

Aus der Abteilung
für Psychosomatische Medizin
Prof. Dr. Thomas Loew
der Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

Evaluation und Vergleich therapeutischer Angebote in der stationären
psychosomatischen
Behandlung mittels des Stundenbogens
- ein Überblick

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Agnes Maria Bach

2025

Aus der Abteilung
für Psychosomatische Medizin
Prof. Dr. Thomas Loew
der Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

Evaluation und Vergleich therapeutischer Angebote in der stationären
psychosomatischen
Behandlung mittels des Stundenbogens
- ein Überblick

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Agnes Maria Bach

2025

Dekan: Prof. Dr. Dirk Hellwig

1. Berichterstatter: Prof. Dr. rer. nat. Thilo Hinterberger

2. Berichterstatterin: PD Dr. Nike Walter

Tag der mündlichen Prüfung: 10.06.2025

Zusammenfassung

- **Hintergrund und Ziele:** In einer umfangreichen retrospektiven Studie des Forschungsbereichs für angewandte Bewusstseinswissenschaften in der Abteilung für Psychosomatische Medizin der Universitätsklinik Regensburg werden in Kooperation mit den Heiligenfeld Kliniken in Bad Kissingen Befindlichkeitsveränderungen nach bestimmten Therapien mittels eines Fragebogens (BVV-18) abgebildet und mögliche Zusammenhänge zwischen der Bewertung der Befindlichkeitsveränderung und personenbezogener Daten erforscht. Weiterhin gilt es den Stundenbogen (BVV-18), welcher in dieser Arbeit zum ersten Mal Anwendung findet, auf statistische Güte hin zu überprüfen.
- **Methoden:** Die Datengewinnung aus der Fragebogenbewertung erstreckt sich über einen Zeitraum von ca. einem Jahr (Anfang bis Ende 2013). Evaluiert werden Kreativ-Therapien, körperorientierte Verfahren und weitere Angebote der Heiligenfeldkliniken in Bad Kissingen. Alle untersuchten Therapien werden als Gruppentherapien abgehalten und bilden zentrale Elemente des psychosomatischen Behandlungsaufenthalts in Heiligenfeld. Um Unterschiede in der Bewertung erklären zu können, werden die Daten des Fragebogens mit personenbezogenen Daten des jeweiligen Patienten verknüpft. Aus den ursprünglich 1526 Fragebögen verbleiben nach der Verknüpfung mit den Patientendaten 680 Fälle. Die Faktoren- und Reliabilitätsanalyse des BVV-18 erfolgt mittels des kompletten Datensatzes, alle weiterführenden Untersuchungen werden am gepaarten Datensatz durchgeführt.
- **Ergebnisse:** Mittels der Faktorenanalyse wird der BVV-18 auf insgesamt vier Faktoren reduziert, wobei die letzten beiden Fragen des Stundenbogens jeweils eigene Faktoren bilden. Die Fragen eins bis neun sind demzufolge in zwei Faktoren zusammenzufassen und sollen die allgemeinen- und körperlichen Befindlichkeitsveränderungen repräsentieren. Die Reliabilitätsanalyse ergibt für die ersten 10 Items des Stundenbogens, Cronbachs Alpha von .905. Die folgende explorative Datenanalyse mit Mittelwertvergleichen ergibt für die jeweiligen Faktoren insgesamt nur eine geringe Zahl signifikanter Unterschiede. Für Faktor 1- Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen ergeben sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede beim Vergleich der Therapien untereinander. Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen lieferte hauptsächlich signifikante Mittelwertunterschiede beim Vergleich des Therapeutischen Reitens mit anderen Therapien. Hier stellt sich das Therapeutische Reiten jeweils als die besser bewertete Therapie dar. Ähnlich verhält es sich für Fragen 10 (Bewertung des Kontakts zum

Therapeuten) und 11 (Bewertung der Einbringung ins Geschehen). Das für die Regressionsanalyse verwendete Modell liefert für die jeweiligen Faktoren nur einen jeweils geringen Beitrag zur Erklärung der Varianzen (8.8-15%). Hier kristallisiert sich heraus, dass hauptsächlich die Teilnahme an den verschiedenen Therapien zu Unterschieden in der Bewertung des Befindlichkeitsfragebogens führt. Weiterhin zeigen sich bessere Bewertungen der Befindlichkeitsveränderung einzelner Faktoren mit steigendem Lebensalter, sowie das weibliche Patientengut betreffend. Ein niedrigerer Schulabschluss ist ebenfalls mit einer besseren Bewertung der Befindlichkeitsveränderungen (*für allgemeine Befindlichkeitsveränderungen, Kontakt zum Therapeuten und Einbringung ins Geschehen*) assoziiert. Der erhoffte Effekt verschiedener Diagnosen auf die Bewertung der Befindlichkeitsveränderungen lässt sich größtenteils nicht signifikant nachweisen. Lediglich bewerteten Patienten mit Angststörung die Einbringung ins Geschehen im Vergleich zur Referenzvariablen schlechter. Inwiefern man sich die differentiellen Unterschiede zur Erstellung eines Wirksamkeitsangebots zu Nutzen machen kann, muss im Zuge weiterer Studien untersucht werden.

Erklärung über die Eigenständigkeit der erbrachten wissenschaftlichen Leistung:

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeit erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Die Anregung zur Durchführung, sowie die Überwachung der Ausarbeitung der nachfolgenden Promotionsschrift erfolgte durch Herrn Prof. Dr. rer. nat. Thilo Hinterberger.

Anmerkung:

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Dissertation das generische Maskulinum verwendet. Die in dieser Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

Inhalt

1.	Einleitung	1
1.1.	Definition von Befindlichkeit.....	2
1.2.	Stellenwert der Gruppentherapie in der stationären psychosomatischen Behandlungsklinik.....	2
2.	Literaturübersicht.....	4
2.1.	Evaluation in der psychosomatischen Behandlung	4
2.2.	Qualitätsmanagement in der psychosomatischen Behandlung.....	5
2.3.	Evaluation in Gruppentherapien.....	8
2.3.1.	Gruppenpsychotherapie – Ein geschichtlicher Abriss.....	9
2.3.2.	Gruppentherapiemodelle	11
2.3.3.	Gruppentherapieforschung	13
2.4.	Befindlichkeitsfragebögen.....	20
3.	Hypothesengenerierung	24
4.	Methodik.....	27
4.1.	Untersuchungsmaterial und Durchführung	27
4.2.	Beschreibung ausgewählter Therapieverfahren.....	28
4.2.1.	Achtsamkeitstraining.....	28
4.2.2.	Beziehung und Kommunikation.....	28
4.2.3.	Frauenkerngruppen.....	29
4.2.4.	Forum	29
4.2.5.	Lebensführung	30
4.2.6.	Rhythmustherapie.....	30
4.2.7.	Therapeutisches Reiten.....	31
4.2.8.	Transfer.....	32
5.	Ergebnisse.....	33
5.1.	Fragebogenübersicht.....	33

5.2.	Fragebogenvalidierung	34
5.2.1.	Reliabilitätsanalyse	34
5.2.2.	Explorative Faktorenanalyse	35
5.3.	Deskriptive Statistik	38
5.3.1.	Explorative Datenanalyse	38
5.3.2.	Darstellung gepaarter Datensatz	46
5.4.	Regressionsanalyse	49
5.4.1.	Regressionsanalyse zu Faktor 1- Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen	50
5.4.2.	Regressionsanalyse zu Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen	53
5.4.3.	Regressionsanalyse zu Frage 10 – Kontakt zum Therapeuten	55
5.4.4.	Regressionsanalyse für Frage 11 – Einbringung ins Geschehen	57
5.5.	Analyse mehrmaliger Teilnahme an Rhythmustherapie	60
6.	Interpretation der Ergebnisse	63
6.1.	Interpretation der Faktorenanalyse	63
6.2.	Interpretation der Varianzanalyse	64
6.3.	Interpretation der Regressionsanalyse	66
6.4.	Interpretation der Auswertung der mehrmaligen Teilnahme an Rhythmustherapie	71
7.	Diskussion und methodenkritische Betrachtung	73
8.	Empfehlung und Ausblick	75
	Literaturverzeichnis	78
	Anhang	83

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AGPA	American Group Psychotherapy Association
Anh.	Anhang
ANOVA	Analysis of variance
ASGPP	American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama
BRD	Bundesrepublik Deutschland
Bspw.	Beispielsweise
BVV-18	Befindlichkeitsfragebogen
Bzw.	Beziehungsweise
Dies.	Dieselben
Ebd.	Ebenda
ES	Effektstärke
Et al.	Und andere
i.e.	das ist
KI	Konfidenzintervall
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium
MESTA	Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation
MSA	Measure of sampling adequacy
OG	Obergrenze
Reha	Rehabilitation
s.o.	siehe oben
s.u.	siehe unten
u.a.	unter anderem
und al.	und andere
u.Ä.	und Ähnliche
UG	Untergrenze
usw.	und so weiter
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der Häufigkeitsverteilung der Fragebögen auf die einzelnen Therapiegruppen.....	34
Abbildung 2: Absolute Häufigkeitsverteilung des Alters der Stichprobe	47
Abbildung 3: Normalverteiltes Q-Q-Diagramm der nichtstandardisierten Residuen für Faktor 1 – Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen	51
Abbildung 4: Boxplot der nichtstandardisierten Residuen für Faktor 1 – Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen	51
Abbildung 5: Streudiagramm der Residuen des Faktors 1 – Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen	52
Abbildung 6: Streudiagramm der Residuen und geschätzten Werte der Regressionsanalyse für Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen.....	54
Abbildung 7: Streudiagramm der Residuen für Frage 10 – Kontakt zum Therapeuten.....	56
Abbildung 8: Streudiagramm der Residuen für Frage 11 – Einbringung ins Geschehen ...	58
Abbildung 9: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 des BVV- Patient	161
Abbildung 10: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 des BVV- Patient 2	61
Abbildung 11: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 des BVV – Patient 3	61
Abbildung 12: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 des BVV – Patient 4	61
Abbildung 13: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 des BVV – Patient 5	62
Abbildung 14: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 des BVV – Patient 6	62
Abbildung 15: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 des BVV – Patient 7	62
Abbildung 16: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 aller 7 Patienten ..	62
Abbildung 17: Stundenbogen- Fragebogen zu Befindlichkeitsveränderungen- BVV-18...	83
Abbildung 18: Scree plot der Faktorenanalyse.....	85
Abbildung 19: Boxplot der nichtstandardisierten Residuen für Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen	124
Abbildung 20: Normalverteiltes Q-Q Diagramm der nichtstandardisierten Residuen für Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen	124

Abbildung 21: Histogramm der Residuenverteilung für Frage 10- Kontakt zum Therapeuten	127
Abbildung 22: Normalverteilungsdiagramm der standardisierten Residuen der Regression für Frage 10- Kontakt zum Therapeuten	127
Abbildung 23: Histogramm der Residuenverteilung für Frage 11- Einbringung ins Geschehen.....	128
Abbildung 24: Normalverteilungsdiagramm der standardisierten Residuen der Regression für Frage 11- Einbringung ins Geschehen	128
Abbildung 25: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 2 des BVV- Patient 1	130
Abbildung 26: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 2 des BVV- Patient 2	130
Abbildung 27: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 2 des BVV- Patient 3	130
Abbildung 28: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 2 des BVV- Patient 4	130
Abbildung 29: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 2 des BVV- Patient 5	131
Abbildung 30: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 2 des BVV- Patient 6	131
Abbildung 31: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 2 des BVV- Patient 7	131
Abbildung 32: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 2 aller 7 Patienten	131

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gruppentherapiemodelle	12
Tabelle 2: Auswahl weiterer Befindlichkeitsfragebögen (Bähler, Klaiburg & Schumacher 2003).....	20
Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung aller ausgewerteten Fragebögen auf die Therapien	33
Tabelle 4: Auswertung der Item-Statistik – Darstellung des Mittelwerts	35
Tabelle 5: Faktorladungen der einzelnen Items auf die Faktoren	36
Tabelle 6: Faktoren mit Bezeichnungen	38
Tabelle 7: <i>Deskriptive Mittelwertstatistik Faktor 1</i>	39
Tabelle 8: Deskriptive Mittelwertstatistik für Faktor 2	41
Tabelle 9: Signifikante Mittelwertdifferenz für Faktor 2	42
Tabelle 10: Deskriptive Mittelwertstatistik für Frage 10 – Kontakt zum Therapeuten.....	43
Tabelle 11: Signifikante Mittelwertdifferenzen für Frage zehn	44
Tabelle 12: Deskriptive Mittelwertstatistik für Frage 11 – Einbringung ins Geschehen	45
Tabelle 13: Signifikante Mittelwertdifferenzen für Frage 11	46
Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung des Familienstandes	47
Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung der Konfessionen	48
Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Schulabschlüsse	48
Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung der teilnehmenden Kliniken.....	48
Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der psychischen Diagnosen	49
Tabelle 19: Zusammenhang zwischen Bewertung der allgemeinen Befindlichkeitsveränderungen und Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychischer Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik.....	52
Tabelle 20: Zusammenhang zwischen Bewertung der körperlichen Befindlichkeitsveränderungen und Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychischer Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik.....	54
Tabelle 21: Zusammenhang zwischen Bewertung des Kontakts zum Therapeuten und Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychischer Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik.....	56
Tabelle 22: Zusammenhang zwischen Bewertung der Einbringung ins Geschehen und Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychischer Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik.....	59
Tabelle 23: <i>Item-Item- Korrelationsmatrix</i>	84
Tabelle 24: <i>Erklärte Gesamtvarianz der Faktoren aus der Faktorenanalyse</i>	84

Tabelle 25: <i>Kommunalitäten der einzelnen Items vor und nach Extraktion</i>	85
Tabelle 26: <i>Reproduzierte Kommunalitäten und Residuen</i>	85
Tabelle 27: <i>Item-Skala- Statistik der Reliabilitätsanalyse für BVV 18</i>	86
Tabelle 28: <i>Item-Skala- Statistik der Reliabilitätsanalyse für Faktor 1</i>	87
Tabelle 29: <i>Item-Skala- Statistik der Reliabilitätsanalyse für Faktor 2</i>	87
Tabelle 30: <i>Deskriptive Statistik zu Faktor 1 Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen</i> ..	87
Tabelle 31: <i>Normalverteilungstest Faktor 1- Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen</i> ..	92
Tabelle 32: <i>Deskriptive Statistik zu Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen</i>	92
Tabelle 33: <i>Normalverteilungstest zu Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen</i>	96
Tabelle 34: <i>Mittelwertvergleiche nach Games- Howell für Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen</i>	97
Tabelle 35: <i>Deskriptive Mittelwertstatistik zu Frage 10- Kontakt zum Therapeuten</i>	102
Tabelle 36: <i>Normalverteilungstest- Frage 10- Kontakt zum Therapeuten</i>	106
Tabelle 37: <i>Mittelwertvergleiche nach Games- Howell für Frage 10- Kontakt zum Therapeuten</i>	107
Tabelle 38: <i>Deskriptive Mittelwertstatistik zu Frage 11- Einbringung ins Geschehen</i>	112
Tabelle 39: <i>Normalverteilungstests Frage 11- Einbringung ins Geschehen</i>	117
Tabelle 40: <i>Mittelwertvergleiche nach Games- Howell für Frage 11- Einbringung ins Geschehen</i>	117
Tabelle 41: <i>Modellübersicht der Regressionsanalyse für die abhängige Variable Faktor 1- Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen und den Kontrollvariablen Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychische Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik</i>	123
Tabelle 42: <i>Modellübersicht der Regressionsanalyse für die abhängige Variable „Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen“ und den Kontrollvariablen Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychische Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik</i>	124
Tabelle 43: <i>Modellübersicht der Regressionsanalyse für die abhängige Variable Frage 10- „Kontakt zum Therapeuten“ und den Kontrollvariablen Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychische Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik</i>	125
Tabelle 44: <i>Modellübersicht der Regressionsanalyse für die abhängige Variable Frage 11- Einbringung ins Geschehen und den Kontrollvariablen Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychische Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik</i>	128

Tabelle 45: Normalverteilungstest für Faktor 1- wiederholte Bewertung von Rhythmustherapie.....	132
Tabelle 46: Deskriptive Statistik zu Faktor 1- wiederholte Bewertung von Rhythmustherapie.....	132
Tabelle 47: Normalverteilungstest für Faktor 2- wiederholte Bewertung von Rhythmustherapie.....	133
Tabelle 48: Deskriptive Statistik zu Faktor 2- wiederholte Bewertung von Rhythmustherapie.....	133

1. Einleitung

Die Psychosomatische Behandlung ist neben der Psychiatrie der zweite wichtige stationäre Versorgungssektor für psychische Erkrankungen (Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling 2007, S. 13). In der medizinischen Rehabilitation haben psychische und psychosomatische Störungen eine erhebliche Bedeutung. Die Bettenanzahl in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik betrug 2015 17'516. Mit rund 164'500 aufgestellten Betten in allen Rehabilitationseinrichtungen bundesweit beträgt der Anteil daran dementsprechend 10.6 % (Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2015). Die Gruppentherapie gehört in vielen „psychosomatisch- psychotherapeutischen Rehabilitationskliniken [...] zum Standardangebot“ (Schattenburg 2012, S. 440). Diese Arbeit befasst sich mit dem therapeutischen Therapieangebot der Heiligenfeldkliniken in Bad Kissingen. Die Heiligenfeld Kliniken verfolgen ein integratives Behandlungskonzept. Sowohl individuelle Therapiemaßnahmen als auch allgemein wirksame Therapien bestimmen den Therapieansatz. Die Therapien setzen sich aus „Gruppenpsychotherapie, Einzelpsychotherapie, psychoedukativen Maßnahmen, körperorientierten und kreativen Therapien, Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren und Meditation sowie medikamentöser Therapie“ (offizielle Patienteninformation Heiligenfeld) zusammen. Den Großteil der angebotenen Therapien bilden wohl jene, welche in Gruppen abgehalten werden. Daher gilt es, besonderes Augenmerk auf die Evaluation dieses speziellen Settings zu legen. Große Studien z.B. die MESTA-Studie von Steffanowski et al. (2007) beschäftigten sich mit der Wirksamkeitsprüfung gesamter Aufenthalte in psychosomatischen Behandlungseinrichtungen. Im Zuge dieser Arbeit soll der Fokus auf die Bewertung verschiedener Gruppentherapieangebote der Heiligenfeld Kliniken gelegt werden. Diese wurden unmittelbar nach den jeweiligen Einheiten mittels eines Stundenbogens von den Patienten bewertet. Der Stundenbogen (*BVV-18*, s. Anh. A, Abbildung 17) findet im Rahmen dieser Studie zum ersten Mal Verwendung und soll die Befindlichkeitsveränderungen der Patienten abbilden. Inwiefern der *BVV-18* dafür geeignet ist, wird außerdem diskutiert. Mittels der Bewertung des Stundenbogens sollen Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppentherapieangeboten festgestellt werden. Durch die Verknüpfung zahlreicher personenbezogener Daten mit den jeweiligen Fragebögen, ist es möglich, weitere Rückschlüsse aus den Bewertungen der Therapien zu ziehen. Es sollen Moderatorvariablen aufgedeckt und ein entsprechendes Wirksamkeitsangebot gestaltet werden.

1.1. Definition von Befindlichkeit

Die folgende Begriffserklärung dient dazu, das theoretische Konstrukt, welches mittels des Fragebogens erfasst werden soll, zu bestimmen. Der Duden definiert *Befindlichkeit* als seelischen Zustand, in dem sich jemand befindet. Als „subj[ektives] Empfinden von Emotionen und deren kogn[itiver] Bewertung“ bezeichnet Petermann im Lexikon der Psychologie *Befindlichkeit* (Wirtz, 2014). „B[efindlichkeits]skalen sind zeitökonomische Erhebungsverfahren, die mit Adjektiv-Paaren [...] die momentane psych[ische] B[efindlichkeit] erfassen“ (Wirtz 2014, S. 256). In die Kategorie der Befindlichkeitsskalen ist auch vorliegender Befindlichkeitsfragebogen – *BVV-18* (s. Anh. A, Abbildung 17) einzuordnen. Durch den Fragebogen sollen Veränderungen des Wohlbefindens in verschiedenen Dimensionen direkt unmittelbar nach bestimmten Therapien in den Heiligenfeld Kliniken abgebildet werden.

1.2. Stellenwert der Gruppentherapie in der stationären psychosomatischen Behandlungsklinik

Die Gruppentherapie gilt als „das psychotherapeutische Setting im therapeutischen Angebot stationärer Einrichtungen [...] des psychotherapeutisch-psychosomatischen, rehabilitativen und psychiatrischen Behandlungsbereichs“ (Mattke et al. 1996, zit. nach Tschuschke 2007, S.75).

Im stationären Bereich finden Therapien fast ausschließlich in therapeutischen Gruppen statt, wohingegen die Gruppentherapie in der ambulanten Versorgung eine untergeordnete Rolle spielt. Laut einer Studie der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung boten nur ein Drittel der abrechnungsberechtigten Psychotherapeuten (ein Anteil von 7.7% unter allen Psychotherapeuten) Gruppentherapien an. (Walendzik et al. 2010). Eine Vielzahl psychotherapeutischer Konzepte thematisiert die Rolle des Menschen im sozialen Gefüge (i.e. tiefenpsychologisch-psychoanalytisch, humanistisch, verhaltenstherapeutisch, interpersonell, systemtheoretisch). Psychisch-seelische Probleme, die im und durch das soziale Umfeld aufgetreten sind, würden sich auch am Besten im und mit dem sozialen Umfeld bearbeiten und lösen lassen. Das psychotherapeutische Setting einer Gruppentherapie erfüllt genau jene Kriterien (Tschuschke 2007). Auch in Einzeltherapien wird versucht, einen Transfer des Er- und Bearbeiteten in die natürliche soziale Umgebung herzustellen. Im Unterschied zu den Gruppentherapien mangelt es den Einzeltherapien jedoch an den für die Gruppentherapie spezifischen Wirkfaktoren (s.u.). Außerdem bietet das Setting der Gruppentherapie gegenüber der Einzeltherapie einen „geschützten Raum“,

der „eine Art geschütztes Übungsfeld für neu gewonnene Einsichten, Erlebens- und Verhaltensweisen“ darstelle (Tschuschke 2007, S. 76). Die Gruppentherapie erleichtert den Transfer des Erarbeiteten in den Alltag, außerdem bietet sich dem Patienten die Möglichkeit, eigene interpersonale Muster in das Setting miteinzubringen, darzulegen und Feedback vom Gruppenleiter und anderer Teilnehmer zu erhalten. (Leszs/Malat 2001, zit. nach Tschuschke 2007). Patienten können laut Tschuschke (2007) Regressionsverhalten in Gruppentherapien besser steuern, ebenso ist ein gewisser „Rückzug“ (ebd., 2007 S. 77) während des Therapiegeschehens möglich, welcher es den Patienten ermöglicht, „Prozesse auf sich wirken zu lassen“ (ebd.), ohne dabei ständig im Fokus zu stehen. Des Weiteren wirke „die gruppensdynamische Situation quasi wie ein Katalysator auf das Affekterleben, was zu kathartischen Abwehrprozessen führt“, welche als sehr hilfreich eingeschätzt werden (ebd.).

Hilgers (2010) beschäftigte sich in besonderem Maße mit der Selbstöffnung und Schamangst in der Gruppe. Eine Vielzahl psychosomatisch/psychotherapeutisch betreuter Patienten berichten über Vorbehalte gegenüber Gruppentherapien. Daher sollte auch der Vorbereitung auf die Gruppentherapie besondere Beachtung geschenkt werden. Mitunter befürchten einige Patienten gewisse Schameffekte, die durch die Gruppentherapie ausgelöst werden könnten. Beispielweise durch Nichtaufgenommen werden, Demütigungen und Abstoßungen durch und von der Gruppe. Befürchtungen müssen im Vorfeld mit dem jeweiligen Patienten besprochen und berücksichtigt werden.

Schattenburg (2012) stellt den schamhaft besetzten Aspekt des Gesehenwerdens den Vorteilen für den Patienten durch Gruppentherapie gegenüber: So könne die Gruppe den Patienten helfen „mit den schmerzhaften Gefühlen der Kränkung und Bedürftigkeit in Kontakt zu kommen und Trauerprozesse [...] zuzulassen.“ (Schattenburg 2012, S. 441). Speziell auf die Schamängste und das Gesehenwerden in der Gruppe zielt die letzte Frage des in dieser Arbeit verwendeten Stundenbogens ab. Hier sollen Patienten die Einbringung ins Geschehen bewerten. Eine bessere Einbringung ins Therapiegeschehen scheint automatisch mit geringerer Scham und einem höheren Maß an Selbstöffnung verknüpft zu sein. Welche Therapien der Heiligenfeld Kliniken den Patienten eine bessere Einbringung ins Geschehen ermöglichen, soll im Rahmen dieser Studie untersucht werden.

2. Literaturübersicht

Im Folgenden sollen sowohl für die Evaluation psychosomatischer Behandlungseinrichtungen als auch für die spezielle Art der Therapie in Gruppen einige Studien vorgestellt werden. Die besondere Form der unmittelbaren Evaluation unterschiedlicher Gruppentherapien mittels eines Befindlichkeitsfragebogens in psychosomatischen Behandlungskliniken scheint bisher einzigartig zu sein.

Die Literatursuche beschränkte sich auf das Angebot der Universitätsbibliotheken Regensburg und deren Fernleihkatalog, PSYINDEX, PsychSpider und Google Scholar. Suchbegriffe waren *Evaluation in Gruppentherapien*, *Evaluation in psychosomatischen Behandlungskliniken*, *Befindlichkeitsfragebogen*, *Wirksamkeit von Therapien*, *psychosomatische Behandlungsklinik*.

Übersichtshalber erfolgt eine inhaltliche Trennung zwischen der Evaluation psychosomatischer Behandlungs-Kliniken und der Gruppentherapien. Ein weiterer Gliederungspunkt soll sich ganz allgemein mit dem Qualitätsmanagement psychosomatischer Behandlungseinrichtungen befassen.

2.1. Evaluation in der psychosomatischen Behandlung

Als in den 1980er Jahren der Ruf nach wissenschaftlicher Überprüfung der Angemessenheit, Effektivität und Effizienz rehabilitativer Maßnahmen lauter wurde (Wittmann, 1985), begann man in den 1990er Jahren damit, die Rehabilitationsmedizin systematisch zu evaluieren und dadurch zu verbessern. Erste Programmevaluationsstudien zur Ergebnisqualität der stationären psychosomatischen Rehabilitation entstanden z.B. von Zielke 1993, Broda et al. 1996, Schmidt 1991, Nübling et al. 1994 und Lamprecht et al. 1987; zit. nach Steffanowski (2007). Zielke (1993) beispielsweise befasste sich mit der Kosten-Nutzen-Relation der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Die Kosten, die für eine Rehabilitation nötig sind, würden sich z.B. durch Zurückerlangen kompetenter Arbeitskräfte dreifach auszahlen.

Seit den 1980er Jahren wurden zahlreiche Metaanalysen zur Psychotherapieforschung veröffentlicht. Thematisiert wurden hierbei unter anderem die Effektivität von psychotherapeutischen Programmen, sowie eine Arbeit von Lipsey und Wilson (1993), die Metaanalysen zum Thema psychische Gesundheit zusammenfasste. Hierbei konnte bei Betrachtung der Metaanalysen, die sich ausschließlich auf die Psychotherapie im engeren Sinne beziehen, eine Effektgröße von 0.68 ermittelt werden (Steffanowski, 2007).

Aktuelle Forschungen konzentrieren sich vermehrt auf die Aspekte, wodurch Patienten von bestimmten psychotherapeutischen Interventionen profitieren, und welche Therapieform für welche Patientenklientel die größte Wirkung zeigt.

Eine der aktuellsten Metaanalysen auf diesem Gebiet ist die MESTA-Studie (= Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation) (Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, 2007). Hierbei wurden 65 empirische Studien miteinander verglichen. Die Ergebnisse, die daraus hervorgingen, bestätigten größtenteils vorher festgestellte Kennwerte wie bspw. die Effektstärke stationärer Psychotherapie: Der Gesamteffekt bei Studien mit Aufnahme-Entlassungs-Vergleich betrug 0.51. Bei Studientypen, die katamnestische Befragungen ein Jahr nach Entlassung enthielten, betrug der Gesamteffekt 0.41. Unter anderem wurden auch die „differentiellen Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation [...] bei einzelnen Patientengruppen“ (Steffanowski 2007, S. 109) untersucht. Hierbei konnte festgestellt werden, dass Patienten, mit Hauptdiagnose Depressive Störungen (F32, F33, F34.1), am deutlichsten von der Behandlung in einer stationären psychosomatischen Behandlungseinrichtung profitieren (ES = 0.84). Bei Patienten mit Angststörungen (F40, F41) betrug die mittlere Effektstärke noch 0.70 und bei Patienten mit somatoformen Störungen (F45) nur noch 0.35 (Steffanowski, 2007). Differentielle Effekte einzelner sich unterscheidender Therapieprogramme konnten aufgrund mangelnder Datenlage nicht festgestellt werden.

Im Zuge dieser Arbeit soll mitunter auf diese Problematik eingegangen werden.

Die MESTA-Studie deckte Moderatorvariablen auf, welche die Behandlungsergebnisse positiv wie auch negativ beeinflussten. So wirkte sich sowohl in den Studien mit Aufnahme-Entlassungs-Vergleich, als auch bei Katamnese-Studien ein Jahr nach Entlassung, weibliches Geschlecht, steigender Bildungsgrad, Krankheitsdauer und Behandlungsdauer positiv auf die Behandlungsergebnisse aus (Steffanowski, 2007).

2.2. Qualitätsmanagement in der psychosomatischen Behandlung

Entsprechend den Richtlinien des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) wird die Aufgabe der Qualitätssicherung im Rehabilitationsbereich folgendermaßen definiert:

- *„Bedarfs- und Bettenplanung auf der Grundlage eines Leistungsstufenmodells für Rehabilitationskliniken*
- *Laufende Überwachung des Leistungsgeschehens in den Kliniken*

- *Regelmäßige Förderung wissenschaftlicher Untersuchungen zur Verbesserung der Rehabilitationsleistungen*
- *Entwicklung einer Verlaufsst Statistik zur Analyse des mittelfristigen Reha-Erfolges“*
(Herzog, Stein & Wirsching 2000, S.39)

Da diese Arbeit zum Qualitätsmanagement der psychosomatischen Behandlung sowie Rehabilitation beitragen soll, werden die unterschiedlichen Qualitäten im Folgenden behandelt und ein Bezug zum Untersuchungsmaterial hergestellt.

Strukturqualität: Ausstattungsqualität, Qualifikation des Personals, Verfügbarkeit effektiver und effizienter Methoden und Konzeptqualität bedingen die Strukturqualität. Ausstattungsqualität beschäftigt sich mit den Wechselwirkungen „zwischen architektonischem Milieu und Behandlungskonzeption“ (Herzog et al. 2000, S. 39), welche laut Herzog et al. (2000) viel zu wenig Beachtung findet.

Psychosomatische Behandlungseinrichtungen stehen – gesetzlich festgelegt – unter ärztlicher Leitung. Der leitende Arzt arbeitet mit einem Leitungsteam bestehend aus Pflegedienstleitung, leitenden Psychologen und anderen Vertretern nicht-ärztlicher therapeutischer Mitarbeiter zusammen.

„In der psychosomatischen Rehabilitation kommen im Wesentlichen psychodynamische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapiemethoden zur Anwendung“ (Herzog et al. 2000, S. 40). Für den Beweis der Wirksamkeit dieser Therapiemethoden gibt es hinreichend empirische Studien. Wohingegen für Therapieformen wie Bewegungstherapie, Kreativtherapie und physikalische Therapie kaum Wirksamkeitsstudien vorliegen (Meyer et al. 1991, Paar 1996, zit. nach Herzog et al. 2000). An dieser Stelle setzt der *BVV-18* an und versucht, vor allem jene Therapien zu evaluieren, denen bisher kein Forschungsschwerpunkt galt, wie Bewegungstherapien und Kreativtherapien.

Das Setting der psychosomatischen Behandlungseinrichtung bedingt die Tatsache, dass überwiegend fokale Kurzpsychotherapie betrieben wird. Unter den fokalen Kurzpsychotherapien ist die Gruppentherapie die am häufigsten gewählte Form der Psychotherapie in einer psychosomatischen Behandlungseinrichtung.

Als Gründe werden Kostenersparnis durch Bündelung mehrerer Patienten in einer Therapiesitzung, sowie therapeutische Aspekte wie beispielsweise die Alltagsnähe eines gruppentherapeutischen Settings, genannt. So würden sich im gruppentherapeutischen

stationären Rahmen größere Transfereffekte für den Patienten ergeben. (Herzog et al. 2000)

Unter Konzeptqualität fällt die Bewertung einzelner angewandter Methoden, so wie das Zusammenspiel aller einzelnen Komponenten im therapeutischen Gefüge. Hierbei werden zwei verschiedene Konzepte unterschieden. Das „bipolare Konzept“, in welchem der „Therapieraum“ streng vom „Realitätsraum“ (Enke, 1965, zit. nach Herzog et al. 2000, S. 41) getrennt wird, wobei der Therapieraum alle therapeutischen Interventionen zusammenfasst und der Realitätsraum das Zusammenleben der Patienten untereinander beschreibt. Gegenätzlich dieses zweigleisigen Ansatzes wird beim „[I]ntegrativen Therapiekonzept“ das „gesamte klinische Feld als dynamische Einheit“ (Herzog et al. 2000, S. 41) betrachtet.

Hierüber soll keine Wertung erfolgen. Wünschenswert wäre es, dass sich psychosomatische Behandlungskliniken an einheitliche Therapiekonzepte halten, die alle Berufsgruppen und Behandlungsmethoden integrieren und unter standardisierten Bedingungen immer nach ähnlichen Schemata ablaufen.

Prozessqualität: Hierzu zählen Diagnostik bei Aufnahme und Dokumentationspflicht; in der psychosomatischen Behandlung ist eine Verlaufsdokumentation indiziert. Aufgrund von Zeitmangel und zusätzlicher Belastung für die Patienten wird dies zu selten durchgeführt. (Herzog et al. 2000). Der Entlassungsbericht hat neben der Information an den überweisenden Arzt auch die Funktion eines sozialmedizinischen Gutachtens (die psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen betreffend) und sollte aus diesem Grund mit besonderer Sorgfalt behandelt werden. Faktoren, die die Prozessqualität beeinflussen, werden als Prozessfaktoren bezeichnet. Zum einen zählen hierzu Faktoren wie der Behandlungsfokus, der als Arbeitsmodell betrachtet werden kann und individuell mit dem Therapeuten ausgearbeitet werden muss. Zum anderen ist an dieser Stelle das Konzept der Wirkfaktoren zu nennen, welches davon ausgeht, dass „der therapeutische Prozess voneinander unterscheidbare und jeweils hochwirksame Elemente enthält“ (Herzog et al. 2000, S.42), welche das Befinden des Patienten sowohl verbessern als auch verschlechtern können.

Die Therapiedauer ist ebenfalls ein entscheidender Prozessfaktor. Die stationäre psychosomatische Behandlung dauert durchschnittlich 6-12 Wochen. Bei Patienten mit einer mittleren Aufenthaltsdauer von 6-8 Wochen seien die erzielten Veränderungen am

stabilsten (Lamprecht und Schmidt 1990, Schmidt 1991, zit. nach Herzog et al. 2000). Die Thematik der Nachbehandlung betrifft zwei Drittel der stationär psychosomatisch behandelten Patienten und fällt ebenfalls unter den Begriff der Prozessqualität (Herzog et al. 2000).

Ergebnisqualität: Der Behandlungserfolg wird im Idealfall sowohl vom Patienten als auch vom behandelnden Therapeuten evaluiert. Unter Betrachtung von ca. 30 empirischen Studien konnte eine positive Veränderung nach abgeschlossener Behandlung bei 75 Prozent der Patienten festgestellt werden. (Herzog et al. 2000)
Im Rahmen dieser Arbeit soll vor allem die Evaluation der Struktur- und Prozessqualität im Fokus stehen.

