortgeführt, so dass die Rekrutierung der Versuchspersonen der beiden Gruppen immer im Wechsel erfolgte. Die PatientInnen wurden somit zufällig (abhängig vom Aufnahmetermin) einer der beiden Gruppen zugeordnet. Damit handelte es sich um ein Kontrollgruppendesign mit pseudo-randomisierter Zuteilung der Gruppen.

Die Versuchspersonen in der EG nahmen zusätzlich zum stationsüblichen Behandlungsangebot (TAU) am ZRM-MD teil. Die Versuchspersonen in der KG nahmen lediglich am TAU teil. Das multimodale stationsübliche Behandlungsangebot umfasst die ärztlich-psychiatrische Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Chef- und Oberarztvisiten, zweimal wöchentlich stattfindenden psychotherapeutische Einzelsitzungen durch verschiedene psychologische PsychotherapeutInnen und diverse Gruppentherapieangebote und Co-Therapien (bspw. Musik- und Ergotherapie), sowie fachpsychiatrische Kranken- und Gesundheitspflege. Optional konnten die PatientInnen mehrmals wöchentlich an der Arbeitstherapie teilnehmen und/oder zum Gerätetraining gehen. Ein Überblick über die Therapieangebote gibt der im Anhang F hinterlegte Wochenplan. Die PatientInnen erhielten Pharmakotherapie in Übereinstimmung mit den derzeitigen nationalen und internationalen Richtlinien für Depressionsbehandlung (DGPPN et al., 2015). Notfall- oder Krisensitzungen waren für alle PatientInnen jederzeit möglich. Auch umfasste das Angebot eine freiwillige Sprechstunde bei einem Seelsorger und einer Sozialarbeiterin.

Der Autor der vorliegenden Arbeit war an dieser Studie praktizierender Therapeut beteiligt und führte die ZRM-MD-Gruppentherapien durch. Er war Psychologe in Ausbildung für das Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie und zertifizierter ZRM-Trainer und wurde durch Einzel- und Gruppensupervision während der gesamten Studienteilnahme regelmäßig supervidiert. Außerdem war er für die Planung und die Datenerhebung maßgeblich verantwortlich.

Die Datenerhebung der EG und KG erfolgte wie die Rekrutierung jeweils im Wechsel, d.h. nach Trainingsabschluss einer EG wurden die Daten der KG erhoben, danach die nächste EG und im Anschluss wieder die nächste KG und so fort. Die Erhebung erfolgte jeweils im

Vorfeld (Prä-Testung; T1) und nach Abschluss (Post-Testung; T2) des ZRM-MD, das heißt zu zwei Messzeitpunkten im Abstand von drei Wochen. Im Falle der KG ohne die ZRM-MD-Gruppentherapie erfolgten Prä- und Post-Testung ebenfalls im Abstand von drei Wochen. Eine weitere Erhebung erfolgte nach weiteren drei Monaten (Katamnese-Testung; T3).

Abbildung 1: Graphische Darstellung des Studiendesigns der Phase II der Untersuchung zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei einer Major Depression; TAU=Treatment as usual.

2.3.2 Stichprobe

Untersucht wurden PatientInnen, die aufgrund einer unipolaren Depression auf der Depressionsstation (PSY4) des Klinikums Christophsbad in Göppingen stationär behandelt wurden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der PatientInnen auf der Station PSY4 mit 27

Betten betrug im Jahr 2016 durchschnittlich 52,56 Tage mit einer hohen Varianz je nach Symptombelastung und Problematik (z.B. Komorbiditäten). Die Zuweisung erfolgte durch Verlegungen (beispielsweise von der Akutklinik) innerhalb des Klinikums Christophsbad oder durch Zuweisung durch niedergelassene PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen oder HausärztInnen der Region Göppingen.

2.3.2.1 Einschlusskriterien

Voraussetzung zur Studienteilnahme war die notwendige stationäre Behandlung aufgrund einer unipolaren Depression. In die Studie wurden PatientInnen eingeschlossen, die die Diagnosekriterien einer depressiven Episode (ICD-10: F32.1/.2) oder einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1/.2) erfüllten. Aufgrund des Stationskonzeptes wurden in aller Regel PatientInnen mit einer schweren depressiven Episode (F32.2) oder einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode (F33.2) aufgenommen. Die Diagnosen der PatientInnen wurden von den StationsärztInnen, bzw. dem Oberarzt, nach der ICD-10 (Dilling et al., 2016) gestellt. Das Mindestalter war 18 Jahre. Da im Klinikum eine separate Station für die Behandlung gerontopsychiatrischer PatientInnen vorhanden ist, wurden in aller Regel PatientInnen auf die Depressionsstation bis zu einem Alter von 65 Jahren aufgenommen. Letztlich war ein hinreichend stabiler klinischer Zustand nach ärztlicher Bewertung für die Studienteilnahme notwendig.

2.3.2.2 Ausschlusskriterien

Komorbidite Störungen waren kein Ausschlusskriterium, sofern das depressive Syndrom ätiologisch im Vordergrund stand. Ausgeschlossen von der Studie wurden PatientInnen, die akute psychotische Symptome zeigten oder in der Vorgeschichte die Diagnose einer Schizophrenie erfüllten. Weiter wurden PatientInnen mit der Diagnose einer bipolaren Störung, einem psychoorganischem Hirnsyndrom und Intelligenzminderung, sowie akuter Substanzabhängigkeit (in den letzten zwei Monaten; Ausnahme: Nikotin-Abhängigkeit) ausgeschlossen. Da es im ZRM-MD bei der Formulierung der Motto-Ziele auf sprachliche Nuancen ankommt, wurden auch PatientInnen mit mangelnden Deutschkenntnissen aus der Studie ausgeschlossen. PatientInnen, die eine Behandlung mit Elektrokrampftherapie (EKT) erhielten, wurden ebenfalls aus der Studie ausgeschlossen.

2.3.2.3 Rekrutierung

PatientInnen, die während der Zeit der Studie eine stationäre Behandlung auf der Depressionsstation des Klinikums Christophsbad begannen, die Einschlusskriterien und keine Ausschlusskriterien erfüllten wurden durch Stationsmitarbeiter (ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, oder Pflegepersonal) im Vorfeld der Erhebung zu einer Informationssitzung eingeladen.

2.3.2.4 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich aus 12 durchgeführten ZRM-MD-Gruppentherapien und ebenso vielen Kontrollgruppen zusammen. Um eine Studienteilnahme gebeten wurden 192 PatientInnen, wobei 123 (N) zustimmten und teilnahmen. Die Stichprobe besteht aus weiblichen

(56,1%) und männlichen (43,9%) Personen zwischen 18 und 66 Jahren ($M=45,26$). Die Stichprobe besteht ausschließlich aus PatientInnen mit einer schweren depressiven Episode (davon 79 PatientInnen mit einer rezidivierenden depressiven Störung, F33.2). Diese und weitere Kennwerte, welche die Stichprobe beschreiben, sind nachfolgender Tabelle 3 zu entnehmen.

192 PatientInnen wurden mündlich und schriftlich über die Studie informiert und aufgeklärt, wovon 123 (64,06%) zustimmten und im Datensatz berücksichtigt sind.

In der Experimentalgruppe füllten zum Messzeitpunkt t1 62 PatientInnen die Fragebögen aus. PatientInnen, die an mindestens sieben ZRM-MD-Gruppentherapien teilnahmen, füllten auch zum Messzeitpunkt t2 (59 PatientInnen) die Fragebögen aus. PatientInnen, die die ZRM-MD Gruppentherapie begonnen haben, aber an weniger als sieben Sitzungen teilnahmen, füllten zum Messzeitpunkt t2 keine Fragebögen aus. So ergaben sich in der Experimentalgruppe 3 Dropouts (4,8%; zwei wegen vorzeitiger Entlassung, ein Patient wegen fehlender Bereitschaft zur weiteren Teilnahme). Teilgenommen an sieben Sitzungen haben 10 PatientInnen (16,1%). Teilgenommen an allen 8 Sitzungen haben 49 PatientInnen (79%).

In der Kontrollgruppe füllten zum Messzeitpunkt t1 61 PatientInnen die Fragebögen aus. Mit einem Zeitintervall von drei Wochen füllten zum Messzeitpunkt t2 die PatientInnen erneut Fragebögen aus. PatientInnen, die zum Messzeitpunkt t1 die Fragebögen ausfüllten, aber nicht zum Messzeitpunkt t2, werden in der Auswertung als Dropouts berücksichtigt. So ergibt sich in der Kontrollgruppe im Selbstrating ein Dropout von 5 (8,2%; fünf wegen vorzeitiger Entlassung). Im Fremdrating ergibt sich ein Dropout von 4 (6,6%). Grund für die unterschiedliche Dropoutanzahl im Selbst- und Fremdrating ist, dass der zuständige Oberarzt das Fremdrating einer Person kurz vor dessen Entlassung ausfüllte, der Patient selbst die Fragebögen im Selbstrating zum Messzeitpunkt t2 nicht mehr ausfüllte.

Unabhängig vom Zeitpunkt des Dropouts, blieben die PatientInnen – sowohl in der Experimental-, als auch in der Kontrollgruppe – in der Auswertung der Gesamtstichproben, um das naturalistische Design der Studie nicht zu verzerren.

PatientInnen, bei denen keine Daten zum Zeitpunkt der Katamnese vorlagen, wohl aber zum Messzeitpunkt t2, wurden nicht als Dropouts gewertet, da sie die Therapie wie geplant abgeschlossen haben und die Katamnese lediglich zu diagnostischen Zwecken diente. Die Rücklaufquote zu Messzeitpunkt t3 betrug 9 in der Experimental- und 5 in der Kontrollgruppe.

Tabelle 3: Stichprobenmerkmale der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020

| Variable | EG | KG | Prüfgröße | Signifikanz | Effektstärke |
|------------------------------------|------------|-------------|---------------------|-------------|--------------|
| n | 62 | 61 | - | - | - |
| Geschlecht | | | | | |
| weiblich | 34 (55%) | 35 (57%) | $\chi^2(1) = 0,08$ | $p = ,78$ | $V = 0,03$ |
| männlich | 28 (45%) | 26 (43%) | | | |
| Alter | | | | | |
| M | 46,57 | 49,18 | $t(120) = -1,15$ | $p = ,25$ | $d = -0,21$ |
| SD | 13,28 | 11,83 | | | |
| Range | 24-66 | 19-69 | | | |
| Schulabschluss | | | | | |
| Hauptschule | 10 (16,1%) | 13 (21,3%) | $\chi^2(4) = 6,11$ | $p = ,19$ | $V = 0,22$ |
| Realschule | 23(37,1%) | 26 (42,6%) | | | |
| Fachhochschulreife | 11(17,7%) | 3 (4,9%) | | | |
| Abitur | 13(22,6%) | 13 (19,7%) | | | |
| Hochschulabschluss | 4 (6,5%) | 7 (11,5%) | | | |
| Sprachkenntnisse | | | | | |
| Muttersprache | 53 (87,1%) | 57 (91,8%) | $\chi^2(2) = 1,14$ | $p = ,57$ | $V = 0,10$ |
| Sehr gut | 5 (8,1%) | 4 (6,6%) | | | |
| Gut | 3 (4,8%) | 1 (1,6%) | | | |
| Psychopharmaka | | | | | |
| Ja | 60 (96,8%) | 62 (100%) | $\chi^2(1) = 2,00$ | $p = ,16$ | $V = 0,13$ |
| Nein | 2 (3,2%) | 0 (0,0%) | | | |
| Diagnose | | | | | |
| F32.2 | 22 (35,5%) | 22 (36,0%) | $\chi^2(1) = 0,005$ | $p = ,95$ | $V = 0,001$ |
| F33.2 | 39 (62,9%) | 40 (65,6%) | | | |
| Teilgenommene ZRM-Einheiten | | | | | |
| 0-6 | 3 (4,8%) | 61 (100,0%) | - | - | - |
| 7 | 10 (16,1%) | 0 (0,0%) | | | |
| 8 | 49 (79,0%) | 0 (0,0%) | | | |
| Depressivität | | | | | |
| BDI-II | | | | | |
| M | 27,44 | 26,74 | $t(121) = 0,37$ | $p = ,52$ | $d = 0,07$ |
| SD | 10,51 | 10,69 | | | |
| MADRS | | | | | |
| M | 20,29 | 19,43 | $t(121) = 0,63$ | $p = ,47$ | $d = 0,13$ |
| SD | 6,48 | 6,73 | | | |

| Variable | EG | KG | Prüfgröße | Signifikanz | Effektstärke |
|--|-------|-------|-----------------|-------------|--------------|
| Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome | | | | | |
| SCL-90-R | | | | | |
| GSI | | | | | |
| M | 1,25 | 1,12 | $t(120) = 1,16$ | $p = ,25$ | $d = 0,21$ |
| SD | 0,60 | 0,59 | | | |
| PSDI | | | | | |
| M | 1,86 | 1,83 | $t(121) = 0,30$ | $p = ,77$ | $d = 0,05$ |
| SD | 0,53 | 0,58 | | | |
| PST | | | | | |
| M | 57,27 | 52,36 | $t(121) = 1,59$ | $p = ,11$ | $d = 0,29$ |
| SD | 17,91 | 16,21 | | | |
| Persönlichkeitsstruktur | | | | | |
| NEO-FFI-30 | | | | | |
| Neurotizismus | | | | | |
| M | 2,54 | 2,48 | $t(121) = 0,44$ | $p = ,66$ | $d = 0,08$ |
| SD | 0,74 | 0,76 | | | |
| Extraversion | | | | | |
| M | 1,59 | 1,70 | $t(121) = -,82$ | $p = ,41$ | $d = -0,15$ |
| SD | 0,71 | 0,68 | | | |
| Offenheit für Erfahrungen | | | | | |
| M | 2,13 | 2,12 | $t(121) = ,12$ | $p = ,91$ | $d = 0,02$ |
| SD | 0,66 | 0,70 | | | |
| Verträglichkeit | | | | | |
| M | 2,76 | 2,81 | $t(121) = -39$ | $p = ,70$ | $d = -0,07$ |
| SD | 0,66 | 0,64 | | | |
| Gewissenhaftigkeit | | | | | |
| M | 2,55 | 2,65 | $t(121) = -,87$ | $p = ,39$ | $d = -0,16$ |
| SD | 0,69 | 0,57 | | | |

Legende: BDI-II=Beck-Depressions-Inventar II; MADRS=Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; SCL-90-R=Symptomcheckliste; GSI=Ausmaß der Beeinträchtigung im Allgemeinen; PSDI=Intensität der Beeinträchtigung; PST=Anzahl der Symptome, bei denen eine Beeinträchtigung angegeben wird; NEO-FFI-30=NEO-Fünf-Faktoren-Inventar; n=Stichprobengröße; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; SD=Standardabweichung; M=Mittelwert; χ^2 =Chi-Quadrat; t=t-Wert ; p=Signifikanz; V=Cramers v; d=Cohen's d.

Mögliche Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe hinsichtlich bestimmter Merkmale wurden statistisch überprüft. Es ergaben sich Unterschiede bezüglich der Stichprobengröße aufgrund von Dropouts oder fehlenden Daten. Diese fehlenden Daten

wurden nicht durch statistische berechnete Parameter ersetzt, sondern als solche in der Datenmatrix belassen. So wurden unterschiedlich große Stichproben zu den verschiedenen Messzeitpunkten toleriert.

2.3.3 Durchführung

Die Daten der Phase II wurden im Zeitraum zwischen September 2018 und Juli 2020 erhoben. PatientInnen, die während der Zeit der Studie zur Behandlung auf der Depressionsstation des Klinikums Christophsbad stationär aufgenommen wurden, die Einschlusskriterien und keine Ausschlusskriterien erfüllten, wurden zu einem Informationstermin eingeladen. Hier wurden die PatientInnen in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch über Inhalt, Ablauf, Zeitaufwand und Ziel der Studie informiert. Betont wurde, dass eine Teilnahme freiwillig ist, jederzeit abgebrochen werden kann und eine Nichtteilnahme zu keinerlei Benachteiligung führt. Des Weiteren wurden die PatientInnen darauf hingewiesen, dass ihre Daten ausschließlich anonymisiert in die Datenerfassung und -auswertung eingehen. PatientInnen, die an der Studie teilnehmen wollten, unterschrieben eine Einverständniserklärung (siehe Anhang C Einverständniserklärung Studienteilnahme) zur Nutzung ihrer Daten und bestätigten schriftlich, über alle relevanten Informationen zur Studie aufgeklärt worden zu sein und sich mit der Teilnahme an der Studie einverstanden zu erklären.

Mit Hilfe eines bereitgestellten Tablets und der darauf online zugänglichen Befragungssoftware EFS Survey (Questback Unipark) erfolgte die Bearbeitung der Fragebögen seitens der PatientInnen. Bei der ersten Nutzung des Tablets war eine sachkundige Person des Stationspersonals (meist PraktikantInnen) anwesend, um eine problemlose Erstanmeldung zu gewährleisten. Von dieser Person erhielten die PatientInnen auch einen persönlichen „Code“ zur Anmeldung bei Unipark, der über den gesamten Zeitraum der Erhebung identisch blieb. Damit war auch eine anonymisierte Zuordnung der Angaben einer Versuchsperson zu den verschiedenen Messzeitpunkten möglich. Die sachkundige Person des Stationspersonals blieb auch noch während der Eingabe der soziodemografischen Daten durch die PatientInnen anwesend und wies auf Wesentliches im Umgang mit dem Tablet und der Beantwortung der Fragebögen hin. Diese Informationen erhielten die PatientInnen auch in schriftlicher, ausgedruckter Form (vgl. Anhang A). Anschließend erfolgte eine eigenständige Bearbeitung der Fragebögen. Bei persönlichen Anliegen oder technischer Probleme, gab es die Möglichkeit sich an das Stationspersonal zu wenden. Nach der Bearbeitung der Fragebögen gaben die Versuchspersonen das Tablet beim Pflegepersonal ab.

- T1: Hier machten die PatientInnen zunächst demographische Angaben (Geburtsdatum, Geschlecht, Deutschkenntnisse, Bildungsstand, Berufstätigkeit). Auch depressions-spezifische Angaben (rezidivierender Verlauf, medikamentöse Behandlung) wurden abgefragt. Anschließend erfolgten die psychometrischen Testverfahren.
- T2: Zunächst machten die PatientInnen Angaben zur Anzahl der absolvierten ZRM-MD-Einheiten, um die Zuordnung zu den Interventionsgruppen zu ermöglichen und Datensätze aufgrund zu weniger absolvierter Gruppentherapiesitzungen aus der Analyse ausschließen zu können. Anschließend erfolgten wieder die psychometrischen Testverfahren.

T3: Die PatientInnen, die einer Katamneseerhebung (drei Monate nach t2) zustimmten, erhielten per Email einen Zugangslink und konnten sich mit ihrem vorher bereits verwendeten Code die psychometrischen Fragen beantworten.

Tabelle 4: Übersicht Messinstrumente, Zeitpunkt der Erhebung und Itemanzahl der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| Messinstrument | T0/Itemanzahl | T1/Itemanzahl | T2/Itemanzahl | T3/Itemanzahl |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Basisdaten (SF) | 7 | - | - | - |
| BDI-II (S) | - | 21 | 21 | 21 |
| MADRS (F) | - | 10 | 10 | 10 |
| SCL-90-R (S) | - | 90 | 90 | 90 |
| SSI-K3 (S) | - | 48 | 48 | 48 |
| HAKEMP-90 (S) | - | 24 | 24 | 24 |
| SWE (S) | - | 10 | 10 | 10 |
| VEV (S) | - | - | 42 | - |
| NEO-FFI-30 (S) | - | 30 | - | - |
| WHOQOL-BREF (S) | - | 26 | 26 | 26 |
| PANAS (S) | - | 20 | 20 | 20 |

Legende: BDI-II = Beck-Depressions-Inventar II; MADRS = Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; SCL-90-R = Symptomcheckliste; SSI-K3 = Selbststeuerungs-Inventar; HAKEMP-90 = Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv; SWE = Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung; VEV = Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens; NEO-FFI-30 = NEO-Fünf-Faktoren-Inventar; WHOQOL-BREF = PANAS = Positive And Negative Affect Schedule; S = Selbstbeurteilung; F = Fremdbeurteilung.

Die Bearbeitungsdauer variierte stark, abhängig vor allem von der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdauer der PatientInnen. In der Regel lag sie aber für T1 bei circa 40 bis 50 Minuten und für T2 und T3 bei circa 35 bis 45 Minuten.

Das Fremdrating (MADRS) der depressiven Symptomatik erfolgte durch den Oberarzt der Depressionsstation und erfolgte zu den Messzeitpunkten T1 und T2. Aufgrund persönlicher Präferenzen wurde der hierfür verwendete Fragebogen in gedruckter Form bearbeitet.

2.3.4 Untersuchungsinstrumente

Zur Messung der Wirksamkeit des ZRM-MDs kamen folgende eingesetzte Untersuchungsinstrumente zum Einsatz: das Beck Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger et al., 2006),

die Montgomery Asperg Depression Rating Scale (MADRS; Montgomery & Asberg, 1979), die Symptomcheckliste (SCL-90-R; Franke, 2002), das Selbststeuerungs-Inventar (SSI-K3; Kuhl & Fuhrmann, 2004), der Fragebogen zur Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv (HAKEMP-90; Kuhl, 1990), die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Jerusalem & Schwarzer, 2002), der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV; Zielke & Kopf-Mehnert, 1978), die Kurzversion des NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI-30; Körner et al., 2008), das WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität in der Kurzfassung (WHOQOL-BREF; WHOQOL GROUP, 1998) und den Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Breyer & Blümke, 2016). Dabei waren, bis auf den MADRS, alle Selbstbeurteilungsinstrumente. Der MADRS wurde vom behandelnden Oberarzt bearbeitet. Tabelle 4 zeigt, welche Instrumente zu welchen Messzeitpunkten eingesetzt wurden. Im Folgenden werden die einzelnen Fragebögen hinsichtlich ihrer testtheoretischen und testpraktischen Merkmale beschrieben. Auf die depressionsspezifischen Fragebögen wird dabei ausführlicher eingegangen; die weiteren Fragebögen kurz beschrieben; durch die angegebene Primärliteratur können vertiefte Informationen herangezogen werden.

2.3.4.1 Beck Depressions-Inventar (BDI-II)

Das Beck Depressions-Inventar II (BDI-II) in der deutschen Übersetzung von Hautzinger, Keller und Kühner (2006) dient zur Einschätzung des Schweregrads einer diagnostizierten Depression (Wintjen & Petermann, 2010). Der Fragebogen besteht aus 21 Items, die vierstufig skaliert sind und fragt konkrete Verhaltens- und Erlebensweisen einer depressiven Symptomatik ab. Die Items erfassen folgende depressive Symptome: Traurigkeit, Pessimismus, Verlust an Freude, Gefühle von Versagen, Schuld und Bestrafung, Selbstablehnung, Selbstkritik, Suizidgedanken, Weinen, Unruhe, Interessenverlust, Entschlussunfähigkeit, Wertlosigkeit, Energieverlust, Veränderungen der Schlafgewohnheiten und des Appetits, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit und Verlust an sexuellem Interesse. Sowohl die Diagnosekriterien des ICD-10 (Dilling et al., 2016), als auch des DSM-V (Falkai & Wittchen, 2018) sind damit abgedeckt. Bei 19 Items werden den Befragten je vier Aussagen zur Einschätzung der Symptomatik präsentiert. Die Präsentation der Aussagen erfolgt dabei aufsteigend mit zunehmendem Schweregrad der Symptomatik. Bei den Items bezüglich Veränderungen der Schlafgewohnheiten und des Appetits werden jeweils sieben Aussagen zur Auswahl gestellt, wobei die erste Aussage das Nichtvorhandensein des Symptoms repräsentiert und jeweils drei weitere Items die Zu- bzw. Abnahme der Symptomatik betreffen. Die Befragten sollen bei jedem Item diejenige Aussage auswählen, die ihr Befinden in den letzten beiden Wochen am besten beschreibt. Dabei werden Punktwerte zwischen 0 und 3 vergeben und aufsummiert. Die Gesamtsumme kann somit Werte zwischen 0 und 63 annehmen. Höhere Werte stehen für einen höheren Schweregrad der depressiven Symptomatik. Hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse gibt es folgende Empfehlung für Grenzwerte:

Tabelle 5: Grenzwerte im BDI-II (Hautzinger et al., 2006)

| Grenzwerte | Interpretation |
|------------|--------------------------|
| 0-8 | Keine Depression |
| 9-13 | Minimale Depression |
| 14-19 | Leichte Depression |
| 20-28 | Mittelschwere Depression |
| 29-63 | Schwere Depression |

Legende: BDI-II= Beck-Depressions-Inventar II

Ein Beispielitem lautet „Verlust an Energie“. Die PatientInnen können für dieses Item eine der folgenden Aussagen wählen: - Ich habe so viel Energie wie immer (0); - Ich habe weniger Energie als früher (1); - Ich habe nicht genügend Energie, sehr viel zu tun (2); - Ich habe nicht genügend Energie, irgend etwas zu tun (3). Die Zahlen in Klammern geben die jeweiligen Werte der Aussagen für die Auswertung an.

Der BDI-II gilt als Standard zur Selbstbeurteilung von Depressivität und findet sowohl im klinischen Kontext als auch in der Forschung Anwendung. „Das BDI-II ist ein weitestgehend objektives, reliables und sehr valides Verfahren zur Erfassung depressiver Beschwerden“ (Herzberg et al., 2008). Die interne Konsistenz, mittels Cronbachs Alpha, liegen je nach Stichproben zwischen ,84 und ,94 – für die deutsche Version liegen Werte zwischen ,84 und ,90 vor (Kühner et al., 2007). Akut depressive PatientInnen wiesen in der Erhebung von Kühner et al. (2007) einen Mittelwert von $M = 33,06$ ($SD = 9,43$) auf, remittiert depressive $M = 10,45$ ($SD = 8,76$) und die nichtklinische Stichprobe einen Wert von $M = 7,69$ ($SD = 7,52$) auf. In der Studie von Hiroe et al. (2005) entsprachen eine Reduzierung von 20 und mehr Punkten einer großen, eine Reduzierung von 10-19 Punkten einer moderaten und eine Reduzierung von 5 Punkten einer minimalen relevanten klinischen Veränderung.

2.3.4.2 Montgomery-Åsberg-Depressionsskala (MADRS)

Die Montgomery-Åsberg-Depressionsskala (MADRS; Montgomery & Åsberg, 1979) in der deutschen Übersetzung von Neumann & Schulte (1988) ist ein Fragebogen zur Fremdbeurteilung des Schweregrads einer Depression. Die MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979) ist mit der Hamilton-Skala (HAMD; Hamilton, 1960) die am häufigsten genutzte Skala zur Beurteilung von Depressionen in klinischen Studien (Zimmermann, 2004). 10 Fragen, die siebenstufig (0-6) skaliert sind, beurteilen die sichtbare Traurigkeit, die mitgeteilte Traurigkeit, innere Anspannung, Schlaf, Appetit, Konzentration, Antrieb, Gefühl der Gefühlslosigkeit, pessimistische Gedanken und Suizidgedanken. Der Beurteilungszeitraum bezieht sich auf die vergangenen sieben Tage. Ein Beispielitem lautet „Untätigkeit: Beinhaltet Schwierigkeiten ‚in Schwung zu kommen‘ oder Verlangsamung bei Beginn oder Durchführung der täglichen Arbeiten.“ Der Fremdrater kann nach Ausprägung der Symptomatik zwischen - „Nahezu keine Schwierigkeiten ‚in Schwung zu kommen‘. Keine Tätigkeit“ (0) und - „Vollständige Untätigkeit. Unfähig ohne Hilfe etwas zu tun“ (6) beurteilen. Zwischen diesen Polen unterstützen weitere Symptomgraduierungen (- „Schwierigkei-

ten, aktiv zu werden“, - „Schwierigkeiten einfache Routinetätigkeiten in Angriff zu nehmen, Ausführung nur mit Mühe.“) die Beurteilung der Symptomatik.

Der Gesamtwert kann nach dem Aufsummieren zwischen 0 und 60 liegen. Höhere Werte stehen für einen höheren Schweregrad der depressiven Symptomatik. Hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse besteht kein einheitlicher Konsens (Kjærgaard et al., 2014) – in Studien sind Remissionsgrenzwerte zwischen ≤ 6 und ≤ 12 angegeben (u.a. Möller, 2008; Montgomery et al., 2004; Herrmann et al., 1998). Als Punktwert zur Differenzierung für eine Remission erwiesen sich die Cut-Offs von 9 und 10 als gleichermaßen sinnvoll (Hawley et al., 2002). Snaith et al. (1986) empfehlen folgende Einteilung:

Tabelle 6: Grenzwerte im MADRS (Snaith et al., 1986)

| Grenzwerte | Interpretation |
|------------|--------------------|
| 0-6 | Keine Depression |
| 7-19 | Leichte Depression |
| 20-34 | Mäßige Depression |
| >34 | Schwere Depression |

Legende: MADRS=Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

Eine Reduktion um mindestens 50% zum Ausgangswerte werde als Response gewertet (Hawley et al., 2002). Ein Wert von 35 Punkten im MADRS trenne laut Müller et al. (2000) am besten eine mittelschwere von einer schweren Depression. Die Interraterreliabilität liegt zwischen ,89 und ,97 (Montgomery & Asberg, 1979). Die deutsche Version des MADRS weist eine innere Konsistenz von ,86 auf (Maier & Philipp, 1985). Davidson et al. (1986) zeigten in ihrer Studie eine Interraterreliabilität von ,76 für den Gesamtwert und für die einzelnen Kriterien einen Wert von ,57 und ,76.

2.3.4.3 Symptomcheckliste (SCL-90-R)

Die Symptomcheckliste (SCL-90-R; Franke, 2002) erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung einer Person durch körperliche und psychische Belastungen innerhalb des Zeitraums von sieben Tagen. 90 Items mit einer fünfstufigen Ratingskala ermöglichen Aussagen zu neun verschiedenen Symptomgruppen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Drei Globale Kennwerte geben Auskunft über alle Items hinweg: Der GSI misst das Ausmaß der Beeinträchtigung im Allgemeinen; der PSDI misst die Intensität der Beeinträchtigung; der PST misst die Anzahl der Symptome, bei denen eine Beeinträchtigung angegeben wird.

2.3.4.4 Selbststeuerungs-Inventar (SSI-K3)

Das Selbststeuerungsinventar (SSI) beruht auf dem theoretischen Konstrukt der Selbststeuerung nach Kuhl (2001). In dieser Studie wurde die Kurzversion des Selbststeuerungs-

Inventars, der SSI-K3 (Kuhl & Fuhrmann, 2004), eingesetzt. Er umfasst 52 Items, die zu 5 Faktoren mit 13 Skalen zusammengefasst werden. Die fünf Faktoren und 13 Skalen sind: 1. Selbstregulation (Kompetenz): Selbstbestimmung, Selbstmotivierung, Selbstberuhigung. 2. Selbstkontrolle: Planungsfähigkeit, sich keine Angst machen (Angstfreie Zielorientierung). 3. Willensbahnung (Handlungsbahnung): Initiative, Absichten umsetzen, Konzentration/Konzentrationsfähigkeit. 4. Selbstzugang: Misserfolgsbewältigung/abhaken statt Grübeln, Selbstgespür, Integration/Widersprüchliches integrieren. 5. Allgemeine Stressbelastung: Belastung, Bedrohung. Jedes Item skizziert eine Aussage, bei der es auf einer vierstufigen Likert-Skala angegeben werden soll, inwieweit sie zutrifft („gar nicht“; „etwas“; „überwiegend“; „ausgesprochen“).

2.3.4.5 Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv (HAKEMP-90)

Der HAKEMP-90-Fragebogen von Kuhl (1990) dient zur Messung des Grads der Handlungskontrolle nach Misserfolgserlebnissen, bei der Tätigkeitsausübung, sowie in Entscheidungs- und Handlungsprozessen. Der Fragebogen besteht aus folgenden Skalen: Prospektive Handlungs- vs. Lageorientierung (HOP-LOP), Handlungs- vs. Lageorientierung nach Misserfolg (HOM-LOM), Handlungs- vs. Lageorientierung während der Tätigkeitsausführung (HOT-LOT). Für diese Studie wurde die dritte Skala (HOT-LOT) nicht erhoben. Jede Skala umfasst 12 Situationsbeschreibungen, welche zwei Antwortalternativen ermöglichen: handlungsorientiertes oder lageorientiertes (oder aktionistisches) Verhalten.

2.3.4.6 Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) von Jerusalem und Schwarzer (2002) erfasst subjektive Kompetenzerwartungen. Gemessen werden Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, die auf dem eigenen Selbst-Konzept und der Kompetenzeinschätzung basieren. Die Skala besteht in ihrer Langversion aus 20 Items. Die hier verwendete Kurzform der Skala besteht aus 10 Items. Dem Antwortformat liegt eine vierstufige Ratingskala zugrunde, die verbal verankert ist („stimmt nicht“ bis „stimmt genau“).

2.3.4.7 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)

Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) von Zielke und Kopf-Mehnert (1978) erfasst die Veränderung von Persönlichkeitsvariablen über die Zeit und wird oft nach Beendigung einer Psychotherapie eingesetzt. Der Fragebogen besteht aus 42 Selbstschilderungen, die die Veränderungen der Versuchsperson/der PatientInnen seit einem vorgegebenen Zeitraum, beispielsweise dem Beginn der Therapie, abbilden. Das Antwortformat besteht aus einer 7-stufigen, verbal verankerten Ratingskala. Es wird gefragt, ob sich der Parameter in gleicher oder in entgegengesetzter Richtung verändert hat (oder ob keine Veränderung erfolgte). Der Summenwert gibt das Ausmaß der Veränderung an. Die entgegengesetzten Pole des erfassten Parameters definieren die Autoren mit „Entspannung/Gelassenheit/Optimismus“ und „Spannung/Unsicherheit/Pessimismus“.

2.3.4.8 NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI-30)

Das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI, deutsche Originalversion von Borkenau & Ostendorf 1993) erfasst die fünf Persönlichkeitsfaktoren nach Costa und McCrae (1992) und liegt auch in einer Kurzversion mit 30 Items vor (Körner et al., 2008). Jede der Big-Five-Persönlichkeitsfacetten wird durch sechs Items abgebildet. Das fünfstufige Antwortformat für jedes Item reicht von „starker Ablehnung“ bis „starke Zustimmung“. Die Auswertung erfolgt analog zur deutschen Originalversion des NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993).

2.3.4.9 World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)

Der WHOQOL-BREF ist die Kurzfassung des WHOQOL-100 und dient zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität (WHOQOL GROUP., 1998). Lebensqualität ist definiert als *„die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems sowie in Bezug auf persönliche Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“* (Angermeyer et al., 2000, S. 153). Für Anwendungsbereiche, in denen die Erfassung der Lebensqualität nur eine von mehreren Zieldimensionen bildet, eignet sich die Kurzversion/der WHOQOL-BREF. Die Kurzversion besteht aus 26 Fragen und beinhaltet die Dimensionen Physisches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Soziale Beziehungen und Umwelt mit einem fünfstufigen Antwortformat.

2.3.4.10 Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

Die deutsche Version der Positive and Negative Affect Schedule (Breyer & Blümke, 2016) wurde aus dem englischsprachigen Instrument von Watson et al. (1988) adaptiert. Der Fragebogen besteht aus 20 Adjektiven, die unterschiedliche Empfindungen und Gefühle beschreiben: Jeweils 10 Adjektive erfassen die Dimensionen Positiver Affekt und Negativer Affekt.

2.3.4.11 Personenvariablen

Neben den für die Hypothesenprüfung relevanten Variablen wurden weitere Personenvariablen erhoben. Das Geburtsdatum wurde erhoben, um das aktuelle Lebensalter der PatientInnen zu ermitteln. Unter dem Item „Bitte wählen Sie ihren Geburtstag aus“ konnten die PatientInnen Tag, Monat und Jahr aus einer Liste auswählen. Das Geschlecht konnte unter „Bitte wählen Sie Ihr Geschlecht aus“ aus einer Liste mit den Antwortalternativen „männlich“ oder „weiblich“ ausgewählt werden. Deutschkenntnisse konnten unter „Wie gut sprechen Sie deutsch?“ auf einer Skala von 1-5 angegeben werden (1 = Muttersprache, 2 = sehr gut, 3 = gut, 4 = ausreichend und 5 = schlecht). Der Bildungsstand wurde unter „Bitte wählen Sie Ihren höchsten Schulabschluss aus.“ erfragt. Hier standen folgende Optionen zur Verfügung: 1 = Hauptschulabschluss, 2 = Realschulabschluss, 3 = Fachhochschulreife, 4 = Abitur, 5 = Hochschulabschluss. Die Berufstätigkeit konnte dichotom unter „Sind Sie derzeit berufstätig?“ mit 1 = ja und 2 = nein angegeben werden.

Die Einnahme von Medikamenten wurde unter „Nehmen Sie Medikamente ein?“ ebenfalls mit 1 = ja und 2 = nein beantwortet. Die Anzahl der von den PatientInnen absolvierten

ZRM-MD-Einheiten wurde zum Messzeitpunkt 2 unter: „An wie vielen Modulen des ZRMs haben Sie teilgenommen?“ aus einer Liste ausgewählt (Codierung: 1 = 0 Einheiten teilgenommen, 2 = 1 Einheit teilgenommen, 3 = 2 Einheiten teilgenommen, 4 = 3 Einheiten teilgenommen, 5 = 4 Einheiten teilgenommen, 6 = 5 Einheiten teilgenommen, 7 = 6 Einheiten teilgenommen, 8 = 7 Einheiten teilgenommen und 9 = 8 Einheiten teilgenommen.)

2.4 Statistische Analysen

In diesem Abschnitt sollen die statistischen Verfahren, die zur Analyse des Datensatzes angewandt wurden, näher erläutert werden. IBM SPSS Statistics 25 für Mac (IBM Corp., 2017) wurde für die statistischen Auswertungen verwendet. Für die Erstellung von Diagrammen und Tabellen wurde Microsoft Excel 2011, Version 14.1.0 genutzt.

Die beiden Therapiegruppen (EG vs. KG) wurden hinsichtlich der Geschlechterverteilung, des Alters, des Bildungsabschlusses, der Sprachkenntnisse, der Einnahme von Psychopharmaka, der Diagnoseverteilung (depressive Episode vs. rezidivierende depressive Störung), der Schwere der depressiven Symptomatik, der Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome und der Persönlichkeitsstruktur untersucht, um eine Vergleichbarkeit sicherzustellen. So kann sichergestellt werden, ob es bedeutsame Unterschiede zwischen den Therapiegruppen gibt, die die Interpretation der Ergebnisse einschränken. Wie in Tabelle 3 (Stichprobenmerkmale) ersichtlich ist, unterscheiden sich die beiden Gruppen in diesen Variablen nicht signifikant.

2.4.1 Bestimmung der notwendigen Stichprobengröße

Da bislang noch keine vergleichbaren Studien vorliegen, die eine Abschätzung der Besserung der depressiven Symptomatik nach Durchlaufen des Zürcher Ressourcen Modells erlauben, erfolgte die Berechnung der benötigten Anzahl an Studienteilnehmer anhand eines ähnlichen Verfahrens: Die Autoren Pitschel-Walz et al. (2003) haben ein Psychoedukations-training für depressive PatientInnen entwickelt, dass vom Zeitaufwand her dem Zürcher Ressourcen Modell ähnelt. Kreiner (2008) hat dieses Verfahren wissenschaftlich überprüft und nennt F-Werte für die Veränderung der depressiven Symptomatik zwischen 20,61 (Maximum) und 8,40 (Minimum). Diese F-Werte entsprechen einer Effektgröße von $d=0,843/f=0,4215$ (Maximum) bzw. $d=0,548/f=0,274$ (Minimum). Zur Schätzung der Stichprobengröße wurde das Programm G*POWER 3.1 von Faul et al. (2014) verwendet. Um bei diesen Effektgrößen und einer Alpha-Fehler-Wahrscheinlichkeit von 0,05 eine angemessene statistische Power von 0,95 (1-Beta) zu erreichen, bedarf es einer Stichprobengröße von $N=46$ (Maximum) bzw. $N=21$ (Minimum). Die Stichprobengrößen in der vorliegenden Arbeit waren $N=62$ (EG) und $N=61$ (KG).

2.4.2 Statistische Signifikanz

Für die wichtigsten Variablen wurden zweifaktorielle split-plot-Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. Dabei waren die Zugehörigkeit zu der jeweiligen Behandlungsgruppe (EG und KG) und der Messwiederholungsfaktor (t1 und t2) Grundlagen;

das Maß für die Beurteilung der Effektivität der Behandlung war vor allem der Interaktionseffekt dieser beiden Variablen. Zur Beurteilung der Effektstärke wurde Eta-Quadrat (η^2) verwendet. Werte kleiner $|,06|$ stehen für einen kleinen Effekt, Werte zwischen $|,06|$ und $|,14|$ für einen mittleren Effekt und Werte größer als $|,14|$ für einen großen Effekt. Um im Detail Unterschiede zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe, sowie innerhalb der Gruppen, zu prüfen, wurden anschließend getrennt für die Gruppen t-Tests gerechnet. Die Ergebnisse der inferenzstatistischen Analysen werden standardgemäß auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = ,05$ (bzw. $\alpha = ,01$) berichtet. Ein p-Wert zwischen $,05$ und $,10$ wird als statistischer Trend bezeichnet.

Wegen der entsprechenden Stichprobengröße dieser Studie ($N=62$ (EG) und $N=61$ (KG)) kann nach dem zentralen Grenzwerttheorem eine Normalverteilung angenommen werden (Bortz & Schuster, 2010). Sollte die Annahme der Normalverteilung trotzdem verletzt worden sein, so gilt der t-Test dennoch als robust gegenüber der Verletzung der Normalverteilungsannahme (Kubinger et al., 2009). Bei den t-Tests wurde für die Beurteilung der Effektstärke Cohens d verwendet. Werte ab $|0,20|$ gelten dabei als kleine Effekte, Werte ab $|0,50|$ als mittlere Effekte und Werte ab $|0,80|$ als große Effekte. Zur Prüfung der Effektstärke wurde bei den Kontingenztabelle Cramers V gewählt. Werte ab $|,10|$ gelten dabei als kleine Effekte, Werte ab $|,30|$ als mittlere Effekte und Werte ab $|,50|$ als große Effekte. Effektstärken werden nur bei statistisch signifikanten Ergebnissen berichtet.

2.4.3 Klinische Relevanz

Es gilt den Therapieerfolg zu operationalisieren, um die ausgewerteten Daten auf eine klinische Relevanz hin zu prüfen. Hierfür werden verschiedene Maßstäbe herangezogen. Zunächst einmal werden als klinisch relevant die Anzahl der PatientInnen gesehen, die durch die Therapien entweder unter die Schwelle einer leichten Depression kommen (Remission) oder eine deutliche Reduktion der depressiven Symptomatik zeigen (Response). Dafür wurden die Werte des BDI-II und der MADRS herangezogen.

In vorigen Kapiteln wurde bereits an entsprechenden Stellen die Operationalisierung von Therapieerfolg bei Depressionen erläutert. Daher soll hier lediglich eine Übersicht erfolgen und auf die entsprechenden Kapitel verwiesen werden.

Tabelle 7 zeigt die gängige Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung bei Depressionen, die in den meisten Studien und Leitlinien herangezogen wird. Der Grad der Symptomreduktion wird in vier Stufen angegeben und bezieht sich auf alle bewährten Skalen zur Diagnostik von Depressionen.

Tabelle 7: Einstufung des Therapieerfolgs bei Depressionen nach S3-Leitlinie (DGPPN et al., 2015)

| Symptomreduktion | Effekt/Wirkung |
|---|------------------------|
| < 20% | kein/keine |
| 20 – 50 % | minimaler/geringe |
| > 50 % | Teilremission |
| 100 % (bzw. bei Unterschreiten des Cut-off-Werts für eine Depression im entsprechenden Testverfahren) | vollständige Remission |

Tabelle 8 zeigt die übliche Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung bei Depression für den BDI-II (Hautzinger et al., 2006).

Tabelle 8: Grenzwerte im BDI-II (Hautzinger et al., 2006)

| Grenzwerte | Interpretation |
|------------|--------------------------|
| 0-8 | Keine Depression |
| 9-13 | Minimale Depression |
| 14-19 | Leichte Depression |
| 20-28 | Mittelschwere Depression |
| 29-63 | Schwere Depression |

Legende: BDI-II=Beck-Depressions-Inventar II

Um auch die PatientInnen zu berücksichtigen, die nicht remittieren, aber auf die auf die Therapie ansprechen (Response) wird der Empfehlung in Tabelle 9 von Jacobi & Reinecker (2018) gefolgt.

Tabelle 9: Klassifikation in Responder/Non Responder im BDI-II (Jacobi u. Reinecker, 2018)

| Veränderung im BDI-II | Klassifikation |
|----------------------------|------------------|
| Minus \geq 6 Punkte | Responder |
| Plus \geq 6 Punkte | „verschlechtert“ |
| Plus/Minus \leq 5 Punkte | Non Responder |

Legende: BDI-II=Beck-Depressions-Inventar II

PatientInnen, die bereits zu Beginn der Therapie Werte aufwiesen, die unterhalb der Schwelle zur leichten Depression lagen (< 9 Punkte), wurden aus der Analyse zur klinischen Relevanz ausgeschlossen.

Weiter präzisieren lässt sich das Ausmaß der Veränderung der depressiven Symptomatik nach der Einteilung von Hiroe et al. (2005). Eine Differenz von 5 Punkten entspricht hier nach einer minimalen relevanten klinischen Veränderung, eine Differenz von 10-19 Punkten einer moderaten klinischen Veränderung und eine Differenz von 20 Punkten und mehr einer großen klinischen Veränderung. Dieser Einteilung folgend lässt sich dies in folgender Tabelle 10 darstellen.

Tabelle 10: Klassifikation nach der Differenz der Punktwerte im BDI-II nach Hiroe et al. (2005)

| Differenz | Klassifikation |
|------------------------|---------------------------------|
| Minus \geq 20 Punkte | große (positive) Veränderung |
| Minus 10 – 19 Punkte | moderate (positive) Veränderung |
| Minus 5 – 9 Punkte | minimale (positive) Veränderung |
| < 5 Punkte | Non-Responder |
| Plus 5 – 9 Punkte | minimal negative Veränderung |
| Plus 10 – 19 Punkte | moderat (negative) Veränderung |
| Plus \geq 20 Punkte | große (negative) Veränderung |

Legende: BDI-II=Beck-Depressions-Inventar II

Hinsichtlich der Interpretation der Punktwerte und der Festlegung der Cut-off Werte des MADRS (Montgomery & Asberg, 1979) gibt es keine ganz eindeutige Beurteilung. Für diese Arbeit wurde den Empfehlungen der Autoren Snaith et al. (1986) gefolgt, da diese Einteilung eine hohe Sensitivität aufweist. Tabelle 11 zeigt die Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung bei Depression für die MADRS. (Montgomery & Asberg, 1979).

Tabelle 11: Grenzwerte im MADRS (Snaith et al., 1986)

| Grenzwerte | Interpretation |
|------------|--------------------|
| 0-6 | Keine Depression |
| 7-19 | Leichte Depression |
| 20-34 | Mäßige Depression |
| >34 | Schwere Depression |

Legende: MADRS=Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse der Phase I

Um Aussagen zur Durchführbarkeit und Akzeptanz treffen zu können wurden neben subjektiven Beobachtungen und neben informellen Rückmeldungen fünf Patientinnen und drei Pflegekräfte mithilfe eines halbstrukturierten Kurzinterviews befragt.

3.1.1 Hypothese 1: Durchführbarkeit/Feasibility

Es wurde angenommen, dass die ZRM-MD-Gruppentherapie durchführbar ist. (Hypothese 1.1). Weiter wurde angenommen, dass das Behandlungsteam die Gruppe als durchführbar empfindet (Hypothese 1.2).

- Sind genügend PatientInnen verfügbar?

Bei der Durchführung der drei ZRM-MD-Gruppentherapien in Phase I dieser Studie ergaben sich keine Schwierigkeiten bei der Erreichung der gewünschten Zahl teilnehmender PatientInnen. Die ausgelastete Station PSY4 hatte zu diesem Zeitpunkt 27 Betten für PatientInnen, womit sich eine 3,38 fache Auswahlmöglichkeit an PatientInnen ergibt. Unter Berücksichtigung möglicher Ein- und Ausschlusskriterien (bspw. ausreichende Stabilität zur Teilnahme an einer Gruppentherapie) ist der mögliche PatientInnenpool als ausreichend groß anzunehmen – zu keinem Zeitpunkt gab es eine zu geringe Indikation und/oder Nachfrage am ZRM-MD-Gruppentherapieangebot. Somit kann die Frage nach genügend verfügbaren PatientInnen als gegeben betrachtet werden.

- Sind die PatientInnen ausreichend lange auf Station, um an allen Modulen der Gruppentherapie ZRM-MD teilzunehmen?

Die PatientInnen der PSY4 wiesen im Zeitraum der Phase I im Schnitt ca. 52,56 Behandlungstage auf. Je nach Störungsausprägung, möglicher komorbider Erkrankungen und daraus resultierender Behandlungsindikation unterschied sich die Aufenthaltsdauer der einzelnen PatientInnen. Es konnte jedoch beobachtet werden, dass durch die gute Strukturierung der Gruppentherapie (vorherige Festlegung der Sitzungen mit Datum und damit bestehendes Enddatum) die Teilnahme in den Therapieverlauf gut integriert werden konnte. Die Sitzungen fanden innerhalb von zweieinhalb bis drei Wochen (3 Sitzungen pro Woche) statt, sodass selbst bei einer kürzeren Aufenthaltsdauer ein zeitlicher Puffer bestand. Zudem wurde im Studiendesign und -ablauf darauf geachtet, die Gruppen möglichst zügig nach Aufnahme der PatientInnen zu starten. Trotz aller Bemühungen und Planungen kann es bei Gruppenteilnehmenden aufgrund rasch wechselnder Indikationsstellungen (bspw. die Verlegung auf eine geschützte, geschlossene Station aufgrund akuter Suizidalität oder die Beendigung des stationären Aufenthalts aufgrund einer raschen Genese) zu vorzeitigen Beendigungen der Gruppentherapien kommen. Bei der Durchführung der drei ZRM-MD-Gruppentherapien in Phase I kam es zu keinem Dropout. Somit kann vor allem aufgrund der hohen Frequenz an Sitzun-

gen (drei pro Woche) die Frage, ob die PatientInnen ausreichend lange auf Station sind, um an allen Modulen der ZRM-MD-Gruppentherapie teilzunehmen mit „Ja“ beantwortet werden.

- Ist es organisatorisch umsetzbar eine sitzungsbegrenzte, geschlossene Gruppe in den Stationsalltag zu integrieren?

Das Stationskonzept der PSY4 beinhaltet mit der Psychoedukationsgruppe bereits eine geschlossene, sitzungsbegrenzte Gruppentherapie. Somit etablierte sich die ZRM-MD Gruppe als weiterer Baustein, der organisatorisch immer wieder unter Berücksichtigung der weiteren Angebote einsortiert werden musste. Dies war organisatorisch nicht immer einfach und bedurfte einer sehr vorrausschauenden Planung. Auf die Interviewfrage: „Gibt es Schwierigkeiten die ZRM-MD-Gruppentherapie in den Stationsalltag zu integrieren?“ antwortete eine Pflegekraft: „Für uns bei der Pflege nicht. Die Patienten sind ja in der Zeit in der Therapie und aufgeräumt. Auch davor und danach sehe ich keinen Mehraufwand. Und die PatientInnen freuen sich ja über ein weiteres Therapieangebot.“ Eine weitere Pflegekraft antwortete: „Die Patienten, die an der ZRM-Gruppe teilnehmen, können an diesen Tagen nicht in die Arbeitstherapie, da sich diese Angebote überschneiden“ und eine dritte Pflegekraft antwortete: „Nein. Die dreimal 90 Minuten sind gut zu integrieren und erweitern ja das Therapieangebot.“ Beobachtungen und Rückmeldungen durch die leitende Psychologin und Stationsleitung ergaben einen erhöhten organisatorischen Aufwand, bei dem es nicht immer einfach war „alles unter einen Hut zu bekommen“. Vor allem der räumliche Engpass (es gab auf der Station PSY4 nur einen vollausgestatteten Gruppentherapieaum) erwies sich teilweise als Herausforderung und so fanden vereinzelte Gruppentherapien im Gymnastikraum statt. Somit kann oben gestellte Frage unter den vorhandenen Rahmenbedingungen mit „ja, bei vorrausschauender Planung“ beantwortet werden.

- Wie ist die Gruppentherapie vereinbar mit den anderen, bereits vorhandenen Therapieangeboten?

In der Planung von Behandlungsangeboten kommt es immer wieder zu terminlichen Konflikten zwischen den verschiedenen Therapien. Die ZRM-MD-Gruppe als zusätzliches therapeutisches Element führte teilweise zu terminlichen Überschneidungen mit bereits etablierten Therapieangeboten der PSY4. Da die Inhalte der ZRM-MD-Gruppentherapie aufeinander aufbauen, ist eine Teilnahme an möglichst allen acht Sitzungen notwendig – daher genoss dieses therapeutische Angebot Priorität gegenüber anderen Therapieangeboten.

- Wie gut ist die Adhärenz/ Compliance-Rate (wie viele Dropouts)?

In Phase I dieser Studie wurde auch die Bereitschaft zur Mitarbeit, die Kooperationsbereitschaft und Motivation zur Teilnahme an der ZRM-MD-Gruppentherapie genau beobachtet. Die PatientInnen erschienen pünktlich, hatten in aller Regel die gestellten (Haus)aufgaben erfüllt und waren gut vorbereitet für die Gruppentherapiesitzungen. Auch ein tiefergehendes Interesse für Sachinhalte war erkennbar, Nachfragen aus dem

Plenum an die TherapeutInnen wurden gestellt und eine teilweise rege Teilnahme (trotz schwerer depressiver Symptomatik) wurde beobachtet. Während der drei durchgeführten ZRM-MD-Gruppentherapien gab es kein Dropout. Somit kann für die Phase I dieser Studie in Bezug auf die ZRM-MD-Gruppentherapie von einer guten Adhärenz ausgegangen werden

3.1.2 Hypothese 2: Akzeptanz/Acceptability

Es wurde angenommen, dass die PatientInnen die ZRM-MD-Gruppentherapie als hilfreich empfinden (Hypothese 2.1). Weiter wurde angenommen, dass das Behandlungsteam die Gruppe als hilfreich empfindet (Hypothese 2.2).

- Wie werden die ZRM-MD-Gruppentherapien von den PatientInnen angenommen?

Insgesamt sprechen die Rückmeldungen und Aussagen der PatientInnen für eine gute Akzeptanz der ZRM-MD-Gruppentherapie. Folgende ausgewählte Zitate aus den Kurzinterviews sollen diese Aussage stützen: - „Was da, glaube ich hilfreich war, ist was die Zukunftsängste angeht. (...) Ich glaube, das ZRM war ein neuer Schritt, Mut zu fassen, jetzt wirklich was zu machen. Ich weiß jetzt auch auf welchem Weg ich weitergehen will.“ – (...) im zwischenmenschlichen, zum Beispiel in den Gesprächen mit meinen Eltern – da gehe ich jetzt anders hin. (...) Und ich gehe jetzt anders mit meinem Vater um. Also wenn ich das Gespräch mit ihm suche, mit einem anderen Selbstbewusstsein. - „Ich glaube wieder mehr an mich. Mein Motto-Ziel „Ich gehe meinen Weg“ hilft mir, bestärkt mich, meinen Weg, trotz der Widrigkeiten, zu gehen. Da hat mir vor allem die Idee mit dem Baby-neuronalen-Netz gefallen. Da kann ich mir richtig bildhaft vorstellen, wie ich es noch pflegen und hüten muss, dass es einmal stark und kräftig wird.“ - „Wieder mehr auf mich, mein Bauchgefühl und meine Intuition zu hören, auf mich zu achten.“ - „Das Miteinander in der Gruppe. Wir haben uns so positiv gegenseitig unterstützt. Ich habe mich wohl gefühlt und konnte mich mit meinen Anliegen mit einbringen.“ - „Gerade die somatischen Marker am Anfang, ich glaube das war in der ersten Stunde. Das hat meinen Blick geweitet und mir ein neues Steuerungsinstrument an die Hand gegeben.“ - „Definitiv das Motto-Ziel. Das erzeugt Aufbruchsstimmung, stimmt mich positiv und gibt mir Mut und Zuversicht, Kraft, um an mich zu glauben, auch wenn ich manchmal Zweifel.“

Kritisch betrachtet werden müssen anhand der vorliegenden Aussagen der PatientInnen der theoretische Umfang des ZRM-MDs: - „Es war ganz schön intensiv, auch viel Input. Vielleicht kann man es kürzen oder weitere Gruppentherapien anbieten?“ Und: - „Am Anfang konnte ich mich, auch wegen der Depression, noch nicht so konzentrieren. - „Ja, die ersten zwei, drei Stunden. Für mich hat sich das theoretisch alles gut angehört, aber praktisch dachte ich: „Ja, toll – das ist wie in der Ausbildung. Da lernt man auch viel, kann es aber gar nicht alles anwenden.“ – „Am Anfang konnte ich mich, auch wegen der Depression, noch nicht so konzentrieren. Und dann war da aber einiges an Theorie, die ich so nicht so aufnehmen konnte, wie ich wollte. Das hat mich frustriert“ Wobei letztere Aussage wieder relativiert wurde; das ausgeteilte Handout als hilfreich erlebt wurde: „da waren dann die Unterlagen aber auch hilfreich, in denen

ich nochmal in Ruhe nachlesen konnte.“ Eine einzelne Aussage bezog sich auf eine konkrete Methode innerhalb des ZRM-MDs, welche als wenig hilfreich gesehen wurde: „Das Embodiment war nicht so meins, das nutze ich auch nicht. Aber für andere, glaube ich, ist das ganz hilfreich gewesen.“

- Wie werden die ZRM-MD-Gruppentherapien von den PatientInnen aus Sicht des Behandlungsteams angenommen?