2.3. Evaluation in Gruppentherapien

Neben der Evaluation der psychosomatischen Behandlung selbst, widmet sich diese Studie ganz zentral der Evaluation verschiedener Gruppentherapieangebote, die in den Heiligenfeld Kliniken angeboten werden. Es wurde versucht, ein möglichst breites Spektrum des Therapieangebots mittels des Stundenbogens zu evaluieren. So erstreckt sich das untersuchte Therapiespektrum von den Kreativtherapien über körperorientierte Verfahren zu den Kleingruppentherapien.

Der folgende Abschnitt soll eine allgemeine Hinführung zu den Gruppentherapien bilden und einzelne Studien, die sich bereits mit der Evaluation von Gruppentherapien beschäftigten, vorstellen.

Das Roche Lexikon Medizin (2003, S.745) definiert Gruppentherapien als

„psychotherapeutisches Verfahren, bei denen mehr als zwei Patienten gemeinsam (in der Gruppe) behandelt werden. Die Gruppentherapie erfolgt unter Anwesenheit eines oder mehrerer Psychotherapeuten. Dabei werden die aus der Gruppendynamik bekannten Phänomene ausgenutzt und weniger auf die individuelle Situation des Einzelnen als auf den Gruppenprozess insgesamt eingegangen, aus dessen Verlauf das einzelne Mitglied wieder Rückschlüsse für die Bewältigung der eigenen Problematik ziehen kann. Die Betonung liegt auf der Hilfeleistung der Gruppenmitglieder untereinander.“

In der Literatur ergeben sich aus diesem speziellen Gruppensetting sieben gruppenspezifische Wirkfaktoren: „Altruismus, Interpersonales Lernen-input (Feedback), Interpersonales Lernen-output (Verhaltensänderungen), Katharsis, Kohäsion, Rekapitulation der Primärfamilie, Universalität des Leidens“ (Tschuschke 2007, S.77). Ein weiterer Wirkfaktor ist die Selbstöffnung, die allerdings nicht ausschließlich als gruppenspezifisch anzusehen ist, da ihr auch in Einzeltherapien eine zentrale Rolle zukommt (Tschuschke 2007).

Tschuschke (1993) konnte die Bedeutung einiger Wirkfaktoren belegen, welchen die Patienten selbst, am Ende der Therapie, in der Regel eine untergeordnete Bedeutung zukommen ließen; „nämlich die Rekapitulation von familiären Erfahrungen, Selbstöffnung und Feedback“ (Tschuschke, 2001, S. 142).

Ein weiterer inoffizieller Wirkfaktor der Gruppentherapie ist die „Theorie des Therapeuten“ (Tschuschke 2001, S. 228). Dies konnte in der Kieler Studie (Strauß, Burgmeier-Lohse 1994, zit. nach Tschuschke 2001) belegt werden, nachdem Eckert und Biermann-Ratjen bereits 1990 (zit. nach Tschuschke, 2001) die Hypothese aufgestellt hatten. In der Kieler Studie konnte festgestellt werden, dass Patienten gerade jene Wirkfaktoren als besonders wichtig erachten, welche auch nach Meinung des behandelnden Therapeuten und Leiters der jeweiligen Gruppentherapiesitzungen als besonders bedeutsam empfunden werden. In diesem Zusammenhang kann eine gewisse Einführung in die Gruppentherapie, in der sowohl Patient und Therapeut eingeführt werden, als sehr nützlich erachtet werden. In einem ersten *Zusammenkommen* können die Ansichten des Patienten und des Therapeuten aufeinander abgestimmt und die folgende Therapie erfolgreicher gestaltet werden (Tschuschke 2001).

Vor diesem Hintergrund scheint vor allem die zehnte Frage des in dieser Arbeit verwendeten Fragebogens einen interessanten Beitrag zu leisten. Hier wird nach dem Kontakt zum Therapeuten in der jeweiligen Therapie gefragt. Ob und inwiefern sich die Ergebnisse mit denen von Tschuschke (2001) decken, soll im weiteren Verlauf behandelt werden.

2.3.1. Gruppenpsychotherapie – Ein geschichtlicher Abriss

Burlingame & Baldwin (2012) teilen die Entwicklung der Gruppentherapie in 3 Epochen ein. Die erste Zeitspanne umfasst den Zeitraum von 1900 bis 1930. Der Beginn der

Gruppentherapie, die wir heute als solche kennen, wird im Jahre 1905 angesetzt. Joseph Pratt gilt als Gründer der ersten Gruppentherapien bei der Behandlung von Tuberkulose-Patienten, die er in erster Linie aus ökonomischen Gründen in Gruppen versammeln lässt. 1945 verfasst Pratt seine Arbeit zum Thema Behandlung psychosomatischer Krankheiten in Therapiegruppen. (Burlingame & Baldwin 2012)

Besondere Bedeutung in der so genannten Gründerphase entsprechend der Einteilung von Burlingame & Baldwin (2012) muss Jacob Moreno zugesprochen werden. Bei einer Tagung der American Psychiatric Association soll dieser den Begriff der Gruppentherapie 1932 mitgeprägt haben. 1942 gründet Moreno die erste professionelle Vereinigung: American Society for Group Psychotherapy and Psychodrama (ASGPP). (Burlingame & Baldwin 2012) Zwischen den Jahren 1940 bis 1970 findet eine Ausweitung gruppentherapeutischer Konzepte statt. Hierbei spielen vier Kontextfaktoren eine entscheidende Rolle (Burlingame & Baldwin, 2012). Einer dieser Faktoren bezieht sich auf das Vorhandensein und Zusammenspiel unterschiedlicher psychoanalytischer Gruppen und wie stark diese das Individuum und die Gruppe als solche im Fokus sehen. Der zweite Faktor beleuchtet die zu dieser Zeit stattfindende Entwicklung alternativer Therapiemethoden, wie z.B. Kreativtherapien, Bewegungstherapien u.a. Diese werden oftmals sowohl auf Grund ihres Settings als auch aus Gründen der Kostenersparnis und Ökonomisierung als Gruppentherapien abgehalten. Ein weiterer Faktor steht in Verbindung mit sozialpsychologischen Untersuchungen von Kleingruppen, auf Grund derer eine Vielzahl neuer Gruppenmodelle entstand. Schließlich ist noch der Zuwachs von Gruppentherapien in der klinischen Praxis durch den plötzlichen Anstieg an *Bedürftigen* im Zuge des zweiten Weltkriegs zu nennen. 1970 fielen für die Behandlung psychisch Kranker zum ersten Mal Kosten für die Öffentlichkeit an. Gruppentherapien ermöglichten es so, mehr Menschen Zugang zur Therapie zu gewähren und erleichterten die Praktikierbarkeit. Alle oben genannten Faktoren begünstigen in den Jahren von 1930 bis 1970 die Entstehung und Weiterentwicklung unterschiedlicher Gruppentherapiemodelle (Burlingame & Baldwin, 2012).

Ein entscheidender Faktor in der Entwicklung der Gruppentherapien stellte scheinbar die Ökonomisierung der Therapieverfahren dar. Ob Gruppentherapieverfahren besonders im stationären psychosomatischen Setting auch durch inhaltliche Aspekte bestehen können, soll im Zuge dieser Arbeit untersucht werden.

Ein weiterer wichtiger Verfechter der Gruppenpsychotherapie ist Slavson, der nach oben genannten Moreno die zweite professionelle Vereinigung gründete: die American Group Psychotherapy Association (AGPA) (Burlingame & Baldwin 2012). In diesem Zusammenhang erwähnenswert ist weiterhin Irvin D. Yalom, dessen Lehrbuch „Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie“ (1970) seit jeher als das Standardwerk der Gruppenpsychotherapie gilt.

Die letzte Epoche „spezifische Gruppen für spezifische Populationen“ (Burlingame & Baldwin 2012, S. 16) reicht bis heute und beschreibt den Wandel in der Orientierung der Gruppentherapien. Bis in die 1980er Jahre waren Gruppentherapien „um eine theoretische Orientierung organisiert“ (Burlingame & Baldwin 2012, S. 16); Diagnosen und patientenspezifischen Merkmalen wurde keine Beachtung geschenkt. Ab den 1980er Jahren und nach Veröffentlichung zahlreicher Studien (u.a. von Burlingame et al.) wandelte sich die Ausrichtung der Gruppentherapien und der Patient und seine spezifischen Probleme und Krankheitsbilder stehen heute im Fokus der Gruppentherapien.

Burlingame & Baldwin (2012) geben drei wesentliche Zukunftsaussichten: Es sollten überwiegend auf ihre Effektivität hin überprüfte Gruppenpsychotherapien in der Praxis Anwendung finden. Des Weiteren besteht der Wunsch nach Praxisleitlinien in allen Bereichen (AGPA publizierte bereits Leitlinien zu dynamischen, interaktionellen und beziehungsorientierten Gruppenpsychotherapien). Außerdem könnten den Therapeuten, respektive den Leitern von Gruppentherapien, Instrumentarien an die Hand gegeben werden, um ihre Gruppen quasi *live* empirisch zu begleiten, zu evaluieren und die einzelnen Gruppen während der Therapiezeit zu optimieren (Burlingame & Baldwin 2012).

Die letzte Forderung scheint am schwierigsten umsetzbar zu sein. Jedoch soll vorliegende Arbeit versuchen spezielle Gruppentherapien auf ihre Effizienz hin zu prüfen und im Folgenden geeignete Empfehlungen für zukünftige Praxisleitlinien liefern.

2.3.2. Gruppentherapiemodelle

Dieses Kapitel widmet sich den aktuell bekannten und angewandten Gruppentherapiemodellen und stellt die einzelnen Konzepte vor, um die in Studien untersuchten unterschiedlichen Modelle der Gruppentherapien besser zu verstehen.

Burlingame et al (2005; zit. nach Burlingame & Strauß 2010) unterscheidet sechs verschiedene Ansätze für methodenspezifische Konzepte, die übersichtlichkeithalber in Tabelle 1 aufgeführt sind. Die dritte Spalte gibt einen Ausblick auf das folgende Kapitel. Hier soll genauer auf die Gruppentherapieforschung eingegangen werden.

(Tabelle 1, vgl. Burlingame & Strauß 2010)

Tabelle 1: Gruppentherapiemodelle

Therapiemodelle	Fokus	Evidenz
<i>Kognitiv-behaviorale Gruppentherapie</i> (vgl. Barlow et al. 2000; zit. n. Burlingame & Strauß, 2010)	Problem-, ziel-, handlungsorientierte Verhaltenstherapie, die über die Problemanalyse zum gemeinsam erarbeiteten Behandlungsziel führt	Am häufigsten untersuchte Form der Gruppentherapie mit Evidenz für die Wirkung bei unterschiedlichen Störungsbildern
<i>Psychodynamische Gruppentherapie</i> (vgl. Rutan u. Stone 2001; zit. n. Burlingame & Strauß, 2010)	Tiefenpsychologische und analytische Psychotherapie; „Bearbeitung lebensgeschichtlich begründeter unbewusster Konflikte“ (Blanz 2006, S.509)	„Empirische Evidenz aus [...] naturalistischen Studien“ (Tschuschke 1993, Strauss u. Burgmeier-Lohse 1994, Strauß u. Kirchmann 2005, Tschuschke & Anbeh 2008; zit. n. Burlingame & Strauß 2010, S. 129)
<i>Interpersonale Gruppen</i> (vgl. Yalom u. Lescz 2005; zit. n. Burlingame & Strauß, 2010)	Zwischenmenschliche „Beziehungen im Hier-und-jetzt“ (Burlingame & Strauß, 2010, S. 129)	„Vor allem in den 1970er Jahren gut untersucht“ (Burlingame & Strauß 2010, S. 129)
<i>Nichtdirektive (klientenzentrierte) Gruppentherapie nach Rogers</i> (vgl. Eckert u. Biermann-Ratjen 1985; zit. n. Burlingame & Strauß, 2010)	Therapeut hilft Patienten Probleme selbst zu lösen; drei wichtige Therapeutenvariablen: Empathie, Kongruenz in seiner Haltung, Wertschätzung/Akzeptanz des Patienten (Rogers, 1981)	„Evidenz [...] aus naturalistischen Studien“ (Eckert und Biermann-Ratjen 1985; zit. n. Burlingame & Strauß, 2010, S. 129)
<i>Supportive Gruppen</i> (vgl. Vinogradov u. Yalom 1989; zit. n. Burlingame & Strauß, 2010)	„Fördern das Gemeinsamkeitsgefühl, dienen Informationsaustausch“ (Burlingame & Strauß, 2010, S. 129)	Modell vieler Selbsthilfegruppen, „oft Vergleichsgruppen in klinischen Studien“ (Burlingame & Strauß 2010, S. 129) und effektiv

<i>Psychoedukative Gruppen (vgl. Payson et. al. 1998; zit. n. Burlingame & Strauß 2010)</i>	„Informationsverarbeitung, Vermittlung von Bewältigungs- und Problemlösestrategien“ (Burlingame & Strauß 2010, S. 129)	„Effektivität besonders [...] für diagnostisch homogene Gruppen“ (Burlingame & Strauß 2010, S. 129)
---	--	---

Aktuellere Schwerpunkte werden mitunter auch auf störungsspezifische Konzepte gesetzt. Die Gruppen werden entsprechend der spezifischen Störungsbilder und Probleme der Patienten gebildet und im störungsgleichen Setting behandelt (Burlingame & Strauß 2010).

Ein weiteres Konzept stationärer Gruppentherapiebehandlung beschreibt das Göttinger-Modell. Dieses wurde im Gegensatz zu den oben genannten Gruppentherapiemodellen, die überwiegend ihren Ursprung in Großbritannien und den USA haben, in der BRD hervorgebracht. Es wurde in den 1970er Jahren von Franz Heigl und Annelise Heigl-Evers entwickelt, und bietet eine Differenzierung der psychodynamischen Gruppentherapie in Psychoanalytische und Tiefenpsychologisch fundierte (= psychoanalytisch-interaktionelle) Behandlungsmethoden. Entsprechend dieses Modells wäre für die meisten Patienten mit strukturellen Störungen (welche einen Großteil der Patienten in stationären psychosomatischen Behandlungseinrichtungen bilden) eine „psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie indiziert“ (Strauß 2010, S.133).

2.3.3. Gruppentherapieforschung

Im Folgenden soll genauer auf die eigentlichen Forschungsschwerpunkte zur Gruppentherapieforschung eingegangen werden. Das Forschungsfeld, welches Gruppentherapien im Allgemeinen evaluiert, ist breit. Gegenstand bisheriger Forschung stellen jedoch überwiegend oben erwähnte Gruppentherapien dar (s. Tabelle 1). Es liegen wenige bis keine Studien zu Kreativ-, Tanz- und Reittherapien vor.

Ein weiterer Forschungsschwerpunkt, welcher in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewann, stellt das Feld der störungsspezifischen Gruppen dar. Übersichtlichkeitshalber soll sich der Forschung zu störungsspezifischen Gruppen in einem eigenen Gliederungspunkt gewidmet werden.

2.3.3.1. Gruppenpsychotherapieforschung allgemein

In den 1960er Jahren begann vermehrt die systemische Forschung zu Behandlungseffekten in Gruppentherapien. Mann (1966, zit. n. Burlingame & Strauß 2012) konnte beispielsweise bereits die generelle Wirksamkeit von Gruppentherapien zeigen, jedoch waren die Methoden nicht standardisiert und die Einflussvariablen spielten eine zu große Rolle (Burlingame & Strauß 2012).

In den 1980er Jahren wurden kontrollierte Therapievergleichsstudien vermehrt durchgeführt und erste Metaanalysen entstanden. Hierbei konnte bereits eine Gleichwertigkeit von Gruppen- und Einzeltherapien nachgewiesen werden (Burlingame & Strauß 2012). Ab den 1980er Jahren kam es zu einer Trennung der Forschungsschwerpunkte zwischen Nordamerika und Deutschland. In den USA und Kanada wurden nahezu ausnahmslos kontrollierte Studien durchgeführt, wohingegen im deutschsprachigen Raum der Schwerpunkt auf der Evaluation stationärer Gruppentherapien lag. Dies führte dazu, dass in neueren Übersichten fast ausschließlich nordamerikanische Studien berücksichtigt werden, da diese durch ihr kontrolliertes Studiendesign eher den höheren methodischen Standards entsprachen (Burlingame et al. 2004, zit. n. Burlingame & Strauß 2012). Jene Studien konnten die Wirksamkeit der Gruppentherapien eindeutig belegen (McRoberts et al. 1998; De-Lucia-Waack et al. 2004; Burlingame et al. 2004, 2012; zit. n. Burlingame & Strauß 2012). Die Gründung der Mainzer Werkstatt war speziell für die stationäre Gruppentherapieforschung ein enormer Zugewinn. In diesem Zusammenhang etablierte sich 1989 auch der Arbeitskreis *Stationäre Gruppenpsychotherapie*, welcher unter der Leitung von B. Strauß und J. Eckert steht (Strauß 2010).

Die Komplexität des stationären Settings erschwere laut Strauß (2010) die empirische Forschung auf diesem Gebiet. Einige Studien versuchten dieses komplexe Setting „bestmöglich durch eine sehr engmaschige Beschreibung des Gruppenprozesses abzubilden.“ (Strauß 2010, S. 133) Hierbei sind insbesondere „die Hamburger Studie zur stationären Gruppenpsychotherapie (Eckert u. Biermann-Ratjen 1985), das Heidelberger Katamneseprojekt (von Rad, Senf & Bräutigam 1998), die Stuttgarter Gruppenpsychotherapiestudie (Tschuschke 1993) und die Kieler Gruppenpsychotherapiestudie (Strauß u. Burgmeier-Lohse 1994)“ zu nennen (Strauß 2010, S. 133). Alle genannten Studien konnten gute bis sehr gute Effekte stationärer Gruppenpsychotherapie nachweisen (Strauß 2010).

Die Kieler Gruppentherapiestudie (Strauß und Burgmeier-Lohse 1994, zit. nach Strauß & Mattke 2001) beispielsweise war eine groß angelegte Studie, die die Effekte von Gruppentherapien mit Anfangs-, und Entlasswerten sowie Werten aus Ein- und Zweijahreskatamnesen untersuchten. Die Studie konnte die Wirksamkeit stationärer Gruppentherapien an einer gemischten Klientel belegen. In der Kieler Studie wurden Patienten auch nach dem Stellenwert unterschiedlicher, den stationären Aufenthalt betreffender Faktoren befragt. Die Auswertung ergab, dass die Patienten das Zusammenleben auf Station, den Kontakt mit den Mitgliedern des behandelnden Teams und die Gruppenpsychotherapien als die hilfreichsten Faktoren ansahen. Direkt danach folgten körperorientierte Maßnahmen, wie beispielsweise die Tanztherapie. Ganz ähnliche Ergebnisse konnten auch für das Heidelberger Katamneseprojekt festgestellt werden (von Rad et al. 1998, zit. nach Strauß & Mattke 2001).

Ein Problem in der Evaluation von stationären Gruppentherapien ergibt sich jedoch durch das Vorhandensein anderer Wirkfaktoren in einer psychosomatischen stationären Einrichtung, die sich nicht direkt auf die Gruppentherapien selbst beziehen. Hier sind zum Beispiel der Kontakt der Patienten untereinander, die therapeutische Gemeinschaft als solche und der Kontakt zum Pflegepersonal als wichtige, den Therapieerfolg bestimmende Faktoren, zu nennen. Daher erfassen die meisten Studien über die stationäre Gruppentherapieforschung nie exakt die eigentlichen Effekte der Therapien; „es ist aber davon auszugehen, dass die wesentlichen Veränderungsprozesse sich in der Gruppenpsychotherapie fokussieren und dort bearbeitet werden können [...]“ (Strauß 2010, S. 134).

Vor diesem Hintergrund scheint es schwierig, ausschließlich einzelne Befindlichkeitsveränderungen nach bestimmten Therapien zu evaluieren. Durch die Unmittelbarkeit der Befragung der Patienten direkt nach der jeweiligen Therapieeinheit wurde jedoch versucht, ausschließlich eine Bewertung für die eben stattgefundenen Therapien zu erhalten.

Darüber hinaus besteht ein Unterschied zwischen ambulanten und stationären Gruppentherapien. Ambulante Patienten hätten mehr Möglichkeiten das Erlernte in ihren Alltag zu integrieren und anzuwenden, wohingegen stationäre Patienten immer wieder mit dem gleichen Umfeld konfrontiert werden und mit diesem interagieren müssen (Maves & Schulz 1985, zit. n. Strauß 2010). Burlingame et al (2003, zit. n. Strauß 2010) konnte durch eine Metaanalyse feststellen, dass stationäre Gruppen, mit einer Effektstärke von 0.2

ambulanten Gruppen mit der Effektstärke von 0.5 unterlegen waren. Hierbei ist zu beachten, dass sich unter den 111 betrachteten Studien, lediglich sechs stationäre Gruppen befanden. Eine sehr umfassende Metaanalyse, die unterschiedliche Modelle von Gruppentherapien und Behandlungen verschiedener Krankheitsbilder im stationären Setting zusammenfasst, wurde 2006 von Kösters, Burlingame, Nachtigall, Strauß durchgeführt.

Die Einschlusskriterien in die Metaanalyse gestalteten sich wie folgt.

- „Empirische Studien zur stationären Gruppentherapie
- Mit Stichproben von Erwachsenen
- Veröffentlicht nach 1980
- Prä- post- Daten oder kontrollierte Studien
- Studien in Deutsch und Englisch“ (Strauß, 2010, S.134)

Insgesamt gelangen Kösters et al. zu einer Studienzahl von 108 zwischen 1980 und 2004; 70 davon wurden in die Analyse miteingeschlossen. Die Diagnose Schizophrenie/Psychose war mit 54.2 Prozent das vorherrschende Krankheitsbild der zu behandelnden Patienten. Eine Effektstärke von 0.31 konnte für kontrollierte Studien ermittelt werden. Der Unterschied von stationären Gruppentherapien zu aktiven Therapien war geringer (ES: 0.17-0.39) als der Unterschied zu Wartelistenbedingungen (ES: 0.73). Im Hinblick auf die Wirksamkeit der Gruppentherapien auf verschiedene Krankheitsbilder konnte kein wesentlicher Unterschied festgestellt werden (ES für Schizophrenie Patienten: 0.34; ES für übrige Diagnosen: 0.30). Die Analyse der Prä-Post-Studien ergab eine Effektstärke von 0.59. Die unterschiedlichen Behandlungsmodelle unterschieden sich im Hinblick auf ihre Effektstärke nicht wesentlich voneinander (ES (kognitiv-behavioral):0.60; ES (psychodynamisch):0.50; ES (eklektisch):0.65; ES (unklar):0.48). Hinsichtlich der Wirksamkeit der Gruppentherapien für verschiedene Diagnosegruppen konnte vor allem für affektive Störungen und Angststörungen ein ausgeprägter Effekt festgestellt werden (ES (affektive Störung):1.1; ES (Angststörung): 1.0; z.B. ES (Posttraumatische Belastungsstörung): 0.4) (Kösters et al. 2006, zit. n. Strauß 2010).

Fiedler 1996 (zit. n. Strauß 2010) konstatiert, dass kognitiv-behaviorale Gruppentherapien zentralen Aspekten und eigentlichen Vorteilen der Gruppentherapien, wie Gruppendynamik und Prozesscharakter, wenig Beachtung schenken würden. In psychodynamischen Gruppen würden Gruppenprozesse deutlich mehr fokussiert. In

neueren Studien ließ sich auch ein Effekt von psychodynamischen Gruppen nachweisen. So konnte z.B. in drei Studien (Guthrie et al. 1993, Svelund 1983; Monsen u. Monsen 2000; zit. n. Strauß, 2010) die Wirksamkeit von psychodynamischen Gruppenbehandlungen bei somatoformen Störungen bewiesen werden. Eine weitere Metanalyse von 23 verschiedenen Studien zur psychodynamischen Kurzzeitgruppenpsychotherapie konnte signifikante Behandlungseffekte zeigen (Strauß 2010). Diverse Studien konnten die Effektivität verschiedener Gruppentherapiemodelle belegen. Bei Kösters 2006 (zit. n. Strauß 2010) zeigte sich kein wesentlicher Unterschied zwischen verschiedenen Gruppentherapiemethoden. Die in dieser Arbeit untersuchten Therapien fallen nicht eindeutig in eine der oben genannten Kategorien der Behandlungsmodelle. Ob sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppentherapien in den Heiligenfeld Kliniken ergeben, soll im Rahmen dieser Studie untersucht werden.

2.3.3.2. Gruppentherapieforschung bei spezifischen Störungsbildern

Störungsspezifität wird hier als Symptom- oder Konfliktspezifität verstanden. Ende der 1980er, Anfang der 1990er Jahre verlagerte sich der Schwerpunkt in der Gruppentherapieforschung von heterogenen auf störungsspezifische Gruppen (Wiegand-Grefe & Paar 2007). Der Wechsel der Therapieformen und damit verbunden, des Forschungsschwerpunktes, wurde unter anderem durch das Projekt der American Psychological Association „‘empirisch validierter Behandlungen‘ und ‘evidenzbasierter Medizin‘“ (Strauß 2002, zit. n. Wiegand-Grefe & Paar 2007, S. 87) gefördert. In diesem Rahmen wurden „strenge Kriterien für die Akzeptanz spezifischer Therapien bei möglichst genau diagnostizierten Störungsbildern propagiert“ (Strauß 2002, zit. n. Wiegand-Grefe & Paar 2007, S. 87, 88). Die Anwendung von störungsspezifischen homogenen Gruppen wäre vor allem bei Patienten mit abgegrenzten Störungsbildern sinnvoll (i.e. ausschließlich eine psychosomatische Diagnose) (Burlingame et al 2001, zit. n. Wiegand-Grefe & Paar 2007). Außerdem würden störungsspezifische einheitliche Gruppen Gruppenwirkfaktoren wie „Kohäsion“ oder „Universalität des Leidens“ (Wiegand-Grefe & Paar 2007, S. 92) fördern. Diesen wird vor allem in einer „frühen Gruppenphase und bei Kurzzeitgruppen“ (Tschuschke 2001, zit. nach Wiegand-Grefe & Paar 2007, S. 92) – die in einer stationären psychosomatischen Behandlungseinrichtung meistens Anwendung finden – eine große Rolle zuteil (Tschuschke 2001, zit. nach Wiegand-Grefe & Paar 2007). Neben dem

genannten Vorteil gibt es auch Gründe, die für heterogene Gruppen sprechen. Teilnehmer von heterogenen Gruppen beispielsweise lernen verschiedene Strategien, um Konflikte zu lösen (Wiegand-Grefe & Paar 2007). Trotz gewissen Vorteilen rein störungsspezifischer Gruppen in psychosomatischen Einrichtungen kann bis zum jetzigen Zeitpunkt kein eindeutiges Plädoyer für störungsspezifische Gruppen ausgesprochen werden. Beim Vergleich störungsspezifischer und unspezifischer Gruppen wurden bei Ergebnisuntersuchungen im Wesentlichen ähnliche Effektstärken festgestellt. Des Weiteren erklären sich die Varianzen in den Prozessqualitätsuntersuchungen eher durch die kommunalen Wirkfaktoren auf Therapeutenseite, sowie durch Elemente wie Beziehungsaufnahme der Patienten auf Patientenseite, als durch spezifische Behandlungstechniken. Außerdem liegen „allen spezifischen Behandlungsmodellen jeweils unspezifische Konzepte und Modelle [...] zu Grunde“ (Wiegand-Grefe & Paar 2007, S. 103).

Im Folgenden werden nur einige Studien und Forschungsergebnisse zu störungsspezifischen Gruppen vorgestellt. Systematische Übersichten z.B. von Burlingame et al. (2003, 2004, 2005, 2012, zit. nach Strauß & Burlingame, 2012) berücksichtigten beispielsweise, dass Gruppentherapien zunehmend störungsspezifisch konzipiert werden. Laut Burlingame (2005, zit. nach Strauß & Burlingame 2012) konnte für die Behandlung in Gruppentherapien von Patienten mit Bulimie und sozialer Phobie „sehr gute bis exzellente Evidenz“ (Strauß & Burlingame 2012, S. 201) und bei Patienten mit Panikstörungen und Zwangsstörungen „gute bzw. vielversprechende“ (Strauß & Burlingame 2012, S. 201) Evidenz erbracht werden. Außerdem würden entsprechende Studien für ältere Menschen und Patienten mit affektiven Störungen fehlen. Die meisten Studien wurden in ambulanten Einrichtungen durchgeführt. Inwieweit sich daraus auf Gruppentherapien in stationären Einrichtungen schließen lässt, ist fraglich. Bei der Untersuchung von „Behandlungsprogrammen, in denen die Gruppe eine von mehreren Bestandteilen darstellt, [...] ist die Evidenz für die Wirkung der Gruppe exzellent bei Schizophrenie und Krebserkrankungen [...], gute Evidenz liegt vor für Gruppen mit HIV-Infizierten, [...] Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Opfern sexueller Übergriffe“ (Strauß & Burlingame 2012, S. 201). Für affektive Störungen respektive Depression konnten z.B. McRoberts, Burlingame & Hoag (1998) keine wesentlichen Unterschiede in der Effektivität verschiedener Formen von Gruppentherapien (z.B. kognitiv-behavioral vs. supportiver Gruppentherapie) feststellen. Außerdem konnte herausgefunden werden, dass für Patienten mit Depression Einzeltherapien im Vergleich zu Gruppentherapien im

Hinblick auf die Effektivität keine wesentlichen Unterschiede aufweisen würden. Burlingame et al. spricht von „hohen Effektstärken“ (Strauß & Burlingame 2003, zit. n. dies. 2012, S. 201) bei der Anwendung von Gruppentherapie bei depressiven Patienten in einer Metaanalyse. Für Patienten mit Panikstörungen und Agoraphobie konnte die Effektivität von kognitiv-behavioralen Gruppen gut belegt werden (Burlingame et al. 2004, zit. n. Strauß & Burlingame 2012). Außer für die Borderline-Störung liegt für weitere Persönlichkeitsstörungen noch unzureichende Evidenz für die Wirksamkeit von Gruppen vor (MacKenzie 2001, zit. n. Strauß & Burlingame 2012). Für gemischte Populationen konnten Studien einen Effekt für tagesklinische und stationäre Behandlungen belegen (Strauß & Burlingame 2012). Für Patienten mit Schizophrenie und schizoaffektiven Störungen konnten z.B. Röder et al. (2001, zit. n. Strauß & Burlingame 2012) gute Effekte für die Wirkung von Trainingsgruppen, psychoedukativen Gruppen und Gruppen, die Familienmitglieder miteinbeziehen, nachgewiesen werden.

Eine weitere Studie, die sich ausschließlich mit Effekten von Gruppentherapien für somatoforme Störungen befasst, wurde 2004 von Bleichhardt, Timmer und Rief veröffentlicht. Hierbei wurden mithilfe einer randomisiert kontrollierten Studie die Effekte einer speziell für somatoforme Störungen entwickelten kognitiv-behavioralen Gruppentherapie untersucht. Die Zahl der somatoformen Beschwerden, sowie die Anzahl der Arztbesuche verminderte sich unmittelbar nach der Therapie und ein Jahr nach Entlassung. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit stiegen hingegen. Die Ergebnisse belegen die Wirksamkeit der stationären Behandlung bei Patienten mit somatoformen Störungen, welche durch eine störungsspezifische (in diesem Fall kognitiv-behaviorale) Gruppentherapie optimiert werden können (Timmer et al. 2004).

Sehring veröffentlicht 1997 eine Prozess-Ergebnis-Untersuchung zur Selbstwahrnehmung und zum Gruppenerleben in analytisch orientierter stationärer Gruppentherapie. Ziel der Arbeit war es, den Erfolg psychosomatischer Patienten mithilfe von Testinstrumenten zur Erfassung der Selbstwahrnehmung und des wahrgenommenen Gruppenklimas abbilden zu können. Die psychosomatischen Patienten wurden anhand ihrer Krankheitsbilder in drei Gruppen eingeteilt (Essstörungen, Angsterkrankungen und Depressionen, Zwangserkrankungen). Die Ergebnisse unterschieden sich unter den drei Diagnosegruppen deutlich. Daraus lässt sich z.B. schließen, dass die Art der Erkrankung einen Einfluss auf das Empfinden des Gruppenklimas hat. Wechselwirkungen zwischen dem Gruppenklima,

welches der Patient subjektiv erlebt, und dem Befinden in der Gruppe konnten hier nicht festgestellt werden (Sehring 1997).

Eine weitere Studie untersuchte die Effektivität von Gruppentherapien mit spiritueller und religiöser Ausrichtung. Acht Studien wurden analysiert und zusammengefasst. Es sei wichtig, spirituelle und religiöse Faktoren der Therapie im Vorfeld zu definieren, um eine Basis für die Gruppentherapien schaffen zu können. Außerdem konnte festgestellt werden, dass Patienten, die empfänglicher für Spiritualität und Religion waren, für die Gruppentherapien mit spirituellen und religiösen Elementen besonders motiviert würden und dadurch Therapieerfolge gesteigert werden konnten (Viftrup, Hvidt & Buus 2013).

Das breite Feld der Störungsspezifität in Gruppentherapien erlangte in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit (s.o.). Meistens konnte die Effektivität einzelner Gruppentherapien für bestimmte Diagnosegruppen gut belegt werden. Unter Annahme dieser Voraussetzung soll die vorliegende Arbeit einen Schritt weiter gehen. Es soll der Frage nachgegangen werden, welche Therapien der Heiligenfeld Kliniken für die jeweiligen Diagnosegruppen die größten Befindlichkeitsveränderungen erbringen.

2.4. Befindlichkeitsfragebögen

Tabelle 2 gibt einen Überblick über bisher verwendete Befindlichkeitsfragebögen, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Tabelle 2: Auswahl weiterer Befindlichkeitsfragebögen (Bähler, Klaiburg & Schumacher 2003)

<i>Befindlichkeitsfragebogen</i>	<i>Autor(en)</i>	<i>Zielgruppe; Einsatzmöglichkeiten</i>	<i>Kurzbeschreibung, Bearbeitungszeit</i>	<i>Gütekriterien</i>
<i>Basler Befindlichkeitsskala (BBS)</i>	V. Hobi	„[...]Eignet sich für Verlaufsuntersuchungen von zirkadianen Schwankungen der Stimmung“. Keine Altersbeschränkung; für Studien an Gesunden und Kranken konzipiert. (Hobi, V. 1985, zit. n. Bähler, Klaiburg & Schumacher 2003, S.36)	Mehrdimensionales „Selfrating-Verfahren“ (Hobi, V. 1985, zit. n. Bähler, Klaiburg & Schumacher 2003, S 36) bestehend aus 16 bipolar angelegten Items, welche sich wiederum in 4 Skalen aufteilen, die das momentane Befinden messen; Bearbeitungszeit: max. 5 Minuten (ebd., 2003)	-Objektivität: Durchführungsobjektivität und Interpretationsobjektivität gesichert -Reliabilität: Cronbach's α : .88-.91 -Validität: Gute interne Validität bei Werten der einzelnen Skalen über 1 (ebd., 2003)

<i>Befindlichkeits- fragebogen</i>	<i>Autor(en)</i>	<i>Zielgruppe; Einsatz- möglichkeiten</i>	<i>Kurz- beschreibung, Bearbeitungszeit</i>	<i>Gütekriterien</i>
<i>Befindlichkeits- fragebogen (BF)</i>	Becker	„[...] ab 16/18 Jahren bis ins hohe Alter, [...] als Forschungsinstrument konzipiert, kann aber auch im Rahmen der klinischen Diagnostik [...] eingesetzt werden“; Anwendung zur Erfassung der momentanen „emotionalen Befindlichkeit“ (Becker, P. 1988, zit. n. Bähler, Klaiburg & Schumacher 2003, S. 43)	„Mehrdimensionales Selbstbeurteilungsverfahren [...] mit 28 Items zur Erfassung von drei Dimensionen der augenblicklichen emotionalen Befindlichkeit“; Bearbeitungszeit: 3 Minuten (ebd., 2003, S. 43)	- Objektivität: Standardisierte Durchführung und Auswertung - Reliabilität: Interne Konsistenz hoch (Cronbach's α : .85-.95) - Interne Validität: drei Faktoren erklären 54,3% der Gesamtvarianz (ebd., 2003)
<i>Befindlichkeitsskalen zur Messung von aktueller Stimmung und Grundgestimmtheit (BFS)</i>	A. Abele- Brehm, W. Brehm	Ab ca. 14 Jahren, allgemeine „Anwendung im Gesundheitsbereich; geeignet insbesondere zur Messung kurz- und längerfristiger Stimmungsveränderungen“ (Abele- Brehm, A. & Brehm W. 1986, Brehm W. & Sygusch, R. 2000, zit. n. Bähler, Klaiburg & Schumacher 2003, S. 46)	Adjektivliste mit acht Skalen mit je fünf Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala zu bewerten sind; Bearbeitungszeit: 3 Minuten (ebd., 2003)	- Reliabilität: Interne Konsistenz hoch (Cronbach's α : .81-.94) - Validität: Hohe Validität in Bezug auf Veränderungssensibilität und Konstruktvalidität (ebd., 2003)
<i>Befindlichkeitsskala (Bf-s)</i>	D. v. Zerssen	Ab 20-79 Jahren, Erfassung der momentanen Befindlichkeit, aber auch zur Erfassung von „[...] Befindlichkeitsveränderungen- spontane wie therapeutisch oder experimentell induziert“ (Zerssen, D.v. 1976, zit. n. . Bähler, Klaiburg & Schumacher 2003, S.50)	Bestehend aus 28 Gegensatzpaaren von Adjektiven von denen jeweils eins oder bei Unsicherheit keines der beiden ausgewählt werden kann. Am Ende erhält man eine Gesamtpunktezah; Bearbeitungszeit: 1-4 Minuten (ebd., 2003)	- Objektivität: Standardisierte „Anwendung und Auswertung“ (ebd., 2003, S. 52) - Reliabilität: „[...] innere Konsistenz für beide Parallelförmigkeiten“ (ebd., 2003, S. 52) (Bf-s, Bf-s'): >.90 - Validität: interne und externe Validität belegt, Skala weist hohe Änderungssensitivität und prädikative Validität auf (ebd., 2003)
<i>Eigenschaftswörter- liste (EWL)</i>	W. Janke, G. Debus	Ab 14 bis 80 Jahren bei Gesunden und Kranken; misst Schwankungen vom Zustand der Befindlichkeiten; auch	Selbstbeurteilungsinstrument über das aktuelle Befinden mithilfe von Eigenschafts-	- Reliabilität: Innere Konsistenz gut (Cronbach's α : .75- .94, bzw. für die Kurzform d.

<i>Befindlichkeits- fragebogen</i>	<i>Autor(en)</i>	<i>Zielgruppe; Einsatz- möglichkeiten</i>	<i>Kurz- beschreibung, Bearbeitungszeit</i>	<i>Gütekriterien</i>
<i>Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW)</i>		zur wiederholten Messung geeignet, „[...] konzipiert [...] im Rahmen der Grundlagenforschung“ (Janke, W. & Debus, G. 1978, zit n. Bähler, Klaiburg & Schumacher 2003, S.92) und den psychologischen Anwendungsbereich (ebd., 2003)	wörtern (Je nach Form des Fragebogens zwischen 161 und 40 Eigenschafts- wörter; Bearbeitungszeit: Je nach Art des Fragebogens zwischen 5-20 Minuten (ebd., 2003)	Fragebogens: .72- .94) - Validität (kriterienbezogen): z.B. „Nachweis von Befindlichkeitsverä- nderungen nach psychotherapeutisc- her und pharmako- therapeutischer Behandlung“ (ebd., 2003, S.95)
	G. Wydra	Ab 30 bis 89 Jahren für Gesunde und Kranke; „Fragebogen zur Selbstbeurteilung“ (Wydra, G., zit n. Bähler, Klaiburg & Schumacher 2003, S.102)	„Fragebogen besteht aus 42 Items, die auf einer [...] 5- stufigen Likert Skala zu beantworten sind.“ (ebd., 2003, S.102) Soll das allgemeine Wohlbefinden testen (körperlich, psychisch, sozial) (ebd., 2003)	-Reliabilität: Interne Konsistenz gut (Cronbach's α :.70-.87), Faktorenanalyse ergibt einen Faktor -Validität: Beim Vergleich mit anderen Befindlichkeitsfrag- ebögen im weiteren Sinne konnten Korrelationen festgestellt werden; dennoch messen alle untersuchten und verglichenen Fragebögen unterschiedliche Aspekte der Befindlichkeit (ebd., 2003)
<i>Habituelle subjektive Wohlbefindensskala (HSWBS)</i>	C. Dalbert	Anwendung bei Jugendlichen und Erwachsenen; zur Messung des Wohlbefindens und einer „Veränderung des Wohlbefindens“ bei Gesunden und Kranken (Dalbert, C., zit. n. Bähler, Klaiburg & Schumacher 2003, S.170)	Zweidimensio- naler Selbstbeur- teilungsfrage- bogen, wobei mittels einer kognitiven („ Allgemeine Lebenszufrieden- heit“ (ebd., 2003, S.170) und „emotionalen Dimension [...] „ Stimmungs- Niveau““ (ebd., 2003, S.170) das habituelle subjektive Wohlbefinden gemessen wird. Bearbeitungszeit: 5 Minuten (ebd., 2003, S. 170)	-Objektivität: Durch standardisierte Durchführung und Auswertung objektiv -Reliabilität: „Interne Konsistenz [...] in der heterogenen Gesamtstichprobe [...] für die Skala „Stimmungs- niveau“ .83 (=Cronbach's α) und für die Skala „Allgemeine Lebenszufrieden- heit“ .87“ (ebd., 2003, S.172) (=Cronbach's α), -Validität: Die Faktorenanalysen mit genau zwei Faktoren konnte

<i>Befindlichkeitsfragebogen</i>	<i>Autor(en)</i>	<i>Zielgruppe; Einsatzmöglichkeiten</i>	<i>Kurzbeschreibung, Bearbeitungszeit</i>	<i>Gütekriterien</i>
<i>Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen (MDBF)</i>	R. Steyer, P. Schwenkmezger, P. Notz, M. Eid	Anwendung bei Jugendlichen und Erwachsenen; zur „Therapieevaluation und Grundlagenforschung“ (Steyer, R. et al., zit. n. Bähler, Klaiburg & Schumacher 2003, S.209)	Dreidimensionaler Selbstbeurteilungsfragebogen mit je 8 Items (Langform) mit einer fünfstufigen Antwortskala, die drei Dimensionen sind bipolar angelegt und messen: , (1) Gute – schlechte Stimmung (GS), (2) Wachheit – Müdigkeit (WM) und (3) Ruhe – Unruhe (RU).‘ (ebd., 2003, S.207) Bearbeitungszeit (Langform): 4-8 Minuten	zeigen, dass diese das habituelle Wohlbefinden messen (ebd, 2003) -Reliabilität: Interne Konsistenz für alle 3 Skalen zwischen .90-.94 (=Cronbachs’s α) (Langform) (ebd., 2003)
<i>Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden (MFHW)</i>	H-D. Basler, C. Herda, A. Scharfenstein	Kein Alterslimit; misst „habituelle(s) Wohlbefinden bei Gesunden und Kranken [...] (über einen) Bezugszeitrahmen von zwei Wochen [...]“ (Basler, H-D., at al., zit. n. Bähler, Klaiburg & Schumacher 2003, S.212)	Eindimensionaler Selbstbeurteilungsfragebogen mit 7 Items, die mit einer 6-stufigen Likert Skala zu bewerten sind. Alle Aussagen beziehen sich auf das positive Wohlbefinden (ebd., 2003)	-Reliabilität: Innere Konsistenz: Cronbach’s α : .87-.92 Retest-Reliabilität: $r = .61-.75$ (ebd., 2003)

3. Hypothesengenerierung

In Anbetracht der Studienlage, die im Vorhergehenden analysiert wurde, konnten zahlreichen Hypothesen aufgestellt werden, welche es im Rahmen dieser Arbeit zu testen gilt.

Kapitel 2.4 gibt einen Überblick über eine Vielzahl bereits validierter Befindlichkeitsfragebögen. Daher spielt die Validierung des in dieser Studie zum ersten Mal verwendeten *BVV-18* eine herausragende Rolle. Zentrale Fragestellung lautet in diesem Zusammenhang, ob der Stundenbogen tatsächlich die Befindlichkeitsveränderungen misst.

Die dazugehörige Hypothese soll lauten:

H₁: Der Stundenbogen bildet das theoretische Konstrukt der Befindlichkeitsveränderungen ab.

Unter Voraussetzung dieser Bedingung sollen mit dem Stundenbogen zahlreiche Therapien in den Heiligenfeld Kliniken evaluiert und miteinander verglichen werden. Wie sich beispielsweise in den Studien von Steffanowski (2007), Tschuschke (2001, 2010), Strauß (2010) u.a. herausstellte, kann die stationäre Gruppentherapie gute bis sehr gute Effekte liefern. In allen analysierten Studien wurde sich auf gängige Gruppentherapiemodelle, wie kognitiv-behaviorale, psychodynamische, interpersonale Gruppentherapie u.Ä. beschränkt. Im Rahmen dieser Arbeit sollen speziell Gruppentherapieangebote der Heiligenfeld Kliniken evaluiert werden. Diese lassen sich nur schwer oben genannten Kategorien zuordnen. Des Weiteren konnten keine Studien gefunden werden, in denen Gruppentherapien unmittelbar mittels eines Befindlichkeitsfragebogens bewertet wurden. Häufig handelt es sich um Wirksamkeitsstudien kompletter Therapieaufenthalte. Daraus ergibt sich die zweite zu prüfende Hypothese:

H₂: Die Therapiemethoden unterscheiden sich hinsichtlich unterschiedlicher Werte im Befindlichkeitsfragebogen.

Darüber hinaus sollen mittels dieser Studie die Effekte weiterer personenbezogener Daten auf die Befindlichkeitsveränderungen untersucht werden. Auch die MESTA-Studie (Steffanowski 2007) belegte bereits den Effekt mehrerer Variablen wie Geschlecht, Alter und Bildungsstand auf die Effizienz von Gruppentherapien. Wie weiter oben erwähnt, handelt es sich bei dem Großteil der Studien um Evaluationen, die sich über gesamte Therapien erstrecken. Daher erscheint es interessant, einen eventuell vorhandenen

unmittelbaren Einfluss sogenannter Moderatorvariablen bzw. Kontrollvariablen (wie bspw. personenbezogene Daten) auf die Befindlichkeitsveränderungen durch die Therapien zu prüfen. Die Arbeitshypothese, um diesen Sachverhalt zu prüfen lautet:

H₃: Es besteht ein Zusammenhang zwischen diversen personenbezogenen Daten und der Befindlichkeit nach bestimmter Therapie.

Weiterhin interessant erscheint die Bewertung der Befindlichkeitsveränderungen in Abhängigkeit der jeweiligen Diagnose zu sein. Auch mit diesem Thema befassten sich bereits mehrere Autoren, wie bspw. Kösters (2006, zit. nach Strauß 2010), Timmer et al. (2004) und weitere oben genannte. Für die vorliegende Analyse soll neben einer Bestätigung der Effizienz der Therapien auch ein möglicherweise vorhandener Unterschied der Befindlichkeitsveränderungen für verschiedene Therapien bei unterschiedlichen Diagnosen untersucht werden. Auch hier erscheint die Unmittelbarkeit der Bewertung ein Alleinstellungsmerkmal der Studie zu sein. Die Hypothese zu diesem Themenkomplex lautet:

H₄: Patienten mit ausgewählten Diagnosen zeigen auf bestimmte Therapieformen Befindlichkeitsveränderungen.

In einem nächsten Schritt wäre zu überlegen, inwiefern man sich die Unterschiede in den Befindlichkeitsveränderungen für Patienten mit verschiedenen Diagnosen für ein späteres Therapieangebot zunutze machen könnte. Unterscheiden sich beispielsweise die Bewertungen für die einzelnen Faktoren des Stundenbogens signifikant für Patienten mit verschiedenen Diagnosen, könnten sich daraus weitere Therapie-Empfehlungen ergeben. Oben erwähnte Studien belegten sowohl für störungsspezifische als auch für heterogene Gruppentherapien einen Effekt, bzw. stellten keine wesentlichen Unterschiede der Effektstärken fest (Wiegand-Grefe & Paar 2007).

Im Rahmen dieser Studie erfolgte keine störungsspezifische Aufteilung der Patienten in die einzelnen Therapien. Ob ein solcher Schritt jedoch zukünftig sinnvoll wäre, oder eine Ausweitung des Therapieangebots für bestimmte Diagnosegruppen eine Verbesserung der Befindlichkeit verursachen würde, soll mitunter diskutiert werden. Folgende Hypothese gilt es in diesem Zusammenhang zu überprüfen:

H₅: Anhand der Befindlichkeitsveränderungen kann ein diagnosespezifisches Wirksamkeitsangebot erstellt werden.

Eine weitere interessante Fragestellung ergibt sich beim Blick auf die vorliegenden Daten. Es ergaben sich wiederholende Bewertungen derselben Patienten für einige der angebotenen Therapien. In diesem Zusammenhang interessiert ein möglicher Unterschied der Befindlichkeitsveränderungen mit steigender Teilnahme an bestimmten Therapien. Die Arbeitshypothese soll lauten:

H₆: Es besteht ein Unterschied der Befindlichkeitsveränderungen nach bestimmten Therapien mit steigender Teilnahme.

4. Methodik

Im Folgenden wird auf die Auswahl der Versuchspersonen, die einzelnen zur Auswertung verwendeten Therapien und die Methodik der Datenbeschaffung eingegangen.

4.1. Untersuchungsmaterial und Durchführung

Die Akquise der Versuchspersonen fand in einem Zeitraum von insgesamt ca. einem Jahr statt (überwiegend von Anfang bis Ende 2013; einzelne Fragebögen aus April 2015) in den Heiligenfeld Kliniken an unterschiedlichen Standorten und in verschiedenen Therapien. Die Auswahl der Patienten erfolgte zufällig in den einzelnen Therapie-Einheiten. Eine Selektion wurde nicht vorgenommen. Die Teilnahme an der Studie und damit das Ausfüllen des Stundenbogens nach den Therapie-Einheiten geschahen auf freiwilliger Basis. Die Verteilung der Fragebögen erfolgte durch die jeweiligen Therapeuten am Ende einer jeden Therapie. Die Fragen des *BVV-18* (Anhang A, Abbildung 17) und die Bearbeitung sind im Allgemeinen selbsterklärend und es wurden keine Instruktionen zum Ausfüllen des Fragebogens erteilt. Die Bearbeitungszeit belief sich auf wenige Minuten und wurde nicht limitiert. Die Sammlung erfolgte direkt nach der Bearbeitung durch den Therapeuten. Daraufhin wurden die Fragebögen anonymisiert übergeben und mit den anonymisierten Patientendaten aus den Heiligenfeld Kliniken in Verbindung gebracht. Durch dieses Verfahren erhofft man sich, bestimmte Zusammenhänge zwischen der Bewertung einzelner Therapien und bestimmter Patientenmerkmale und personenbezogener Daten herstellen zu können.

Durch die unkontrollierte Verteilung liegen für dieselben Personen vereinzelt mehrere Fälle vor. Alle Fragebögen derselben Person – außer zuerst bearbeiteter –, werden für weiterführende Analysen (ausgenommen deskriptive Statistiken, Reliabilitätsanalysen und Faktorenanalysen) wegen der Gefahr möglicher Ergebnisverzerrung nicht verwendet.

Von den insgesamt 1526 Fragebögen, die zur Auswertung zur Verfügung stehen, bleiben nach Eliminierung aller doppelten Fälle und nach Abzug aller Fragebögen ohne Zusatzinformationen 680 Fragebögen übrig. Durch die zufällige Verteilung ergeben sich relativ ungleichmäßig verteilte Variablen. Beispielsweise liegen nahezu doppelt so viele Fragebögen weiblicher Patientinnen vor (Weiblich = 454, Männlich = 226). Beim Alter der teilnehmenden Patienten liegt der Mittelwert bei 48.47 Jahren ($SD = 10.53$). Auch die Verteilung weiterer definierender Variablen folgt keiner Normalverteilung. Im Speziellen ist die Ausprägung bestimmter psychischer Diagnosen stark ungleich verteilt. Darauf wird im weiteren Verlauf genauer eingegangen.

Zum besseren Verständnis werden im Folgenden die einzelnen zur Auswertung hinzugezogenen Therapien näher erläutert.

4.2. Beschreibung ausgewählter Therapieverfahren

Für die vorliegende Auswertung werden insgesamt dreizehn Therapien evaluiert. Die Verteilung der Fragebögen in den einzelnen Heiligenfeld Kliniken erfolgte zufällig und kann im Nachhinein den genauen Zeitpunkt und den zugeordneten Therapeuten betreffend nicht mehr nachvollzogen werden. Jedoch kann den jeweiligen Patienten die entsprechende Heimatklinik zugeordnet werden.

Im Folgenden sollen die ausgewerteten Therapien grob skizziert werden. Diejenigen Therapien, die vom Großteil der Patienten durchlaufen werden, fließen in die Auswertung mit ein.

4.2.1. Achtsamkeitstraining

Für die 100-minütige Therapie ist die dreimalige Mindestteilnahme je stationärem Aufenthalt vorgesehen. Die Therapie besteht aus verschiedenen Übungen zum Thema Achtsamkeit. Das Ziel für die Patienten bestünde darin gegenwärtig und präsent zu sein, gleichsam sorglos gegenüber Zukunft und Vergangenheit. Ein Zielgedanke sei dennoch die Bezugnahme und der Transfer zum Alltagsgeschehen. Ebenso sollen bei der Therapie entstehende Emotionen wahrgenommen werden, ohne diese hierbei verändern oder beurteilen zu wollen. Darüber hinaus beschäftigt sich das *Achtsamkeitstraining* mit bewusstem Wahrnehmen und gibt Hilfestellungen, die aktuelle Realität zu akzeptieren und zum Handeln zu ermutigen.¹

4.2.2. Beziehung und Kommunikation

Die einstündige Therapie ist für alle Patienten verpflichtend; eine siebenmalige Teilnahme ist vorgesehen. Mittels der Therapie sollen Kommunikationsstrategien erlernt werden und Fähigkeiten sowohl zur Selbstreflexion, als auch Empathie gegenüber den Mitmenschen, geschult werden. Weiterer Inhalt sind die gewaltfreie Kommunikation, sowie das Erlernen gewaltfreier Konfliktlösung.²

Die Therapie beinhaltet unterschiedliche Formen der Kommunikation mit Dyadenarbeit, Counseling und Dialogstrukturen. Außerdem soll über die Bedeutung der therapeutischen Gemeinschaft informiert, sowie Übertragungsprozesse in Beziehungen erläutert werden.

¹ Information für PatientInnen, Achtsamkeitstraining, unveröffentlichtes Manuskript, Heiligenfeldkliniken Bad Kissingen, s. Anhang G

² Information für PatientInnen, Beziehung und Kommunikation, unveröffentlichtes Manuskript, Heiligenfeldkliniken Bad Kissingen, s. Anhang G

An Übungsbeispielen wird der Umgang mit Konflikten erlernt. Die Patienten werden dazu angehalten, die „Unterscheidung zwischen individueller und kollektiver Perspektive“, sowie Theorien über „virtuelle Beziehungen und ihre Bedeutung“ zu kennen.²

4.2.3. Frauenkerngruppen

Das zentrale Kernstück der Therapien in Heiligenfeld bilden die sogenannten Kerngruppen. Die als Gruppenpsychotherapien konzipierten Einheiten bestehen aus ca. acht Patienten, die möglichst während des gesamten Aufenthalts in derselben Konstellation verbleiben und von jeweils einem Psychotherapeuten betreut und begleitet werden. Kerngruppentherapien finden in der Regel dreimal wöchentlich zu je 100 Minuten statt. In diesem Rahmen werden wesentliche Themen therapeutisch bearbeitet und Probleme in Gruppengesprächen und Übungen aufgedeckt. Außerdem besteht die Möglichkeit, biographische Erlebnisse und sich daraus ergebende Störungsbilder zu bearbeiten.

Kerngruppen sind in der Regel nicht geschlechtsspezifisch. Speziell für weibliche Patienten wurde jedoch eine Kerngruppe mit ausschließlich weiblichen Teilnehmerinnen installiert, beispielsweise für Frauen, die sexuelle Gewalt von Männern erfahren haben. Die Frauenkerngruppe wurde im Rahmen dieser Arbeit als einzige der Kerngruppen evaluiert.

4.2.4. Forum

Wie bereits oben erwähnt, wird der therapeutischen Gemeinschaft in den Heiligenfeld Kliniken eine besondere Rolle zuteil. Eine Vielzahl der Angebote soll gerade diese Gemeinschaft fördern und entstehen lassen.

Beispielhaft hierfür ist das einmal pro Woche stattfindende *Forum*. Eine Teilnahme ist für alle Patienten vorgesehen. Die Leitung des Forums übernimmt ein Therapeut; die übrigen Therapeuten sind in der Regel ebenfalls anwesend.

Die Veranstaltung beginnt mit einer kurzen Meditation, im Anschluss folgt die Vorstellung, der von einem oder von mehreren Patienten gestalteten *Mitte*. Entsprechend den Wünschen des Gestalters kann die *Mitte* beispielsweise aus Naturalien, Ton, Malereien o. Ä. hergestellt werden. Der/die Patient/en präsentieren ihre *Mitte* und legen die Gedanken, die bei der Herstellung mitwirkten, dar.

Im Anschluss werden aktuelle Geschehen in den Kliniken offen diskutiert und positive sowie negative Kritik von Seiten der Patienten und Therapeuten geäußert. Abschließend kann eine Meditation folgen.

Das *Forum* dient zum Erlangen grundlegender therapeutischer und kommunikativer Fähigkeiten.

4.2.5. Lebensführung

Ein weiteres Kernstück der Therapien in den Heiligenfeld Kliniken bildet *Lebensführung*.

Alle Patienten nehmen in der ersten Woche ihres Aufenthalts an Modul 1-3 teil.

Abschließend folgt eine vierte Sitzung.

Zentrales Element der Therapie bildet das Erlernen von Selbstführung in Heiligenfeld und im Alltag. Die ersten drei Therapie-Einheiten sollen Hilfestellung zur Selbst- und

Lebensführung geben und erörtern, wie die Patienten ihre Ziele sinnvoll wählen und erreichen können. Gearbeitet wird mit offenen Runden, Dyadenarbeit, psychoedukativen Mitteln und Übungen, um Selbstführung/Fremdführung am eigenen Körper zu erfahren.

Die Themengebiete des vierten Moduls sind vielgestaltig; u.A.: „Gesund leben, Willenstraining, Ich-Identitätsfindung, Stressmanagement, Selbstbehauptung, Symptomtraining.“³

Nachdem alle vier Einheiten durchlaufen sind, schließen sich inhaltlich die Transfergruppen (s.u.) an.

4.2.6. Rhythmustherapie

Die zweimal wöchentlich stattfindende Rhythmustherapie – auch *Taketina* genannt – ist für alle Patienten geeignet, die nicht unter akuten Psychosen oder unter einer Einschränkung der Mobilität leiden.

Die therapeutischen Ziele sind vielgestaltig. Zum einen sollen durch die „Verinnerlichung von Archetypen“ bestimmte rhythmische „Strukturen als Grundlage zur Steuerung des

inneren Erlebens“ dienen.⁴ Des Weiteren soll durch die Therapie ein „Gefühl für (den) Boden, (das) Getragen-sein und (dadurch der) Realitätsbezug“⁴ hergestellt werden. Die

Rhythmustherapie dient dem Erlernen von „Abgrenzungsfähigkeit“⁴ und der „Steuerung des Erlebens- und Selbstregulierens“⁴. „Integrative und heilsame Erlebnisse“⁴ werden

durch die Rhythmustherapie verinnerlicht und „Erlebnisaktivierung (und)

Wiederbelebung“⁴ sollen im Patienten stattfinden. Durch „Loslassen von Kontrolle“⁴ wird Vertrauen und die „Verankerung in der Gegenwärtigkeit“⁴ erzeugt. „(Eine) Verankerung im Körper und Freude am Leben und der eigenen Bewegung“⁴ sind ebenso Gegenstand der

³ Information für PatientInnen, Lebensführung, unveröffentlichtes Manuskript, Heiligenfeldkliniken Bad Kissingen, s. Anhang G

⁴ Information für PatientInnen, Rhythmustherapie (2013), unveröffentlichtes Manuskript, Heiligenfeldkliniken Bad Kissingen

Therapie. In der Rhythmustherapie kann ein „Gefühl der Zugehörigkeit in einer Gemeinschaft“⁴ erreicht werden, bei gleichzeitigem Durchlaufen eines „eigenständigen Wachstumsprozess(es)“.⁴

Oben Genanntes wird durch „rhythmische Körperarbeit“⁴ erreicht, die durch „ständige Bewegung zum Lösen alter Körpermuster“⁴ und Emotionen führt. Alte Verhaltensmuster sollen durch „neue autonome Ausdrucksformen“⁴ ersetzt werden.

Schwierigkeiten können sich bei besonders kontrollierten Patienten durch die Polyrhythmik – das gleichzeitige Ausführen mehrerer Rhythmen –, die einzeln nicht zu kontrollieren sind, ergeben. Patienten werden an Grenzen gebracht und lernen damit umzugehen. Die Therapie ist als Form der Meditation zu sehen. Es soll weder zu Isolation, noch zu Über- oder Unterforderung kommen. Die Therapie gibt Spielraum, sich ständig selbst zu hinterfragen und die eigenen Grenzen auszuloten.

4.2.7. Therapeutisches Reiten

Im Vordergrund der Therapie steht das „Kennen lernen eigener Fähigkeiten ohne Leistungsstress“⁵. Dabei nimmt das Therapeutische Reiten auf verschiedene Bereiche der Patienten Einfluss; „Körperlichkeit und Beweglichkeit [...]Wahrnehmungsfähigkeit Sensibilität“⁵. Sie berührt den Patienten „in seiner Beziehungs- und Auseinandersetzungsfähigkeit“⁵ und hilft ihm zur „Übernahme von Eigen- und Fremdverantwortung“⁵.

Die Ziele im Einzelnen gestalten sich wie folgt:

„Das Selbstbewusstsein wird gefördert, es entsteht ein positives Selbstbild. Konzentration und Durchhaltevermögen wird trainiert, Vertrauen wird aufgebaut und Verantwortungsgefühl [und] Beziehungsfähigkeit wird gefördert. Die Wahrnehmung aller Sinne wird geschult, dadurch entsteht eine neue Eigenwahrnehmung. Die Beobachtungsgabe, Aktion und Re-Aktion werden trainiert. Das Getragen-werden auf dem Pferd kann einerseits sehr entspannend wirken, andererseits auch ein positiveres Körpergefühl entstehen lassen. Motorische Fähigkeiten und Gleichgewicht können verbessert werden und der Muskeltonus [...] und die Fähigkeit zur Anspannung und Entspannung werden gefördert. Die Haltung kann verbessert werden, soziales Miteinander/Kooperation wird geübt [...]. Das Bewusstsein für ein anderes Lebewesen und dessen Bedürfnisse wird geschult, Sachkompetenz und Wissen werden erweitert,

⁵ Information für PatientInnen, Therapeutisches Reiten, unveröffentlichtes Manuskript, Heiligenfeldkliniken Bad Kissingen, s. Anhang G

Merkfähigkeit wird geschult, Selbstständigkeit entwickelt. [Eigene] Ressourcen werden gefördert und Höhenangst kann verbessert werden.⁵

4.2.8. Transfer

Transfer gliedert sich in drei unterschiedliche Therapien, die nacheinander durchlaufen werden. Die Teilnahme ist gegen Ende des Therapieaufenthalts vorgesehen (bspw. *Transfer 1* für Patienten, deren Therapie 13 Tage später endet). Transfergruppen dienen zur Wiedereingliederung in den Alltag und Vorbereitung auf die Rückkehr nach Hause. Die „im Laufe der Therapie gemachten Fortschritte“⁶ sollen erkannt und gefestigt werden. Die Transfergruppe soll Hilfestellungen für ein „zielgerichtetes Vorgehen (und) planen der nächsten Schritte“⁶ geben, um den Übergang in das heimische Umfeld zu erleichtern. Außerdem werden in diesem Zusammenhang „Nachsorge- und Regionalgruppen vorgestellt“⁶. Die Therapie beschäftigt sich mit der Problematik des sich verändernden Zuhauses, während der Patient sich unabhängig davon durch den Aufenthalt in den Heiligenfeld Kliniken weiterentwickelt.

In *Transfer 2* werden die Ziele und Wünsche für die eigene Zukunft eine Woche vor Abreise konkretisiert und in der Gruppe diskutiert.

Abschließend folgt *Transfer 3*. Die Patienten erhalten die Aufgabe, einen Brief an sich selbst zu verfassen. Darin sollen Ziele und Wünsche benannt werden, die die Patienten nach Ankunft zu Hause umsetzen wollen. Die Patienten erhalten ihre Briefe drei Monate später. Das Ende der Therapie bildet das symbolische Ziehen des *Transfersteins* jedes Patienten. Dieser soll zukünftig eine kraftvolle Erinnerung an die Inhalte der Therapien hervorrufen.

⁶ Information für PatientInnen, Transfergruppe I, unveröffentlichtes Manuskript, Heiligenfeldkliniken Bad Kissingen, s. Anhang G

5. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel sollen die Ergebnisse der statistischen Auswertung dargestellt werden. Alle statistischen Berechnungen erfolgten mittels SPSS 21.

Übersichtlichkeitshalber erfolgt zunächst nur eine kurze Darstellung des Fragebogens und der Häufigkeitsverteilung in den unterschiedlichen Therapien. Für die Faktor- und Reliabilitätsanalyse wurde der komplette Datensatz verwendet. Aus diesem Grund erfolgt die deskriptive Darstellung des verknüpften Datensatzes (gepaarter Datensatz mit allen personenbezogenen Daten und weiteren Patientenmerkmalen) zu einem späteren Zeitpunkt.

5.1. Fragebogenübersicht

Tabelle 3 soll einen kurzen Überblick über die Häufigkeitsverteilung der untersuchten Therapien geben. Abbildung 1 gibt einen Überblick mittels eines Säulendiagramms. Die eigentliche deskriptive Auswertung folgt zu einem späteren Zeitpunkt.

Für diese Übersicht wurde der komplette Datensatz verwendet.

Tabelle 3: *Häufigkeitsverteilung aller ausgewerteten Fragebögen auf die Therapien*

<i>Therapiegruppe</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>	<i>Kumulative Prozente</i>
<i>Achtsamkeitstraining</i>	89	5.8	25.8
<i>Beziehung und Kommunikation</i>	226	14.8	40.6
<i>Forum</i>	148	9.7	50.3
<i>Frauenkerngruppe</i>	8	0.5	50.8
<i>Lebensführung 1</i>	117	7.7	58.5
<i>Lebensführung 2</i>	54	3.5	62
<i>Lebensführung 3</i>	74	4.8	66.8
<i>Lebensführung 4</i>	204	13.4	80.2
<i>Rhythmustherapie</i>	304	19.9	100.1
<i>Therapeutisches Reiten</i>	28	1.8	82
<i>Transfer 1</i>	123	8.1	90.1
<i>Transfer 2</i>	37	2.4	92.5
<i>Transfer 3</i>	114	7.5	100
<i>Gesamtsumme</i>	1526	100	100

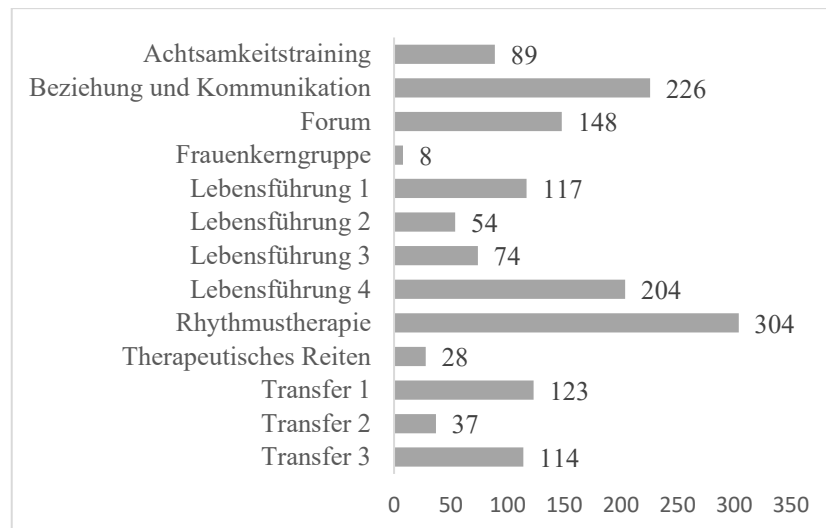


Abbildung 1: Darstellung der Häufigkeitsverteilung der Fragebögen auf die einzelnen Therapiegruppen.

5.2. Fragebogenvalidierung

Um Unterschiede in der Bewertung der Therapien herausarbeiten zu können, soll der Stundenbogen zunächst analysiert werden.

Wie oben erwähnt, besteht der *BVV-18* aus 11 Items, die dazu entwickelt wurden, Befindlichkeitsveränderungen abzubilden. Wie genau die Skala misst und wie die einzelnen Items untereinander korrelieren, soll im Folgenden dargestellt werden.

5.2.1. Reliabilitätsanalyse

Insgesamt wurden für die Reliabilitätstestung 1422 Fälle eingeschlossen. Ein Ausschluss von 104 Fällen erfolgte aufgrund einer oder mehrerer fehlender Werte.

Aus der Reliabilitätsstatistik ergibt sich bei 10 Items Cronbachs Alpha von .905. Die Reliabilitätstestung erfolgte unter Ausschluss von Frage 11. Die Antwort zu Frage 11 besteht aus einer 4-stufigen Skala und wurde außerdem für die folgende Faktorenanalyse ausgeschlossen. Die Einbeziehung dieser Frage würde den Mittelwert verfälschen und gegen die Voraussetzung der Faktorenanalyse sprechen (Brosius 2013). Tabelle 4 gibt die deskriptive Item-Statistik wieder. (Item-Item-Korrelationsmatrix vgl. Anh. B, Tabelle 23)

Tabelle 4: Auswertung der Item-Statistik – Darstellung des Mittelwerts

	<i>Mittelwert</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Bereich</i>	<i>Varianz</i>	<i>Anzahl der Items</i>
<i>Item-Mittelwerte</i>	2.930	2.530	3.210	0.680	0.047	10
<i>Item-Varianzen</i>	1.260	1.080	1.570	0.490	0.036	10
<i>Inter-Item-Korrelationen</i>	0.490	0.330	0.720	0.390	0.007	10

Bei einer 7-stufigen Skala (Item 1-10 im *BVV-18*) läge der ideale Durchschnittswert bei vier. Für den ausgewerteten Fragebogen liegt der Item-Mittelwert bei 2.93. Die Skala ist nach links verschoben. Die Therapien wurden durchschnittlich positiver bewertet.

5.2.2. Explorative Faktorenanalyse

Im Anschluss an die Reliabilitätsanalyse erfolgte die Durchführung einer Faktorenanalyse mit 10 Items. Bei einem *KMO*-Wert von .924 ist die Stichprobe als geeignet zu bewerten. Des Weiteren sind die Voraussetzungen einer Faktorenanalyse mit $\chi^2 (45, N=1422) = 7065.68, p < .001$ (Barlett-Test auf Sphärizität), erfüllt.