Auf die Frage: „Ist die ZRM-MD-Gruppentherapie für die PatientInnen hilfreich?“ antworteten die drei Interviewten Pflegekräfte: - „Ja.“ - „Ich habe schon den Eindruck; bin ja immer wieder im kurzen Kontakt und Austausch mit ihnen und sie berichten positives. - „Ja, auch für das Gruppengefüge. Ich habe den Eindruck, dass die PatientInnen in einem engeren Austausch sind.“ Mit der Frage „Was ist hilfreich?“ kamen detailliertere Aussagen zu hilfreichen Aspekten des ZRM-MDs: - „Ich glaube, so wie ich das von außen mitbekomme, vor allem der Blick auf die Ressourcen. Hier ist ja häufig der Blick auf das gerichtet, was nicht so gut läuft, was die Depression mit ausgelöst hat. Das ZRM, so wie ich es verstehe, hat ja einen ressourcenorientierten Ansatz.“ - „Die Arbeit mit den Bildern – zumindest haben diese die PatientInnen in ihren Zimmern häufig am Spiegel kleben. Eine Patientin sagte dann, dass sie die Lebensfreude wieder verspüren wolle, wie der Junge im Laubhaufen auf ihrem Bild und die kleinen Freuden wieder mehr spüren möchte.“ - „Der enge Austausch (...). Kann mir vorstellen, dass die gemeinsame Zeit zusammenschweißt und sich so die Patienten gegenseitig unterstützen.“ Aus informellen Rückmeldegesprächen mit den ÄrztInnen, PsychologInnen und Co-TherapeutInnen der Station ist die Selbstwirksamkeitsförderung der PatientInnen durch die Methoden des ZRM-MDs zu erwähnen. Ebenso ein in aller Regel offener und reger Austausch während der ZRM-MD-Gruppentherapien unter den PatientInnen. Auch die körperbezogene Arbeit mit Hilfe der somatischen Marker wurde als positiv und hilfreich erlebt, zumal dies durch die anderen Therapieangebote der Station nicht abgedeckt wurde.

3.1.3 Anpassungen nach Phase I

Auf Grundlage der PatientInnenaussagen und der Rückmeldegespräche mit dem Behandlungsteam wurde das vorläufige Manual weiterentwickelt, beziehungsweise modifiziert. Konkret wurden die theoretischen Inhalte („Impulsreferate“) gekürzt (bspw. die Einführung in den Rubikon-Prozess) und teilweise durch ein gemeinsames, interaktives Erarbeiten des notwendigen theoretischen Inputs ersetzt. Auch sollten kurze Wiederholungen der Lerninhalte zu Beginn jeder Gruppentherapie dazu dienen gelerntes zu festigen und Raum für Fragen zu geben, um Unklarheiten zu beseitigen. Zeitlich erweitert wurde die Arbeit mit den somatischen Markern. Konkret wurden hier Selbstbeobachtungen (Soma-Training) und Übungen zu positiven und negativen somatischen Markern im Manual ergänzt. Weiter wurde durch die Rückmeldungen die komplette Überarbeitung des Handouts zum Anlass genommen. Die Erarbeitung des deutlich ausführlicheren „Arbeitsmäpple“ (im Vergleich zum Handout des ZRMs) hatte zum Ziel alle theoretischen Inhalte kurz, präzise und anschaulich in einfacher Sprache darzustellen. So wurde dem Symptom „Konzentrations-

und Aufmerksamkeitsstörungen“ der Depression und der PatientInnenrückmeldungen („zu große Informationsmenge“) Rechnung getragen und die PatientInnen haben die Möglichkeit zwischen den Gruppentherapiesitzungen Inhalte noch einmal nachzulesen.

3.2 Ergebnisse der Phase II

3.2.1 Deskriptive Statistik

Die Ergebnisse werden zunächst nur deskriptiv beschrieben. Dabei werden sowohl die Ergebnisse der Experimentalgruppe (EG, ZRM-MD-Gruppe) und der Kontrollgruppe (KG, „Behandlung wie üblich“) beschrieben.

BDI-II

Tabelle 12 und Abbildung 2 zeigen die deskriptiven Ergebnisse der EG und KG im BDI-II zu den drei Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch/-ende oder fehlende Daten.

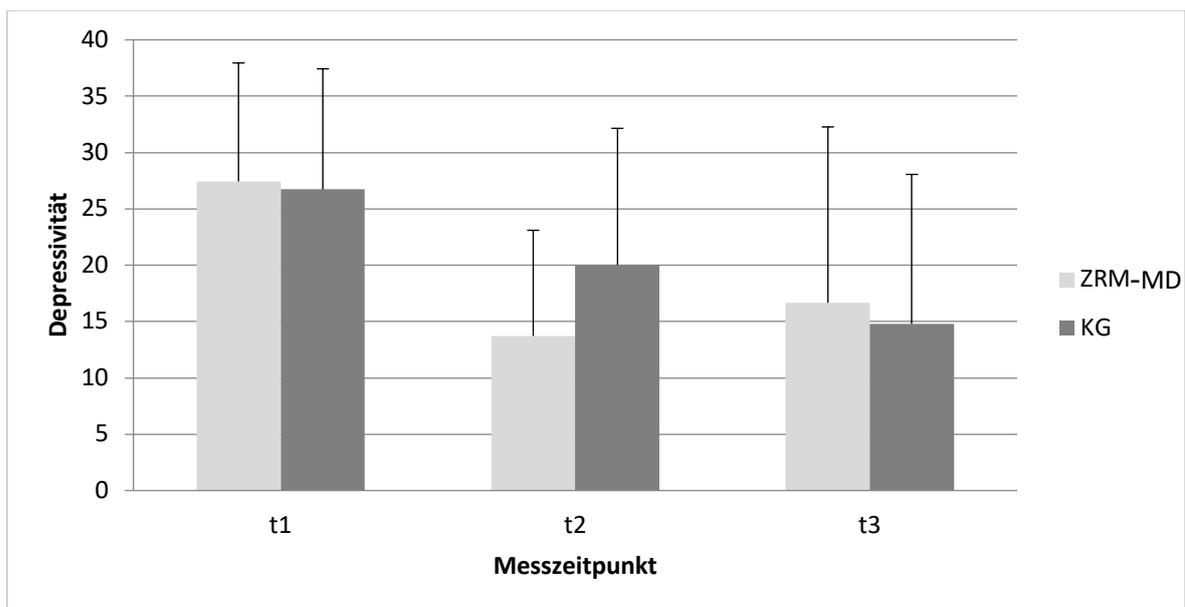
Tabelle 12: Deskriptive Ergebnisse im BDI-II zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 56 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 5 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 27,44 | 26,74 | 13,73 | 20,02 | 16,67 | 14,80 |
| Standardabweichung | 10,51 | 10,69 | 9,37 | 12,13 | 15,60 | 13,26 |
| Minimum | 3,00 | 8,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Maximum | 45,00 | 51,00 | 43,00 | 55,00 | 43,00 | 28,00 |

Legende: BDI-II=Beck-Depressions-Inventar II; EG=Experimentalgruppe; KG= Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Die durchschnittlichen BDI-II-Werte reduzieren sich in der Experimentalgruppe von 27,44 Punkten (SD = 10,51) zum Messzeitpunkt t1 auf 13,73 (SD = 9,37) zum Messzeitpunkt t2. So ergibt sich ein durchschnittlicher Prä-Post-Unterschied von 13,71 Punkten.

Abbildung 2: Veränderungen der Mittelwerte und Standardabweichungen des BDI-IIs in der Experimental- und Kontrollgruppe zu drei Messzeitpunkten der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: BDI-II=Becks Depressions Inventar II; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

MADRS

Tabelle 13 und Abbildung 3 zeigen die Ergebnisse der EG und KG im MADRS zu den zwei Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch/-ende oder fehlende Daten.

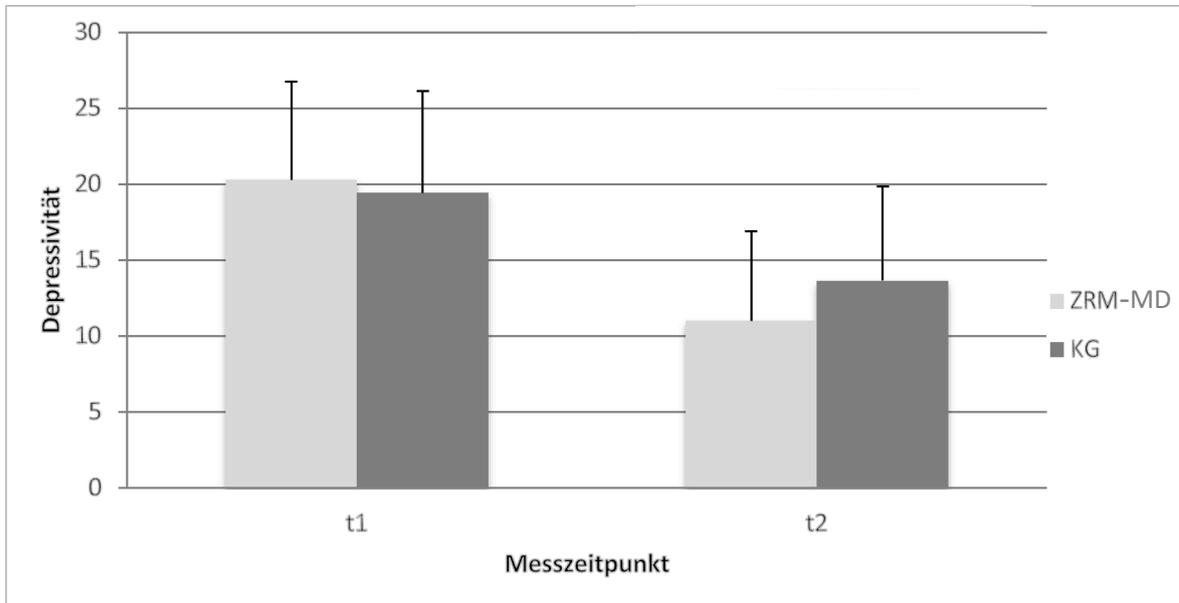
Tabelle 13: Deskriptive Ergebnisse im MADRS zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 57 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 4 |
| Mittelwert | 20,29 | 19,43 | 11,03 | 13,65 |
| Standardabweichung | 6,48 | 6,73 | 5,88 | 6,21 |
| Minimum | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 0,00 |
| Maximum | 34,00 | 38,00 | 26,00 | 26,00 |

Legende: MADRS=Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Die durchschnittlichen MADRS-Werte reduzieren sich in der Experimentalgruppe von 20,29 Punkten (SD = 6,48) zum Messzeitpunkt t1 auf 11,03 (SD = 5,88) zum Messzeitpunkt t2. So ergibt sich ein durchschnittlicher Prä-Post-Unterschied von 9,26 Punkten.

Abbildung 3: Veränderungen der Mittelwerte und Standardabweichungen des MADRs in der Experimental- und Kontrollgruppe zu drei Messzeitpunkten der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: MADRS=Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

SCL-90-R

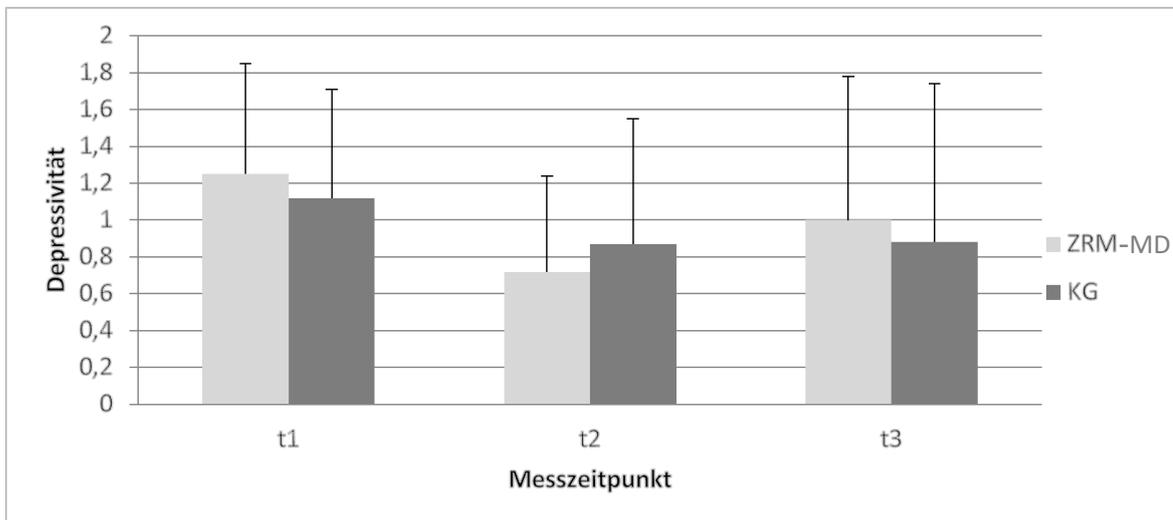
Die folgenden Tabellen von Tabelle 14 bis Tabelle 18 und Abbildung 4 zeigen die deskriptiven Ergebnisse relevanter Skalen des SCL-90-R zu den drei Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch/-ende oder fehlende Daten.

Tabelle 14: Deskriptive Ergebnisse im „SCL-90-R: Depressivität“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 56 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 5 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 1,73 | 1,68 | 0,96 | 1,24 | 1,15 | 1,11 |
| Standardabweichung | 0,84 | 0,85 | 0,75 | 0,88 | 1,12 | 1,08 |
| Minimum | 0,08 | 0,31 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,08 |
| Maximum | 3,31 | 3,31 | 3,23 | 3,69 | 3,00 | 2,69 |

Legende: SCL-90-R=Symptom Check Liste 90-R; EG=Experimentalgruppe; KG= Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Abbildung 4: Veränderungen der Mittelwerte und Standardabweichungen des „SCL-90-R: Depressivität“ in der Experimental- und Kontrollgruppe zu drei Messzeitpunkten der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



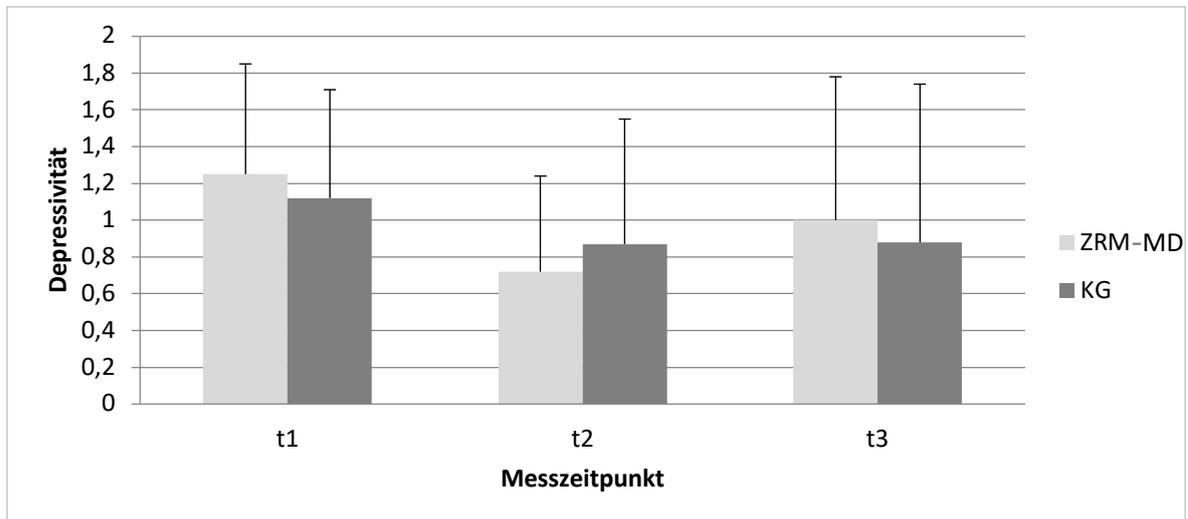
Legende: SCL-90-R=Symptom Check Liste 90-R; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 15: Deskriptive Ergebnisse im „SCL-90-R: Global Symptoms Index“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 56 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 5 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 1,25 | 1,12 | 0,72 | 0,87 | 1,00 | 0,88 |
| Standardabweichung | 0,60 | 0,59 | 0,52 | 0,68 | 0,78 | 0,86 |
| Minimum | 0,17 | 0,22 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,08 |
| Maximum | 2,56 | 2,61 | 2,30 | 3,78 | 2,26 | 2,19 |

Legende: SCL-90-R=Symptom Check Liste 90-R; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Abbildung 5: Veränderungen der Mittelwerte und Standardabweichungen des „SCL-90-R: Global Symptoms Index“ in der Experimental- und Kontrollgruppe zu drei Messzeitpunkten der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: SCL-90-R=Symptom Check Liste 90-R; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 16: Deskriptive Ergebnisse im „SCL-90-R: Global Symptoms“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 56 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 5 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 112,29 | 101,05 | 64,61 | 78,55 | 89,67 | 79,60 |
| Standardabweichung | 54,02 | 53,32 | 47,01 | 60,96 | 70,45 | 77,28 |
| Minimum | 15,00 | 20,00 | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 7,00 |
| Maximum | 230,00 | 235,00 | 207,00 | 340,00 | 203,00 | 197,00 |

Legende: SCL-90-R=Symptom Check Liste 90-R; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 17: Ergebnisse im „SCL-90-R: Positiv Symptoms Distress Index“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 56 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 5 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 1,86 | 1,83 | 1,41 | 1,54 | 1,61 | 1,44 |
| Standardabweichung | 0,53 | 0,58 | 0,42 | 0,60 | 0,57 | 0,50 |
| Minimum | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Maximum | 3,11 | 3,09 | 2,80 | 4,00 | 2,74 | 2,26 |

Legende: SCL-90-R=Symptom Check Liste 90-R; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 18: Deskriptive Ergebnisse im „SCL-90-R: Positiv Symptoms Total“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 56 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 5 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 57,27 | 52,36 | 41,58 | 46,16 | 48,78 | 46,80 |
| Standardabweichung | 17,91 | 16,21 | 22,10 | 20,81 | 30,24 | 35,75 |
| Minimum | 15,00 | 20,00 | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 7,00 |
| Maximum | 90,00 | 88,00 | 85,00 | 88,00 | 84,00 | 87,00 |

Legende: SCL-90-R=Symptom Check Liste 90-R; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

SSI-K3

Die folgenden Tabellen von Tabelle 19 bis Tabelle 30 zeigen die deskriptiven Ergebnisse der Skalen des SSI-K3 zu den drei Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch/-ende oder fehlende Daten.

Tabelle 19: Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Selbstbestimmung“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 7,56 | 7,66 | 9,05 | 8,71 | 9,89 | 7,60 |
| Standardabweichung | 1,94 | 2,35 | 2,24 | 2,77 | 3,92 | 4,56 |
| Minimum | 4,00 | 4,00 | 5,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| Maximum | 14,00 | 16,00 | 15,00 | 15,00 | 16,00 | 15,00 |

Legende: SSI-K3= Self-regulation Inventory K3; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 20: Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Selbstmotivierung“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 6,79 | 6,82 | 8,31 | 8,31 | 8,33 | 7,40 |
| Standardabweichung | 1,66 | 2,09 | 2,14 | 2,29 | 3,04 | 3,21 |
| Minimum | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 5,00 |
| Maximum | 10,00 | 13,00 | 14,00 | 13,00 | 12,00 | 13,00 |

Legende: SSI-K3= Self-regulation Inventory K3; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Table 21: Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Selbstberuhigung“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 6,03 | 6,20 | 8,10 | 7,53 | 8,00 | 6,80 |
| Standardabweichung | 1,97 | 2,14 | 2,43 | 2,23 | 3,61 | 3,49 |
| Minimum | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 5,00 |
| Maximum | 11,00 | 13,00 | 15,00 | 13,00 | 12,00 | 13,00 |

Legende: SSI-K3= Self-regulation Inventory K3; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Table 22: Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Sich keine Angst machen“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 8,63 | 7,89 | 8,75 | 8,31 | 10,44 | 5,80 |
| Standardabweichung | 2,77 | 2,50 | 2,71 | 2,65 | 1,81 | 1,48 |
| Minimum | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 8,00 | 4,00 |
| Maximum | 15,00 | 15,00 | 14,00 | 14,00 | 13,00 | 8,00 |

Legende: SSI-K3= Self-regulation Inventory K3; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 23: Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Initiative“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 8,26 | 8,25 | 9,02 | 8,76 | 10,67 | 6,80 |
| Standardabweichung | 2,62 | 2,98 | 2,36 | 2,57 | 1,58 | 3,56 |
| Minimum | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 8,00 | 4,00 |
| Maximum | 14,00 | 16,00 | 15,00 | 14,00 | 13,00 | 13,00 |

Legende: SSI-K3= Self-regulation Inventory K3; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 24: Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Absichten umsetzen“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 10,35 | 10,05 | 8,88 | 9,15 | 9,11 | 10,60 |
| Standardabweichung | 2,20 | 3,01 | 2,13 | 3,09 | 2,89 | 4,67 |
| Minimum | 7,00 | 4,00 | 5,00 | 4,00 | 7,00 | 4,00 |
| Maximum | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 16,00 |

Legende: SSI-K3= Self-regulation Inventory K3; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Table 25: Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Konzentration“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 10,94 | 10,51 | 9,51 | 9,78 | 9,33 | 9,60 |
| Standardabweichung | 3,01 | 2,98 | 2,78 | 3,19 | 3,16 | 5,37 |
| Minimum | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 5,00 | 4,00 |
| Maximum | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 15,00 | 16,00 |

Legende: SSI-K3= Self-regulation Inventory K3; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Table 26: Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Misserfolgsbewältigung“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 12,15 | 11,92 | 10,25 | 10,82 | 11,11 | 10,60 |
| Standardabweichung | 2,59 | 2,49 | 2,70 | 2,89 | 2,76 | 4,93 |
| Minimum | 6,00 | 5,00 | 5,00 | 4,00 | 8,00 | 4,00 |
| Maximum | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 15,00 | 15,00 |

Legende: SSI-K3= Self-regulation Inventory K3; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 27: Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Selbstgespür“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 11,23 | 10,54 | 9,90 | 10,13 | 10,00 | 9,00 |
| Standardabweichung | 2,86 | 3,11 | 2,87 | 3,36 | 3,71 | 4,64 |
| Minimum | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 5,00 |
| Maximum | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 15,00 | 16,00 |

Legende: SSI-K3= Self-regulation Inventory K3; EG=Experimentalgruppe; KG= Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 28: Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Planung“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 8,84 | 8,43 | 9,80 | 9,35 | 11,44 | 8,40 |
| Standardabweichung | 2,97 | 2,84 | 2,66 | 2,76 | 2,35 | 4,04 |
| Minimum | 4,00 | 4,00 | 5,00 | 4,00 | 8,00 | 4,00 |
| Maximum | 16,00 | 15,00 | 16,00 | 16,00 | 15,00 | 13,00 |

Legende: SSI-K3= Self-regulation Inventory K3; EG=Experimentalgruppe; KG= Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 29: Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Belastung“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 11,40 | 11,03 | 10,10 | 10,09 | 10,56 | 8,20 |
| Standardabweichung | 2,87 | 3,02 | 3,45 | 3,15 | 4,07 | 3,11 |
| Minimum | 5,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 5,00 |
| Maximum | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 12,00 |

Legende: SSI-K3= Self-regulation Inventory K3; EG=Experimentalgruppe; KG= Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 30: Deskriptive Ergebnisse im „SSI-K3 Bedrohung“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 10,81 | 10,46 | 9,97 | 9,95 | 11,00 | 9,00 |
| Standardabweichung | 3,27 | 3,40 | 3,46 | 3,16 | 4,27 | 2,55 |
| Minimum | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 6,00 |
| Maximum | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 16,00 | 13,00 |

Legende: SSI-K3= Self-regulation Inventory K3; EG=Experimentalgruppe; KG= Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

HAKEMP-90

Die folgenden Tabellen (Tabelle 31 und Tabelle 32) zeigen die deskriptiven Ergebnisse der Skalen des Hakemp-90 zu den drei Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch/-ende oder fehlende Daten.

Tabelle 31: Deskriptive Ergebnisse im „HAKEMP-90 HOM“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM) | | | | | | |
|--|------|-------|-------|-------|------|-------|
| | t1 | | t2 | | t3 | |
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 2,79 | 3,03 | 4,75 | 4,15 | 2,67 | 3,00 |
| Standardabweichung | 2,52 | 2,92 | 3,38 | 3,63 | 3,08 | 5,20 |
| Minimum | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Maximum | 9,00 | 12,00 | 11,00 | 12,00 | 9,00 | 12,00 |

Legende: HAKEMP-90=Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv 90; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 32: Deskriptive Ergebnisse im „HAKEMP-90 HOP“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| Handlungsorientierung Prospektiv (Entscheidung & Initiative) HOP | | | | | | |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | t1 | | t2 | | t3 | |
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 3,06 | 3,10 | 4,73 | 4,27 | 4,11 | 3,80 |
| Standardabweichung | 2,78 | 2,96 | 3,13 | 3,62 | 3,62 | 5,22 |
| Minimum | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 0,00 |
| Maximum | 9,00 | 12,00 | 11,00 | 12,00 | 11,00 | 12,00 |

Legende: HAKEMP-90=Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv 90; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

SWE

Die folgende Tabelle 33 zeigt die deskriptiven Ergebnisse des SWE zu den drei Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch/-ende oder fehlende Daten.

Tabelle 33: Deskriptive Ergebnisse im SWE zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 59 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 3 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 22,37 | 22,15 | 25,73 | 24,33 | 26,56 | 24,60 |
| Standardabweichung | 5,40 | 5,62 | 5,56 | 6,32 | 6,84 | 8,91 |
| Minimum | 10,00 | 10,00 | 10,00 | 10,00 | 14,00 | 16,00 |
| Maximum | 33,00 | 33,00 | 40,00 | 40,00 | 37,00 | 38,00 |

Legende: SWE=Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

VEV

Die folgende Tabelle 34 zeigt die deskriptiven Ergebnisse des VEV zum Messzeitpunkt t2.

Tabelle 34: Deskriptive Ergebnisse des VEV zu t2 in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | EG | KG |
|--------------------|--------|--------|
| Gültig | 58 | 55 |
| Fehlend | 4 | 6 |
| Mittelwert | 152,36 | 156,00 |
| Standardabweichung | 25,07 | 34,98 |
| Minimum | 83,00 | 85,00 |
| Maximum | 257,00 | 269,00 |

Legende: VEV=Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t2=Messzeitpunkt 2.

NEO-FFI-30

Die folgende Tabelle 35 zeigt die deskriptiven Ergebnisse des NEO-FFI-30 zum Messzeitpunkt t2.

Tabelle 35: Deskriptive Ergebnisse im NEO-FFI-30 zu t2 in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | Neurotizismus | | Extraversion | | Offenheit | | Verträglichkeit | | Gewissenhaftigkeit | |
|--------------------|---------------|------|--------------|------|-----------|------|-----------------|------|--------------------|------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 62 | 61 | 62 | 61 | 62 | 61 | 62 | 61 |
| Fehlend | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mittelwert | 2,54 | 2,48 | 1,59 | 1,70 | 2,13 | 2,12 | 2,76 | 2,81 | 2,55 | 2,65 |
| Standardabweichung | 0,74 | 0,76 | 0,71 | 0,68 | 0,66 | 0,70 | 0,66 | 0,64 | 0,69 | 0,57 |
| Minimum | 0,83 | 0,33 | 0,00 | 0,33 | 0,83 | 0,17 | 1,00 | 0,17 | 1,00 | 1,33 |
| Maximum | 3,83 | 3,83 | 3,00 | 3,00 | 3,50 | 3,33 | 4,00 | 4,00 | 3,67 | 3,83 |

Legende: NEO-FFI-30=Neo-Fünf-Faktoren-Inventar; EG=Experimentalgruppe; KG= Kontrollgruppe, t2=Messzeitpunkt 2.

WHOQOL-BREF

Die folgenden Tabellen von Tabelle 36 bis Tabelle 38 zeigen die deskriptiven Ergebnisse der Skalen des WHOQOL-BREF zu den drei Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch/-ende oder fehlende Daten.

Tabelle 36: Deskriptive Ergebnisse im „WHOQOL-BREF Physische Gesundheit“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 57 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 5 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 46,35 | 49,51 | 59,18 | 56,93 | 53,67 | 62,80 |
| Standardabweichung | 16,29 | 16,51 | 19,12 | 17,74 | 25,66 | 18,27 |
| Minimum | 6,00 | 13,00 | 6,00 | 13,00 | 19,00 | 38,00 |
| Maximum | 75,00 | 94,00 | 88,00 | 100,00 | 94,00 | 88,00 |

Legende: WHOQOL-BREF= World Health Organization Quality of Life; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 37: Deskriptive Ergebnisse im „WHOQOL-BREF Psychologische Gesundheit“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 58 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 4 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 43,29 | 44,74 | 53,34 | 49,58 | 53,00 | 57,60 |
| Standardabweichung | 14,47 | 15,71 | 19,49 | 21,48 | 25,84 | 26,01 |
| Minimum | 13,00 | 19,00 | 13,00 | 0,00 | 13,00 | 25,00 |
| Maximum | 69,00 | 81,00 | 88,00 | 100,00 | 88,00 | 94,00 |

Legende: WHOQOL-BREF= World Health Organization Quality of Life; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 38: Deskriptive Ergebnisse im „WHOQOL-BREF Soziale Beziehungen“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | t1 | | t2 | | t3 | |
|--------------------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 58 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 4 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 50,48 | 49,49 | 60,86 | 56,13 | 58,33 | 57,60 |
| Standardabweichung | 19,20 | 23,28 | 19,77 | 23,75 | 15,07 | 25,66 |
| Minimum | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 31,00 | 25,00 |
| Maximum | 94,00 | 100,00 | 94,00 | 100,00 | 75,00 | 94,00 |

Legende: WHOQOL-BREF= World Health Organization Quality of Life; EG=Experimentalgruppe; KG= Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

PANAS

Die folgenden Tabellen (Tabelle 39 und Tabelle 40) zeigen die deskriptiven Ergebnisse der Skalen des PANAS zu den drei Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch/-ende oder fehlende Daten.

Tabelle 39: Deskriptive Ergebnisse im „PANAS Positiver Affekt“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| PANAS (Positiver Affekt) | | | | | | |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | t1 | | t2 | | t3 | |
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 58 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 4 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 2,19 | 2,26 | 2,72 | 2,51 | 2,67 | 2,68 |
| Standardabweichung | 0,62 | 0,73 | 0,90 | 0,86 | 1,11 | 0,83 |
| Minimum | 1,10 | 1,10 | 1,30 | 1,00 | 1,40 | 1,90 |
| Maximum | 3,50 | 4,00 | 4,60 | 4,60 | 4,60 | 3,80 |

Legende: PANAS=Positive and Negative Affect Schedule; EG=Experimentalgruppe; KG= Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

Tabelle 40: Deskriptive Ergebnisse im „PANAS Negativer Affekt“ zu drei Messzeitpunkten in Experimental- und Kontrollgruppe der Phase II der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| PANAS (Negativer Affekt) | | | | | | |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | t1 | | t2 | | t3 | |
| | EG | KG | EG | KG | EG | KG |
| Gültig | 62 | 61 | 58 | 55 | 9 | 5 |
| Fehlend | 0 | 0 | 4 | 6 | 53 | 56 |
| Mittelwert | 2,31 | 2,17 | 1,95 | 2,02 | 2,04 | 1,82 |
| Standardabweichung | 0,75 | 0,69 | 0,74 | 0,76 | 0,95 | 0,55 |
| Minimum | 1,00 | 1,10 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Maximum | 4,00 | 4,00 | 3,60 | 5,00 | 3,50 | 2,30 |

Legende: PANAS=Positive and Negative Affect Schedule; EG=Experimentalgruppe; KG= Kontrollgruppe; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; t3=Messzeitpunkt 3.

3.2.2 Allgemeine Wirksamkeit des ZRM-MD

Zuerst sollte statistisch geprüft werden, ob eine allgemeine Wirksamkeit der ZRM-MD-Gruppentherapie vorliegt, um in weiteren Schritten die spezifischen Forschungsfragen dieser Studie zu beantworten. Dazu wurden verschiedenen Kriterien für Therapieerfolg varianzanalytisch über die Messzeitpunkte t1 und t2 von EG und KG untersucht. Die Katamnese wurde aus dieser Berechnung ausgeschlossen, da die Anzahl fehlender Daten hoch ist und so das Ergebnis unerwünscht verzerrt hätte.

Tabelle 41 zeigt die Ergebnisse der statistischen Analysen in Bezug auf Veränderungen zwischen Prä- und Posttestung über beide Gruppen hinweg (t1 vs. t2). Tabelle 42 zeigt die Ergebnisse der statistischen Analysen hinsichtlich der Gruppenunterschiede in t2. Tabelle 43 die Ergebnisse der statistischen Analysen in Bezug auf Veränderungen zwischen Prä- und Posttestung in der EG (t1 vs. t2). Tabelle 44 zeigt die Ergebnisse der statistischen Analysen in Bezug auf Veränderungen zwischen Prä- und Posttestung in der KG (t1 vs. t2).

Tabelle 41: Ergebnisse zur Effektivität über beide Gruppen – Prä- vs. Posttestung (within subjects) im Rahmen der Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| Messinstrument | df | F | p | η^2_p |
|-----------------------------|----------|-------|--------|------------|
| BDI-II ↓ | (1, 114) | 108,7 | < ,001 | ,49 |
| MADRS ↓ | (1, 115) | 190,1 | < ,001 | ,62 |
| SCL-90-R Depressivität ↓ | (1, 114) | 71,2 | < ,001 | ,38 |
| SCL-90-R GSI ↓ | (1, 114) | 56,0 | < ,001 | ,33 |
| SCL-90-R PSDI ↓ | (1, 114) | 67,6 | < ,001 | ,37 |
| SCL-90-R PST ↓ | (1, 114) | 44,1 | < ,001 | ,28 |
| SSI-K3 – Selbstbestimmung ↑ | (1, 113) | 34,4 | < ,001 | ,23 |
| SSI-K3 – Selbstberuhigung ↑ | (1, 113) | 50,1 | < ,001 | ,31 |
| SSI-K3 – Belastung ↓ | (1, 113) | 21,5 | < ,001 | ,16 |
| HAKEMP-90 (HOM) ↑ | (1, 113) | 31,8 | < ,001 | ,22 |
| HAKEMP-90 (HOP) ↑ | (1, 113) | 23,3 | < ,001 | ,17 |
| SWE ↑ | (1, 113) | 22,0 | < ,001 | ,16 |
| WHOQO-BREF -Psych.Ges. ↑ | (1, 112) | 16,9 | < ,001 | ,13 |
| PANAS – positiver Affekt ↑ | (1, 112) | 23,8 | < ,001 | ,18 |
| PANAS – negativer Affekt ↓ | (1, 112) | 12,5 | < ,001 | ,10 |

Legende: BDI-II=Beck-Depressions-Inventar II; MADRS=Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; SCL-90-R=Symptomcheckliste; GSI=Ausmaß der Beeinträchtigung im Allgemeinen; PSDI=Intensität der Beeinträchtigung; PST=Anzahl der Symptome, bei denen eine Beeinträchtigung angegeben wird; SSI-K3=Selbststeuerungs- Inventar; HAKEMP-90=Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv 90; SWE=Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung; WHOQOL-BREF= World Health Organization Quality of Life; PANAS=Positive and Negative Affect Schedule; df=Anzahl der Freiheitsgrade; p=Signifikanzniveau; η^2_p =partielles Eta-Quadrat; ↓ = $t_2 < t_1$; ↑ = $t_2 > t_1$.

Es zeigen sich hochsignifikante Unterschiede über beide Gruppen (EG und KG) zwischen der Prä- und Postmessungen auf allen angewendeten Skalen. Auch die Richtung der Effekte entspricht der gewünschten Ab-/bzw. Zunahmen.

Tabelle 42: Ergebnisse beider Gruppen (EG vs. KG) zu t_2 (between subjects) im Rahmen der Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| Messinstrument | df | F | p = | η^2_p |
|----------------------------|----------|------|------|------------|
| BDI-II ↓ | (1, 104) | 9,24 | ,003 | 0,08 |
| MADRS ↓ | (1, 104) | 0,00 | ,999 | 0,00 |
| SCL-90-R Depressivität ↓ | (1, 104) | 3,84 | ,053 | 0,04 |
| SCL-90-R GSI↓ | (1, 104) | 1,85 | ,176 | 0,02 |
| SCL-90-R PSDI ↓ | (1, 104) | 2,21 | ,140 | 0,02 |
| SCL-90-R PST ↓ | (1, 104) | 0,98 | ,323 | 0,01 |
| SSI-K3 –Selbstbestimmung ↑ | (1, 104) | 0,89 | ,348 | 0,01 |
| SSI-K3 –Selbstberuhigung ↑ | (1, 104) | 2,18 | ,143 | 0,02 |
| SSI-K3 – Belastung ↓ | (1, 104) | 0,06 | ,809 | 0,00 |
| HAKEMP-90 (HOM) ↑ | (1, 104) | 0,87 | ,354 | 0,01 |
| HAKEMP-90 (HOP) ↑ | (1, 104) | 1,11 | ,294 | 0,01 |
| SWE ↑ | (1, 104) | 2,05 | ,155 | 0,02 |
| WHOQOL-BREF -Psych.Ges. ↑ | (1, 104) | 1,15 | ,286 | 0,01 |
| PANAS – positiver Affekt ↑ | (1, 104) | 2,36 | ,128 | 0,02 |
| PANAS – negativer Affekt ↓ | (1, 104) | 0,28 | ,597 | 0,00 |

Legende: BDI-II=Beck-Depressions-Inventar II; MADRS=Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; SCL-90-R=Symptomcheckliste; GSI=Ausmaß der Beeinträchtigung im Allgemeinen; PSDI=Intensität der Beeinträchtigung; PST=Anzahl der Symptome, bei denen eine Beeinträchtigung angegeben wird; SSI-K3=Selbst-steuerungs Inventar; HAKEMP-90=Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv 90; SWE=Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung; WHOQOL-BREF=World Health Organization Quality of Life; PANAS=Positive and Negative Affect Schedule; df=Anzahl der Freiheitsgrade; p=Signifikanzniveau; η^2_p =partielles Eta-Quadrat; ↓ = EG < KG; ↑ = EG > KG.

Im BDI-II ist der Unterschied signifikant ($p < ,003$); im SCL-90-R auf der Skala Depressivität ist der Unterschied tendenziell signifikant ($p < ,053$); ansonsten sind die Unterschiede eher gering.

Tabelle 43: Ergebnisse zur Effektivität der EG (ZRM-MD-Gruppe) – Prä- vs. Posttestung (within subjects) im Rahmen der Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| Messinstrument | df | <i>F</i> | <i>p</i> | η^2_p |
|-----------------------------|---------|----------|----------|------------|
| BDI-II ↓ | (1, 58) | 89,1 | < ,001 | ,61 |
| MADRS ↓ | (1, 58) | 135,9 | < ,001 | ,70 |
| SCL-90-R Depressivität ↓ | (1, 58) | 52,5 | < ,001 | ,45 |
| SCL-90-R GSI ↓ | (1, 58) | 60,7 | < ,001 | ,51 |
| SCL-90-R PSDI ↓ | (1, 58) | 51,7 | < ,001 | ,47 |
| SCL-90-R PST ↓ | (1, 58) | 45,0 | < ,001 | ,44 |
| SSI-K3 – Selbstbestimmung ↑ | (1, 58) | 25,2 | < ,001 | ,30 |
| SSI-K3 – Selbstberuhigung ↑ | (1, 58) | 29,9 | < ,001 | ,34 |
| SSI-K3 – Belastung ↓ | (1, 58) | 18,1 | < ,001 | ,24 |
| HAKEMP-90 (HOM) ↑ | (1, 58) | 21,7 | < ,001 | ,27 |
| HAKEMP-90 (HOP) ↑ | (1, 58) | 14,5 | < ,001 | ,20 |
| SWE ↑ | (1, 58) | 13,7 | < ,001 | ,19 |
| WHOQOL-BREF-Psych.Ges. ↑ | (1, 58) | 15,9 | < ,001 | ,22 |
| PANAS – positiver Affekt ↑ | (1, 58) | 23,2 | < ,001 | ,29 |
| PANAS – negativer Affekt ↓ | (1, 58) | 13,0 | < ,001 | ,19 |

*Legende: BDI-II=Beck-Depressions-Inventar II; MADRS=Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; SCL-90-R=Symptomcheckliste; GSI=Ausmaß der Beeinträchtigung im Allgemeinen; PSDI=Intensität der Beeinträchtigung; PST=Anzahl der Symptome, bei denen eine Beeinträchtigung angegeben wird; SSI-K3=Selbststeuerungs Inventar; HAKEMP-90=Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv 90; SWE=Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung; WHOQOL-BREF=World Health Organization Quality of Life; PANAS=Positive and Negative Affect Schedule; df=Anzahl der Freiheitsgrade; *p*=Signifikanzniveau; η^2_p =partielles Eta-Quadrat; ↓ = $t_2 < t_1$; ↑ = $t_2 > t_1$.*

Es zeigen sich hochsignifikante Unterschiede in der EG zwischen der Prä- und Postmessungen auf allen angewendeten Skalen. Auch die Richtung der Effekte entspricht der gewünschten Ab-/bzw. Zunahmen.

Tabelle 44: Ergebnisse zur Effektivität der KG– Prä- vs. Posttestung (within subjects) im Rahmen der Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| <i>Messinstrument</i> | <i>df</i> | <i>F</i> | <i>p</i> | <i>η²_p</i> |
|-----------------------------|-----------|----------|----------|----------------------------------|
| BDI-II ↓ | (1, 55) | 31,9 | < ,001 | ,37 |
| MADRS ↓ | (1, 56) | 68,9 | < ,001 | ,56 |
| SCL-90-R Depressivität ↓ | (1, 55) | 22,5 | < ,001 | ,29 |
| SCL-90-R GSI ↓ | (1, 55) | 11,6 | < ,001 | ,17 |
| SCL-90-R PSDI ↓ | (1, 55) | 21,0 | < ,001 | ,28 |
| SCL-90-R PST ↓ | (1, 55) | 8,7 | = ,005 | ,14 |
| SSI-K3 –Selbstbestimmung ↑ | (1, 54) | 26,5 | = ,002 | ,16 |
| SSI-K3 – Selbstberuhigung ↑ | (1, 54) | 61,1 | < ,001 | ,27 |
| SSI-K3 – Belastung ↓ | (1, 54) | 6,1 | = ,017 | ,10 |
| HAKEMP-90 (HOM) ↑ | (1, 54) | 10,6 | = ,002 | ,16 |
| HAKEMP-90 (HOP) ↑ | (1, 54) | 8,8 | = ,005 | ,14 |
| SWE ↑ | (1, 54) | 8,3 | = ,006 | ,13 |
| WHOQOL-BREF -Psych.Ges. ↑ | (1, 54) | 3,4 | = ,07 | ,06 |
| PANAS – positiver Affekt ↑ | (1, 54) | 4,5 | < ,05 | ,08 |
| PANAS – negativer Affekt ↓ | (1, 54) | 2,1 | = ,16 | ,04 |

Legende: BDI-II=Beck-Depressions-Inventar II; MADRS=Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; SCL-90-R=Symptomcheckliste; GSI=Ausmaß der Beeinträchtigung im Allgemeinen; PSDI=Intensität der Beeinträchtigung; PST=Anzahl der Symptome, bei denen eine Beeinträchtigung angegeben wird; SSI-K3=Selbst-steuerungs Inventar; HAKEMP-90=Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv 90; SWE=Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung; WHOQOL-BREF= World Health Organization Quality of Life; PANAS=Positive and Negative Affect Schedule; df=Anzahl der Freiheitsgrade; p=Signifikanzniveau; η²_p=partielles Eta-Quadrat; ↓ = t₂ < t₁; ↑ = t₂ > t₁.

Es zeigen sich hochsignifikante Unterschiede in der KG zwischen der Prä- und Postmessungen auf den Skalen BDI-II, MADRS, SCL-90-R-Depressivität, SCL-90-R GSI, SCL-90-R PSDI, SCL-90-R PST, SSI-K3-Selbstbestimmung und -Selbstberuhigung, HAKEMP-90 HOM und HOP und SWE. Signifikante Unterschiede zeigen sich auf den Skalen SSI-K3 Belastung und PANAS positiver Affekt.

3.2.3 Hypothese 3: Effektivität (proof of concept) der allgemeinen und der depressionsspezifischen psychopathologischen Behandlung

Es wurde angenommen, dass zwischen Prä- und Posttestung in Experimental- und Kontrollgruppe ein signifikant besseres Ergebnis hinsichtlich der allgemeinen und der depressionsspezifischen psychopathologischen Symptomatik vorliegt (Hypothese 3.1). Weiter wurde angenommen, dass die Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant bessere Ergebnisse hinsichtlich der allgemeinen und der depressionsspezifischen psychopathologischen Symptomatik erzielt (Hypothese 3.2). Dazu wurden zu t1 und t2 die wichtigsten Kriterien für Therapieerfolg varianzanalytisch untersucht. Aus dieser Berechnung ausgeschlossen wurde der dritte Messzeitpunkt (t3: Katamnese), da die Anzahl fehlender Daten aufgrund von Dropouts bedeutsam hoch war und so die Ergebnisse unerwünscht verzerrt hätten.

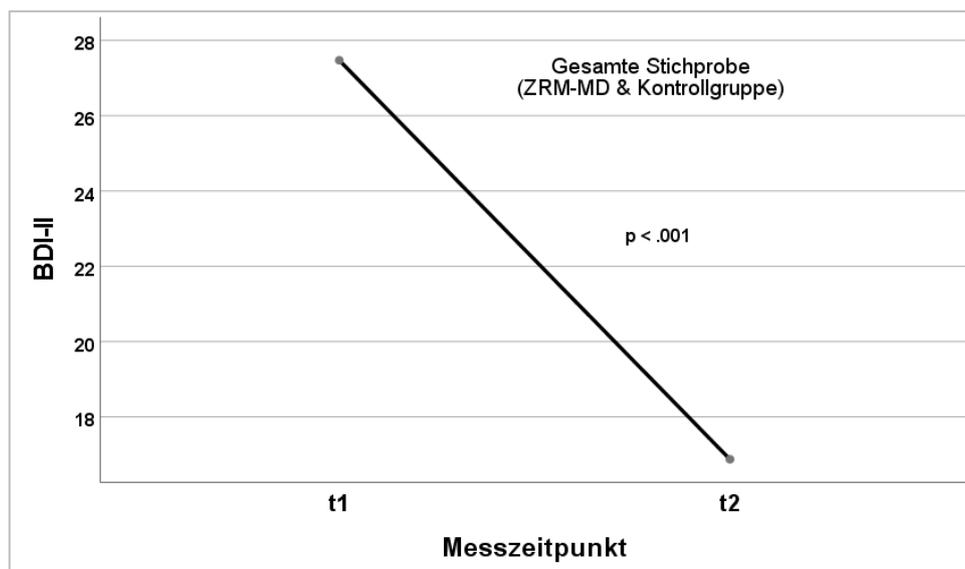
3.2.3.1 Statistische Analyse

BDI-II

In der Gesamtstichprobe beim BDI-II zeigt sich im Vergleich von t1 zu t2 ein hochsignifikanter Rückgang ($p < .001$).

Abbildung 6 zeigt diesen Rückgang.

Abbildung 6: Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des BDI-IIs von t1 zu t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

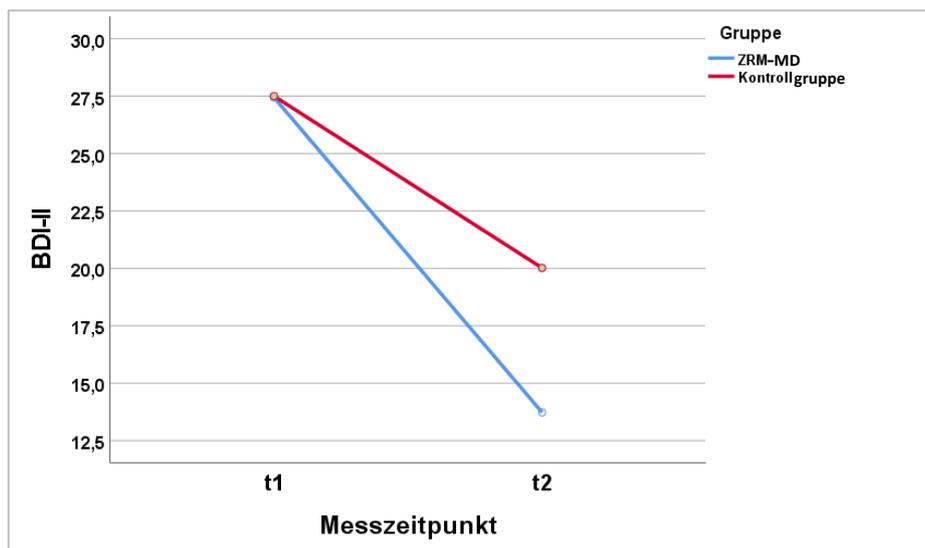


Legende: BDI-II=Becks Depressions Inventar II; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; p =Signifikanzniveau; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Die berechnete 2 (Gruppe: EG, KG) X 2 (Zeitpunkt: t1, t2) split-plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung (Messzeitpunkt) auf dem Faktor BDI-II zeigt einen hochsignifikanten Unterschied bezüglich Messzeitpunkt, $F(1, 113) = 115,4, p < ,001, \eta^2_p = ,51$. Der Faktor Gruppe zeigte eine Tendenz zur Signifikanz: $F(1, 113) = 3,33, p = ,07, \eta^2_p = ,03$. Die Gruppe X Messzeitpunkt Interaktion zeigt einen hochsignifikanten Unterschied: $F(1, 113) = 9,97, p < ,002, \eta^2_p = ,08$.

Abbildung 7 zeigt die Interaktion.

Abbildung 7: Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des BDI-IIs in der Experimental- und Kontrollgruppe zu t1 und t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: BDI-II=Becks Depressions Inventar II; ZRM=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

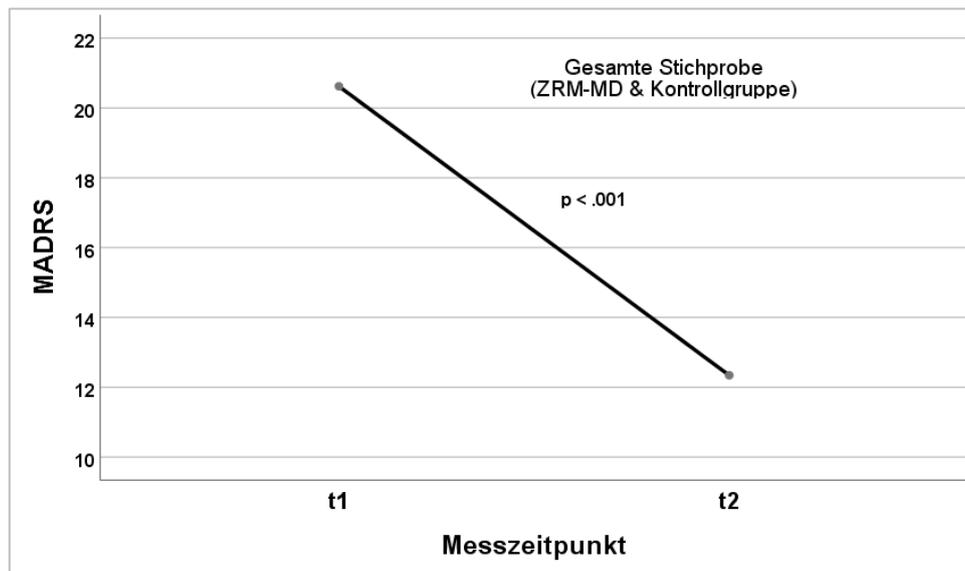
Es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen zu t1, während die EG einen hochsignifikanten niedrigeren BDI-II-Wert zu t2 als die Kontrollgruppe zeigt ($p < ,002$).

MADRS

In der Gesamtstichprobe beim MADRS zeigt sich im Vergleich von t1 zu t2 ein hochsignifikanter Rückgang ($p < ,001$).

Abbildung 8 zeigt diesen Rückgang.

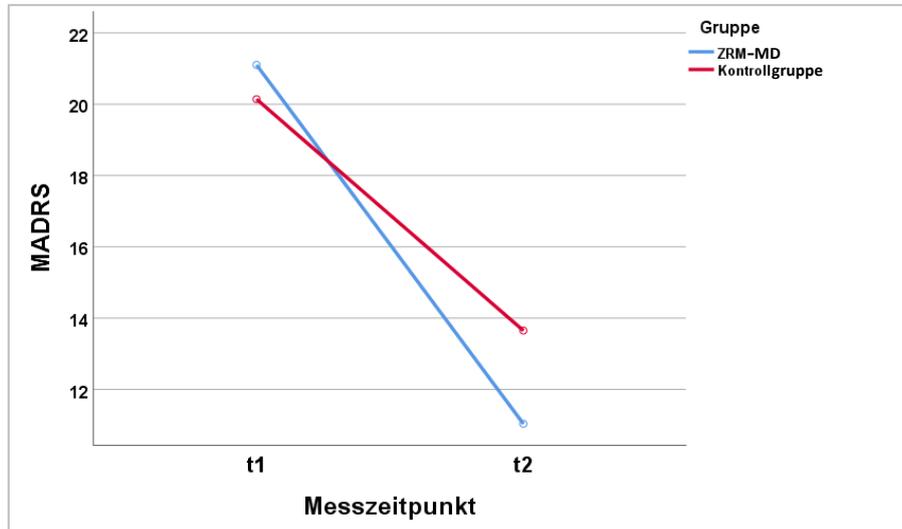
Abbildung 8: Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des MADRSs von t1 zu t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: MADRS=Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; p =Signifikanzniveau; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Die berechnete 2 (Gruppe: EG, KG) X 2 (Zeitpunkt: t1, t2) split-plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung (Messzeitpunkt) auf dem Faktor MADRS zeigt einen hochsignifikanten Unterschied bezüglich Messzeitpunkt, $F(1, 114) = 202,5$, $p < ,001$, $\eta^2_p = ,64$. Der Faktor Gruppe war nicht signifikant: $F(1, 114) = 0,82$, $p = ,37$, $\eta^2_p = ,01$. Die Gruppe X Messzeitpunkt Interaktion zeigt einen hochsignifikanten Unterschied: $F(1, 114) = 9,45$, $p < ,003$, $\eta^2_p = ,08$. Abbildung 9 zeigt die Interaktion.

Abbildung 9: Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des MADRS in der Experimental- und Kontrollgruppe zu t1 und t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



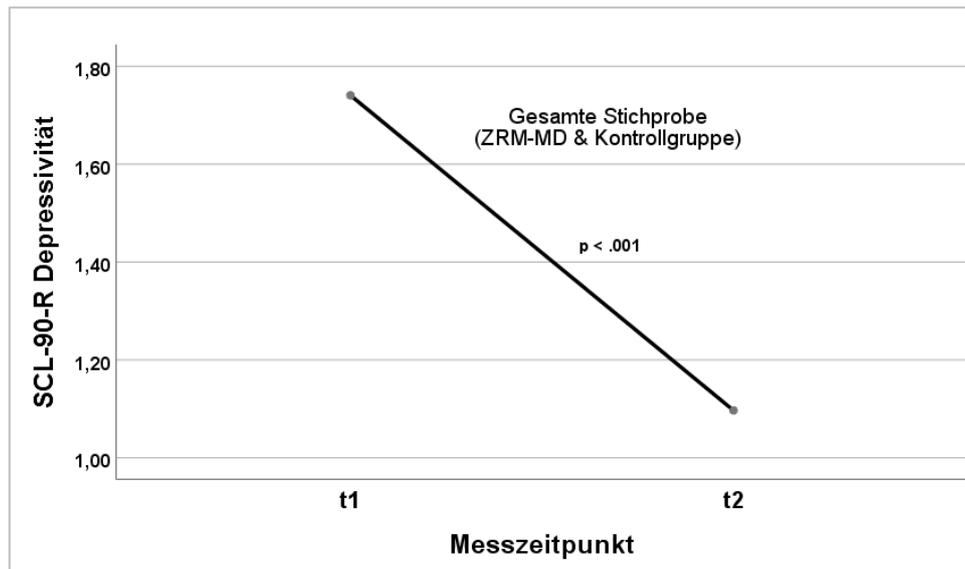
Legende: MADRS=Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen zu t1, während die EG einen hochsignifikant niedrigeren MADRS-Wert zu t2 als die Kontrollgruppe zeigt ($p < ,003$).

SCL-90-R – Depressivität

In der Gesamtstichprobe beim SCL-90-R Depressivität zeigt sich im Vergleich von t1 zu t2 ein hochsignifikanter Rückgang ($p < ,001$). Abbildung 10 zeigt diesen Rückgang.

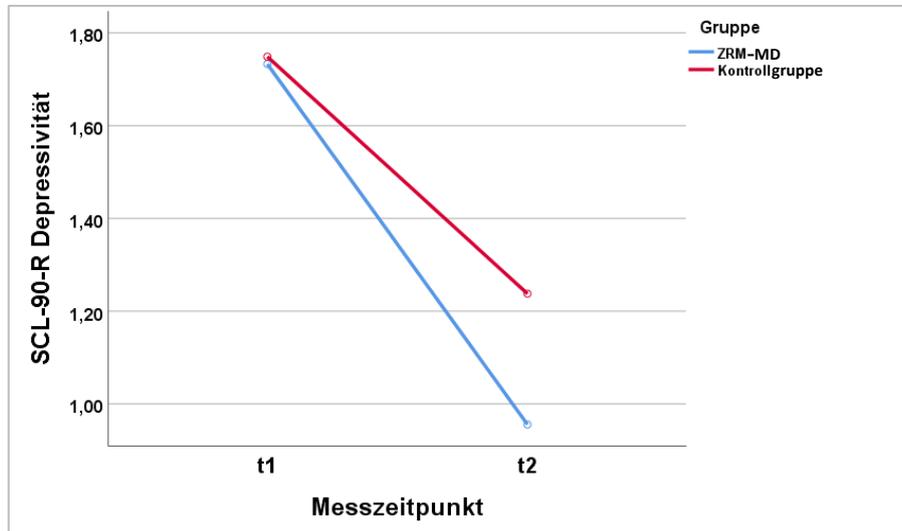
Abbildung 10: Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des „SCL-90-R – Depressivität“ von t1 zu t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: SCL-90-R=Symptom Check Liste 90-R; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei Major Depression; p =Signifikanzniveau; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Die berechnete 2 (Gruppe: EG, KG) X 2 (Zeitpunkt: t1, t2) split-plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung (Messzeitpunkt) auf dem Faktor SCL-90-R-Depressivität zeigt einen hochsignifikanten Unterschied bezüglich Messzeitpunkt, $F(1, 113) = 71,6$, $p < ,001$, $\eta^2_p = ,39$. Der Faktor Gruppe war nicht signifikant: $F(1, 113) = 1,21$, $p = ,27$, $\eta^2_p = ,01$. Die Gruppe X Messzeitpunkt Interaktion zeigt einer Tendenz zur Signifikanz: $F(1, 113) = 3,06$, $p < ,083$, $\eta^2_p = ,03$. Abbildung 11 zeigt dieser Tendenz.

Abbildung 11: Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des „SCL-90-R – Depressivität“ in der Experimental- und Kontrollgruppe zu t1 und t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



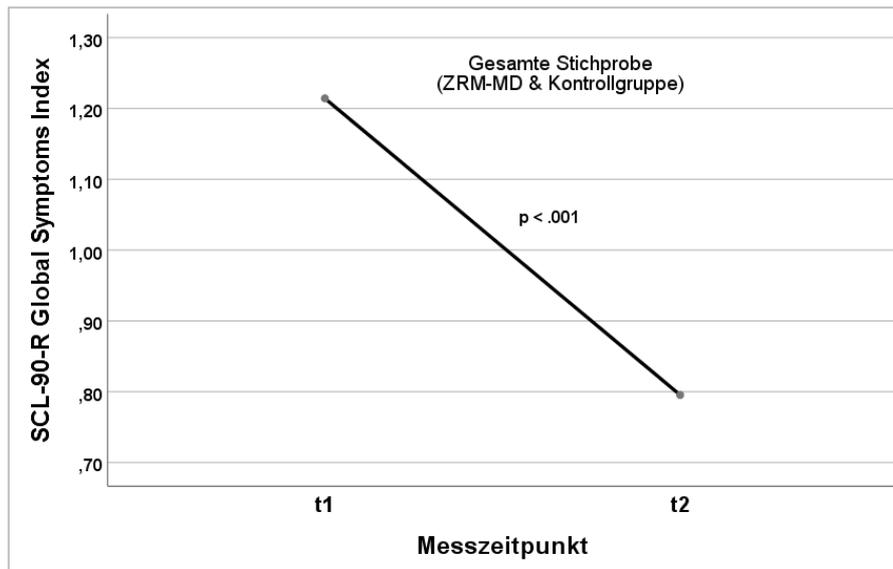
Legende: SCL-90-R=Symptom Check Liste 90-R; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen zu t1, während die EG einen niedrigeren (tendenziell signifikanten) SCL-90-R-Depressivitäts-Wert zu t2 als die Kontrollgruppe zeigt ($p < ,083$).

SCL-90-R – Global Symptoms Index

In der Gesamtstichprobe beim SCL-90-R GSI zeigt sich im Vergleich von t1 zu t2 ein hochsignifikanter Rückgang ($p < ,001$). Abbildung 12 zeigt diesen Rückgang.

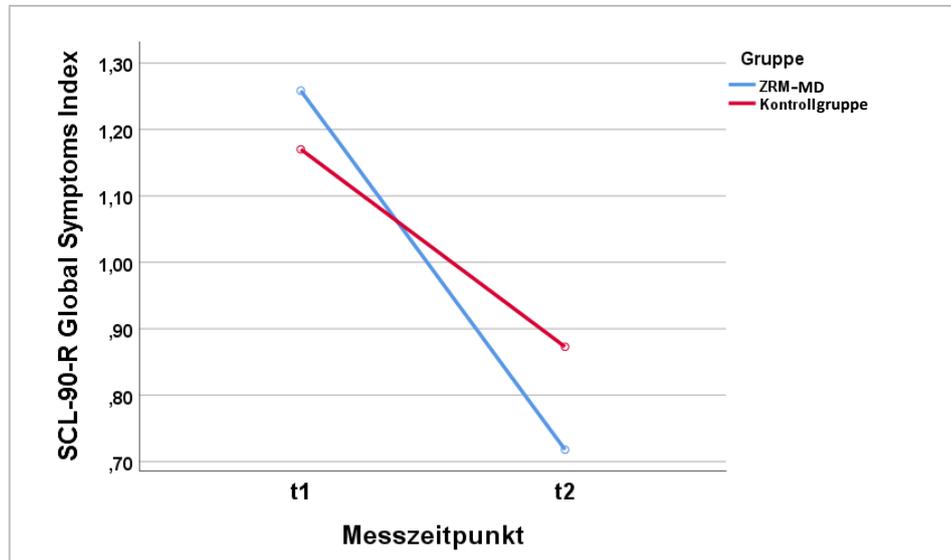
Abbildung 12: Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des „SCL-90-R – Global Symptoms Index“ von t1 zu t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: SCL-90-R GSI=Symptom Check Liste 90-R Global Symptoms Index; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei Major Depression; p =Signifikanzniveau; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Die berechnete 2 (Gruppe: EG, KG) X 2 (Zeitpunkt: t1, t2) split-plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung (Messzeitpunkt) auf dem Faktor SCL-90-R Global Symptoms Index zeigt einen hochsignifikanten Unterschied bezüglich Messzeitpunkt, $F(1, 113) = 57,0$, $p < ,001$, $\eta^2_p = ,34$. Der Faktor Gruppe war nicht signifikant: $F(1, 113) = 0,12$, $p = ,73$, $\eta^2_p = ,01$. Die Gruppe X Messzeitpunkt Interaktion zeigt einen signifikanten Unterschied: $F(1, 113) = 4,81$, $p < ,05$, $\eta^2_p = ,04$. Abbildung 13 zeigt diese Interaktion.

Abbildung 13: Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des „SCL-90-R – Global Symptom Index“ in der Experimental- und Kontrollgruppe zu t1 und t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: SCL-90-R GSI=Symptom Check Liste 90-R Global Symptoms Index; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen zu t1, während die EG einen signifikant niedrigeren SCL-90-R Global Symptoms Index-Wert zu t2 als die Kontrollgruppe zeigt ($p < ,05$).

3.2.3.2 Klinische Relevanz

Es gilt nicht nur die statistische Bedeutsamkeit, sondern auch die klinische Relevanz, aufzuzeigen. Daher wurden die Werte des BDI-II und des MADRS, wie in Kapitel 2.4.3 beschrieben, kategorisiert. Tabelle 45 zeigt die Ergebnisse.

PatientInnen, die bereits zu Beginn der Therapie Werte aufwiesen, die im BDI-II unterhalb der Schwelle zur leichten Depression lagen (< 9 Punkte), wurden aus der Analyse zur klinischen Relevanz ausgeschlossen. Das war in der EG ein Patient, in der KG zwei PatientInnen. Äquivalent wurden die Summenscores im MADRS auf Werte < 6 Punkte (keine Depression) geprüft – hier wiesen jedoch alle Datensätze zu t1 Werte oberhalb von 6 Punkten auf.

Tabelle 45: Klinische Relevanz der Ergebnisse im BDI-II nach Posttestung im Rahmen der Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | EG | | KG | |
|--|--------|---------|--------|---------|
| Klassifikation nach der S3-Leitlinie für unipolare Depressionen (2015) | | | | |
| | Anzahl | Prozent | Anzahl | Prozent |
| Vollständige Remission | 22 | 37,29 | 6 | 10,71 |
| Teilremission | 11 | 18,64 | 5 | 8,93 |
| Minimaler Effekt/geringe Wirkung | 13 | 22,03 | 23 | 41,07 |
| Kein Effekt/keine Wirkung | 12 | 20,69 | 20 | 35,71 |
| Klassifikation nach Hautzinger et al. (2006) | | | | |
| Keine Depression | 22 | 37,29 | 6 | 10,71 |
| Minimale Depression | 9 | 15,52 | 13 | 23,21 |
| Leichte Depression | 12 | 20,34 | 9 | 16,07 |
| Mittelschwere Depression | 11 | 18,64 | 15 | 26,79 |
| Schwere Depression | 4 | 6,78 | 11 | 16,94 |
| Klassifikation nach Jacobi & Reinecker (2018) | | | | |
| Responder | 43 | 74,14 | 28 | 50,00 |
| Non Responder | 13 | 22,41 | 21 | 37,50 |
| „verschlechtert“ | 2 | 3,45 | 5 | 8,93 |
| Klassifikation nach Hiroe et al. (2005) | | | | |
| große (positive) Veränderung | 21 | 36,21 | 5 | 8,93 |
| moderate (positive) Veränderung | 16 | 27,59 | 18 | 32,14 |
| minimale (positive) Veränderung | 7 | 12,07 | 9 | 16,07 |
| Non-Responder | 12 | 20,69 | 17 | 30,36 |
| minimal negative Veränderung | 2 | 3,45 | 2 | 3,57 |
| moderat (negative) Veränderung | 0 | 0 | 2 | 3,57 |
| große (negative) Veränderung | 0 | 0 | 1 | 1,79 |

Legende: BDI-II=Beck-Depressions-Inventar II; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe.

Im BDI-II sind nach der Klassifikation der S3-Leitlinie für unipolare Depressionen (2015) in der EG zu t2 22 Patientinnen (37,29%) vollständig remittiert; in der KG 6 PatientInnen (10,71%). Keine Effekte treten in der EG bei 12 PatientInnen (20,69%) ein; in der KG bei 20 (35,71%) PatientInnen. Nach der Klassifikation von Hautzinger et al. (2006) haben in der EG zu t2 22 (37,29%) PatientInnen keine Depression mehr; in der KG 6 PatientInnen

(10,71%). Nach der Klassifikation von Jacobi und Reinecker (2018) gibt es in der EG 43 Responder (74,14%); in der KG 28 (50%). Nach der Klassifikation von Hiroe et al. (2005) gibt es in der EG bei 21 PatientInnen (36,21%) eine große positive Veränderung; in der KG bei 5 PatientInnen (8,93%).

Table 46: Klinische Relevanz der Ergebnisse im MADRS nach Posttestung im Rahmen der Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | EG | | KG | |
|--|--------|---------|--------|---------|
| Klassifikation nach der S3-Leitlinie für unipolare Depressionen (2015) | | | | |
| | Anzahl | Prozent | Anzahl | Prozent |
| Vollständige Remission | 13 | 22,03 | 9 | 15,79 |
| Teilremission | 15 | 25,42 | 8 | 14,04 |
| Minimaler Effekt/geringe Wirkung | 26 | 44,07 | 21 | 36,84 |
| Kein Effekt/keine Wirkung | 5 | 8,47 | 19 | 33,33 |
| Klassifikation nach Snaith et al. (1986) | | | | |
| Keine Depression | 13 | 22,03 | 9 | 15,79 |
| Leichte Depression | 40 | 67,80 | 36 | 63,16 |
| Mäßige Depression | 6 | 10,17 | 12 | 21,05 |
| Schwere Depression | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |

Legende: MADRS=Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe.

Im MADRS sind nach der Klassifikation der S3-Leitlinie für unipolare Depressionen (2015) in der EG zu t2 13 PatientInnen (22,03%) vollständig remittiert; in der KG 9 PatientInnen (15,79%). Keine Effekte treten in der EG bei 5 PatientInnen (8,47%) ein; in der KG bei 19 (33,33%) PatientInnen. Nach der Klassifikation von Snaith et al. und Taele (1986) haben in der EG zu t2 13 PatientInnen (22,03%) keine Depression mehr; in der KG 9 PatientInnen (15,79%).

3.2.4 Hypothese 4: Effektivität der Behandlung hinsichtlich Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit und Befindlichkeit

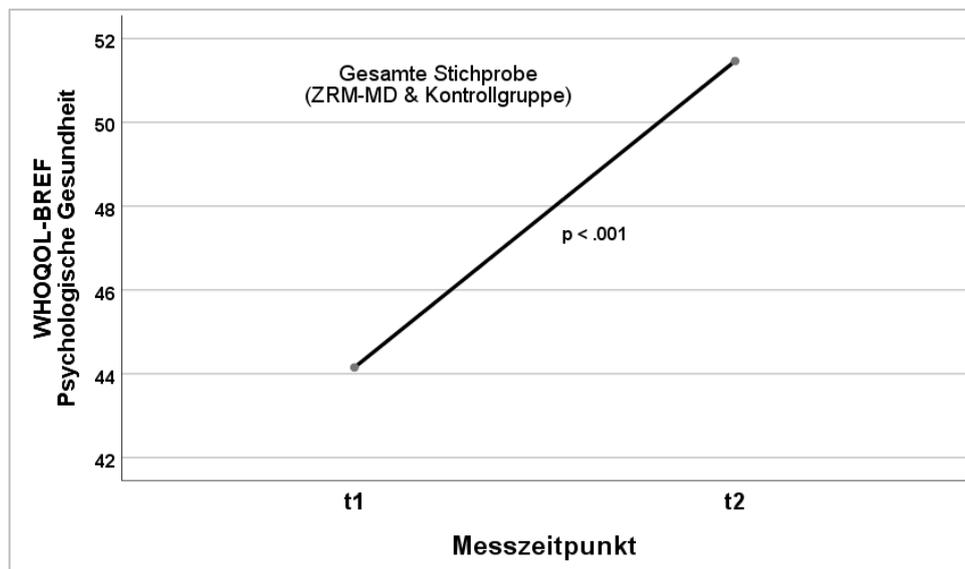
Es wurde angenommen, dass zwischen Prä- und Posttestung in Experimental- und Kontrollgruppe ein signifikant besseres Ergebnis hinsichtlich der des Wohlbefindens, der Selbstwirksamkeit und der Befindlichkeit vorliegt (Hypothese 4.1). Weiter wurde angenommen, dass die Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant bessere Ergebnisse hinsichtlich des Wohlbefindens, der Selbstwirksamkeit und der Befindlich-

keit erzielt (Hypothese 4.2). Dazu wurden zu t1 und t2 die wichtigsten Kriterien varianzanalytisch untersucht. Aus dieser Berechnung ausgeschlossen wurde der dritte Messzeitpunkt (t3: Katamnese), da die Anzahl fehlender Daten aufgrund von Dropouts hoch war und so Ergebnisse unerwünscht verzerren würden.

WHOLQOL-BREF – Psychologische Gesundheit

In der Gesamtstichprobe beim WHOLQOL-BREF auf der Skala Psychologische Gesundheit zeigt sich im Vergleich von t1 zu t2 eine hochsignifikante Zunahme ($p < ,001$). Abbildung 14 zeigt diese Zunahme.

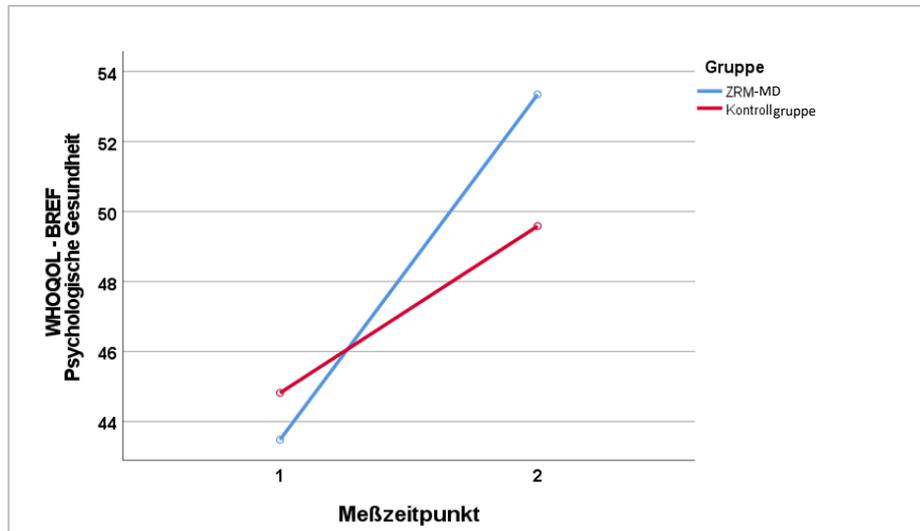
Abbildung 14: Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des „WHOQOL-BREF – Psychologische Gesundheit“ von t1 zu t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: WHOQOL-BREF= World Health Organization Quality of Life; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei Major Depression; p =Signifikanzniveau; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Die berechnete 2 (Gruppe: EG, KG) X 2 (Zeitpunkt: t1, t2) split-plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung (Messzeitpunkt) auf dem Faktor WHOQOL-BREF auf der Skala Psychologische Gesundheit zeigt einen hochsignifikanten Unterschied bezüglich Messzeitpunkt, $F(1, 113) = 67,5, p < ,001, \eta^2_p = ,37$. Der Faktor Gruppe war nicht signifikant: $F(1, 113) = 0,52, p = ,19, \eta^2_p = ,01$. Die Gruppe X Messzeitpunkt Interaktion war auch nicht signifikant: $F(1, 113) = 1,74, p = ,19, \eta^2_p = ,02$. Trotzdem kann man in Abbildung 15 sehen, dass in der EG ein signifikant höherer WHOQOL-BREF-Psychologische Gesundheits-Wert zu t2 im Vergleich zu t1 ($p < ,001$) vorliegt, während die KG nur eine Tendenz zwischen t1 und t2 zeigt ($p < ,066$).

Abbildung 15: Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des „WHOQOL-BREF – Psychologische Gesundheit“ in der Experimental- und Kontrollgruppe zu t1 und t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

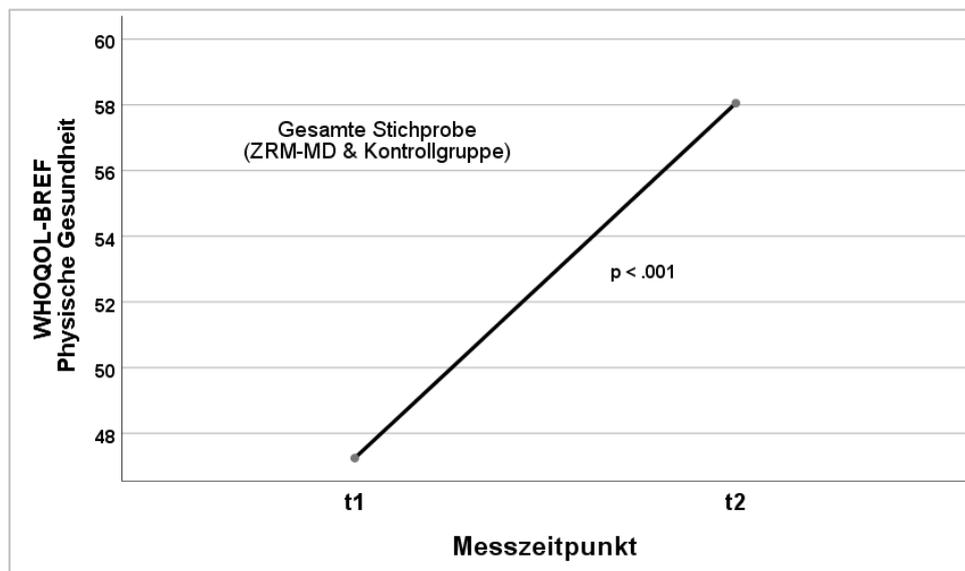


Legende: WHOQOL-BREF= World Health Organization Quality of Life; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

WHOQOL-BREF – Physische Gesundheit

In der Gesamtstichprobe beim WHOQOL-BREF auf der Skala Physische Gesundheit zeigt sich im Vergleich von t1 zu t2 eine hochsignifikante Zunahme ($p < ,001$). Abbildung 16 zeigt diese Zunahme.

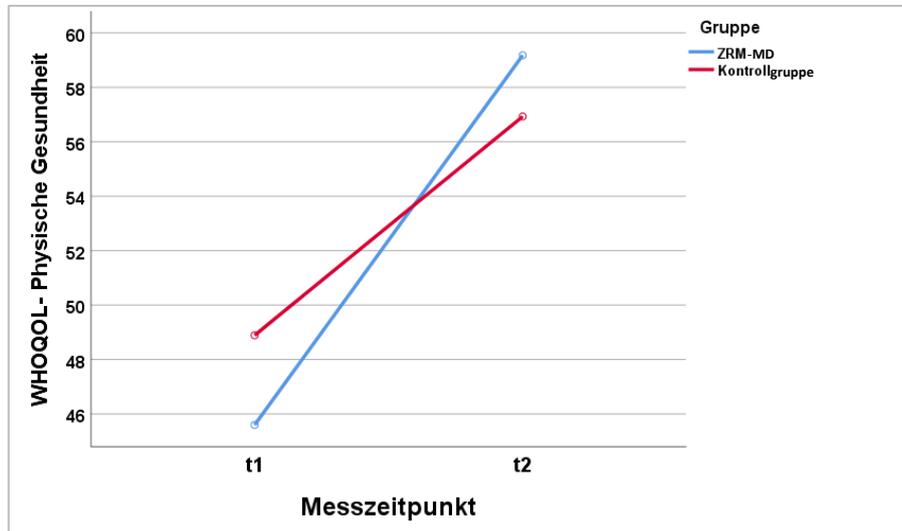
Abbildung 16: Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des „WHOQOL-BREF – Physische Gesundheit“ von t1 zu t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: WHOQOL-BREF= World Health Organization Quality of Life; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei Major Depression; p =Signifikanzniveau; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Die berechnete 2 (Gruppe: EG, KG) X 2 (Zeitpunkt: t1, t2) split-plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung (Messzeitpunkt) auf dem Faktor WHOQOL-BREF auf der Skala Physische Gesundheit zeigt einen hochsignifikanten Unterschied bezüglich Messzeitpunkt, $F(1, 110) = 54,0, p < ,001, \eta^2_p = ,33$. Der Faktor Gruppe war nicht signifikant: $F(1, 110) = 0,32, p = ,86, \eta^2_p = ,00$. Die Gruppe X Messzeitpunkt Interaktion zeigt eine Tendenz zur Signifikanz: $F(1, 110) = 3,56, p < ,062, \eta^2_p = ,03$. Abbildung 17 zeigt diese Tendenz.

Abbildung 17: Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des „WHOQOL-BREF – Physische Gesundheit“ in der Experimental- und Kontrollgruppe zu t1 und t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



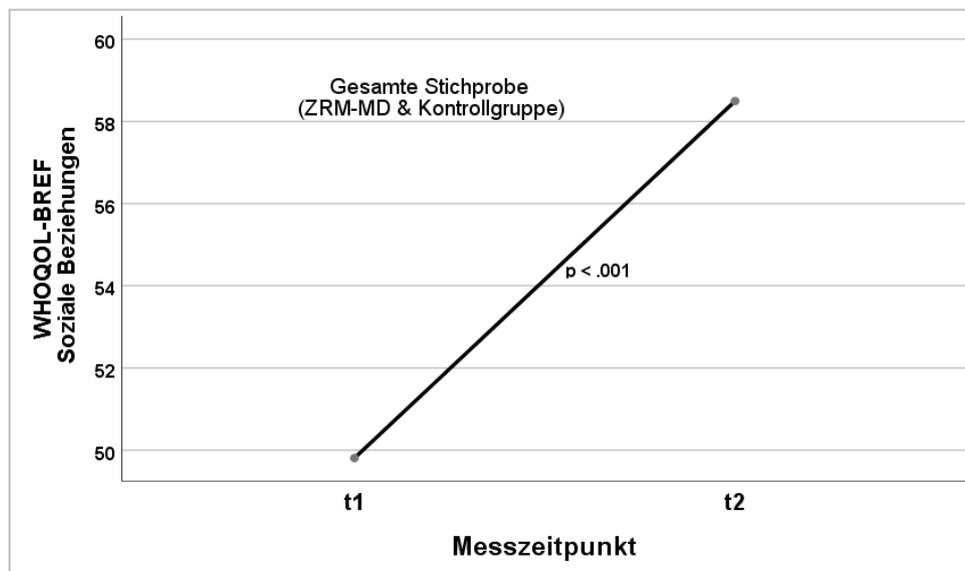
Legende: WHOQOL= World Health Organization Quality of Life; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen zu t1, während die EG einen tendenziell signifikant höheren WHOQOL-BREF-Physische Gesundheits-Wert zu t2 als die Kontrollgruppe zeigt ($p < ,062$).

WHOQOL-BREF – Soziale Beziehungen

In der Gesamtstichprobe beim WHOQOL-BREF auf der Skala Soziale Beziehungen zeigt sich im Vergleich von t1 zu t2 eine hochsignifikante Zunahme ($p < ,001$). Abbildung 18 zeigt diese Zunahme.

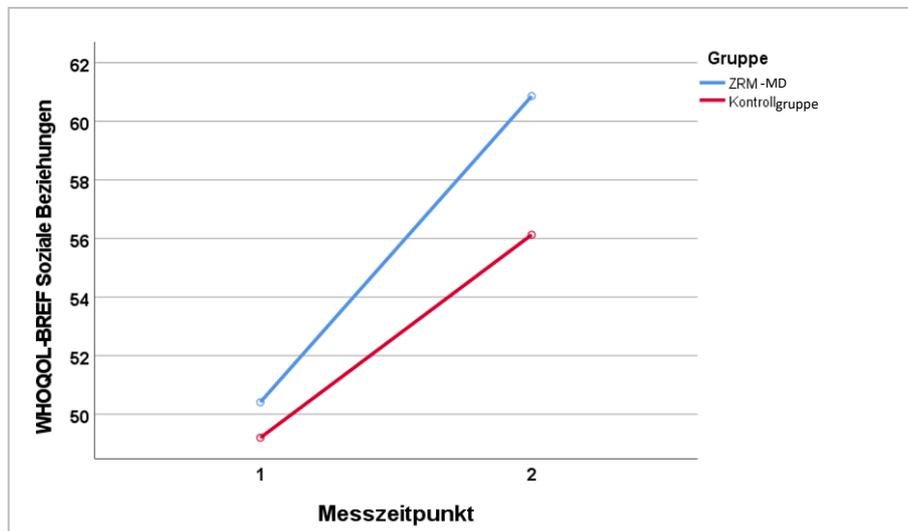
Abbildung 18: Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des „WHOQOL-BREF – Soziale Beziehungen“ von t1 zu t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: WHOQOL-BREF= World Health Organization Quality of Life; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei Major Depression; p =Signifikanzniveau; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Die berechnete 2 (Gruppe: EG, KG) X 2 (Zeitpunkt: t1, t2) split-plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung (Messzeitpunkt) auf dem Faktor WHOQOL-BREF auf der Skala Soziale Beziehungen zeigt einen hochsignifikanten Unterschied bezüglich Messzeitpunkt, $F(1, 111) = 21,4$, $p < ,001$, $\eta^2_p = ,16$. Der Faktor Gruppe war nicht signifikant: $F(1, 111) = 0,70$, $p = ,41$, $\eta^2_p = ,01$. Die Gruppe X Messzeitpunkt Interaktion war auch nicht signifikant: $F(1, 111) = 0,88$, $p = ,35$, $\eta^2_p = ,01$. Trotzdem kann man in Abbildung 19 sehen, dass in der EG ein signifikant höherer WHOQOL-BREF-Soziale Beziehungs-Wert zu t2 im Vergleich zu t1 ($p < ,001$) vorliegt, während die KG eine kleinere Veränderung zwischen t1 und t2 zeigt ($p < ,01$).

Abbildung 19: Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des „WHOQOL-BREF – Soziale Beziehungen“ in der Experimental- und Kontrollgruppe zu t1 und t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

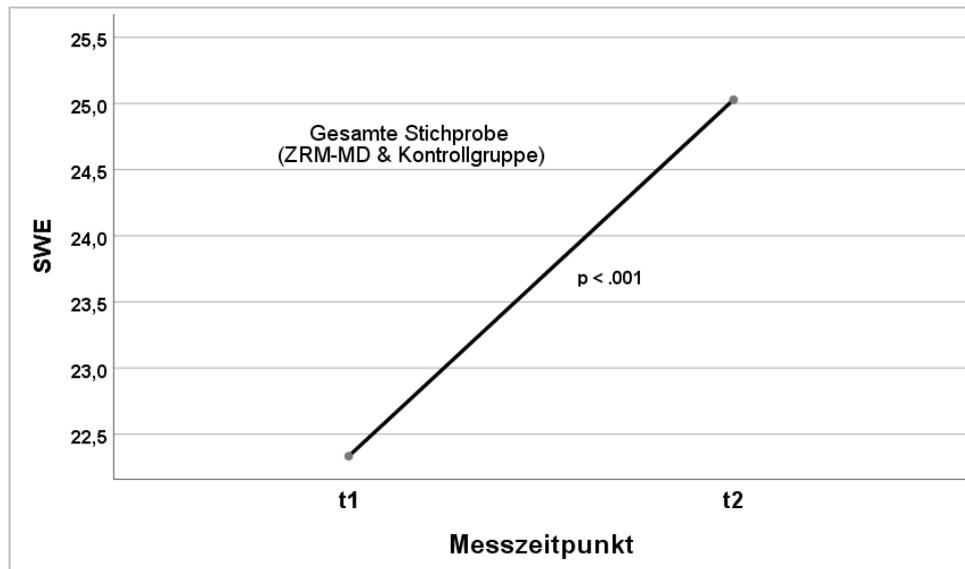


Legende: WHOQOL-BREF= World Health Organization Quality of Life; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei Major Depression; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

SWE

In der Gesamtstichprobe beim SWE zeigt sich im Vergleich von t1 zu t2 eine hochsignifikante Zunahme ($p < ,001$). Abbildung 20 zeigt diese Zunahme.

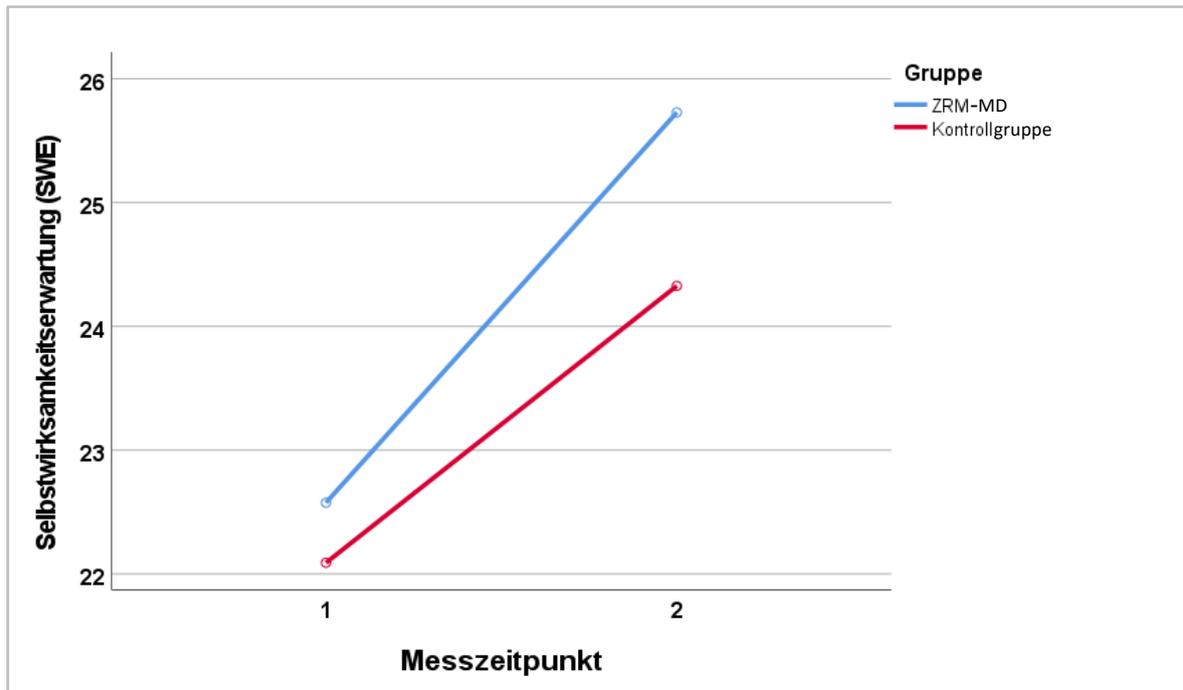
Abbildung 20: Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des SWE von t1 zu t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: SWE=Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei Major Depression; p =Signifikanzniveau; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Die berechnete 2 (Gruppe: EG, KG) X 2 (Zeitpunkt: t1, t2) split-plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung (Messzeitpunkt) auf dem Faktor Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) zeigt einen signifikanten Unterschied bezüglich Messzeitpunkt, $F(1, 112) = 21,6, p < ,001, \eta^2_p = ,16$. Der Faktor Gruppe war nicht signifikant: $F(1, 112) = 1,14, p = ,29$ (n.s.), $\eta^2_p = ,01$. Die Gruppe X Messzeitpunkt Interaktion war nicht signifikant: $F(1, 112) = ,63, p > ,40$ (n.s.), $\eta^2_p = ,01$. Trotzdem kann man in Abbildung 21 sehen, dass in der EG ein signifikant höherer SWE-Wert zu t2 im Vergleich zu t1 ($p < ,001$) vorliegt, während die KG eine kleinere Veränderung zwischen t1 und t2 zeigt ($p < ,01$).

Abbildung 21: Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des SWE in der Experimental- und Kontrollgruppe zu t1 und t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: SWE=Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Die EG zeigt einen signifikant höheren SWE-Wert zu t2 im Vergleich zu t1 ($p < ,001$), die KG zeigt eine kleinere Veränderung zwischen t1 und t2 ($p < ,01$).

VEV

Der VEV wurde ausschließlich zu t2 appliziert. Der Vergleich zwischen EG und KG ergab in der t-Test-Berechnung keine signifikanten Unterschiede ($t(111) = -,64, p > ,50$).

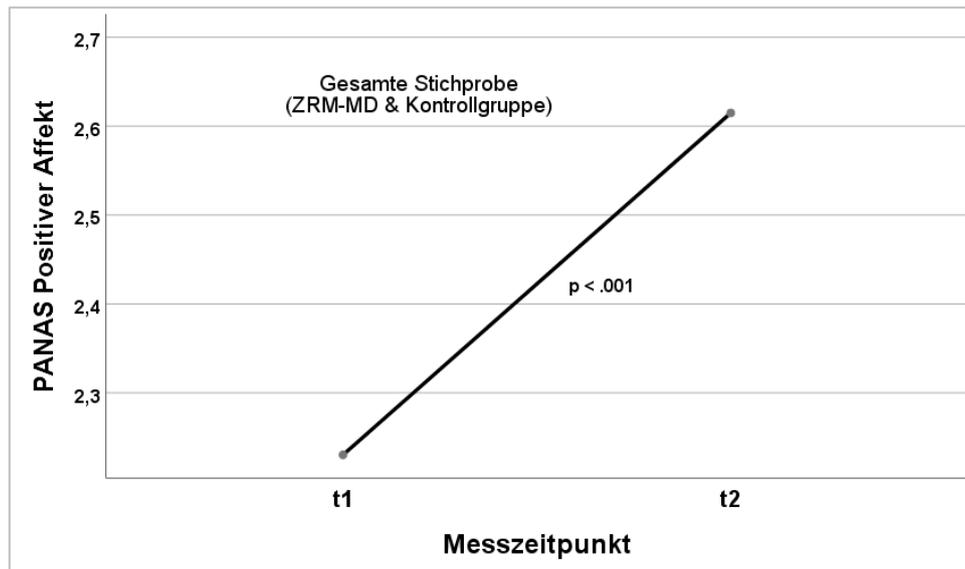
3.2.5 Hypothese 5: Effektivität der Behandlung hinsichtlich Affektregulation

Es wurde angenommen, dass zwischen Prä- und Posttestung in Experimental- und Kontrollgruppe ein signifikant besseres Ergebnis hinsichtlich der Affektregulation vorliegt (Hypothese 5.1). Weiter wurde angenommen, dass die Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant bessere Ergebnisse hinsichtlich der Affektregulation erzielt (Hypothese 5.2). Dazu wurden zu t1 und t2 die wichtigsten Kriterien varianzanalytisch untersucht. Aus dieser Berechnung ausgeschlossen wurde der dritte Messzeitpunkt (t3: Katamnese), da die Anzahl fehlender Daten aufgrund von Dropouts, wie zu erwarten bedeutsam hoch war und so Ergebnisse unerwünscht verzerren würden.

PANAS – Positiver Affekt

In der Gesamtstichprobe beim PANAS auf der Skala Positiver Affekt zeigt sich im Vergleich von t1 zu t2 eine hochsignifikante Zunahme ($p < ,001$). Abbildung 22 zeigt diese Zunahme.

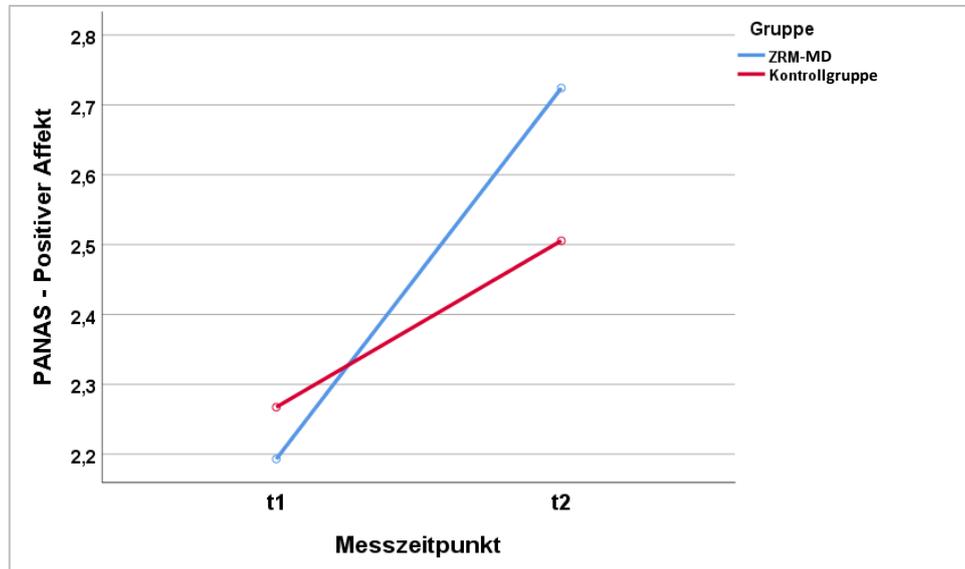
Abbildung 22: Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des PANAS – Positiver Affekt von t1 zu t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: PANAS=Positive and Negative Affect Schedule; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei Major Depression; p =Signifikanzniveau; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Die berechnete 2 (Gruppe: EG, KG) X 2 (Zeitpunkt: t1, t2) split-plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung (Messzeitpunkt) zeigt auf dem Faktor PANAS – Positiver Affekt einen hochsignifikanten Unterschied bezüglich Messzeitpunkt, $F(1, 111) = 23,9$, $p < ,001$, $\eta^2_p = ,18$. Der Faktor Gruppe war nicht signifikant: $F(1, 111) = 0,34$, $p = ,56$, $\eta^2_p = ,00$. Die Gruppe X Messzeitpunkt Interaktion zeigt eine Tendenz zur Signifikanz: $F(1, 111) = 3,46$, $p < ,066$, $\eta^2_p = ,03$. Abbildung 23 zeigt diese Tendenz.

Abbildung 23: Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des PANAS – Positiver Affekt in der Experimental- und Kontrollgruppe zu t1 und t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



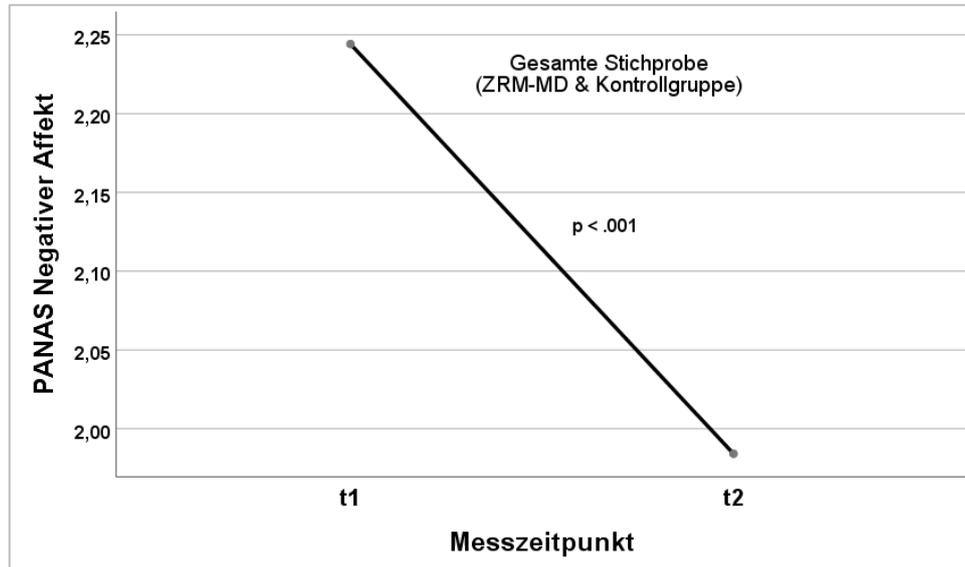
Legende: PANAS=Positive and Negative Affect Schedule; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zu t1, während die EG einen tendenziell signifikant höheren PANAS-positiver-Affekt-Wert zu t2 als die Kontrollgruppe zeigt ($p < ,066$).

PANAS – Negativer Affekt

In der Gesamtstichprobe beim PANAS auf der Skala Negativer Affekt zeigt sich im Vergleich von t1 zu t2 eine hochsignifikante Abnahme ($p < ,001$). Abbildung 24 zeigt diese Zunahme.

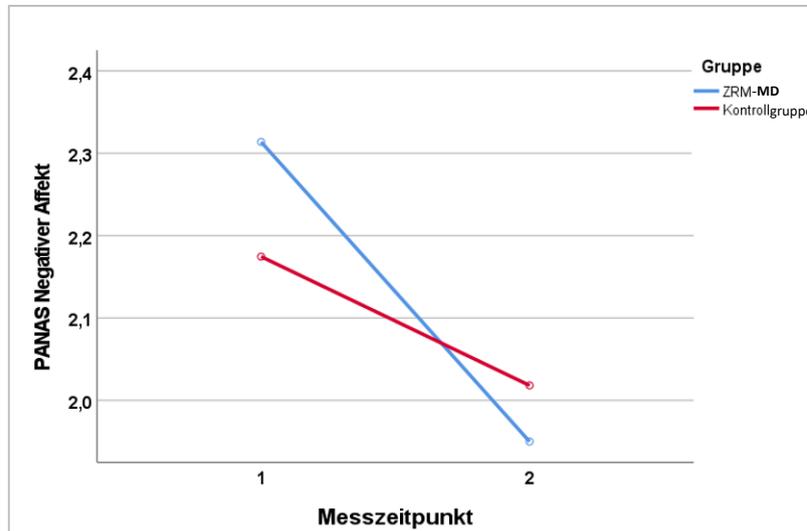
Abbildung 24: Vergleich der Mittelwerte der Gesamtstichprobe des PANAS – Negativer Affekt von t1 zu t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: PANAS=Positive and Negative Affect Schedule; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei Major Depression; p =Signifikanzniveau; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

Die berechnete 2 (Gruppe: EG, KG) X 2 (Zeitpunkt: t1, t2) split-plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung (Messzeitpunkt) zeigt auf dem Faktor PANAS – Negativer Affekt einen hochsignifikanten Unterschied bezüglich Messzeitpunkt, $F(1, 111) = 12,3, p < ,001, \eta^2_p = ,10$. Der Faktor Gruppe war nicht signifikant: $F(1, 111) = 0,09, p = ,76, \eta^2_p = ,00$. Die Gruppe X Messzeitpunkt Interaktion war auch nicht signifikant: $F(1, 111) = 1,96, p = ,17, \eta^2_p = ,02$. Trotzdem kann man in Abbildung 25 sehen, dass in der EG ein signifikant niedriger PANAS Negativer Affekt-Wert zu t2 im Vergleich zu t1 ($p < ,001$) vorliegt, während die KG keine signifikante Veränderung zwischen t1 und t2 zeigt (n. s., $p > ,10$).

Abbildung 25: Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung des PANAS – Negativer Affekt in der Experimental- und Kontrollgruppe zu t1 und t2 der Studie zur Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.



Legende: PANAS=Positive and Negative Affect Schedule; ZRM-MD=Zürcher Ressourcen Modell bei der Major Depression; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2.

HAKEMP-90 und SSI-K3

In der Gesamtstichprobe beim SSI-K3 auf der Skala Bedrohung zeigt sich im Vergleich von t1 zu t2 eine signifikante Abnahme ($p < ,025$). Auf allen anderen Skalen beim SSI-K3 und HAKEMP-90 zeigen sich im Vergleich von t1 zu t2 hochsignifikante ($p < ,001$) Veränderungen (entsprechend den gewünschten Zu- und Abnahmen).

Zur Überprüfung von Hypothese 5.2 wurden die Stärken (Cohen's d als Maß der Effektstärke) der Veränderung von t1 zu t2 für die Skalen des HAKEMP-90 und SSI-K3 jeweils getrennt für EG und KG geprüft. Tabelle 47 und Tabelle 48 zeigen für die einzelnen Skalen von HAKEMP-90 und SSI-K3 die Effektstärken.

Tabelle 47: Effektstärken der Skalen des HAKEMP-90 und SSI-K3 in der EG (t2-t1) im Rahmen der Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | Mittelwert-Differenz | Std.-Abweichung | Standardfehler des Mittelwertes | 95% Konfidenzintervall der Differenz | | T | df | Sig. (zweiseitig) | Cohen's d |
|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------|--------|----|-------------------|-----------|
| | | | | Untere | Obere | | | | |
| HOM t2-t1 | 1,932 | 3,189 | 0,415 | 1,101 | 2,763 | 4,654 | 58 | 0,000 | 0,61 |
| HOP t2-t1 | 1,678 | 3,386 | 0,441 | 0,796 | 2,560 | 3,807 | 58 | 0,000 | 0,50 |
| Selbstbestimmung t2-t1 | 1,508 | 2,307 | 0,300 | 0,907 | 2,110 | 5,022 | 58 | 0,000 | 0,65 |
| Selbstmotivierung t2-t1 | 1,492 | 2,402 | 0,313 | 0,865 | 2,118 | 4,769 | 58 | 0,000 | 0,62 |
| Selbstberuhigung t2-t1 | 2,017 | 2,831 | 0,369 | 1,279 | 2,755 | 5,472 | 58 | 0,000 | 0,71 |
| Planungsfähigkeit t2-t1 | 0,915 | 3,451 | 0,449 | 0,016 | 1,814 | 2,037 | 58 | 0,046 | 0,27 |
| sich keine Angst machen t2-t1 | 0,000 | 2,606 | 0,339 | -0,679 | 0,679 | 0,000 | 58 | 1,000 | 0,00 |
| Initiative t2-t1 | 0,644 | 2,644 | 0,344 | -0,045 | 1,333 | 1,871 | 58 | 0,066 | 0,24 |
| Absichten umsetzen t2-t1 | -1,458 | 2,438 | 0,317 | -2,093 | -0,822 | -4,593 | 58 | 0,000 | -0,60 |
| Konzentration t2-t1*) | -1,492 | 2,921 | 0,380 | -2,253 | -0,730 | -3,923 | 58 | 0,000 | -0,51 |
| Misserfolgsbewältig. t2-t1*) | -1,949 | 2,367 | 0,308 | -2,566 | -1,332 | -6,326 | 58 | 0,000 | -0,82 |
| Selbstgespür t2-t1*) | -1,424 | 2,787 | 0,363 | -2,150 | -0,698 | -3,924 | 58 | 0,000 | -0,51 |
| Belastung t2-t1 | -1,288 | 2,327 | 0,303 | -1,895 | -0,682 | -4,252 | 58 | 0,000 | -0,55 |
| Bedrohung t2-t1 | -0,814 | 2,145 | 0,279 | -1,373 | -0,254 | -2,913 | 58 | 0,005 | -0,38 |

*Legende: HAKEMP-90=Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv 90; SSI-K3=Selbst-steuerungs Inventar K3; EG=Experimentalgruppe; df= Anzahl der Freiheitsgrade; Sig.=Signifikanz; *) Skala ist umgekehrt gerichtet; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; HOM=Handlungsorientierung nach Misserfolg; HOP=Handlungsorientierung prospektiv.*

Im HAKEMP-90 sind auf beiden Skalen der EG signifikante Unterschiede von t2 zu t1. Im SSI-K3 sind auf den Skalen Selbstbestimmung, Selbstmotivierung, Selbstberuhigung, Planungsfähigkeit, Absichten umsetzen, Konzentration/Konzentrationsfähigkeit, Misserfolgsbewältigung/abhaken statt Grübeln, Selbstgefühl, Belastung, Bedrohung der EG signifikante Unterschiede von t2 zu t1.

Die mittlere Effektstärke aller Skalen in der EG für Cohen's d (absoluter Cohen's d-Mittelwert) beträgt 0,495. Der mittlere Effekt von Cohen's d wird in der EG 9-mal überschritten.

Tabelle 48: Effektstärken der Skalen des HAKEMP-90 und SSI-K3 in der KG (t2-t1) im Rahmen der Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| | Mittelwert-Differenz | Std.-Abweichung | Standardfehler des Mittelwertes | 95% Konfidenzintervall der Differenz | | T | df | Sig. (zweiseitig) | Cohen's d |
|-------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------|--------|----|-------------------|-----------|
| | | | | Untere | Obere | | | | |
| HOM t2-t1 | 1,255 | 2,856 | 0,385 | 0,482 | 2,027 | 3,258 | 54 | 0,002 | 0,44 |
| HOP t2-t1 | 1,200 | 3,009 | 0,406 | 0,387 | 2,013 | 2,958 | 54 | 0,005 | 0,40 |
| Selbstbestimmung t2-t1 | 0,982 | 2,248 | 0,303 | 0,374 | 1,590 | 3,238 | 54 | 0,002 | 0,44 |
| Selbstmotivierung t2-t1 | 1,527 | 1,999 | 0,269 | 0,987 | 2,068 | 5,667 | 54 | 0,000 | 0,76 |
| Selbstberuhigung t2-t1 | 1,491 | 2,456 | 0,331 | 0,827 | 2,155 | 4,502 | 54 | 0,000 | 0,61 |
| Planungsfähigkeit t2-t1 | 0,691 | 2,348 | 0,317 | 0,056 | 1,326 | 2,182 | 54 | 0,033 | 0,29 |
| sich keine Angst machen t2-t1 | 0,291 | 1,902 | 0,256 | -0,223 | 0,805 | 1,134 | 54 | 0,262 | 0,15 |
| Initiative t2-t1 | 0,309 | 2,645 | 0,357 | -0,406 | 1,024 | 0,867 | 54 | 0,390 | 0,12 |
| Absichten umsetzen t2-t1 | -0,873 | 2,178 | 0,294 | -1,461 | -0,284 | -2,972 | 54 | 0,004 | -0,40 |
| Konzentration t2-t1*) | -0,909 | 2,562 | 0,346 | -1,602 | -0,216 | -2,631 | 54 | 0,011 | -0,35 |
| Misserfolgsbewältig. t2-t1*) | -1,273 | 2,864 | 0,386 | -2,047 | -0,499 | -3,296 | 54 | 0,002 | -0,44 |
| Selbstgespür t2-t1*) | -0,727 | 2,691 | 0,363 | -1,455 | 0,000 | -2,005 | 54 | 0,050 | -0,27 |
| Belastung t2-t1 | -0,945 | 2,851 | 0,384 | -1,716 | -0,175 | -2,460 | 54 | 0,017 | -0,33 |
| Bedrohung t2-t1 | -0,291 | 2,979 | 0,402 | -1,096 | 0,515 | -0,724 | 54 | 0,472 | -0,10 |

*Legende: HAKEMP-90=Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv 90; SSI-K3=Selbststeuerungs Inventar K3; KG=Kontrollgruppe; df= Anzahl der Freiheitsgrade; Sig.=Signifikanz; *) Skala ist umgekehrt gerichtet; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; HOM=Handlungsorientierung nach Misserfolg; HOP=Handlungsorientierung prospektiv.*

Im HAKEMP-90 sind auf beiden Skalen der KG signifikante Unterschiede von t2 zu t1. Im SSI-K3 sind auf den Skalen Selbstbestimmung, Selbstmotivierung, Selbstberuhigung, Planungsfähigkeit, Absichten umsetzen, Konzentration/Konzentrationsfähigkeit, Misserfolgsbewältigung/abhaken statt Grübeln, Selbstgespür, Belastung der KG signifikante Unterschiede von t2 zu t1.

Die mittlere Effektstärke aller Skalen in der KG für Cohen's d (absoluter Cohen's d-Mittelwert) beträgt 0,315. Der mittlere Effekt von Cohen's d wird in der EG 2-mal überschritten.

3.2.6 Hypothese 6: Nachhaltigkeit und Stabilität der Behandlung

Wegen des hohen Dropouts und der daraus folgenden niedrigen Stichprobengröße (EG: N=9; KG: N=5) konnten die entsprechenden statistischen Analysen zu Hypothese 6 (Nachhaltigkeit und Stabilität der Behandlung) nicht durchgeführt werden.

3.2.7 Hypothese 7 Prädiktive Effekte

Um diese Hypothese zu überprüfen, wurde bei jeder der Big 5-Variablen ein Mediansplit durchgeführt. Anschließend wurden ANOVAs mit Messwiederholung für 2 Gruppen (EG, KG) X 2 (Zeitpunkt t1,t2) jeweils für Probanden mit „niedrigen“ und „hohen“ Werten getrennt berechnet. Mit 3 AVs (BDI-II, MADRS; SCL-90-R-Depression) x 5 Big-Five Dimensionen (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit) für 2 getrennte Gruppen (niedrig, hoch) in jedem Big-5 Dimensionen ergeben sich somit 30 ANOVAs. Die Prüfung des Interaktionseffektes (Gruppe * Zeitpunkt) gibt Auskunft über den jeweiligen Effekt der ZRM-MD-Behandlung.

Table 49: Interaktionseffekte des NEO-FFI-30 und BDI-II: ANOVAs mit Messwiederholung für 2 Gruppen (EG, KG) X 2 (Zeitpunkt t1,t2) im Rahmen der Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| BDI-II | Gruppe (EG vs. KG) | Zeitpunkt (t1 vs. t2) | Gruppe X Zeitpunkt |
|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| Neurotizismus (niedrig) | ,245 | ,001**** | ,023** |
| Neurotizismus (hoch) | ,100 | ,001**** | ,023** |
| Extraversion (niedrig) | ,039* | ,001**** | ,048* |
| Extraversion (hoch) | ,156 | ,001**** | ,024** |
| Offenheit für Erfahrungen (niedrig) | ,204 | ,001**** | ,056 |
| Offenheit für Erfahrungen (hoch) | ,184 | ,001**** | ,018** |
| Verträglichkeit (niedrig) | ,523 | ,001**** | ,250 |
| Verträglichkeit (hoch) | ,01** | ,001**** | ,003*** |
| Gewissenhaftigkeit (niedrig) | ,049* | ,001**** | ,011** |
| Gewissenhaftigkeit (hoch) | ,281 | ,001**** | ,090 |

Legende: BDI-II=Beck-Depressions-Inventar II; NEO-FFI-30=Neo-Fünf-Faktoren-Inventar; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; ANOVA=engl. Analysis of variance; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; Signifikanzniveau: * $p < ,05$, ** $p < ,025$, *** $p < ,01$, **** $p < ,001$

In den Persönlichkeitsdimensionen „Offenheit für Erfahrung“, „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“ finden sich im BDI-II (Gruppe x Zeitpunkt) ein differentielles Ansprechen auf die ZRM-MD-Gruppentherapie. PatientInnen mit einer hohen Offenheit für Erfahrung, einer hohen Verträglichkeit, einer niedrigen Gewissenhaftigkeit erzielen ein höheres Therapieoutcome. In den Persönlichkeitsdimensionen „Neurotizismus“ und „Extraversion“ findet sich im BDI-II kein signifikanter Unterschied im Therapieoutcome.

Table 50: Interaktionseffekte des NEO-FFI-30 und MADRS: ANOVAs mit Messwiederholung für 2 Gruppen (EG, KG) X 2 (Zeitpunkt t1,t2) im Rahmen der Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ bei einer Major Depression in der stationären psychiatrischen Behandlung der PatientInnen mit einer Depression im Klinikum Christophsbad Göppingen im Zeitraum September 2018 und Juli 2020.

| MADRS | Gruppe (EG vs. KG) | Zeitpunkt (t1 vs. t2) | Gruppe X Zeitpunkt |
|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| Neurotizismus (niedrig) | ,702 | ,001**** | ,168 |
| Neurotizismus (hoch) | ,295 | ,001**** | ,003*** |
| Extraversion (niedrig) | ,140 | ,001**** | ,009*** |
| Extraversion (hoch) | ,792 | ,001**** | ,103 |
| Offenheit für Erfahrungen (niedrig) | ,703 | ,001**** | ,465 |
| Offenheit für Erfahrungen (hoch) | ,280 | ,001**** | ,001**** |
| Verträglichkeit (niedrig) | ,607 | ,001**** | ,009*** |
| Verträglichkeit (hoch) | ,363 | ,001**** | ,083 |
| Gewissenhaftigkeit (niedrig) | ,378 | ,001**** | ,010*** |
| Gewissenhaftigkeit (hoch) | ,744 | ,001**** | ,107 |

Legende: MADRS=Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; NEO-FFI-30=Neo-Fünf-Faktoren-Inventar; EG=Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; ANOVA=engl. Analysis of variance; t1=Messzeitpunkt 1; t2=Messzeitpunkt 2; Signifikanzniveau: * $p < ,05$, ** $p < ,025$, *** $p < ,01$, **** $p < ,001$

In allen Persönlichkeitsdimensionen finden sich im MADRS (Gruppe x Zeitpunkt) ein differentielleres Ansprechen auf die ZRM-MD-Gruppentherapie. PatientInnen mit hohem Neurotizismus, mit niedriger Extraversion, mit einer hohen Offenheit für Erfahrungen, mit einer niedrigen Verträglichkeit und einer niedrigen Gewissenhaftigkeit erzielen ein höheres Therapieoutcome.

4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war die Entwicklung und Evaluation des modifizierten ZRM-Gruppentrainings in der stationären psychiatrischen Behandlung bei PatientInnen mit einer Depression. Dabei lag der Fokus auf der Durchführbarkeit (feasibility) und Akzeptanz (acceptability) des ZRM-MDs, sowie einen ersten Machbarkeitsnachweis (proof of concept) zu belegen.