Die Durchführung der Faktorenanalyse ohne Voreinstellungen ergibt mit SPSS lediglich einen Faktor. Die Reliabilitätsanalyse zeigte bereits, dass die einzelnen Items in der Item-Korrelationsmatrix teilweise deutlich verschieden miteinander korrelieren. Daher wurde die Faktorenanalyse erneut durchgeführt, und dabei eine Ausgabe von zwei Faktoren gefordert.

Im Anhang C (Tabelle 24) befinden sich die erklärten Gesamtvarianzen und ein Screeplot (Anhang C, Abbildung 18), der außerdem bestätigt, dass die Skala auch in einem Faktor zusammenzufassen wäre. Dies ist für zukünftige Überlegungen von Bedeutung, wenn es darum geht, den *BVV-18* auf einige wenige Fragen zu reduzieren. Für die folgenden Auswertungen lag der Fokus auf einer möglichst detaillierten Darstellung des Fragebogens.

Es wurde eine Hauptachsenanalyse durchgeführt und eine *Promax* Rotation ($kappa = 4$) angewandt. Die Entscheidung für eine oblique Rotation (hier *Promax*) fiel auf Grund der Annahme, dass die sich ergebenden Faktoren untereinander korrelieren. (Brosius 2013)

Tabelle 5 fasst das Ergebnis der Faktorenanalyse zusammen und zeigt die entsprechenden Ladungen der Items auf den jeweiligen Faktor- höhere Faktorladungen sind jeweils fett markiert. Ausgehend von dieser Berechnung und der rotierten Lösung der Faktorenanalyse

im Ladungsdiagramm, wurden die neuen Faktoren gebildet, auf denen alle weiteren Berechnungen gründen.

Tabelle 5: Faktorladungen der einzelnen Items auf die Faktoren

Item	Faktor 1	Faktor 2
1: Körper spüren	0.339	0.376
2: Körper empfinden	-0.139	1.002
3: Offenheit gegenüber Gefühlen	0.582	0.218
4: Gefühl für Wohlsein	0.251	0.621
5: Geistig wach	0.442	0.306
6: Offenheit gegenüber Spiritualität	0.584	0.135
7: Vertrauen Aufgaben zu lösen	0.683	0.064
8: Verbundenheit gegenüber anderen Menschen	0.684	-0.007
9: Veranstaltung bringt weiter	0.845	-0.054
10: Kontakt zu Therapeuten	0.546	0.006

Faktor eins umfasst Fragen drei, fünf, sechs, sieben, acht, neun und zehn, die restlichen Items bilden den Faktor zwei; i.e. Frage eins, zwei und vier. Die beiden Faktoren erklären vor Rotation zusammen 62.47 % der Gesamtvarianz. (Faktor 1:54.45%; vgl. Anh. C, Tabelle 24). Wie gut die gefundenen Faktoren die Streuungen der einzelnen Variablen erklären, lässt sich anhand der Kommunalitäten nach der Extraktion zeigen (siehe Anh. C, Tabelle 25). Demnach lassen sich die Fragen zwei, vier und neun relativ gut erklären ($v_2=.82$, $v_4=.68$, $v_9=.65$), wohingegen Frage zehn mit einem Wert von .30 am schlechtesten mit den beiden verwendeten Faktoren zu erklären ist (Werte entsprechend nach Extraktion).

Ein weiteres Mittel, um den Fit des Modells mit beiden Faktoren beurteilen zu können, stellt die Auswertung der Residuen dar. Bei kleinen Residuen würden beobachtete und gefundene Residuen eng beieinander liegen. Die gefundenen Faktoren wären gut geeignet, die beobachteten Variablen zu erklären (Brosius 2013). Im vorliegenden Fall sind es lediglich sechs nicht redundante Residuen, die einen absoluten Wert von größer 0.05 aufweisen. Dies sind 13% aller berechneten Residuen. Somit bestätigt die Auswertung der Residuen einen guten Fit des verwendeten Modells (vgl. Anh. C, Tabelle 26)

Frage zehn stellt eine Besonderheit dar. Aus dem *BVV-18* (vgl. Anhang A, Abbildung 17) wird ersichtlich, dass Frage zehn sowohl optisch abgesetzt dargestellt wird, als auch Unterschiede in den Antwortmöglichkeiten gegenüber den ersten neun Fragen beinhaltet. Des Weiteren konnte in der Reliabilitätsanalyse eine Steigerung von Cronbachs Alpha von .905 auf .906 festgestellt werden, wenn Item zehn gelöscht würde. Die Skala misst folglich

ohne Item zehn genauer (vgl. Anh. C, Tabelle 27 für die beweisende Item-Skala-Statistik der Reliabilitätsanalyse).

Daraus folgend wird der verwendete Fragebogen zu vier Faktoren zusammengefasst, wobei Frage zehn und elf jeweils einen eigenen Faktor repräsentieren (Faktor drei und vier). Dieses Vorgehen ist sowohl inhaltlich als auch statistisch zu begründen (s.o.). Die beiden weiteren Faktoren werden durch Fragen eins, zwei und vier repräsentiert (Faktor zwei), Frage drei, fünf, sechs, sieben, acht und neun bilden Faktor eins.

Für Faktor eins gesondert betrachtet beträgt Cronbachs alpha 0.865. Für Faktor zwei beträgt Cronbachs alpha 0.817. Die interne Konsistenz beider sich ergebenden Faktoren kann somit als hoch angesehen werden. Weiterhin erhöht sich für keinen der Items, der jeweiligen Faktoren Cronbachs alpha, falls einzelne Items gelöscht würden. Dies zeigt die jeweilige Item- Skala- Statistik von Faktor eins und zwei, (siehe hierzu auch Tabelle 28 und Tabelle 29)

Ob sich die Unterteilung des Fragebogens in oben genannte Faktoren auch inhaltlich widerspiegelt, soll im Folgenden diskutiert werden. Die Betrachtung des Fragebogens anhand inhaltlicher Gesichtspunkte lässt auf einen Zusammenhang zwischen den Fragen eins, zwei und vier schließen. Alle drei Fragen zielen auf das körperliche Empfinden ab. Frage eins befasst sich mit der Intensität, den eigenen Körper nach der Therapie zu spüren. Frage zwei differenziert beim Empfinden des eigenen Körpers zwischen *angenehmer* und *unangenehmer* Empfindung und Frage vier soll Wohlbefinden/Unwohlsein beim Fühlen des eigenen Körpers nach der Therapie herausarbeiten. Die Zusammenfassung dieser drei Fragen in einen Faktor hat demzufolge nicht nur aus statistischen, sondern auch aus inhaltlichen Gründen seine Berechtigung. Faktor zwei soll in weiteren Ausführungen auch unter der Bezeichnung *körperliche Befindlichkeitsveränderungen* geführt werden.

Diejenigen Fragen, die Faktor eins bilden, lassen auf den ersten Blick kein eindeutiges gemeinsames Konstrukt erkennen, da sie vielerlei verschiedene Dimensionen abdecken. Frage drei fragt nach der Aufgeschlossenheit gegenüber den Gefühlen, Frage fünf beinhaltet die geistige Verfassung, Frage sechs beleuchtet die Spiritualität, Frage sieben das Vertrauen und den Mut, nach der Therapie selbstständig Aufgaben lösen zu können, Frage acht bezieht sich auf die Verbundenheit mit anderen Menschen und Frage neun versucht, Aufschluss darüber zu geben, ob die abgehaltene Veranstaltung den jeweiligen Patienten weitergebracht hat. Obwohl diese sechs Fragen inhaltlich nicht eindeutig in einem gemeinsamen Faktor zusammenzufassen sind, lässt dies Spielraum, den allgemein

sehr weit gefassten Begriff der *Befindlichkeit* – auf die der Fragebogen ursprünglich abzielt –, durch diese sechs Items näher zu definieren.

Im Gegensatz zu Faktor zwei, welcher oben bereits als *körperliche Befindlichkeitsveränderungen* definiert wurde, soll Faktor eins unter dem Namen *allgemeine Befindlichkeitsveränderungen* weitergeführt werden.

Faktor drei, welcher durch Frage zehn alleine repräsentiert wird, wird unter der Bezeichnung *Kontakt zum Therapeuten* weitergeführt; Faktor vier, der Frage elf entspricht, unter *Einbringung ins Geschehen*.

Wie aus dem Inhalt der Fragen ersichtlich wird, haben die letzten beiden Fragen wenig Bezug zu allgemeinen Befindlichkeitsveränderungen. Dadurch ist die bereits statistisch belegte Abtrennung der letzten beiden Fragen aus der eigentlichen Skala auch unter dem inhaltlichen Aspekt zu vertreten. Übersichtlichkeitshalber werden die vier gewonnenen Faktoren in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: *Faktoren mit Bezeichnungen*

<i>Faktor</i>	<i>Frage(n)</i>	<i>Bezeichnung</i>
1	3, 5, 6, 7, 8, 9	Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen
2	1, 2, 4	Körperliche Befindlichkeitsveränderungen
3	10	Kontakt zum Therapeuten
4	11	Einbringung ins Geschehen

5.3. Deskriptive Statistik

Im Folgenden soll zunächst die deskriptive Auswertung des Fragebogens erfolgen. Oben wurde bereits eine erste Beschreibung des Datensatzes zur besseren Verständlichkeit eingefügt. Jetzt soll mitunter der Test auf Normalverteilung sowie diverse Mittelwertvergleiche vorgenommen werden.

5.3.1. Explorative Datenanalyse

Die Auswertung der Daten erfolgt anhand oben gebildeter Faktoren und in chronologischer Reihenfolge. Alle folgenden Auswertungen (inklusive Varianz- und Regressionsanalyse) werden mit dem *gepaarten Datensatz* durchgeführt. Dazu wurden die Daten der Fragebogenauswertung und die anonymisierten Patientendaten miteinander verknüpft.

Dabei reduzierte sich die Fallzahl von 1526 auf 679 Fälle. Es wurde jeweils nur der erste ausgefüllte Fragebogen jeder Person für die Auswertung verwendet, um einen Verzerrungseffekt bei der Bewertung vorzubeugen und die Unabhängigkeit der Fragebögen zu gewährleisten.

Begonnen wird mit der Auswertung des ersten Faktors *allgemeine Befindlichkeitsveränderungen*.

Tabelle 7 zeigt die Mittelwerte der Therapiegruppen, die sich bei der vorliegenden Stichprobe aus Faktor eins ergeben. Demnach gilt *Transfer 1* als die am besten bewertete Therapie bezüglich allgemeiner Befindlichkeitsveränderungen mit einem Mittelwert von 2.70. Das *Therapeutische Reiten* belegt den zweiten Platz mit einer durchschnittlichen Bewertung von 2.80. Anhang D, Tabelle 30 gibt einen Überblick aller statistischen Maßzahlen der deskriptiven Analyse.

Tabelle 7: Deskriptive Mittelwertstatistik Faktor 1

Therapiegruppen	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95% UG	KI OG
<i>Achtsamkeitsstraining</i>	2.921	0.739	0.111	2.696	3.145
<i>Beziehung und Kommunikation</i>	2.999	0.721	0.069	2.863	3.134
<i>Forum</i>	2.890	1.032	0.093	2.706	3.073
<i>Frauenkerngruppe</i>	2.750	0.656	0.268	2.061	3.439
<i>Lebensführung 1</i>	3.114	0.671	0.089	2.936	3.292
<i>Lebensführung 2</i>	3.128	0.918	0.158	2.807	3.448
<i>Lebensführung 3</i>	2.984	0.592	0.106	2.767	3.201
<i>Lebensführung 4</i>	2.916	0.929	0.101	2.715	3.116
<i>Rhythmustherapie</i>	3.057	0.804	0.114	2.828	3.285
<i>Therapeutisches Reiten</i>	2.813	0.572	0.117	2.571	3.054
<i>Transfer 1</i>	2.703	0.969	0.143	2.415	2.991
<i>Transfer 2</i>	3.306	0.726	0.296	2.544	4.067
<i>Transfer 3</i>	2.638	0.872	0.162	2.306	2.970

Ob die Mittelwertunterschiede auch für die Grundgesamtheit gelten, soll im Folgenden diskutiert werden. Um den passenden Test für einen Mittelwertvergleich zu finden, wurde ein Test auf Normalverteilung und Varianzhomogenität durchgeführt. Für die explorative Datenanalyse für Faktor 1 und die anschließende Varianzanalyse wurden insgesamt 644 Fälle eingeschlossen, der Ausschluss erfolgt listenweise. Der Kolmogorov-Smirnow-Test

ergab nach der Signifikanzkorrektur nach Lilliefors eine Normalverteilung für zehn der dreizehn Therapiegruppen (Signifikanzniveau von $p = 0.05$); nach Shapiro-Wilk, der vor allem bei kleinen Gruppenstärken ($N < 30$) eine höhere Power aufweist (Razali, N.M., & Wah, Y.B. 2011), ergibt sich für elf der dreizehn Therapiegruppen eine Normalverteilung (vgl. Anhang D, Tabelle 31). Durch den Levene-Test konnte eine Varianzhomogenität ausgeschlossen werden (Levene-Statistik = 2.667 (12,631); $p = 0.002$).

Aufgrund der Robustheit der ANOVA bei Verletzung der Voraussetzung der Normalverteilung bei großen Stichproben – so wie sie hier vorliegt –, wird eine einfaktorielle Rangvarianzanalyse durchgeführt (z.B. Bortz 2010, Schmider 2010). Aufgrund der Varianzheterogenität erfolgt die Interpretation des Welch-Tests.

Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den verschiedenen Therapiegruppen für die *allgemeinen Befindlichkeitsveränderungen*, Welch-Test ($F(12, 91.853) = 1.299, p = .232$). Nach Ausschluss beider Therapiegruppen, die über keine Normalverteilung verfügten, zeigte sich ebenfalls kein statistisch signifikanter Unterschied in der Bewertung der Fragebögen ($F(10, 68.626) = 1.477, p = .167$). Auch aufgrund dieser Tatsache erscheint die Verwendung der Welch-ANOVA als legitim. Auf die Auswertung des Post-hoc-Tests kann somit verzichtet werden.

Es folgen die Mittelwertvergleiche der Therapiegruppen für Faktor zwei: *körperliche Befindlichkeitsveränderungen*.

Insgesamt wurden 663 Fälle in die Auswertung miteingeschlossen (listenweiser Fallausschluss). Tabelle 8 zeigt die errechneten Mittelwerte der Therapiegruppen von Faktor 2, so wie sie in der vorliegenden Stichprobe auftreten (für die komplette deskriptive Statistik zu Faktor 2, siehe Anhang D, Tabelle 32)

Tabelle 8: Deskriptive Mittelwertstatistik für Faktor 2

Therapiegruppen	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95% UG	KI OG
Achtsamkeitstraining	2.701	0.875	0.125	2.449	2.952
Beziehung und Kommunikation	3.222	0.913	0.087	3.051	3.394
Forum	3.216	1.175	0.105	3.008	3.424
Frauenkerngruppe	3.278	0.880	0.359	2.354	4.201
Lebensführung 1	3.203	0.821	0.107	2.989	3.417
Lebensführung 2	3.216	0.957	0.164	2.882	3.549
Lebensführung 3	3.151	0.965	0.173	2.796	3.505
Lebensführung 4	3.049	1.042	0.110	2.829	3.268
Rhythmustherapie	2.747	0.932	0.132	2.482	3.012
Therapeutisches Reiten	1.962	0.669	0.131	1.691	2.232
Transfer 1	2.645	0.990	0.146	2.351	2.939
Transfer 2	3.733	0.830	0.371	2.703	4.764
Transfer 3	2.990	0.963	0.170	2.642	3.337

Das *Therapeutische Reiten* liegt mit einem Mittelwert von 1.96 bezogen auf die *Körperlichen Befindlichkeitsveränderungen* deutlich vor der zweit und dritt platzierten Therapie: *Transfer 1* ($M = 2.64$, $SD = 0.99$) und *Achtsamkeitstraining* ($M = 2.70$, $SD = 0.87$). Der Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung bestätigt das Vorliegen einer Normalverteilung bei sieben der dreizehn Therapiegruppen (vgl. Anhang D, Tabelle 33). Eine Varianzhomogenität kann wie bei *Faktor 1* auch hier ausgeschlossen werden (Levene-Statistik = 2.079 (12,650); $p = .016$).

Aufgrund der bereits oben genannten Robustheit der ANOVA gegenüber Verletzungen der Normalverteilung bei großen Gruppengrößen wird auch in diesem Fall eine Welch-ANOVA durchgeführt (z.B. Bortz 2010, Schmider 2010). Es zeigte sich ein signifikanter Mittelwertunterschied zwischen den einzelnen Therapiegruppen bezogen auf *Faktor 2 – körperliche Befindlichkeitsveränderungen* (Welch-Test: $F(12, 86.032) = 7.611$, $p < .001$). Bei welchen Vergleichen sich die jeweiligen Unterschiede ergeben, soll mit dem Post-hoc-Test nach Games-Howell dargestellt werden. Der Test reagiert ebenfalls robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilung und eignet sich für Stichproben ohne Varianzgleichheit. Gegenüber vergleichbaren Tests würde dieser weniger konservativ reagieren und somit bessere Ergebnisse liefern (Field 2016). Bei probeweiser Berechnung

der Mittelwertvergleiche ohne die beiden Therapiegruppen mit der geringsten Gruppenstärke (Frauenkerngruppe: $N = 6$, Transfer 2: $N = 5$), verändert sich das Ergebnis, außer eines zusätzlichen signifikanten Mittelwertunterschiedes nicht (s. Anmerkung *, Tabelle 9). Tabelle 9 gibt einen Überblick über alle signifikanten Mittelwertunterschiede. Anhang D, Tabelle 34 stellt die kompletten Mittelwertvergleiche in Tabellenform dar.

Tabelle 9: Signifikante Mittelwertdifferenz für Faktor 2

<i>Therapiegruppe 1</i>	<i>Therapiegruppe 2</i>	<i>Mittelwertdifferenz</i>	<i>Standardfehler</i>	<i>Signifikanz</i>
<i>Achtsamkeitstraining</i>	<i>Beziehung und Kommunikation</i>	-0.522	0.152	0.046
<i>Achtsamkeitstraining</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	0.739	0.181	0.008
<i>Beziehung und Kommunikation</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	1.261	0.157	0.000
<i>Beziehung und Kommunikation*</i>	<i>Transfer 1</i>	0.577	0.170	0.039
<i>Forum</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	1.254	0.168	0.000
<i>Lebensführung 1</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	1.242	0.169	0.000
<i>Lebensführung 2</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	1.254	0.210	0.000
<i>Lebensführung 3</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	1.189	0.217	0.000
<i>Lebensführung 4</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	1.087	0.171	0.000
<i>Rhythmustherapie</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	0.785	0.186	0.005
<i>Transfer 1</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	0.683	0.196	0.044
<i>Transfer 3</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	1.028	0.215	0.001

*Bei Mittelwertvergleichsberechnung ohne Frauenkerngruppe und Transfer 2

Die Betrachtung der Tabelle 9 zeigt, dass bis auf den paarweisen Vergleich *Achtsamkeitstraining* mit *Beziehung und Kommunikation*, alle Paare die Variable *Therapeutisches Reiten* enthalten. Mit Hilfe der Mittelwertdifferenz kann eine Aussage über die Richtung des jeweiligen Zusammenhangs gegeben werden. Das Therapeutische Reiten stellte sich in allen paarweisen Vergleichen, als diejenige Therapie mit niedrigerem Mittelwert für Faktor 2 – *Körperliche Befindlichkeitsveränderung* dar. Sie wurde demzufolge durchschnittlich besser bewertet. Beim Vergleich *Achtsamkeitstraining* mit *Beziehung und Kommunikation*, schneidet das *Achtsamkeitstraining* bezüglich der *Körperlichen Befindlichkeitsveränderung* besser ab.

Es folgt die Varianzanalyse von Frage zehn. Tabelle 10 gibt einen Überblick über die Mittelwerte, die sich aus der Stichprobe ergeben. Für die Analyse wurden 668 Fälle eingeschlossen (Ausschluss erfolgte listenweise).

Die *Frauenkerngruppe* erhielt hier noch vor *Therapeutisches Reiten* die beste Bewertung, bzw. den geringsten Mittelwert. Zu beachten ist an dieser Stelle die relativ geringe Fallzahl der Frauenkerngruppe ($N = 6$). (Siehe detaillierte Übersicht der deskriptiven Statistik Anhang D, Tabelle 35)

Tabelle 10: Deskriptive Mittelwertstatistik für Frage 10 – Kontakt zum Therapeuten

Therapiegruppen	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95% UG	KI OG
<i>Achtsamkeitstraining</i>	2.320	0.891	0.126	2.067	2.573
<i>Beziehung und Kommunikation</i>	3.018	1.211	0.116	3.247	3.247
<i>Forum</i>	2.702	1.215	0.110	2.921	2.921
<i>Frauenkerngruppe</i>	1.333	0.816	0.333	2.190	2.190
<i>Lebensführung 1</i>	2.383	0.976	0.126	2.635	2.635
<i>Lebensführung 2</i>	2.765	1.350	0.231	3.236	3.236
<i>Lebensführung 3</i>	2.313	1.061	0.188	2.695	2.695
<i>Lebensführung 4</i>	2.544	1.083	0.114	2.771	2.771
<i>Rhythmustherapie</i>	2.648	1.152	0.157	2.963	2.963
<i>Therapeutisches Reiten</i>	1.667	0.734	0.141	1.957	1.957
<i>Transfer 1</i>	2.739	1.421	0.210	3.161	3.161
<i>Transfer 2</i>	2.500	0.837	0.342	3.378	3.378
<i>Transfer 3</i>	2.656	1.125	0.199	3.062	3.062

Shapiro-Wilk lieferte für keine der dreizehn Therapien eine Normalverteilung (vgl. Anh. D, Tabelle 36). Des Weiteren ergibt sich für Frage zehn eine Ungleichheit der Varianzen (Levene-Statistik = 2.267 (12,655); $p = .008$). Auch in diesem Fall wurde eine Varianzanalyse durchgeführt, um Unterschiede in den Mittelwerten auf Signifikanz hin zu prüfen. Die verschiedenen Therapiegruppen unterschieden sich hinsichtlich der Bewertung des Kontakts zum Therapeuten signifikant (Welch-ANOVA: $F(12, 94.291) = 6.086$, $p < .001$). Mittelwertunterschiede im Detail zeigt Tabelle 37, Anhang D. Einen Überblick aller signifikanten Mittelwertdifferenzen liefert Tabelle 11.

Tabelle 11: Signifikante Mittelwertdifferenzen für Frage zehn

<i>Therapiegruppe 1</i>	<i>Therapiegruppe 2</i>	<i>Mittelwertdifferenz</i>	<i>Standardfehler</i>	<i>Signifikanz</i>
<i>Achtsamkeitstraining</i>	<i>Beziehung und Kommunikation</i>	-0.698	0.171	0.005
<i>Achtsamkeitstraining</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	0.653	0.189	0.049
<i>Beziehung und Kommunikation</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	1.352	0.182	0.000
<i>Forum</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	1.036	0.179	0.000
<i>Lebensführung 1</i>	<i>Beziehung und Kommunikation</i>	-0.635	0.171	0.017
<i>Lebensführung 1</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	0.717	0.189	0.018
<i>Lebensführung 2</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	1.098	0.271	0.010
<i>Lebensführung 4</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	0.878	0.182	0.001
<i>Rhythmustherapie</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	0.981	0.211	0.001
<i>Transfer 1</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	1.072	0.253	0.004
<i>Transfer 3</i>	<i>Therapeutisches Reiten</i>	0.990	0.244	0.009

Es ergibt sich, dass *Therapeutisches Reiten* im Vergleich mit *Achtsamkeitstraining*, *Beziehung und Kommunikation*, *Forum*, *Lebensführung 1,2,4*, *Rhythmustherapie* und *Transfer 1* und 3 jeweils in Bezug auf Frage zehn, besser bewertet wurde. Der Kontakt zum Therapeuten ist dementsprechend beim *Therapeutischen Reiten* gegenüber den anderen Therapien eher gegeben. Beim Vergleich von *Achtsamkeitstraining* mit *Beziehung und Kommunikation* ergibt sich für das *Achtsamkeitstraining* ein signifikant besserer Kontakt zum Therapeuten.

Der letzte zu analysierende Faktor wird durch Frage elf repräsentiert. Tabelle 12 zeigt die Mittelwerte für Frage elf in den einzelnen Therapien (detaillierte deskriptive Mittelwertstatistik im Anhang D, Tabelle 38). Die Mittelwerte der Stichprobe lassen erkennen, dass die Einbringung ins Geschehen bei *Therapeutisches Reiten* am besten möglich war ($M = 1.423$, $SD = 0.643$). *Frauenkerngruppe* und *Lebensführung 1* und 3 folgten mit Mittelwerten von 1.833 bis 1.867 (s. Tabelle 12).

Tabelle 12: Deskriptive Mittelwertstatistik für Frage 11 – Einbringung ins Geschehen

Therapiegruppen	Mittelwert	Standardabweichung	Standard- fehler	95% UG	KI OG
Achtsamkeitstraining	2.229	0.881	0.127	1.973	2.485
Beziehung und Kommunikation	2.120	0.782	0.075	1.971	2.270
Forum	2.393	0.992	0.090	2.216	2.571
Frauenkerngruppe	1.833	0.753	0.307	1.043	2.623
Lebensführung 1	1.862	0.634	0.083	1.695	2.029
Lebensführung 2	2.212	0.781	0.136	1.935	2.489
Lebensführung 3	1.867	0.681	0.124	1.612	2.121
Lebensführung 4	2.079	0.882	0.093	1.893	2.264
Rhythmustherapie	2.042	0.798	0.115	1.810	2.273
Therapeutisches Reiten	1.423	0.643	0.126	1.163	1.683
Transfer 1	1.977	0.821	0.124	1.728	2.227
Transfer 2	2.167	0.408	0.167	1.738	2.595
Transfer 3	2.133	0.819	0.150	1.827	2.439

Insgesamt wurden 648 Fälle im Modell aufgenommen (Ausschluss erfolgt listenweise). Ein Test auf Normalverteilung nach Shapiro-Wilk ergibt lediglich für *Frauenkerngruppe* eine Normalverteilung (vgl. Anh. D, Tabelle 39). Des Weiteren kann auch in diesem Fall nicht von Gleichheit der Varianzen ausgegangen werden (Levene-Statistik= 3.348 (12, 635); $p < .001$). Aufgrund oben genannter Begründung für große Stichproben, erfolgt auch hier die Durchführung einer *Welch-ANOVA*. Es zeigte sich, dass zwischen den einzelnen Therapiegruppen ein signifikanter Unterschied in der Bewertung der Einbringung ins Geschehen lag. (*Welch-ANOVA*: $F(12, 93.36) = 4.065$; $p < .001$).

Tabelle 13 zeigt, zwischen welchen Therapien sich signifikante Mittelwertunterschiede ergeben. Einen Überblick über alle Mittelwertvergleiche gibt Tabelle 40 im Anhang D.

Tabelle 13: Signifikante Mittelwertdifferenzen für Frage 11

Therapiegruppe 1	Therapiegruppe 2	Mittelwertdifferenz	Standardfehler	Signifikanz
Achtsamkeitstraining	Therapeutisches Reiten	0.806	0.179	0.002
Beziehung und Kommunikation	Therapeutisches Reiten	0.697	0.147	0.001
Forum	Lebensführung 1	0.531	0.122	0.002
Forum	Therapeutisches Reiten	0.970	0.155	0.000
Lebensführung 2	Therapeutisches Reiten	0.789	0.185	0.005
Lebensführung 4	Therapeutisches Reiten	0.656	0.157	0.006
Rhythmustherapie	Therapeutisches Reiten	0.619	0.171	0.031
Transfer 3	Therapeutisches Reiten	0.710	0.196	0.032

An dieser Stelle wird ein weiteres Mal deutlich, dass *Therapeutisches Reiten* jeweils am besten bewertet wird. Somit scheint die Möglichkeit der Einbringung ins Geschehen im therapeutischen Reiten besser möglich zu sein als im Vergleich zu den übrigen Therapien.

5.3.2. Darstellung gepaarter Datensatz

Im Folgenden soll ein deskriptiver Überblick über die Stichprobe gegeben werden, mit der sowohl die Varianzanalyse als auch die sich anschließende Regressionsanalyse durchgeführt wird. Es werden jeweils nur die Variablen genannt, welche später in der Regressionsanalyse Verwendung finden.

Bezüglich der Geschlechterverteilung ist die Stichprobe ungleichmäßig verteilt ($N = 679$; davon männlich = 225 und weiblich = 454).

Ein Balkendiagramm (s. Abbildung 2) der Altersverteilung zeigt, dass die Daten linksschief/rechtsgipflig verteilt sind, was sich auch im Wert der Schiefe = -0,52 ($SD = 0,094$) widerspiegelt. Der Altersdurchschnitt lag bei 48,47 ($SD = 10,529$) Jahren. Der jüngste Patient war bei Erfassung der Daten 18 Jahre und der älteste 78 ($N = 679$).

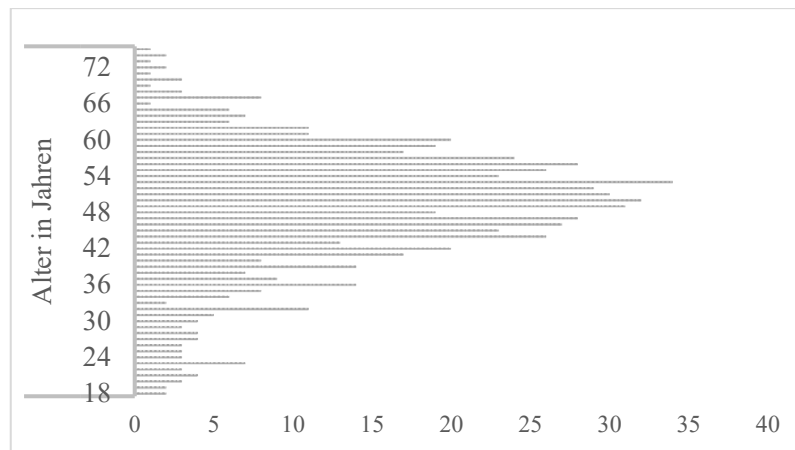


Abbildung 2: Absolute Häufigkeitsverteilung des Alters der Stichprobe

Bei den Variablen *Familienstand*, *Konfession* und *Schulabschluss* wurden einige der ursprünglichen Kategorien zusammengefasst, um homogenere Gruppen für die Regressionsanalyse zu erhalten. Zur besseren Veranschaulichung werden die entsprechenden Häufigkeiten in Tabellenform dargestellt, und jeweils kurz erläutert. Den Familienstand der Stichprobe betreffend kann festgehalten werden, dass die Gruppe der Verheirateten ($N = 251$) den größten Anteil ausmacht. Daran schließen sich die Ledigen ($N = 198$) an (s. hierzu Tabelle 14)

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung des Familienstandes

<i>Familienstand</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
<i>ledig</i>	198	29.2
<i>verheiratet</i>	251	37.0
<i>geschieden</i>	89	13.1
<i>sonstiger Familienstand</i>	65	9.6
<i>fehlende Angabe</i>	76	11.2
<i>Gesamtsumme</i>	679	100

Der Anteil der evangelischen Christen stellt unter allen Konfessionen den größten Teil dar ($N = 197$). Danach folgen katholische Christen, mit einer Anzahl von 177, und Atheisten ($N = 137$) (übrige Konfessionen siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung der Konfessionen

<i>Konfession</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
<i>Evangelisch</i>	197	29
<i>Katholisch</i>	177	26.1
<i>Atheisten</i>	137	20.2
<i>Freikirchen</i>	66	9.7
<i>sonstige Konfession</i>	25	3.7
<i>fehlende Angabe</i>	77	11.3
<i>Gesamtsumme</i>	679	100

Mehr als die Hälfte der Patienten aus der Stichprobe (57.3 %) verfügte über ein (Fach-)Abitur. Die kleinste Gruppe unter den unten aufgeführten stellen die Haupt-, Grund- und Volksschulabsolventen mit 6.6 % dar. Tabelle 16 zeigt die einzelnen Schulabschlüsse und deren Verteilung innerhalb der Stichprobe.

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Schulabschlüsse

<i>Schulabschluss</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
<i>Haupt-, Grund-, und Volksschulabschluss</i>	44	6.6
<i>Mittlere Reife</i>	100	14.7
<i>(Fach-)Abitur</i>	389	57.3
<i>Sonstiges</i>	146	21.5
<i>Gesamtsumme</i>	679	100

Tabelle 17 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Patienten über die einzelnen Kliniken der Heiligenfeldgruppe. Mit 41.5 % war die Parkklinik am häufigsten in der Stichprobe vertreten.

Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung der teilnehmenden Kliniken

<i>Klinik</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
<i>Fachklinik</i>	76	11.2
<i>Parkklinik</i>	282	41.5
<i>Parkklinik Nord</i>	196	28.9
<i>Rosengarten</i>	121	17.8
<i>Luitpold & Waldmünchen</i>	4	0.6
<i>Gesamtsumme</i>	679	100

Es folgt die Auflistung der psychischen Diagnosen. Für die Regressionsanalyse werden lediglich die vier häufigsten Diagnosen aus der vorliegenden Stichprobe verwendet. Trotzdem werden übersichtshalber an dieser Stelle einige weitere häufige psychische Diagnosen in Tabelle 18 aufgeführt.

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der psychischen Diagnosen

<i>Diagnose</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
<i>Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode</i>	344	50.7
<i>Mittelgradig depressive Episode</i>	180	26.5
<i>Posttraumatische Belastungsstörung</i>	42	6.2
<i>Generalisierte Angststörung</i>	12	1.8
<i>Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)</i>	10	1.5
<i>Anpassungsstörungen</i>	9	1.3
<i>Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome</i>	7	1.0
<i>Emotional instabile Persönlichkeitsstörung</i>	7	1.0
<i>Anhaltende somatoforme Schmerzstörung</i>	6	0.9
<i>Sonstige</i>	60	9.1
<i>Gesamtsumme</i>	677	100

Wie aus Tabelle 18 ersichtlich wird, machen *rezidivierende psychische Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode* die Hälfte (50.7 %) aller Diagnosen in der vorliegenden Stichprobe aus. Im Vergleich dazu ist *generalisierte Angststörung* mit lediglich 1.8 % sehr viel seltener vertreten. Für die Regressionsanalyse werden die vier erst genannten Diagnosen aus Tabelle 18 verwendet.

5.4. Regressionsanalyse

Im Folgenden wird die Regressionsanalyse für Faktor eins und zwei und Frage zehn und elf des Fragebogens durchgeführt. Die Methode der Regressionsanalyse wurde gewählt, um den Effekt der Therapiegruppen auf die abhängigen Variablen durch den Einschluss weiterer unabhängiger Variablen kontrollieren zu können. Des Weiteren sollten so mögliche Effekte auf die Benotung des Stundenbogens, z. B. durch die jeweilige Diagnose der Patienten aufgedeckt werden. Außerdem können somit Scheinkorrelationen umgangen

und ein genaueres Ergebnis erzielt werden. Für die Regressionsanalysen wurden folgende erklärende Variablen mitaufgenommen, welche bis auf die Altersangabe alle Dummy-kodiert wurden; (hierbei ist zu beachten, dass Dummy-Variablen untereinander korreliert sind und daher für Regressionsanalysen schlechtere Werte liefern können, als das tatsächliche Konstrukt ergeben könnte).

- Alter
- Familienstand
- Geschlecht
- Klinik
- Konfession
- Schulabschluss
- Psychische Diagnose
- Therapiegruppe

Ob die Modellbedingungen eine Regressionsanalyse zulassen, soll anhand von Grafiken und Testwerten dargelegt werden.

5.4.1. Regressionsanalyse zu Faktor 1- Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen

Begonnen wird mit Faktor 1 – *Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen*. Es werden 546 Fälle in das Modell eingeschlossen (Ausschluss erfolgt listenweise). Es besteht kein Hinweis auf Autokorrelation der Residuen; der Durbin Watson Koeffizient beträgt 2.126. Die gewählten Variablen eignen sich, um das verwendete Modell zu erklären ($F(28, 517) = 1.771; p = .009$).