4.1 Interpretation der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorangehenden Kapitel kurz zusammengefasst und in den Kontext aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse eingeordnet und vor diesem Hintergrund interpretiert und diskutiert. Die formulierten Fragestellungen und Hypothesen zu Phase I und II dienen dabei als Gliederung und sollen sukzessive beantwortet werden.

4.1.1 Phase I

4.1.1.1 Interpretation Hypothese 1: Durchführbarkeit (feasibility)

Die Durchführbarkeit der ZRM-MD-Gruppentherapie wurde in Phase I der vorliegenden Arbeit mit der Beantwortung folgender Fragen untersucht:

- Sind genügend PatientInnen verfügbar?
- Sind die PatientInnen ausreichend lange auf Station, um an allen Modulen der Gruppentherapie ZRM-MD teilzunehmen?
- Ist es organisatorisch umsetzbar eine sitzungsbegrenzte, geschlossene Gruppe in den Stationsalltag zu integrieren?
- Wie ist die Gruppentherapie vereinbar mit den anderen, bereits vorhandenen Therapieangeboten?
- Wie gut ist die Adhärenz/ Compliance-Rate (wie viele Dropouts)?

Auf Grundlage der Kurzinterviews und Feedbacks kann festgehalten werden, dass die ZRM-MD-Gruppentherapie gut durchführbar ist und auch relativ gut in den Stationsalltag integriert werden konnte. Inhaltlich grenzt sich das Angebot gegenüber der anderen Gruppentherapieangebote (Psychoedukation Depression, soziales Kompetenztraining) gut ab und das ZRM-MD kann als Ergänzung zu den bereits etablierten Therapieangeboten betrachtet werden. Überschneidungen sind nur geringfügig gegeben, eine Vereinbarkeit sehr gut möglich, Synergieeffekte sogar vorstellbar. Somit kann die Frage der Vereinbarkeit mit anderen, bereits vorhandenen Therapieangeboten mit „Ja“ beantwortet werden. Die Gruppentherapien konnten regelmäßig mit ausreichend vielen PatientInnen durchgeführt werden; eine Anpassung der Durchführungszeit aufgrund terminlicher Überschneidungen ist jedoch zu überlegen. Eine geringe Dropoutrate (4,8%; zwei wegen vorzeitiger Entlassung, ein Patient wegen fehlender Bereitschaft zur weiteren Teilnahme) spricht ebenfalls für eine

gute Durchführbarkeit und fällt niedriger aus, als die Dropoutrate (9%) in der Studie von Kiyhankhadiv (2017) und als die Dropoutrate (7%) in der Studie von Brakemeier et al. (2015).

So kann gemäß der PatientInnenaussagen und Rückmeldungen aus dem Behandlerteam die Durchführbarkeit (Hypothesen 1.1 und 1.2) – unter Berücksichtigung methodischer Mängel (vgl. Kapitel 4.3 Limitation der Studie und Implikation zukünftiger Forschung) – als gegeben erachtet werden.

4.1.1.2 Interpretation Hypothese 2: Akzeptanz (acceptability)

Die Akzeptanz der ZRM-MD-Gruppentherapie wurde in Phase I der vorliegenden Arbeit mit der Beantwortung folgender Fragen untersucht:

- Wie werden die ZRM-MD-Gruppentherapien von den PatientInnen angenommen?
- Wie werden die ZRM-MD-Gruppentherapien von den PatientInnen aus Sicht des Behandlerteams angenommen?

Durch die Kurzinterviews und Feedbacks kann festgehalten werden, dass die ZRM-MD-Gruppentherapie sowohl aus PatientInnen-, als auch aus Behandler-sicht als hilfreich erlebt wird. Allgemeine und spezifische (konkrete Inhalte und Methoden des ZRM-MDs) Wirkfaktoren scheinen hilfreich zu sein. Insbesondere das Selbstwirksamkeitserleben, die ressourcenorientierte Haltung und die Gruppenkohäsion sind hierbei hervorzuheben. Einzelne PatientInnenaussagen beziehen sich jedoch auf eine zu große Informationsmenge, die vermutlich zu einem Überforderungserleben führt.

So kann gemäß der PatientInnenaussagen und Rückmeldungen aus dem Behandlerteam die Akzeptanz (Hypothesen 2.1 und 2.2) – unter Berücksichtigung methodischer Mängel (vgl. Kapitel 4.3 Limitation der Studie und Implikation zukünftiger Forschung) – als gegeben erachtet werden.

4.1.2 Phase II

Aufgrund des gewählten Studiendesigns als naturalistische Studie mit Prä-Post-Messung und weiterer Limitationen (vgl. Kapitel 4.3 Limitation der Studie und Implikation zukünftiger Forschung) kann maximal nur eine „potentielle Wirksamkeit“ angenommen werden, da keine Generalisierbarkeit der Ergebnisse möglich ist. Dies soll implizieren, dass die Ergebnisse mit Vorsicht und unter gewissen Vorbehalten zu interpretieren sind.

4.1.2.1 Interpretation Hypothese 3: Effektivität (proof of concept) der allgemeinen und der depressionsspezifischen Behandlung

Ein erster Nachweis der potenziellen Wirksamkeit ist durch die Effektivität (proof of concept) des ZRM-MDs ist mit dieser Arbeit erbracht worden.

Hypothese 3.1: In der Gesamtstichprobe (EG & KG) zeigte sich in allen verwendeten Messinstrumenten (BDI-II, MADRS, SCL-90-R Depressivität, SCL-90-R GSI) im Vergleich von Messzeitpunkt 1 zu 2 ein hochsignifikanter Rückgang ($p < ,001$). Somit kann Hypothese 3.1 bestätigt werden.

Hypothese 3.2: In der berechnete 2 X 2 Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung ergaben sich auf allen verwendeten Messinstrumenten zu Messzeitpunkt 1 keine Unterschiede. Zu Messzeitpunkt 2 zeigte die EG hochsignifikant niedrigere Werte im BDI-II ($p < ,002$) und im MADRS ($p < ,003$); signifikant niedrigere Werte im SCL-90-R im GSI ($p < ,05$) und tendenziell niedrigere Werte auf der Skala Depressivität im SCL-90-R ($p < ,083$) als die KG. So zeigt die ZRM-MD-Gruppentherapie eine bessere Wirksamkeit hinsichtlich der allgemeinen und der depressionsspezifischen psychopathologischen Symptomatik als das Treatment as usual. Hypothese 3.2 kann somit bestätigt werden.

Die Remissionswerte scheinen zunächst für depressive PatientInnen nicht hoch zu sein. Wenn man jedoch bedenkt, dass viele der stationär behandelten PatientInnen chronische Verlaufsformen, komorbide Erkrankungen und Vorbehandlungen aufweisen, haben wir es in dieser Studie mit einer schwer betroffenen PatientInnengruppe zu tun. Weiter lagen die Messzeitpunkte t1 und t2 lediglich drei Wochen auseinander, was für eine rasche Symptomreduktion durch die ZRM-MD-Gruppentherapie spricht. Die Remissionsrate (nach der Klassifikation der S3-Leitlinie für unipolare Depressionen, 2015) im BDI-II ist geringfügig niedriger als die Remissionsrate (46%) in der Studie von Kiyhankhadiv (2017) und die Remissionsrate (40%) in der Studie von Brakemeier et al. (2015). Die Studienpopulation (schwer depressive, teilweise chronisch depressive, teilweise therapieressistente PatientInnen) ist vergleichbar, die Behandlungsdauer durch das ZRM-MD jedoch kürzer. Die Analyse der klinischen Relevanz zeigt, dass es in der EG zum Zeitpunkt t2 weniger depressive PatientInnen gibt als in der KG. Dagegen gibt es in der KG mehr PatientInnen, die sich zu t2 klinisch nicht relevant verbessert hatten (Non-Responder). Insgesamt zeigt, sich, dass PatientInnen in der EG-Gruppe stärker auf die Behandlung ansprechen als PatientInnen in der KG.

4.1.2.2 Interpretation Hypothese 4: Effektivität Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit, Befindlichkeit

Hypothese 4.1: In der Gesamtstichprobe (EG & KG) zeigte sich in allen verwendeten Messinstrumenten (WHOLQOL-BREF auf den Skalen Psychologische Gesundheit, Physische Gesundheit und Soziale Beziehungen, SWE) eine hochsignifikante Zunahme ($p < ,001$). Somit kann Hypothese 4.1 bestätigt werden.

Hypothese 4.2: In der berechnete 2 X 2 Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung ergaben sich auf allen verwendeten Messinstrumenten zu Messzeitpunkt 1 keine Unterschiede. Zu Messzeitpunkt 2 zeigte die ZRM-MD-Gruppentherapie im WHOLQOL-BREF auf den Skalen Psychologische Gesundheit und soziale Beziehungen und im SWE keine signifikanten Unterschiede zum Treatment as usual. Trotzdem zeigen sich auf den Skalen größere gewünschte Zunahmen in der ZRM-MD-Gruppentherapie als in der KG. Im WHOQOL-BREF auf der Skala Physische Gesundheit zeigen sich tendenziell höhere Werte ($p < ,062$) in der EG als in der KG. Der VEV zeigte keine signifikanten Unterschiede. Dies genügt nicht zur Verifikation der Hypothese 4.2; durch die Ergebnisse ist lediglich eine gewünschte Tendenz ersichtlich.

4.1.2.3 Interpretation Hypothese 5: Effektivität Affektregulation

Hypothese 5.1: In der Gesamtstichprobe (EG & KG) zeigte sich mit Ausnahme der Skala Bedrohung im SSI-K3 (signifikante Abnahme; $p < ,025$) in allen verwendeten Messinstrumenten (PANAS, HAKEMP-90, SSI-K3) hochsignifikante Veränderungen ($p < ,001$). Somit kann Hypothese 5.1 bestätigt werden.

Hypothese 5.2: In der berechnete 2 X 2 Split-Plot-Varianzanalyse mit Messwiederholung ergaben sich im PANAS zu Messzeitpunkt 1 keine Unterschiede. Zu Messzeitpunkt 2 zeigte die ZRM-MD-Gruppentherapie auf der Skala positiver Affekt im PANAS tendenziell signifikante Unterschiede ($p < ,066$). während auf der Skala negativer Affekt im PANAS keine signifikanten Unterschiede zum Treatment as usual sind. Trotzdem zeigt sich eine größere gewünschte Abnahme in der ZRM-MD-Gruppentherapie als in der KG (EG: $p < ,001$; KG $p > ,10$). Für den Vergleich zwischen der ZRM-MD-Gruppentherapie und Treatment as usual bei den Messinstrumenten HAKEMP-90 und SSI-K3 wurde die Effektstärke Cohen's d herangezogen. Ein direkter Vergleichstest hinsichtlich der Gesamtheit der Skalen ist nicht möglich, da die Messinstrumente nicht die Bildung eines Gesamtscores vorsehen. Die mittlere Effektstärke aller Skalen ist höher in der EG (0,495) als in der KG (0,315). Dieses Ergebnis spricht für die Hypothese. So wird in der Experimentalgruppe der Wert Cohen's d von 0,5 (mittlerer Effekt) 9mal überschritten; in der Kontrollgruppe nur 2mal. Somit kann Hypothese 5.2 weitestgehend bestätigt werden.

4.1.2.4 Interpretation Hypothese 6: Interpretation Nachhaltigkeit und Stabilität

Wegen des hohen Dropouts und der daraus folgenden zu niedrigen Stichprobengröße konnten keine statistischen Analysen berechnet werden; so ist auch keine Interpretation der Ergebnisse möglich und es können keine Aussagen zur Nachhaltigkeit und Stabilität über die Zeit (die Katamneseerhebung erfolgte 3 Monate nach t₂) getroffen werden.

4.1.2.5 Interpretation Hypothese 7: Prädiktive Effekte

Im BDI-II erzielten PatientInnen mit einer hohen Offenheit für Erfahrungen, einer hohen Verträglichkeit und einer niedrigen Gewissenhaftigkeit ein höheres Therapieoutcome. Im MADRS erzielten PatientInnen mit einer hohen Offenheit für Erfahrungen, einer niedrigen Verträglichkeit, einer niedrigen Gewissenhaftigkeit, einem hohen Neurotizismus und einer niedrigen Extraversion ein höheres Therapieoutcome. Vergleicht man die Ergebnisse der beiden Messinstrumente, so finden sich Gemeinsamkeiten auf den Skalen Offenheit für Erfahrungen und Gewissenhaftigkeit. PatientInnen mit einer hohen Offenheit für Erfahrungen und einer niedrigen Gewissenhaftigkeit scheinen besser von der ZRM-MD-Gruppentherapie zu profitieren. Aus diesen Ergebnissen, kann man wiederum Hypothesen ableiten.

PatientInnen mit einer hohen Offenheit für Erfahrungen, sind neugierig und fantasievoll. Dies könnte allgemein helfen, sich unvoreingenommen, offen und zugewandt auf Psychotherapie einzulassen und somit die Aufnahmefähigkeit für neue Inhalte verbessern. Im ZRM-MD ist es speziell bei der Arbeit mit Motto-Zielen hilfreich unkonventionell, kreativ, fantasievoll, originell und neugierig zu begegnen. PatientInnen mit niedrigen Offenheitswerten neigen eher zu konventionellem Verhalten und profitieren womöglich eher von „klassischer“ psychoedukative Psychotherapie.

PatientInnen mit einer niedrigen Gewissenhaftigkeit handeln spontaner, weniger auf Sorgfalt und Akribie bedacht (Quelle). In der ZRM-MD-Gruppentherapie, insbesondere in der Bildung von Motto-Zielen, könnte eine zu hohe Sorgfalt, Behutsamkeit oder auch ein zu hoher Perfektionismus hinderlich sein. Eine weniger gewissenhafte Haltung könnte helfen sich flexibel auf die im ZRM-MD wechselnden Aufgaben sich anzupassen und den Fokus auf den persönlichen Nutzen einer Übung, weniger auf die gewissenhafte Erledigung, zu legen.

Kernstück der ZRM-MD ist die Herausarbeitung eines Motto-Ziels, das die PatientInnen motiviert eine positive Verhaltensentwicklung anzustoßen. Die erfolgreiche Entwicklung dieses Motto-Ziels könnte PatientInnen durchaus einfacher fallen, wenn sie sich selbst als eher neugierig, erfinderisch und weniger konservativ, vorsichtig erleben. Auch unbekümmert an diese Aufgabe zu gehen und weniger akribisch, organisiert könnte helfen ein kreativeres, passendes Mottoziel für sich selbst entwickeln zu können, dass weiter außerhalb des depressiven Gedankenkonstruktes angesiedelt sein könnte.

4.2 Implikation für die klinische Praxis

Vorstellbar ist die Durchführung der ZRM-MD-Gruppentherapie nicht nur ausschließlich im stationären Setting bei schwer depressiven PatientInnen. Auch im teilstationären Setting, in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, im Bereich der Prävention, der Nachsorge und in Reha-Einrichtungen kann die ZRM-MD-Gruppentherapie möglicherweise einen Mehrwert erbringen. Ebenso auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie und im Bereich der Gerontopsychotherapie ist mit kleineren Adaptionen die ZRM-MD-Gruppentherapieanwendung vorstellbar. Auch mit kleineren Adaptionen ist die ZRM-MD-Gruppentherapie störungsübergreifend möglicherweise einsetzbar, insbesondere bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Süchten, Angst- und Zwangserkrankungen und somatoforme Störungen. Einschränkend sind hier Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und Intelligenzminderungen zu sehen, da durch die Störungen des Denkens und Wahrnehmens die teilweise komplexen Zusammenhänge nur unzureichend verstanden und Aufgaben nicht ausgeführt werden können. Mit größeren Anpassungen des Therapiemanuals, ist auch eine Anwendung im Einzelsetting gut vorstellbar; jedoch ohne die Wirkung einiger wichtiger gruppenspezifische Faktoren. Eine Veränderung der Therapiefrequenzspanne ist ebenso vorstellbar und kann an das gegebene Setting angepasst werden. Auch eine Ausweitung der Gruppentherapiesitzungen, sowie eine Follow-Up-ZRM-MD-Gruppentherapiesitzung ist vorstellbar – auf ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis jedoch zu achten.

4.3 Limitation der Studie und Implikation zukünftiger Forschung

Die vorliegende Studie weist Limitationen auf, die bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden müssen.

Bei der Interpretation der Studie ist zunächst auf die Problematik hinzuweisen, dass durch einen Allegiance-Effekt, die Daten nur eingeschränkt gültige Ergebnisse produzieren, da der Entwickler der ZRM-MD-Gruppentherapie an der Studienkonstruktion und -durchführung maßgeblich beteiligt war. Allegiance stellt eine mögliche Verzerrung der Objektivität dar und so ist fraglich, ob eine unabhängige Arbeitsgruppe und unabhängige ZRM-MD-Gruppenleitung mit dieser Studie vergleichbare Ergebnisse erzielt hätten. So sollte in weiteren Studien die Objektivität stärker berücksichtigt werden.

Weiter entspricht das Studiendesign einer naturalistischen Therapiestudie. Dieses Studiendesign verspricht eine hohe externe Validität („effectiveness studies“) – die Ergebnisse lassen sich besser auf andere Personen, Situationen und Zeitpunkte generalisieren. Gleichzeitig liegt aber nur eine niedrige Validität vor – Alternativeffekte für das Vorliegen der gefundenen Effekte kann nicht ausgeschlossen werden. Naturalistische Studien sind somit nicht ausreichend, um die Wirksamkeit einer Behandlung überzeugend und kausal zu belegen.

Die statistischen Analysen sind mehrheitlich deskriptiv und so sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. So dürfen bei der Interpretation der Korrelationen der untersuchten Variablen keine Rückschlüsse auf Kausalität gezogen werden.

Geplant war durch die Katamneseerhebung drei Monate nach Beendigung der ZRM-MD-Gruppentherapie den Verlauf und die Rückfallrate zu überprüfen, und damit die Nachhaltigkeit und Robustheit der Therapie zu erfassen. Wegen eines zu hohen zeitlichen und administrativen Aufwands sind PatientInnen nur zu Beginn der Studie gebeten worden, die Fragebögen zur Selbstbeurteilung zur Katamnese auszufüllen. Aufgrund des wenigen Rücklaufs und damit einhergehend der niedrigen Stichprobengröße konnten hier keine statistischen Analysen berechnet werden. So bleibt eine wichtige Frage dieser Studie unbeantwortet.

In Analogie zu den Phasen bei Medikamentenprüfungen von Buchkremer & Klingberg (2001) gliedert sich diese Arbeit in Phase I und II auf. Phase I und II beinhalten noch keine streng kontrollierte Methodik. Der Fokus liegt hierbei auf der Durchführbarkeit und Akzeptanz, sowie eines ersten möglichen Machbarkeitsnachweises mit der Exploration möglicher Risiken und Wirkmechanismen. Diesen Anforderungen wird diese Studie gerecht, sofern sie als erster Testdurchlauf einer psychotherapeutischen Gruppeninterventionen auf Grundlage des Zürcher Ressourcen Modells (Storch & Krause, 2017) verstanden wird. Folglich braucht es zur Überprüfung der Wirksamkeit des entwickelten Therapieprogramms Phase III mit einer randomisierten-kontrollierten Studie (RCT), die die Wahrscheinlichkeit, dass eine systematische Verzerrung auftritt oder dass Störvariablen Einfluss auf die Studienergebnisse nehmen, verringert. In der vorliegenden Studie wurden zwar explorative Prä-Post-Analysen gemacht; die Störvariablen lassen aber nur eine bedingte Interpretation der Daten zu. So bleibt beispielsweise offen, ob die Verbesserung der depressiven Symptomatik durch die ZRM-MD-Gruppentherapie erfolgt oder durch die Einzeltherapie, die durchgeführte Medikation, durch das weitere Therapieangebot oder durch andere Zustände kommt oder einer Kombination aus all diesen Variablen.

Zur Planung einer randomisiert-kontrollierten Studie sollte für Phase III also folgende Ergänzungen berücksichtigt werden:

1. die ZRM-MD-Gruppentherapie könnte mit einer schon bestehenden und wirksamen Gruppentherapie für Depression, beispielsweise mit der kognitiv-psychoedukativen Therapie zur Bewältigung von Depressionen (Schaub et al., 2006) verglichen werden
2. eine klar definierte Stichprobe mit methodisch höheren Anforderungen
3. über Katamneseerhebungen könnte die Robustheit der Ergebnisse über die Zeit hinweg geprüft werden
4. durch Prädiktorenforschung könnte deutlicher herausgefunden werden, welche PatientInnencharakteristika den Behandlungserfolg voraussagen

Folgend sollten die Wirkmechanismen mit dem Behandlungserfolg in Verbindung gebracht werden können (Prozess-Outcome-Forschung).

Außerdem sollte in einer Efficacy-Studie untersucht werden, ob die ZRM-MD-Gruppentherapie gegenüber herkömmlichen Therapien die Möglichkeit hat, Kosten für das Gesundheitssystem einzusparen, sowie der Untersuchung der Frage der Dosis-Wirkungs-Relation. Also der Erzielung eines möglichst schnellen Therapieerfolgs bzw. der Frage nach der maximalen Wirkungsentfaltung. Außerdem sollte das Therapiekonzept geprüft werden auf eine

Erweiterung des Behandlerkreises, beispielsweise im ZRM-MD geschulte Pflegekräfte. Ebenso auch für die Anwendung in anderen Versorgungsbereichen (vgl. Kapitel 4.2 Implikation für die klinische Praxis). Auch diese sollten empirisch untersucht werden und die von Buchkremer und Klingberg (2001) vorgeschlagenen Phasen durchlaufen.

Limitationen bestehen bei der vorliegenden Studie auch aufgrund fehlender Informationen: so wurden beispielsweise keine komorbiden Störungen erhoben, auch keine konkrete Medikation exploriert (lediglich die allgemeine Einnahme von Psychopharmaka wurde erfragt). Weitergehende Forschung sollte eine differenziertere Diagnostik (unter anderem: Alter bei Erkrankungsbeginn, Therapieresistenz sowohl medikamentös als auch psychotherapeutisch, frühere Suizidversuche, aktuelle Suizidalitätseinschätzung, ...) berücksichtigen.

Diese Studie hat zur Diagnostik der Depression, neben eines Selbsteinschätzungsinstrumentes (BDI-II) auch eine Fremdeinschätzungsinstrument (MADRS). In der Phase der Studienplanung wurde zwischen dem MADRS dem HAMD (Hamilton, 1960) abgewägt. Beide Messinstrumente finden in der Forschung häufig Anwendung und können als nebeneinanderstehende Skalen zur Verlaufsbeurteilung einer Depression gesehen werden. Die Studien von Iannuzzo et al. (2006) und Bagby et al. (2004) zeigen jedoch eine höhere Sensitivität und bessere interne Validität auf, als der HAMD und kommen zu dem Schluss, dass der MADRS zu bevorzugen sei. Auch aus zeitökonomischen Gründen wurde der MADRS gewählt. Für eine gründlichere Fremdbeurteilung könnten in weiteren Studien sowohl der MADRS, als auch die HAMD, Anwendung finden. Auch könnten weitere Fremdrater (in der vorliegenden Studie übernahm der Oberarzt der Station PSY4 die Fremdbeurteilung) zu einer höheren Objektivität führen.

Phase I der vorliegenden Studie wurde mittels Beobachtungen, Feedbacks und halbstrukturierter Interviews durchgeführt. Lediglich die Drop-out-Rate wurde nicht qualitativ erhoben. Die qualitativen Daten und die geringe Stichprobengröße führen zu keinen validen Aussagen, geben lediglich eine grobe Orientierung. Zur Erfassung von Therapieprozessen hätte sich beispielsweise der Berner PatientInnen- und Therapeutenstundenbogen 2000 (Flückinger et al., 2010) geeignet. Um mehr Aufschluss über die Wirkfaktoren der ZRM-MD-Gruppentherapie zu erhalten, wäre es auch hilfreich bei folgenden Studien den PatientInnen- und Therapeutenstundensbögen von Tschacher & Endtner (2007) einzusetzen. Im Anschluss an die Gruppentherapiesitzungen füllen PatientInnen und TherapeutInnen diesen Fragebogen aus und evaluieren so den stattgefundenen Therapieprozess mittels 25 Items auf fünf Skalen (Therapiebeziehung, Selbstwirksamkeit/Bewältigung, Emotionsregulation, Klärung und Gruppenklima) auf einer siebenstufigen Likertskala (von -3 = überhaupt nicht zu bis +3 = ja, ganz genau).

Abschließend ist mit den Worten von Hautzinger (2013) festzuhalten, dass die Krankheit Depression ein komplexes Störungsbild darstellt und somit die Erforschung und Behandlung depressiver Syndrome herausfordernd ist. Auf der anderen Seite erscheint diese Herausforderung lohnenswert, um eine Optimierung der Depressionsbehandlung voranzutreiben, um die Belastungen für die Betroffenen und die Gesellschaft zu reduzieren.

4.4 Zusammenfassung

Depressionen zählen laut World Health Organization (2017, 2021) zu den weltweit häufigsten Erkrankungen: die persönlichen Belastungen Betroffener sind enorm und die gesellschaftlichen Beeinträchtigungen sind herausfordernd. Um Leiden zu reduzieren und gesellschaftliche Kosten zu reduzieren ist eine Verbesserung der psychiatrischen & psychotherapeutischen Behandlungsformen notwendig. In den letzten Jahrzehnten sind so verschiedene Behandlungsansätze depressiver erkrankter Personen entwickelt worden.

Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) von Maja Storch und Frank Krause (2017) wurde zunächst entwickelt, um psychosoziale Kompetenzen von Lehrkräften zu fördern und beschreibt sich heute als Selbstmanagement-Training; als eine Anleitung zur Selbsthilfe, selbstbestimmtes Handeln zu fördern unter Berücksichtigung neurowissenschaftlicher und psychologischer Methoden. Da es methodische Überschneidungen des ZRMs mit der Behandlung depressiver PatientInnen gibt und erste Studien eine Verbesserung der Stressreaktion, der Affektregulation und des Selbstwirksamkeitserlebens aufzeigten, liegt eine Implikation des ZRMs in die Behandlung depressiv Betroffener nahe.

So wurde in Analogie zur Medikamentenprüfung (nach Buchkremer & Klingberg, 2001) in der durchgeführten Studie in Phase I zunächst das ZRM-Gruppentraining für die gruppentherapeutische Behandlung depressiver PatientInnen mit der Diagnose einer Major Depression (DSM-5 296.23 und 296.33), äquivalent einer schweren depressiven Episode (F32.2 und F33.2 nach ICD10), angepasst (ZRM-MD; MD für Major Depression) und ein Therapiemanual verschriftlicht und Kasuistiken zur Durchführbarkeit und Akzeptanz erstellt.

Anhand von Kurzinterviews mit PatientInnen, die an der ZRM-MD-Gruppentherapie teilnahmen und durch Rückmeldungen aus dem Behandlersteam können Durchführbarkeit und Akzeptanz als gegeben erachtet werden.

Die Wirksamkeit (proof of concept) des in Phase I entwickelten Gruppentherapiemanuals „ZRM-MD“ wurde in Phase II in einer pseudoranomisierten kontrollierten Studie unter naturalistischen Versorgungsbedingungen an einer Stichprobe von insgesamt 123 PatientInnen (ZRM-MD, N= 62; KG, N= 61) untersucht.

Phase I und II wurden von Mai 2018 bis Juli 2020 am Klinikum Christophsbad auf der „Depressionsstation“ PSY4 durchgeführt.

Mit der vorliegenden Studie ist ein erster Nachweis der potenziellen Wirksamkeit des ZRM-MDs erbracht: Die depressive Symptomatik der depressionsspezifischen Messinstrumente (BDI-II, MADRS) zeigten hochsignifikant niedrigere Werte zum Messzeitpunkt t2 in der ZRM-MD-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe, signifikant niedrigere Werte im SCL-90-R GSI. Das ZRM-MD scheint zudem einen positiven Effekt auf die Affektregulation zu haben. Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit und Befindlichkeit zeigten keine signifikanten Besserungen in der ZRM-MD-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe; eine gewünschte Tendenz ist jedoch ersichtlich. PatientInnen mit einer hohen Offenheit für Erfahrungen und einer niedrigen Gewissenhaftigkeit scheinen besser von der ZRM-MD-Gruppentherapie zu profitieren.

Aufgrund des gewählten Studiendesigns und Limitationen können die Ergebnisse nur eingeschränkt interpretiert und lediglich als vorläufig angesehen werden – weitere Untersuchungen (Phase III und IV) sind notwendig.

Stichwörter: Depression, Major Depression, ZRM, ZRM-MD, Gruppentherapie, Selbststeuerung, Handlungskontrolle, Selbstwirksamkeitserwartung, Lebensqualität, positiver Affekt, negativer Affekt

5 Literatur

- Üstün, T., Ayuso-Mateos, J., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry*, *184*(5), 386–392.
- Angermeyer, M., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL – 100 und WHOQOL – BREF: Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Angst, J. (1986). The course of affective disorders. *Psychopathology*, *19*(2), 47–52.
- Ayen, I., & Hautzinger, M. (2004). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Klimakterium. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *33*(4), 290–299.
- Büche, A. (2017). *Motiviert und ressourcenvoll riskante Gespräche führen* [Unveröffentlichte Masterarbeit] Universität Salzburg.
- Backenstrass, M., Kronmueller, K. T., Schwarz, T., Reck, C., Karr, M., Kocherscheidt, K., Schifferer, E., Niethammer, R., Weisbrod, M., Mundt, C., Fiedler, P. (2001). Kognitive Verhaltenstherapie in und mit Gruppen – Ein Behandlungsprogramm für depressive Patienten in stationärer Behandlung. *Verhaltenstherapie*, *(11)*, 305–311.
- Bader, K. H. (1994). Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten: Ein Gruppenkonzept für die stationäre Behandlung. In M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie bei Depressionen* (S. 105–139). Baltmannsweiler: Schneider.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Marshall, M. B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2163–2177.
- Barlow, S. (2005). Analytische und Psychodynamische Gruppenpsychotherapie: Gibt es dazu Daten? *Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik*, *41*, 239–266.
- Beck, A. (1970). *Depression. Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. (1974). The development of depression. A cognitive model. In R. Friedman, & M. Katz (Hrsg.), *The psychology of depression* (S. 3–28). New York: Wiley.
- Beck, A. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Berger, M., & van Calker, D. (2004). Affektive Störungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S. 541 - 636). München: Urban und Fischer.
- Bijl, R. V., Ravelli, A., & Van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *33*(12), 587–595.

- Bloch, S., & Crouch, E. (1985). *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252–260.
- Borkenau, P., & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae: Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11–17.
- Brakemeier, E. L., Radtke, M., Engel, V., Zimmermann, J., Tuschen-Caffier, B., Hautzinger, M., Schramm, E., Berger, M., Normann, C. (2015). Overcoming treatment resistance in chronic depression: a pilot study on outcome and feasibility of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy as an inpatient treatment program. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1), 51–56.
- Brakemeier, E.-L., Engel, V., Schramm, E., Zobel, I., Schmidt, T., Hautzinger, M., Berger, M., Normann, C. (2010). Feasibility and effectiveness of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed inpatients: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 3(80), 191–194.
- Bramsfield, A., & Stoppe, G. (2006). Einführung. In G. Stoppe, A. Bramsfield, & F. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression?* (S. 15–37). Berlin: Springer.
- Breyer, B., & Blümke, M. (2016). Deutsche Version der Positive und Negative Affect Schedule PANAS (GESIS Panel). In D. Danner, & A. Glöckner-Rist (Hrsg.), *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen*. Mannheim: GESIS.
- Brieger, P., & Menzel, S. (2020). Sind Menschen, die sich das Leben nehmen, psychisch krank? - Kontra. *Psychiatrische Praxis*, 47(4), 177–178.
- Buchkremer, G., & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Der Nervenarzt*, (72), 20–30.
- Burlingame, G., Fuhrman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group dynamics: Theory, research, and practice*, 7(1), 3.
- Burlingame, G., & Baldwin, S. (2012). Eine kleine Geschichte der Gruppentherapie. In B. Strauß, & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis* (S. 9–19). Berlin: Springer-Verlag.
- Burlingame, G., Strauss, B., & Joyce, A. (2013). *Change mechanisms and effectiveness of small group treatments*. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (Vol. 6). Hoboken: John Wiley & Sons.

- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health: an overview. *Journal of psychosomatic research*, 53(4), 849–857.
- Corsini, R., & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy. Process and dynamics. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 51(3), 406–411.
- Costa, P. T., & MacCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Crouch, E., Bloch, S., & Wanlass, J. (1994). Therapeutic factors: Interpersonal and intrapersonal mechanisms. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Hrsg.), *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis* (S. 269–315). New York: Wiley.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: a meta-analysis of Lewinsohn's "Coping with Depression" course. *Behavior therapy*, 29(3), 521–533.
- Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P., & Cristea, I. A. (2016). Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(7), 680–687.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581–592.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: List.
- Davidson, J., Turnbull, C. D., Strickland, R., Miller, R., & Graves, K. (1986). The Montgomery-Åsberg Depression Scale: reliability and validity. *Acta psychiatrica scandinavica*, 73(5), 544–548.
- Deneke, F.-W. (2013). *Psychodynamik und Neurobiologie*. Stuttgart: Schattauer.
- DGPPN, BÄK, KBV, & AWMF. (2015). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression – Langfassung* (2. Aufl., Version 5). Heidelberg: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M., & Schulte-Markwort, E. (2016). *Internationale Klassifikationen psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (6. überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM) (German Modification). Bern: Hogrefe.
- Dudli Schweiger, P. (2019). *Starke Bilder – Starke Eltern! Mit Verstand und Unbewusstem den Erziehungsstress kompetent meistern* [Bachelorarbeit]. Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.
- Dyllick, T. H. (2018). *Motto-Goals: Emotional and Motivation Effects in the Context of Unpleasant Obligations* [Doctoral Dissertation]. Universität Mannheim.

- Dziewas, H. (1980). Instrumentelle Gruppenbedingungen als Voraussetzung des individuellen Lernprozesses. In K. Grawe (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in Gruppen* (S. 27–55). München: Urban & Schwarzenberg.
- Ebmeier, K. P., Donaghey, C., & Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *The Lancet*, 367(9505), 153–167.
- Ellis, A. (2008). *Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Exchange, G. H. (n.d.). *Global Health Data Exchange*. (U. o. Washington, Editor, & Institute for Health Metrics and Evaluation) Abgerufen am 18.10.2021 von Global Health Data Exchange: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>
- Falkai, P., & Wittchen, H.-U. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2014). *G* Power: statistical power analyses for Windows and Mac*.
- Fawcett, J. (1993). The morbidity and morality of clinical depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 8(4), 217–220.
- Felder, M. (2015). *Intervention zum besseren Umgang mit Berufsstress von integrativ tätigen Schulischen Heilpädagogen* [Bachelorarbeit]. Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften.
- Fellner, K. (2015). *Mit Motto-Zielen dem Stress an den Kragen. Der Einsatz von Zielen zur Stressregulation bei Betreuungspersonen in Kinderkrippen* [Bachelorarbeit]. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Ferrier, I. N. (1999). Treatment of major depression: is improvement enough? *The Journal of clinical psychiatry*, 60(6), 10–14.
- Fiedler, P. (2005). *Verhaltenstherapie in Gruppen*. Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. (2010). Verhaltenstherapie in Gruppen – Teil I. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 280–286). Stuttgart: Thieme.
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., & Caspar, F. (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(2), 71–79.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R, Symptom- Checkliste scl- 90- r L.R. Derogatis – Deutsches Manual* (2., vollst. überarb. Aufl.). Göttingen: Beltz.
- Ärzte Zeitung. (22.06.2021). *Ärzte Zeitung*. (S. Medizin, Editor) Retrieved 18.10.2021 from <https://www.aerztezeitung.de/Panorama/Erwerbsminderungsrente-Psychische-Erkrankungen-als-dominierende-Ursache-420706.html>

- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2020). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223–1249.
- GHDx. (2019). *Global Health Data Exchange*. (U. o. Washington, Editor, & Institute for Health Metrics and Evaluation) Abgerufen am 18.10.2021 von Global Health Data Exchange: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>
- Goodman, A. (1991). Organic unity theory: the mind-body problem revisited. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 553-563.
- Grabe, H. J., & Rufer, M. (2022). *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie* (2., vollst. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1980). *Verhaltenstherapie in Gruppen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hüther, G. (1997). *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (2001). *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Härter, M., Sitta, P., Keller, F., Metzger, R., Wiegand, W., Schell, G., Stieglitz, R.-D., Wolfersdorf, M., Felsenstein, M., Berger, M. (2004). Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. *Der Nervenarzt*, 75(11), 1083-1091.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56.
- Hammen, C. (1991). *Depression runs in families: The social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. New York: Springer.
- Hapke, U., Cohrdes, C., & Nübel, J. (2019). Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich–Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS). 2. *Journal of Health Monitoring*, 4(4), 62–70.
- Harris, E., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *BR J Psychiatry*, 170(3), 205–228.
- Haubl, R. (1999). Die Hermeneutik des Szenischen in der Einzel- und in der Gruppenanalyse: Inszenieren – szenisches Verstehen szenisch Intervenieren. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 35(1), 17–53.
- Hautzinger, M. (2000). *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm*. Weinheim: Beltz PVU.
- Hautzinger, M. (2008). Depressionen. In M. Linden, & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (8., vollst. überarb. U. erw. Auflage (S. 465-47). Heidelberg: Springer.

- Hautzinger, M. (2010). *Akute Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M., & Kischkel, E. (1999). *Kurzzeit-Psychotherapeutisches Behandlungskonzept für unterschwellige und leichte depressive Störungen. Ein Behandlungsmanual*. Bonn: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Rheinischen Friedrich Wilhelms Universität Bonn.
- Hautzinger, M., & Kischkel, E. (1999). *Psychotherapeutisches Behandlungsprogramm für Depression (Handbuch und Materialien)*. Kompetenznetz Depression.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *Beck depressions-inventar (BDI-II)*. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Hautzinger, M., Welz, S., & Utzeri, S. (2005). *Gruppen-oder Einzelpsychotherapie bei Depressionen im Alter. Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Vergleichsstudie* [Unveröffentlichter Forschungsbericht]. Universität Tübingen.
- Hawley, C., Gale, T., Sivakumaran, T., & Hertfordshire Neuroscience Research Group. (2002). Defining remission by cut off score on the MADRS: selecting the optimal value. *Journal of affective disorders*, 2(2), 177–184.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hegerl, U. (2009). Depression hat viele Gesichter. *Nervenheilkunde*, 28(4), 173-173.
- Herrle, J. (1994). *Depression bewältigen: ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach PM Lewinsohn*. Weinheim: Beltz PVU.
- Herrle, J., & Kuehner, C. (1994). *Depression bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach P. M. Lewinsohn*. Weinheim: Beltz PVU.
- Herrmann, N., Black, S., Lawrence, J., Szekely, C., & Szalai, J. (1998). The Sunnybrook Stroke Study: a prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke*, 9(3), 618–624.
- Herzberg, P., Goldschmidt, S., & Heinrichs, N. (2008). Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision. *Rep Psychologie*, 33(6), 301–302.
- Hiroe, T., Kojima, M., Yamamoto, I., Nojima, S., Kinoshita, Y., Hashimoto, N., . . . Furukawa, T. (2005). Gradations of clinical severity and sensitivity to change assessed with the Beck Depressions-Inventmtory-II in Japanese patients with depression. *Psychiatry Research*, 135(3), 229–235.
- Hirschfeld, R. (1999). Personality disorders and depression: comorbidity. *Depression and anxiety*, 10(4), 142–146.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Haatainen, K., & Viinamäki, H. (2007). Long-term alexithymic features indicate poor recovery from depression and psychopathology. *Psychotherapy and psychosomatics*, 76(5), 312–314.

- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of psychosomatic research*, 48(1), 99–104.
- Huntley, A. L., Araya, R., & Salisbury, C. (2012). Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 184–190.
- Huwylar, R. (2012). *Steigerung von Zielbindung bei unangenehmen Firmenzielen durch Selbstmanagement* [Masterarbeit]. Universität St. Gallen.
- Iannuzzo, R., Jaeger, J., Goldberg, J., & Kafantaris, V. (2006). Development and reliability of the HAMD/MADRS interview: an integrated depression symptom rating scale. *Psychiatry research*, 145(1), 21–37.
- Ihle, W. (2003). *Stimmungsprobleme bewältigen: ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Prävention, Behandlung und Rückfallprophylaxe depressiver Störungen im Jugendalter nach Clarke, Lewinsohn und Hops*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Ihle, W., Jahnke, D., Spieß, L., & Herrle, J. (2002). Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms für depressive Jugendliche und junge Erwachsene. *Kindheit und Entwicklung*, 11(4), 238–247.
- Jacobi, F. (2011). Entwicklung und Beurteilung therapeutischer Interventionen. In H. U. Wittchen, & Hoyer, J. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2. überarb. u. erw. Aufl.), (S. 609–640). Berlin: Springer.
- Jacobi, F., & Reinecker, H. (2013). Psychotherapieforschung. In J. Margraf, & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1 Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (4. Auflage) (S. 69–83). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Jacobi, F., & Reinecker, H. (2018). Psychotherapieforschung. In J. Margraf, & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1, Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (S. 69–83). Berlin: Springer.
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H.-U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International journal of methods in psychiatric research*, 23(3), 304–319.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. M., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., . . . Wittchen, H.-U. (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.

- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H.-U. (2014). Psychische störungen in der allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87.
- Jacobi, F., Klose, F., & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 47(8), 736–744.
- Janßen, I. (2021). *Unterstützung in der Bewältigung der Corona-Krise – Können Motto-Ziele in Kombination mit Wenn-Dann-Plänen die Zielumsetzung in der Krise unterstützen?* [Masterarbeit]. Universität Trier.
- Jelinek, L., Hauschildt, M., & Moritz, S. (2015). *Metakognitives Training bei Depression (D-MKT): mit E-Book-inside und Trainingsmaterial*. Weinheim: Beltz.
- Jelinek, L., Otte, C., Arlt, S., & Hauschildt, M. (2013). Denkverzerrungen erkennen und korrigieren: Eine Machbarkeitsstudie zum Metakognitiven Training bei Depressionen (D-MKT). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 61(4), 1–8.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (2002). SWE. Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung [SWE. General self-efficacy scale]. In E. Brähler, J. Schumacher, & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (Diagnostik für Klinik und Praxis)* (S. 362-365). Göttingen: Hogrefe.
- 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: Multi-level Structural Equation Models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310–321.
- Juckel, G., & Edel, M.-A. (2014). *Neurobiologie und Psychotherapie. Integration und praktische Anwendung bei psychischen Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Körner, A., Geyer, M., Roth, M., Drapeau, M., Schmutzer, G., Albani, C., . . . Brähler, E. (2008). Persönlichkeitsdiagnostik mit dem NEO-Fünf-Faktoren-Inventar: Die 30-Item-Kurzversion (NEO-FFI-30). *PPmP-Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58(06), 238–245.
- Kösters, M., Burlingame, G. M., Nachtigall, C., & Strauss, B. (2006). A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10(2), 146.
- Kühner, C., & Hautzinger, M. (2012). Depressive Störungen. In B. Strauß, & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis* (S. 255–268). Berlin: Springer.
- Kühner, C., & Weber, I. (2001). *Depressionen vorbeugen. Ein Gruppenprogramm nach R. F. Muñoz*. Göttingen: Hogrefe.

- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Nervenarzt*, 78(6), 651–656.
- Kämmerer, A. (2012). Kognitivverhaltenstherapeutische Gruppentherapie. In B. Strauß, & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis* (S. 148–156). Berlin: Springer.
- Kahl, K., Winter, L., Schweiger, U., & Sipos, V. (2011). Die dritte Welle der Verhaltenstherapie. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 79(06), 330–339.
- Kandel, E. (2007). *Auf der Suche nach dem Gedächtnis*. München: Pantheon.
- Kanfer, F., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kazdin, A. E. (2003). *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington DC: American Psychological Association.
- Keller, M. (1999). The long-term treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(17), 41–45.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., & Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England journal of medicine*, 342(20), 1462–1470.
- Kessler, R., & Frank, R. (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 27(4), 861–873.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., & Wang, P. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095–3105.
- Kiyhankhadiv, A. (2017). *Entwicklung und Evaluation eines modularen, interpersonellen Gruppenprogramms zur Behandlung komorbider depressiver Patienten im stationären Setting* [Doctoral Dissertation]. Universität Basel.
- Kjærgaard, M., Arfwedson Wang, C., & Waterloo, K. (2014). A study of the psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II, the Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale, and the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample from a healthy population. *Scandinavian journal of psychology*, 55(1), 83–89.
- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens: ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Lengerich: Pabst.
- Krauth, C., Stahlmeyer, J., Petersen, J., Freytag, A., Gerlach, F., & Gensichen, J. (2014). Resource utilisation and costs of depressive patients in Germany: results from the primary care monitoring for depressive patients trial. *Depression research and treatment*, (2014).

- Kreiner, B. (2008). *Psychoedukation bei PatientInnen mit depressiven oder psychotischen Störungsbildern: Auswirkungen auf spezifische Parameter von Lebensqualität, Compliance und krankheitsbezogenem Wissen*. Medizinische Universität Graz.
- Kubinger, K. D., Rasch, D., & Moder, K. (2009). Zur Legende der Voraussetzungen des t-Tests für unabhängige Stichproben. *Psychologische Rundschau*, 60(1), 26–27.
- Kuhl, J. (1990). *Fragebogen zur Erfassung der Handlungskontrolle: HAKEMP-90*. Universität Osnabrück.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit. Interaktion psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (2013). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kuhl, J., & Fuhrmann, A. (2004). *Self-regulation Inventory SSI-K3 (short version). Scoring key*. Universität Osnabrück: Unpublished material.
- Kupfer, D. (1991). Long-term treatment of depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 52(5), 28–34.
- Kupfer, J., Brosig, B., & Brähler, E. (2001). *Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lam, J. (2020). *Sagt ein Bild mehr als tausend Worte? Prüfungsstress mithilfe von Motto-Zielen meistern* [Masterarbeit]. Universität Graz.
- LeDoux, J. (2003). *Das Netz der Persönlichkeit. Wie unser Selbst entsteht*. Düsseldorf: Walter.
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders. *Psychopathology*, 45(1), 22–28.
- Lewinsohn, P. (1974). A behavioral approach to depression. In R. Friedmann, & M. Katz (Hrsg.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (S. 175–178). New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz, J. L., & Teri, L. (1984). *The Coping with Depression Course. A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, OR: Castalia.
- Lopez, A., Mathers, C., Ezzati, M., Jamison, D., & Murray, C. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The lancet*, 367(9524), 1747–1757.
- Möller, H. (2008). Outcomes in major depressive disorder: the evolving concept of remission and its implications for treatment. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 9(2), 102–114.
- Müller, M., Szegedi, A., Wetzel, H., & Benkert, O. (2000). Moderate and severe depression: gradations for the Montgomery–Åsberg depression rating scale. 60(2), 137–140.

- MacKenzie, K. (1996). *Time-managed group psychotherapy: Effective clinical applications*. American Psychiatric Pub.
- Maier, W., & Philipp, M. (1985). Comparative analysis of observer depression scales. *72*(3), 239–245.
- Margraf, J., & Müller-Spahn, F. J. (2009). *Pschyrembel: Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Marmarosh, C. L. (2017). Attachment in group psychotherapy: bridging theories, research, and clinical techniques. *International Journal of Group Psychotherapy*, *67*(2), 157–160.
- Marwitz, M. (2016). *Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie: Grundlagen und Praxis*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Mattke, D., Zeeck, A., & Strauß, B. (2012). Stationäre und teilstationäre Gruppenpsychotherapie. In B. Strauß, & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 405–416). Berlin: Springer.
- McCallum, M., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2002). Early process and dropping out from short-term therapy for complicated grief. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, *6*(3), 243–254.
- McCullough, J. (2007). *Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapie (CBASP) – Trainingsmanual*. München: CIP-Medien.
- McDermut, W., Miller, I. W., & Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *8*(1), 98–116.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification. An integrative Approach*. New York: Springer.
- Meltzer, H., Gill, B., & Petticrew, M. (1995). *The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households*. London: Palgrave Macmillan.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). MADRS Scale. *The British Journal of Psychiatry*, *134*(4), 382–389.
- Montgomery, S., Huusom, A., & Bothmer, J. (2004). A randomised study comparing escitalopram with venlafaxine XR in primary care patients with major depressive disorder. *Neuropsychobiology*, *50*(1), 57–64.
- Muñoz, R. F. (1998). *The depression prevention course. Unpublished protocol*. San Francisco: University of California.
- Murray, C., & Lopez, A. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary*. Cambridge: Harvard University Press.

- Nathan, P. E., Stuart, S., & Dolan, S. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness between scylla and charybdis?. *Psychological Bulletin*, 126(6), 964–981.
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy and psychosomatics*, 18(1-6), 154–160.
- Neumann, N., & Schulte, R. (1988). Montgomery-Asberg-Depressions-Rating-Skala: Bestimmung der Validität und Interrater-Reliabilität der deutschen Fassung (MADRS). *Psycho*, 14, 911–924.
- Olfson, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Nomura, Y., Gameroff, M., & Weissman, M. (2000). Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Archives of Family Medicine*, 9(9), 876–883.
- Paykel, E., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 411–423.
- Peters, M. (2021). *Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) der Depression Eine vergleichende Evaluationsstudie zur Effektivität und Effizienz von Kurz- und Langzeittherapie im ambulanten Setting* [Doctoral Dissertation]. LMU München.
- Piper, W. (2010). Patientenauswahl und Gruppenzusammensetzung. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 51-54). Stuttgart: Thieme.
- Piper, W. E., McCallum, M., & Azim, H. F. (1992). *Adaptation to loss through short-term group psychotherapy*. New York: Guilford.
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., & Kissling, W. (2017). *Psychoedukation bei Depressionen: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. Amsterdam: Elsevier Health Sciences.
- Rüegg, J. (2010). *Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie* (5. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Rohe, M., Funke, J., Storch, M., & Weber, J. (2016). Can motto-goals outperform learning and performance goals? Influence of goal setting on performance and affect in a complex problem solving task. *Journal of Dynamic Decision Making*, 2(3), 1–15.
- Roth, G. (1996). *Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Roth, G. (2001). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Santomauro, D. (2021, 10 8). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398, 1700–1712. Abgerufen am 15.11.2021 von [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext)
- Schaub, A., Roth, E., & Goldmann, U. (2006). *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.

- Schiepek, G. (2010). *Neurobiologie der Psychotherapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Schneider, D. (2010). *Förderung seelischer Gesundheit: Evaluation des «ZRM®»-Selbstmanagement-Trainings* [Diplomarbeit]. Universität Trier.
- Schramm, E. (2019). *Interpersonelle Psychotherapie* (4. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Schramm, E., & Klecha, D. (2010). *Interpersonelle Psychotherapie in der Gruppe*. Stuttgart: Schattauer.
- Schuhler, P. (2010). Verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie bei depressiven Erkrankungsformen. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 197–200). Stuttgart: Thieme.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Sipos, V., & Schweiger, U. (2005). Gruppentherapie. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 685–691). Göttingen: Hogrefe.
- Snaith, R., Harrop, F., Newby, T., & Teale, C. (1986). Grade scores of the Montgomery — Åsberg depression and the clinical anxiety scales. *The British journal of psychiatry*, *148*(5), 599–601.
- Statistisches Bundesamt. (2021). *Destatis*. Abgerufen am 18.10.2021 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html?nn=210856>.
- Stern, M., Plionis, E., & Kaslow, L. (1984). Group-process expectations and outcome with post-myocardial infarction patients. *General Hospital Psychiatry*, *6*(2), 101–108.
- Steurer-Stey, C., Storch, M., Benz, S., Hobi, B., Steffen-Bürigi, B., Steurer, J., & Puhan, M. A. (2015). Motivational training improves self-efficacy but not short-term adherence with asthma self-management: a randomized controlled trial. *Primary health care research & development*, *16*(1), 32–41.
- Storch, M., & Krause, F. (2017). *Selbstmanagement - ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM®)*. Bern: Huber Verlag.
- Storch, M., & Olbrich, D. (2011). Das GUSI-Programm als Beispiel für Gesundheitspädagogik in Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. In W. Knörzer, & R. Rupp (Hrsg.), *Gesundheit ist nicht alles—was ist sie dann* (S. 111–126). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Storch, M., Gaab, J., Küttel, Y., Stüssi, A. C., & Fend, H. (2007). Psychoneuroendocrine effects of resource-activating stress management training. *Health Psychology*, *26*(4), 456.

- Storch, M., Keller, F., Weber, J., Spindler, A., & Milos, G. (2011). Psychoeducation in affect regulation for patients with eating disorders: a randomized controlled feasibility study. *American journal of psychotherapy*, 65(1), 81–93.
- Strauß, B., & Burlingame, G. M. (2012). Gruppenpsychotherapieforschung und Wirksamkeitsnachweise von Gruppenbehandlungen. In B. Strauß, & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (2. Auflage), (S. 191–209). Berlin: Springer.
- Strauß, B., & Mattke, D. (2012). Gruppentherapieprozesse: Eine klinische Forschungsperspektive. In B. Strauß, & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis* (S. 37-57). Berlin: Springer.
- Strauß, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Neue Entwicklungen in der Gruppenpsychotherapieforschung – ein Update. *Psychotherapeut*, 65(4), 225–235.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and psychosomatics*, 44(4), 191–199.
- Temme, L. (2013). *Zielwirksamkeit als Herausforderung für Personalentwicklung – eine empirische Studie zu Motto-Zielen und hohen spezifischen Zielen* [Masterarbeit]. Technische Universität Kaiserslautern.
- Tietel, E. (2002). Trianguläre Räume und soziale Haut in Organisationen. In H. Pühl (Hrsg.), *Supervision – Aspekte organisationeller Beratung* (S. 47–72). Berlin: Leutner.
- Tschacher, W., & Endtner, K. (2007). *Therapiesitzungsbogen für Patienten und Therapeuten. Forschungsberichte der Abteilung für Psychotherapie*. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.
- Tucker, M., & Oei, T. P. (2007). Is group more cost effective than individual behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 35, 77–91.
- Vandervoort, D. J., & Fuhriman, A. (1991). The efficacy of group therapy for depression: A review of the literature. *Small Group Research*, 22(3), 320–338.
- Vieweg, T., & Trabert, W. (2002). Psychoedukation in der Depressionsbehandlung. Ein psychoedukatives Gruppenprogramm im Rahmen stationärer Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23(4), 479–497.
- Wahl, R. (1994). *Interpersonelle Psychotherapie und Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Erkrankungen im Vergleich*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070.

- Weber, J. (2013). *Turning Duty into Joy! Optimierung der Selbstregulation durch Motto-Ziele* [Doctoral Dissertation]. Universität Osnabrück.
- Weissman, M., Markowitz, J., Klerman, G., & Maercker, A. (2009). *Interpersonelle Psychotherapie: Ein Behandlungsleitfaden*. Göttingen: Hogrefe.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford.
- Weltgesundheitsorganisation. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Genf: World Health Organization.
- WHO. (17.06.2021). *World Health Organization*. Abgerufen am 15.11.2021 von <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- WHOQOL GROUP (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551–558.
- Wintjen, L., & Petermann, F. (2010). Beck-depressions-Inventar revision (BDI–II). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 8(3), 243–245.
- Wittchen, H., & Jacobi, F. (2006). Epidemiologie. In G. Stopp, A. Bramsfeld, & F. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression?* (S. 15–37). Berlin: Springer.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., & Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Themenheft 51*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Wolfersdorf, M., Müller, B., & Deutschland, A. D. (2007). Zur Situation der stationären Depressionsbehandlung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34(3), 277–280.
- Wittchen, H. U., Müller, N., Schmidt-kunz, B., Winter, S., & Pfister, H. (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys "Psychische Störungen". *Fortschritte der Medizin*, 118, 4–10.
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders*. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization. (13.09.2021). *Fact-sheets Depression*. Abgerufen am 18.10.2021 von <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Yalom, I. (2007). *Theorie und Praxis der Gruppentherapie. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Klett-Kotta.
- Yalom, I. D. (1983). *Inpatient group psychotherapy*. New York City: Basic Books.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

- Zielke, M. (2010). Verhaltenstherapie in Gruppen – Teil II. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 287–289). Stuttgart: Thieme.
- Zielke, M., & Kopf-Mehnert, C. (1978). *VEV: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Manual, Testbögen und Zubehör*. Weinheim: Beltz.
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M. A., Friedman, M., Attiullah, N., & Borescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *American Journal of Psychiatry*, *163*(1), 148–150.
- Zimmermann, M. (2004). Defining remission on the Montgomery-Asberg depression rating scale. *Journal of clinical Psychiatry*, *65*(2), 163–168.
- Zoubek, K. (2013). *Prozessevaluation einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Diabetes und Depression: Entwicklung und Validierung der Patienten- und Therapeuten-Gruppentherapiestundenbögen (GTS-P, GTS-T, GTS-TP) zur Vorhersage des Therapieerfolgs* [Doctoral Dissertation]. Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

Appendix

| | | |
|----------|---|-----|
| Anhang A | PatientInnenanleitung Tablet zur Beantwortung der Fragebögen..... | 141 |
| Anhang B | Patienteninformation..... | 142 |
| Anhang C | Einverständniserklärung Studienteilnahme | 146 |
| Anhang D | Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz..... | 147 |
| Anhang E | Therapieangebot PSY 4 des Klinikum Christophsbad..... | 148 |
| Anhang F | Qualitative Interviews..... | 149 |
| Anhang G | Arbeitsmäppl..... | 157 |
| Anhang H | Manual zur ZRM-MD-Gruppentherapie..... | 168 |
| Anhang I | Ideenkorb | 237 |
| Anhang J | Einladung zum ZRM-MD..... | 238 |

Anhang A PatientInnenanleitung Tablet zur Beantwortung der Fragebögen

Anleitung zur Beantwortung der Fragebögen

Es sind einige Fragen, die Sie zu beantworten haben. Daher nehmen Sie sich bitte ausreichend Zeit und Ruhe, aber denken Sie auch daran: Es gibt kein richtig oder falsch!

Wichtig ist, dass Sie eine gute Wlan-Verbindung haben. Eine gute Wlan-Verbindung ist auf jeden Fall in der Cafeteria gegeben. Auf der PSY4 ist meist kein guter Wlan-Empfang.

1. Zum Entsperren des Tablets bitte die runde Taste unten am Bildschirm drücken.
2. Es erscheint ein Bild mit der Aufforderung ihre „gültigen Zugangsdaten“ einzugeben. Bitte tragen Sie ihren 16-stelligen-Code, den Sie erhalten haben, bitte in das Eingabefeld ein und drücken Sie auf „weiter“.
3. Nun sind Sie bei den Fragebögen angekommen. Durch einen „Klick“ in die Kreise beantworten Sie die Fragen. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Unten am Fragebogen angekommen „klicken“ Sie auf weiter und gelangen so zu den nächsten Fragen. Sollten Sie eine Frage vergessen haben auszufüllen, erscheint nochmals der Fragebogen und die vergessene Frage ist „rot hinterlegt“.
4. Wenn der Smiley erscheint, sind Sie fertig. Die Prozentangaben, die unten an den Fragebögen erscheinen, übersehen Sie bitte – diese geben nicht an, wann Sie fertig sind oder wie weit Sie mit der Beantwortung sind.



5. Bitte bringen Sie dann das Tablet zum Pflegepersonal.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Nicolai Grospietsch

Anhang B Patienteninformation



KLINIKUM
CHRISTOPHSBAD

Patienteninformation

Information zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Untersuchung

Evaluation des Gruppentherapieprogramms

„Zürcher Ressourcen Modell“

in der stationären psychiatrischen Behandlung der Patienten
mit einer Depression – eine naturalistische randomisierte
kontrollierte Studie

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie bitten, an der folgenden Studie teilzunehmen: „Evaluation des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ in der stationären psychiatrischen Behandlung der Patienten mit einer Depression – eine naturalistische Studie“.

Inhalt und Ziel der Studie

Zu den Hauptsymptomen einer Depression gehört neben Niedergeschlagenheit und Interessen-/Freudverlust auch ein Antriebsmangel. Oft sind den Betroffenen ihre eigenen Wünsche und Ziele gar nicht bewusst. Dadurch fällt es Betroffenen oft schwer, Ziele zu verfolgen und umzusetzen. Dies geht gehäuft mit einer ausgeprägten Grübelneigung einher.

Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) ist ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zum erfolgreichen Selbstmanagement, bei dem es um das Bewusstmachen von Lebenszielen und deren Umsetzung geht. Mit Hilfe des Unbewussten werden Wünsche und Ziele bewusst gemacht und verschiedene Methoden trainiert, wie diese Ziele im Alltag umgesetzt werden können. Hierbei wechseln sich theoretische Bausteine mit praktischen Übungen ab. Ziel ist es, die Teilnehmenden dazu zu befähigen, sich ihrer Ziele und Wünsche bewusst zu werden und diese im Alltag verfolgen zu können. Das ZRM wird bereits erfolgreich bei der Behandlung von Burnout, von Essstörungen und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingesetzt. Zudem wird das Zürcher Ressourcen Modell auch im nicht-klinischen Bereich, wie beispielsweise Mitarbeiterschulungen großer Firmen, eingesetzt.

Ablauf der Studie

In dieser Studie möchten wir das Zürcher Ressourcen Modell zur Behandlung von Depressionen einsetzen (Zürcher Ressourcen Modell bei Major Depression, ZRM-MD). Die Teilnehmenden sollen in einer Gruppe (8 Patienten) über 8 Einheiten à 90 Minuten für sich eine Haltung, mit der sie durchs Leben gehen möchten, ein sogenanntes „Motto-Ziel“ erarbeiten. In praktischen Übungen werden Methoden zur Umsetzung des Motto-Ziels und zum Umgang mit verschiedenen Situations-Typen eingeübt. Hierdurch sollen die Teilnehmenden neue Perspektiven für sich entdecken und mehr Selbstsicherheit erlangen. Die depressive Symptomatik insgesamt soll gebessert werden. Mit dieser Untersuchung versprechen wir uns, in Zukunft einen neuartigen und nachhaltigen Ansatz bei der Behandlung von Depressionen anbieten zu können.

Um Informationen über das Ausmaß und die Art der Wirkung zu erhalten, werden Informationen mittels unterschiedlicher wissenschaftlich fundierter Fragebögen erhoben. Um die Nachhaltigkeit der Behandlung zu untersuchen, werden 12 Wochen nach Behandlungsende weitere Informationen zur Befindlichkeit der Teilnehmenden mittels Fragebogen erhoben.

Was sind die Risiken dieses Forschungsprojektes?

Da es sich um einen neuartigen Therapieansatz handelt, der noch nicht wissenschaftlich bei Patienten mit einer Depression evaluiert wurde, können wir keine Aussagen über den Therapieerfolg treffen. Ebenso wenig können wir sicher ausschließen, dass diese Gruppentherapie keine negativen Effekte auf das Befinden der Betroffenen ausübt. Zur Kontrolle werden nach jeder Gruppentherapie der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000 ausgehändigt. Ebenso kann die Untersuchung bzw. Intervention jederzeit bei subjektiver Unverträglichkeit, z. B. bei unerwarteter psychischer Dekompensation, abgebrochen werden. Da das Zürcher Ressourcen Modell aber bereits bei unterschiedlichen Patientengruppen erfolgreich eingesetzt wurde und bislang keine wesentlichen Nebenwirkungen bekannt sind, ist es unwahrscheinlich, dass wesentliche Nebenwirkungen eintreten.

Was sind die Vorteile der Teilnahme an diesem Forschungsvorhaben?

Da dies die erste Untersuchung ihrer Art ist, sind die Ergebnisse zunächst einmal zu Forschungszwecken bestimmt. Wir können zunächst keine verbindliche Aussage über mögliche Therapieerfolge treffen. Wir erhoffen uns aber eine Reduktion der klinischen Beeinträchtigung im Rahmen der depressiven Symptomatik für teilhabende Patientinnen. Persönlich könnte daher eventuell für Ihre Gesundheit ein unmittelbarer Vorteil oder Nutzen aus der Teilnahme an dieser Studie erwartet werden.

Kann ich meine Teilnahme an dem Forschungsprojekt vorzeitig beenden?

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne Nachteile für die weitere medizinische Versorgung zurückziehen. Sie können im Falle eines Widerrufs auch die Löschung der bis dahin erhobenen Daten verlangen, soweit nicht rechtliche Dokumentations- oder Meldepflichten entgegenstehen.

Ist die Vertraulichkeit meiner Daten gewährleistet?

Die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz werden im Rahmen dieser Studie eingehalten. Es werden nur Datenbögen ohne Namensnennung weitergegeben. Für die Dauer der Datenerhebung wird ihr Name in eine Monitoring-Datei (ein Excel-Datenblatt) eingetragen und mit einer fortlaufenden Nummer versehen. Auf allen verwendeten Fragebögen/Erhebungsinstrumenten wird nicht ihr Name, sondern nur die zugehörige Nummer vermerkt. Die Angaben in den einzelnen Fragebögen/Erhebungsinstrumenten werden in einen SPSS-Datensatz übertragen. In diesem SPSS-Datensatz wird nur die fortlaufende Nummer geführt, die Daten werden also (zunächst) pseudonymisiert abgespeichert. Die Monitoring-Datei, der SPSS-Datensatz und die Videoausschnitte werden auf einem durch Firewall und persönlichem Passwort geschützten Server gespeichert. Der Zugang zu dieser Datenbank ist nur den Mitarbeitern der Arbeitsgruppe möglich. Der Zugang zu vertraulichen Daten wird nur durch den Projektleiter gewährt und kontrolliert. Sobald die vollständige Datenerhebung erfolgt ist, wird die Monitoring-Datenbank gelöscht. Damit wird aus dem pseudonymisierten SPSS-Datensatz ein vollständig anonymisierter Datensatz. Die Videoaufnahmen der Sitzungen werden vollständig gelöscht, sobald das Rating durch neutrale Beobachter erfolgt ist. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen. Gegebenenfalls werden die Ergebnisse dieses Forschungsprojekts in wissenschaftlichen Zeitschriften und auf Konferenzen veröffentlicht. Diese Veröffentlichungen werden keinerlei persönliche Daten enthalten, die Rückschlüsse auf Ihre Person ermöglichen.

Versicherung

Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießen Sie Versicherungsschutz. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen.

Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf die Untersuchung zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich dem Studienarzt.

Kontaktstelle für Fragen

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns oder Ihren behandelnden Arzt. Stellen Sie alle Fragen, die Ihnen wichtig erscheinen und lassen Sie sich ausreichend Zeit für Ihre Entscheidung zur Teilnahme an dieser zusätzlichen wissenschaftlichen Untersuchung.

Für Rückfragen stehen Ihnen zur Verfügung:

Prof. Dr. med. Nenad Vasić

Klinikum Christophsbad Göppingen

Faurndauer Straße 6-28

73035 Göppingen

Tel.: [REDACTED]

E-Mail: [REDACTED]

Nicolai Grospietsch, M.Sc. Psychologie
Klinikum Christophsbad Göppingen
Faurndauer Straße 6-28
73035 Göppingen
Tel.: [REDACTED]
E-Mail: [REDACTED]

Dipl.-Psych. Rosita Szlak-Rubin, Psychologische Psychotherapeutin
Klinikum Christophsbad Göppingen
Faurndauer Straße 6-28
73035 Göppingen
Tel.: [REDACTED]
E-Mail: [REDACTED]

Anhang C Einverständniserklärung Studienteilnahme



KLINIKUM CHRISTOPHSBAD

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum Christophsbad Göppingen
Prof. Dr. med. Nenad Vasić
Faurndauer Straße 6-28
73035 Göppingen

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Untersuchung

Exploration des Gruppentherapieprogramms „Zürcher Ressourcen Modell“ in der stationären psychiatrischen Behandlung der Patienten mit einer Depression – eine naturalistische Studie

Name Patient/in: _____

Ich habe die Information für Patienten erhalten und ein Mitarbeiter der Station

Herr/Frau _____

hat mit mir heute ein ausführliches Aufklärungsgespräch über Art, Umfang und Bedeutung dieser Studie geführt. Ein Exemplar der Einverständniserklärung habe ich erhalten, gelesen und verstanden. In diesem Zusammenhang bestehende Fragen wurden besprochen und beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen eine Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden.

Mir ist bekannt, dass diese Studie der psychotherapeutischen Wissenserweiterung dient und nicht zwingend einen persönlichen Vorteil für mich erbringen muss.

Ich bin darüber unterrichtet worden, dass meine Teilnahme vollkommen freiwillig erfolgen muss. Ich weiß, dass ich meine Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönlichen Nachteil widerrufen und die Vernichtung der von mir erhobenen Daten fordern kann. Eine Löschung der Daten nach Anonymisierung ist leider nicht mehr möglich. Auch der Untersucher kann aufgrund seiner Erfahrung die Untersuchung jederzeit beenden.

Anhang D Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz**Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz**

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden
- 2) Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt und die beschriebene Verwendung meiner Daten ein.

.....
(Name Patient/in)

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift Patient/in)

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift Untersuchender)

Anhang E Therapieangebot PSY 4 des Klinikum Christophsbad

| Therapieangebot der Station PSY4 | | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|----------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|---|----------------------------------|---------------------------|
| 720 | Frühsport(S) | Frühsport(S) | Frühsport(S) | Frühsport(S) | Frühsport(S) |
| 725 | Spaziergang(S) | Spaziergang(S) | Spaziergang(S) | Spaziergang(S) | Spaziergang(S) |
| ganztägig | EKT(O) | | | EKT(O) | |
| 820 | Morgensrunde(S) | Morgensrunde(S) | Morgensrunde(S) | Morgensrunde(S) | Morgensrunde(S) |
| 825 | Ergo(S) | Ergo(S) | Ergo(S) | Ergo(S) | Ergo(S) |
| 835 | | | Musik(S) | Musik(S) | |
| 830 | AT Football(O) | ASPT(O) / AT Football(O) | AT Football(O) | AT Football(O) | AT Football(O) |
| 830 | | Sozialtherapie/seeseechung(S) | | | |
| 920 | | Knochenstuhl(S) | CA- und OA-Yohei(S) | Yohei(S) | Ohrenschüssel(S) |
| 1020 | Ergo(S) | Ergo(S) | Ergo(S) | Ergo(S) | Ergo(S) |
| 1020 | Hockergymnastik(S) | Hockergymnastik(S) | Kunst(S) | Kunst(S) | Hockergymnastik(S) |
| 1020 | ZRM(O) | ZRM(O) | Besprechung für Koch- und Backgruppe(O) | Therapeutisches Kochen(O) | Therapeutisches Backen(O) |
| 1145 | | | | | Stationrunde(S) alle 3 Wo |
| 1220 | | | Besprechung mit ET+PT/MT+KT(S) | Besprechung 14tägig mit MT+KT(S) | |
| 1245 | | | Nordic Walking(S) | | |
| 1320 | Spannungsgruppe(O) | Funktionelle Gruppe(O) | Spannungsgruppe(O) | Funktionelle Gruppe(O) | Spannungsgruppe(O) |
| 1320 | Ergo(S) | Ergo(S) | Ergo(S) | Ergo(S) | |
| 1345 | Gedächtnistraining(S) | Gedächtnistraining(S) | | Musik(S) | |
| 1420 | | EKT(O) | Aktivgruppe(O) | | EKT(O) |
| 1420 | | | ZRM(O) | | PEG/SKT(O) |
| 1445 | Nordic Walking(S) | | | | |
| 1520 | | Kreativgruppe(O) | | | |
| 1515 | | Gymnastik(S) | | Gymnastik(S) | |
| 1620 | Yoga(S) | Yoga(S) | PEG/SKT(O) | Yoga(S) | |
| 1720 | | Yoga(S) | | Yoga(S) | |
| 1715 | PMR(S) | PMR(S) | | | PMR (S) |
| 1820 | | | Angehörigengruppe im Turnus(O) | | |
| 1920 | Wachtherapie(O) | | | Wachtherapie(O) | |

Erklärung:

- Normal schrift: wird vom Pflegepersonal und/oder Therapeuten der Station durchgeführt
- Kurs schrift: findet außerhalb der Station, von Spezialtherapeuten durchgeführt, statt
- S: Standardtherapien für alle Patienten
- O: optionale Therapie bei Bedarf

Version 1

Anhang F Qualitative Interviews

Ausführliches Interview Patient 1:

Was sind die Symptome, mit denen Sie gekommen sind?

Vor allem hatte ich ziemlich starke Schlafstörungen, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, bin zu früh aufgewacht, Albträume. Dann ganz extrem: ich bin ständig erschrocken. Manchmal schon vor mir selber, wenn irgendetwas passiert ist. Ich habe Schmerzen gehabt im ganzen Körper, vor allem Gelenkschmerzen. Magenschmerzen die ganze Zeit. Also mir war es immer nur übel. Ich war den ganzen Tag müde, konnte nichts mit mir anfangen. Habe durchweg gegrübelt, vor allem nachts. Habe in jeder Situation heulen können. Ich habe kaum etwas gegessen und an nichts mehr wirklich Freude. Ich lag viel im Bett oder auf dem Sofa und habe Nonsens gemacht.

Sie haben ja an allen ZRM-Einheiten teilgenommen. Bei welchen Symptomen hatten Sie den Eindruck, hat es Ihnen geholfen?

Was da, glaube ich hilfreich war, ist was die Zukunftsängste angeht. Weil ich eigentlich für die Zukunft, wie soll ich sagen, ich hatte keine Hoffnung das es besser wird, sagen wir es so. Ich wusste nicht, wie es beruflich weiter geht. Hatte ein paar kleine Ideen, aber keine Motivation etwas zu machen, grad weil mein Körper auch mit den Schmerzen im Weg war. Ich glaube, das ZRM war ein neuer Schritt, Mut zu fassen, jetzt wirklich was zu machen. Ich weiß jetzt auch auf welchem Weg ich weitergehen will.

Gabs noch weitere Bereiche?

Ja, im zwischenmenschlichen, zum Beispiel in den Gesprächen mit meinen Eltern – da gehe ich jetzt anders hin. Ja, ich muss sagen das Motto-Bild hat mir da geholfen und diese Microbewegung. Ich muss schon ständig daran denken. Und ich gehe jetzt anders mit meinem Vater um. Also wenn ich das Gespräch mit ihm suche, mit einem anderen Selbstbewusstsein.

Ganz allgemein gefragt, was an der ZRM-MD-Gruppentherapie haben Sie als hilfreich erlebt?

Die Arbeit mit dem Bild. Mich mit dem Tier zu identifizieren, parallelen suchen, Fähigkeiten erlangen. Und die neuronale Plastizität. Wie das so alles funktioniert, zu verstehen.

Ist Ihnen auch etwas schwer gefallen?

Ja, die ersten zwei, drei Stunden. Für mich hat sich das theoretisch alles gut angehört, aber praktisch dachte ich: „Ja, toll – das ist wie in der Ausbildung. Da lernt man auch viel, kann es aber gar nicht alles anwenden. Und so kam ich mir da auch am Anfang vor. Und dann dachte ich: „Lass dich mal darauf ein, probier mal das Eine oder Andere aus. So hats mir dann immer ein wenig besser gefallen.

Was könnte man dann an der Methode, aus ihrer Sicht, vielleicht gerade am Anfang, optimieren?

Es war sehr, sehr viel Theorie. Vielleicht sollte man am Anfang gleich einmal entweder etwas praktisches oder auflockerndes machen. Weil wenn man so einen ausführlichen theoretischen Aufbau hat, dann schaltet man nach einer Weile ab. So ging es mir dann auch ein bisschen.

Von den verschiedenen Prozessschritten, den Bausteinen, den Interventionen, welche empfanden Sie als hilfreich?

Vor allem die Erarbeitung meines Motto-Ziels und das Bild. Auch das Embodiment. Die anderen Dinge haben mich nicht ganz so sehr angesprochen, ich habe meins daraus gemacht. Und dann dachte ich an einem gewissen Punkt: „Ich mache das unterbewusst, dann läuft das von alleine“.

Ich möchte auf manche spezifische Prozessschritte noch etwas genauer eingehen. Erinnern Sie sich noch an die somatischen Marker? An das Soma-Training? Hat das ihre Aufmerksamkeit geschult, auf ihre Körperempfindungen zu achten?

Also ich habe eigentlich auch davor schon eine gute Körperempfindung gehabt. Was mir aber geholfen hat, war es noch einmal bewusster darauf zu achten, wie reagiert mein Körper im einzelnen. Also klar, dass man ein zittern hat, ein Magengrummeln, oder so was; aber wo hockt das eigentlich, das unwohl sein, im Oberkörper, im Magen, in den Beinen. Das hat mir geholfen.

Können wir noch einmal einen Blick auf ihren Wunsch und ihr Thema werfen. Was hatten Sie ihr für sich entwickelt?

Mir ging es zunächst um die berufliche Situation. Ich war ein Mensch, der tut, was man mir sagt. Egal wie schlimm, sag ich mal, es für mich ist oder wie schwer. Ich habe teilweise die schwersten PatientInnen gehabt, weil ich damit klar kam. Und habe dadurch meinen Körper in den letzten zwei Jahren sehr vernachlässigt. Und so ginge es mir am Anfang um die Arbeit, dass ich hier mehr auf meine Grenzen achte und mich im Blick habe. Dann noch ein Teil familiär, weil auch meine Mutter teilweise pflegerische Hilfe braucht. Da habe ich mich als Altenpflegerin sehr für sie eingesetzt. Aber habe ich mich dann und meine Bedürfnisse hinten angestellt, ich kam dann vom Arbeiten und war erst für sie da, habe ihren Haushalt geschmissen und meinen eigenen. Und da höre ich jetzt mehr auf mich – dann bleibt ihre Küche halt mal einen Tag dreckig.

Ich versuche es einmal in meinen Worten zu verallgemeinern: Geht es Ihnen darum, mehr auf ihre Bedürfnisse, ihre Wünsche und ihre Grenzen zu achten?

Ja, es geht mir darum mich mehr zurückzunehmen; klar, wenn etwas ist, kann man mich holen, bin ich da und ich werde auch wieder arbeiten. Aber mehr auf mich hören, mehr auf meinen Körper hören.

Ihr Motto-Ziel „Mit starken Pfoten und klarem Blick bin ich treuer Beschützer und Begleiter meiner Bedürfnisse“ – was ist Ihnen daran bedeutsam?

Ganz arg bedeutsam sind die starken Pfoten. Ich war früher eigentlich ein ziemlich starker Mensch, habe mich dann aber klein kriegen lassen. Da will ich wieder dran arbeiten, dass

ich wieder stärker werde und meine Bedürfnisse, dass ich die beschütze und für mich sor-ge.

Was haben Sie sich denn für Erinnerungshilfen gesucht?

Ich habe mir ein Lederarmband mit einem Wolf bestellt – leider ist die Bestellung noch nicht da, das dauert noch ein bisschen. Dann habe ich einen Spitzer bekommen als Wich-telgeschenk mit einem Wolf darauf, weil ich auch gerne zeichne. Und ich habe ein T-Shirt mit einem Wolf. Und in der Ergotherapie habe ich einen Wolf in ein Stück Holz gebrannt als Dekoration im Wohnzimmer. Und ein Bild mit meinem Wolf habe ich an der Wand hängen.

Wie ist für Sie die Arbeit mit Erinnerungshilfen?

Eigentlich ganz gut; ich habe es gestern gemerkt. Ich hatte einen Arzttermin. Das ist ei-gentlich nicht meins. Eigentlich bin ich da ganz klein und kriege kaum Worte raus. Habe mir dann extra mein Wolfs-T-Shirt angezogen gestern und man fühlt sich schon ein biss-chen anders. Ja, es ist nur ein Bild oder so etwas. Aber durch den ganzen Prozess, viel-leicht liegt es auch an den starken Pfoten. Auf jedenfall hat mir das schon ein bisschen was geholfen.

In dieser Situation beim Arzt – was war anders? Wie haben Sie sich gefühlt?

Ich habe erstens vorm Arzt nicht geweint, also keine Träne verdrückt. Und ich konnte klar sagen, was meine Bedürfnisse sind oder was mir fehlt. Wo ich mich sonst auch immer schwer tu. Und der Arzttermin war dann fast gar interessant, so mich zu beobachten und meine Veränderung zu sehen.

Thema Embodiment: Was ist ihr Macro-Movement?

Die Macro-Version, war mit den Pfoten. Da habe ich zwei Fäuste gemacht. Dann der klare Blick, war nach links und rechts und dann mittig mit den Augen schauen. Eigene Bedürf-nisse habe ich beide Arme mit den Fäusten gekreuzt auf meine Brust gedrückt.

Nutzen Sie das Macro-Movement? Und falls ja, wie und wo?

Die Macro-Version nutze ich im Alltag nicht mehr, weil das doch ziemlich viele Bewe-gungen sind. Dann nutze ich lieber die Micro-Version, wenn was schwieriges ansteht. Wie bei dem Arzttermin, da habe ich es genutzt. Oder am Wochenende bei meinen Eltern. Da balle ich die Hand zu einer leichten Faust und zwicke mich leicht in der Herzgegend, so dass ich etwas spüre.

Wobei hilft das?

Ich denke mal, das klingt vielleicht komisch, aber wenn ich mich spüre, nehme ich auch meinen Körper war. Das klingt jetzt sehr komisch. Ich habe früher aus der ganzen Trauer und Wut, habe ich versucht meine ganze Stärke zu ziehen, weiter zu kämpfen. Und das Micro-Movement sagt mir, hey ich bin stark.

Soziale Ressourcen – wen haben Sie da mit eingebunden?

Meinen Freund. Dem habe ich immer so Schritt für Schritt alles erklärt. Jetzt schreibt er ab und zu, morgens und abends vor allem zum Gute Nacht sagen schickt er einen Wolfs-Smiley.

Schauen wir noch auf die A-, B- und C-Situationen. Welche A-Situationen sind in den letzten Tagen so aufgetaucht?

Ich hätte am Sonntag auf einen Geburtstag müssen mit Familie, vielen Menschen, Stress, vielleicht auch Ärger, keine Ahnung. Ich hatte einfach keine Lust. Und in dem Moment habe ich spontan, als man mich das zweite Mal gefragt hatte, gesagt: „ich habe keine Lust, ich komme nicht mit. Ich denke, da habe ich meine eigenen Bedürfnisse in den Vordergrund gestellt. Hat zwar eine Weile gebraucht, erst beim zweiten Mal fragen. Und dann war da eine Situation, in der ich mir in den Finger geschnitten habe. Da habe ich auch gedacht: „starke Pfote, um die kümmere ich jetzt erst einmal und nehme mir die Zeit dafür“.

Haben Sie auch B-Situationen vorbereitet, geplant?

Ja. Das war der Theatertag, ein Probetag. Und ich habe ja auch Text lernen müssen, Spiele vorbereiten müssen. Und ich sag mal, ja ich habe auf meine Bedürfnisse gehört und gedacht: egal, ich kriege den Text auch noch kurz vorher hin. Ich bin ja quasi die Regisseurin, müsste eigentlich Vorbild sein, die wissen ja aber, wies mir geht und haben Verständnis. Ich habe dann nur die Spiele vorbereitet und das ging dann viel einfach als ein riesen „Ballen“ den man auf einmal sonst hätte. Und der Arztbesuch war auch eine B-Situation, auf die ich mich vorbereitet habe. Der Weg zur Arztpraxis, im Auto, den habe ich vorbereitet. Als es dann aber hieß, wir machen einen Allergietest und die ganzen Nadeln und so: das war dann eher eine A-Situation, das ganze Pieksen, dass ich gut gemeistert habe.

Und mit welchen ZRM-Mitteln haben Sie diese B-Situation vorbereitet?

Ich habe priorisiert mit Listen. Alles aufgeschrieben, was ich für den Theatertag machen müsste und dann das weniger wichtige gestrichen. Und das habe ich an meinem Schreibtisch gemacht mit dem Blick auf mein Wolfsbild. Und für den Arztbesuch habe ich ja mein T-Shirt angezogen.

Welche C-Situationen sind aufgetaucht?

Ich habe mal die C-Situationen der vergangenen Wochen und Monate rausgeschrieben und dann, wie Sie gesagt haben, den gemeinsamen Nenner gesucht, was ist der Zusammenhang. Und da alles auf einen Punkt zusammenlief, ist mir einiges klarer geworden. Mein Vater, der Geruch von Alkohol sind so zwei Punkte. Und ich wusste auch, dass er zum Theatertag kommt, er hat die Schlüssel und schließt auf. Da konnte ich mich dann auch darauf einstellen und als B-Situation sozusagen vorbereiten. Und vorgestern hatte ich noch eine C-Situation, als ich erfuhr dass meine Stationsärztin für die nächsten Wochen krank ist. Ich brauche lange, bis ich jemandem vertraue, bis ich mit jemandem reden kann, im Kontakt bin und bei ihr hat es schon fünf Wochen gebraucht, bis ich meine Themen ansprechen konnte. Und dann hat sie sich krankgemeldet. Da war der Tag dann für mich gelaufen, da habe ich dann mein Motto-Ziel und alles vergessen. Ich war wütend auf mich,

weil ich wusste jetzt krieg ichs wieder nicht hin. Das hat dann einen Tag angehalten. Und dann habe ich an die positiven letzten Tage wieder gedacht und gemerkt, dass schon mehr geklappt, als nicht geklappt hat. Und wenn sich das noch festigt, auch mit dem Motto-Ziel, dann werden mir solche Situationen leichter fallen.

Ganz herzlichen Dank für Ihre Zeit und ihre Offenheit.

Kurzinterview Pflegekraft 1:

Gibt es Schwierigkeiten die ZRM-MD-Gruppentherapie in den Stationsalltag zu integrieren?

Für uns bei der Pflege nicht. Die Patienten sind ja in der Zeit in der Therapie und aufgeräumt. Auch davor und danach sehe ich keinen Mehraufwand. Und die Patienten freuen sich ja über ein weiteres Therapieangebot.

Ist die ZRM-MD-Gruppentherapie für die PatientInnen hilfreich?

Ja.

Was ist hilfreich?

Ich glaube, so wie ich das von außen mitbekomme, vor allem der Blick auf die Ressourcen. Hier ist ja häufig der Blick auf das gerichtet, was nicht so gut läuft, was die Depression mit ausgelöst hat. Das ZRM, so wie ich es verstehe, hat ja einen ressourcenorientierten Ansatz.

Trägt die ZRM-MD-Gruppentherapie zum allgemeinen Therapieerfolg bei?

Nach meinem Empfinden, ja. Ich habe mich mit ein paar Patienten unterhalten und sie berichteten, dass sie mit ihrem Motto-Ziel auch schon manche Situationen anders, positiver deuten konnten. Und das hilft ja aus dieser Depressionsspirale auch herauszukommen.

Kurzinterview Pflegekraft 2:

Gibt es Schwierigkeiten die ZRM-MD-Gruppentherapie in den Stationsalltag zu integrieren?

Die Patienten, die an der ZRM-Gruppe teilnehmen, können an diesen Tagen nicht in die Arbeitstherapie, da sich diese Angebote überschneiden. Ansonsten ist der Gruppentherapieaum ja häufig frei und die Patienten freuen sich besonders über psychotherapeutische Angebote, wie Einzeltherapie und Gruppentherapie.

Ist die ZRM-MD-Gruppentherapie für die PatientInnen hilfreich?

Ich habe schon den Eindruck; bin ja immer wieder im kurzen Kontakt und Austausch mit ihnen und sie berichten positives.

Was ist hilfreich?

Die Arbeit mit den Bildern – zumindest haben diese die Patienten in ihren Zimmern häufig am Spiegel kleben. Eine Patientin sagte dann, dass sie die Lebensfreude wieder verspüren

wolle, wie der Junge im Laubhaufen auf ihrem Bild und die kleinen Freuden wieder mehr spüren möchte.

Trägt die ZRM-MD-Gruppentherapie zum allgemeinen Therapieerfolg bei?

Schwer zu sagen, da es ja viele Angebote bei uns gibt. Ich bin mir sicher, dass es nicht von Nachteil ist und für viele auch von Vorteil. Es ist sicher das Gesamtkonzept der Station.

Kurzinterview Pflegekraft 3:

Gibt es Schwierigkeiten die ZRM-MD-Gruppentherapie in den Stationsalltag zu integrieren?

Nein. Die dreimal 90 Minuten sind gut zu integrieren und erweitern ja das Therapieangebot. Für die PatientInnen ist es eine intensive Therapie, da sie ja auch zwischen den Therapiesitzungen Hausaufgaben und so machen müssen. Aber ich habe nicht den Eindruck, dass es sie überfordert, aber herausfordert.

Ist die ZRM-MD-Gruppentherapie für die PatientInnen hilfreich?

Ja, auch für das Gruppengefüge. Ich habe den Eindruck, dass die Patienten in einem engeren Austausch sind.

Was ist hilfreich?

Der enge Austausch, wie ich gerade sagte. Kann mir vorstellen, dass die gemeinsame Zeit zusammenschweißt und sich so die Patienten gegenseitig unterstützen.

Trägt die ZRM-MD-Gruppentherapie zum allgemeinen Therapieerfolg bei?

Ja, den Eindruck habe ich. Ich denke, dass sie im ZRM noch einmal ganz andere Aspekte lernen, als in den anderen Therapien. Sich Zeit zu nehmen und ein klares Ziel zu erarbeiten, um dann auch erste Erfolge zu sehen, es umzusetzen. Positive Erfahrungen stärken ja wieder den Selbstwert und das ist es ja, was hilft aus der Depression herauszukommen.

Kurzinterview Patient 1:

Was haben Sie durch die ZRM-MD-Gruppentherapie gelernt?

Ich glaube wieder mehr an mich. Mein Motto-Ziel „Ich gehe meinen Weg“ hilft mir, bestärkt mich, meinen Weg, trotz der Widrigkeiten, zu gehen. Da hat mir vor allem die Idee mit dem Baby-neuronalen-Netz gefallen. Da kann ich mir richtig bildhaft vorstellen, wie ich es noch pflegen und hüten muss, dass es einmal stark und kräftig wird.

Was hat Ihnen am meisten geholfen, bzw. was beurteilen Sie positiv?

Ja, gerade die neuronale Plastizität hat mir da geholfen. Und der langsame, behutsame Start mit dem theoretischen Wissen. Und dann hat ja eins auf dem anderen aufgebaut.

Was hat Ihnen am wenigsten geholfen, bzw. was beurteilen Sie negativ?

Ne, das war eine runde Sache für mich.

Haben Sie Veränderungsvorschläge?

Ist vielleicht etwas hochgegriffen, aber ich könnte mir vorstellen, wenn die anderen Therapeuten auch involviert sind, könnte man auch in der Ergotherapie und Musiktherapie daran arbeiten, sich zum Beispiel Erinnerungshilfen zu erarbeiten.

Kurzinterview Patient 2:

Was haben Sie durch die ZRM-MD-Gruppentherapie gelernt?

Wieder mehr auf mich, mein Bauchgefühl und meine Intuition zu hören, auf mich zu achten.

Was hat Ihnen am meisten geholfen, bzw. was beurteilen Sie positiv?

Das Miteinander in der Gruppe. Wir haben uns so positiv gegenseitig unterstützt. Ich habe mich wohl gefühlt und konnte mich mit meinen Anliegen mit einbringen.

Was hat Ihnen am wenigsten geholfen, bzw. was beurteilen Sie negativ?

Es war ganz schön intensiv, auch viel Input. Vielleicht kann man es kürzen oder weitere Gruppentherapien anbieten?

Haben Sie weitere Veränderungsvorschläge?

Vielleicht auch noch einmal stärker betonen, dass der theoretische Input nicht zwingend erforderlich ist, man nicht alles verstehen muss, um sich ein Motto-Ziel zu bauen und umzusetzen.

Kurzinterview Patient 3:

Was haben Sie durch die ZRM-MD-Gruppentherapie gelernt?

Auf meine somatischen Marker zu hören. Also diese mehr in meine Entscheidungsprozesse einfließen zu lassen.

Was hat Ihnen am meisten geholfen, bzw. was beurteilen Sie positiv?

Gerade die somatischen Marker am Anfang, ich glaube das war in der ersten Stunde. Das hat meinen Blick geweitet und mir ein neues Steuerungsinstrument an die Hand gegeben.

Was hat Ihnen am wenigsten geholfen, bzw. was beurteilen Sie negativ?

Das Embodiment war nicht so meins, das nutze ich auch nicht. Aber für andere, glaube ich, ist das ganz hilfreich gewesen.

Haben Sie Veränderungsvorschläge?

Ne, gerne mehr davon.

Kurzinterview Patient 4:

Was haben Sie durch die ZRM-MD-Gruppentherapie gelernt?

Ich bin noch im Prozess mich selbst wichtiger zu nehmen, ohne egoistisch zu sein, aber für mich und meine Bedürfnisse einzustehen.

Was hat Ihnen am meisten geholfen, bzw. was beurteilen Sie positiv?

Definitiv das Motto-Ziel. Das erzeugt Aufbruchsstimmung, stimmt mich positiv und gibt mir Mut und Zuversicht, Kraft, um an mich zu glauben, auch wenn ich manchmal Zweifel.

Was hat Ihnen am wenigsten geholfen, bzw. was beurteilen Sie negativ?

Am Anfang konnte ich mich, auch wegen der Depression, noch nicht so konzentrieren. Und dann war da aber einiges an Theorie, die ich so nicht so aufnehmen konnte, wie ich wollte. Das hat mich frustriert – da waren dann die Unterlagen aber auch hilfreich, in denen ich nochmal in Ruhe nachlesen konnte.

Haben Sie Veränderungsvorschläge?

Ich verstehe, dass die Theorie wichtig ist, vielleicht kann man diese aber noch etwas kürzen?

Anhang G Arbeitsmäpple



Arbeitsmäpple

Das Zürcher Ressourcen Modell für Menschen mit Depression

Inhaltsverzeichnis

Modul 1 Seite 2
 Modul 2 Seite 7
 Modul 3 Seite 11
 Modul 4 Seite 15
 Modul 5 Seite 19
 Modul 6 Seite 23
 Modul 7 Seite 30
 Modul 8 Seite 35

Impressum

Nicolai Grospletsch, Psychologe M.Sc. (Herausgeber)
 Zeichnungen: Susanne Leger
 Gestaltung / Layout: Marc Heinrich
 Weitere Informationen unter www.zrm.ch



Einleitung

Jede Reise beginnt mit dem ersten Schritt und den ersten Schritt haben Sie schon gemacht: Schön, dass Sie an sich arbeiten wollen; schön, dass Sie am Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) teilnehmen.

Warum gelingt es nicht, Anforderungen gerecht zu werden? Warum sagt man schon wieder „Ja“ zu einer Verpflichtung, obwohl man „Nein“ meint? Warum kommt man nicht zur Ruhe? Oder warum kommt man nicht in „die Pötte“? Warum verfolgen Menschen ihre Wünsche nicht und setzen sie in die Tat um? Warum kann man nicht das machen, was man wirklich will?

Maja Storch und Frank Krause haben sich mit diesen Fragen zum Selbstmanagement auseinandergesetzt. Sie haben ein wissenschaftlich fundiertes Training entwickelt, dass auf neurowissenschaftlichen Erkenntnissen aufbaut. Die Kernfrage dabei ist:

Wie müssen eigene Vorsätze beschaffen sein, damit sie effektiv und nachhaltig in Handlung umgesetzt werden?

Während einer Depression treten eigene Vorsätze häufig in den Hintergrund – die Motivation, gesteckte Ziele umzusetzen, fehlt. Mit dem ZRM unterstützen wir Sie, neue Perspektiven zu entdecken, Wünsche zu formulieren, Ziele zu verfolgen – und so erweitern Sie Schritt für Schritt ihre Selbstmanagementkompetenzen.

In 8 Modulen mit jeweils 90 Minuten lernen Sie durch eine abwechslungsreiche Folge von Theorie und interaktiven spielerischen Selbsthilfetechniken das ZRM kennen und gezielt für sich und Ihre Themen einzusetzen.

Nun lassen Sie uns gemeinsam die Reisetasche packen und den nächsten Schritt gehen.



So arbeiten wir gut zusammen

- » Wir halten uns an die Schweigepflicht.
- » Wir sorgen gut für uns selbst.
- » Wir unterstützen uns gegenseitig.
- » Wir beteiligen uns so gut wir können.
- » Wir geben preis, was wir preisgeben wollen.

So machen wir uns auf den Weg

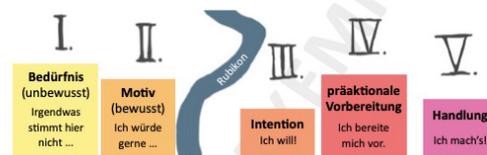
- » Theorie verstehen
- » Gemeinsam üben
- » Selbst umsetzen



Der Rubikon-Prozess

... bildet den roten Faden.

... beschreibt den Weg vom Wunsch zum Handeln.



Julius Cäsar lagerte mit seinen Legionen vor dem Fluss Rubikon und wägte ab:
 » „Ich könnte römischer Kaiser werden!“
 » „Ich könnte mein Leben verlieren!“
 Er fasste den Entschluss („alea lacta est“), den Fluss zu überqueren und mit seinen Legionen gegen Rom zu ziehen ...



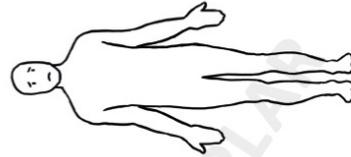
Zwei Bewertungssysteme

| | Verstand | emotionales Erfahrungsgedächtnis |
|--------------------------|----------------------------|--|
| Verarbeitungsmodus | bewusst | unbewusst |
| Zeithorizont | kann in die Zukunft planen | im Hier & Jetzt |
| Arbeitstempo | langsam | blitzschnell |
| Kommunikationsmittel | Sprache | somatische Marker/ Körperempfindungen |
| Bewertung | richtig/falsch | mag ich/mag ich nicht |
| Informationsverarbeitung | seriell | parallel |



„Soma-Training“: unangenehme Körperempfindungen

- » Wählen Sie Situationen aus Ihrem Alltag, bei denen Sie unangenehme Körperempfindungen (negative somatische Marker) haben.
- » Erinnern Sie sich an diese Situationen und nehmen Sie Ihre Körperempfindungen wahr.
- » Wählen Sie eine Farbe und zeichnen Sie die Körperempfindung in die Figur ein.
- » Beschreiben Sie Ihre Körperempfindungen (negative somatische Marker)

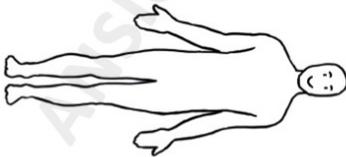


| Situation | Negative somatische Marker |
|-----------|----------------------------|
| | |
| | |
| | |

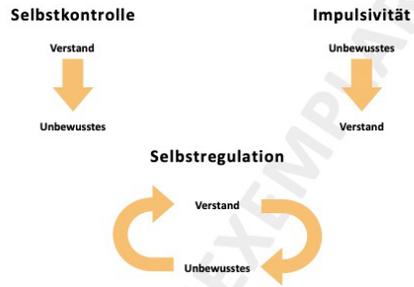
„Soma-Training“: angenehme Körperempfindungen

- » Wählen Sie Situationen aus Ihrem Alltag, bei denen Sie angenehme Körperempfindungen (positive somatische Marker) haben.
- » Erinnern Sie sich an diese Situationen und nehmen Sie Ihre Körperempfindungen wahr.
- » Wählen Sie eine Farbe und zeichnen Sie die Körperempfindung in die Figur ein.
- » Beschreiben Sie Ihre Körperempfindungen (positive somatische Marker)

| Situation | positive somatische Marker |
|-----------|----------------------------|
| | |
| | |
| | |



Selbstmanagement



- » Impulse aus dem Unbewussten werden wie vernünftige Überlegungen (Verstand) gesehen. Die Informationssysteme werden synchronisiert.



Affektbilanz

Negative und positive Gefühle (Affekte) entstehen im Gehirn in zwei Regionen:
 1. Positive Gefühle im Belohnungssystem (Nucleus accumbens)
 2. Negative Gefühle im Bestrafungssystem (Amygdala)
 » Sie bestehen in unterschiedlicher Ausprägung nebeneinander und gleichzeitig.

Die Affektbilanz ...
 ... ist eine Methode, Gefühle sichtbar zu machen.
 ... ist eine Hilfe, Entscheidungen zu treffen.
 ... kann gemischte Gefühle verständlich machen.
 ... ist individuell und tagesabhängig – es gibt kein richtig oder falsch.

Vorgehen:
 Kreuzen Sie intuitiv, schnell und ohne nachzudenken auf beiden Skalen die Stärke des Gefühls an.

Zur Übung:

- » Sonne tanken
- » Bungee Jumping
- » Saure Kutteln
- » Ergebnisse der Schachmeisterschaft



Zur Übung

Meine Lieblinge

Diese Assoziationen aus meinem Ideenkorb haben eine Affektbilanz von 0 (-) und mindestens 70 (+). Sie sind meine Lieblinge:

- »
- »
- »
- »
- »
- »
- »
- »
- »



Mein Thema klären mit Verstand und Unbewusstem

Selbstreflexion

Warum reagiert mein Unbewusstes so positiv auf die ausgewählten Lieblinge?

.....

.....

.....



Mein Wunsch

Formulieren Sie Ihren Wunsch mit Ihren Lieblingen und nutzen Sie dabei Ihre Erkenntnisse aus der Selbstreflexion.

Ich will sein, wie... / Ich will handeln, wie... / Ich will mich fühlen, wie...

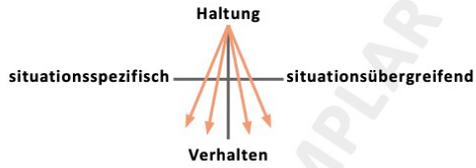
.....

.....

.....

.....

Zieltypen



Ein Motto-Ziel ...

- ... beschreibt eine Haltung.
- ... aktiviert positive Gefühle.
- ... spiegelt sich im Verhalten wider.
- ... ist im Präsens formuliert.
- ... benutzt eine bildhafte Sprache.



„Schmierzettel“ für den Motto-Ziel-Ideenkorb

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Meine Auswahl von Motto-Zielen

Diese Anregungen aus meinem Motto-Ziel-Ideenkorb gefallen mir am besten. Sie haben eine Affektbilanz von 0 (-) und mindestens 70 (+):

- »
- »
- »



Mein vorläufiges Motto-Ziel:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mein Motto-Ziel mit den ZRM-Kernkriterien optimieren

Mein Motto-Ziel muss ...

- ... als Annäherungsziel formuliert sein.
- ... vollständig in der eigenen Kontrolle sein.
- ... eine Affektbilanz von 0 (-) und mindestens 70 (+) aufweisen.



Mein Motto-Ziel in der heutigen Fassung

.....

.....

.....

.....

.....

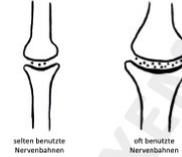
.....

.....



Neuronale Plastizität

Das Gehirn verändert seine Strukturen – durch Training beeinflussen wir sie aktiv.



Benutzt man die Nervenverbindungen häufig, werden sie gestärkt ähnlich wie bei einem Muskel. Aus einem Trampelpfad wird eine Autobahn, aus einer kleinen Pflanze wird ein stattlicher Baum – das „Baby-Neuronale-Netz“ wird groß und kräftig.



Erinnerungshilfen ...

- ... sind ein Weg, wie das Baby-Neuronale-Netz möglichst oft aktiviert und gestärkt werden kann – es wächst und gedeiht.
- ... sind Bilder, Wörter, Geräusche, Düfte und Gegenstände, die in einer assoziativen Beziehung zum Motto-Ziel stehen und uns im Alltag umgeben.
- ... müssen einmal angelegt werden; danach wirken sie von selbst.

Legen Sie 5 mobile und 5 stationäre Erinnerungshilfen fest, die Ihnen dabei helfen, Ihr Baby-Neuronales-Netz möglichst häufig zu aktivieren.

mobil

- »
- »
- »
- »

stationär

- »
- »
- »
- »



Wechselwirkung Körper ↔ Psyche

Körper und Psyche wirken permanent aufeinander und sind untrennbar miteinander verbunden.

1. Die Körperhaltung beeinflusst die Psyche

Eine Gruppe Versuchspersonen sollte einen Stift mit den Zähnen halten. Dadurch hoben sich ihre Mundwinkel – die „Lachmuskeln“ (Musculus zygomaticus major und Musculus risorius) wurden aktiviert.

Eine zweite Gruppe sollte einen Stift mit den Lippen halten. Dadurch wurden die „Lachmuskeln“ gehemmt und der Musculus orbicularis oris aktiviert

Als die Personen Comics ansahen, bewertete die erste Gruppe sie als deutlich lustiger als die zweite.

Strack et. al. (1988)



2. Die Psyche beeinflusst die Körperhaltung

Forscher analysierten die Körperhaltung von High-School-Absolventen unmittelbar nachdem sie über ihre Examsnoten in Kenntnis gesetzt worden waren:

- » Die, mit den besten Noten, richteten sich mehr auf.
- » Die, mit den Noten im mittleren Bereich, zeigten keine Veränderung ihrer Körperhaltung
- » Die, mit den schlechtesten Noten, nahmen eine gebeugtere Haltung ein.

Weisfeld & Beresford (1982)

Embodiment

- ... ist ein Weg, das Baby-Neuronale-Netz mit dem Körper zu verknüpfen.
- ... ist eine Abfolge von Bewegungen, ähnlich dem Yoga und Tai-Chi.
- ... beeinflusst die innere Haltung.

Ablauf:

1. Bild aufhängen und Motto-Ziel an die Tafel schreiben
2. Elemente und Reihenfolge festlegen
3. In Bewegung gehen
4. Ideenkorb



Mein Embodiment

Aus diesen Elementen besteht
mein Motto-Ziel

- »
- »
- »
- »
- »

Aus diesen Elementen besteht
mein Embodiment

- »
- »
- »
- »
- »

Zeichnen Sie hier Ihr Embodiment ein:



Mein Micro-Movement

Micro-Movement ...

- ... ist eine unauffällige Körperbewegung.
- ... kann gut in der Öffentlichkeit durchgeführt werden.

Beschreiben Sie Ihr Micro-Movement:

.....

.....

.....

.....

.....

Zeichnen Sie hier Ihr Micro-Movement ein:



Soziale Ressourcen

... sind Personen, die gezielt eingesetzt werden können, um das Motto-Ziel zu aktivieren.

Stille soziale Ressource

Die ausgewählte Person ist nicht eingeweiht, sie löst aber eine gewünschte Wirkung im Kontakt aus.

Strategische soziale Ressource

Die ausgewählte Person ist nicht eingeweiht, sie ist aber mit einer Aufgabe involviert.

Eingeweihte soziale Ressource

Die ausgewählte Person ist eingeweiht und unterstützt durch eine konkrete Aufgabe.



Situationstypen

A einfach
automatisch
aufmerksamkeit
pplaus



B problematisch
planbar
Bodybuilding



C zufällig
alt erwischt
King Cong
Krone richten



Mein Erfolgsspeicher für A-Situationen

Tag 1 So habe ich heute zielrealisierend gehandelt:

Tag 2 So habe ich heute zielrealisierend gehandelt:

Tag 3 So habe ich heute zielrealisierend gehandelt:

Tag 4 So habe ich heute zielrealisierend gehandelt:

Tag 5 So habe ich heute zielrealisierend gehandelt:

Tag 6 So habe ich heute zielrealisierend gehandelt:

Tag 7 So habe ich heute zielrealisierend gehandelt:



Die Glücksbohnen

Im Orient lebte ein weiser, alter Mann. Eines Tages kamen drei Männer zu ihm und fragten: „Oh Meister, du bist immer so zufrieden und ausgeglichen. Was ist das Geheimnis deiner Zufriedenheit?“

Der Weise lächelte milde: „Dieses Geheimnis kann ich euch gerne erzählen. Jeden Morgen, wenn ich aufstehe, nehme ich eine Hand voll Bohnen in meine linke Hosentasche. Jedes Mal, wenn ich mich zufrieden und ausgeglichen fühle, nehme ich eine Bohne aus meiner linken und stecke diese in meine rechte Hosentasche.“

Am Anfang kam das nicht so oft vor. Aber von Tag zu Tag wurden es mehr Bohnen, die von der linken in die rechte Hosentasche wanderten. Der Duft der frischen Morgenluft, der Gesang der Amsel auf dem Dachfirst, das Lachen meiner Kinder, das nette Gespräch mit einem Nachbarn – immer wanderte eine Bohne von der linken in die rechte Tasche.

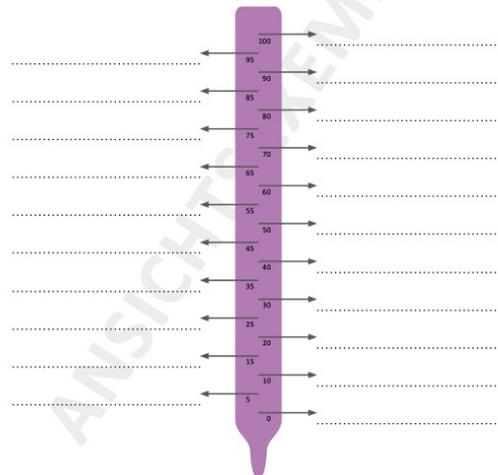
Und jeden Abend, bevor ich schlafen gehe, nehme ich die Ernte des Tages aus meiner rechten Hosentasche, schaue jede Bohne an und erinnere mich an den Moment, für den sie steht.“



B-Situationen, in denen ich meine Ressourcen einsetzen möchte

- » Welche planbaren B-Situationen stehen in den nächsten Wochen an?
- » Wie herausfordernd sind sie?

Schwierigkeitsgrad





Eine planbare B-Situation, in der ich meine Ressourcen gezielt einsetzen möchte

Achten Sie auf einen angemessenen Schwierigkeitsgrad (40 – 60).

Beschreiben Sie Ihre gewählte B-Situation möglichst genau:

- » Wo befinden Sie sich?
- » Welche Personen sind beteiligt?
- » Welche Herausforderungen erwarten Sie?
- » Welche Rahmenbedingungen sind zu beachten?
- » Wie ist Ihr bisheriges Empfinden in dieser Situation?
- » ... ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Was hilft mir in dieser B-Situation, mein Motto-Ziel zu aktivieren?

Erinnerungshilfen

.....

.....

.....

Micro-Movement

.....

.....

.....

Soziale Ressourcen

.....

.....

.....



Wenn-Dann-Pläne (Gollwitzer)

- ... legen fest, wann, wo und wie man sich in bestimmten Situationen verhalten will.
- ... helfen, in schwierigen und unerwarteten Situationen zielgerichtet zu handeln.
- ... helfen, neue Automatismen aufzubauen oder alte Automatismen zu umgehen.

Ein Wenn-Dann-Plan hat immer denselben sprachlichen Aufbau:

Wenn Situation X eintritt, dann mache ich Y.

Ein Wenn-dann-Plan besteht aus drei Elementen:

1. einer Situation, in der die beabsichtigte Handlung ausgeführt werden soll
2. der beabsichtigten Handlung
3. einer mentalen Verknüpfung zwischen Situation und Handlung

- „Wenn ich meine Tasse Kaffee trinke, dann gönne ich mir 10 Minuten Ruhe und genieße mit allen Sinnen.“
- „Wenn ich meine Wohnungstüre öffne, dann gehe ich in meine Bärenhaltung.“
- „Wenn ich eine Fliege sehe, dann schnappe ich sie mir schnell mit meiner flinken Zunge.“



Mein Wenn-Dann-Plan

Meine ausgewählte B-Situation:

.....

.....

Mein unerwünschter Automatismus:

.....

.....

So wird mein unerwünschter Automatismus garantiert aktiviert:

.....

.....

Mein Wenn-Dann-Plan:

Wenn

.....

dann

.....



Logbuch für C-Situationen

Diese überraschenden C-Situationen haben mich kalt erwischt; ein alter, unerwünschter Automatismus wurde aktiviert:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.



Meine C-Situationen zu B-Situationen machen

Welche Gemeinsamkeiten im (Vor-)Verlauf meiner C-Situationen erkenne ich?

.....

.....

.....

.....

.....

Welche äußeren und inneren Vorläufersignale kann ich identifizieren?

.....

.....

.....

.....

.....



Das ZRM-Ablaufmodell

Wie C- zu B- und B- zu A-Situationen werden

1. C-Situationen identifizieren
2. C-Vorläufer erkennen
→ C-Situationen werden zu B-Situationen
3. B-Situationen planen
4. B-Situationen trainieren
→ B-Situationen werden zu A-Situationen
5. A-Situationen wahrnehmen
6. A-Situationen wertschätzen



Mein Haupthindernis

Mit diesem Hindernis muss ich bei der Umsetzung meines Motto-Ziels realistischerweise rechnen:

.....

.....

.....

.....



Diese Verhaltensweisen stehen mir dann zur Verfügung:

.....

.....

.....

.....



Mein Prozess im ZRM-Training

Mein Start:
Mein Bild:

Mein Weg:
Mein Motto-Ziel:

Meine wichtigsten
Ressourcen:

Wo stehe ich jetzt?

Was mir sonst noch wichtig ist:



Mein persönlicher Ressourcenpool

Mein Motto-Ziel

Mein Bild

Meine Erinnerungshilfen

Mein Embodiment

Meine sozialen Ressourcen

Mein Micro-Movement



Anhang H Manual zur ZRM-MD-Gruppentherapie

INHALTSVERZEICHNIS

1 Einleitung

2 Psychotherapeutische Ziele

3 Didaktische Empfehlungen

4 Aufbau der ZRM-MD-Gruppentherapie

4.1 Aufbau jeder Gruppensitzung

4.2 Vorankündigung

4.3 Themenbereiche der Sitzungen

4.3.1 1. Sitzung

4.3.2 2. Sitzung

4.3.3 3. Sitzung

4.3.4 4. Sitzung

4.3.5 5. Sitzung

4.3.6 6. Sitzung

4.3.7 7. Sitzung

4.3.8 8. Sitzung

5 Besondere Hinweise

6 Literaturverzeichnis

7 Anhang

1 Einleitung

Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM; Storch & Krause, 2017) ist ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zum erfolgreichen Selbstmanagement, bei dem es um das Bewusstmachen von Lebenszielen und deren Umsetzung geht. Mit Hilfe des Unbewussten werden Wünsche und Ziele bewusst gemacht und verschiedene Methoden trainiert, wie diese Ziele im Alltag umgesetzt werden können. Hierbei wechseln sich theoretische Bausteine mit praktischen Übungen ab. Ziel ist es, die Teilnehmenden dazu zu befähigen, sich ihrer Ziele und Wünsche bewusst zu werden und diese im Alltag verfolgen zu können. Das Zürcher Ressourcen Modell wird bereits erfolgreich bei der Behandlung von Burnout, von Essstörungen und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingesetzt. Zudem wird das Zürcher Ressourcen Modell auch im nicht-klinischen Bereich, wie beispielsweise Mitarbeiterschulungen großer Firmen, eingesetzt. Mit diesem Manual wird das Zürcher Ressourcen Modell zur Behandlung von Depressionen beschrieben (Zürcher Ressourcen Modell bei Major Depression, ZRM-MD).

2 Psychotherapeutische Ziele

Das generelle Ziel der ZRM-MD-Gruppentherapie besteht in der Reduktion der depressiven Symptomatik. Oder anders formuliert: In der Förderung der seelischen Gesundheit der Teilnehmenden. Dieses allgemeine Ziel wird durch eine Verbesserung der individuellen Bewältigungskompetenzen und einer Erweiterung des Handlungsrepertoires angestrebt. Zentral ist ebenso die Erhöhung des Selbstwirksamkeitserlebens. Dabei geht es sowohl darum, vorhandene Kompetenzen zu stärken als auch neue Kompetenzen aufzubauen. Entscheidend für den Therapieerfolg ist letztlich die Erweiterung des Handlungs-/Bewältigungsrepertoires. Zwar sollen die Teilnehmenden auch in der Wahrnehmung bereits vorhandener, funktionaler Kompetenzen gestärkt werden. Ein „mehr desselben“ zur Verfestigung eindimensionaler Bewältigungsstrategien ist jedoch nicht der gewünschte Effekt. Denn um alltäglichen Anforderungen gekonnt und flexibel zu begegnen, ist es nützlich eine möglichst breite Palette verfügbarer Bewältigungsstrategien zu besitzen. Dies soll im ZRM-MD über die Erarbeitung und Etablierung eines sogenannten Motto-Ziels erfolgen. Motto-Ziele zielen auf die innere Haltung ab, fördern die intrinsische Motivation, erzeugen Sinnerleben und regen eine Einstellungsänderung an und erweitern letztlich das Handlungsrepertoire und die Selbstmanagementfähigkeiten.