Es zeigt sich keine signifikante Abweichung der Normalverteilung ($p = .093$).⁷ Für die graphische Darstellung der Normalverteilung mittels normalverteiltem Q-Q-Diagramm der nicht standardisierten Residuen s. Abbildung 3, für den Boxplot der nichtstandardisierten Residuen s. Abbildung 4. Ebenso kann eine Multikollinearität weitestgehend ausgeschlossen werden, siehe Anhang E, Tabelle 41.⁸

⁷ Einzelne Ausreißer bedingen die niedrige Signifikanz. Bei Eliminierung von fünf Fällen mit der schlechtesten Bewertung für Faktor eins (7-5.33) erhöht sich die Signifikanz des Kolmogorov-Smirnov-Tests auf über .200.

⁸ Bis auf die T-Werte der Variablen des fehlenden Familienstandes und der fehlenden Konfession, liegen alle T-Werte über der geforderten 0.1 Marke und schließen so Multikollinearität aus.

Als weitere und letzte hier besprochene Voraussetzung soll die zufällige Verteilung der Residuen bestätigt werden. Dies geschieht mithilfe eines Streudiagramms (Abbildung 5).

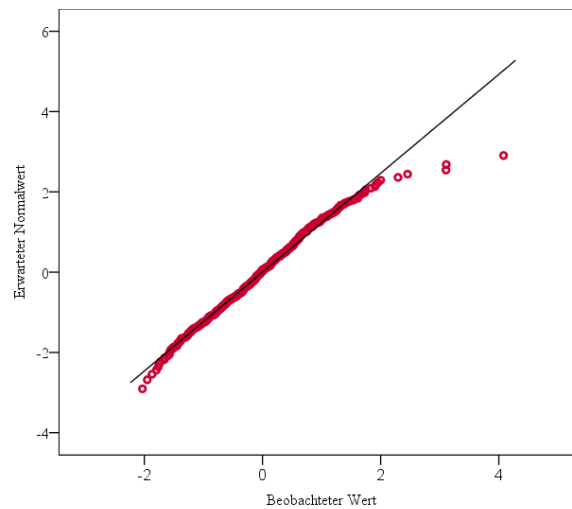


Abbildung 3: Normalverteiltetes Q-Q-Diagramm der nichtstandardisierten Residuen für Faktor 1 – Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen

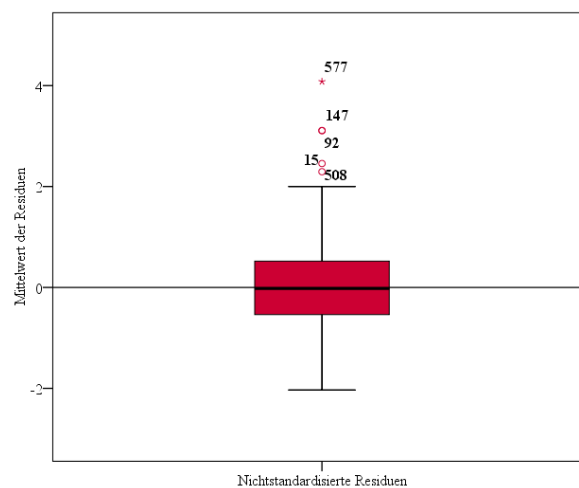


Abbildung 4: Boxplot der nichtstandardisierten Residuen für Faktor 1 – Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen

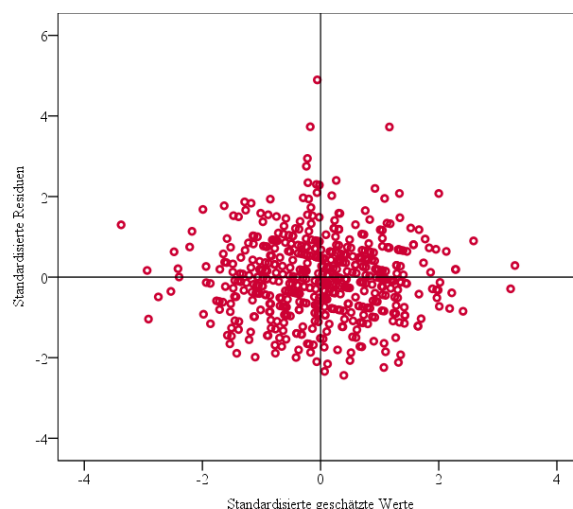


Abbildung 5: Streudiagramm der Residuen des Faktors 1 – *Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen*

Die Regressionsanalyse wurde verwendet, um den Einfluss diverser Persönlichkeitsmerkmale auf die Bewertung der Befindlichkeitsveränderungen festzustellen. Die Ergebnisse der Regression zeigten, dass acht Variablen 8.8 % der Varianzen erklären ($R^2 = .088$, $F(28, 517) = 1.771$, $p = .009$)⁹. An dieser Stelle soll auch der Standardfehler der Schätzung mit 0.83 explizit erwähnt werden, der zeigt, wie groß die Spannweite der Schätzung ist.

Es ergeben sich für Faktor eins insgesamt vier signifikant erklärende Variablen, welche in Tabelle 19 mit der jeweiligen Signifikanz und dem standardisierten Beta-Koeffizienten aufgeführt sind (s. Anhang E, Tabelle 41 für die komplette Modellübersicht).

Tabelle 19: Zusammenhang zwischen Bewertung der allgemeinen Befindlichkeitsveränderungen und Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychischer Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik

Variable	Nicht standardisierte B Koeffizienten	standardisierter Beta Koeffizient	Signifikanz
Sonstiger Schulabschluss/keine Angabe	- 0.348	-0.165	0.022
Alter	- 0.009	-0.105	0.027
Geschlecht	0.236	0.310	0.003
Transfer	- 0.333	-0.129	0.014

Anmerkung: Geschlecht (0 = weiblich, 1 = männlich), Alter = stetige Variable, alle übrigen Variablen Dummy-kodiert (0 = nein, 1 = ja)

⁹ Diverse Veränderungen des Modells (Einschluss/Ausschluss von Variablen) ergaben keine wesentliche Veränderung des Fits des verwendeten Modells

Tabelle 19 zeigt, dass alle Variablen einen etwa gleichen Beitrag zur erklärenden Variable liefern. Drei der vier Variablen liefern einen Effekt in dieselbe Richtung. Unbefriedigend erscheint die Tatsache, dass die Variable des sonstigen Schulabschlusses (i. e. *noch zur Schule, kein Abschluss, Sonderschulabschluss*) bzw. *keine Angabe*, einen signifikanten Beitrag liefert, da dies eine inhomogene Gruppe darstellt. Diejenigen Patienten, welche dieser Kategorie angehören, bewerteten die *Allgemeinen Befindlichkeitsveränderungen* nach den Therapien vergleichsweise besser. Bezüglich des Alters wurden die Therapien pro Lebensjahr um 0.009 im Vergleich zu den übrigen oben genannten Variablen besser bewertet. Männer gaben den Therapien durchschnittlich eine um 0.236 schlechtere Bewertung. Die einzige Therapiegruppe, welche einen signifikanten Beitrag zu der allgemeinen Befindlichkeitsveränderung liefert, ist die zusammengefasste Einheit *Transfer*. Patienten, die an *Transfer* teilnahmen, bewerteten diese Therapie mittels der Veränderung der allgemeinen Befindlichkeit um 0.333 besser.

Abschließend ist festzuhalten, dass der Beitrag der getesteten Variablen auf die Wertungen des Befindlichkeitsfragebogens, hier in speziellem Fall des gebildeten ersten Faktors der allgemeinen Befindlichkeitsveränderungen, sehr gering ausfällt.

5.4.2. Regressionsanalyse zu Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen

Es folgt die Analyse des zweiten Faktors. Die wichtigsten Kennwerte, welche auch für Faktor eins verwendet wurden, sollen hier nur genannt werden. Die eingeschlossenen Fälle belaufen sich auf 564; der Ausschluss von 115 Fällen erfolgt listenweise. Zunächst sollen die Modellbedingungen geprüft werden. Der *Durbin-Watson-Koeffizient* beträgt 2.062. Der *F-Test* der Varianzanalyse bestätigt die Eignung des Modells ($F(28, 535) = 2.920$; $p < .001$). Von einer Normalverteilung kann hier nicht ausgegangen werden. Die *Kolmogorov-Smirnow-Statistik* weist nach *Lilliefors Korrektur* eine Signifikanz von 0.029 auf. (*Shapiro-Wilk*: $p < .001$)¹⁰. Die geforderte Normalverteilung kann bei großen Gruppengrößen vernachlässigt werden (zentraler Grenzwertsatz; z. B. Bortz 2010; Schmider 2010). Eine Multikollinearität kann weitestgehend ausgeschlossen werden, siehe Anhang E, Tabelle 42,¹¹. Im Streudiagramm erscheint die Residuenverteilung hier etwas

¹⁰ Wie bereits bei Faktor eins verursachen einzelne Ausreißer die Ablehnung der Normalverteilung. Ein normalverteiltes Q-Q- Diagramm, sowie ein Boxplot der nichtstandardisierten Residuen (s. Abbildung 19 und 20 im Anhang E) verdeutlichen dieses.

¹¹ T beträgt außer bei der Variablen „fehlender Familienstand“ mehr als die geforderten 0.1.

weniger zufällig als für Faktor eins (s. Abbildung 6). Die Regressionsanalyse kann durchgeführt werden.

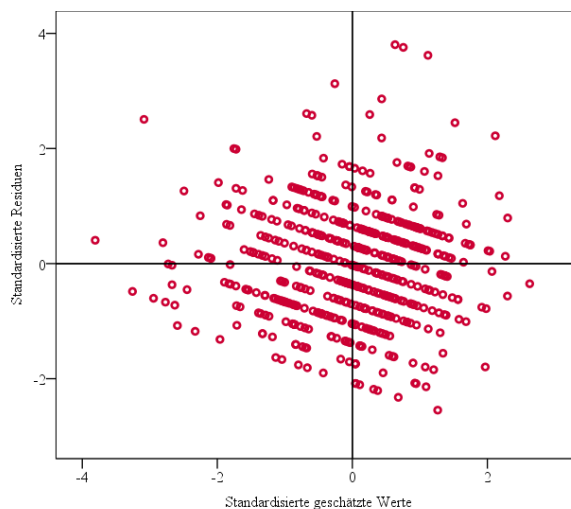


Abbildung 6: Streudiagramm der Residuen und geschätzten Werte der Regressionsanalyse für Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen.

Die Ergebnisse der Regression ergaben, dass acht Variablen 13.3 % der Varianzen für *Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen* erklären ($R^2 = 0.088$, $F(28, 535) = 2.920$; $p < .001$). Somit ist das Modell für Faktor zwei geringfügig besser geeignet als für Faktor eins. Der Standardfehler der Schätzung beträgt 0.982 ($df = 28, 535$).

Die Variablen, die durch Signifikanzprüfung geeignet erscheinen, den Faktor zwei zu erklären, werden in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: Zusammenhang zwischen Bewertung der körperlichen Befindlichkeitsveränderungen und Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychischer Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik

Variable	Nicht standardisierte B Koeffizienten	standardisierter Beta Koeffizient	Signifikanz
katholisch	- 0.256	-0.110	.025
Alter	- 0.010	-0.105	.020
Geschlecht	0.241	0.111	.010
Achtsamkeit	- 0.699	-0.177	.007
Rhythmus	- 0.689	-0.176	.013
Transfer	- 0.520	-0.166	.033
Sonstige Therapie	- 1.190	-0.256	.000

Anmerkung: Geschlecht (0 = weiblich, 1 = männlich), Alter = stetige Variable, alle übrigen Variablen Dummy-kodiert (0 = nein, 1 = ja)

Durch die standardisierten Beta-Koeffizienten können alle Variablen miteinander verglichen werden. Aus Tabelle 20 wird ersichtlich, dass *Sonstige Therapie* den größten Einfluss auf die Beurteilung der körperlichen Befindlichkeit nach einer Therapie hat. Die Variable *Sonstige Therapie* ist eine Zusammenfassung des *Therapeutischen Reitens* ($N = 27$) und der *Frauenkerngruppe* ($N = 6$). Patienten, die an dieser Therapie teilnahmen, beurteilten die körperliche Befindlichkeit vergleichsweise um 1.19 Punkte in der verwendeten Skala besser. Die Therapien *Achtsamkeitstraining*, *Rhythmustherapie* und *Transfer* schnitten in Bezug auf die körperliche Befindlichkeit ebenfalls im Vergleich mit den übrigen Variablen gut ab. Das Geschlecht betreffend kann, wie bereits bei Faktor eins, eine verbesserte Befindlichkeitsveränderung bei der Gruppe der Frauen festgestellt werden. Die durchschnittliche Bewertung der körperlichen Befindlichkeitsveränderung steigt mit zunehmendem Alter ebenfalls an. Die letzte signifikante Gruppe bildet die der *Katholischen*. Patienten mit katholischer Glaubensausrichtung bewerteten die Therapien ebenfalls besser.

Für die komplette Modellübersicht siehe Anhang E, Tabelle 42.

5.4.3. Regressionsanalyse zu Frage 10 – Kontakt zum Therapeuten

Es folgt die Regressionsanalyse für Frage 10 – *Kontakt zum Therapeuten*. Die Vorgehensweise von Faktor eins und zwei wird beibehalten. Die Zahl der eingeschlossenen Fälle beträgt 586; der Ausschluss erfolgt listenweise.

Bei Sichtung der Parameter für die Güte des Modells zeigt sich ein *Durbin-Watson-Koeffizient* von 1.940. Hier zeigt sich kein wesentlicher Hinweis auf positive Autokorrelation. Die Varianzanalyse bestätigt, dass die gewählten Variablen einen Erklärungsbeitrag leisten ($F(28,539) = 2.884, p < .001$). Der Test auf Normalverteilung der Residuen mittels der *Kolmogorov-Smirnov-Statistik* bestätigt eine Normalverteilung ($p = .089$). Kollinearität kann ebenfalls ausgeschlossen werden (vgl. hierzu die T-Werte aus, Tabelle 43, Anhang E). Bei Betrachtung des Streudiagramms wirkt die Verteilung der Residuen weniger zufällig als bei den vorher besprochenen Faktoren eins und zwei. (Abbildung des Histogramms und Normalverteilungsdiagramms im Anhang E, Abbildung 21 und Abbildung 22, Streudiagramm s. u. Abbildung 7). Die Zusammenschau der Anforderungskriterien erlaubt die Verwendung des Modells.

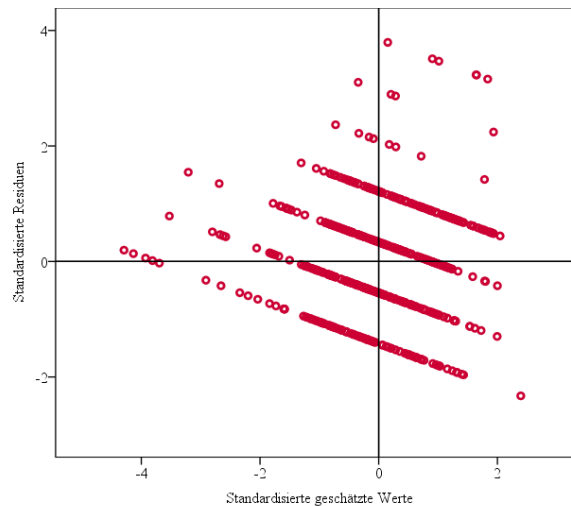


Abbildung 7: Streudiagramm der Residuen für Frage 10 – Kontakt zum Therapeuten

Die Regressionsanalyse wurde verwendet, um den Einfluss diverser Persönlichkeitsmerkmale auf die Bewertung des Kontakts zum Therapeuten festzustellen. Die Ergebnisse der Regression stellten heraus, dass acht Variablen 13 % der Varianzen erklären ($R^2 = .130$, $F(28,539) = 2.884$, $p < .001$). Der Standardfehler der Schätzung beträgt hier 1.137.

Tabelle 21 gibt die Auflistung der signifikanten standardisierten Beta-Koeffizienten wieder.

Tabelle 21: Zusammenhang zwischen Bewertung des Kontakts zum Therapeuten und Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychischer Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik

Variable	Nicht standardisierte B Koeffizienten	standardisierter Beta Koeffizient	Signifikanz
geschieden	- 0.354	-0.101	.037
Realschulabschluss	0.282	0.086	.048
fehlender Schulabschluss/keine Angabe	- 0.632	-0.212	.002
Beziehung und Kommunikation	0.615	0.194	.000
Forum	0.961	0.303	.000
Sonstige Therapien	- 0.708	-0.133	.008
Parkklinik Nord	- 0.294	-0.095	.043
Rosengarten	- 0.668	-0.204	.006

Anmerkung: Geschlecht (0 = weiblich, 1 = männlich), Alter = stetige Variable, alle übrigen Variablen Dummy-kodiert (0 = nein, 1 = ja)

Der Kontakt zum Therapeuten wurde von der Gruppe der geschiedenen Patienten besser bewertet, von Patienten mit Realschulabschluss geringfügig schlechter. Die Kohorte mit

fehlendem Schulabschluss bzw. keiner Angabe bewertete den Kontakt zum Therapeuten besser. Die Regressionsanalyse lieferte außerdem für drei Therapiegruppen einen signifikanten Einfluss auf die Bewertung des Kontakts zum Therapeuten. Dabei wird der Kontakt zum Therapeuten in *Beziehung und Kommunikation* und *Forum* schlechter und in den sonstigen Therapien, die einen Zusammenschluss des *Therapeutischen Reitens* und der *Frauenkerngruppe* repräsentieren, besser bewertet. Es zeigt sich beim Kontakt zum Therapeuten ein signifikanter Unterschied unter den verschiedenen Kliniken. So wurde der Kontakt zum Therapeuten sowohl in der Parkklinik Nord, als auch in der Rosengartenklinik vergleichsweise besser bewertet. In der Rosengartenklinik sogar doppelt so gut wie in der Parkklinik Nord.¹²

5.4.4. Regressionsanalyse für Frage 11 – Einbringung ins Geschehen

Zuletzt verbleibt die Regressionsanalyse von Frage elf als abhängiger Variable. Es folgt die allgemeine Betrachtung des Modells, in welches 554 Fälle eingeschlossen wurden. Der Ausschluss erfolgt listenweise. Eine Autokollinearität kann in diesem Fall durch den *Durbin-Watson-Koeffizienten* von 2.077 weitestgehend ausgeschlossen werden. Der F-Test der Varianzanalyse bestätigt den erklärenden Beitrag der unabhängigen Variablen ($F(28,525) = 3.307; p < .001$). Nach der explorativen Datenanalyse kann eine Normalverteilung der nichtstandardisierten Residuen ausgeschlossen werden ($< .001$), was theoretisch gegen die Durchführung der Regressionsanalyse spräche. Aufgrund der großen Fallzahl kann in diesem Fall jedoch über die fehlende Normalverteilung hinweggesehen werden¹³ (s. zentraler Grenzwertsatz z. B. Bortz 2010; Schmider 2010). Des Weiteren scheinen die Residuen in Anbetracht des Streudiagramms keiner zufälligen Streuung zu folgen (s. Abbildung 8).

¹² Dies stellt eine Mittelung über alle Therapieeinheiten in den jeweiligen Kliniken dar. Rückschlüsse darüber, welche Therapien sich im Einzelnen bezüglich des Kontakts zum Therapeuten zwischen den verschiedenen Kliniken unterscheiden, können nicht gezogen werden.

¹³ Es liegt eine ähnliche Situation wie bei den vorher besprochenen Faktoren vor. Einzelne Ausreißer führen zur Ablehnung der Nullhypothese der Normalverteilung. Siehe Abbildung 23 und Abbildung 24 im Anhang E.

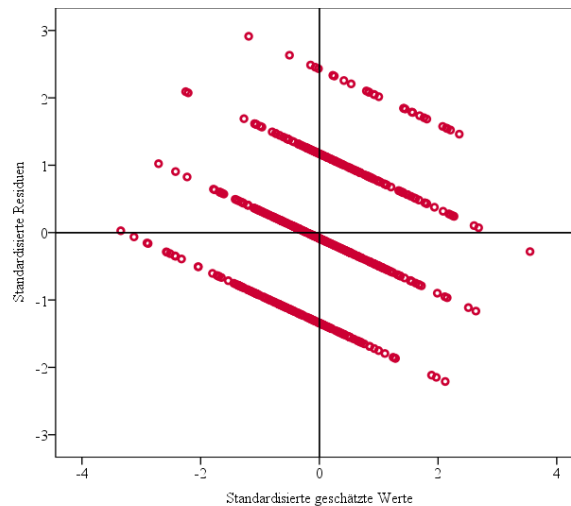


Abbildung 8: Streudiagramm der Residuen für Frage 11 – Einbringung ins Geschehen

Trotz Verletzung zweier Bedingungen, wird die Regressionsanalyse unter Vorbehalt durchgeführt. Dabei wird möglicherweise der Fehler einer geringen Verzerrung der Signifikanzwerte nach unten begangen.

Die Regressionsanalyse stellt den Einfluss diverser Persönlichkeitsmerkmale auf die Bewertung der Möglichkeit, sich ins Geschehen der jeweiligen Therapiesitzung einzubringen, heraus. Die Ergebnisse der Regression zeigten, dass acht Variablen 15 % der Varianzen erklären ($R^2 = .150$, $F(28,525) = 3.307$, $p < .001$). Somit scheint das verwendete Modell für Frage elf am geeignetsten zu sein. Die signifikanten, standardisierten Beta-Koeffizienten werden in einer Tabelle zusammengefasst (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen Bewertung der Einbringung ins Geschehen und Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychischer Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik

<i>Variable</i>	<i>Nicht standardisierte B- Koeffizienten</i>	<i>standardisierter Beta Koeffizient</i>	<i>Signifikanz</i>
<i>fehlende Angabe zu Konfession</i>	1.337	0.491	0.006
<i>Realschule</i>	0.283	0.121	0.005
<i>sonstiger Schulabschluss/keine Angabe</i>	- 0.362	-0.175	0.013
<i>Angststörung</i>	0.678	0.117	0.005
<i>Geschlecht</i>	0.154	0.087	0.042
<i>Forum</i>	0.685	0.311	0.000
<i>Sonstige Therapie</i>	- 0.414	-0.110	0.029

Anmerkung: Geschlecht (0 = weiblich, 1 = männlich), Alter = stetige Variable, alle übrigen Variablen Dummy- kodiert (0 = nein, 1 = ja)

Auffallend gestaltet sich hier – verglichen mit den anderen Beta-Koeffizienten – der hohe Wert für die Variable *fehlende Angabe zur Konfession*. Auf Grund der Annahme, dass die Variable eine sehr inhomogene Gruppe darstellt, sollte dieser Tatsache keine weitere Beachtung geschenkt werden, da im Nachhinein die genaue Zusammensetzung dieser Gruppe nicht mehr zurückzuverfolgen ist. Patienten, mit einem Realschulabschluss gaben der Einbringung ins Geschehen eine vergleichsweise schlechte Benotung, diejenigen ohne Abschluss oder fehlender Angabe eine bessere. Anders als bei den übrigen Faktoren liefert eine der untersuchten psychischen Diagnosen einen signifikanten Wert. Patienten, die unter Angststörungen leiden, bewerteten die Einbringung ins Geschehen schlechter. Die Einbringung in die Therapiegruppe *Forum* erhielt, im Vergleich mit den übrigen Variablen, den zweithöchsten positiven Wert für den standardisierten *Beta- Koeffizienten*. Dies entspricht einer schlechteren Bewertung von Frage elf. Die *Sonstigen Therapien* schnitten, wie bereits in den vorher durchgeführten Regressionsanalysen, auch bezüglich der Einbringung ins Geschehen, gut ab.

5.5. Analyse mehrmaliger Teilnahme an Rhythmustherapie

Eine weitere Fragestellung entwickelte sich aus genauerer Betrachtung der Daten. Es stellte sich bei Analyse des ursprünglichen Datensatzes mit 1526 Fällen ein gehäuftes Auftreten derer Patienten dar, welche Rhythmustherapie an 6-7 aufeinanderfolgenden Terminen mit dem *BVV-18* bewerteten. Daraus ergibt sich eine Anzahl von 7 Patienten, die jeweils getrennt voneinander und als Gruppe analysiert wurden. Die deskriptive Statistik zeigt einen deutlichen Trend in der Bewertung der einzelnen Faktoren. Besonders ausgeprägt lässt sich eine Steigerung in der Bewertung der Rhythmustherapien mit zunehmender Teilnahme bei Faktor eins darstellen, siehe Abbildungen 9-15 (s. unten) (deskriptive Statistik im Anhang F, Tabelle 46). Die Fälle zeigten überwiegend eine Normalverteilung (siehe Tabelle 45 im Anhang F); ebenfalls konnte eine Varianzhomogenität bestätigt werden (Levene-Statistik: $F(7, 23) = 0.645$; $p = .715$). Im Anschluss folgten die Mittelwertvergleiche. Signifikante Unterschiede in den Bewertungen der Rhythmustherapie an unterschiedlichen Daten ergaben sich nicht ($F(7,23) = 0.217$; $p = .978$).

Ähnlich verhält es sich mit Faktor zwei und Frage zehn (Frage elf wurde aufgrund mangelnder Aussagekraft von den Beobachtungen ausgeschlossen). Für Faktor 2 – *Körperliche Befindlichkeitsveränderungen* und Frage 10 – *Kontakt zum Therapeuten* gelten die Voraussetzung für eine einfaktorielle Varianzanalyse als erfüllt (überwiegende Normalverteilung (s. beispielhaft für Faktor 2 Tabelle 47 im Anhang F, sowie deskriptive Statistik für Faktor zwei Tabelle 48) und Varianzhomogenität); Levene-Statistik (Faktor 2): $F(6,26) = 1.440$; $p = .238$, Levene-Statistik (Frage 10): $F(7, 22) = 0.649$; $p = 0.711$. Die daraufhin durchgeführte ANOVA liefert keine signifikanten Mittelwertunterschiede beim Vergleich der Bewertungen der Rhythmustherapie an unterschiedlichen Daten (Faktor 2: $F(7, 26) = 0.370$; $p = .911$; Frage 10: $F(7, 22) = 0.367$; $p = .912$). Möglicherweise würde eine Erhöhung der Fallzahl signifikante Mittelwertunterschiede hervorbringen. An dieser Stelle kann ausschließlich über den positiven Trend in der Entwicklung der Bewertungen berichtet werden, ohne dies statistisch belegen zu können.

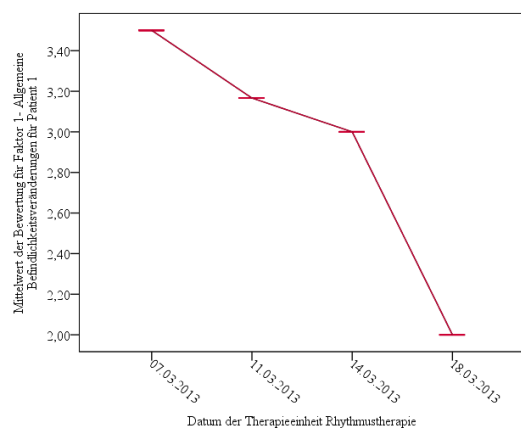


Abbildung 9: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 des BVV – Patient 1

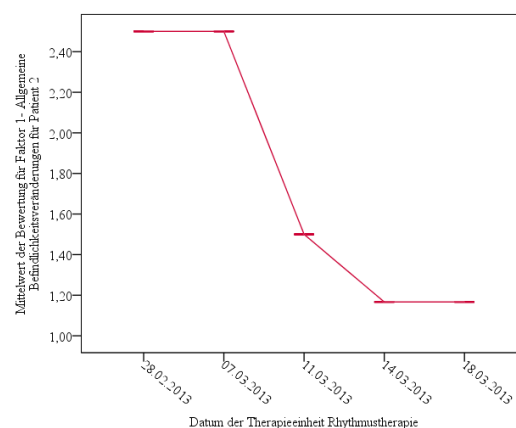


Abbildung 10: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 des BVV – Patient 2

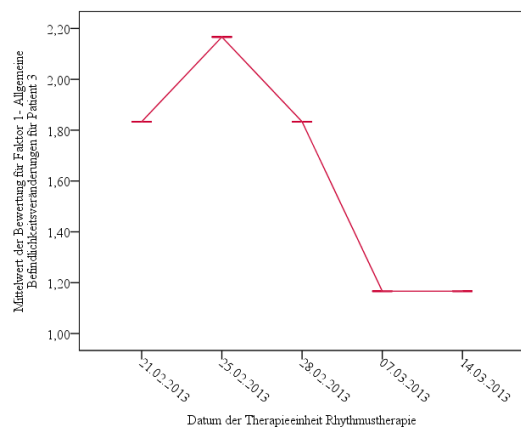


Abbildung 11: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 des BVV – Patient 3

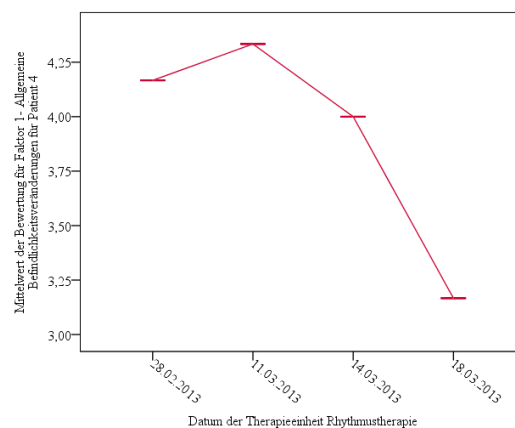


Abbildung 12: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 des BVV – Patient 4

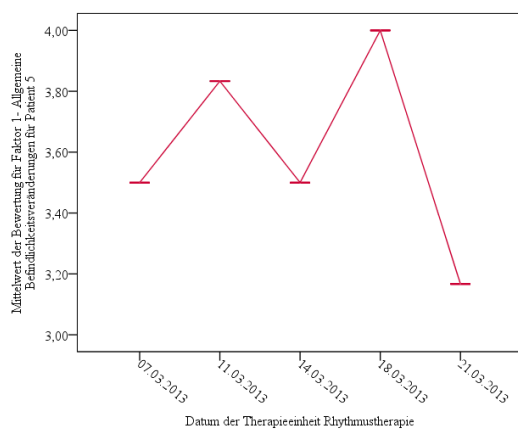


Abbildung 13: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 des BVV – Patient 5

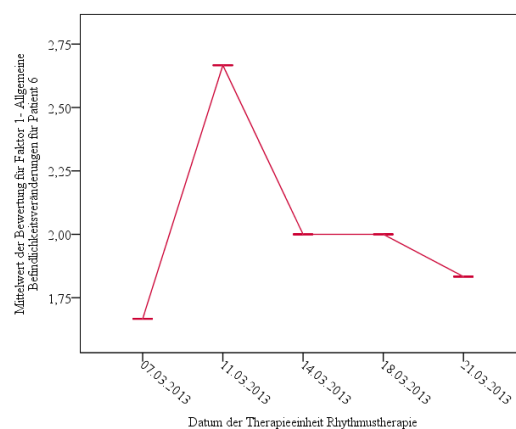


Abbildung 14: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 des BVV – Patient 6

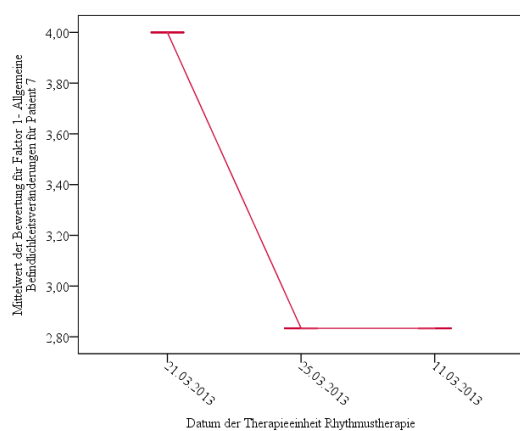


Abbildung 15: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 des BVV – Patient 7

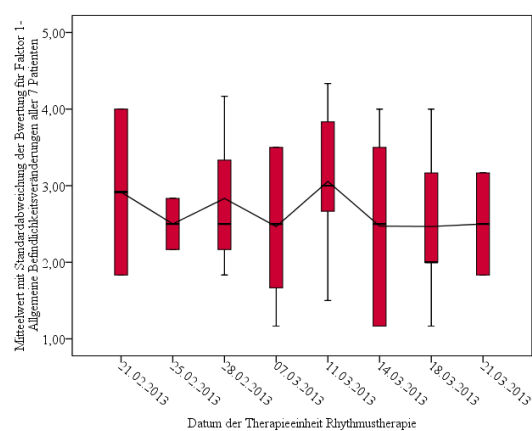


Abbildung 16: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 1 aller 7 Patienten

6. Interpretation der Ergebnisse

Im Folgenden sollen die Ergebnisse aus den statistischen Analysen interpretiert und in einen sinnvollen Zusammenhang gebracht werden.

6.1. Interpretation der Faktorenanalyse

Es wird mit der Betrachtung der Faktorenanalyse begonnen. Diese diene dazu, den Stundenbogen auf möglichst wenige Faktoren zu reduzieren, um die anschließenden Analysen einfacher zu gestalten, aber auch eine inhaltliche Zusammenfassung zu ermöglichen. Hierbei ergaben sich insgesamt vier Faktoren. Die ersten beiden Faktoren konnten direkt mit dem theoretischen Konstrukt der Befindlichkeitsveränderungen assoziiert werden. Aus der inhaltlichen Betrachtung in Zusammenhang mit der statistischen Auswertung erhielten die Faktoren ihre jeweiligen Bezeichnungen. Da sich Befindlichkeitsveränderungen sowohl auf psychischer als auch auf physischer Ebene abspielen können, wurde versucht, diese Mehrdimensionalität im Konstrukt des Fragebogens aufzufinden. Faktor eins kann dahingehend interpretiert werden, dass dieser die allgemeinen Befindlichkeitsveränderungen abbildet. Faktor zwei ist geeignet, um die körperlichen Befindlichkeitsveränderungen zu beurteilen. Die Items, die Faktor zwei bilden, zielen ausschließlich auf die Körperlichkeit der Patienten ab. Somit ergeben sich zwei Dimensionen der Befindlichkeitsveränderungen.

Ein Wert von .906 für Cronbachs Alpha für die ersten neun Items des Fragebogens kann als sehr gut bezeichnet werden. Des Weiteren stellt sich Cronbachs Alpha für die beiden aus der Faktorenanalyse gewonnen Hauptfaktoren mit 0.865 für Faktor 1 bzw. 0.817 für Faktor 2 ebenfalls erfreulich dar. Als grobe Faustregel gelten alle Werte über .8 als gutes Ergebnis einer Reliabilitätsanalyse (Brosius 2013). Vorsicht ist bei mehreren Dimensionen innerhalb einer Skala geboten. Eine Möglichkeit Korrelationen innerhalb der Items aufzudecken, besteht in der Durchführung einer Regressionsanalyse und der Betrachtung der Skala und Cronbachs Alpha's, wenn jeweiliges Item gelöscht wird. Dieser Wert erhöht sich für keine der neun Fragen, die nach Elimination von Frage zehn und elf die Skala bilden. Des Weiteren würde sich mittels der Faktorenanalyse lediglich ein Faktor ergeben, der insgesamt 62,47 % der Varianzen erklärt. Der Vergleich von Cronbachs Alpha mit anderen Befindlichkeitsfragebögen zeigt ein überdurchschnittliches Abschneiden des in dieser Arbeit verwendeten Fragebogens. Die Zusammenschau ergibt für die untersuchten Fragebögen ein Cronbachs Alpha zwischen .70 und .94. Mit .906 (für die ersten neun Items) reiht sich der BVV-18 in die Befindlichkeitsfragebögen hinsichtlich der internen

Konsistenz weit oben ein. Die inhaltlichen Aspekte in Zusammenschau mit der statistischen Auswertung belegen die sehr gute Abbildung der Befindlichkeitsveränderungen durch die Skala. Die eingangs formulierte Hypothese, dass der Stundenbogen das theoretische Konstrukt der Befindlichkeit abbildet, kann somit bestätigt werden.

6.2. Interpretation der Varianzanalyse

Die Interpretation der Varianzanalyse lieferte die folgenden Ergebnisse.

Für Faktor eins ergab sich in der Varianzanalyse kein signifikanter Unterschied in den Mittelwerten. Als mögliche Ursache könnte die sehr weit gefasste Dimension der allgemeinen Befindlichkeitsveränderungen gelten. Die einzelnen Fragen, die Faktor eins repräsentieren, messen möglicherweise zu ungenau, um einen signifikanten Effekt zwischen den Mittelwerten der unterschiedlichen Therapiegruppen herausstellen zu können. Zum anderen könnte die unterschiedliche Gruppenstärke zu einem nicht-signifikanten Ergebnis geführt haben. Beispielsweise enthält die Stichprobe der *Frauenkerngruppe* lediglich sechs, *Forum* dagegen 129 untersuchte Stundenbögen. Der nichtvorhandene Unterschied könnte aber auch die tatsächliche Gleichheit der Mittelwerte abbilden. Somit wäre es durchaus denkbar, dass keine der untersuchten Therapien, bei Erweiterung des Modells auf die Grundgesamtheit, einen signifikanten Effekt auf die allgemeinen Befindlichkeitsveränderungen ausübe. Über die tatsächliche Ursache kann nur spekuliert werden. Um die unterschiedliche Gruppenstärke als Ursache für die fehlende Signifikanz auszuschließen, müsste eine weitere Studie mit möglichst gleichen Gruppenstärken durchgeführt werden.

Im Vergleich zu Faktor eins, liefert die Varianzanalyse für Faktor zwei ein signifikantes Ergebnis bezüglich der Mittelwertdifferenzen.

Faktor zwei, welcher die körperliche Befindlichkeit abbilden soll, wird beim Vergleich der Mittelwerte in den einzelnen Therapien signifikant unterschiedlich bewertet. Es besteht demzufolge ein Unterschied des körperlichen Befindens nach Absolvieren bestimmter Therapien in Heiligenfeld. Durch die Post-hoc-Vergleiche konnten die einzelnen Unterschiede noch genauer herausgearbeitet werden. Dabei fiel die herausragende Rolle des therapeutischen Reitens auf, welches im jeweiligen Vergleich stets besser abschnitt. Unter dem Aspekt, dass *Therapeutisches Reiten* neben *Rhythmustherapie*, die wohl einzig untersuchte Therapie mit Einbeziehung des gesamten Körpers ist, scheint der sich ergebende Sachverhalt nicht verwunderlich. Aus der Therapiebeschreibung (s. Kap. 4.2.7)

geht ebenfalls hervor, dass das therapeutische Reiten mitunter gerade auf die Körperlichkeit und die Sensibilität für den eigenen Körper abzielt. Das „Getragen-werden auf dem Pferd kann [...] ein positiveres Körpergefühl entstehen lassen“.⁵

Die Varianzanalyse des zweiten Faktors beweist, dass das therapeutische Reiten bei den Patienten genau das bewirkt, wofür die Therapie im ursprünglichen Sinn konzipiert wurde. Dies gilt zumindest auf körperlicher Ebene.

Bei Betrachtung der Auswertung von Frage zehn konnte ebenfalls ein signifikanter Mittelwertunterschied zwischen den einzelnen Therapien festgestellt werden. Bei Interpretation dieser Frage ist jedoch Vorsicht geboten. Für die Analyse flossen sowohl Therapien unterschiedlicher Standorte der Heiligenfeld Kliniken, als auch Stichproben unterschiedlicher Zeitpunkte ein. Somit kann im Nachhinein keine Zuordnung der einzelnen Therapien auf die jeweiligen Therapeuten erfolgen. Außer Frage steht jedoch, dass die Bewertung von Frage zehn wesentlich mit der eigentlichen Person des Therapeuten in Zusammenhang steht und nicht ausschließlich den Kontakt zum jeweiligen Therapeuten abbildet. Wie einleitend erläutert, wurde bereits in der Kieler Studie von Strauss & Burgmeier-Lohse (1994, zit. n. Tschuschke 2001) die Relevanz des Therapeuten als Wirkfaktor der Gruppentherapie ermittelt. Auch bei den Post-hoc-Tests von Frage zehn fiel beim therapeutischen Reiten, die im jeweiligen Vergleich bessere Bewertung, auf. Somit sei der Kontakt zum Therapeuten im therapeutischen Reiten jeweils enger. (Diejenigen Therapien, die im Vergleich relevant ins Gewicht fallen, sind in Anh. D, Tabelle 37 detailliert dargestellt und werden hier nicht weiter erläutert)

Formale und inhaltliche Antwortverzerrungen, hier am ehesten im Sinne von Akquieszenz und Konsistenzeffekt, können für das therapeutische Reiten nicht ausgeschlossen werden (Moosbrugger 2008). Diese Therapie schneidet sowohl bei den körperlichen Befindlichkeitsveränderungen als auch hinsichtlich des Kontakts zum Therapeuten und ebenso in Frage elf signifikant besser ab. Unabhängig von der Formulierung der einzelnen Items des Fragebogens, könnten Patienten generell in hohem Maße von der Therapie profitieren. Diese Tatsache spiegelt sich möglicherweise in der konsequent guten Bewertung des therapeutischen Reitens in allen Dimensionen wider. Dieser Sachverhalt ist jedoch ein generelles Problem von mehrdimensionalen Fragebögen und kann auch hier nicht ausgeschlossen werden. Ob sich der herausragend bewertete Kontakt zum Therapeuten beim therapeutischen Reiten alleine aus der Sympathie für den Therapeuten

ergibt, und welche Rolle dem Medium Pferd in der Bewertung zu Teil wird, kann ebenfalls nicht sicher geklärt werden.

Im Vergleich von *Achtsamkeitstraining* zu *Beziehung und Kommunikation* wurde Erstgenanntes, in Hinblick auf den Kontakt zum Therapeuten, besser bewertet. Ob die Bewertung dem Therapeuten an sich, oder tatsächlich dem Kontakt zum Therapeuten gilt, kann nicht mehr rückverfolgt werden.

Bei Betrachtung der Varianzanalyse von Frage elf sticht ebenfalls die gute Bewertung des therapeutischen Reitens in allen paarweisen Vergleichen ins Auge. In Anbetracht des Settings von *Therapeutisches Reiten* erscheint die Bewertung allerdings nur logisch. Das Reiten ist die einzige untersuchte Therapie, bei dem ein Eins-zu-eins-Kontakt zwischen Patienten und Therapeut, bzw. indirekt über das Pferd, besteht. Die im Vergleich zu den anderen Therapien bessere Bewertung bezüglich der Einbringung ins Geschehen, erscheint nachvollziehbar.

Die in Abschnitt 3 formulierte Hypothese „die Therapiemethoden unterscheiden sich hinsichtlich unterschiedlicher Werte im Befindlichkeitsfragebogen“, kann somit nur teilweise bestätigt werden. Für die allgemeinen Befindlichkeitsveränderungen konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Für die übrigen Faktoren der Skala, lieferten einzelne Therapien signifikante Mittelwertdifferenzen.

6.3. Interpretation der Regressionsanalyse

Die folgende Interpretation der Regressionsanalyse soll teilweise allgemein oder unter Zusammenfassung mehrerer Faktoren gehalten werden. Auf Frage zehn und elf wird wie bereits in vorherigen Ausführungen gesondert eingegangen.

Beispielsweise ergaben sich für das Alter und das Geschlecht, sowohl für Faktor eins, als auch für Faktor zwei, bzw. ausschließlich das Geschlecht betreffend für Frage elf, signifikante Auswirkungen auf die jeweils untersuchten Variablen. Mit steigendem Alter und von weiblichen Patientinnen wurden die jeweiligen Faktoren besser bewertet. Als mögliche Gründe der besseren Bewertung der Befindlichkeitsveränderungen mit steigendem Alter wären die Folgenden denkbar.

Mit zunehmendem Alter ist es möglicherweise einfacher, den eigenen Körper einzuschätzen, wohingegen junge Menschen im Zuge der modernen Digitalisierung beim Gespür für den eigenen Körper zunehmend abstumpfen. Die schnelllebige Gesellschaft tut ihr Übriges, um das Gefühl für den eigenen Körper aus den Augen zu verlieren und zu

ignorieren. Längeres Wachsen im und am sozialen Gefüge führt möglicherweise dazu, sich intensiver auf die Gruppentherapien einzulassen und diese anzunehmen, was wiederum zur Verbesserung der Bewertung führt. Im Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Thema „Altern im Wandel“, wurde ein leichter Anstieg des Wohlbefindens mit dem Alter verzeichnet. Als möglicher Grund wird hier die zunehmend bessere Fähigkeit angesehen, sich an verändernde Umstände anzupassen (Mahne, Wolff et al. 2017). Somit erscheint es nachvollziehbar, dass sich dieses Ältere Patientenkollektiv auch in Krankheitsfällen (die zum Aufenthalt in den Heiligenfeld Kliniken geführt haben) besser an neue Umstände anpassen kann und somit bei der Bewertung der Befindlichkeit im Vergleich zu jüngeren Patienten bereits auf einem *höheren Level* startet.

Bachmann (1998) stellt Alter in Verhältnis zu sozialen Ressourcen und stellt dabei fest, dass vor allem das *soziale Netz* mit dem Alter abnimmt. Dies könnte einen weiteren Grund liefern, weshalb sich ältere Patienten besser auf die Therapien einlassen können. Die Verringerung der sozialen Unterstützung in Kombination mit der möglicherweise größeren Arbeitsbelastung durch Familie und Beruf, lässt ältere Patienten die Chance, von den Therapien zu profitieren, besser annehmen.

Betreffend die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Bewertung, können ebenfalls diverse Metaanalysen von Bachmann (1998) betrachtet werden, die ursprünglich die „Entstehung von sozialen Ressourcen abhängig von Individuum und Kontext“ untersuchten.

Ihnen zu Folge würden Frauen über „größere soziale Netze, [und] mehr nahestehende Bezugspersonen [...]“ (Bachmann 1998, S.73) verfügen und mehr Unterstützung erhalten. Entscheidend erscheint die Tatsache, dass Frauen auch ein „größeres Interesse an der Hilfe durch das Netz“ haben und „ebenfalls stärker [...] profitieren“ und auch „darauf angewiesen“ sind, „um gesund zu bleiben“ (Bachmann 1998, S.73).

Konsequativ profitieren Frauen eher durch Unterstützung von außerhalb; so auch durch die angebotenen Therapien der Heiligenfeld Kliniken. Schlussfolgernd fällt damit auch die Bewertung für die Befindlichkeitsveränderungen nach den Therapien besser aus.

Als allgemeine Erklärung soll an dieser Stelle der evolutionsbiologische Aspekt nur benannt werden. Männer gelten seit jeher als *das starke Geschlecht*, Frauen als sensibel und emotional. Dieser Unterschied könnte sich auch in der Bewertung der

Befindlichkeitsveränderungen widerspiegeln. Die untersuchten Therapien versuchen die Patienten auf emotionaler Ebene zu erreichen und zielen darauf ab, das Gefühlsleben des Patienten zu beeinflussen.

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangte Steffanowski (2007) in seiner MESTA-Studie, die bereits in Kapitel 2.1 erläutert wurde. Hier konnte gezeigt werden, dass sich weibliches Geschlecht positiv auf die Behandlungsergebnisse auswirkt. Hier gilt es jedoch zwischen Befindlichkeitsveränderungen unmittelbar nach der Therapie und einem Behandlungsergebnis nach stationärem Aufenthalt zu differenzieren.

Bei Betrachtung der Auswertung der allgemeinen Befindlichkeitsveränderungen und der körperlichen Befindlichkeitsveränderungen, liefern verschiedene Therapien signifikante Ergebnisse in der Bewertung.

Außer dem *sonstigen Schulabschluss*, der bei Faktor eins ein signifikantes Ergebnis liefert, der *katholischen Gruppe* bei Faktor zwei und den bereits weiter oben besprochenen Variablen *Alter* und *Geschlecht*, scheinen somit die unterschiedlichen Therapien den Hauptausschlag in der Bewertung der Befindlichkeitsveränderung zu liefern.

Die formulierte Hypothese über das Bestehen eines Zusammenhangs zwischen diversen personenbezogenen Daten und der Befindlichkeit nach bestimmter Therapie, kann folglich nur teilweise bestätigt werden. Die Ergebnisse bleiben jedoch hinter den Erwartungen des Effekts der Befindlichkeitsveränderungen durch bestimmte Moderatorvariablen zurück. Die Tatsache, dass für die einzelnen Faktoren lediglich maximal 15 % (für Frage elf) der Varianzen in den Ergebnissen zu erklären sind, bestätigt den geringen Einfluss.

Die ursprünglich formulierten Hypothesen, dass Patienten mit bestimmten Diagnosen auf bestimmte Therapieformen Befindlichkeitsveränderungen zeigen und anhand dieser ein diagnosespezifisches Wirksamkeitsangebot erstellt werden kann, kann verworfen werden.

Zuletzt soll auf die Fragen zehn und elf des *BVV-18* eingegangen werden. Hier wird der Fokus nicht auf die eigentlichen Befindlichkeitsveränderungen gelegt, viel mehr werden allgemeine Aspekte der jeweiligen Therapien bewertet. Die beiden Fragen könnten auch dahingehend interpretiert werden, dass ein besserer Kontakt zum Therapeuten und eine größere Einbringung ins Geschehen die Befindlichkeit positiv beeinflussen. Dennoch verlangt es sowohl die optisch abgesetzte Position der Fragen auf dem Fragebogen und oben genannte statistische Gründe, diese Fragen getrennt zu analysieren. Des Weiteren ist

es so möglich, mehr Information aus dem Fragebogen zu erhalten und weitere Aspekte in der Bewertung der Therapien – neben den Befindlichkeitsveränderungen –, abzubilden.

Die Fragen zehn und elf wurden von Patienten mit Realschulabschluss signifikant schlechter und von denjenigen mit sonstigem Schulabschluss bzw. fehlender Angabe besser bewertet. Die bessere Bewertung kann nur interpretiert werden, wenn die Mehrheit jener, die die Gruppe des sonstigen Schulabschlusses bilden, unter einer Variablen zusammenzuführen sind. Einen Versuch diese inhomogene Gruppe auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen, wäre die Möglichkeit, davon auszugehen, dass diejenigen, die keine Angabe bezüglich des Schulabschlusses machten (74 von 146 in der Kategorie *Sonstiger Abschluss*) über keinen bzw. einen sonstigen Schulabschluss verfügen. Außerdem soll gelten, dass die 72 Patienten, welche über einen *Sonstigen Schulabschluss* verfügen (72/146) zumindest einen niedrigeren Bildungsabschluss, als Hauptschul-, Realschul- und Gymnasialabsolventen besitzen. Somit könnte diese Gruppe Patienten mit niedrigem Bildungsabschluss repräsentieren.

Heuft, Freiburger & Schepker (2014) kamen bei der Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapie zu einem gegenteiligen Ergebnis. Die Wirksamkeit von Psychotherapie wurde bei den Teilnehmern, welche aktuell noch zur Schule gingen, über keinen Schulabschluss verfügten, oder einen niedrigeren Schulabschluss als Realschulabsolventen vorweisen konnten, weniger positiv bewertet, als bei denjenigen mit höherem Bildungsabschluss. Außerdem stellten Wittchen & Hoyer (2011) ganz allgemein ein höheres Risiko für psychische Störungen bei Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss fest. Es konnte keine Studie gefunden werden, die das Ergebnis dieser Arbeit in Bezug auf die Bewertung von Psychotherapie in Abhängigkeit mit einem niedrigen Bildungsabschluss widerspielt. Somit kann über den signifikanten Unterschied in der Bewertung zwischen Realschülern und Teilnehmern mit sonstigem Bildungsabschluss nur spekuliert werden. Eine mögliche Begründung wäre die Assoziation des niedrigen Bildungsabschlusses mit einem generell niedrigeren sozioökonomischen Status. Demzufolge wäre es denkbar, dass Patienten mit niedrigem sozioökonomischem Status weniger Unterstützung im Alltag und auch in Bezug auf ihre Erkrankung erfahren. Möglicherweise kann diese Patientenklientel die Therapien in Heiligenfeld eher als Chance für sich zu nutzen wissen. Ganz generell könnte durch das Getragen-sein durch die Gemeinschaft und das Verspüren von Anerkennung, das gesamte Setting in der Klinik als derart positiv empfunden werden und folglich auch die Therapien besser bewertet werden. Insbesondere scheint die bessere Bewertung des Kontakts zum Therapeuten in diesem

Zusammenhang nicht verwunderlich, da Patienten mit geringerem sozioökonomischem Status möglicherweise oftmals ein stützendes soziales Netz und persönliches Feedback fehlt. Weshalb jedoch gerade Patienten mit Realschulabschluss signifikant auffielen, kann hier nicht nachvollzogen werden.

Anders als bei Faktor eins und zwei, zeigt sich in der Bewertung von den Fragen zehn und elf unter dem Einfluss unterschiedlicher Therapien auch in negativer Richtung ein signifikantes Ergebnis. So bestünde für die Teilnahme an *Beziehung und Kommunikation* ein schlechterer Kontakt zum Therapeuten, für die Teilnahme am *Forum* zusätzlich noch eine schlechtere Einbringung ins Geschehen. Wohingegen *Therapeutisches Reiten/die Frauenkerngruppe* in beiden Fragen positiver bewertet wurden. Es liegt nahe, Frage zehn dahingehend zu interpretieren, dass die Patienten nicht nur den Kontakt zum Therapeuten, sondern auch den Therapeuten selbst mit dem Fragebogen evaluierten. Für *Beziehung und Kommunikation* wäre dies eine denkbare Möglichkeit. Die schlechtere Bewertung für *Forum* erscheint vor diesem Hintergrund ebenfalls nachvollziehbar. *Forum* als Therapieeinheit besteht hauptsächlich aus der Gruppendynamik, wird von der Teilnahme und dem Feedback einzelner Patienten getragen und von anwesenden Therapeuten lediglich begleitet. Somit ist kein eigentlicher Kontakt zum Therapeuten möglich, da der Fokus auf der Gemeinschaft liegt.

Über die stets gute Bewertung von *Therapeutisches Reiten* und der *Frauenkerngruppe* wurde bereits bei der Interpretation der ANOVA weiter oben berichtet, sie soll hier nicht nochmals erörtert werden.

Bei Betrachtung der Auswertung von Frage zehn fällt außerdem eine signifikant bessere Bewertung des Kontakts zum Therapeuten in der Parkklinik Nord und der Rosengartenklinik auf, auch im Vergleich zur Parkklinik. Dies bestätigt die vorherige These, dass die Frage nicht ausschließlich den Kontakt zum Therapeuten abbildet, sondern auch den Therapeuten als Person bewertet. Ob und inwiefern die Bewertung der Frage von unterschiedlichen Therapeuten bzw. unterschiedlichen Kliniken abhängt, kann nur spekuliert werden. Das signifikante Ergebnis ist jedoch ein erster Hinweis auf das Vorhandensein eines Zusammenhangs. Um den Einfluss der Therapeuten auf die Therapien vollständig beurteilen zu können, reicht der Stundenbogen nicht aus. Dieser bezieht sich überwiegend auf die eigentlichen Therapien. Außerdem kann im Nachhinein keine Rückverfolgung auf die einzelnen Therapeuten vollzogen werden. Der genaue Zusammenhang zwischen Therapeuten und bewerteter Therapie könnte mit einer zweiten

Untersuchung erreicht werden. Beispielsweise könnte ein weiterer Fragebogen erstellt werden, welcher das Verhältnis zum Therapeuten selbst im Fokus sieht. Außerdem müssten in einer zusätzlichen Studie die Therapieorte und einzelnen Therapeuten genau dokumentiert und evaluiert werden, um eventuell vorhandene Unterschiede feststellen zu können.

Zuletzt soll auf Frage elf eingegangen werden, welche die Einbringung ins Geschehen untersucht. Als einzige psychische Diagnose der kompletten Auswertung führt *Angststörung* in der Regressionsanalyse von Frage elf zu einem signifikanten Effekt.

Patienten mit Angststörungen bewerteten in der Summe der Therapien die Möglichkeit zur Einbringung ins Geschehen schlechter. Betrachtet man die Persönlichkeitsmerkmale von Personen mit Diagnose Angststörung, so gelten diese als vorsichtig, misstrauisch, übermäßig besorgt, unsicher usw. Daraus ergibt sich die mögliche Ursache der schlechteren Einstellung gegenüber der Einbringung ins Geschehen; möglicherweise können sich diese Patienten aufgrund ihrer Angststörung weniger leicht öffnen und haben gerade in einem Gruppensetting Schwierigkeiten, sich adäquat einzubringen.

6.4. Interpretation der Auswertung der mehrmaligen Teilnahme an Rhythmustherapie

Abschließend soll auf die überwiegend deskriptive Auswertung der Patienten, die sieben Mal an *Rhythmustherapie* teilnahmen, eingegangen werden. Hier zeigte sich ein deutlicher Trend in der Bewertung des Stundenbogens mit steigender Anzahl der Teilnahme. Insbesondere die allgemeinen und körperlichen Befindlichkeitsveränderungen werden mit zunehmender Teilnahme besser bewertet. Über die Ursachen kann nur spekuliert werden. Vergleichende Studiendesigns wurden nicht gefunden. Möglicherweise können sich die Patienten mit steigender Teilnahmezahl besser auf die Therapien einlassen. Durch ihre vorhergehenden Erfahrungen konnten Patienten den positiven Effekt der Therapie bereits feststellen und die Einstellung gegenüber der Therapie veränderte sich beispielsweise schon im Vorfeld jeder weiteren Einheit. Außerdem erfahren die Patienten gewisse Sicherheiten und Strukturen, je öfter sie an Therapien teilnehmen, die ähnlich gestaltet und aufgebaut sind. Aus diesen sicheren Strukturen und in der heilenden Gemeinschaft der Heiligenfeld Kliniken, ist es ihnen leichter möglich, sich auf die Therapieeinheiten einzulassen und Befindlichkeitsveränderungen zuzulassen.

Oben genannte Erklärungsversuche sind rein spekulativ. Auch in diesem Fall bedürfe es weiterer Untersuchungen, um mögliche Beweggründe der besseren Bewertung mit steigender Teilnehmerzahl herauszuarbeiten, und signifikante Mittelwertunterschiede feststellen zu können. Der Stundenbogen könnte auch in diesem Fall ein geeignetes Mittel darstellen, die sich verändernden Befindlichkeiten mit steigender Teilnahme an unterschiedlichen Therapien zu evaluieren. Zumindest in der deskriptiven Analyse zeigt sich ein deutlicher Trend.

7. Diskussion und methodenkritische Betrachtung

Bezüglich des Studienaufbaus kann festgehalten werden, dass die Stundenbögen relativ willkürlich in unterschiedlichen Therapien, in unterschiedlichen Kliniken und zu unterschiedlichen Zeitpunkten verteilt wurden. Vor einem statistischen Hintergrund, welcher gleiche Bedingungen für alle fordert, ist die Tatsache der willkürlichen Streuung als unbefriedigend anzusehen.

Wünschenswert wären folgende Punkte gewesen:

- Verteilung einer bestimmten Anzahl an Fragebögen zu jeweils ähnlichen Zeitpunkten, Wiederholung dieses Vorgangs nach Bedarf
- Vermeidung der Mehrfachverteilung an dieselben Patienten
- Bildung eines einheitlichen Kollektivs; mindestens das Geschlecht betreffend
- Verteilung derselben Anzahl von Fragebögen in allen zu untersuchenden Therapien
- Ermöglichen einer besseren Rückverfolgung des ausgefüllten Fragebogens hinsichtlich der jeweiligen Kliniken und auf den jeweiligen Therapeuten
- Sicherstellen der Ähnlichkeiten der Therapien, wenn Stichproben derselben Therapie zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfanden, oder von unterschiedlichen Therapeuten abgehalten wurden

Es folgt die methodenkritische Betrachtung der statistischen Auswertung.

Diese könnte unter Beachtung oben genannter Punkte wesentlich verkürzt werden, da die Problematik des Fragebogenkollektivs sich auch in der Auswertung widerspiegelt. Die beiden wesentlichen Thematiken der statistischen Auswertung, welche Kritik bedürfen, sind die Verwendung der ANOVA trotz teilweise unerfüllter Voraussetzungen und das Durchführen der Regressionsanalyse mit relativ ungleichmäßig verteilten, unabhängigen Variablen.

Bezüglich der ANOVA kann der Ursprung dieses Problems im Versuchsaufbau gesehen werden. Die bereits oben erwähnte willkürliche Verteilung der Fragebögen konnte weder zu einer Normalverteilung der Werte noch zu einer Gleichheit der Varianzen führen.

Wären die Fragebögen zielgerichteter gestreut worden, wären die Bedingungen für eine ANOVA eher erfüllt gewesen und es hätten sich möglicherweise mehr signifikante Effekte ergeben. Die Verwendung der ANOVA trotz Verletzung der Voraussetzung könnte außerdem zu einer geringen Verzerrung der Ergebnisse geführt haben, obwohl diverse Quellen die Robustheit der Varianzanalyse, gerade bei großen Stichproben gegenüber

Verletzung der Normalverteilung bestätigen (Backhouse 2016; Greene 2012; Bortz et al. 2010; Schmider et al. 2010; Blanca et al. 2017).

Ob sich die relativ niedrigen R^2 -Werte (zwischen 0.088 und 0.150) durch die ungleichmäßige Gruppenstärke der verwendeten Variablen, oder durch die mangelnde Eignung des Modells ergeben, kann im Nachhinein nicht festgestellt werden.

Bei der Verwendung des Modells und der Auswahl bestimmter Variablen wurde darauf geachtet, mögliche Unterschiede in der Bewertung der Therapien von anderen Variablen kontrollieren zu können. Dabei wurden jeweils nur die wichtigsten Variablen mitaufgenommen und versucht, den Mittelweg zwischen unnötig vielen Variablen (mit konsekutiver automatischer Erhöhung von R^2) und zu wenig kontrollierenden Variablen zu finden. Des Weiteren gilt die fast ausschließliche Verwendung von Dummy-Variablen in der Regressionsanalyse als Ursprung für die Ausgabe eines geringen R^2 (Brosius 2013). Diese Tatsache lässt sich allerdings nur wenig verändern, da die Verwendung der wichtigsten Personenmerkmale (wie Schulbildung, Konfession etc.) das Vorhandensein stetiger Variablen praktisch ausschließt. Dennoch gelten gerade diese Variablen als interessant und wurden daher in das Modell aufgenommen.

Obwohl sich sowohl bei der Datenbeschaffung, als auch in der statistischen Auswertung diverse Kritikpunkte finden lassen, lieferte die Analyse zahlreiche signifikante Ergebnisse.

Abschließend sollte als entscheidendes Fazit festgehalten werden, dass ungeachtet dessen, wie gut die Modell-Voraussetzungen eingehalten wurden, sich der Haupteffekt der Unterschiede in den Bewertungen des Fragebogens hauptsächlich durch die Therapien selbst ergibt. Nur vereinzelt haben weitere personen kennzeichnende Variablen einen signifikanten Einfluss auf die Bewertung genommen. Im Allgemeinen sind die Befindlichkeitsveränderungen hauptsächlich auf verschiedene Therapien zurück zu führen.

Ein wichtiger Faktor, den es in weiterführenden Analysen zu kontrollieren gibt, scheint die Rolle des Therapeuten selbst zu sein. Inwiefern die Bewertung der Therapien von der Sympathie zum jeweiligen Therapeuten Beeinflussung erfährt, kann durch den Stundenbogen nicht beurteilt werden. Einen Hinweis darauf liefert Frage zehn. Um einen eindeutigen Einfluss des Therapeuten auf die Therapien feststellen zu können, bedarf es weiterer Untersuchungen mit anderen Testverfahren.

8. Empfehlung und Ausblick

Durch die Auswertung des Fragebogens ergeben sich einige Therapieempfehlungen, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

Aus der herausragenden Bewertung des *Therapeutischen Reitens*, leiten sich Empfehlungen für eine bestimmte Patientenklientel ab.

Das *Therapeutische Reiten* empfiehlt sich für all jene, denen es an körperlicher Befindlichkeit mangelt, diejenigen, bei denen das Gespür für den eigenen Körper schwächer ausgeprägt ist. Ebenso ist es für jene geeignet, die für sich selbst erkannt haben, dass es ihnen an Körperlichkeit fehlt und die den Wunsch nach stärkerem Input für den Körper selbst äußern. Des Weiteren kann das therapeutische Reiten für Patienten empfohlen werden, die Schwierigkeiten im Umgang mit anderen haben und zwischenmenschlichen Kontakt möglicherweise als belastend und unangenehm empfinden. Die Reittherapie könnte diese Patienten somit wieder auf sanfte Weise an ihre Umwelt heranführen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Wirksamkeit der Verbesserung des Kontakts zum Therapeuten auf das Medium Pferd eine große Sympathie für den Therapeuten selbst, oder schlichtweg durch das allgemeine Wohlgefallen für diese Therapie zurückzuführen ist.

Eine weitere Möglichkeit für Patienten bestünde darin, weitere ganzkörperorientierte Therapien zu installieren, um eine größere Masse von Patienten zu erreichen. In besonderem Maße würden hiervon jene Patienten profitieren, welchen es an Körperbewusstsein mangelt.

Bezüglich des Ergebnisses der Regressionsanalyse, dass Männer die Befindlichkeitsveränderungen nach den Therapien allgemein schlechter einschätzten als Frauen, könnte hier der Wunsch nach einem erweiterten Therapieangebot ausgesprochen werden. Dieses könnte speziell auf Männer ausgerichtete Therapien, bzw. Therapien, welche das männliche Patientengut eher ansprechen, enthalten. Es bräuchte allerdings weitere Erhebungen, um die speziellen Bedürfnisse männlicher Patienten in Heiligenfeld zu untersuchen.

In dieselbe Richtung zielt der Wunsch nach einem erweiterten Therapieangebot ab, welches mehr auf die Befindlichkeiten der jüngeren Patienten eingeht. Möglicherweise macht es hier keinen Sinn, die Patienten dem Alter entsprechend aufzuteilen. Viel mehr könnten einzelne Veränderungen in die Therapien eingebaut werden, um sowohl die

Älteren als auch das junge Patientengut besser zu erreichen. Beispielsweise könnte eine Erweiterung des Themenspektrums, welches sich mehr an der Lebenswirklichkeit junger Patienten orientiert, zu einem besseren Erreichen auch der jungen Patienten führen. Um in den Empfehlungen konkreter zu werden, bedarf es auch hier weiterer Studien.

Zuletzt soll an dieser Stelle nochmals auf die Frage eingegangen werden, ob sich ein diagnosespezifisches Wirksamkeitsangebot für bestimmte psychische Diagnosen ableiten lässt.

Außer für die Diagnose Angststörung konnte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen psychischer Diagnose und Befindlichkeitsveränderungen nach den Therapien zeigen. Daher gilt nach bisherigem Erkenntnisstand eine Aufteilung der Patienten entsprechend ihrer Diagnosen als wenig sinnvoll. Viel mehr kann davon ausgegangen werden, dass gerade die Kombination der Patienten unterschiedlichster Diagnosen zu einer Erhöhung der Befindlichkeit führt. Da der allgemeine Leitgedanke in Heiligenfeld unter anderem ohnehin auf die Heilung durch und mit der Gemeinschaft abzielt, sollte die Durchmischung der Patienten mit den verschiedensten Diagnosen weiterhin beibehalten werden.

Es könnte einzig für Patienten mit Angststörungen überlegt werden, wie eine bessere Integration in die Gruppen möglich ist. Beispielsweise könnten anfangs kleinere Gruppen gebildet werden, um den Patienten so die *Einbringung ins Geschehen* zu erleichtern. Abgeraten wird von einer Separierung der Patienten mit Angststörungen. Stattdessen sollte ihnen das Wachsen in der Gemeinschaft und die Erlangung von mehr Selbstbewusstsein durch die Gruppentherapien und durch das Vorbild anderer Patienten möglich gemacht werden.

Als abschließende Empfehlung für weitere Studien in ähnlichen Designs soll nochmals auf die ungleichmäßige Verteilung der Stundenbögen eingegangen werden. Eine vorhergehende Planung der Verteilung der Stundenbögen würde statistische Analysen erleichtern und signifikante Unterschiede leichter herausarbeiten können. Außerdem wäre eine detaillierte Betrachtung einzelner Therapien und deren Verlauf mittels des Stundenbogens möglich. Dies wäre vor allem bei jenen Therapien sinnvoll, die von den Patienten wiederholt während ihres Aufenthalts in Heiligenfeld absolviert werden. Hier könnten wie bereits bei der Rhythmustherapie weiter oben erläuterte Trends in der Bewertung erkannt und so das Angebot für die Patienten in die jeweilige Richtung erweitert oder redundante Therapieeinheiten verändert oder abgesetzt werden.

Den Abschluss soll die Kernaussage der statistischen Auswertung im Vorhergehenden bilden. Die Bewertung der Befindlichkeitsveränderungen – auch auf körperlicher Ebene – hängt maßgeblich von der Teilnahme an den verschiedenen Programmen ab. Einzelne Therapien, welche in der Auswertung des *BVV-18* schlechter abschnitten als andere, gelten nicht als zwangsläufig schlechtere Therapien. Der Stundenbogen dient als Momentaufnahme und zur unmittelbaren Evaluation der Befindlichkeitsveränderungen der Therapieeinheiten und erscheint genau dafür geeignet zu sein.