Das ZRM-MD ist von seiner Grundkonzeption her zielgruppenspezifisch, das heißt es wendet sich besonders an Personen mit einer depressiven Episode. Jedoch ist die Anwendung des ZRM-MDs durchaus auch für andere Störungsbilder denkbar. Die Grundkonzeption und nahezu alle im folgenden beschriebenen Methoden sind aus dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM, Storch & Krause, 2017) entnommen und für eine stationäre psychotherapeutische Behandlung im Gruppensetting angepasst worden.

3 Didaktische Empfehlungen

Die psychotherapeutischen Ziele sollen durch die didaktische Grundausrichtung der Gruppentherapie unterstützt werden.

Essenziell für ein Gelingen ist die Schaffung günstiger Gruppenbedingungen (vgl. Dziawas, 1980). Kohäsion, Vertrauen/Offenheit und Kooperation können dabei als die wichtigsten Merkmale einer erfolgreichen Gruppe betrachtet werden (Dziawas 1980). Es sollen dieselben Basisvariablen für die Schaffung günstiger Gruppenbedingungen gelten, wie bei therapeutischen Prozessen im Allgemeinen: Offenheit, Vertrauen, kooperative Arbeitsbeziehungen (vgl. Selbstmanagement-Therapie; Kanfer, 2012).

Weiter sollten, wo möglich, auch die gruppentherapeutischen Wirkfaktoren von Yalom (2007) berücksichtigt werden: Hoffnung einflößen, Universalität des Leidens, Mitteilung von Informationen, Altruismus, korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppen, Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs, nachahmendes Verhalten, interpersonales Lernen, Gruppenkohäsion, Katharsis und existenzielle Faktoren.

Als die wichtigsten Aufgaben, die sich den Kursleiter/innen neben der sachkompetenten Vermittlung der Informationen und der Methoden des ZRM-MDs stellen, ist eine Entwicklung von Beziehungen der Teilnehmenden untereinander zu ermöglichen und dadurch den Gruppenzusammenhalt zu stärken, Vertrauen und Offenheit zu fördern und kooperatives Verhalten zu unterstützen und zu verstärken. Für ein gelingendes Arbeiten in der Gruppe ist es erforderlich, dass aus der zunächst losen Ansammlung von Einzelpersonen eine Gruppe „zusammenwächst“, so dass ein Ort des Vertrauens, der Offenheit und der Akzeptanz entsteht in der kooperativen Arbeitsbeziehungen, vielleicht gar emotionale Beziehungen, möglich sind. Sich also ein Gruppenklima des Vertrauens entwickelt, in dem der Einzelne sich akzeptiert fühlt und offen über persönliche Belange sprechen kann. Und sich so eine kooperative Arbeitshaltung aufbauen lässt, womit die Bereitschaft gemeint ist, sowohl anderen Gruppenmitgliedern bei der Bewältigung ihrer Probleme zu helfen als auch für sich selbst eine solche Unterstützung der Gruppe anzunehmen. Gerade bei depressiv erkrankten können die positiven Beziehungserfahrungen in der Gruppe ein wesentlicher Baustein zur Genese darstellen.

Visualisierung

Das ZRM empfiehlt wo immer möglich mit Visualisierungen zu arbeiten, „mit lebendigen Bildern, Metaphern, Farben und Beispielen“ (Storch & Krause, 2017, S. 313).

Die Teilnehmenden durchlaufen einen durchaus komplexen, vielschichtigen Prozess während der Gruppentherapie. Um diesen zu erleichtern und stets den Überblick zu gewährleisten ist es notwendig die relevanten Inhalte anschaulich und einprägsam auf Flipchartblättern zu visualisieren.

Wiederholungen

Durch Depressionen sind in aller Regel auch das Denken und die Auffassungsgabe gehemmt, Konzentration und Merkfähigkeit schwinden. Im Extremfall so weit, dass fälschlicherweise eine Demenz vermutet wird. Um dieser Symptomatik entgegenzuwirken sind bewusst Zeiten zur Wiederholung wichtiger psychoedukativer Elemente und elementarer Prozessschritte eingeplant. Ziel ist es Verbindungen innerhalb der neuronalen Netze zu festigen. Klaus Grawe (2004) verglich dieses Verfahren mit einem Trampelpfad, der durch wiederholte Nutzung breiter und breiter wird und am Ende sprichwörtlich eine Autobahn darstellt. Auch das „Arbeitsmäpple“ (persönliches Handbuch mit Abbildungen, Graphiken, Beispielen und Arbeitsblättern) unterstützt die Teilnehmenden vor und nach den Therapiestunden in ihrem Tempo, auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet zu wiederholen und zu vertiefen.

Plenumsrunden

Das ZRM-MD ist ein individuumorientiertes Therapieprogramm, indem die Teilnehmenden neben dem möglicherweise erlebbaren und ersichtlichen Prozess parallel häufig auch einen inneren, weniger ersichtlichen Prozess durchlaufen. Um einen Raum für intrapsychische Prozesse zu öffnen, aber auch um Fragen und Unklarheiten zu klären, sind von Zeit zu Zeit Plenumsrunden (sogenannte „Ründelis“) geplant. Diese sind neben den genannten Argumenten auch hilfreich für eine Standortbestimmung, indem eigene Prozesse in Bezug gesetzt werden können. Dies birgt jedoch auch – insbesondere bei depressiven Patienten – die Gefahr der Abwertung eigener Leistung. Daher gilt prinzipiell die Teilnehmenden, auch für vermeintlich kleine Fortschritte, zu verstärken. Zudem gilt die Haltung die Inhalte, Äußerungen und Themen der Teilnehmenden aufzugreifen und „willkommen zu heißen“. Neben dem gemeinsamen Üben und Umsetzen des Erlernten, sind die Plenumsrunden auch nochmal eine gute Möglichkeiten die Gruppenkohäsion zu fördern.

Privater und öffentlicher Therapiebereich

Im Laufe der Gruppentherapie werden früher oder später intime, private, möglicherweise sensible und berührende Themen aufkommen. Wichtig ist die Teilnehmenden schon bei Beginn der Therapie im Sinne möglicherweise aufkommender Nebenwirkungen darauf hinzuweisen und gleichzeitig das Angebot auszusprechen, dies in der Gruppe und/oder in einem Einzelgespräch (beispielsweise im Anschluss an einer Gruppentherapiesitzung) mit einbringen zu können. Wichtig ist die Teilnehmenden auch darauf hinzuweisen, dass sie „ihre“ Themen mit einbringen können und dürfen; aber nicht müssen. Diese klare Trennung, eines privaten und völlig geschützten Bereichs einerseits und andererseits einem allen Mitteilnehmenden zugänglich öffentlichen Bereichs, hilft bereits im Vorfeld Ängste und Unsicherheiten zu reduzieren („puh, dann muss ich nicht mein Innerstes nach außen kehren...“). Der private Therapiebereich ist durch Phasen der Einzelarbeit und durch das „Arbeitsmäpple“ gegeben. Für ein mögliches Teilen privater Themen können die Plenumsrunden hilfreich sein.

Dreischritt

Ein didaktisches Mittel ist auch der im Verlauf der Gruppentherapie wiederkehrende „Dreischritt“ aus

1. Theorie verstehen
2. Gemeinsames Üben
3. Selbst umsetzen

Die Teilnehmenden sollen durch psychoedukative „Impulsreferate“, die dem ZRM zugrundeliegenden Theorien verstehen und somit selbst zu „Experten“ werden. In einem weiteren Prozessschritt werden die Inhalte gemeinsam im Plenum geübt, Unklarheiten und Fragen geklärt. Abschließend sollen die Teilnehmenden ganz im Sinne des Selbstmanagements das Erlernte und gemeinsam Geübte selbst für sich umsetzen und anwenden.

Zielgruppengerechtes Arbeiten:

Das vorliegende Therapiemanual ist so konzipiert, dass eine Arbeit mit für die definierte und beschriebene Zielgruppe in der Regel gut möglich ist. In der Praxis ist es allerdings oft sinnvoll und notwendig vom vorgegebenen Manual (Beibehaltung der grundsätzlichen Programmstruktur) abzuweichen, um gruppenspezifische Anliegen zu berücksichtigen. Beispielsweise um spezifische Belastungsfaktoren zu thematisieren. Selbstverständlich sind auch Sprache und Beispiele den Gruppenindividuen anzupassen.

In der Praxis hatte sich zudem bewährt auch auf dem Schweregrad der depressiven Episoden Rechnung zu tragen. So ist beispielsweise zum Schutze eines Überforderungserlebens eine Reduktion psychoedukativer Inhalte in Betracht zu ziehen. Auch gibt es weitere Möglichkeiten „Abkürzungen“ zu nehmen – auf diese wird an den gegebenen Stellen mit einem Sternchen (*) darauf verwiesen.

4 Aufbau der ZRM-MD-Gruppentherapie

Das hier beschriebene Konzept umfasst acht Gruppensitzungen, die bei drei Terminen pro Woche auf drei Wochen verteilt sind. Die Teilnahme an allen Sitzungen ist zwar wünschenswert, jedoch nicht zwingend identisch, mit der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus. Es ist möglich, dass PatientInnen bei früherer Entlassung die letzten Gruppensitzungen auch tagesklinisch, in nachstationärer Behandlung oder ambulant wahrnehmen. Die Dauer einer Gruppensitzung beträgt 90 Minuten. Ein häufiges Symptom bei Depressionen ist ein vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen, so dass in jeder Gruppensitzung eine Pause von 10 bis 15 Minuten vorgesehen ist. Eine optimale Teilnehmendenzahl liegt bei acht PatientInnen, wobei auch bei Gruppengrößen zwischen sechs und zehn Personen gute Bedingungen gegeben sind. Die Gruppenleitung sollte durch eine psychotherapeutisch geschulte Fachkraft (psychologischer Psychotherapeut, Psychiater oder Psychologin) wahrgenommen werden. Ergänzend ist es sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich, wenn die Gruppe durch einen Mitarbeitenden des Pflegebereichs ergänzt wird. Im Rahmen von stationären Behandlungen haben sich offene oder halboffene Gruppen bewährt, da die Auf-

enthaltszeiten kaum planbar sind. Jedoch stellt die ZRM-MD-Gruppentherapie einen fortlaufenden, aufeinander aufbauenden (Entwicklungs-)Prozess dar, weshalb es vonnöten ist die Behandlung als geschlossene Gruppe anzubieten. Können die PatientInnen an einzelnen Gruppensitzungen nicht teilnehmen, so ist ein Großteil durch die wiederholenden Elemente zu kompensieren. In Einzelfällen ist es möglich verpasste Inhalte auch in Einzeltherapien nachzuholen.

4.1 Aufbau der Gruppensitzungen

Die Gruppensitzungen umfassen verschiedene wiederkehrende Elemente. Zu Beginn jeder Stunde begrüßt die Gruppenleitung die Teilnehmenden und fragt nach wichtigen Anliegen, Themen oder Fragen, die vorneweg zu klären sind. Anschließend werden ab der zweiten Gruppensitzungen wichtige Inhalte aus den vorhergehenden Sitzungen wiederholt – so entsteht ein zeitlicher Raum des Anknüpfens und Verfestigens an bisher behandelte Themen. Auch können Unklarheiten und Missverständnisse beseitigt werden, „Hausaufgaben“ (das Wort ist aus Schulzeiten herrührend bei vielen Personen negativ besetzt. Daher wird dieses Wort, sofern möglich, gemieden und ersetzt durch „Forschungsexperiment“, „ausprobieren“, „testen“, „üben“, ...) besprochen und Erfolge gewürdigt werden. Daran anschließend werden die jeweils anstehenden Themen in verschiedenen didaktischen Formen bearbeitet (näheres dazu in den spezifischen Sitzungen der Themenbereiche). Festgehalten werden kann jedoch die allgemeine Abfolge von 1. Theorie verstehen, 2. Gemeinsam üben, 3. Selbst umsetzen. Um eine angenehme Arbeitsatmosphäre herzustellen, bietet es sich Kreisbestuhlung an mit Blick auf das Flipchart. Nach Möglichkeit sollte zwischen den Stühlen für ausreichend Zwischenraum gesorgt werden, um den Teilnehmenden einen persönlichen Bereich zu bieten. Tische in der Nähe haben sich für Schreiarbeiten für die Einzel- oder Kleingruppenarbeit bewährt. Wenn möglich, so ist es hilfreich den Teilnehmenden vor der ersten Gruppentherapiesitzung in Einzel- oder Gruppengesprächen die Teilnahme am ZRM und die geplanten Termine mitzuteilen, die Ziele zu erläutern, Vorbehalte auszuräumen, mögliche Fragen zu klären und Vorfremde zu vermitteln. Die Teilnehmenden erhalten zudem vor der ersten Gruppentherapiesitzung das „Arbeitsmäpple“ mit allen relevanten Informationen und Arbeitsblättern – so können Teilnehmende mit einem erhöhten Informations- und Sicherheitsbedürfnis sich schon im Vorfeld mit den anstehenden Themen vertraut machen und mögliche Unsicherheiten reduziert werden. Auch dient das „Arbeitsmäpple“ als eine Art „persönliches Handbuch“, „als Gedächtnisstütze“ und als „Nachschlagewerk“. Die PatientInnen werden gebeten dieses zu jeder Therapiegruppe mitzubringen. Die generelle Ausstattung des Raumes sollte folgendes umfassen: Flipchartständer, Flipchartpapier, Filzschreiber, Kugelschreiber, eine Bildkartei, ein „Arbeitsmäpple“. Dazu kommen spezifische Materialien zu den einzelnen Sitzungen, die an gegebener Stelle erwähnt werden.

4.2 Vorankündigung

Aus oben bereits genannten Gründen ist eine Vorankündigung hilfreich und daher zu empfehlen. Hierzu erhalten die Teilnehmenden (meist von den Pflegekräften ausgehändigt) die „Einladung“ (siehe Anhang K), mit einem kurzen erklärenden Text zum ZRM-MD und

den geplanten Terminen. In einem circa zehnminütigen Treffen können die Teilnehmenden erfahren, wer außer Ihnen noch in der Gruppe ist, die Gruppenleitung kennenlernen, eine erste Idee vom ZRM-MD erhalten und mögliche Fragen klären. Die Gruppenleitung teilt die „Arbeitsmäpple“ aus, erklärt in wenigen Sätzen die Ziele des ZRM-MDs und sollte, zum Abbau von Vorbehalten und Zweifel zwei Dinge deutlich hervorheben. Erstens geht es im ZRM-MD, anders als in anderen Gruppentherapien, nicht darum „das Innerste nach außen zu kehren“. Es werden zwar innerpsychische Prozesse angeregt, jedoch kann jeder Teilnehmende für sich selbst entscheiden, was er der Gruppe davon preisgeben möchte. Und zweitens ist trotz des zeitlichen Umfangs von 90 Minuten und der hohen Frequenz von drei Terminen in der Woche bei der Konzeption der Gruppentherapie darauf geachtet worden, den depressiven Symptomen des verminderten Denk- und Konzentrationsvermögens Rechnung zu tragen.

4.3 Themenbereiche der Sitzungen

4.3.1 1. Sitzung

Kurz gefasst:

Die erste Sitzung der ZRM-MD-Gruppentherapie bildet das Fundament des gesamten Verlaufes und ist damit von großer Bedeutung. Die Ziele der ersten Sitzung beziehen sich vor allem auf die Bildung einer guten gemeinsamen Arbeitsgrundlage und der Verständnisvermittlung des Therapiekonzepts. Inhaltlich sollen die Teilnehmenden mit Hilfe des Rubikon-Prozesses den roten Faden des ZRM-Trainings an die Hand bekommen und ein „Gespür“ für die eigenen Körperempfindungen/somatische Marker entwickeln.

Grober Ablauf:

- | | |
|---|------------------|
| 1. Begrüßung und Trainings-/Therapieziele | circa 10 Minuten |
| 2. Regeln und didaktisches Grundkonzept | circa 10 Minuten |
| 3. Rubikon-Prozess | circa 15 Minuten |
| 4. Zwei Bewertungssysteme | circa 5 Minuten |
| 5. Pause | circa 15 Minuten |
| 6. Somatische-Marker-Training | circa 25 Minuten |
| 7. Forschungsexperiment, Abschluss und Verabschiedung | circa 5 Minuten |

Material:

Bei allen Sitzungen notwendige Materialien: Flipchartständer, Flipchartpapier, Filzschreiber, Kugelschreiber, ZRM-MD-Bildkartei, ein „Arbeitsmäpple“

Zusätzlich notwendig: Flipcharts der 1. Sitzung, farbige Wachsmalfarben

Vorgehen:

1. Begrüßung und Trainings-/Therapieziele

Begonnen wird mit einer zugewandten Begrüßung durch die Gruppenleitung. Im Anschluss stellt sich diese mit Namen und in ihrer Funktion vor. Zu Beginn ist es hilfreich einen groben Umriss über Nutzen und Ziele der Gruppentherapie zu geben – so könnten folgende Worte einleitend gewählt werden:

„Das Zürcher Ressourcen Modell für depressive PatientInnen oder kurz ZRM-MD ist ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zum erfolgreichen Selbstmanagement, bei dem es um das Bewusstmachen von Lebenszielen und deren Umsetzung geht. Sie sollen sich in der Gruppentherapie ihrer Wünsche, Bedürfnisse, Ziele bewusstwerden. Solche Wünsche, Bedürfnisse können zum Beispiel „Ich will aktiver sein“, „Ich will die Lebensfreude wieder spüren“, „Ich will mich selbstbewusst für meine Bedürfnisse einsetzen“, „Ich will mich besser abgrenzen“, ... sein. Weiter sollen Sie neue Perspektiven entdecken und Methoden lernen, diese Wünsche im Alltag verfolgen zu können. Hierbei wechseln sich theoretische Bausteine mit praktischen Einzel- und Gruppenübungen ab. Das ursprünglich konzipierte ZRM wird bereits bei der Behandlung von Burnout, von Essstörungen und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingesetzt. Zudem wird das Zürcher Ressourcen Modell auch im nicht-klinischen Bereich, wie beispielsweise Mitarbeiterschulungen verschiedener Firmen, eingesetzt.“

Weiter erklärt die Gruppenleitung die Rahmenbedingungen (Termine, Frequenz und Dauer der Gruppentherapie mit Hinweis auf Pausen, die Bitte das „Arbeitsmäpple“ zu jeder Sitzung mitzubringen und die Wichtigkeit der regelmäßigen Teilnahme).

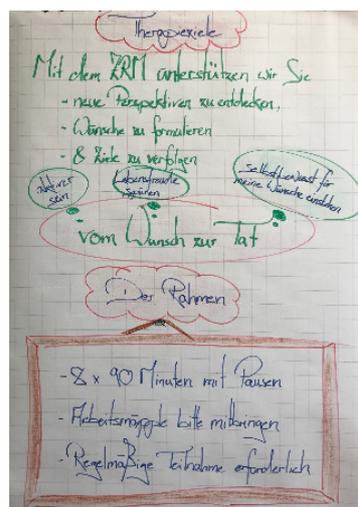


Abbildung A 1: „Therapieziele und Rahmen“

2. Regeln und didaktisches Grundkonzept

Weiter werden die Grundlagen für eine gute, gewinnbringende Zusammenarbeit („So arbeiten wir gut zusammen“) besprochen. Punkt für Punkt werden die einzelnen Regeln genannt und zusammen mit den PatientInnen mit Inhalt gefüllt:

- „Wir halten uns an die Schweigepflicht“: Die Schweigepflicht der Teilnehmenden bezieht sich auf alle von anderen Teilnehmenden eingebrachten persönlichen Themen. Theoretische Inhalte („Impulsreferate“) sind selbstverständlich kein Geheimnis und unterliegen nicht der Schweigepflicht. Für die Gruppenleitung besteht selbstverständlich die übliche Schweigepflicht. An diesem Punkt ist es jedoch sinnvoll die PatientInnen auch darauf aufmerksam zu machen, dass diese nicht für das Behandlungsteam auf Station gilt. Das heißt, dass beispielsweise zwischen ÄrztInnen-, TherapeutInnen- und Pflorgeteam in Übergaben, auch aus der ZRM-MD-Gruppentherapie persönliche PatientInnen Themen besprochen werden.
- „Wir sorgen gut für uns selbst“: An Depression erkrankte Menschen fällt es häufig schwer ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und zu äußern. Dies soll, im Sinne des Selbstmanagements und der Selbstfürsorge unterstützt und gefördert werden. An dieser Stelle werden die Teilnehmenden ermutigt Bedürfnisse zu äußern. Diese können sein, dass der Wunsch nach Wiederholung eines Themas, inhaltlicher Vertiefung oder im mehr gemeinsamen Üben besteht. Oder der Wunsch nach einer weiteren oder vorgezogenen Pause, im Wunsch ein Fenster für Frischluft zu öffnen, ...
- „Wir unterstützen uns gegenseitig“: Die ZRM-MD-Gruppentherapie beinhaltet auch immer wieder Kleingruppenarbeiten, die vom Austausch untereinander, von Ideen und Anregungen der Teilnehmenden leben. Hier ist eine gegenseitige Unterstützung erwünscht.
- „Wir beteiligen uns so gut wir können“: Beteiligung ist erwünscht – in dem Rahmen, wie es jedem möglich ist. Fragen, Anregungen, Anmerkungen und Beispiele von Teilnehmenden beleben die Gruppentherapie. Während einer depressiven Episode gibt es jedoch manchmal Phasen, in denen man sich nicht so beteiligen kann, sich zurücknimmt und lieber „ein stiller Zuhörer“ ist. Auch das ist in Ordnung. Jeder Teilnehmende soll sich in dem Maße beteiligen, wie es ihm zum Zeitpunkt möglich ist. Während einer depressiven Episode kann es auch sein, dass Aufmerksamkeit und Konzentration beeinträchtigt sind. Daher werden wesentliche Inhalte zu Beginn jeder Sitzung wiederholt und es besteht zu jeder Zeit die Möglichkeit Fragen zu stellen, um für sich Klarheit zu schaffen.
- „Wir geben preis, was wir preisgeben wollen“: Während der Gruppentherapie werden im Prozess auch zwangsläufig sehr private, teils auch intime, vielleicht traurige oder schambesetzte Themen berührt. Es besteht eine absolute Freiwilligkeit, ob diese Themen oder Ergebnisse oder auch Teile davon in der Gruppentherapie mit eingebracht werden. Das ZRM-MD trennt zwei Bereiche:
 - der „private Raum“, in dem die eigenen Themen völlig geschützt sind. Dies sind beispielsweise während der Gruppentherapie erfolgende Einzelarbeiten und die

schriftlich festgehaltenen Arbeitsschritte im „Arbeitsmäpple“, die dritten nicht zugänglich sind.

- der „öffentliche Raum“, der allen Teilnehmenden zugänglich ist. Dies findet beispielsweise in Plenumsrunden und im Austausch untereinander statt.

Abschließend zu den Regeln wird erfragt, ob die Teilnehmenden Ergänzungen zu den Regeln vornehmen wollen. Dies wird meist verneint. Durch ein kurzes „Zunicken“ aller Teilnehmenden kann dann das Einverständnis zu den Regeln abgeholt werden.

Anschließend wird der „Dreischritt“ („So machen wir uns auf den Weg“) des didaktischen Grundkonzepts erläutert (vgl. 3. Didaktische Empfehlungen).

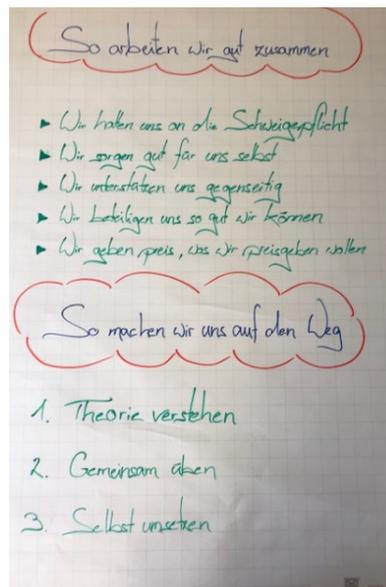


Abbildung A 2: „So arbeiten wir gut zusammen“ & „So machen wir uns auf den Weg“

3. Rubikon-Prozess

Der Rubikon-Prozess bildet den roten Faden durch die ZRM-MD-Gruppentherapie. Daher ist es wichtig, den Teilnehmenden gleich zu Beginn der Gruppentherapie dieses von Storch und Krause (2017) weiterentwickelte motivationspsychologische Prozessmodell von Heckhausen und Gollwitzer (1987) des zielrealisierenden Handelns zu vermitteln. Der Rubikon-Prozess könnte in folgendem Wortlaut vermittelt werden:

„Der Rubikon-Prozess ermöglicht es, ein Handlungsziel, also das, was Sie oder ich gerne tun würden, auf seiner Reise zu begleiten. Er gibt einen Überblick über die verschiedenen Reifungsstadien, die ein Wunsch durchlaufen muss, bis der betreffende Mensch so weit mobilisiert, motiviert und aktiviert ist, damit dieser Wunsch zum Ziel wird und mit Willenskraft verfolgt und aktiv in die Tat umgesetzt wird. Kurzgefasst: Der Rubikon-Prozess beschreibt den Weg vom Wunsch zur Tat. Und etliche Menschen haben Schwierigkeiten, Dinge, die sie sich vornehmen auch konkret und nachhaltig umzusetzen. Ein Paradebeispiel hierfür sind Neujahrsvorsätze: zum Beispiel im kommenden Jahr mehr Sport zu treiben. Vielleicht schafft man es, häufig gegen den inneren „Schweinehund“, noch einige Tage oder Wochen diesen

Vorsatz zu verfolgen; spätestens im Februar jedoch fallen wir zurück in alte Muster und der Vorsatz ist Geschichte. Insbesondere Menschen mit einer depressiven Erkrankung haben häufig Probleme damit ins aktive Handeln zu kommen. Das ZRM bietet auf Grundlage des Rubikon-Prozesses Hilfe. Der Rubikon-Prozess besteht aus fünf Phasen.“

Und dann kann fortgeführt werden, indem die fünf Phasen erläutert werden:

„Die erste Phase, ist das **Bedürfnisfeld**. In diesem Reifestadium sind die Wünsche und Bedürfnisse noch nicht ausreichend bewusst. Haben Sie Ideen und Beispiele für Bedürfnisse?“ (die Teilnehmenden nennen hier in der Regel die physischen Bedürfnisse und Sicherheitsbedürfnisse (vgl. Bedürfnispyramide nach Maslow, 1981). Hierbei gilt es diese zu bekräftigen und die Teilnehmenden gleichzeitig darin zu unterstützen psychische Grundbedürfnisse (z.B. die Grundbedürfnisse nach Grawe, 2004: Orientierung/Kontrolle, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindung, Selbstwerterhöhung/Selbstwertschutz) zu benennen.

Und nach der Aufzählung verschiedener Grundbedürfnisse kann folgendermaßen fortgeführt werden:

*„Diese Bedürfnisse gilt es erst einmal zu explorieren, wahrzunehmen, um sie in den Entwicklungsprozess möglicherweise mit einzubeziehen. Wenn das erste Reifestadium erfolgreich durchlaufen wurde, hat sich das Bedürfnis zum Motiv gewandelt. Im **Motivfeld** kann das Bedürfnis kommuniziert werden. Diverse attraktive Dinge könnten verfolgt werden – welchem gibt man dem Vorrang? Der Lebensqualität oder dem Geldverdienen? Der Abenteuerlust oder dem Bedürfnis nach Sicherheit? Dem Freiheitsdrang oder dem Wunsch nach Geborgenheit? Wo soll man wohnen? In der eleganten Stadtwohnung oder im Bauernhaus auf dem Land? Welches Auto soll man kaufen? Den flotten Flitzer oder den vernünftigen Gebrauchtwagen? Es ist eine Zeit des Sammelns von Informationen und das Für und Wider wird abgewägt. Im günstigen Fall findet diese Abwägephase irgendwann ihr Ende und ein Motiv setzt sich durch. Oder es findest sich eine Kombilösung, die vermeintlich widersprüchliche Motive miteinander vereinbaren lässt. Manchmal gelingt es auch keinem Motiv die Oberhand zu gewinnen, sich durchzusetzen, um ins nächste Reifestadium zu gelangen. Das Grübeln darüber hindert einem am Einschlafen; Freunde fangen an den Kontakt zu meiden, weil sie sich nicht entscheiden können; der Schreibtisch ist übersät mit Listen, mit denen Sie versuchen die Vor- und Nachteile der konkurrierenden Möglichkeiten abzuwägen. Diese ersten beiden Reifestadien des Rubikon-Prozesses sind essenziell für ein erfolgreiches und nachhaltiges Handeln. Somit werden wir uns in knapp der ersten Hälfte der Gruppentherapie mit ihren Bedürfnissen und Motiven beschäftigen. Der Übergang vom Motiv zur Intention hat dem ursprünglichen Rubikon-Modell seinen Namen gegeben: dies ist der Schritt über den psychologischen Rubikon. Auf dem linken Ufer des Rubikon finden sich Motive, auf dem rechten die Intention. Der Unterschied zwischen Motive und Intention ist wesentlich durch Gefühle bestimmt. Der Abwäge und Suchprozess geht über in eine Entschlossenheit mit*

Verbindlichkeitscharakter. Es ist entschieden worden, was gewollt wird und es kann zur Tat geschritten werden. Namensgeber des Rubikon-Modells war der ein kleiner Grenzfluss in Norditalien – der Rubikon. 49 v. Chr. lagerte Julius Cäsar nach glorreichen Schlachten mit seinen Legionen am Rubikon. Ein Überschreiten des Rubikons mit seinen Legionen würde einer Kriegserklärung an Rom gleichkommen. Julius Cäsar wägte im Motivfeld ab: `Ich könnte Kaiser von Rom werden` oder aber `ich könnte in einem Krieg gegen Rom mein Leben verlieren`. Nach intensivem Abwägen fasste Cäsar den Entschluss, hatte eine klare Intention gebildet und sagte die berühmten Worte `alea iacta est`. Er überquerte den Rubikon und... der Rest steht in den Geschichtsbüchern. Diese kleine Anekdote verdeutlicht nochmals das Abwägen im Motivfeld und die Entschlossenheit im Reifungsstadium der Intention. Kennen Sie solche Phasen des Abwägens, die zu einer klaren, eindeutigen Intention geführt haben?`“

An dieser Stelle ist es gut drei, vier Beispiele zu sammeln und gegebenenfalls um eigene Beispiele zu ergänzen. Zum Beispiel folgendes: „Kennen Sie das: Sie sitzen beim Italiener, schlagen die Speisekarte auf und es fällt ihnen zunächst schwer zu entscheiden: Pizza oder Pasta. Sie wägen das Für und Wider ab, sammeln Argumente, ... Vorgestern hatte ich bereits Pasta, andererseits sind in diesem Restaurant die Spaghetti besonders lecker. Soll ich einmal die Pizza probieren? Und so weiter... Und dann entscheiden sie sich spätestens, wenn der Kellner die Bestellung aufnimmt. Sie überschreiten den Rubikon.“ Und auch an dieser Stelle kann nochmals deutlich auf den Gefühlsunterschied zwischen dem linken und dem rechten Ufer des Rubikons hingewiesen werden.

Ist der Rubikon überquert so ist der Wunsch auf der rechten Seite des Ufers angekommen und liegt in einem neuen Reifungsstadium vor: Eine **Intention** wurde gebildet. Einhergehend mit einem positiven Gefühl besteht nun die feste Absicht das Ziel in Handlung umzusetzen. Häufig kann mit einer eindeutigen Intentionsbildung sofort zielrealisierend gehandelt werden. In manchen Fällen ist die Intentionsbildung allein jedoch nicht ausreichend. Beispielsweise können trotz der klaren Intentionsbildung mehr Sport betreiben zu wollen, alte und eingeschliffene Automatismen, wie die Routine sich aufs „Sofa fallen zu lassen“ in die Quere kommen.

In Fällen, in denen trotz erfolgreicher Intentionsbildung zielrealisierendes Handeln nicht gelingt, sondern alte unterwünschte Automatismen anspringen, muss verstärkt der Fokus auf die **präaktionale Vorbereitung** gelegt werden. Um gut elaborierte neuronale Automatismen aufzubauen, um so die neu entwickelte Intention auch in kritischen Situationen in Handlung umzusetzen, werden im späteren Verlauf des ZRM-MDs verschiedene Wege und Methoden aufgezeigt und eingesetzt.

Das **Handeln** ist die letzte Phase des Rubikon-Modells und kann zielrealisierend erfolgen, wenn durch die vorangegangenen Phasen gute Bedingungen geschaffen wurden. Trotz aller Vorbereitung und optimaler Voraussetzungen kann es noch immer geschehen, dass in bestimmten Situationen das gewollte Handeln misslingt. Hier lernen die Teilnehmenden in den letzten Sitzungen der Gruppentherapie verschiedene Situationstypen kennen und schu-

len sich unter anderem in einem wohlwollenden und lösungsorientierten Umgang mit den nicht gelingenden Situationen und der eigenen Person.

Im Anschluss an dieses Impulsreferat haben die Teilnehmenden meist Fragen: um Unklarheiten aus dem Weg zu räumen sollte die Gruppenleitung sich und der Gruppe genügend Zeit einräumen, um auf diese einzugehen und zu klären.

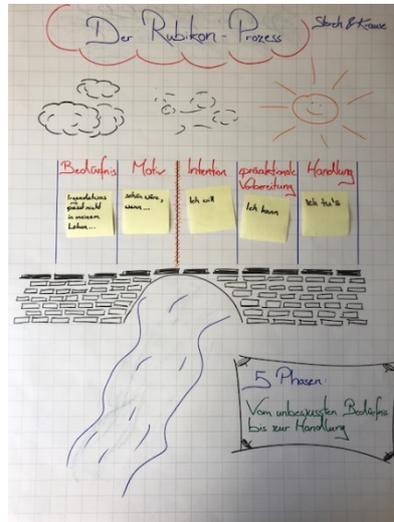


Abbildung A 3: „Rubikon-Prozess“

4. Zwei Bewertungssysteme

Eine weitere und zu Beginn wichtige theoretische Grundlage, ist die der „zwei Bewertungssysteme“. Dieses wird in einem weiteren Impulsreferat den Teilnehmenden vermittelt. Vereinfacht gesagt verfügen Menschen über zwei Systeme, die unterschiedlich arbeiten und Bewertungen und somit auch Handlungen hervorbringen. Der „Verstand“ und das „emotionale Erfahrungsgedächtnis“ unterscheiden sich auf verschiedenen Ebenen voneinander. Das „emotionale Erfahrungsgedächtnis“ bewertet alles, was der Körper tut, nach den positiven und negativen Konsequenzen dieses Tuns (Roth, 2013) und sendet unmittelbar über sogenannte somatische Marker (Damasio, 1994) Körpersignale und steuert somit auf eher unbewusste Art und Weise Verhalten. Der „Verstand“ bezieht verschiedene Sichtweisen und Erfahrungen heran, wägt ab und trifft bewusst Entscheidungen. Auch wird der Verstand benötigt, um einen Umgang mit neuen, unbekanntem Situationen zu finden, wo das emotionale Erfahrungsgedächtnis noch keine Vorgaben machen kann (ROTH, 2001). Beide Systeme stehen gleichwertig nebeneinander – für ein nachhaltig zielrealisierendes Handeln benötigt es eine Synchronisation beider Systeme. Bei Menschen, die dem emotionalem Erfahrungsgedächtnis kaum Beachtung schenken, Körpersignale unterdrücken oder ignorieren und sich nahezu ausschließlich auf der „Verstands-Ebene“ aufhalten, laufen Gefahr depressiv zu erkranken.

| | Verstand | emotionales Erfahrungsgedächtnis |
|--------------------------|----------------|---|
| Verarbeitungsmodus | Bewusst | unbewusst |
| Zeithorizont | Zukunft | im Hier & Jetzt |
| Arbeits tempo | langsam | Blitzschnell |
| Kommunikationsmittel | Sprache | somatische Marker Körperempfindungen |
| Bewertung | richtig/falsch | mag ich/mag ich nicht |
| Informationsverarbeitung | seriell | parallel |

Abbildung A 4: „Zwei Bewertungssysteme“

Inhaltlich vertiefen sollte auf das Konzept der somatischen Marker (Damasio, 1994) eingegangen werden. Sogenannte somatische Marker sind objektiv messbare körperliche Signale, die als Körperempfindungen und/oder als starkes Gefühl wahrgenommen werden können. Diese bewusst wahrzunehmen, erleichtert den Zugang zum Selbsterleben und kann zusammen mit der „Verstands-Ebene“ eine gute Grundlage von Entscheidungen bilden. Für diese teils diffusen Körpersignale ist es meist schwer passende Worte zu finden. Daher lassen sich in unserer Sprache viele metaphorische Beschreibungen finden, wie z.B. „Schmetterlinge im Bauch“, „Frosch im Hals“, „stehen Nackenhaare zu Berge“, „läuft kalt den Rücken runter“, „Gänsehaut“, ... Lassen Sie die Teilnehmenden einige suchen und nennen und halten Sie diese auf einem Flipchart fest. Und ergänzen Sie auch um alltäglichere, weniger intensive somatische Marker, wie z.B. „angenehme Wärme im Nackenbereich“, „Bauchgrummeln“, „angespannte Haut“, „Leichtigkeit in den Beinen“, ...

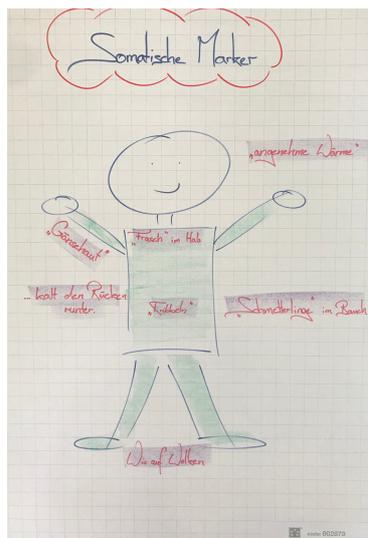


Abbildung A 5: „somatische Marker“

5. Pause

Im Anschluss an den umfangreichen theoretischen Input ist eine circa 15-minütige Pause zu empfehlen.

6. Somatische-Marker-Training

Nach der Pause wird vertieft auf die somatischen Marker/Körperempfindungen des emotionalen Erfahrungsgedächtnisses eingegangen und die Wahrnehmung dieser wird gemeinsam geübt. In Anlehnung an die „Gefühlspraxis“ (Weber, 2023) geht es im Somatische-Marker-Training darum Gefühle wahrzunehmen, zu identifizieren, zu benennen und zu steuern. Körperliche Komponenten sollen wahrgenommen und versprachlicht werden. Das somatische Marker Training läuft in sechs Arbeitsschritten ab:

1. Gründe für negative Emotionen sammeln
2. Negative somatische Marker in Figur einzeichnen
3. Den Emotionen Namen geben
4. Gründe für positive Emotionen sammeln
5. Positive somatische Marker in Figur einzeichnen
6. Den Emotionen Namen geben

Im ersten Arbeitsschritt werden im Plenum Gründe und Situationen für negative Emotionen gesammelt und durch den Therapeuten am Flipchart aufgeschrieben. Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass die Gründe individuell unterschiedlich sein können. Manche Menschen wird beim Gedanken an Saure Kutteln (Innereien-Gericht der schwäbischen Küche) übel, anderen läuft dabei sprichwörtlich das Wasser im Mund zusammen. Wichtig ist daher auch die Betonung, dass es kein richtig oder falsch gibt – die Bewertung hängt von den Vorlieben und Erfahrungen ab, die bei jedem Menschen unterschiedlich sein können und dürfen.

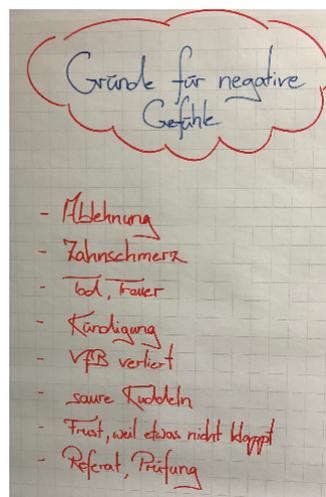


Abbildung A 6: „Gründe für negative Gefühle“

Eine Gefahr besteht, insbesondere in der Arbeit mit depressiven PatientInnen, darin, dass ausschließlich sehr schwere, belastende, schmerzvolle und allgemeine Erfahrungen berich-

tet werden, beispielsweise Tod, Trennung, Einsamkeit, ... Daher ist es hilfreich selbst ein paar konkrete Beispiele in petto zu haben, die weniger dramatisch sind: Die Eiskugel fällt auf den Boden, der Lieblingspullover hat ein Loch, Kritik vom Chef, ...

Ist die Liste mit einigen Beispielen gefüllt, folgt der zweite Arbeitsschritt. Hier wird mit einem Fokuspatienten/einer Fokuspatientin ein Grund für eine negative Emotion, der gut erinnert werden kann (am besten aus der jüngeren Vergangenheit) gesucht und exploriert. Folgend wird der Fokus auf die Körperwahrnehmung und das Bewusstwerden und Verortung der negativen somatischen Marker gerichtet. Fragen Sie als Therapeut interessiert nach, während die PatientIn seinen/ihren Körper durchscannt. Helfen Sie eventuell und unterstützen, indem Sie konkrete Körperregionen anbieten und benennen (Beispielsweise: „Spüren Sie es im Brauchbereich?“). Ist die Körperregion (oder auch mehrere Körperregionen) gefunden kann es hilfreich sein noch konkreter zu fragen und die PatientIn in den Marker hineinspüren zu lassen. Hilfreiche Fragen können hier sein: Welche Form hat das Gefühl? Wie groß ist es? Wie stark ist es? Ist es hart oder weich? Ist es klar abgegrenzt oder fließend? Starr oder in Bewegung? Ist es ein ziehendes oder drückendes, pochendes, ... Gefühl? Ist es warm oder kalt? Hell oder dunkel? Können Sie es kleiner/größer, schwächer/stärker werden lassen?

Weiter wird die PatientIn gebeten spontan eine Farbe (hilfreich ist es ein Angebot verschiedener Wachsmalfarben bereitzuhalten) zu greifen und in das Somatogramm am Flipchart (in den Umriss einer Figur) einzuzeichnen. Anfangs sind meist Unsicherheiten, Skepsis und Zögern normal. Begegnen sie diesem zugewandt, validierend. Auch hier gibt es wieder kein richtig oder falsch, keine Regeln, keine Normen.

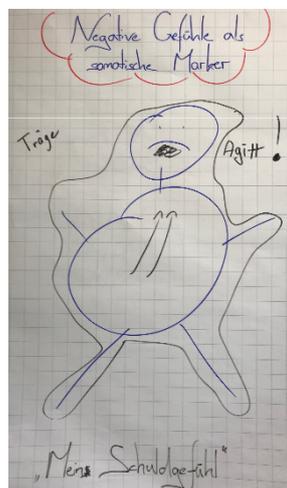


Abbildung A 7: „negative Gefühle als somatische Marker“

Im dritten Arbeitsschritt soll die Emotion versprachlicht werden – eine Name gefunden werden. Hilfreich ist es hier nicht nur die Emotion (beispielsweise Wut, Traurigkeit, Angst, ...) zu benennen, sondern eine individuelle, für die Situation entsprechende Wortneuschöpfung oder Eigensprachlichkeit zu entwickeln (beispielsweise das bäääh-Gefühl, der Schlaghammer, Tohuwabohu, ...)



Abbildung A 10: „Forschungsexperiment somatische Marker“

4.3.2 2. Sitzung

Kurz gefasst:

Im Mittelpunkt der zweiten Sitzung der ZRM-MD-Gruppentherapie steht die Bildwahl – die Teilnehmenden wählen aus einem „Pool“ ein Bild, dass sie in der aktuellen Lebenssituation „anspricht“. Weiter lernen die Teilnehmenden die Affektbilanz kennen – eine Methode, die die Beobachtung der affektiven Komponenten der somatischen Marker schult.

Grober Ablauf:

- | | |
|--|------------------|
| 1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und Forschungsexperiment besprechen | circa 10 Minuten |
| 2. Selbstmanagement | circa 5 Minuten |
| 3. Bildwahl | circa 15 Minuten |
| 4. „Ründeli“ (Vorstellen der Bilder Plenum) | circa 15 Minuten |
| 5. Pause | circa 15 Minuten |
| 6. Ergänzen eigener Begriffe, Gedanken, Assoziationen zu eigenem Bild | circa 5 Minuten |
| 7. Affektbilanz | circa 15 Minuten |
| 8. Begrifflichkeiten „auswerten“ mit Hilfe der Affektbilanz | circa 5 Minuten |
| 9. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung | circa 5 Minuten |

Material:

Bei allen Sitzungen notwendige Materialien: Flipchartständer, Flipchartpapier, Filzschreiber, Kugelschreiber, ZRM-MD-Bildkartei, ein „Arbeitsmäpple“

Zusätzlich notwendig: Flipcharts der 2. Sitzung, Entspannungsmusik und Lautsprecherboxen, Farbkopien der ZRM-MD-Bildkartei, zwei Magnete

Vorgehen:

1. Begrüßung, Wiederholung und Forschungsexperiment besprechen

Zu Beginn werden nochmals in wenigen Worten die wesentlichen Inhalte (Rubikon-Prozess, Zwei Bewertungssysteme, Somatische-Marker-Training) der ersten Sitzung wiederholt, Fragen und Ungereimtheiten geklärt. Besonders auf das Somatische-Marker-Training sollte nochmals eingegangen und Erfahrungen ausgetauscht werden. Lassen Sie sich konkrete Situationen und die dazugehörigen Körperempfindungen berichten und verweisen sie nochmals auf die Wichtigkeit weiter zu üben.

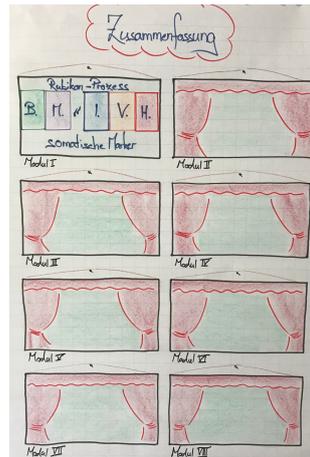


Abbildung A 11: „1. Zusammenfassung“

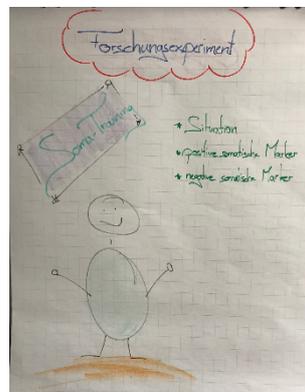


Abbildung A 12: „Forschungsexperiment“

2. Selbstmanagement*¹

Folgend geht es mit einem kurzen theoretischen Input zur Vertiefung der zwei Bewertungssysteme (Verstand und emotionales Erfahrungsgedächtnis) weiter. Um Absichten auch nachhaltig erfolgreich in die Tat umzusetzen, benötigt es eine Synchronisation beider Systeme. In der Psychologie unterscheidet man drei Formen des Zusammenspiels der beiden Bewertungssysteme:

- **Selbstkontrolle:** „Bei der Selbstkontrolle unterdrückt der Verstand das Unbewusste und versucht, die Handlung so zu steuern, dass die Verstandesbewertung umgesetzt wird.“ (Storch & Krause, 2017, S. 164). Wenn der Gedanken an die anstehende Prüfung Unbehagen auslöst, sich aber am Riemen reißt und den inneren Schweinehund überwindet und sich auf den Weg macht, dann ist dabei die Selbstkontrolle am Werk – die Verstandeskraft überwindet die Fluchtimpulse des emotionalen Erfahrungsgedächtnisses. Selbstkontrolle ist ein häufig gefordertes und eingesetztes Mittel, um sich nicht unvernünftig zu Verhalten (Süßigkeiten ablehnen, wenn man abnehmen will) oder um das zu tun, wozu man keine Lust hat (zur Arbeit gehen, obwohl man lieber im Bett bleiben möchte). Dies ist anstrengend und energieaufwendig. Selbstkontrolle kann bei einmaligen Handlungen oder Zeigen gewünschten Verhaltens über einen kurzen Zeitraum hilfreich sein: zur Zahnprophylaxe gehen, Rechnungen sortieren, Auto putzen, ... Für solche Aktionen reicht die Kontrollkraft des Verstandes aus. Reine Selbstkontrolle wird dann schwierig, wenn ein gewünschtes Verhalten (beispielsweise drei Mal in der Woche morgens joggen gehen) über einen längeren Zeitraum hinweg im ganz normalen Alltag umgesetzt werden soll.
- **Impulsivität:** Handlungen können auch spontan – impulsiv – erfolgen. Hier hat nicht der Verstand, sondern das emotionale Erfahrungsgedächtnis das Ruder des Handelns in der Hand. Der Seitensprung mit der Kollegin bei der Betriebsweihnachtsfeier; die Hand, die dem Vater ausrutscht, weil das Kind schreit; böse Worte, die die Ehefrau im Streit ihrem Mann an den Kopf wirft sind Handlungen die der Impulsivität entspringen. Die meisten Handlungen, die einem später leidtun, sind wegen des Zeithorizonts, welches sich auf das „Hier und Jetzt“ richtet, entsprungen. Spontanes intuitives „aus dem Bauch heraus“ handeln ist in anderen Situationen eventuell überlebensnotwendig. Ist genügend Erfahrung und Vorwissen bekannt, auf dass das emotionale Erfahrungsgedächtnis zurückgreifen kann, so sind auch schnelle Entscheidungen möglich, die auch einer späteren Verstandesüberprüfung standhalten. Denken Sie an Berufe mit plötzlichen Krisensituationen oder Katastropheneinsätzen, wo schnelle und aber auch richtige Entscheidungen getroffen werden müssen.
- **Selbstregulation:** Die Selbstkontrolle ist meist nur bei kleinen Einmal-Aktionen möglich, wie beispielsweise Rechnungen überweisen, Schreibtisch aufräumen, die Süßigkeiten einen Abend mal ignorieren, ... Für solche Kurzzeitmaßnahmen reicht

¹ Hier kann eine Abkürzung genommen und der theoretische Input zum „Selbstmanagement“ übersprungen werden.

die Kontrollkraft des Verstandes aus. Handeln, das jedoch über einen längeren Zeitraum, nachhaltig in den Alltag integriert und umgesetzt werden soll, ist bei reiner Selbstkontrolle nur schwer umsetzbar. Und ausschließlich impulsiv zu handeln wird sich nicht lange bewähren. Daher arbeitet das ZRM-Training (Storch & Krause, 2017) mit der Selbstregulation. Hierfür werden der Verstand und das emotionale Erfahrungsgedächtnis nicht unterdrückt oder ignoriert, sondern in mehreren Feedback-Schleifen auf ein gemeinsames Ziel hin miteinander synchronisiert. So werden Motivinkongruenzen reduziert und Absichten nachhaltiger umgesetzt.

Eine dauerhaft überhöhte Selbstkontrolle kann drastische Folgen haben: wenn man sich über längere Zeit durchgehend „am Riemen reißt“, den „Schweinehund“ bekämpft, sich beispielsweise von Tag zu Tag zur Arbeit „quält“ und die immer deutlich werdenden somatischen Marker ignoriert sind depressive und/oder somatoforme Störungen eine mögliche Folge.

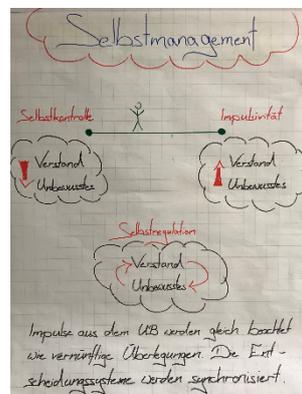


Abbildung A 13: „Selbstmanagement“

3. Bildwahl

Anschließend folgt ein zentraler Baustein des ZRM-MDs: die Bildwahl. Bewährt hat sich in der Arbeit mit depressiven Patienten/innen lediglich mit einer Auswahl von 21 der ursprünglich vorgesehenen 64 Bildern zu arbeiten. Die 21 Bilder sind diese, die auch in der online Version (Weber, o. D.) des ZRMs verwendet werden. Die Bilder, die als potentielle Ressource dienen sollen, werden auf dem Boden verteilt und die offene Bildwahl erklärt: „Wir wollen uns nun dem Bedürfnisfeld im Rubikon-Prozess widmen. Sie haben gleich die Möglichkeit, durch das „Bildermeer“ zu flanieren und die Bilder in aller Ruhe auf sich wirken zu lassen. Nehmen Sie sich die Zeit zu spüren, welches Bild sie positiv anspricht. Achten Sie dabei auf ihre somatischen Marker. Welches der Bilder kann in ihrer momentanen Lebenssituation als Ressource dienen? Welches Bild löst starke, gute Gefühle aus? Die Bildwahl erfolgt ausschließlich mit dem Gefühl und der somatischen Marker. Der Verstand wird nicht benötigt – schicken Sie diesen bitte für den Moment in den Urlaub.“ Wichtig ist an dieser Stelle auch darauf hinzuweisen, dass...

1. genügend Zeit vorhanden ist und sich jeder seine Zeit nehmen darf, die er braucht.

2. sobald die Teilnehmenden „ihr Bild“ gefunden haben wieder auf ihren Platz sich setzen und das Bild zunächst liegen lassen (so können Sie als TherapeutIn erkennen, wann jeder fertig ist und es entsteht kein Wettkampf um die Bilder. Ein weiterer wichtiger Hinweis ist, dass jeder Teilnehmende nach der Bildwahl eine Farbkopie seines Bildes bekommt, so dass jeder nachher ein Exemplar „seines Bildes“ hat.)
3. nur ein Bild zu wählen (In der Gruppentherapie wäre es zu aufwändig mehrere Bilder zu bearbeiten)

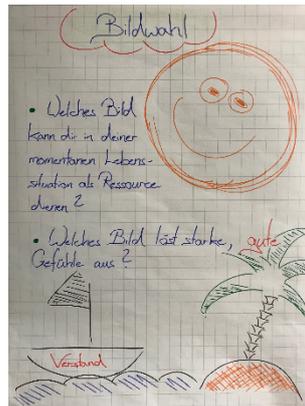


Abbildung A 14: „Bildwahl“

Krause und Storch (2017) empfehlen vor der Bildwahl eine geleitete Entspannung, um mit den eigenen Ressourcen in Kontakt zu kommen, Wohlbefinden zu fördern und eine lockere, entspannte Atmosphäre zu schaffen. Auch kann die Entspannung genutzt werden, um den Fokus auf die somatischen Marker zu richten. Bewährt hat sich in der Arbeit mit depressiven Patienten eine entspannende, beruhigende Musik abzuspielen, sowie eine ausführlichere (als im ZRM-Manual vorgesehene) geleitete Entspannung anzubieten:

„Ich möchte dich einladen eine bequeme Körperhaltung einzunehmen, in der du einige Zeit bleiben kannst. Halte deine Wirbelsäule und den Kopf gerade, lass deine Schultern entspannt hängen, leg deine Hände so ab, wie es dir gerade bequem ist. Versuche deine Fußsohlen flach auf dem Boden abzustellen. Lasse die Augen ruhen, du kannst sie offenlassen oder schließen – ganz, wie du willst. Lenke zunächst deine Aufmerksamkeit auf deinen Atem und beobachte ihn wie ein wissbegieriger Wissenschaftler, der dem Atem noch nie zuvor begegnet ist. Nimm wahr, wie die Luft durch die Nase einströmt... bis in deine Lungenspitzen. Und nimm wahr, wie sie wieder ausströmt. Nimm wahr, wie die Luft durch deine Nase ein- und ausströmt... dass sie beim Ausatmen etwas wärmer ist... und beim Einatmen etwas kühler. Nimm das leichte Heben und Senken deiner Schultern wahr, das leichte Heben und Senken deines Brustkorbs und das sanfte Heben und Senken der Bauchdecke. Du bist deine eigene Hauptperson, heute stehst du im Mittelpunkt deiner Aufmerksamkeit. Wohlbehagen und innere Zufriedenheit, das ist das Recht eines jeden Menschen. Auch du darfst dieses Recht in Anspruch nehmen und dich nun um dich und deine Ressourcen und dein Wohl-

ergehen kümmern. Wenn du möchtest, dann kannst du in deiner Vorstellung bei jedem Ausatmen Dinge, die du im Moment nicht gebrauchen kannst, ausatmen. So, dass in deinem Inneren Freiraum entsteht, damit neues sich entwickeln kann. Belastendes Ausatmen und angenehmes einatmen. Spüre wie sich mit jedem Atemzug ein angenehmes Gefühl in deinem Körper ausbreitet. Wie ein angenehmes Gefühl in den Bauch strömt und sich ausbreitet... Wie ein angenehmes Gefühl in die Arme wandert und weiter in die Fingerspitzen... Wie sich das angenehme Gefühl bis in deine Beine und Füße ausbreitet... Wie es von der Wirbelsäule über den Nacken bis in deinen Kopf emporsteigt. Genieße das angenehme Gefühl...Nun nimm nochmal einen tiefen Atemzug und sauge dich voll mit Erfrischung und Wohlgefühl. Öffne deine Augen dann, wenn dir danach ist, dehne dich und strecke dich, gähne und räkle dich und bleib in dieser Verfassung der Entspannung, wenn du magst.“

Für die Entspannungsübung wurde bewusst das „Du“ gewählt. Nach der geleiteten Entspannung fordern Sie die Teilnehmenden nochmals auf, in aller Ruhe die Bilder auf sich wirken zu lassen und sich und seine somatischen Marker dabei zu beobachten und das Bild zu wählen, dass sie am stärksten positiv anspricht.

4. „Ründeli“ (Vorstellen der Bilder Plenum)

An die Bildwahl schließt sich ein „Ründeli“ an, in welchem die PatientInnen ihr Bild vorstellen. Hören Sie aufmerksam zu und achten darauf, ob das Bild mit Hilfe der somatischen Marker ausgewählt wurde oder doch der Verstand mit im Spiel war. Hilfreiche Fragen können sein: „Wie hat Sie das Bild angesprochen?“, „Was haben Sie bei der Bildwahl (körperlich) gespürt?“, „Was gefällt Ihnen an ihrem Bild?“ Es ist durchaus nicht ungewöhnlich, dass während des Vorstellens der Bilder im Plenum die Bilder nochmals ausgetauscht werden.