Literaturverzeichnis

- Abele- Brehm, A. & Brehm, W. (1986). Zur Konzeptualisierung und Messung von Befindlichkeit- Die Entwicklung der "Befindlichkeitsskalen" (BFS). *Diagnostica*, 32, 209-229. In Brähler, E., Klaiberg, A., & Schumacher, J. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (Bd. 2). Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie, S.46-49
- Bachmann, N. (1998). *Die Entstehung von sozialen Ressourcen abhängig von Individuum und Kontext* (Bd. 3). Münster: Waxmann.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2016). *Multivariate Analysemethoden* (14. Aufl. 2016 Ausg.). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg;Imprint: Springer Gabler.
- Becker, P. (1988). Skalen für Verlaufsstudien der emotionalen Befindlichkeit. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie*, 35, 345-369. In Brähler, E., Klaiberg, A., & Schumacher, J. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (Bd. 2). Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie, S.43-45
- Blanca, M.J., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R., Bendayan, R. (2017): Effect of variance ratio on ANOVA robustness: Might 1.5 be the limit? *Behavior Research Methods*, pp 1-26.
- Blanz, B. (2006). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Schattauer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollst. überarb. und erw. Aufl. Ausg.). Berlin [u.a.]: Springer.
- Brähler, E., Klaiberg, A., & Schumacher, J. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (Bd. 2). Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Brehm, W. & Sygusch, R. (2000). Qualitäten von Gesundheitssport unter den Voraussetzungen des metabolischen Syndroms. Methodenbericht. Heft 7 der Bayreuther Beiträge zur Sportwissenschaft. Bayreuth: Institut für Sportwissenschaft. (Grundgestimmtheit S. 41-43). In Brähler, E., Klaiberg, A., & Schumacher, J. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (Bd. 2). Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie. (S.46-49)
- Brosius, F. (2013). *SPSS 21 (1.Aufl.)* Heidelberg; München; Landsberg; Fechen; Hamburg, mitp.
- Burlingame, G.M., MacKenzie, K.R.,Strauß, B. (2001). Zum aktuellen Stand der Gruppenpsychotherapieforschung I. Allgemeine Effekte von Gruppenpsychotherapien und Effekte störungsspezifischer Gruppenbehandlungen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*(37), S. 299-318.
- Burlingame, G.M.& Strauß, B. (2010). Behandlungseffekte ambulanter Gruppen. In *Tschuschke, V.. (Hg.) 2010- Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart; New York: Thieme. (S.126-131)
- Burlingame, G.M. & Baldwin, (2012). Eine kleine Geschichte der Gruppentherapie. In *Strauss (Hg.) 2012 – Gruppenpsychotherapie* (S. 9-18).Berlin: Springer

- Eckert J., Biermann- Ratjen EM. (Hrsg.). (1985). *Strationäre Gruppenpsychotherapie. Prozesse- Effekte - Vergleiche*. Berlin: Springer.
- Field, A. P. (2016). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th edition, [reprinted] Ausg.). Los Angeles: Sage Publications.
- Greene, W. H. (2012). *Econometric analysis* (Seventh edition Ausg.). Harlow; New York: Pearson Addison Wesley.
- Herzog, T., Stein, B. Wirsching, M. (Hrsg.). (2000). *Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart [u.a.]: Thieme.
- Heuft, G., Freyberger, H. J., & Schepker, R. (2014). *Ärztliche Psychotherapie - Vier-Ebenen-Modell einer personalisierten Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Hilgers, M. (2010). Gruppenprozess- Selbstöffnung und Schamangst in der Gruppe. In *Tschuschke, V.. (Hg.) 2010- Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart; New York: Thieme. (S.119-124)
- Hinz, A., Daig, I., Petrowski, K., & Brähler, E. (2012). Die Stimmung in der deutschen Bevölkerung: Referenzwerte für den Mehrdimensionalen Befindlichkeitsfragebogen MDBF. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 62(2), S. 52-57.
- Hobi, V. (1985). *Basler- Befindlichkeitsskala. Manual*. Weinheim: Beltz- Test in Brähler, E., Klaiberg, A., & Schumacher, J. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden (Bd. 2)*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie, S.36-39
- Hoffmann- La- Roche. (Hrsg.). (2003). *Roche-Lexikon Medizin* (5. Aufl). München; Jena. Urban & Fischer, S.745.
- Janke, W. & Debus G. (1978) *Eigenschaftswörterliste EWL (Handanweisung)*, Göttingen: Hogrefe. In Brähler, E., Klaiberg, A., & Schumacher, J. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden (Bd. 2)*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie, S.92-96)
- 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), S. 146-163.
- Linden, M., & Krautzig, E. (1981). Befindlichkeitsmessung in kurzzeitigen Abständen: ein experimenteller Beitrag zur Validierung der Befindlichkeitsskala (Bf-S) nach v. Zerssen. *Pharmacopsychiatry*, 14(01), S. 40-41.
- Lindner, J. (Hrsg.). (2007). *Gruppentherapie in der psychosomatischen Rehabilitation* (Orig.- Ausg.). Gießen: Psychosozial-Verl.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48 (12), S. 181-209

- Lüpsen, H. (2017). Varianzanalysen- Prüfen der Voraussetzungen und nichtparametrische Methoden sowie praktische Anwendungen mit R und SPSS (Version 2.4) : <http://www.uni-koeln.de/~a0032/statistik/buch/nonpar-anova.pdf>
- Mahne, K., Wolff, J. K., Simonson, J., & Tesch-Römer, C. (2017). *Altern im Wandel*. Wiesbaden; Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden;Imprint: Springer VS.
- Mattke, D., Reddemann, L., & Strauß, B. (2009). *Keine Angst vor Gruppen!* (1. Aufl. Ausg., Bd. 217). Stuttgart: Klett-Cotta.
- McRoberts, C., Burlingame, G.M., & Hoag, M.J. (Hrsg.). (1998). *Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective*. *Group Dynamics*, 2, 101-117.
- Moosbrugger, H. (2008). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer.
- Pritz A. (2001). Heterogene versus homogene Gruppenzusammensetzung. In *Tschuschke V. (Hg.) Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Rad, M. von, Senf W.& Bräutigam W. (1998). Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* (48), S. 88-100.
- Razali, N.M., & Wah, Y.B. (2011). Power comparisons of Shapiro- Wilk. Kolmogorov- Smirnov, Lilliefors and Anderson- Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2 (1), S. 21-33.
- Rutan, J. S., Stone, W. N., & Shay, J. J. (2007). *Psychodynamic group psychotherapy* (4th ed. Ausg.). New York: Guilford Press.
- Schattenburg, L. (2012). Gruppentherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. In *Strauß, B. (Hg.) 2012 – Gruppenpsychotherapie* (S. 439-448).Berlin: Springer
- Schmider, E., Ziegler, M., Danay, E., Beyer, L., & Bühner, M. (2010). Is It Really Robust? *Methodology*, 6(4), S. 147-151.
- Schmid-Ott, G., Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., Paar, G. H., Meermann, R., & Lamprecht, F. (2015). *Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement*. Schattauer.
- Schwarz, D., & Strian, F. (1972). Psychometrische Untersuchungen zur Befindlichkeit psychiatrischer und intern-medizinischer Patienten. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 216(1), S. 70-81.
- Sehring, H. (1997). *Prozeß-Ergebnis-Untersuchung zur Selbstwahrnehmung und zum Gruppenerleben in analytisch orientierter stationärer Gruppenpsychotherapie*.
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.). (2015). Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Fachserie 12 Reihe 6.1.2 - 2015. *destatis*. abgerufen am 17.11.2017, von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/VorsorgeRehabilitation/GrunddatenVorsorgeReha2120612157004.pdf;jsessionid=FF44DC1E265AAAFBC85BD7407EFDD7E4.cae2?__blob=publicationFile

- Steffanowski, A. Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation* (1. Aufl. Ausg., Bd. 48). Bern: Huber.
- Strauß, B., & Burgmeier- Lohse M. (Hrsg.). (1994). *Stationäre Langzeitpsychotherapie*. Heidelberg: Ansanger.
- Strauß, B., Kriebel, R., & Mattke, D. (1998). Probleme der Qualitätssicherung in der stationären Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 43(1), S. 18-25.
- Strauß, B., Mattke, D. (2001). Stationäre Gruppenpsychotherapie. In *Tschuschke, V. (Hg.) 2001- Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart; New York: Thieme. (S.225-229)
- Strauß, B. (2010). Behandlungseffekte stationärer Behandlung. In *Tschuschke, V. (Hg.) 2010- Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart; New York: Thieme. (S.132-133)
- Strauß, B. (Hrsg.). (2012). *Gruppenpsychotherapie*. Berlin: Springer.
- Strauß, B., & Mattke, D. (2012) "By the crowd they have been broken...": Gruppentherapie im Wandel. In *Strauß, B. (Hg.) 2012 – Gruppenpsychotherapie* (S.1-5). Berlin: Springer
- Strauß, B., & Burlingame, G.M. (2012) Gruppentherapieforschung und Wirksamkeitsnachweis von Gruppenbehandlungen. In *Strauß, B. (Hg.) 2012 – Gruppenpsychotherapie* (S.193- 208). Berlin: Springer
- Timmer, B., Bleichhardt, G., & Rief, W. (2004). Effektivität einer stationären Gruppentherapie für Patienten mit multiplem somatoformen Syndrom. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(1), S. 24-32.
- Tschuschke, V. (1993). *Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie* (Bd. 16). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tschuschke, V. (Hrsg.). (2001). *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart; New York: Thieme.
- Tschuschke, V. (2007). Zum Stellenwert der Gruppenarbeit in der stationären Psychotherapie. In *Lindner, J. (Hg.) 2007- Gruppentherapie in der psychosomatischen Rehabilitation (Orig. Ausg.)*. Gießen. Psychosozial- Verl. (S.75-86)
- Tschuschke, V. (Hrsg.). (2010). *Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart; New York: Thieme.
- Tschuschke, V. (2001). *Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie*, In: *Tschuschke, V (Hg.): Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Viftrup, D. T., Hvidt, N. C., & Buus, N. (2013). Spiritually and religiously integrated group psychotherapy: a systematic literature review. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2013
- Walendzik, A. Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., Jahn, R. (2010). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010 (Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, Hrsg.) *mm.wiwi.uni-due* abgerufen am

17.11.2017 von https://www.mm.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/BWL-MEDMAN/Forschung/Gutachten_DPtV_finalfinalkorrr.pdf

- Wiegand-Greife, S. & Paar, G. (2007). "Je spezifischer- desto wirksamer?" Zur Störungsspezifität der Gruppentherapie in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In *Lindner, J. (Hg.) 2007- Gruppentherapie in der psychosomatischen Rehabilitation (Orig. Ausg.)*. Gießen. Psychosozial-Verl. (S.87-108)
- Wirtz, M.A. (Hrsg.). (2014). *Dorsch – Lexikon der Psychologie* (18. Ausg.). Bern: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarb. und erw. Aufl. Ausg.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Wittmann, W. W. (Hrsg.). (1985). *Evaluationsforschung- Aufgaben, Probleme und Anwendungen*. Berlin: Springer.
- Wydra, G., (bisher unveröffentlicht). Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden. In Brähler, E., Klaiberg, A., & Schumacher, J. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (Bd. 2). Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie. (S.102-107)
- Yalom, I. D. (Hrsg.). (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York.
- Zerssen, D. v. (1976). *Die Befindlichkeits- Skala*. Manual. Weinheim: Beltz- Test. In Brähler, E., Klaiberg, A., & Schumacher, J. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (Bd. 2). Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie. (S. 50- 54)
- Zielke, M. (Hrsg.). (1993). *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Anhang

Anhang A) Stundenbogen

Fragebogen zur Befindlichkeitsveränderung (BVV)

Wie es mir jetzt geht

schätzen Sie bitte jetzt am Ende der Veranstaltung Ihren eigenen Zustand, in dem Sie sich gerade befinden, im Vergleich zu Ihrem Zustand vor der Veranstaltung ein. Lassen Sie zunächst jede Aussage auf sich wirken und markieren Sie dann Ihren Eindruck auf der Skala.

Veranstaltung/Gruppe: _____

Datum: ____ : ____ : ____

Nur 1 Kreuz pro Zeile!	sehr viel	deutlich	etwas	unverändert	etwas	deutlich	sehr viel	
Im Vergleich zu vor der Veranstaltung...								
1. ...spüre ich meinen Körper jetzt intensiver/näher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	schwächer/ferner
2. ...empfinde ich meinen Körper jetzt angenehmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	unwohler
3. ...bin ich jetzt für meine Gefühle offener	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	verschlossener
4. ...fühle ich mich jetzt wohler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	unwohler
5. ...bin ich jetzt geistig wacher/klarer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	müder/verwirrt
6. ...bin ich jetzt in meiner Spiritualität offener	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	verschlossener
7. ...habe ich jetzt, um die Aufgaben meines Lebens selbständig lösen zu können mehr Vertrauen/Mut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	weniger Vertrauen/Mut
8. ...fühle ich mich jetzt anderen Menschen gegenüber näher/verbundener	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	entfernter/isolierter
9. Diese Veranstaltung empfinde oder bewerte ich als eine, die mich weitergebracht hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	zurückgeworfen hat
10. Ich hatte in dieser Veranstaltung zu der Therapeutin/dem Therapeuten einen <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> guten Kontakt <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> schlechten Kontakt </div>								
11. Ich habe mich heute aktiv in das Geschehen einbringen können. <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> sehr <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> gar nicht </div>								

Abbildung 17: Stundenbogen- Fragebogen zu Befindlichkeitsveränderungen- BVV-18

Anhang B) Korrelationen

Tabelle 23: Item-Item- Korrelationsmatrix

	v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	v9	v10
v1 Körper_spüren	1	0.567	0.546	0.496	0.462	0.483	0.413	0.369	0.513	0,382
v2 Körper_empfinden	0.567	1	0.527	0.719	0.526	0.475	0.470	0.424	0.470	0.355
v3 Offenheit_gegenüber_Gefühlen	0.546	0.527	1	0.603	0.519	0.563	0.528	0.507	0.581	0.386
v4 Gefühl_Wohlsein	0.496	0.719	0.603	1	0.597	0.496	0.573	0.488	0.554	0.389
v5 Geistig_wach	0.462	0.526	0.519	0.597	1	0.482	0.538	0.444	0.531	0.330
v6 Offenheit_gegenüber_Spiritualität	0.483	0.475	0.563	0.496	0.482	1	0.486	0.481	0.518	0.375
v7 Vertrauen_Aufgaben_lösen	0.413	0.470	0.528	0.573	0.538	0.486	1	0.575	0.577	0.348
v8 Verbundenheit_gegenüber_Menschen	0.369	0.424	0.507	0.488	0.444	0.481	0.575	1	0.512	0.353
v9 Veranstaltung_bringt_weiter	0.513	0.470	0.581	0.554	0.531	0.518	0.577	0.512	1	0.534
v10 Kontakt_zu_Therapeuten	0.382	0.355	0.386	0.389	0.330	0.375	0.348	0.353	0.534	1

Anhang C) Faktorenanalyse

Tabelle 24: Erklärte Gesamtvarianz der Faktoren aus der Faktorenanalyse

Faktor	Anfängliche Eigenwerte			Extrahierte Summen von quadrierten Ladungen		Rotierte Summen von quadrierten Ladungen	
	Gesamtsumme	% der Varianz	Kumulativ %	Gesamtsumme	% der Varianz	Kumulativ %	Gesamtsumme
1	5.445	54.454	54.454	5.009	50.095	50.095	4.692
2	0.801	8.013	62.467	0.430	4.297	54.392	4.111
3	0.755	7.553	70.020				
4	0.598	5.979	75.998				
5	0.509	5.088	81.087				
6	0.477	4.772	85.859				
7	0.427	4.270	90.129				
8	0.401	4.013	94.142				
9	0.343	3.432	97.574				
10	0.243	2.426	100				

Residuum (b)	v1	.022	.047	-	-	.035	-	-	.023	.039
		0		.051	.006		.052	.051		
	v2	.022	-	.008	-	-	-	.011	.002	.016
			.025		.019	.003	.005			
	v3	.047	-	.010	-	.039	-	.001	-	-
			.025		.011		.023		.013	.025
	v4	-	.008	.010	.033	-	.032	.004	-	-
		.051				.032			.006	.006
	v5	-	-	.033		.003	.039	-	-	-
		.006	.019	.011				.011	.002	.041
	v6	.035	-	.039	-	.003	-	.016	-	-
			.003	.032			.019		.030	.003
	v7	-	-	.032	.039	-		.078	-	-
		.052	.005	.023		.019			.010	.055
	v8	-	.011	.001	.004	-	.016	.078	-	-
		.051			.011				.034	.022
	v9	.023	.002	-	-	-	-	-		.091
			.013	.006	.002	.030	.010	.034		
	v10	.039	.016	-	-	-	-	-	.091	
			.025	.006	.041	.003	.055	.022		

Anmerkung:

Extraktionsmethode: Hauptachsenfaktorenanalyse

a.Reproduzierte Kommunalitäten

b.Residuen werden zwischen beobachteten und reproduzierten Korrelationen berechnet. Es gibt 6 (13%) nicht redundante Residuen, deren absolute Werte größer als 0,05 sind.

Tabelle 27: Item-Skala- Statistik der Reliabilitätsanalyse für BVV 18

Variablen	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item-Skala- Korrelation	Quadierte multiple Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
v1 Körper spüren	26.39	56.648	.633	0.451	0.897
v2 Körper empfinden	26.15	54.541	0.687	0.584	0.893
v3 Offenheit gegen über Gefühlen	26.56	55.247	0.719	0.537	0.892
v4 Gefühl_Wohlsein	26.30	52.527	0.749	0.642	0.889
v5 Geistig_wach	26.28	54.180	0.666	0.467	0.895
v6 Offenheit gegen über Spiritualität	26.09	56.123	0.652	0.44	0.896
v7 Vertrauen Aufgeben lösen	26.21	56.028	0.679	0.509	0.894
v8 Verbundenheit gegenüber_Menschen	26.29	56.429	0.618	0.428	0.898
v9 Veranstaltung bringt weiter	26.76	55.404	0.725	0.560	0.892
v10 Kontakt zu Therapeuten	26.62	57.131	0.505	0.315	0.906

Tabelle 28: Item-Skala- Statistik der Reliabilitätsanalyse für Faktor 1

Variablen	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item-Skala- Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
v3 Offenheit gegen über Gefühlen	14.86	18.319	.681	.473	.839
v5 Geistig_wach	14.57	17.607	.630	.407	.850
v6 Offenheit gegen über_Spiritualit ät	14.38	18.589	.640	.419	.846
v7 Vertrauen_Aufg aben_lösen	14.50	18.332	.693	.496	.837
v8 Verbundenheit gegenüber_Men schen	14.59	18.471	.634	.425	.847
v9 Veranstaltung_b ringtweiter	15.06	18.271	.695	.488	.836

Tabelle 29: Item-Skala- Statistik der Reliabilitätsanalyse für Faktor 2

Variable n	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item-Skala- Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
v1 Körper_s püren	6.10	5.026	.581	.350	.833
v2 Körper_e mpfinden	5.87	3.973	.753	.576	.660
v4 Gefühl Wohlsein	6.01	3.911	.690	.522	.730

Anhang D) Mittelwertvergleiche

Tabelle 30: Deskriptive Statistik zu Faktor 1 Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen

	Gruppenbezeichnung	Statisti k	Standardfehl er
I Achtsamkeitstraining	Mittelwert	2.921	0.111
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergren ze	2.696
		Obergrenz e	3.145
	5% getrimmter Mittelwert	2.897	
	Median	2.833	
	Varianz	0.546	
	Standardabweichung	0.739	
	Minimum	1.500	

	Maximum	5.330	
	Bereich	3.830	
	Interquartilbereich	0.830	
	Schiefe	0.596	0.357
	Kurtosis	1.497	0.702
<i>2 Beziehung und Kommunikation</i>	Mittelwert	2.999	0.069
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.863
		Obergrenze	3.134
	5% getrimmter Mittelwert		3.012
	Median		3.000
	Varianz		0.508
	Standardabweichung		0.712
	Minimum		1.000
	Maximum		5.000
	Bereich		4.000
	Interquartilbereich		1.000
	Schiefe	-0.264	0.233
	Kurtosis	0.126	0.461
<i>3 Forum</i>	Mittelwert	2.890	0.093
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.706
		Obergrenze	3.073
	5% getrimmter Mittelwert		2.833
	Median		2.833
	Varianz		1.065
	Standardabweichung		1.032
	Minimum		1.170
	Maximum		7.000
	Bereich		5.830
	Interquartilbereich		1.290
	Schiefe	0.967	0.217
	Kurtosis	1.847	0.431
<i>4 Frauenkerngruppe</i>	Mittelwert	2.750	0.268
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.061
		Obergrenze	3.439
	5% getrimmter Mittelwert		2.713
	Median		2.583
	Varianz		0.431
	Standardabweichung		0.656
	Minimum		2.170
	Maximum		4.000

	Bereich	1.830	
	Interquartilbereich	0.830	
	Schiefe	1,770	0.845
	Kurtosis	3.535	1.741
<i>5 Lebensführung 1</i>	Mittelwert	3.114	0.089
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.936
		Obergrenze	3.292
	5% getrimmter Mittelwert	3.120	
	Median	3.167	
	Varianz	0.451	
	Standardabweichung	0.671	
	Minimum	1.500	
	Maximum	4.670	
	Bereich	3.170	
	Interquartilbereich	0.830	
	Schiefe	-0.279	0.316
	Kurtosis	-0.078	0.623
<i>6 Lebensführung 2</i>	Mittelwert	3.128	0.158
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.807
		Obergrenze	3.448
	5% getrimmter Mittelwert	3.142	
	Median	3.167	
	Varianz	0.844	
	Standardabweichung	0.918	
	Minimum	1.170	
	Maximum	5.170	
	Bereich	4.000	
	Interquartilbereich	1.370	
	Schiefe	-0.258	0.403
	Kurtosis	-0.008	0.788
<i>7 Lebensführung 3</i>	Mittelwert	2.984	0.106
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.767
		Obergrenze	3.201
	5% getrimmter Mittelwert	2.971	
	Median	3.000	
	Varianz	0.351	
	Standardabweichung	0.592	
	Minimum	1.670	
	Maximum	4.830	
	Bereich	3.170	

	Interquartilbereich		0.670	
	Schiefe		0.471	0.421
	Kurtosis		2.342	0.821
<i>8 Lebensführung 4</i>	Mittelwert		2.916	0.101
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.715	
		Obergrenze	3.116	
	5% getrimmter Mittelwert		2.880	
	Median		2.833	
	Varianz		0.863	
	Standardabweichung		0.929	
	Minimum		1.000	
	Maximum		6.000	
	Bereich		5.000	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		0.542	0.261
	Kurtosis		0.804	0.517
<i>9 Rhythmustherapie</i>	Mittelwert		3.057	0.114
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.828	
		Obergrenze	3.285	
	5% getrimmter Mittelwert		3.067	
	Median		3.083	
	Varianz		0.647	
	Standardabweichung		0.804	
	Minimum		1.330	
	Maximum		4.500	
	Bereich		3.170	
	Interquartilbereich		1.170	
	Schiefe		-0.154	0.337
	Kurtosis		-0.769	0.662
<i>10 Therapeutisches Reiten</i>	Mittelwert		2.813	0.117
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.571	
		Obergrenze	3.054	
	5% getrimmter Mittelwert		2.812	
	Median		3.000	
	Varianz		0.327	
	Standardabweichung		0.572	
	Minimum		1.830	
	Maximum		3.830	
	Bereich		2.000	
	Interquartilbereich		0.920	

	Schiefe	-0.258	0.472
	Kurtosis	-0.771	0.918
11 Transfer 1	Mittelwert	2.703	0.143
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.415
		Obergrenze	2.991
	5% getrimmter Mittelwert	2.683	
	Median	2.833	
	Varianz	0.939	
	Standardabweichung	0.969	
	Minimum	1.000	
	Maximum	4.830	
	Bereich	3.830	
	Interquartilbereich	1.710	
	Schiefe	0.124	0.350
	Kurtosis	-0.877	0.688
12 Transfer 2	Mittelwert	3.306	0.296
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.544
		Obergrenze	4.067
	5% getrimmter Mittelwert	3.312	
	Median	3.333	
	Varianz	0.527	
	Standardabweichung	0.726	
	Minimum	2.330	
	Maximum	4.170	
	Bereich	1.830	
	Interquartilbereich	1.460	
	Schiefe	-0.158	0.845
	Kurtosis	-1.599	1.741
13 Transfer 3	Mittelwert	2.638	0.162
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.306
		Obergrenze	2.970
	5% getrimmter Mittelwert	2.641	
	Median	2.333	
	Varianz	0.760	
	Standardabweichung	0.872	
	Minimum	1.000	
	Maximum	4.170	
	Bereich	3.170	
	Interquartilbereich	1.500	
	Schiefe	0.063	0.434

Kurtosis	-0.991	0.845
----------	--------	-------

Tabelle 31: Normalverteilungstest Faktor 1- Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen

	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
1 Achtsamkeitstraining	0.115	44.000	0.171	0.961	44.000	0.142
2 Beziehung und Kommunikation	0.116	108.000	0.001	0.984	108.000	0.241
3 Forum	0.088	124.000	0.020	0.949	124.000	0.000
4 Frauenkerngruppe	0.283	6.000	0.145	0.826	6.000	0.100
5 Lebensführung 1	0.128	57.000	0.021	0.981	57.000	0.516
6 Lebensführung 2	0.135	34.000	0.123	0.977	34.000	0.661
7 Lebensführung 3	0.127	31.000	.200*	0.944	31.000	0.105
8 Lebensführung 4	0.087	85.000	0.155	0.970	85.000	0.047
9 Rhythmusterapie	0.089	50.000	.200*	0.976	50.000	0.393
10 Therapeutisches Reiten	0.170	24.000	0.070	0.945	24.000	0.215
11 Transfer 1	0.097	46.000	.200*	0.963	46.000	0.156
12 Transfer 2	0.164	6.000	.200*	0.951	6.000	0.746
13 Transfer 3	0.154	29.000	0.077	0.955	29.000	0.253

*. Dies ist die Untergrenze der tatsächlichen Statistik

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Tabelle 32: Deskriptive Statistik zu Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen

Gruppenbezeichnung		Statistik	Standardfehler
1 Achtsamkeitstraining	Mittelwert	2.701	0.125
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.449
		Obergrenze	2.952
	5% getrimmter Mittelwert	2.667	
	Median	3.000	
	Varianz	0.765	
	Standardabweichung	0.875	
	Minimum	1.333	
	Maximum	5.333	
	Bereich	4.000	
	Interquartilbereich	1.333	
	Schiefe	0.440	0.340
	Kurtosis	0.331	0.668
2 Beziehung und Kommunikation	Mittelwert	3.222	0.087
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	3.051
		Obergrenze	3.394

	5% getrimmter Mittelwert		3.222	
	Median		3.333	
	Varianz		0.833	
	Standardabweichung		0.913	
	Minimum		1.000	
	Maximum		6.000	
	Bereich		5.000	
	Interquartilbereich		1.333	
	Schiefe		-0.116	0.229
	Kurtosis		0.123	0.455
<i>3 Forum</i>	Mittelwert		3.216	0.105
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	3.008	
		Obergrenze	3.424	
	5% getrimmter Mittelwert		3.171	
	Median		3.333	
	Varianz		1.380	
	Standardabweichung		1.175	
	Minimum		1.000	
	Maximum		7.000	
	Bereich		6.000	
	Interquartilbereich		1.667	
	Schiefe		0.550	0.217
	Kurtosis		0.576	0.430
<i>4 Frauenkerngruppe</i>	Mittelwert		3.278	0.359
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.354	
		Obergrenze	4.201	
	5% getrimmter Mittelwert		3.272	
	Median		3.000	
	Varianz		0.774	
	Standardabweichung		0.880	
	Minimum		2.333	
	Maximum		4.333	
	Bereich		2.000	
	Interquartilbereich		1.750	
	Schiefe		0.464	0.845
	Kurtosis		-2.094	1.741
<i>5 Lebensführung I</i>	Mittelwert		3.203	0.107
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.989	
		Obergrenze	3.417	
	5% getrimmter Mittelwert		3.182	

	Median		3.333	
	Varianz		0.674	
	Standardabweichung		0.821	
	Minimum		1.000	
	Maximum		7.000	
	Bereich		6.000	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		1.234	0.311
	Kurtosis		7.381	0.613
<i>6 Lebensführung 2</i>	Mittelwert		3.216	0.164
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.882	
		Obergrenze	3.549	
	5% getrimmter Mittelwert		3.170	
	Median		3.000	
	Varianz		0.915	
	Standardabweichung		0.957	
	Minimum		1.667	
	Maximum		6.000	
	Bereich		4.333	
	Interquartilbereich		1.417	
	Schiefe		0.713	0.403
	Kurtosis		0.878	0.788
<i>7 Lebensführung 3</i>	Mittelwert		3.151	0.173
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.796	
		Obergrenze	3.505	
	5% getrimmter Mittelwert		3.137	
	Median		3.333	
	Varianz		0.932	
	Standardabweichung		0.965	
	Minimum		1.333	
	Maximum		5.333	
	Bereich		4.000	
	Interquartilbereich		1.667	
	Schiefe		0.115	0.421
	Kurtosis		-0.409	0.821
<i>8 Lebensführung 4</i>	Mittelwert		3.049	0.110
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.829	
		Obergrenze	3.268	
	5% getrimmter Mittelwert		3.021	
	Median		3.000	

	Varianz		1.085	
	Standardabweichung		1.042	
	Minimum		1.000	
	Maximum		6.000	
	Bereich		5.000	
	Interquartilbereich		1.333	
	Schiefe		0.305	0.255
	Kurtosis		0.013	0.506
<i>9 Rhythmustherapie</i>	Mittelwert		2.747	0.132
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.482	
		Obergrenze	3.012	
	5% getrimmter Mittelwert		2.744	
	Median		2.667	
	Varianz		0.869	
	Standardabweichung		0.932	
	Minimum		1.000	
	Maximum		4.667	
	Bereich		3.667	
	Interquartilbereich		1.667	
	Schiefe		0.029	0.337
	Kurtosis		-0.885	0.662
<i>10 Therapeutisches Reiten</i>	Mittelwert		1.962	0.131
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	1.691	
		Obergrenze	2.232	
	5% getrimmter Mittelwert		1.925	
	Median		2.000	
	Varianz		0.447	
	Standardabweichung		0.669	
	Minimum		1.000	
	Maximum		3.667	
	Bereich		2.667	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		0.879	0.456
	Kurtosis		0.672	0.887
<i>11 Transfer I</i>	Mittelwert		2.645	0.146
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.351	
		Obergrenze	2.939	
	5% getrimmter Mittelwert		2.613	
	Median		2.667	
	Varianz		0.980	

12 Transfer 2	Standardabweichung		0.990	
	Minimum		1.000	
	Maximum		5.333	
	Bereich		4.333	
	Interquartilbereich		1.417	
	Schiefe		0.423	0.350
	Kurtosis		-0.015	0.688
	Mittelwert		3.733	0.371
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.703	
		Obergrenze	4.764	
	5% getrimmter Mittelwert		3.759	
	Median		4.333	
	Varianz		0.689	
	Standardabweichung		0.830	
13 Transfer 3	Minimum		2.667	
	Maximum		4.333	
	Bereich		1.667	
	Interquartilbereich		1.500	
	Schiefe		-0.700	0.913
	Kurtosis		-2.804	2.000
	Mittelwert		2.990	0.170
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.642	
		Obergrenze	3.337	
	5% getrimmter Mittelwert		3.032	
	Median		3.167	
	Varianz		0.928	
	Standardabweichung		0.963	
	Minimum		1.000	
	Maximum		4.333	
	Bereich		3.333	
	Interquartilbereich		2.000	
	Schiefe		-0.454	0.414
	Kurtosis		-0.882	0.809

Tabelle 33: Normalverteilungstest zu Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen

Gruppenbezeichnung	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
1 Achtsamkeitstraining	0.144	49	0.012	0.950	49	0.037
2 Beziehung und Kommunikation	0.134	11	0.000	0.969	111	0.010
3 Forum	0.084	12	0.029	0.969	125	0.006

4 Frauenkerngruppe	0.256	6	0.200*	0.849	6	0.154
5 Lebensführung 1	0.168	59	0.000	0.870	59	0.000
6 Lebensführung 2	0.148	34	0.057	0.949	34	0.119
7 Lebensführung 3	0.093	31	0.200*	0.978	31	0.741
8 Lebensführung 4	0.093	89	0.057	0.979	89	0.151
9 Rhythmustherapie	0.148	50	0.008	0.965	50	0.146
10 Therapeutisches Reiten	0.169	26	0.053	0.926	26	0.061
11 Transfer 1	0.102	46	0.200*	0.971	46	0.298
12 Transfer 2	0.365	5	0.028	0.742	5	0.025
13 Transfer 3	0.165	32	0.026	0.907	32	0.010

*. Dies ist die Untergrenze der tatsächlichen Statistik
a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Tabelle 34: Mittelwertvergleiche nach Games- Howell für Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen

		Gruppenbezeichnung	Mittelwertdifferenz (I-J)	Standardfehler	Sig.	95 % Konfidenzintervall	
Gruppe 1 (I)	Gruppe 2 (J)					Untergrenze	Obergrenze
1 Achtsamkeitstraining	2 Beziehung und Kommunikation	-.52154*	0.152	0.046	0.0	-1.038	-0.005
	3 Forum	-0.515	0.163	0.093	0.0	-1.068	0.037
	4 Frauenkerngruppe	-0.577	0.380	0.08	0.9	-2.406	1.252
	5 Lebensführung 1	-0.503	0.164	0.22	0.1	-1.061	0.056
	6 Lebensführung 2	-0.515	0.206	0.093	0.3	-1.223	0.193
	7 Lebensführung 3	-0.450	0.214	0.60	0.6	-1.187	0.288
	8 Lebensführung 4	-0.348	0.167	0.73	0.6	-0.912	0.216
	9 Rhythmustherapie	-0.046	0.182	1.00	1.0	-0.663	0.571
	10 Therapeutisches Reiten	.73914*	0.181	0.08	0.0	0.116	1.363
	11 Transfer 1	0.056	0.192	0.00	1.0	-0.598	0.710
	12 Transfer 2	-1.033	0.392	0.49	0.4	-3.109	1.044
	13 Transfer 3	-0.289	0.211	0.75	0.9	-1.017	0.439
2 Beziehung und Kommunikation	1 Achtsamkeitstraining	.52154*	0.152	0.046	0.0	0.005	1.038
	3 Forum	0.006	0.136	0.00	1.0	-0.450	0.462
	4 Frauenkerngruppe	-0.056	0.369	0.00	1.0	-1.913	1.802
	5 Lebensführung 1	0.019	0.138	0.00	1.0	-0.446	0.483
	6 Lebensführung 2	0.007	0.186	0.00	1.0	-0.637	0.650

	7 Lebensführung 3	0.072	0.194	1.000	-0.605	0.748
	8 Lebensführung 4	0.174	0.140	0.990	-0.298	0.645
	9 Rhythmustherapie	0.476	0.158	0.136	-0.061	1.012
	10 Therapeutisches Reiten	1.26068*	0.157	0.000	0.714	1.808
	11 Transfer 1	0.577	0.170	0.052	-0.003	1.157
	12 Transfer 2	-0.511	0.381	0.944	-2.641	1.619
	13 Transfer 3	0.233	0.191	0.990	-0.433	0.898
<i>3 Forum</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.515	0.163	0.093	-0.037	1.068
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.006	0.136	1.000	-0.462	0.450
	4 Frauenkerngruppe	-0.062	0.374	1.000	-1.905	1.782
	5 Lebensführung 1	0.013	0.150	1.000	-0.492	0.517
	6 Lebensführung 2	0.000	0.195	1.000	-0.671	0.671
	7 Lebensführung 3	0.065	0.203	1.000	-0.637	0.768
	8 Lebensführung 4	0.167	0.152	0.997	-0.344	0.678
	9 Rhythmustherapie	0.469	0.169	0.225	-0.101	1.040
	10 Therapeutisches Reiten	1.25446*	0.168	0.000	0.676	1.833
	11 Transfer 1	0.571	0.180	0.091	-0.040	1.182
	12 Transfer 2	-0.517	0.386	0.945	-2.622	1.587
	13 Transfer 3	0.226	0.200	0.995	-0.465	0.918
<i>4 Frauenkerngruppe</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.577	0.380	0.908	-1.252	2.406
	2 Beziehung und Kommunikation	0.056	0.369	1.000	-1.802	1.913
	3 Forum	0.062	0.374	1.000	-1.782	1.905
	5 Lebensführung 1	0.074	0.375	1.000	-1.768	1.917
	6 Lebensführung 2	0.062	0.395	1.000	-1.746	1.870
	7 Lebensführung 3	0.127	0.399	1.000	-1.678	1.932
	8 Lebensführung 4	0.229	0.376	1.000	-1.610	2.069
	9 Rhythmustherapie	0.531	0.383	0.944	-1.293	2.356
	10 Therapeutisches Reiten	1.316	0.382	0.192	-0.510	3.142
	11 Transfer 1	0.633	0.388	0.873	-1.183	2.449
	12 Transfer 2	-0.456	0.517	0.998	-2.691	1.780