Abbildung A 15: „Bild vorstellen“

Machen Sie sich während des Ründelis Notizen. Hilfreich kann hierzu eine fünfspaltige Tabelle sein:

| Name | Bild | Kernaussagen | Wunsch | Motto-Ziel |
|--------------|------------|--|--------|------------|
| Frau Maier | Wolf | Starkes, anmutiges Tier, wacher Blick | | |
| Herr Müller | Bär | So will ich es auch einmal haben: mir genüsslich die Sonne auf mein Pelz scheinen lassen | | |
| Frau Schmied | Lotusblume | als ich die Lotusblume sah, ging ein angenehmes Strömen durch meinen Körper | | |
| ... | ... | ... | | |

Abbildung A 16: „Beispielhafte Tabelle zur Bildwahl“

5. Pause

Anschließend ist es hilfreich die Pause einzubauen. In dieser können Sie die Bildkartei wieder einsammeln und auf die Plätze die Farbkopien der ausgewählten Bilder verteilen. Auch gibt es zu jedem der 21 Bilder bereits eine Liste (Ideenkorb) mit einer Vielfalt an Begriffen, Gedanken, Assoziationen – auch diese werden auf die entsprechenden Plätze verteilt.

6. Ergänzen eigener Begriffe, Gedanken, Assoziationen zu eigenem Bild*²

Nach der Pause werden die Teilnehmenden gebeten, sich den Ideenkorb anzusehen und diesen um eigene Begriffe, Gedanken, Assoziationen zu ihrem Bild zu ergänzen.

7. Affektbilanz

Im Weiteren sollen die Teilnehmenden durch einen kurzen theoretischen Input („Impulsreferat“) eine für das ZRM (Storch & Krause, 2017) entwickelte Methode kennenlernen, um ihren Ideenkorb auszuwerten, die Affektbilanz:

„Die Affektbilanz visualisiert die affektive Komponente/die Gefühle der somatischen Marker. Im Gehirn sind zwei unterschiedliche Regionen für positive und negative Gefühle zuständig. Vereinfacht gesagt: Positive Gefühle werden über den Nucleus accumbens – dem Belohnungssystem – vermittelt. Negative Gefühle werden über die Amygdala – dem Bestrafungssystem“ vermittelt. Daher werden die positiven und negativen Gefühle auf zwei Skalen getrennt abgebildet. Weiter können Gefühle unterschiedlich stark ausgeprägt sein: sie können schwach, mittel, stark ausgeprägt sein. Der Übergang von schwach zu stark ist fließend (mit den Magneten am Flipchart kann auf und ab gefahren werden). Die zwei Skalen visualisieren auch gemischte Gefühle. Nämlich dann, wenn auf beiden Skalen ein Ausschlag zu verzeichnen ist.“

Es empfiehlt sich hier mit einigen Beispielen zu arbeiten, um die Affektbilanz verständlicher zu machen und im Plenum zu üben. Die Teilnehmenden können eigene Beispiele nennen und am Flipchart mit Hilfe der Magnete ihre Affektbilanz visualisie-

² Dies kann auch als Hausaufgabe aufgegeben werden.

ren. Als Beispiele um extreme Ausprägungen zu visualisieren sind Bungee jumping (starke positive und negative Affekte zugleich) und die Redewendung „der Sack Reis, der in China umfällt,...“ (völlig unwichtig und daher keine Affekte und folgend kein Ausschlag bei positiver und negativer Skala) hilfreich. Parallel können während des Übens mit Hilfe der Beispiele wichtige Hinweise gegeben werden:

- die Bewertungen sind individuell – es gibt kein richtig oder falsch.
- die Bewertungen sind nicht zeitstabil: eine Affektbilanz zum Stichwort „Sonne“ fällt nach etlichen Regentagen anders aus, als bei Temperaturen um die 40 Grad Celsius.
- Auch kann auf das Arbeitsmäpple verwiesen werden, in denen es noch weitere Beispiele und Möglichkeiten des Übens (Seite 8 und 9) gibt.

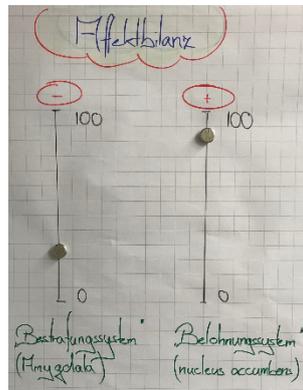


Abbildung A 17: „Affektbilanz“

8. Begrifflichkeiten „auswerten“ mit Hilfe der Affektbilanz

Nach dem theoretischen Input, Verstehen und gemeinsamen Üben folgt ein Einzelauftrag. Die Teilnehmenden sollen nun alle Ideen aus ihrem Ideenkorb kennzeichnen, die eine Affektbilanz von 0 negativ und mindestens 70 positiv aufweisen. Nur Ideen, die keinerlei negative Affekte hervorrufen und gleichzeitig starke positive Affekte hervorrufen, wirken ressourcenaktivierend. Diese Ideen werden im ZRM und ZRM-MD „Lieblinge“ genannt und im folgenden Prozess mit weitergearbeitet. Diese „Lieblinge“ werden im Arbeitsmäpple auf Seite 10 übertragen.

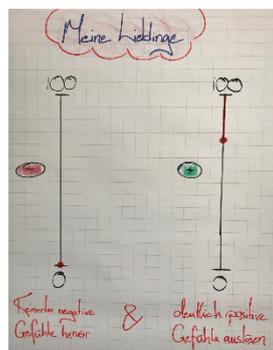


Abbildung A 18: „Meine Lieblinge“

9. Hausaufgabe aufgeben, Abschluss und Verabschiedung

Selten reicht die Gruppentherapiezeit aus, um vollständig die letzten Arbeitsschritte auszuführen. Wichtig ist, dass alle Teilnehmenden Sinn und Zweck verstanden haben, um die Einzelarbeit selbständig bis zur dritten Sitzung erarbeiten zu können.

4.3.3 3. Sitzung

Kurz gefasst:

Zentraler Kern der dritten Sitzung der ZRM-MD-Gruppentherapie ist die Erarbeitung der Motto-Ziele.

Grober Ablauf:

- | | |
|--|------------------|
| 1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und Hausaufgaben besprechen | circa 5 Minuten |
| 2. Thema klären mit Verstand & Unbewusstem | circa 10 Minuten |
| 3. Bündeli | circa 5 Minuten |
| 4. Zieltypen | circa 10 Minuten |
| 5. Motto-Ziele erarbeiten | circa 55 Minuten |
| 6. Beispiele für Motto-Ziele | |
| 7. Das Prinzip „Ideenkorb“ erläutern | |
| 8. Pause | |
| 9. Motto-Ziel-Ideenkorb im Plenum | |
| 10. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung | circa 5 Minuten |

Material:

Bei allen Sitzungen notwendige Materialien: Flipchartständer, Flipchartpapier, Filzschreiber, Kugelschreiber, ZRM-MD-Bildkartei, ein „Arbeitsmäpple“

Zusätzlich notwendig: Flipcharts der 3. Sitzung

Vorgehen:

1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und Hausaufgaben besprechen

Zu Beginn werden nochmals in wenigen Worten die wesentlichen Inhalte (insbesondere die Affektbilanz) der ersten beiden Sitzungen wiederholt, Fragen und Ungereimtheiten geklärt. Auch ist es hilfreich darauf zu verweisen, dass es in der dritten Sitzung inhaltlich im Rubikon-Prozess vom Bedürfnis- zum Motiv-Feld geht. Auch ist es wichtig zu Beginn zu prüfen, ob alle den letzten Arbeitsschritt (Übertragen der Lieb-linge auf Seite 10 im Arbeitsmäpple) durchgeführt haben. Möglicherweise brauchen die Teilnehmenden hierfür nochmals Zeit und Unterstützung.

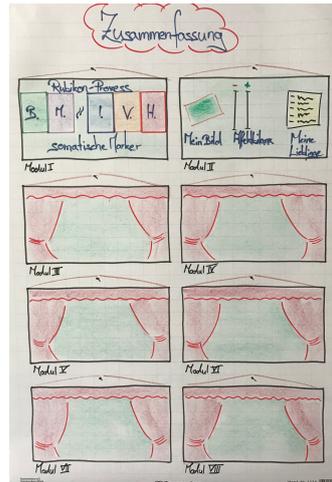


Abbildung A 19: „2. Zusammenfassung“

2. Thema klären mit Verstand & Unbewusstem

In der darauffolgenden Einzelarbeit wird nun der Verstand (bisher lag der Schwerpunkt im Gefühlsbereich) wieder hinzugezogen. Um das Thema der aktuellen Lebensphase zu klären, ist eine Synchronisation von Verstand und emotionalem Erfahrungsgedächtnis erforderlich. Diese angeleitete Selbstreflexion beginnt mit der Beantwortung der Frage „Warum reagiert mein emotionales Erfahrungsgedächtnis so positiv auf die ausgewählten Lieblinge?“ (Arbeitsmäpple Seite 11). Durch diese Reflexionsaufgabe werden die Teilnehmenden angeregt, ihre Bewertungen der somatischen Marker bewusst zu machen, zu entziffern und zu interpretieren. Folgend wird vor dem Hintergrund der Selbstreflexion ein momentaner Wunsch mit den Lieblingen von Seite 10 im Arbeitsmäpple formuliert. Die Wünsche sind meist in bildhafter, metaphorischer, poetischer Sprache formuliert. Es empfiehlt sich hier Beispiele („Ich will sein, wie ein Wolf: mit klarem Blick und mich für mich und meine Belange einsetzen“) dafür zu geben, wie „Mein Wunsch“ formuliert werden kann. Auch helfen die Satzanfänge „Ich will sein, wie...“, „Ich will handeln, wie...“, „Ich will mich fühlen, wie...“.

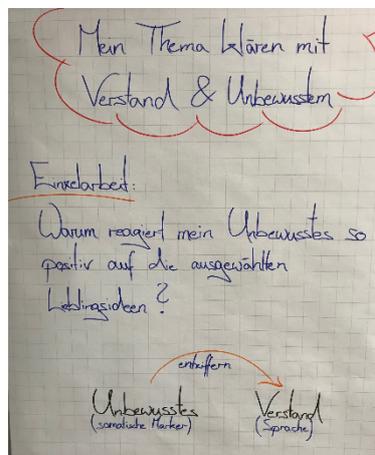


Abbildung A 20: „Mein thema klären mit Verstand & Unbewusstem“

3. Ründeli

In einem Ründeli zeigen die Teilnehmenden nochmals ihr Bild, nennen drei ihrer Lieblinge und teilen mit der Gruppe auch ihren formulierten Wunsch. Es geht explizit um den Wunsch, der mit den Gruppenmitgliedern geteilt wird – die Selbstreflexion („Warum reagiert mein emotionales Erfahrungsgedächtnis so positiv auf die ausgewählten Lieblinge?“) muss nicht geteilt werden und darf Teil des privaten Therapiebereichs sein!

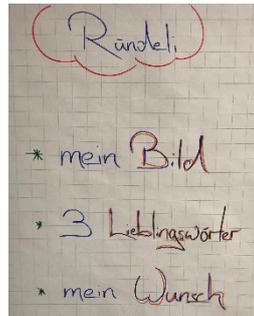


Abbildung A 21: „Ründeli“

Heißen Sie als Gruppenleitung alle Inhalte, alle Themen willkommen. Achten Sie aber darauf, dass in der Wunschformulierung bereits Lieblingsideen verwendet werden. Hilfreich ist es als Gruppenleitung auch wieder Notizen zu machen, denn die Ründelis bieten gute Einblicke in die Entwicklungsschritte, der Themen und Anliegen der Teilnehmenden.

| Name | Bild | Kernaussagen | Wunsch | Motto-Ziel |
|--------------|------------|--|--|------------|
| Frau Maier | Wolf | Starkes, anmutiges Tier, wacher Blick | Ich will meinen Blick schärfen für die wesentlichen Dinge und stark und mutig vorangehen. | |
| Herr Müller | Bär | So will ich es auch einmal haben: mir genüsslich die Sonne auf mein Pelz scheinen lassen | Ich will es machen, wie der Bär: genießen und Kraft tanken für kommende Taten. | |
| Frau Schmied | Lotusblume | als ich die Lotusblume sah, ging ein angenehmes Strömen durch meinen Körper | Ich will mich fühlen, wie eine zur Sonne geöffnete Blüte und Lebensfreude und Zufriedenheit willkommen heißen. | |
| ... | ... | ... | | |

4. Zieltypen

Anschließend folgt ein weiteres Impulsreferat, welches die Motto-Ziele mit Hilfe verschiedener Zieltypen einführt. Ziele lassen sich auf zwei Achsen mit vier Polen unterscheiden:

- situationsspezifisch: „Beim Mitarbeitergespräch am Donnerstag um 19 Uhr möchte ich...“
- situationsübergreifend: „Im Allgemeinen möchte ich...“
- Verhaltensebene: „Mittwochs und Sonntags mache ich eine Stunde Yoga.“
- Haltungsebene: „Entspannt gehe ich meinen Weg...“

Daraus ergeben sich vier Quadranten: mit unterschiedlichen Zielformulierungen:

- Quadrant 1 (situationsspezifisches Haltungsziel): „Bei der Arbeit bleibe ich in Bewegung.“- Quadrant 2 (situationsübergreifendes Haltungsziel): „Ich lebe meine Ecken und Kanten.“
- Quadrant 3 (situationsspezifisches Verhaltensziel): „Auf dem Weg zum Arbeitsplatz nehme ich die Treppe.“
- Quadrant 4 (situationsübergreifendes Verhaltensziel): „Ich fahre immer mit dem Fahrrad.“

Die Überquerung des Rubikons – dem Schritt vom Wünschen und Abwägen hin zu einer klaren Entschlossenheit – erfolgt im ZRM und ZRM-MD mit einem auf der Haltungsebene formulierten Ziel (Quadrant 1 oder 2). Für die Haltungsebene wurde im ZRM (Storch & Krause, 2017) daher ein neuer Zieltyp entwickelt – die sogenannten Motto-Ziele. Motto-Ziele beziehen sich, anders als beispielsweise SMART-Ziele (Doran, 1981) nicht auf konkret beobachtbares und messbares Verhalten, sondern beschreiben eine innere Verfassung, innere Einstellung und persönliche Haltung. Motto-Ziele ermöglichen dann wiederum spontan und situativ adäquates zielrealisierendes Handeln. Das heißt: die durch das Motto-Ziel gebildete Haltung erzeugt mehrere Verhaltensmöglichkeiten. Weiter aktivieren Motto-Ziele positive somatische Marker, sind im Präsens formuliert und benutzen eine metaphorische, bildhafte Sprache.

Diese Form der Zielformulierung ist für die meisten Teilnehmenden neu und ungewohnt und kann daher zu Irritationen führen. Sie sind es in der Regel gewohnt auf der Verhaltensebene verbindliche, möglichst präzise Vorsätze und Ziele zu formulieren. Diese Art und Weise, bei der es um die Umsetzung des Motto-Ziels in Verhalten erfolgen soll, geschieht bewusst zu einem späteren Zeitpunkt (nach Überschreitung des Rubikons).

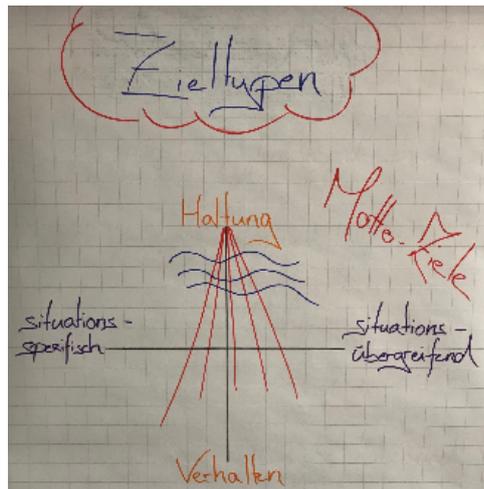


Abbildung A 22: „Zieltypen“

5. Motto-Ziele erarbeiten

5.1 Beispiele für Motto-Ziele

Um Verständnisfragen zu klären und die Teilnehmenden weiter von der Sinnhaftigkeit und dem Nutzen der Motto-Ziele zu überzeugen, hat sich bewährt einige Beispiele früherer Patientin zu nennen und auszuführen. Auch kann hier wiederholt nochmals auf die positiven somatischen Marker aufmerksam gemacht werden, die durch die Verwendung von Metaphern und Bildern aufgebaut werden.

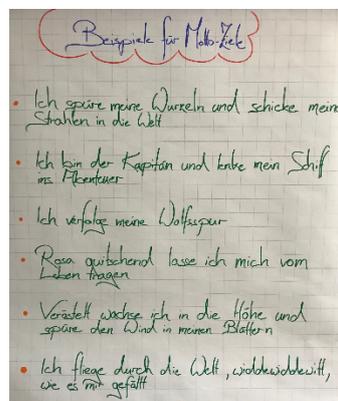


Abbildung A 23: „Beispiele für Motto-Ziele“

5.2 Das Prinzip „Ideenkorb“ erläutern

Anschließend geht es an das gemeinsame Üben und Erarbeiten von Motto-Zielen. Dies erfolgt mit Hilfe des Ideenkorb-Verfahrens, welches vorab erläutert werden sollte. Beim Ideenkorb-Verfahren stellen sich mehrere Hilfspersonen einer Hauptperson zur Verfügung, sammeln Ideen, Assoziationen und Anregungen, um diese in einem imaginären Korb zu sammeln. Die Ideen der Hilfspersonen können allerlei Aspekte mit einbeziehen, sollen aber unbedingt ressourcenorientiert sein. Das heißt, die Hilfspersonen sollen bei ihren Angeboten berücksichtigen, dass das Bild für die Hauptperson bedeutsam und wertvoll ist. Es ist eine Quelle von Möglichkeiten, Chancen, Stärken,

Energien. Die Hauptperson hat die Aufgabe, die Ohren zu spitzen, gut zuzuhören, ruhig zu sein und bei der Ideenspende auf ihre somatischen Marker zu achten.

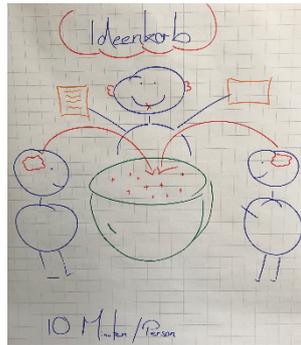


Abbildung A 24: „Ideenkorb“

5.3 Pause

Nach individuellem Ermessen der Gruppenleitung ist hier eine Pause möglich oder im Laufe von Prozessschritt 5.4.

5.4 Motto-Ziel-Ideenkorb im Plenum

Im Sinne des „Dreischritts“ folgt nach dem Verstehen der Theorie nun das gemeinsame Üben im Plenum. Hierzu wird aus dem Arbeitsmäpple Arbeitsblatt 10 („Meine Lieblinge“) benötigt. Übertragen Sie die Begriffe groß und gut leserlich auf ein Flipchartpapier oder das Whiteboard und platzieren gut sichtbar auch das ausgewählte Bild aus der Bilderwahl. Aus diesen Lieblingsideen werden dann von den Hilfspersonen („Ideengebenden“) mögliche Motto-Ziele produziert, die wiederum am Flipchart oder Whiteboard festgehalten werden. Parallel sollte einer der Ideengebenden auch im Arbeitsmäpple der Hauptperson (Seite 13, „Schmierzettel“) die Motto-Ziel-Ideen festhalten. Da es für die meisten ein neues, ungewohntes Arbeiten ist und dies häufig mit Unsicherheiten einhergeht, ist es hilfreich auch hier zu betonen, dass es kein richtig oder falsch gibt – der Motto-Ziel-Ideenkorb sollte eher einen spielerischen Charakter (vergleichbar eventuell mit dem Brettspiel Scrabble) haben. Auch gibt es die Möglichkeit ein Motto-Zielsatz zu beginnen und von einem der anderen Teilnehmenden fortführen zu lassen. Korrigieren Sie möglichst zurückhaltend und führen bei Unklarheiten nochmals die wichtigsten Charakteristika von Motto-Zielen auf (Haltungsebene, Präsens, metaphorisch). Humor ist ebenfalls ein guter Auslöser von positiven somatischen Markern. Bei einer zutreffenden Motto-Zielidee breitet sich im Idealfall umgehend bei der Hauptperson ein Strahlen oder ein Lächeln auf dem Gesicht aus. Manchmal sind es auch subtilere beobachtbare Veränderungen (bspw. ruhigere Atmung, muskuläre Entspannung, Veränderung von Stimme oder Gesichtsdurchblutung, ...). Ist der Ideenkorb prall (circa acht bis zehn Motto-Zielideen) gefüllt, so wird der Hauptperson das „Schmierzettel“ (Arbeitsblatt 13) – das Protokoll ihres Ideenkorbs – übergeben. Folgend wird bis Sitzungsende im Plenum weitergeübt und weitere Ideenkörbe erarbeitet. In der Regel reicht die Zeit für zwei bis drei Durchgänge.

6. Hausaufgabe aufgeben, Abschluss und Verabschiedung

Nach dem Üben im Plenum sollte die Aufgabenstellung klar sein, um in einer Kleingruppenarbeit (ohne Therapeuten, außerhalb der regulären Therapiezeiten, Dreier- oder Vierergruppen) weiterzuarbeiten, so dass bis zur kommenden Gruppentherapiesitzung alle ihren Motto-Ziel-Ideenkorb erhalten haben. Auch sollte in Einzelarbeit bis zur kommenden Gruppentherapiesitzung Arbeitsblatt 14 erarbeitet werden:

- Diese Anregungen aus meinem Motto-Ziel-Ideenkorb gefallen mir am besten. Sie haben eine Affektbilanz von 0 (-) und mindestens 70 (+).
- Mein vorläufiges Motto-Ziel.
Das vorläufige Motto-Ziel kann eine der Anregungen aus dem Ideenkorb sein; selbstverständlich aber auch ein selbst gebautes.

Die Formulierung und Ausarbeitung der Motto-Ziele ist für den weiteren Prozess und das Gelingen zielrealisierenden Handelns von besonderer Bedeutung und bedarf bei den Teilnehmenden unterschiedlich viel Zeit und Unterstützung. Ist das Stationsteam in der Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell geschult, so ist es spätestens hier hilfreich auf Unterstützung (beispielsweise in den Einzeltherapien) zu verweisen.

4.3.4 4. Sitzung

Kurz gefasst:

In der vierten Sitzung werden unter anderem die Motto-Ziele optimiert und eine erste Methode kennengelernt, um das neuronale Netz des Motto-Ziels zu stärken: das Priming.

Grober Ablauf:

- | | |
|--|------------------|
| 1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und Hausaufgaben besprechen | circa 5 Minuten |
| 2. Motto-Ziele optimieren | circa 20 Minuten |
| 3. Bündeli | circa 15 Minuten |
| 4. Pause | circa 15 Minuten |
| 5. Ressourcenpool | circa 5 Minuten |
| 6. Neuronale Plastizität | circa 10 Minuten |
| 7. Erinnerungshilfen | circa 15 Minuten |
| 8. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung | circa 5 Minuten |

Material:

Bei allen Sitzungen notwendige Materialien: Flipchartständer, Flipchartpapier, Filzschreiber, Kugelschreiber, ZRM-MD-Bildkartei, ein „Arbeitsmäpple“

Zusätzlich notwendig: Flipcharts der 4. Sitzung, der Teilnehmeranzahl entsprechend viele kleine Zettel für das Wichteln.

Vorgehen:

1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und Hausaufgaben besprechen

Zu Beginn werden nochmals in wenigen Worten die wesentlichen Inhalte (insbesondere die Motto-Ziele) der ersten drei Sitzungen wiederholt, Fragen und Ungereimtheiten geklärt. Als Ausblick auf den Inhalt der vierten Gruppentherapiesitzung kann die Optimierung der Motto-Ziele genannt werden. Auch kann nochmals auf den Rubikon-Prozess verwiesen werden und die nun beginnende inhaltliche Arbeit in der präaktionalen Vorbereitung. Weiter ist zu prüfen, ob alle einen Motto-Ziel-Ideenkorb und ein vorläufiges Motto-Ziel erarbeiten konnten und dieses auf Seite 14 im Arbeitsmäpple notiert haben. Ist dies nicht der Fall, so wird nochmals im Plenum (Motto-Ziel-Ideenkorb) oder einzeln (Arbeitsblatt 14) gearbeitet, bis alle wieder gleichauf sind.

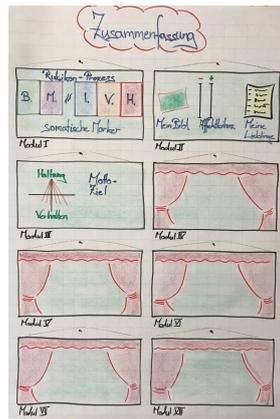


Abbildung A 25: „3. Zusammenfassung“

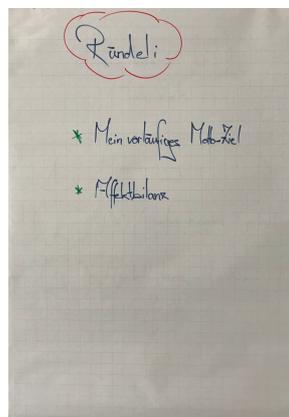


Abbildung A 26: „Ründeli vorläufiges Motto-Ziel“

2. Motto-Ziele optimieren

Nachdem alle Teilnehmenden eine erste, vorläufige Fassung ihrer Motto-Ziele erarbeitet haben, werden diese mit Hilfe drei Kernkriterien für handlungswirksame Ziele optimiert.

Da das ZRM letztlich neue, befriedigendere Handlungen anstrebt, muss das Motto-Ziel so gestaltet sein, dass es sowohl Leitlinie (Richtung) als auch Motivation (Antrieb) liefert, um es in zielführendes Handeln umzusetzen. Zudem sollte es den Teilnehmenden erlauben, klare Ursache-Wirkungs-Attributionen aufzubauen und sich Erfolge eindeutig selbst zuzuschreiben. (Storch & Krause, 2017, S. 359)

Die drei Kernkriterien werden nacheinander kurz erläutert und im Plenum gemeinsam überprüft und gegebenenfalls umgehend optimiert. So entsteht meist ein reger Austausch.

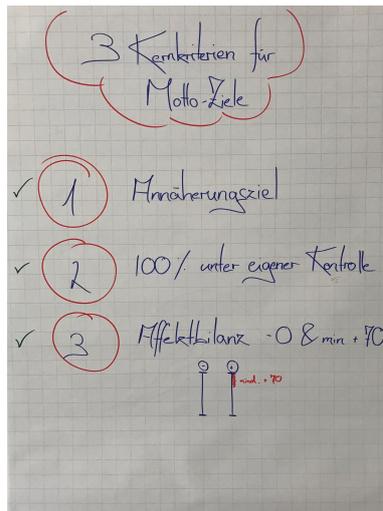


Abbildung A 27: „3 Kernkriterien für Motto-Ziele“

1. Annäherungsziel statt Vermeidungsziel

Ein Vorsatz kann sprachlich auf zwei verschiedene Arten ausgedrückt werden. Wenn ein Teilnehmender beispielsweise das Thema „Selbstbewusstsein“ in seiner Zielformulierung versprachlichen möchte, so kann er dies auf unterschiedliche Weise in Worte gießen. Als Vermeidungsziel formuliert könnte er sagen: „Ich ziehe mich weniger zurück.“; als Annäherungsziel formuliert könnte er sagen: „Ich zeige mich mehr.“ Es liegt zwar dasselbe Thema zugrunde – die Wissenschaft zeigt jedoch, dass die Zielformulierung äußerst konsequenzreich sein kann (Überblick bei Grawe, 2004). Die Forschung zeigte weiter, dass Menschen, die Ziele als Vermeidungsziele formulierten, weniger gute Stimmung, erhöhte Angst, reduzierte Lebenszufriedenheit und sogar eine schwächere Gesundheit zeigten (Gollwitzer & Moskowitz, 1996). Ziele, die so versprachlicht sind, dass der Zustand, der erreicht werden soll, enthalten ist, werden Annäherungsziele genannt („Ich zeige mich mehr“). Vermeidungsziele hingegen sind so formuliert, dass sie die Themen behandeln, die ungewollt sind, die vermieden werden sollen („Ich ziehe mich weniger zurück“). Vermeidungsziele gehen meist einher mit den Negationen „nicht“, „kein“, „ohne“. Es ist essenziell, dass die Ziele der Teilnehmenden in Richtung der gewünschten Sollzustände formuliert werden. Wichtig ist auch, auf versteckte Vermeidungsziele (angstfrei, sorgenfrei, unbeschwert, ...) zu achten und durch entsprechende Synonyme zu ersetzen. Hier bietet sich wieder die Arbeit mit dem Ideenkorb an.

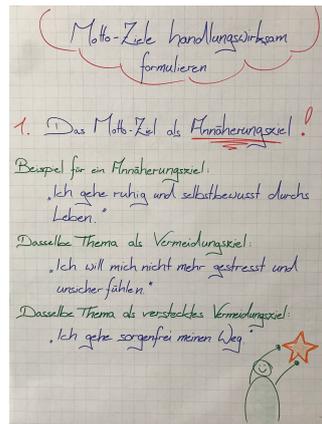


Abbildung A 28: „1. Kernkriterium: Annäherungsziel“

2. 100 Prozent unter eigener Kontrolle

Die Zielerreichung muss allein und ausschließlich durch die Teilnehmenden selbst gegeben sein. Das heißt, dass die gewünschten Ziele nicht durch äußere Umstände oder andere Personen abhängig sind. Dies ist, insbesondere in der Arbeit mit depressiven Patienten, von hoher Bedeutung: Motto-Ziele, die unter ausschließlich eigener Kontrolle des Besitzers liegen, gewährleisten das Selbstwirksamkeitserleben. Die Kontrollüberzeugung (Locus of Control) von Rotter (1954), das Konzept der Selbstwirksamkeit (self-efficacy) von Bandura (1997) und die Theorie der erlernten Hilflosigkeit (learned helplessness) von Seligman (1975) stehen im engen Zusammenhang mit psychischer Krankheit (Depression) und Gesundheit. Menschen mit einer hohen Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung haben die Erwartung, dass durch eigenes Verhalten ein bestimmtes und gewünschtes Ergebnis erzielt werden kann und haben die Überzeugung, die notwendigen Kompetenzen dafür zu verfügen.

Das Wort „Kontrolle“ ist im Alltagssprachgebrauch assoziiert mit „Macht“ und „Kontrollierbarkeit“ und kann bei den Teilnehmenden zu Irritationen führen. Es geht nicht um Kontrolle über andere Menschen. Vielmehr ist Kontrolle im Sinne des Selbstmanagements (die Kontrolle über eigenes Handeln) gemeint.

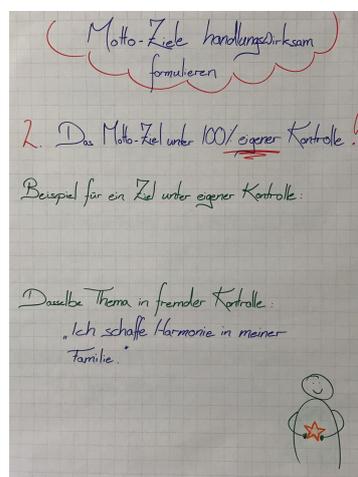


Abbildung A 29: „2. Kernkriterium: eigene Kontrolle“

3. Affektbilanz 0 Minus und 70 Plus

Auch hier ist die Arbeit mit der Affektbilanz hilfreich, um festzustellen, ob das formulierte Motto-Ziel auch auf somatischer und affektiver Ebene „gefunden“ wurde. Letztlich ist es wieder die Synchronisation von Verstand und Gefühl, die notwendig für die Überquerung des Rubikons und zielrealisierenden Handelns ist.

Wenn Teilnehmende die gewünschte Affektbilanz von 0 Minus und 70 Plus noch nicht aufweisen, wird an dem Motto-Ziel weitergearbeitet. Hier können mit Hilfe des Ideenkorbes alternative Begriffe und Formulierungen im Plenum gesucht werden. Dies wird so lange durchgeführt, bis die gewünschte Affektbilanz erreicht ist.

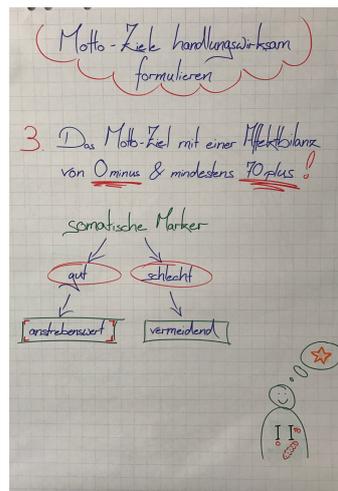


Abbildung A 30: „3. Kernkriterium: Affektbilanz“

4. Bündeli

Anschließend erfolgt eine Plenumsrunde, in der jeder Teilnehmende nacheinander sein Motto-Ziel vorstellt. Die gemeinsame Überprüfung der Einhaltung der drei Kernkriterien dient als weitere Qualitätssicherung. Sollten Bedenken bestehen, wird ein konstruktiver Austausch angeregt und gegebenenfalls das Motto-Ziel mit Hilfe eines Ideenkorbs weiter optimiert. Die Entwicklung handlungsleitender und –motivierender Motto-Ziele ist von höchster Wichtigkeit für alle folgenden Schritte im ZRM(-MD) – daher ist es wichtig sich hierfür ausreichend Zeit zu nehmen! Das erarbeitete Motto-Ziel wird dann in der jetzigen Form auf Seite 16 („Mein Motto-Ziel in der heutigen Fassung“) übertragen. Weisen Sie daraufhin, dass Motto-Ziele sich im Laufe häufig verändern und das auch dürfen – sie sind nicht in „Stein gemeißelt“. Es ist wichtig, die Teilnehmenden auf diesen Punkt aufmerksam zu machen, da ansonsten die Idee einer Veränderung oftmals mit einer Verunsicherung einhergeht. Die Gruppenleitung kann ebenfalls die genannten Motto-Ziele übertragen:

| Name | Bild | Kernaussagen | Wunsch | Motto-Ziel |
|--------------|------------|--|--|--|
| Frau Maier | Wolf | Starkes, anmutige Tier, wacher Blick | Ich will meinen Blick schärfen für die wesentlichen Dinge und stark und mutig vorangehen. | Mit wachem Blick gehe ich stark voran! |
| Herr Müller | Bär | So will ich es auch einmal haben: mir genüsslich die Sonne auf mein Pelz scheinen lassen | Ich will es machen, wie der Bär: genießen und Kraft tanken für kommende Taten. | Genüsslich auftankend mach ich's wie Balu der Bär! |
| Frau Schmied | Lotusblume | als ich die Lotusblume sah, ging ein angenehmes Strömen durch meinen Körper | Ich will mich fühlen, wie eine zur Sonne geöffnete Blüte und Lebensfreude und Zufriedenheit willkommen heißen. | Ich öffne mich für die sonnigen Dinge im Leben! |
| ... | ... | ... | ... | ... |

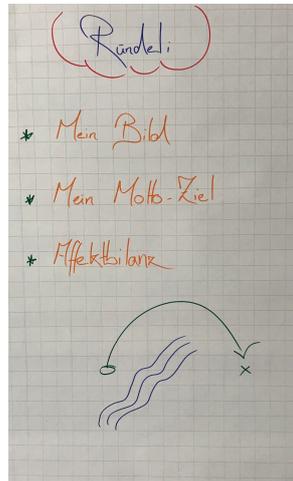


Abbildung A 31: „Motto-Ziel“

5. Pause

Nach dieser intensiven kognitiven Arbeit ist eine Pause vonnöten.

6. Ressourcenpool*³

In der nun beginnenden Trainingsphase (im Rubikon-Prozess sind wir in der präaktionalen Vorbereitung angekommen) geht es darum, persönliche Ressourcen zu entwickeln, um zielrealisierendes Handeln im Sinne des erarbeiteten Motto-Zieles zu fördern. Ressourcen werden im Zürcher Ressourcen Modell neurobiologisch verstanden:

³ Der Arbeitsaufwand der Optimierung der Motto-Ziele ist schwer abschätzbar – ratsam ist es sich dafür ausreichend Zeit zu nehmen und gegebenenfalls die Impulsreferate zum Ressourcenpool, zur neuronalen Plastizität und Priming zu verkürzen oder auf die kommende Sitzung zu verschieben.

Alles, was geeignet ist, erwünschte neuronale Erregungsmuster zu erzeugen, zu aktivieren oder zu verstärken, gilt in diesem Sinne als Ressource.“
(Storch & Krause, 2017, S. 374)

Umgemünzt auf das ZRM bedeutet dies, dass das entwickelte Motto-Ziel ein neues neuronales Netz darstellt. Und alles, was die Aktivierung dieses neuronalen Netzes unterstützen kann, wird als Ressource verstanden. Im ZRM-MD stehen sechs Arten persönlicher Ressourcen zur Verfügung, die in einem Ressourcenpool (letzte Seite im Arbeitsmäpple, S. 37) zusammengefasst sind. Das Angebot unterschiedlicher Arten an Ressourcen, bietet die Möglichkeit, dass jeder für sich seine optimale Ressource finden kann. Im Laufe der kommenden Sitzungen füllt sich der Ressourcenpool weiter (Bild und Motto-Ziel sind bereits im Pool und können auf Seite 37 im Arbeitsmäpple bereits festgehalten werden) und Vorlieben für bestimmte Ressourcentypen bilden sich heraus – dies ist ein völlig normaler und legitimer Vorgang, da alle erarbeiteten Ressourcen das erwünschte Motto-Ziel-neuronale-Netz zu aktivieren vermögen.

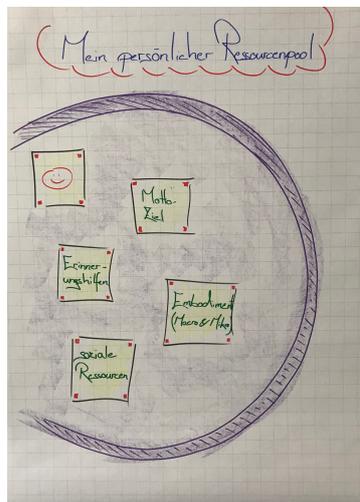


Abbildung A 32: „Ressourcenpool“

7. Neuronale Plastizität

Neuronale Strukturen sind veränderbar bis ins hohe Alter. Diese neuronale Plastizität ist essenziell für Lernprozesse und Erinnerungsleistungen. Bei Musikern beispielsweise sind bestimmte Hirnareale stärker "vernetzt" als bei Nicht-Musikern. Häufiger benutzte neuronale Bahnen werden verstärkt und somit bei künftigen Entscheidungs- und Handlungsabläufen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit genutzt. Weniger benutzte neuronale Bahnen bilden sich zurück und verlieren an Wahrscheinlichkeit der Nutzung. Es ist egal, was man lernt, ob Autofahren, Klavier, Spanisch oder die Anwendung seines Motto-Ziels – es laufen im Gehirn immer dieselben neurobiologischen Mechanismen ab. Über Rezeptoren an den Synapsen werden bei Benutzung Botenstoffe/Transmitterstoffe ausgeschüttet. Je häufiger dies passiert, desto stärker werden die synaptischen Verbindungen. Und je stärker die Verbindung ist, desto einfacher kann darauf zurückgegriffen werden. Man kann sich diese Vorgänge an den Synapsen ähnlich wie beim Muskeltraining vorstellen. Je öfter ein Muskel benutzt und trainiert

wird, desto stärker wird er. Die entwickelten Motto-Ziele kann man neurobiologisch als „neu konstituierte Verschaltung zwischen mehreren Nervenzellen im Gehirn verstehen“ (Storch & Krause, 2017, S. 380). Wiederum die Verschaltung mehrerer Nervenzellen bezeichnet man als neuronales Netz. Dieses spezifische, neue und anfangs nur rudimentäre Motto-Ziel-neuronale-Netz gilt es zu stärken, um gegen die automatisiert ablaufenden Routine des Handelns, die meist über Jahrzehnte angeeignet und verinnerlicht wurde, zu bestehen. Bildhaft soll aus einem Trampelpfad eine Autobahn; aus einer kleinen Pflanze ein stattlicher Baum werden – das „Baby-Neuronale-Netz“ (Motto-Ziel) soll groß und kräftig werden. Die Aktivierung neuronaler Netze kann auf zwei Weisen erfolgen: Zum einen, wenn die Handlungssequenz real vollzogen wird. Zum anderen, wenn lediglich die neuronale Verknüpfung mental (in Erinnerung oder über Assoziationen) aktiviert wird.

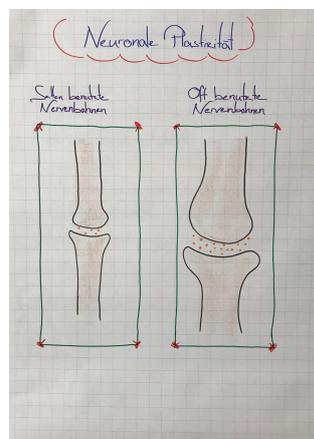


Abbildung A 33: „neuronale Plastizität“

8. Erinnerungshilfen

Eine Methode, das Motto-Ziel-neuronale-Netz zu stärken, ist die Arbeit mit Erinnerungshilfen. Erinnerungshilfen sind Gegenstände (auch Düfte und Musik), die im Zusammenhang mit dem Motto-Ziel stehen und entsprechend Assoziationen wecken. Hier wird wieder der Dreischritt aufgegriffen: Nach einem kurzen theoretischen Input (Impulsreferat) folgt dann das gemeinsame Sammeln möglicher Erinnerungshilfen. Im letzten Schritt können die Teilnehmenden als Hausaufgabe sich eigene Erinnerungshilfen suchen.

Im Impulsreferat sollte auf das unbewusste Lernen mittels Primes eingegangen werden. Priming bedeutet Aktivierung oder Bahnung und erhöht die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Reaktion aufgrund der vorherigen Darbietung eines Primes (Bahnungsreizes). Dies kann ohne unsere bewusste Aufmerksamkeit erfolgen – entziehen können wir uns diesem Phänomen nicht: die Umwelt primt uns ständig auf die unterschiedlichsten Dinge. Ist ein Prime erst einmal „installiert“, so entfaltet er seine Wirkung und ermöglicht unbewusstes Lernen. Zum besseren Verständnis kann ein wissenschaftliches Experiment (vergleiche hierfür Storch & Krause, 2017, S.233) ausgeführt werden. Aber auch Beispiele aus dem Marketing und Alltag sind nützlich, um das Prinzip zu erläutern und den Nutzen zu unterstreichen. Beispielsweise

der Kugelschreiber, den man bei seinem letzten Besuch im Autohaus geschenkt bekommen hat, print auf das Autohaus. Weinhändler wissen, dass bei französischen Chansons als Hintergrundmusik mehr französische Rotweine verkauft werden. Priming wird jedoch auch zu nicht kommerziellen Zwecken genutzt. Ein Großmeister im Priming ist die Katholische Kirche. Kirchen und ihre Türme – Priming. Kirchenglocken und Glockenläuten – Priming. Kreuze im Schulzimmer – Priming. Dann natürlich auch all die Gegenstände, die man in seiner Wohnung und am Arbeitsplatz hat. Die Vase der Schwiegermutter, die Kaffeetasse vom ExFreund oder die aufgehängten Urlaubsbilder – Priming. (Storch & Krause, 2017, S. 385)

Ist den Teilnehmenden das Prinzip erst einmal klar, so ist die zu schlagende Brücke zu ihren Motto-Zielen eine kleine. Es geht darum im Weiteren die Umgebung, in der zielrealisierenden gehandelt werden soll, mit Erinnerungshilfen zu füllen. Hier ist es hilfreich eine möglichst große Anzahl an Erinnerungshilfen als Beispiele zu sammeln. Hierzu wird das Motto-Ziel und das Bild eines Teilnehmenden benötigt und gut erkennbar für alle präsentiert (Motto-Ziel auf Flipchart schreiben, Bild mit Pinnadel an Pinnwand). Anhand eines prototypischen Tagesablaufs können nun im Sinne des Märchens von Hänsel und Gretel „Brotkrumen“ gestreut werden. Welche Dinge kann ich beim Aufwachen, Duschen, Anziehen, Essen, Autofahren, Arbeiten, Ausführen von Freizeitaktivitäten, ..., ins Bett gehen installieren, die ich mit meinem Motto-Ziel assoziiere. Beispiele für Erinnerungshilfen sind: Wecker, Bettwäsche, Duschgel, Zahnpfutzbecher, Parfüm, Klamotten, Schmuck, Kaffeetasse, Mousepad, Sticker, Desktop-/Handyhintergrund, Passwörter, Handyklingelton, Schlüsselanhänger, Bilder, Pflanzen, Nippes, ... Erinnerungshilfen lassen sich in zwei Kategorien teilen: mobile (kann man mit sich herumtragen) und stationäre (an einem Ort fest vorhanden) Erinnerungshilfen. Wichtig ist, dass die Erinnerungshilfen verfügbar sein und unter eigener Kontrolle sein müssen. Die Sonne beispielsweise als Erinnerungshilfe ist an Regentagen nicht zugänglich. Ein Bild einer Sonne, oder ein gelbes T-Shirt das mit der Sonne (und meinem Motto-Ziel) assoziiert wird, wiederum sind Erinnerungshilfen. Weiter müssen es neue Gegenstände sein, da „alte“ Gegenstände bereits mit einem anderen neuronalen Netz verknüpft sind. Für das Ausstatten mit Erinnerungshilfen ist nicht unbedingt (viel) Geld vonnöten: mit etwas Kreativität und Zeit kann man tolle Erinnerungshilfen finden. Im stationären Setting hat sich auch die Ergo-/Kunsttherapie als Schmiede für Erinnerungshilfen immer wieder bewährt.

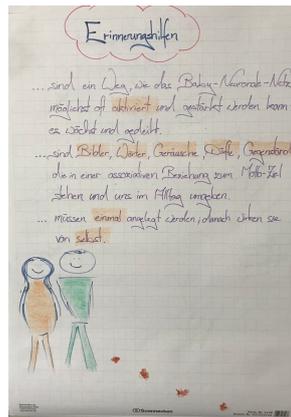


Abbildung A 34: „Erinnerungshilfen“

9. Abschluss und Verabschiedung

Die Teilnehmenden sollen sich bis zur fünften Sitzung zu ihrem Motto-Ziel mindestens fünf mobile und fünf stationäre Erinnerungshilfen suchen (Arbeitsmappe S. 18), die imstande sind, das gewünschte neuronale Netz zu aktivieren. Diese Aufgabe ist in Einzel- oder Gruppenarbeit (mittels Ideenkorb) möglich und wird den Teilnehmenden überlassen. Sprechen Sie als Kursleitung auch die Einladung aus, Erinnerungshilfen in die kommenden Gruppentherapiesitzungen mitzubringen und vorzustellen. Das Präsentieren von Erinnerungshilfen kann für den Einzelnen, aber auch für die gesamte Gruppe, motivierend wirken. Gleichzeitig ist es ein erlebnisorientierter Ideenkorb für die anderen Teilnehmenden. Für die kommende Gruppentherapiesitzung kann bereits angekündigt werden, dass mit Körper und Bewegung gearbeitet wird und die Teilnehmenden dafür gerne in bequemer, sportlicher Kleidung kommen können und sich etwas zum Trinken mitbringen.

4.3.5 5. Sitzung

Kurz gefasst:

Im Mittelpunkt der fünften Sitzung der ZRM-MD-Gruppentherapie wird der Ressourcenpool weiter gefüllt. Konkret wird dabei der Körper als Ressource mit Hilfe des Embodiments und Micro-Movements genutzt.

Grober Ablauf:

- | | |
|---|------------------|
| 1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und Erinnerungshilfen präsentieren | circa 10 Minuten |
| 2. Wichteln | circa 5 Minuten |
| 3. Wechselwirkung Körper-Psyche | circa 15 Minuten |
| 4. In Bewegung kommen | circa 10 Minuten |
| 5. Embodiment und Micro-Movement | circa 45 Minuten |
| 6. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung | circa 5 Minuten |

Material:

Bei allen Sitzungen notwendige Materialien: Flipchartständer, Flipchartpapier, Filzschreiber, Kugelschreiber, ZRM-MD-Bildkartei, ein „Arbeitsmäpple“

Zusätzlich notwendig: Flipcharts der 5. Sitzung, kleine Notizblätter, ein großer Raum für Bewegung, farbige Filzstifte/Farbstifte

Vorgehen:

1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und Erinnerungshilfen präsentieren

Nach der Begrüßung sollte in der Wiederholung vor allem nochmals auf die neuronale Plastizität und die Arbeit mit Ressourcen eingegangen werden. Somit ist auch eine Verbindung zur Weiterarbeit hergestellt: das weitere Füllen des Ressourcenpools. Sind wegen der Optimierung der Motto-Ziele aus dem letzten Modul noch Themen offen geblieben, so sollte dies hier nachgeholt werden. Auch für das Präsentieren der Überlegungen geeigneter (und teilweise vielleicht auch schon angeeigneten) Erinnerungshilfen sollte sich Zeit genommen werden. Dadurch werden die Teilnehmenden in der Arbeit mit Erinnerungshilfen nochmals verstärkt und gleichzeitig zu weiteren Ideen angeregt.

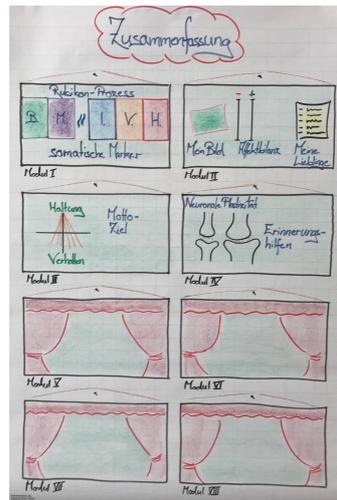


Abbildung A 35: „4. Zusammenfassung“

2. Wichteln

Anschließend kann über die Methode des Wichtelns die Abschlussrunde der 8. Sitzung der ZRM-MD-Gruppentherapie vorbereitet werden. Das Wichteln zum Abschluss der Gruppentherapie lässt die PatientInnen mit einem Gefühl der Dankbarkeit, der Verbundenheit und des „gesehenwerdens“ gehen und stellt sicher, dass alle Teilnehmenden mindestens zwei Erinnerungshilfen besitzen. Somit wird auf eine erlebnisorientierte Art die Arbeit mit Erinnerungshilfen verstärkt. Zum Vorgehen: den Teilnehmenden wird das Prinzip des Wichtelns erklärt, die vorbereiteten Notizblätter ausgeteilt und die Patienten gebeten darauf ihren Namen, ein Stichwort zu ihrem Bild und ihr Motto-Ziel zu schreiben. Anschließend werden die Notizblätter eingesammelt, durchmischt und wieder ausgeteilt. Somit hat jeder der Teilnehmenden ein Wichtelkind und die Aufgabe bis zur Abschlussrunde diesem und sich selbst eine den Motto-Zielen passende Erinnerungshilfe zu suchen und mitzubringen. Die Verantwortung etwas Passendes zu finden, kann bei depressiven Patienten ein Gefühl von Überforderung auslösen. Daher ist es wichtig zu betonen, dass es lediglich um eine kleine Aufmerksamkeit geht. Auch kann hier das Nennen früherer Wichtelgeschenke (bemalter Stein, Postkarte, Servietten, ...) nützlich sein. Als hilfreich haben sich auch die „Ein-Euro-Läden“ erwiesen, die Potential bieten fündig zu werden und kostengünstig sind. Auch das Hilfsangebot bei Überforderung sich an die Gruppenleitung oder an das Pflegepersonal der Station zu wenden, sollte ausgesprochen werden. Als Budgetrahmen wird ein Betrag von maximal 5 Euro vereinbart.

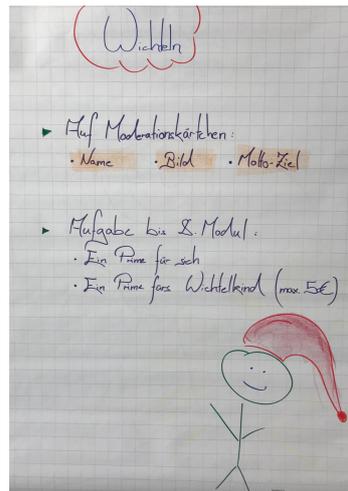


Abbildung A 36: „Wichteln“

3. Wechselwirkung Körper-Psyche

Im nächsten Arbeitsschritt wird eine weitere wirksame und nützliche (da sie immer dabei ist und nicht vergessen werden kann) Ressource vorgestellt; die Arbeit mit dem Körper. Die Arbeit mit dem Körper kann bei PatientInnen schamhaft (häufig bei Übergewicht) besetzt sein. Auch werden manchmal skeptische Stimmen oder Zweifel geäußert und die Arbeit mit dem Körper in eine „esoterische Ecke“ geschoben. Depressive PatientInnen sind in ihrem Körperausdruck häufig gehemmt und stehen einer Arbeit mit Körperhaltung meist befremdlich gegenüber. Daher ist das vorgeschaltete Impulsreferat bedacht darauf in einer sachlichen Sprache, wissenschaftlich fundierte Inhalte zu vermitteln, um Angst und Skepsis abzubauen. So kann auf einer intellektuellen, kognitiven Ebene Sinn und Nutzen der Arbeit mit dem Körper vermittelt werden.

In mehreren aufeinander aufbauenden Schritten wird die Wechselwirkung zwischen körperlichen und psychischen Vorgängen nähergebracht und so die PatientInnen auf die eigentliche Arbeit mit dem Körper vorbereitet.

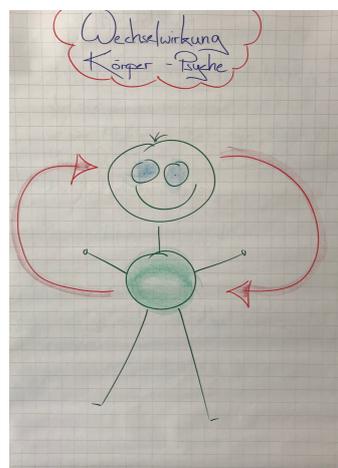


Abbildung A 37: „Wechselwirkung Körper - Psyche“

Begonnen wird mit der Wirkung der Psyche (in Form von Gedanken, Vorstellungen, Erwartungen) auf den Körper. Um die Wirkung auch erlebbar zu machen, wird mit den Teilnehmenden die „Zitronenübung“ durchgeführt. Diese Vorstellungsübung veranschaulicht, wie durch mentale Prozesse (Vorstellungsbild einer Zitrone) körperliche Reaktionen (z.B. Speichelfluss) beeinflusst werden. Teilnehmende berichten im Anschluss meistens, dass bei dem Gedanken an eine Zitrone „sich im Mund etwas zusammengezogen hat“, dass „das Wasser im Mund zusammengelaufen ist“, sich das Gesicht zusammengezogen hat oder sie vermehrt schlucken mussten. Es gibt viele Formen diese Übung anzuleiten, für das ZRM-MD hat sich die leicht angepasste Anleitung von Tegethoff & Meinschmidt (2012) bewährt. Dabei wird der Patient gebeten eine bequeme Sitzhaltung einzunehmen und sofern möglich die Augen zu schließen. Die TherapeutIn spricht dann mit ausreichenden Pausen zwischen den Sätzen folgendes:

„Ich möchte Sie einladen auf ein Gedankenexperiment: Stellen Sie sich vor, dass vor Ihnen ein Tisch steht und auf dem Tisch ein Brett mit einer Zitrone liegt. Neben dem Brett liegt ein Messer. Die Zitrone ist reif, gelb und glänzend... Nehmen Sie die Zitrone in die linke Hand... Nehmen Sie das Messer in die rechte Hand... Schneiden Sie die Zitrone in der Mitte durch. Dabei läuft Saft der Zitrone auf das Brett und über Ihre Finger... Sie riechen deutlich den sauren Geruch der Zitrone... Schneiden Sie von der einen Hälfte noch eine Scheibe ab... Ihre Finger kleben vom Zitronensaft... Nehmen Sie jetzt eine Zitronenscheibe in die Hand. Schauen Sie sich die Zitronenscheibe genauer an. Das Fruchtfleisch ist saftig und glänzt... Falten Sie nun die Scheibe in der Mitte und führen Sie sie näher an den Mund... Der Zitronensaft tropft auf den Tisch und rinnt Ihnen über die Hände. Langsam führen Sie die Zitronenscheibe in den Mund. Beißen Sie nun in die Zitrone hinein. In dem Moment, in dem Ihre Zähne das Fruchtfleisch durchdringen, beginnt sich Zitronensaft in Ihrem Mund auszubreiten. Sie schmecken den säuerlichen Saft und bemerken, wie er sich von der Zungenspitze aus im Mund weiter verteilt... Was spüren Sie?“

Die TherapeutIn verdeutlicht nochmals, dass die entstandenen körperlichen Reaktionen allein durch mentale Vorstellung der Zitrone hervorgerufen wurde (denn es war ja keine Zitrone da). Man könnte nun weitere Erfahrungen im Plenum sammeln, wie durch bestimmte Gedanken beispielsweise körperliche Anspannung, Nervosität, Herzklopfen u. Ä. ausgelöst oder verstärkt werden können und auch psychische Erkrankungen bedingen (vor allem die somatoformen Störungen). Doch soll durch dieses Experiment zunächst einmal das Phänomen verdeutlicht werden und mögliche Abschweifungen kurzgehalten werden.

Mit einem Haltungsexperiment wird die umgekehrte Wirkung (die Wirkung des Körpers auf die Psyche: Gefühle, Gedanken, Selbstwert, ...) veranschaulicht. Die Teilnehmenden werden gebeten sich zunächst in eine gekrümmte Haltung mit gesenktem Blick zu begeben und aufgefordert sich fröhlich und voller Tatendrang zu fühlen. Dann werden Sie gebeten sich aufzurichten und hinzusetzen, wie es die Physiothera-

peutInnen empfehlen (Schultern zurück, Kopf leicht strecken, Brust raus, ...) und aufgefordert sich unglücklich, schüchtern und minderwertig zu fühlen. Meistens schütteln ein paar Teilnehmende den Kopf oder äußern sich nach dem Motto: „das geht kaum“. Laden Sie die PatientInnen ein in dieser Sitzposition zu verbleiben und fahren fort mit einem wissenschaftlichen Experiment zur Wirkung der Körperhaltung auf die Psyche.

Nach dem Erläutern der Wechselwirkungen sollte den Teilnehmenden der Nutzen von der Arbeit mit dem Körper deutlich und vorherige Zweifel ausgeräumt sein. Die Arbeit mit dem Körper als Ressource im ZRM-MD soll helfen durch das Einnehmen einer zum Motto-Ziel korrespondierenden Körperhaltung dieses zu unterstützen und/oder situativ bewusst zu aktivieren.

Die Arbeit mit dem Körper ist im ZRM-MD in zwei Phasen aufgeteilt: In der ersten Phase wird das Embodiment erarbeitet: eine Art „Privatgymnastik“, ähnlich einer Abfolge an Bewegungen wie im Tai-Chi oder Yoga. Die zweite Phase, das Micro-Movement, leitet sich aus dem Embodiment ab und ist eine kleine Einheit, die unmerkelt in der Öffentlichkeit ausgeführt werden kann. Ein Verweis auf Persönlichkeiten und Sportler, die die Körperarbeit nutzen, um eine gewünschte Stimmungslage herzustellen, erhöht meist nochmals die Motivation diese Ressource für sich selbst zu erarbeiten. Gute Beispiele sind hier (Tennisspieler vor dem Aufschlag, Walk-In von Boxern, Haka-Tanz des neuseeländisches Rugby-Teams, Cristiano Ronaldo vor einem Freistoß, Angela Merkel mit der Raute, ...).

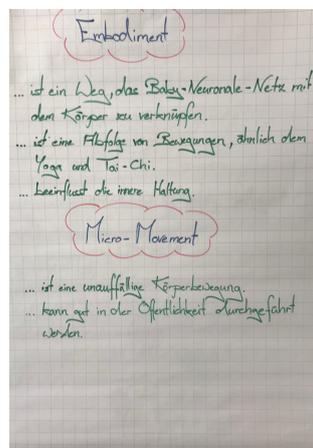


Abbildung A 38: „Embodiment & Micro-Movement“

4. In Bewegung kommen

Nun geht es in die praktische Umsetzung. Hierfür ist – auch wieder, um Hemmungen des Körperausdrucks abzubauen – ein stufenweises Annähern an die Körperarbeit hilfreich. Dazu werden die Teilnehmenden gebeten, aufzustehen und sich durch den Raum zu bewegen, um diesen neugierig zu erkunden. Nach ein bis zwei Minuten bittet die Gruppenleitung nun die Aufmerksamkeit auf die anderen Personen im Raum zu lenken und sich beim Begegnen auf unterschiedliche Weisen zu begrüßen (zuwinkern, verbeugen, Hand geben, ...). Im Weiteren können drei bis vier kurze Szenerien pantomimisch gespielt werden, wobei es darauf ankommt in Bewegung zu kommen und mit

etwas Humor mögliche Hemmungen zu nehmen (auf einem vollen Bahnsteig bei eigener Verspätung noch die Bahn bekommen, über glühende Kohlen laufen, am Strand entlangschlendern, Äpfel vom Baum pflücken und in einen Korb legen, ...).

5. Embodiment und Micro-Movement

Mit Hilfe des Flipcharts wird der Ablauf zum Aufbau des Embodiments und des Micro-Movements erläutert. Achten Sie dabei, dass die Teilnehmenden dabei stehen bleiben (und sich nicht wieder reflexartig auf ihre Stühle setzen) und halten Sie die Erläuterungen kurz. Demonstrieren sie stattdessen das genaue Vorgehen am Beispiel eines Teilnehmenden. Hierfür schreibt der Teilnehmende sein Motto-Ziel an das Whiteboard oder auf ein Flipchart und stellt sein Bild zur Verfügung. Im zweiten Schritt folgt eine rein kognitive Aufgabe: der Teilnehmende (HauptprotagonistIn) überlegt aus wie vielen Bewegungselementen das Motto-Ziel/Embodiment besteht und legt auch eine Reihenfolge fest. Im Plenum werden aus der Bewegung heraus der HauptprotagonistIn Bewegungen im Sinne des Ideenkorbes angeboten. Hierzu erfolgt die Anweisung: „Und nun setzen wir uns alle wieder in Bewegung!“. Auch die Gruppenleitung geht in Bewegung. Essenziell für das Erarbeiten des Embodiments ist, dass dieses aus der Bewegung heraus (und nicht kognitiv, stehend vor dem Flipchart) erarbeitet wird. Die HauptprotagonistIn, die am Ende den Ideenkorb erhält, probiert alle Ideen/Vorschläge aus. Aus diesen wählt sie/er sich diejenigen Bewegungs- oder Handlungsformen aus, die für sie/ihn passend sind, die ihr/ihm gut gefallen und die sich gut anfühlen. Als Entscheidungshilfe ist hier ein Querverweis auf die somatischen Marker möglich. Ermutigen Sie als Leitung auch auffällige und ungewöhnliche Bewegungs- oder Handlungsformen anzubieten. Ist ein Bewegungsabfolge für das Embodiment gefunden, so geht es weiter mit dem Micro-Movement. Für den Gebrauch der Körperarbeit in der Öffentlichkeit lassen sich aus dem Embodiment kleine Micro-Movements ableiten. Besteht das Embodiment beispielsweise aus einem Fußstampfen, so kann das Micro-Movement dazu ein unauffälliges drücken des Fußes in den Boden sein. Ziel ist es auch hier wieder das gewünschte Motto-Ziel-neuronale-Netz zu aktivieren, um zielrealisierendes Handeln zu ermöglichen. Ein Micro-Movement soll in der Öffentlichkeit anwendbar sein, ohne dass es von anderen Menschen bemerkt werden kann. Dazu stellen sich alle im Kreis auf und bieten abgeleitet aus dem Embodiment der HauptprotagonistIn wieder einen Ideenkorb an aus welchem diese/r sich ein bis zwei Micromovements aussucht. Manchmal ergeben sich aus der Körperarbeit neue Aspekte und folgend eine Änderung oder Neuformulierung des Motto-Ziels.

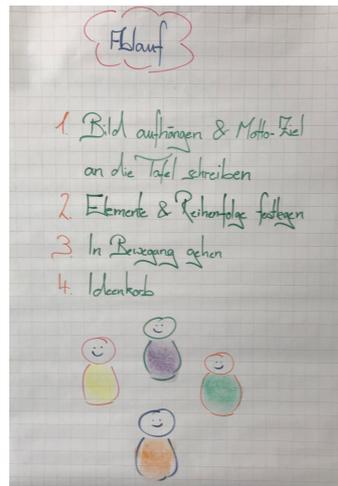


Abbildung A 39: „Ablauf Ideenkorb Embodiment & Micro-Movement“

Sind für Embodiment und Micro-Movement Körperhaltungen gefunden, so sollte die HauptprotagonistIn auf den Seiten 21 und 22 seines Arbeitsmapples dies Abfolgen protokollieren. In dieser Zeit kann bereits ein weiterer Teilnehmender sein Motto-Ziel auf dem Whiteboard oder auf ein Flipchart schreiben und sein Bild zur Verfügung stellen. Die restlichen Teilnehmenden nutzen diese Zeit meist zum kurzen Verschnaufen und Trinken. Sobald die Beiden mit protokollieren und schreiben fertig sind kann gemeinsam wieder ein Ideenkorb für die neuen Hauptprotagonisten erstellt werden. Durch die überwiegend aktive Arbeit ist in dieser Sitzung keine längere gemeinsame Pause vorgesehen. Sollte bei den Teilnehmenden jedoch der Wunsch nach einer Pause aufkommen, so ist dies gut möglich einzubauen, indem ein Ideenkorb weniger unter der Anleitung der Gruppenleitung erarbeitet wird.

6. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung

Meist reicht die Zeit der Gruppentherapie für zwei bis vier Ideenkorb-Durchgänge, in denen der Ablauf und die Intention der Körperarbeit in aller Regel deutlich werden. In Eigenregie werden in der Großgruppe (ohne TherapeutIn) zwischen dieser und folgender Sitzung die restlichen Ideenkörbe erarbeitet und das jeweilig ausgewählte Embodiment und dazugehörige Micro-Movements im Arbeitsmapples festgehalten. Nützlich ist es neben der eher deskriptiven Verschriftlichung der Bewegungsabfolge, die Körperarbeit auch bildhaft festzuhalten. Hierfür können die auf den Arbeitsblättern vorgedruckten Männchen genutzt werden. In Einzelarbeit kann mit Farbstiften dann der innere und äußere Körperzustand bildlich festgehalten werden.

4.3.6 6. Sitzung

Kurz gefasst:

In der sechsten Sitzung wird mit den sozialen Ressourcen der weiter Ressourcenpool gefüllt und vollendet. Nachdem die Teilnehmenden dann über die Gruppentherapiesitzungen ihr Motto-Ziel erarbeitet haben und wissen, welche Ressourcentypen ihnen hierfür zur Verfügung stehen, geht es nun um die Frage, wie das Motto-Ziel konkret realisiert werden soll. Hierfür werden drei Situationstypen (ABC-Situationen) eingeführt, denen die Teilnehmenden in ihrem Alltag im Hinblick auf ihre Motto-Ziele begegnen können. Die A- und B-Situationen werden in der sechsten Sitzung vertieft besprochen und bearbeitet.

Grober Ablauf:

- | | |
|---|------------------|
| 1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und Vorstellen der Embodiments und Micro-Movements | circa 10 Minuten |
| 2. Soziale Ressourcen | circa 10 Minuten |
| 3. Drei Situationstypen | circa 5 Minuten |
| 4. Situationstyp A | circa 10 Minuten |
| 5. Pause | circa 15 Minuten |
| 6. Situationstyp B | circa 35 Minuten |
| 6.1 Auswahl einer geeigneten B-Situation | |
| 6.2 Planung des Ressourceneinsatzes | |
| 7. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung | circa 5 Minuten |

Material:

Bei allen Sitzungen notwendige Materialien: Flipchartständer, Flipchartpapier, Filzschreiber, Kugelschreiber, ZRM-MD-Bildkartei, ein „Arbeitsmäpple“

Zusätzlich notwendig: Flipcharts der 6. Sitzung

Vorgehen:

1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung

Zu Beginn werden nochmals in wenigen Worten die wesentlichen Inhalte (insbesondere der Ressourcenpool) der ersten fünf Sitzungen wiederholt, Fragen und Ungereimtheiten geklärt. Auch sollte auf die Körperarbeit eingegangen werden. Die Teilnehmenden werden eingeladen ihre Embodiments und Micro-Movements kurz vorzustellen, indem sie jeweils die anderen Teilnehmenden und die Gruppenleitung anleiten. Die Gruppenleitung fragt interessiert nach und lässt sich die Bewegungsabläufe und Körperhaltungen detailliert beschreiben. Diese Art der „Gruppengymnastik“ schafft ein gutes Ankommen zu Beginn der sechsten Sitzung. Auch ist es möglich, dass ein Teil der Teilnehmenden zu Beginn ihre Embodiments und Micro-Movements vorstellt und ein zweiter Teil nach der Pause. So ist eine Auflockerung nach den doch recht kognitiven Inhalten der sechsten Gruppentherapiesitzung gewährleistet. Das Anleiten

seines persönlichen Motto-Ziels ermöglicht zudem für jede/n Einzelne/n noch einmal ein Vertiefen und Verinnerlichen ihrer/seiner Bewegungsabläufe und Körperhaltungen.

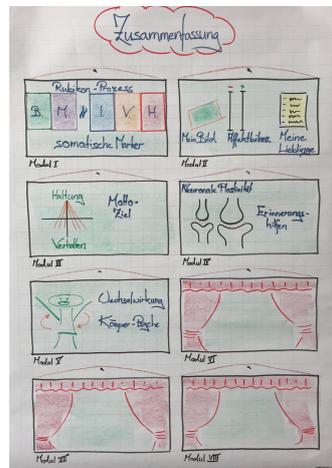


Abbildung A 40: „5. Zusammenfassung“

Als Ausblick auf den Inhalt der sechsten Gruppentherapiesitzung kann auf den Rubikon-Prozess verwiesen werden: der Ressourcenpool wird vollends gefüllt und somit die präaktionale Vorbereitung inhaltlich abgeschlossen und sich dem konkreten Umsetzen/Handeln gewidmet. Dazu werden drei Situationstypen kennengelernt, die im Zusammenhang mit den Motto-Zielen auftreten.

Im Laufe der Gruppentherapien kommen früher oder später, meist aber um die fünfte oder sechste Gruppentherapiesitzung, Fragen rund um das ZRM auf. Für Interessierte, die sich gerne vertieft einlesen wollen, ihr Motto-Ziel-Bild in digitaler Form haben mögen oder ein weiteres Motto-Ziel angeleitet erarbeiten wollen, ist die Webseite www.zrm.ch zu empfehlen. Diese ist auch im Arbeitsmäpple im Impressum aufgeführt.

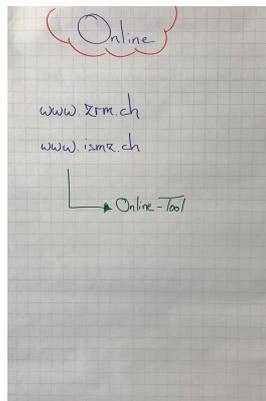


Abbildung A 41: „ZRM online“

2. Soziale Ressourcen

Soziale Ressourcen sind Personen, die einen in der Umsetzung seines Motto-Ziels unterstützen. Der Gedanke des ZRMs (Storch & Krause, 2017) ist, dass (Um-)Lernprozesse zuverlässiger gelingen, wenn sie sozial unterstützt werden. Die Unterstützung kann dabei viele Formen annehmen: sie kann auf der emotionalen, motivationalen, als auch fachlichen Ebene erfolgen. Angehörige, Bekannte, Freunde, Kollegen, Vorgesetzte, ... können der Umsetzung des Motto-Ziels hilfreich und unterstützend, manche aber auch hinderlich sein. Man kann sich nicht immer aussuchen, mit welchen Personen man sich umgibt. Im Sinne des Selbstmanagements kann man sich der wohlthuenden Kontakte aber bewusstwerden und diese ausbauen. In einem kurzen Impulsreferat wird dieser Gedanke erläutert und drei Formen sozialer Ressourcen vorgestellt*⁴:

- **Stille soziale Ressource:**
Stille soziale Ressourcen sind nicht in die Motto-Ziel-Arbeit eingeweiht helfen jedoch durch ihre Anwesenheit und aufgrund ihrer persönlichen Art das neue Motto-Ziel zu aktivieren und zu unterstützen. So kann beispielsweise der Pfleger, der einen Blick für die positiv-gelingenden Dinge und fröhliche Ausstrahlung hat das erarbeitete Motto-Ziel „Ich lasse meine Sonnenseite erblühen“ eine stille Ressource sein. So kann man besonders den Kontakt zu diesem Pfleger bei Fragen und Anliegen suchen, um von seiner Art zu profitieren.
- **Strategische soziale Ressource:**
Strategische soziale Ressourcen sind Personen, die zwar aktiv und geplant als Ressource eingesetzt werden, denen jedoch nichts über den Zusammenhang ihrer Aktivität mit dem ZRM-Training erklärt wird.
- **Eingeweihte soziale Ressource:**
Eingeweihte soziale Ressourcen sind in das Vorhaben und das Motto-Ziel eingeweiht. Diese Personen wissen teilweise oder ganz über die Therapieinhalte, den Wunsch, das Motto-Ziel, den Ressourcenpool Bescheid. Diese Personen können um aktive Unterstützung gebeten werden, beispielsweise durch regelmäßiges Erinnern an das Motto-Ziel (beispielsweise durch schicken entsprechender Emojis), beim Erweitern der Erinnerungshilfen, durch Anerkennung und Lob beim Meistern von Situationen im Sinne des gewünschten zielrealisierenden Handelns, als Fremdgerichte, wenn man einen Ideenkorb benötigt, ... Eingeweihte soziale Ressourcen, die die Teilnehmenden bereits haben, sind die Mitpatienten der Gruppentherapie.

Mit diesem Wissen gehen die Teilnehmenden in eine kurze Einzelarbeit und machen sich Gedanken über bereits vorhandene soziale Ressourcen und diese, die sie noch

⁴ Das Wissen und die Unterscheidung über die drei Formen sozialer Ressourcen ist nicht zwingend erforderlich und kann so auch verkürzt behandelt werden. Die wichtige Botschaft die dabei aber herüberkommen sollte ist: Soziale Ressourcen sind Personen, die dem eigenen Motto-Ziel positiv gegenüberstehen und bei der Umsetzung und Verwirklichung des Motto-Ziels behilflich sind.

nutzen oder dazugewinnen wollen und halten diese auf Arbeitsblatt 23 und im Ressourcenpool im Arbeitsmäpple schriftlich fest.

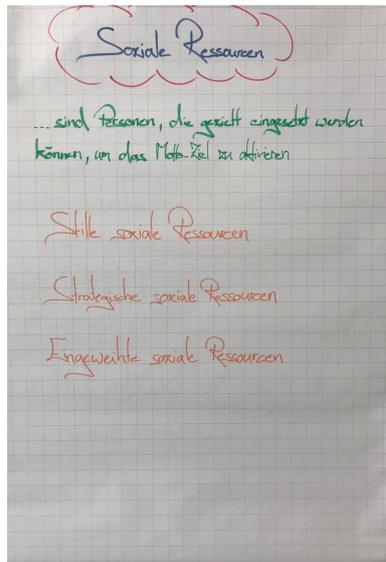


Abbildung A 42: „Soziale Ressourcen“

3. Drei Situationstypen

Mit Hilfe der Situationstypen A,B und C des ZRM-Trainings (Storch & Krause, 2017) soll den Teilnehmenden eine zweckmäßige Unterscheidung an die Hand gegeben werden, in denen die Motto-Ziele und deren Aktivierung/Realisierung gewünscht sind (vergleiche Arbeitsblatt 24 im Arbeitsmäpple).

- Situationstyp A: Situationen, in denen die Verwirklichung des Motto-Ziels einfach und automatisch gelingt.
- Situationstyp B: Situationen, in denen die Verwirklichung des Motto-Ziels schwierig ist, die jedoch vorhersehbar sind und darum vorbereitet werden können.
- Situationstyp C: Situationen, in denen die Verwirklichung des Motto-Ziels schwierig ist und überraschend eintreten – eine Vorbereitung ist nicht möglich.

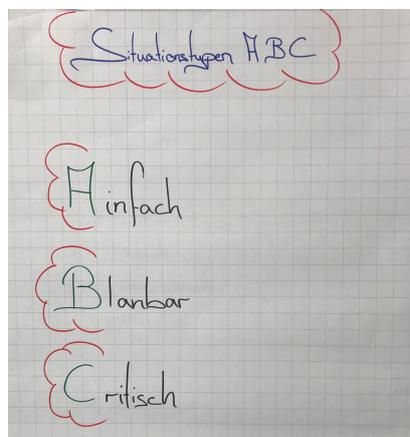


Abbildung A 43: „Situationstypen ABC“

4. Situationstyp A

Situationstyp A sind Situationen, bei denen das zielrealisierende Handeln einfach und automatisch vonstatten geht. Bereits nach der Formulierung des Motto-Ziels ist es möglich A-Situationen zu erleben. So haben in aller Regel einige Teilnehmenden schon Beispiele zu berichten. Die Gruppenleitung regt dazu an, von diesen erfolgreichen Situationen zu berichten.

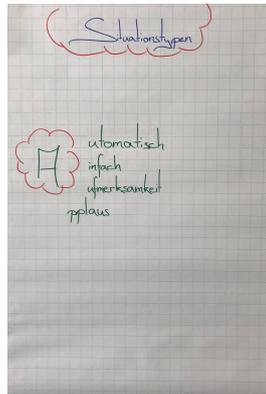


Abbildung A 44: „A-Situationen“

Wichtig sind an dieser Stelle zwei Dinge: Erstens sich dieser Situationen bewusst zu werden. Geben Sie den Teilnehmenden daher ausreichend Zeit innezuhalten. Nennen Sie auch ein paar Beispiele (beispielsweise: „neulich beim Eis essen, war ich in meiner Motto-Ziel-Haltung „den Augenblick genießen“), um bewusst zu machen, dass dies meist alltägliche Situationen sind, die nur allzu gern – gerade von depressiven PatientInnen – als selbstverständlich, weil automatisch erfolgt, als „Lappalien“, abgetan werden. Und zweitens besteht die Aufgabe der Gruppenleitung darin, für die Erfolge zu sensibilisieren und ihnen Anerkennung zu schenken. Depressive PatientInnen attribuieren häufig Erfolge extern-situativ und Misserfolge als intern-stabil und generell verursacht. So wird eine erfolgreiche Abschlussprüfung den leichten Fragen und dem wohlwollenden Prüfer zugeschrieben (und nicht den eigenen Fähigkeiten). Umgekehrt, bei einer misslungenen Abschlussprüfung wird das Scheitern den Unfähigkeiten (und nicht den schweren Fragen und dem gemeinen Prüfer) zugeschrieben. So entsteht zwangsläufig eine Abwärtsspirale und die Selbstwirksamkeit sinkt zunehmend. Laut Seligman (1975) fördert dieser pessimistische Attributionsstil die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen. Durch das Sammeln bereits gelungener Situationen wird zudem den Teilnehmenden implizit vermittelt, dass sie grundsätzlich bereits in der Lage sind, das gewünschte Motto-Ziel zu realisieren. Da das bewusste Wahrnehmen eine Sensibilisierung für zielrealisierendes Handeln erfordert, sollten die Teilnehmenden jeden Tag ihren Alltag nach A-Situationen durchforsten, auf dem Arbeitsblatt „Mein Erfolgsspeicher für A-Situationen“ (S. 25) eintragen und sich für die Erfolge loben. Untermalen lässt sich diese Aufmerksamkeitstechnik mit der Geschichte der „Glücksbohnen“:

Im Orient lebte ein weiser, alter Mann. Eines Tages kamen drei Männer zu ihm und fragten: „Oh Meister, du bist immer so zufrieden und ausgeglichen. Was ist das Geheimnis deiner Zufriedenheit?“

Der Weise lächelte milde: „Dieses Geheimnis kann ich euch gerne erzählen. Jeden Morgen, wenn ich aufstehe, nehme ich eine Hand voll Bohnen in meine linke Hosentasche. Jedes Mal, wenn ich mich zufrieden und ausgeglichen fühle. Ich nehme ich eine Bohne aus meiner linken und stecke diese in meine rechte Hosentasche. Am Anfang kam das nicht so oft vor. Aber von Tag zu Tag wurden es mehr Bohnen, die von der linken in die rechte Hosentasche wanderten. Der Duft der frischen Morgenluft, der Gesang der Amsel auf dem Dachfirst, das Lachen meiner Kinder, das nette Gespräch mit einem Nachbarn – immer wanderte eine Bohne von der linken in die rechte Tasche. Und jeden Abend, bevor ich schlafen gehe, nehme ich die Ernte des Tages aus meiner rechten Hosentasche, schaue jede Bohne an und erinnere mich an den Moment, für den sie steht.“ (aus Arbeitsmäpple, Seite 26)

5. Pause

Anschließend folgt eine Pause von 15 Minuten.

6. Situationstyp B

B-Situationen sind Situationen, die vorhersehbar und somit planbar sind und werden im ZRM auch „Fitnessstudio für das neue neuronale Netz“ (Storch & Krause, 2017) bezeichnet. Vorhersehbar Situationen können zeitlich fixierte Termine (Telefonat mit der Krankenkasse, Oberarztvisite, Bewerbungsgespräch, Teamsitzung, ...) sein. Auch wiederkehrende Situationen, die nicht unbedingt zeitlich zu fixieren sind, können B-Situationen sein; Situationen, von denen man weiß, dass sie in bestimmter Regelmäßigkeit auftreten, zum Beispiel wenn die Kinder wieder anfangen zu diskutieren, dass sie keine Zähne putzen wollen oder der Großvater Verhalten XY kritisiert.

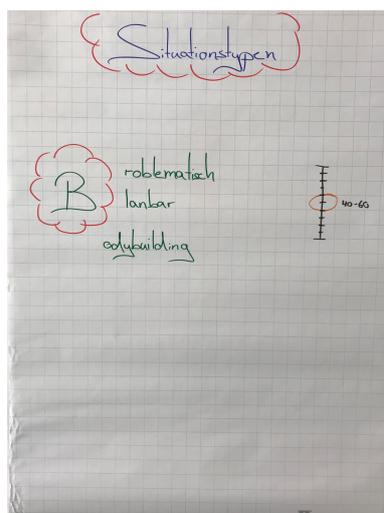


Abbildung A 45: „B-Situationen“

6.1 Auswahl einer geeigneten B-Situation

Zuerst überlegen sich die Teilnehmenden fünf B-Situationen, in denen sie ihrem Motto-Ziel entsprechend neu handeln wollen. Haben sie fünf Situationen, so tragen sie diese auf Arbeitsblatt 27 („B-Situationen, in denen ich meine Ressourcen einsetzen möchte“) ein. Das dort abgebildete Thermometer mit der Skala null (ganz leicht) bis 100 (sehr schwierig) dient als Orientierung, um den subjektiv eingeschätzten Schwierigkeitsgrad einzuschätzen. Die depressiven PatientInnen tun sich erfahrungsgemäß schwer fünf Situationen zu finden, daher sind auch weniger möglich. Auch kann hilfreich sein, einige mögliche Beispiele für B-Situationen zu nennen. Wichtig für die Weiterarbeit ist zunächst einmal, dass mindestens eine Situation im unteren bis mittleren Schwierigkeitsbereich liegt und möglichst zeitnah (am besten innerhalb der nächsten Woche) ansteht. Denn während des stationären Aufenthalts sollte mindestens die erste geplante B-Situation zielrealisierendes Handeln erfolgt sein.

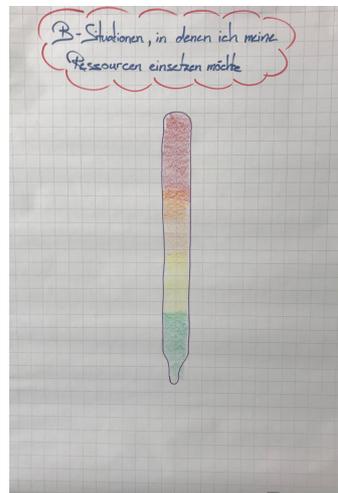


Abbildung A 46: „Auswahl B-Situationen“

Wenn die Teilnehmenden ihre B-Situationen auf dem Arbeitsblatt eingetragen haben, geht es um die konkrete Auswahl einer Situation, mit der weitergearbeitet wird. Diese sollte wie bereits oben beschrieben im mittleren Schwierigkeitsbereich (zwischen 40 und 60) liegen und zeitnah anstehen. Die Gruppenleitung sollte genau darauf achten, dass die ausgewählte B-Situation nicht zu schwierig ist. Ein erster, gescheiterter Versuch geplanten zielrealisierendes Handelns kann, erst recht bei depressiven Patienten, zur Folge haben nicht nur das ZRM-MD in Frage zu stellen, sondern – viel schlimmer – sich selbst und mögliche dysfunktionale Glaubenssätze („ich kann nichts“, „ich bin zu blöd“, ...) verhärten. Meistens ist es möglich den Schwierigkeitsgrad der B-Situationen zu reduzieren, indem man die Situationen in „Teilsituationen“ gliedert, zum Beispiel während der Begrüßung eines Telefonats in seiner „Bärenhaltung“ zu bleiben, anstatt des gesamten Gesprächs. Situationen oberhalb des Wertes von 60 sind für das neue neuronale Netz definitiv noch zu schwierig. Die restlichen B-Situationen auf dem Thermometer können den Teilnehmenden als Reservoir für späteres Üben dienen.

6.2 Planung des Ressourceneinsatzes

Haben alle Teilnehmenden eine geeignete B-Situationen gewählt, so folgt mit Hilfe des Arbeitsblattes auf Seite 28 („Eine planbare B-Situation, in der ich meine Ressourcen gezielt einsetzen möchte“) eine Einzelarbeit: die Teilnehmenden sollen stichwortartig die Situation hinsichtlich einiger Merkmale „skizzieren“. So werden nicht nur mögliche „knifflige Momente“ deutlicher; durch die Auseinandersetzung mit der Situation, kann diese beim realen Auftreten zum Auslösereiz für die Aktivierung des Motto-Ziels, der dazugehörigen Ausführungsintentionen und Ressourcen werden.

Mit Arbeitsblatt 29 („Was hilft mir in dieser B-Situation, mein Motto-Ziel zu aktivieren?“) wird auch zunächst in Einzelarbeit der Ressourceneinsatz für die gewählte B-Situation geplant. Mögliche Ressourcen, die zielrealisierendes Handeln unterstützen können sind mobile und stationäre Erinnerungshilfen, Micro-Movements und die Unterstützung sozialer Ressourcen.

7. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung

Die vorangegangene Einzelarbeit wird als Hausaufgabe paarweise vertieft fortgeführt, indem das Gegenüber weitere Ideen mit einbringt. Die Gruppenleitung sollte darauf hinweisen, dass es bei der Planung der B-Situationen nicht Tipps und Tricks geht, sondern sich die Hilfe auf die Suche nach Erinnerungshilfen, gekonnten Einsatz des Micro-Movements und der sozialen Ressourcen beziehen sollte.

4.3.7 7. Sitzung

Kurz gefasst:

In der siebten Sitzung wird mit den „Wenn-Dann-Plänen“ eine Methode kennengelernt und angewandt, um alte, unliebsame Automatismen durch neue, erwünschte zu ersetzen. Weiter werden die C-Situationen näher durchleuchtet und mögliche Fallstricke, sowie ein wohlwollender und lösungsorientierter Umgang mit diesen erarbeitet.

Grober Ablauf:

- | | |
|---|------------------|
| 1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und A-Situationen sammeln & würdigen | circa 10 Minuten |
| 2. Wenn-Dann-Pläne | circa 40 Minuten |
| 3. Pause | circa 15 Minuten |
| 4. C-Situationen | circa 15 Minuten |
| 5. ZRM-Ablaufmodell | circa 5 Minuten |
| 6. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung | circa 5 Minuten |

Material:

Bei allen Sitzungen notwendige Materialien: Flipchartständer, Flipchartpapier, Filzschreiber, Kugelschreiber, ZRM-MD-Bildkartei, ein „Arbeitsmäpple“

Zusätzlich notwendig: Flipcharts der 7. Sitzung

Vorgehen:

1. Begrüßung, Wiederholung/Zusammenfassung und A-Situationen sammeln

Nach der Begrüßung und Wiederholung wesentlicher Inhalte (insbesondere A- und B-Situationen) werden im Plenum weitere A-Situationen gesammelt und gewürdigt.

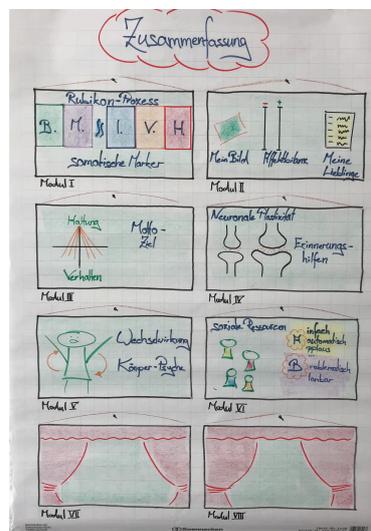


Abbildung A 47: „6. Zusammenfassung“

2. Wenn-Dann-Pläne

Als nächstes wird eine simple und effektive Methode den Teilnehmenden nähergebracht, um alte, unliebsame Automatismen durch neue, erwünschte zu ersetzen: die Wenn-Dann-Pläne (Überblick bei GOLLWITZER & SHEERAN, 2006). In einem Impulsreferat hören die Teilnehmenden von den gut fundiert erforschten Wenn-Dann-Plänen, um in einem zweiten Schritt sich selbst einen Wenn-Dann-Plan für ihre geplante B-Situation zu erarbeiten. Diese wissenschaftlich gut fundierte Methode hat eine besondere sprachliche Form: „Wenn X eintritt, dann mache ich Y“. Diese sprachliche Struktur ermöglicht direkt auf die Ebene der unbewussten Automatismen zuzugreifen. Die Wenn-Dann-Pläne sind dann hilfreich, wenn neue erwünschte Automatismen erzeugt werden sollen, um alte Automatismen zu umgehen. Für das ZRM-MD sind sie nützlich für schwierige Situationen, in denen alte Automatismen aktiviert werden und die Umsetzung des Motto-Ziels gefährden. Ausreichend ist ein einmaliges Aufschreiben – ein häufigeres Aufschreiben bringt keine Verbesserung. Die Aktivierung kann durch äußere (bestimmte Person, rote Ampel, Blick auf Terminkalender, ...) oder innerer (Herzrasen, Schweißausbruch, Hitzegefühl, ...) Merkmale erfolgen. Die Teilnehmenden füllen dann in Einzelarbeit die oberen drei Schritte des Arbeitsblatt 31 („Mein Wenn-Dann-Plan“) aus, auf dem die ausgewählte B-Situation, der unerwünschte Automatismus und dessen Aktivierung beschrieben werden. Auch in Einzelarbeit tragen die Teilnehmenden auf Arbeitsblatt 31 ihr „Wenn“ ein. Die Gruppenleitung sollte bei der Wenn-Formulierung anmerken, dass es sinnvoll ist einen möglichst konkreten Auslöser zu beschreiben (anstatt „Wenn ich nach Hause komme, ...“ zum Beispiel „Wenn ich meinen Haustürschlüssel im Schloss drehe, ...“)

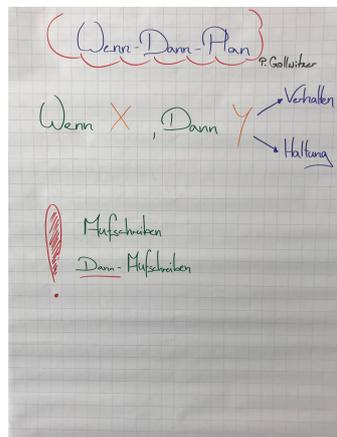


Abbildung A 48: „Wenn-Dann-Pläne“

Der folgende Dann-Teil wird zunächst im Plenum mit Hilfe der Ideenkorb-Methode geübt. Der Dann-Teil kann verhaltens- oder ressourcenaktivierend formuliert werden. Verhaltensaktivierend zielt auf konkretes Verhalten, wie z.B. ..., dann richte ich mich auf; ..., dann atme ich tief durch; ..., dann sage ich „Nein.“; ... Ressourcenaktivierend zielt auf das neuronale Netz des Motto-Ziels ab, welches aktiviert werden soll und ein flexibleres Handeln ermöglicht, z.B. ..., dann fasse ich meinen Ankeranhänger an; ..., dann mache ich mein Micro-Movement; ..., dann schreibe ich meiner sozialen Res-

source Martin. Beide Formen bieten Vorteile – die Entscheidung für den Dann-Teil sollte jedoch alleinig bei den Teilnehmenden selbst liegen. Das gemeinsame Üben mit der Ideenkorb-Methode folgt dem bekannten Schema: Ein freiwilliger, die HauptprotagonistIn, stellt ihre/seine B-Situation kurz vor und nennt ihren/seinen Wenn-Teil. Die „Fremdgehirne“ bieten nun einen Ideenkorb mit circa 5-7 verschiedenen Dann-Varianten an. Im Anschluss sucht sich die HauptprotagonistIn ihr/sein Lieblings-Dann aus und vervollständigt Arbeitsblatt 31. Das Zeitbudget reicht meist für zwei Ideenkörbe. Die weiteren Wenn-Dann-Pläne werden als Hausaufgabe vervollständigt. Dazu eignet sich das Bilden von zwei Kleingruppen.

3. Pause

Im Anschluss erfolgt eine fünfzehnminütige Pause.

4. C-Situationen

In einem ersten Schritt wird den Teilnehmenden mit Hilfe eines kurzen Impulsreferats die C-Situationen erklärt. C-Situationen, sind überraschend eintretende, schwierige Situationen, in denen das dem Motto-Ziel entsprechende zielrealisierende Handeln misslingt. Da C-Situationen überraschend eintreten, ist im Gegensatz zu den B-Situationen keine Vorhersagbarkeit und somit keine Planung und Vorbereitung möglich. Gerade zu Beginn – bei einem noch „frisch“ gebildetem Motto-Ziel-Netz sind frustrierende, missglückte Momente die Regel. Die alten und gewohnten Automatismen greifen in überraschenden Momenten und verhindern den Zugriff auf das Motto-Ziel und die angeeigneten Ressourcen. Diese Situationen werden von den Teilnehmenden häufig als schmerzlich erlebt und können mit starken negativen Emotionen, Resignation („das hat alles keinen Sinn“) und/oder Selbstabwertung („ich bin auch hierfür zu dumm“) einher. Hierauf sollte die Gruppenleitung die Teilnehmenden aufmerksam machen, um diesen depressiven Denkmustern (beispielsweise im Sinne der kognitiven Verzerrungen, (Beck, 1976) entgegenwirken. Häufig einher gehen überzogene Erwartungen und Ansprüche an sich selbst. C-Situationen können direkt nach Ende der Gruppentherapie jedoch noch nicht bewältigt werden: bis die Automatisierung des Motto-Ziel-Netzes so weit erfolgt ist wird Zeit benötigt. Vergleichbar ist es mit dem Lernen einer Fremdsprache: auch hier braucht es Zeit und Übung um „sattelfest“ zu werden und neue Inhalte zu verinnerlichen. Kanfer et al. (2012) schreiben von drei bis sechs Monaten, die man hierfür erfahrungsgemäß einplanen sollte. Auf der anderen Seite geht es darum die Teilnehmenden zu ermutigen „am Ball zu bleiben“ und mit dem ZRM-MD weiterzuarbeiten. Daher wird ein spezieller Umgang mit C-Situationen empfohlen. Nach dem Motto „Hinfallen, aufstehen, Krone richten“ geht es darum sich nicht entmutigen zu lassen, sich Erfolge (A-Situationen) zu vergegenwärtigen und weitere B-Situationen zu planen und erfolgreich zu meistern. Die Anleitung für den Umgang mit C-Situationen beugt den selbstattribuierenden Misserfolgen vor und dient somit für Erhalt der Selbstwirksamkeitsüberzeugung.

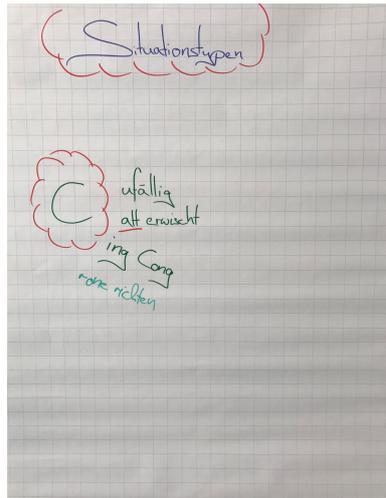


Abbildung A 49: C-Situationen“

Begegnet man C-Situationen, so geht es im ersten Schritt darum, das Geschehene als C-Situation zu identifizieren. Das Identifizieren, dass die Betroffenen in alte Automatismen verfallen sind, findet häufig erst im Nachhinein statt, in einer ruhigen Minute, auf dem Heimweg, beim Zähneputzen, ... Mit dem wiederholten Erleben von C-Situation und durch die Sensibilität verkürzt sich der Abstand zwischen C-Situationen und dessen Identifizierung. Ist eine C-Situation identifiziert, so wird diese auf Arbeitsblatt 32 („Logbuch für C-Situationen“) eingetragen. Sind eine Anzahl von vier bis sechs C-Situationen identifiziert, so kann das Logbuch ausgewertet werden. Arbeitsblatt 33 („Meine C-Situationen zu B-Situationen machen“) dient als Unterstützung, um Gemeinsamkeiten der C-Situationen zu erkennen und Vorläufersignale zu identifizieren. Ein immer vorhandener Geräuschpegel, immer morgens vor dem ersten Café, das Hetzen zu Terminen, eine bestimmte Person, Müdigkeit, Hunger, ... - Vorläufersignale können vielfältig sein. Durch die Analyse werden aus C-Situationen B-Situationen. Und B-Situationen lassen sich mithilfe der bekannten Techniken (Ressourceneinsatz planen und Wenn-Dann-Pläne erstellen) vorbereiten, um dem unerwünschten alten Autismus entgegenzuwirken.

Die Teilnehmenden werden eingeladen in Einzelarbeit (circa fünf Minuten) mögliche C-Situationen der letzten sieben Tage zu identifizieren und diese in das Logbuch einzutragen. Da es meist nur ein oder zwei C-Situationen gibt, die die Teilnehmenden identifizieren, wird das Analysieren und Ausfüllen des Arbeitsblatts 33 erst nach Gruppentherapieende möglich sein. So erklärt die Gruppenleitung lediglich den Umgang mit Arbeitsblatt 33 und die daraus resultierenden Arbeitsschritte (Ressourceneinsatz planen und Wenn-Dann-Pläne erstellen) im Umgang mit den nun planbaren und somit handhabbaren B-Situationen.

5. ZRM-Ablaufmodell

Im nächsten Schritt wird das ZRM-Ablaufmodell (Arbeitsblatt 34) vorgestellt. Dies hilft zum einen die Teilnehmenden einen Gesamtzusammenhang der Situationstypen herzustellen und zum anderen ist es hilfreich, da es auch nochmal die Gelegenheit gibt

auf Hürden und Widrigkeiten aufmerksam zu machen. Auch hier ist es ratsam nochmal auf mögliche überzogene Erwartungen hinzuweisen und sich und seinem Motto-Ziel-Netz Zeit und Fehlschläge einzuräumen. Fatal wäre es durch unangemessene Fehlattritionen aufgrund einzelner Misserfolge das ZRM-MD als unwirksam zu bewerten. Noch schlimmer wäre sich selbst als pauschal unfähig abzuqualifizieren. Durch Zunahme von Hilf- und Hoffnungslosigkeit würden im schlimmsten Fall im Sinne des „Giving-up-given-up-Modells“ (vgl. Engel & Schmale, 1967) Lebensziele als endgültig unerreichbar verworfen werden und sich die depressive Symptomatik chronifizieren.

Das Ablaufmodell gibt einen guten Überblick, wie aus C-Situationen B-Situationen werden und diese mit der Zeit und Training zu A-Situationen werden. Die Gruppenleitung sollte hier zusammenfassend noch einmal die wichtigsten Botschaften betonen: Durch das Erkennen von Vorläufersignalen und durch die Analyse von C-Situationen werden B-Situationen gemacht. Die B-Situationen können wie gewohnt geplant und bearbeitet werden. Mit dem Planen und Bearbeiten der B-Situationen und dem Würdigen der A-Situationen wird das Motto-Ziel-Netz gestärkt und die Aktivierung erfolgt zunehmend häufiger automatisch – mehr und mehr A-Situationen entstehen. Meist ergeben sich aus diesem Impulsreferat Fragen aus dem Plenum zur konkreten Weiterarbeit mit dem Motto-Ziel über die Gruppentherapie hinaus. Im Sinne des geleiteten Entdeckens kann hier die Gruppenleitung die Fragen an das Plenum zurückgeben und Unterstützen auf die bereits vermittelten und geübten Inhalte zurückzukommen.

6. Hausaufgaben, Abschluss und Verabschiedung

Zum Abschluss sollte noch ein kurzer Ausblick auf die kommende und letzte Gruppentherapiesitzung gegeben werden. Diese beschäftigt sich mit drei Schwerpunkten: 1. Mit Hindernissen, die in der Weiterarbeit über das Therapieende hinaus auftreten können und deren Umgang. 2. Eine ausführliche Zeitreise (Wiederholung) durch die ZRM-MD-Gruppentherapie. Und 3. die Verabschiedung. Die Gruppenleitung sollte sich hier vergewissern, ob bereits alle für sich selbst eine Erinnerungshilfe und für ihr Wichtelkind eine Erinnerungshilfe besorgt haben. Ein Einpacken des Geschenks in Geschenkpapier kann, aber muss nicht gemacht werden. Sollte jemand noch kein Wichtelgeschenk besorgt haben, so sollte die Gruppenleitung ihr Angebot der Unterstützung erneuern und sich im Anschluss in einem kurzen Einzelkontakt die Schwierigkeiten erklären lassen, um Hilfsangebote auszuloten. Als Vorbereitung für den Rückblick in der kommenden Gruppentherapiesitzung kann das mit Arbeitsblatt 36 („Mein Prozess im ZRM-Training“) angeleitete „Revue-passieren lassen“ dienen, welches die Teilnehmenden in Einzelarbeit ausfüllen können. Über diese Reflexion erfolgt kein öffentlicher Austausch, was an dieser Stelle bereits angekündigt werden sollte. Auch sollte an die noch ausstehende Gruppenarbeit zur Erarbeitung der Wenn-Dann-Pläne erinnert werden.

4.3.8 8. Sitzung

Kurz gefasst:

Inhalt der abschließenden Gruppentherapiesitzung sind drei Themenblöcke: Umgang mit potenziell auftretenden Hindernissen in der Weiterarbeit mit dem ZRM-MD, eine Wiederholung der wichtigsten Etappen der Gruppentherapie und der Abschluss mit der Verabschiedung und dem Wichteln.

grober Ablauf:

- | | |
|--|------------------|
| 1. Begrüßung und A-Situationen sammeln | circa 5 Minuten |
| 2. Bündeli „Wenn-Dann-Pläne“ | circa 10 Minuten |
| 3. Haupthindernis | circa 20 Minuten |
| 4. Wiederholung | circa 15 Minuten |
| 5. Pause | circa 15 Minuten |
| 6. Abschlussrunde | circa 25 Minuten |

Material:

Bei allen Sitzungen notwendige Materialien: Flipchartständer, Flipchartpapier, Filzschreiber, Kugelschreiber, ZRM-MD-Bildkartei, ein „Arbeitsmäpple“

Zusätzlich notwendig: Flipcharts der 8. Sitzung, Pinnwand, Blankokarten, Pinnnadeln, circa 60 Bohnen

Vorgehen:

1. Begrüßung und A-Situationen sammeln

Nach der Begrüßung wird ins Plenum gefragt, ob weitere A-Situationen aufgetaucht sind und eingeladen, diese zu berichten. Die sonst übliche Wiederholung erfolgt in der letzten Gruppentherapiesitzung zu einem späteren Zeitpunkt.

2. Bündeli „Wenn-Dann-Pläne“

Anschließend werden die Teilnehmenden gebeten reihum ihren Wenn-Dann-Plan vorzulesen. Bei Schwierigkeiten oder Unklarheiten können das Plenum und die Gruppenleitung unterstützen. Auch die Methode des Ideenkorbes kann Anwendung finden, um mögliche Dann-Teile anzubieten.

3. Haupthindernis

Als Sicherung des Transfers in den Alltag und als eine Form der Rückfallprophylaxe ist der folgende Abschnitt zu verstehen. Hierfür überlegen sich mit Arbeitsblatt 35 („Mein Haupthindernis“) die Teilnehmenden in Einzelarbeit ein Haupthindernis, mit welchem sie bei der Umsetzung des Motto-Ziels im Alltag konfrontiert werden könnten. Die Gruppenleitung kann dies mit einer Metapher begleitend einleiten: „Sie haben

alle ihr Motto-Ziel und haben das dazugehörige Netzwerk schon ein gutes Stückchen wachsen lassen. Sie haben ihren Ressourcenpool gefüllt und sind mit guten Vorsätzen unterwegs. Kurzum: Sie sind gut gewappnet. Bei PKWs wird die Fahrstabilität mit dem „Elchtest“ geprüft – die Autos müssen vor einem plötzlich auftretenden Hindernis ausweichen. Was ist ihr Hindernis – was ist ihr Elch? Was kann Sie davon abhalten, ihre Absichten in die Tat umzusetzen?“ Beispiele für Haupthindernisse können sein: „Mein Arbeitsalltag“, „mein persönliches Umfeld“, „meine Trägheit“, „eine neue depressive Episode“, ... Die Teilnehmenden notieren sich auf Arbeitsblatt 35 ihr persönliches Haupthindernis.



Abbildung A 50: „Elchtest“

Im nächsten Schritt werden Ideen im Umgang mit seinem persönlichen Haupthindernis gesucht. Hierzu bekommt jeder Teilnehmende eine Nummer zugewiesen. Die Gruppenleitung bildet durch das Nennen der Nummern zufällige Paare. beim „Speeddating“ findet sich für drei Minuten ein Pärchen. Die erstgenannte „Nummer“ berichtet von ihrem Haupthindernis und erhält von der zweitgenannten „Nummer“ Tipps und Tricks für Verhaltensweisen, die entgegengesetzt werden können. Nach eineinhalb Minuten werden die Rollen getauscht; nach insgesamt drei Minuten werden die Paare neu gemischt. Drei bis vier Durchgänge reichen in der Regel, um einen Ideenkorb zu füllen. Die Zeit ist bewusst knappgehalten, um die Teilnehmenden in ein spontanes generieren und aussprechen von Ideen zu bringen und allzu langes abwägen zu umgehen.

Anschließend füllen alle den unteren Teil des Arbeitsblatts 35 mit den Lieblingsideen aus dem Ideenkorb oder auch mit eigenen Ideen aus. So hat jeder Teilnehmende förderliche Verhaltensweisen, die sie bei ihrem eventuell aufkommenden Haupthindernis einsetzen können.

4. Wiederholung

Im nächsten Schritt werden anhand des Flipcharts die wichtigsten Etappen der Gruppentherapiesitzung durchlaufen und in Erinnerung gerufen.

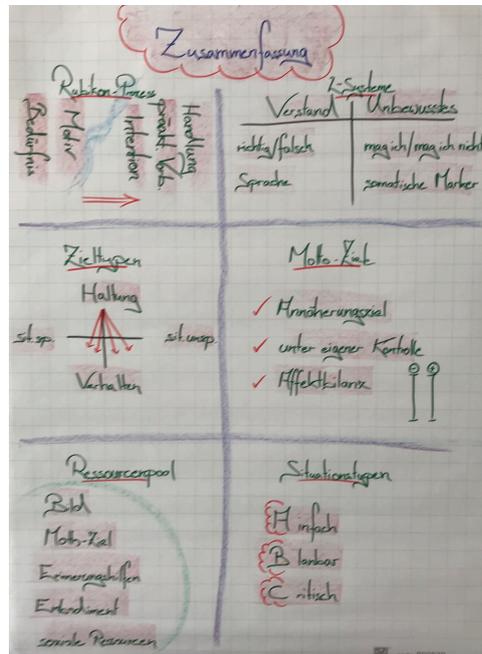


Abbildung A 51: „abschließende Zusammenfassung“

Die Wiederholung dient zum einen der Manifestation des Gelernten und soll noch einmal die Möglichkeit eröffnen Unklarheiten, sowie Fragen zu klären. Zum anderen bietet es eine gute Gelegenheit mit Stolz auf das Erreichte zurückzublicken. Die Erfahrungen mit diesem Konzept zeigen, dass viele der depressiven Teilnehmenden an irgendeinem Punkt des Therapieprozesses Zweifel oder Überforderungsgefühle haben. Diese Überwindung und das erfolgreiche Meistern der Hürden bietet eine weitere Möglichkeit die Selbstwirksamkeit zu erhöhen. Die Gruppenleitung sollte somit nicht mit Lob und Anerkennung sparen. Auch kann sie in die Wiederholung immer wieder Beispiele der einzelnen Teilnehmenden mit einflechten. Die Gruppenleitung sollte zur tieferen Elaboration die Teilnehmenden dazu ermuntern eigene Erfahrungen und Erkenntnisse des Therapieprozesses im Plenum zu teilen. Didaktisch bietet sich ein chronologisches Vorgehen beginnend mit der ersten Gruppentherapiesitzung an. Bei der Wiederholung sollten mindestens folgende Kernelemente genannt werden:

- die Arbeit mit den somatischen Markern als Instrumentarium zur Entscheidungsfindung
- Motto-Ziele beschreiben Haltungen, die wiederum konkretes Verhalten hervorrufen
- Das Motto-Ziel-neuronale-Netz gilt es zu stärken – aus einem „Trampelpfad“ wird eine Autobahn“
- Im Ressourcenpool sind die Methoden vereint, die das Motto-Ziel-Netz aktivieren und zielrealisierendes Handeln unterstützen.

- A-Situationen, sind Situationen bei denen das Handeln schon automatisch gelingt – diese gilt es, sich bewusst zu machen und die Leistungen anzuerkennen
- B-Situationen sind planbare Situationen – das Trainingszentrum für das Motto-Ziel-Netz
- C-Situationen, sind plötzlich auftretende Situationen, in denen das gewünschte Handeln noch nicht gelingt – hier gilt es vor allem sich in Gelassenheit zu üben

Zum Übergang in die Pause teilt die Gruppenleitung die Blankokarten und Filzschreiber aus und bittet die Teilnehmenden ihre Motto-Ziele darauf zu schreiben und zunächst noch bei sich zu behalten.

5. Pause

Die Teilnehmenden, die ihr Motto-Ziel aufgeschrieben haben können sich in eine fünfzehnminütige Pause verabschieden. Die Teilnehmenden, die ihr Wichtelgeschenk noch auf der Station in ihrem Zimmer deponiert haben, können die Zeit nutzen es zu holen.

6. Abschlussrunde

Die Abschlussrunde erfolgt nach einer sich wiederholenden Abfolge: Nacheinander zeigen die Teilnehmenden ihr Bild, sagen ihr Motto-Ziel und pinnen es an die Pinnwand. Dann nennen sie eines ihrer „Goldnuggets“ – ein persönlich wichtiger Moment, eine Erkenntnis aus der Gruppentherapie. Nun wird zunächst die eigene Erinnerungshilfe präsentiert und anschließend dem Wichtelkind das Geschenk überreicht und durch Applaus abgeschlossen. Dann ist das soeben beschenkte Gruppenmitglied an der Reihe. Die Abfolge wiederholt sich, bis alle Teilnehmenden eine Erinnerungshilfe verschenkt haben und beschenkt wurden. Abschließend überreicht die Gruppenleitung jedem Teilnehmenden sechs bis acht Bohnen (in Anlehnung an die Bohnengeschichte aus Sitzung 6) als Abschiedsgeschenk. Das Wichteln und die Bohnen sind ein wichtiger Schritt der Sicherung des Transfers auch über die Gruppentherapie hinaus und rufen meist starke positive Gefühle der Dankbarkeit hervor.

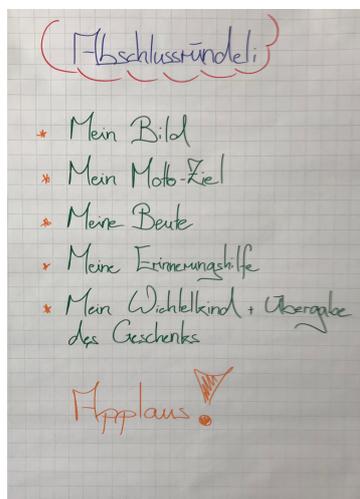


Abbildung A 52: „Abschlussrunde“

6 Literaturverzeichnis

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Experience of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Irrtum: Fühlen. Denken und das menschliche Gehirn*. List: München.
- Doran, G. T. (1981). There's a SMART way to write management's goals and objectives. *Management review*, 70(11), 35–36.
- Dziewas, H. (1980). Instrumentelle Gruppenbedingungen als Voraussetzung des individuellen Lernprozesses. In K. Grawe (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in Gruppen* (S. 27–55). München: Urban & Schwarzenberg.
- Engel, G. L., & Schmale Jr, A. H. (1967). Psychoanalytic theory of somatic disorder conversion, specificity, and the disease onset situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(2), 344–365.
- Gollwitzer, P. M. & Moskowitz, G. (1996). Goal effects on action and cognition. In E. Higgins & A. Kruglanski (Hrsg.). *Social Psychology. Handbook of Basic Principles* (S.361–399). New York: Guilford Press.
- Gollwitzer, P. M. & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69–119.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Heckhausen, H., Gollwitzer, P. M., & Weinert, F. E. (Eds.) (2013). *Jenseits des Rubikon: der Wille in den Humanwissenschaften*. Springer-Verlag.
- Kanfer, F., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Maslow, A. H., & Kruntorad, P. (1981). *Motivation und Persönlichkeit* (12. Aufl.). Hamburg: Reinbek.
- Roth, G. (2001). *Fühlen, Denken, Handeln: Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Berlin: Suhrkamp.
- Roth, G. (2007). *Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten: Warum es so schwierig ist, sich und andere zu ändern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rotter, J.B. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: Freeman.
- Storch, M. (o. D.). ZRM®-Online-Tools zur Entwicklung von einer neuen Haltung. Abgerufen am 15. August 2020, von https://zrm.ch/_%20Online%20Tool.htm

-
- Storch, M., & Krause, F. (2017). *Selbstmanagement - ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)*. Bern: Huber Verlag.
- Tegethoff, M. & Meinschmidt, G. (2012). *Psychobiologische Therapiematerialien*. In G. Meinschmidt, S. Schneider, J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Materialien für die Psychotherapie* (Bd. 4). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, Kap. 16.
- Weber, J. (2023). *Ich fühle, was ich will: Wie Sie Ihre Gefühle besser wahrnehmen und selbstbestimmt steuern*. Göttingen: Hogrefe.
- Yalom, I. (2007). *Theorie und Praxis der Gruppentherapie. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Klett-Kotta.

Anhang J Einladung zum ZRM-MD



CHRISTOPHSBAD

Einladung

Liebe/r Frau/Herr XY,

bald startet die Gruppentherapie ZRM-MD (Zürcher Ressourcen Modell – Major Depression) und ich würde mich über ihre Teilnahme freuen. Das ZRM-MD ist speziell für Menschen mit depressiven Erkrankungen entwickelt worden: Durch eine abwechslungsreiche Folge von Theorie und interaktiven spielerischen Selbsthilfetechniken geht es um das Bewusstmachen von Lebenszielen und deren Umsetzung – so entwickeln und erweitern Sie ihre Selbstmanagementkompetenzen und bekommen einen „Henkel“ an die eigenen Herzenswünsche und erleben sich selbstwirksam.

Für einen kurzen zehnminütigen Austausch lade ich Sie herzlich am 25.06. um 9 Uhr in den Gruppentherapieraum ein.

Die weiteren Termine sind:

- 31.07.17 (Mo) 10:30 – 12:00
- 02.08.17 (Mi) 10:30 – 12:00
- 03.08.17 (Do) 10:30 – 12:00
- 07.08.17 (Mo) 10:30 – 12:00
- 09.08.17 (Mi) 10:30 – 12:00
- 10.08.17 (Do) 10:30 – 12:00
- 14.08.17 (Mo) 10:30 – 12:00
- 26.08.17 (Mi) 10:30 – 12:00

Viele Grüße

Nicolai Grospietsch
(Psychologe M.Sc.)

Zürcher Ressourcen Modell **ZRM**[®]

Danksagung

Danksagung wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Lebenslauf

Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.