	13 Transfer 3	0.288	0.398	1.0 00	-1.517	2.094
<i>5 Lebensführung 1</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.503	0.164	0.1 22	-0.056	1.061
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.019	0.138	1.0 00	-0.483	0.446
	3 Forum	-0.013	0.150	1.0 00	-0.517	0.492
	4 Frauenkerngruppe	-0.074	0.375	1.0 00	-1.917	1.768
	6 Lebensführung 2	-0.012	0.196	1.0 00	-0.687	0.663
	7 Lebensführung 3	0.053	0.204	1.0 00	-0.653	0.759
	8 Lebensführung 4	0.155	0.154	0.9 99	-0.363	0.673
	9 Rhythmustherapie	0.457	0.170	0.2 73	-0.120	1.033
	10 Therapeutisches Reiten	1.24185*	0.169	0.0 00	0.657	1.826
	11 Transfer 1	0.558	0.181	0.1 16	-0.058	1.175
	12 Transfer 2	-0.530	0.386	0.9 38	-2.632	1.572
	13 Transfer 3	0.214	0.201	0.9 97	-0.482	0.910
<i>6 Lebensführung 2</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.515	0.206	0.3 93	-0.193	1.223
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.007	0.186	1.0 00	-0.650	0.637
	3 Forum	0.000	0.195	1.0 00	-0.671	0.671
	4 Frauenkerngruppe	-0.062	0.395	1.0 00	-1.870	1.746
	5 Lebensführung 1	0.012	0.196	1.0 00	-0.663	0.687
	7 Lebensführung 3	0.065	0.239	1.0 00	-0.757	0.887
	8 Lebensführung 4	0.167	0.198	1.0 00	-0.513	0.847
	9 Rhythmustherapie	0.469	0.210	0.5 75	-0.253	1.191
	10 Therapeutisches Reiten	1.25415*	0.210	0.0 00	0.528	1.980
	11 Transfer 1	0.571	0.220	0.3 30	-0.181	1.323
	12 Transfer 2	-0.518	0.406	0.9 63	-2.544	1.509
	13 Transfer 3	0.226	0.236	0.9 99	-0.588	1.040
<i>7 Lebensführung 3</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.450	0.214	0.6 60	-0.288	1.187
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.072	0.194	1.0 00	-0.748	0.605
	3 Forum	-0.065	0.203	1.0 00	-0.768	0.637
	4 Frauenkerngruppe	-0.127	0.399	1.0 00	-1.932	1.678
	5 Lebensführung 1	-0.053	0.204	1.0 00	-0.759	0.653

	6 Lebensführung 2	-0.065	0.239	1.0 00	-0.887	0.757
	8 Lebensführung 4	0.102	0.206	1.0 00	-0.609	0.813
	9 Rhythmustherapie	0.404	0.218	0.8 14	-0.346	1.154
	10 Therapeutisches Reiten	1.18900 [*]	0.217	0.0 00	0.435	1.943
	11 Transfer 1	0.506	0.227	0.5 73	-0.274	1.285
	12 Transfer 2	-0.583	0.410	0.9 33	-2.600	1.434
	13 Transfer 3	0.161	0.243	1.0 00	-0.677	0.999
<i>8 Lebensführung 4</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.348	0.167	0.6 73	-0.216	0.912
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.174	0.140	0.9 90	-0.645	0.298
	3 Forum	-0.167	0.152	0.9 97	-0.678	0.344
	4 Frauenkerngruppe	-0.229	0.376	1.0 00	-2.069	1.610
	5 Lebensführung 1	-0.155	0.154	0.9 99	-0.673	0.363
	6 Lebensführung 2	-0.167	0.198	1.0 00	-0.847	0.513
	7 Lebensführung 3	-0.102	0.206	1.0 00	-0.813	0.609
	9 Rhythmustherapie	0.302	0.172	0.8 66	-0.280	0.884
	10 Therapeutisches Reiten	1.08715 [*]	0.171	0.0 00	0.497	1.677
	11 Transfer 1	0.404	0.183	0.5 89	-0.218	1.026
	12 Transfer 2	-0.685	0.387	0.8 10	-2.782	1.412
	13 Transfer 3	0.059	0.203	1.0 00	-0.642	0.760
<i>9 Rhythmustherapie</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.046	0.182	1.0 00	-0.571	0.663
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.476	0.158	0.1 36	-1.012	0.061
	3 Forum	-0.469	0.169	0.2 25	-1.040	0.101
	4 Frauenkerngruppe	-0.531	0.383	0.9 44	-2.356	1.293
	5 Lebensführung 1	-0.457	0.170	0.2 73	-1.033	0.120
	6 Lebensführung 2	-0.469	0.210	0.5 75	-1.191	0.253
	7 Lebensführung 3	-0.404	0.218	0.8 14	-1.154	0.346
	8 Lebensführung 4	-0.302	0.172	0.8 66	-0.884	0.280
	10 Therapeutisches Reiten	.78513 [*]	0.186	0.0 05	0.146	1.424
	11 Transfer 1	0.102	0.197	1.0 00	-0.567	0.771
	12 Transfer 2	-0.987	0.394	0.4 97	-3.054	1.080

	13 Transfer 3	-0.243	0.215	0.9 95	-0.984	0.498
<i>10 Therapeutisches Reiten</i>	1 Achtsamkeitstraining	-.73914*	0.181	0.0 08	-1.363	-0.116
	2 Beziehung und Kommunikation	-1.26068*	0.157	0.0 00	-1.808	-0.714
	3 Forum	-1.25446*	0.168	0.0 00	-1.833	-0.676
	4 Frauenkerngruppe	-1.316	0.382	0.1 92	-3.142	0.510
	5 Lebensführung 1	-1.24185*	0.169	0.0 00	-1.826	-0.657
	6 Lebensführung 2	-1.25415*	0.210	0.0 00	-1.980	-0.528
	7 Lebensführung 3	-1.18900*	0.217	0.0 00	-1.943	-0.435
	8 Lebensführung 4	-1.08715*	0.171	0.0 00	-1.677	-0.497
	9 Rhythmustherapie	-.78513*	0.186	0.0 05	-1.424	-0.146
	11 Transfer 1	-.68339*	0.196	0.0 44	-1.357	-0.010
	12 Transfer 2	-1.772	0.394	0.0 91	-3.841	0.297
	13 Transfer 3	-1.02804*	0.215	0.0 01	-1.772	-0.284
<i>11 Transfer 1</i>	1 Achtsamkeitstraining	-0.056	0.192	1.0 00	-0.710	0.598
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.577	0.170	0.0 52	-1.157	0.003
	3 Forum	-0.571	0.180	0.0 91	-1.182	0.040
	4 Frauenkerngruppe	-0.633	0.388	0.8 73	-2.449	1.183
	5 Lebensführung 1	-0.558	0.181	0.1 16	-1.175	0.058
	6 Lebensführung 2	-0.571	0.220	0.3 30	-1.323	0.181
	7 Lebensführung 3	-0.506	0.227	0.5 73	-1.285	0.274
	8 Lebensführung 4	-0.404	0.183	0.5 89	-1.026	0.218
	9 Rhythmustherapie	-0.102	0.197	1.0 00	-0.771	0.567
	10 Therapeutisches Reiten	.68339*	0.196	0.0 44	0.010	1.357
	12 Transfer 2	-1.088	0.399	0.4 09	-3.136	0.960
	13 Transfer 3	-0.345	0.224	0.9 42	-1.115	0.425
<i>12 Transfer 2</i>	1 Achtsamkeitstraining	1.033	0.392	0.4 49	-1.044	3.109
	2 Beziehung und Kommunikation	0.511	0.381	0.9 44	-1.619	2.641
	3 Forum	0.517	0.386	0.9 45	-1.587	2.622
	4 Frauenkerngruppe	0.456	0.517	0.9 98	-1.780	2.691
	5 Lebensführung 1	0.530	0.386	0.9 38	-1.572	2.632

	6 Lebensführung 2	0.518	0.406	0.9 63	-1.509	2.544
	7 Lebensführung 3	0.583	0.410	0.9 33	-1.434	2.600
	8 Lebensführung 4	0.685	0.387	0.8 10	-1.412	2.782
	9 Rhythmustherapie	0.987	0.394	0.4 97	-1.080	3.054
	10 Therapeutisches Reiten	1.772	0.394	0.0 91	-0.297	3.841
	11 Transfer 1	1.088	0.399	0.4 09	-0.960	3.136
	13 Transfer 3	0.744	0.408	0.7 93	-1.276	2.764
13 Transfer 3	1 Achtsamkeitstraining	0.289	0.211	0.9 75	-0.439	1.017
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.233	0.191	0.9 90	-0.898	0.433
	3 Forum	-0.226	0.200	0.9 95	-0.918	0.465
	4 Frauenkerngruppe	-0.288	0.398	1.0 00	-2.094	1.517
	5 Lebensführung 1	-0.214	0.201	0.9 97	-0.910	0.482
	6 Lebensführung 2	-0.226	0.236	0.9 99	-1.040	0.588
	7 Lebensführung 3	-0.161	0.243	1.0 00	-0.999	0.677
	8 Lebensführung 4	-0.059	0.203	1.0 00	-0.760	0.642
	9 Rhythmustherapie	0.243	0.215	0.9 95	-0.498	0.984
	10 Therapeutisches Reiten	1.02804*	0.215	0.0 01	0.284	1.772
	11 Transfer 1	0.345	0.224	0.9 42	-0.425	1.115
	12 Transfer 2	-0.744	0.408	0.7 93	-2.764	1.276

*. die Mittelwertdifferenz ist auf der Stufe 0.05 signifikant

Tabelle 35: Deskriptive Mittelwertstatistik zu Frage 10- Kontakt zum Therapeuten

Gruppenbezeichnung	Statistik	Standardfehler
1 Achtsamkeitstraining	Mittelwert	2.320
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	0.126
	Untergrenze	2.067
	Obergrenze	2.573
	5% getrimmter Mittelwert	2.278
	Median	2.000
	Varianz	0.793
	Standardabweichung	0.891
	Minimum	1.000
	Maximum	5.000
	Bereich	4.000
	Interquartilbereich	1.000

	Schiefe		0.573	0.337
	Kurtosis		0.589	0.662
<i>2 Beziehung und Kommunikation</i>	Mittelwert		3.018	0.116
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.789	
		Obergrenze	3.247	
	5% getrimmter Mittelwert		3.005	
	Median		3.000	
	Varianz		1.468	
	Standardabweichung		1.211	
	Minimum		1.000	
	Maximum		7.000	
	Bereich		6.000	
	Interquartilbereich		2.000	
	Schiefe		-0.035	0.230
	Kurtosis		0.013	0.457
<i>3 Forum</i>	Mittelwert		2.702	0.110
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.484	
		Obergrenze	2.921	
	5% getrimmter Mittelwert		2.624	
	Median		2.000	
	Varianz		1.477	
	Standardabweichung		1.215	
	Minimum		1.000	
	Maximum		7.000	
	Bereich		6.000	
	Interquartilbereich		1.500	
	Schiefe		1.158	0.220
	Kurtosis		2.322	0.437
<i>4 Frauenkerngruppe</i>	Mittelwert		1.333	0.333
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	0.476	
		Obergrenze	2.190	
	5% getrimmter Mittelwert		1.259	
	Median		1.000	
	Varianz		0.667	
	Standardabweichung		0.816	
	Minimum		1.000	
	Maximum		3.000	
	Bereich		2.000	
	Interquartilbereich		0.500	
	Schiefe		2.449	0.845
	Kurtosis		6.000	1.741
<i>5 Lebensführung 1</i>	Mittelwert		2.383	0.126

	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.131	
		Obergrenze	2.635	
	5% getrimmter Mittelwert		2.352	
	Median		2.000	
	Varianz		0.952	
	Standardabweichung		0.976	
	Minimum		1.000	
	Maximum		5.000	
	Bereich		4.000	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		0.283	0.309
	Kurtosis		-0.362	0.608
6 Lebensführung 2	Mittelwert		2.765	0.231
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.294	
		Obergrenze	3.236	
	5% getrimmter Mittelwert		2.739	
	Median		3.000	
	Varianz		1.822	
	Standardabweichung		1.350	
	Minimum		1.000	
	Maximum		5.000	
	Bereich		4.000	
	Interquartilbereich		3.000	
	Schiefe		-0.093	0.403
	Kurtosis		-1.462	0.788
7 Lebensführung 3	Mittelwert		2.313	0.188
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	1.930	
		Obergrenze	2.695	
	5% getrimmter Mittelwert		2.292	
	Median		2.000	
	Varianz		1.125	
	Standardabweichung		1.061	
	Minimum		1.000	
	Maximum		4.000	
	Bereich		3.000	
	Interquartilbereich		1.750	
	Schiefe		0.355	0.414
	Kurtosis		-1.029	0.809
8 Lebensführung 4	Mittelwert		2.544	0.114
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.318	
		Obergrenze	2.771	
	5% getrimmter Mittelwert		2.500	

	Median		2.000	
	Varianz		1.172	
	Standardabweichung		1.083	
	Minimum		1.000	
	Maximum		6.000	
	Bereich		5.000	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		0.562	0.254
	Kurtosis		0.101	0.503
<i>9 Rhythmustherapie</i>	Mittelwert		2.648	0.157
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.334	
		Obergrenze	2.963	
	5% getrimmter Mittelwert		2.582	
	Median		3.000	
	Varianz		1.327	
	Standardabweichung		1.152	
	Minimum		1.000	
	Maximum		6.000	
	Bereich		5.000	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		0.584	0.325
	Kurtosis		1.049	0.639
<i>10 Therapeutisches Reiten</i>	Mittelwert		1.667	0.141
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	1.376	
		Obergrenze	1.957	
	5% getrimmter Mittelwert		1.630	
	Median		2.000	
	Varianz		0.538	
	Standardabweichung		0.734	
	Minimum		1.000	
	Maximum		3.000	
	Bereich		2.000	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		0.631	0.448
	Kurtosis		-0.817	0.872
<i>11 Transfer 1</i>	Mittelwert		2.739	0.210
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.317	
		Obergrenze	3.161	
	5% getrimmter Mittelwert		2.621	
	Median		2.500	
	Varianz		2.019	
	Standardabweichung		1.421	
	Minimum		1.000	

	Maximum		7.000	
	Bereich		6.000	
	Interquartilbereich		2.000	
	Schiefe		1.020	0.350
	Kurtosis		1.622	0.688
12 Transfer 2	Mittelwert		2.500	0.342
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	1.622	
		Obergrenze	3.378	
	5% getrimmter Mittelwert		2.444	
	Median		2.000	
	Varianz		0.700	
	Standardabweichung		0.837	
	Minimum		2.000	
	Maximum		4.000	
	Bereich		2.000	
	Interquartilbereich		1.250	
	Schiefe		1.537	0.845
	Kurtosis		1.429	1.741
13 Transfer 3	Mittelwert		2.656	0.199
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	2.251	
		Obergrenze	3.062	
	5% getrimmter Mittelwert		2.674	
	Median		3.000	
	Varianz		1.265	
	Standardabweichung		1.125	
	Minimum		1.000	
	Maximum		4.000	
	Bereich		3.000	
	Interquartilbereich		2.000	
	Schiefe		-0.127	0.414
	Kurtosis		-1.368	0.809

Tabelle 36: Normalverteilungstest- Frage 10- Kontakt zum Therapeuten

Gruppenbezeichnung	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
1 Achtsamkeitstraining	0.260	50	0.000	0.871	50	0.000
2 Beziehung und Kommunikation	0.218	110	0.000	0.881	110	0.000
3 Forum	0.239	121	0.000	0.850	121	0.000
5 Lebensführung 1	0.203	60	0.000	0.893	60	0.000
6 Lebensführung 2	0.232	34	0.000	0.857	34	0.000
7 Lebensführung 3	0.241	32	0.000	0.859	32	0.001
8 Lebensführung 4	0.237	90	0.000	0.897	90	0.000

9 Rhythmustherapie	0.213	54	0.000	0.878	54	0.000
10 Therapeutisches Reiten	0.300	27	0.000	0.769	27	0.000
11 Transfer 1	0.199	46	0.000	0.863	46	0.000
13 Transfer 3	0.196	32	0.003	0.853	32	0.000

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Tabelle 37: Mittelwertvergleiche nach Games- Howell für Frage 10- Kontakt zum Therapeuten

	Gruppenbezeichnung	Mittelwertdifferenz (I-J)	Standardfehler	Sig.	95 % Konfidenzintervall	
Gruppe 1 (I)	Gruppe 2 (J)				Untergrenze	Obergrenze
1 Achtsamkeitstraining	2 Beziehung und Kommunikation	-.698*	0.171	0.005	-1.275	-0.121
	3 Forum	-0.382	0.168	0.534	-0.949	0.184
	4 Frauenkerngruppe	0.987	0.356	0.375	-0.704	2.678
	5 Lebensführung 1	-0.063	0.178	1.000	-0.667	0.540
	6 Lebensführung 2	-0.445	0.264	0.891	-1.359	0.470
	7 Lebensführung 3	0.007	0.226	1.000	-0.773	0.788
	8 Lebensführung 4	-0.224	0.170	0.983	-0.799	0.350
	9 Rhythmustherapie	-0.328	0.201	0.915	-1.011	0.355
	10 Therapeutisches Reiten	.653*	0.189	0.049	0.002	1.305
	11 Transfer 1	-0.419	0.244	0.882	-1.256	0.418
	12 Transfer 2	-0.180	0.364	1.000	-1.915	1.555
	13 Transfer 3	-0.336	0.235	0.965	-1.151	0.478
	2 Beziehung und Kommunikation	1 Achtsamkeitstraining	.698*	0.171	0.005	0.121
3 Forum		0.316	0.160	0.748	-0.220	0.851
4 Frauenkerngruppe		1.685	0.353	0.052	-0.013	3.382
5 Lebensführung 1		.635*	0.171	0.017	0.059	1.211
6 Lebensführung 2		0.253	0.259	0.999	-0.646	1.153
7 Lebensführung 3		0.706	0.220	0.095	-0.056	1.467
8 Lebensführung 4		0.474	0.162	0.161	-0.071	1.018
9 Rhythmustherapie		0.370	0.195	0.792	-0.289	1.029
10 Therapeutisches Reiten		1.352*	0.182	0.000	0.724	1.979
11 Transfer 1		0.279	0.239	0.994	-0.540	1.098
12 Transfer 2		0.518	0.361	0.931	-1.223	2.260

	13 Transfer 3	0.362	0.230	0.930	-0.435	1.159
<i>3 Forum</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.382	0.168	0.534	-0.184	0.949
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.316	0.160	0.748	-0.851	0.220
	4 Frauenkerngruppe	1.369	0.351	0.125	-0.332	3.070
	5 Lebensführung 1	0.319	0.168	0.790	-0.246	0.884
	6 Lebensführung 2	-0.062	0.256	1.000	-0.955	0.831
	7 Lebensführung 3	0.390	0.218	0.845	-0.364	1.144
	8 Lebensführung 4	0.158	0.159	0.999	-0.375	0.691
	9 Rhythmustherapie	0.054	0.192	1.000	-0.596	0.704
	10 Therapeutisches Reiten	1.036*	0.179	0.000	0.418	1.653
	11 Transfer 1	-0.037	0.237	1.000	-0.848	0.775
	12 Transfer 2	0.202	0.359	1.000	-1.543	1.948
	13 Transfer 3	0.046	0.227	1.000	-0.743	0.836
<i>4 Frauenkerngruppe</i>	1 Achtsamkeitstraining	-0.987	0.356	0.375	-2.678	0.704
	2 Beziehung und Kommunikation	-1.685	0.353	0.052	-3.382	0.013
	3 Forum	-1.369	0.351	0.125	-3.070	0.332
	5 Lebensführung 1	-1.050	0.356	0.315	-2.741	0.641
	6 Lebensführung 2	-1.431	0.406	0.121	-3.112	0.249
	7 Lebensführung 3	-0.979	0.382	0.437	-2.649	0.691
	8 Lebensführung 4	-1.211	0.352	0.197	-2.910	0.487
	9 Rhythmustherapie	-1.315	0.368	0.151	-2.989	0.360
	10 Therapeutisches Reiten	-0.333	0.362	0.997	-2.017	1.350
	11 Transfer 1	-1.406	0.394	0.123	-3.075	0.264
	12 Transfer 2	-1.167	0.477	0.483	-3.170	0.836
	13 Transfer 3	-1.323	0.388	0.159	-2.994	0.348
<i>5 Lebensführung 1</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.063	0.178	1.000	-0.540	0.667
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.635*	0.171	0.017	-1.211	-0.059
	3 Forum	-0.319	0.168	0.790	-0.884	0.246
	4 Frauenkerngruppe	1.050	0.356	0.315	-0.641	2.741
	6 Lebensführung 2	-0.381	0.264	0.961	-1.295	0.533

	7 Lebensführung 3	0.071	0.226	1.000	-0.709	0.851
	8 Lebensführung 4	-0.161	0.170	0.999	-0.734	0.412
	9 Rhythmustherapie	-0.265	0.201	0.983	-0.947	0.417
	10 Therapeutisches Reiten	0.717*	0.189	0.018	0.066	1.367
	11 Transfer 1	-0.356	0.244	0.961	-1.192	0.480
	12 Transfer 2	-0.117	0.364	1.000	-1.851	1.618
	13 Transfer 3	-0.273	0.235	0.994	-1.087	0.541
6 Lebensführung 2	1 Achtsamkeitstraining	0.445	0.264	0.891	-0.470	1.359
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.253	0.259	0.999	-1.153	0.646
	3 Forum	0.062	0.256	1.000	-0.831	0.955
	4 Frauenkerngruppe	1.431	0.406	0.121	-0.249	3.112
	5 Lebensführung 1	0.381	0.264	0.961	-0.533	1.295
	7 Lebensführung 3	0.452	0.298	0.946	-0.574	1.478
	8 Lebensführung 4	0.220	0.258	1.000	-0.677	1.118
	9 Rhythmustherapie	0.117	0.280	1.000	-0.846	1.080
	10 Therapeutisches Reiten	1.098*	0.271	0.010	0.158	2.038
	11 Transfer 1	0.026	0.312	1.000	-1.044	1.095
	12 Transfer 2	0.265	0.413	1.000	-1.455	1.984
	13 Transfer 3	0.108	0.305	1.000	-0.942	1.159
7 Lebensführung 3	1 Achtsamkeitstraining	-0.007	0.226	1.000	-0.788	0.773
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.706	0.220	0.995	-1.467	0.056
	3 Forum	-0.390	0.218	0.845	-1.144	0.364
	4 Frauenkerngruppe	0.979	0.382	0.437	-0.691	2.649
	5 Lebensführung 1	-0.071	0.226	1.000	-0.851	0.709
	6 Lebensführung 2	-0.452	0.298	0.946	-1.478	0.574
	8 Lebensführung 4	-0.232	0.219	0.997	-0.992	0.528
	9 Rhythmustherapie	-0.336	0.244	0.975	-1.174	0.503
	10 Therapeutisches Reiten	0.646	0.235	0.255	-0.167	1.458
	11 Transfer 1	-0.427	0.281	0.948	-1.388	0.535
	12 Transfer 2	-0.188	0.390	1.000	-1.899	1.524

	13 Transfer 3	-0.344	0.273	0.9 87	-1.285	0.598
<i>8 Lebensführung 4</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.224	0.170	0.9 83	-0.350	0.799
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.474	0.162	0.1 61	-1.018	0.071
	3 Forum	-0.158	0.159	0.9 99	-0.691	0.375
	4 Frauenkerngruppe	1.211	0.352	0.1 97	-0.487	2.910
	5 Lebensführung 1	0.161	0.170	0.9 99	-0.412	0.734
	6 Lebensführung 2	-0.220	0.258	1.0 00	-1.118	0.677
	7 Lebensführung 3	0.232	0.219	0.9 97	-0.528	0.992
	9 Rhythmustherapie	-0.104	0.194	1.0 00	-0.761	0.553
	10 Therapeutisches Reiten	0.878*	0.182	0.0 01	0.253	1.503
	11 Transfer 1	-0.195	0.239	1.0 00	-1.012	0.623
	12 Transfer 2	0.044	0.360	1.0 00	-1.698	1.787
	13 Transfer 3	-0.112	0.229	1.0 00	-0.907	0.683
<i>9 Rhythmustherapie</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.328	0.201	0.9 15	-0.355	1.011
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.370	0.195	0.7 92	-1.029	0.289
	3 Forum	-0.054	0.192	1.0 00	-0.704	0.596
	4 Frauenkerngruppe	1.315	0.368	0.1 51	-0.360	2.989
	5 Lebensführung 1	0.265	0.201	0.9 83	-0.417	0.947
	6 Lebensführung 2	-0.117	0.280	1.0 00	-1.080	0.846
	7 Lebensführung 3	0.336	0.244	0.9 75	-0.503	1.174
	8 Lebensführung 4	0.104	0.194	1.0 00	-0.553	0.761
	10 Therapeutisches Reiten	.981*	0.211	0.0 01	0.259	1.704
	11 Transfer 1	-0.091	0.262	1.0 00	-0.983	0.801
	12 Transfer 2	0.148	0.376	1.0 00	-1.569	1.866
	13 Transfer 3	-0.008	0.253	1.0 00	-0.878	0.862
<i>10 Therapeutisches Reiten</i>	1 Achtsamkeitstraining	-.653*	0.189	0.0 49	-1.305	-0.002
	2 Beziehung und Kommunikation	-1.352*	0.182	0.0 00	-1.979	-0.724
	3 Forum	-1.036*	0.179	0.0 00	-1.653	-0.418
	4 Frauenkerngruppe	0.333	0.362	0.9 97	-1.350	2.017
	5 Lebensführung 1	-.717*	0.189	0.0 18	-1.367	-0.066

	6 Lebensführung 2	-1.098*	0.271	0.0 10	-2.038	-0.158
	7 Lebensführung 3	-0.646	0.235	0.2 55	-1.458	0.167
	8 Lebensführung 4	-.878*	0.182	0.0 01	-1.503	-0.253
	9 Rhythmustherapie	-.981*	0.211	0.0 01	-1.704	-0.259
	11 Transfer 1	-1.072*	0.253	0.0 04	-1.939	-0.206
	12 Transfer 2	-0.833	0.370	0.5 91	-2.560	0.894
	13 Transfer 3	-.990*	0.244	0.0 09	-1.835	-0.144
<i>11 Transfer 1</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.419	0.244	0.8 82	-0.418	1.256
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.279	0.239	0.9 94	-1.098	0.540
	3 Forum	0.037	0.237	1.0 00	-0.775	0.848
	4 Frauenkerngruppe	1.406	0.394	0.1 23	-0.264	3.075
	5 Lebensführung 1	0.356	0.244	0.9 61	-0.480	1.192
	6 Lebensführung 2	-0.026	0.312	1.0 00	-1.095	1.044
	7 Lebensführung 3	0.427	0.281	0.9 48	-0.535	1.388
	8 Lebensführung 4	0.195	0.239	1.0 00	-0.623	1.012
	9 Rhythmustherapie	0.091	0.262	1.0 00	-0.801	0.983
	10 Therapeutisches Reiten	1.072*	0.253	0.0 04	0.206	1.939
	12 Transfer 2	0.239	0.401	1.0 00	-1.471	1.949
	13 Transfer 3	0.083	0.289	1.0 00	-0.906	1.071
<i>12 Transfer 2</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.180	0.364	1.0 00	-1.555	1.915
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.518	0.361	0.9 31	-2.260	1.223
	3 Forum	-0.202	0.359	1.0 00	-1.948	1.543
	4 Frauenkerngruppe	1.167	0.477	0.4 83	-0.836	3.170
	5 Lebensführung 1	0.117	0.364	1.0 00	-1.618	1.851
	6 Lebensführung 2	-0.265	0.413	1.0 00	-1.984	1.455
	7 Lebensführung 3	0.188	0.390	1.0 00	-1.524	1.899
	8 Lebensführung 4	-0.044	0.360	1.0 00	-1.787	1.698
	9 Rhythmustherapie	-0.148	0.376	1.0 00	-1.866	1.569
	10 Therapeutisches Reiten	0.833	0.370	0.5 91	-0.894	2.560
	11 Transfer 1	-0.239	0.401	1.0 00	-1.949	1.471

	13 Transfer 3	-0.156	0.395	1.000	-1.868	1.555
<i>13 Transfer 3</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.336	0.235	0.965	-0.478	1.151
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.362	0.230	0.930	-1.159	0.435
	3 Forum	-0.046	0.227	1.000	-0.836	0.743
	4 Frauenkerngruppe	1.323	0.388	0.159	-0.348	2.994
	5 Lebensführung 1	0.273	0.235	0.994	-0.541	1.087
	6 Lebensführung 2	-0.108	0.305	1.000	-1.159	0.942
	7 Lebensführung 3	0.344	0.273	0.87	-0.598	1.285
	8 Lebensführung 4	0.112	0.229	1.000	-0.683	0.907
	9 Rhythmustherapie	0.008	0.253	1.000	-0.862	0.878
	10 Therapeutisches Reiten	.990*	0.244	0.09	0.144	1.835
	11 Transfer 1	-0.083	0.289	1.000	-1.071	0.906
	12 Transfer 2	0.156	0.395	1.000	-1.555	1.868

Tabelle 38: Deskriptive Mittelwertstatistik zu Frage 11- Einbringung ins Geschehen

Gruppenbezeichnung		Statistik	Standardfehler
<i>1 Achtsamkeitstraining</i>	Mittelwert	2.229	0.127
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze 1.973	
		Obergrenze 2.485	
	5% getrimmter Mittelwert	2.199	
	Median	2.000	
	Varianz	0.776	
	Standardabweichung	0.881	
	Minimum	1.000	
	Maximum	4.000	
	Bereich	3.000	
	Interquartilbereich	1.000	
	Schiefe	0.109	0.343
	Kurtosis	-0.781	0.674
<i>2 Beziehung und Kommunikation</i>	Mittelwert	2.120	0.075
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze 1.971	
		Obergrenze 2.270	
	5% getrimmter Mittelwert	2.103	

	Median		2.000	
	Varianz		0.612	
	Standardabweichung		0.782	
	Minimum		1.000	
	Maximum		4.000	
	Bereich		3.000	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		0.143	0.233
	Kurtosis		-0.606	0.461
<i>3 Forum</i>	Mittelwert		2.393	0.090
	95 %	Untergrenze	2.216	
	Konfidenzintervall für Mittelwert	Obergrenze	2.571	
	5% getrimmter Mittelwert		2.382	
	Median		2.000	
	Varianz		0.984	
	Standardabweichung		0.992	
	Minimum		1.000	
	Maximum		4.000	
	Bereich		3.000	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		0.172	0.219
	Kurtosis		-0.988	0.435
<i>4 Frauenkerngruppe</i>	Mittelwert		1.833	0.307
	95 %	Untergrenze	1.043	
	Konfidenzintervall für Mittelwert	Obergrenze	2.623	
	5% getrimmter Mittelwert		1.815	
	Median		2.000	
	Varianz		0.567	
	Standardabweichung		0.753	
	Minimum		1.000	
	Maximum		3.000	
	Bereich		2.000	
	Interquartilbereich		1.250	
	Schiefe		0.313	0.845
	Kurtosis		-0.104	1.741
<i>5 Lebensführung I</i>	Mittelwert		1.862	0.083
	95 %	Untergrenze	1.695	
	Konfidenzintervall für Mittelwert	Obergrenze	2.029	

	5% getrimmter Mittelwert		1.847	
	Median		2.000	
	Varianz		0.402	
	Standardabweichung		0.634	
	Minimum		1.000	
	Maximum		3.000	
	Bereich		2.000	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		0.116	0.314
	Kurtosis		-0.475	0.618
	6 Lebensführung 2	Mittelwert	2.212	0.136
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	1.935	
		Obergrenze	2.489	
	5% getrimmter Mittelwert		2.202	
	Median		2.000	
	Varianz		0.610	
	Standardabweichung		0.781	
	Minimum		1.000	
	Maximum		4.000	
	Bereich		3.000	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		0.019	0.409
	Kurtosis		-0.522	0.798
	7 Lebensführung 3	Mittelwert	1.867	0.124
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	1.612	
		Obergrenze	2.121	
	5% getrimmter Mittelwert		1.852	
	Median		2.000	
	Varianz		0.464	
	Standardabweichung		0.681	
	Minimum		1.000	
	Maximum		3.000	
	Bereich		2.000	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		0.170	0.427
	Kurtosis		-0.715	0.833
	8 Lebensführung 4	Mittelwert	2.079	0.093
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	1.893	

		Obergrenze	2.264	
	5% getrimmter Mittelwert		2.032	
	Median		2.000	
	Varianz		0.778	
	Standardabweichung		0.882	
	Minimum		1.000	
	Maximum		4.000	
	Bereich		3.000	
	Interquartilbereich		2.000	
	Schiefe		0.353	0.255
	Kurtosis		-0.694	0.506
9 Rhythmustherapie	Mittelwert		2.042	0.115
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	1.810	
		Obergrenze	2.273	
	5% getrimmter Mittelwert		2.023	
	Median		2.000	
	Varianz		0.637	
	Standardabweichung		0.798	
	Minimum		1.000	
	Maximum		4.000	
	Bereich		3.000	
	Interquartilbereich		2.000	
	Schiefe		0.186	0.343
	Kurtosis		-0.756	0.674
10 Therapeutisches Reiten	Mittelwert		1.423	0.126
	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert	Untergrenze	1.163	
		Obergrenze	1.683	
	5% getrimmter Mittelwert		1.359	
	Median		1.000	
	Varianz		0.414	
	Standardabweichung		0.643	
	Minimum		1.000	
	Maximum		3.000	
	Bereich		2.000	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		1.286	0.456
	Kurtosis		0.669	0.887
11 Transfer 1	Mittelwert		1.977	0.124

	95 %	Untergrenze	1.728	
	Konfidenzintervall			
	für Mittelwert			
		Obergrenze	2.227	
	5% getrimmter		1.924	
	Mittelwert			
	Median		2.000	
	Varianz		0.674	
	Standardabweichung		0.821	
	Minimum		1.000	
	Maximum		4.000	
	Bereich		3.000	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		0.571	0.357
	Kurtosis		-0.036	0.702
<hr/>				
<i>12 Transfer 2</i>	Mittelwert		2.167	0.167
	95 %	Untergrenze	1.738	
	Konfidenzintervall			
	für Mittelwert			
		Obergrenze	2.595	
	5% getrimmter		2.130	
	Mittelwert			
	Median		2.000	
	Varianz		0.167	
	Standardabweichung		0.408	
	Minimum		2.000	
	Maximum		3.000	
	Bereich		1.000	
	Interquartilbereich		0.250	
	Schiefe		2.449	0.845
	Kurtosis		6.000	1.741
<hr/>				
<i>13 Transfer 3</i>	Mittelwert		2.133	0.150
	95 %	Untergrenze	1.827	
	Konfidenzintervall			
	für Mittelwert			
		Obergrenze	2.439	
	5% getrimmter		2.093	
	Mittelwert			
	Median		2.000	
	Varianz		0.671	
	Standardabweichung		0.819	
	Minimum		1.000	
	Maximum		4.000	
	Bereich		3.000	
	Interquartilbereich		1.000	
	Schiefe		0.547	0.427
	Kurtosis		0.200	0.833

Tabelle 39: Normalverteilungstests Frage 11- Einbringung ins Geschehen

Gruppenbezeichnung	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
1 Achtsamkeitstraining	0.207	48	0.000	0.868	48	0.000
2 Beziehung und Kommunikation	0.246	108	0.000	0.849	108	0.000
3 Forum	0.220	122	0.000	0.876	122	0.000
4 Frauenkerngruppe	0.254	6	.200*	0.866	6	0.212
5 Lebensführung 1	0.310	58	0.000	0.779	58	0.000
6 Lebensführung 2	0.243	33	0.000	0.854	33	0.000
7 Lebensführung 3	0.278	30	0.000	0.799	30	0.000
8 Lebensführung 4	0.221	89	0.000	0.857	89	0.000
9 Rhythmustherapie	0.229	48	0.000	0.845	48	0.000
10 Therapeutisches Reiten	0.398	26	0.000	0.668	26	0.000
11 Transfer 1	0.262	44	0.000	0.840	44	0.000
12 Transfer 2	0.492	6	0.000	0.496	6	0.000
13 Transfer 3	0.298	30	0.000	0.845	30	0.000

*. Dies ist die Untergrenze der tatsächlichen Statistik
a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Tabelle 40: Mittelwertvergleiche nach Games- Howell für Frage 11- Einbringung ins Geschehen

Gruppenbezeichnung		Mittelwertdifferenz (I-J)	Standardfehler	Sig.	95 % Konfidenzintervall	
Gruppe 1 (I)	Gruppe 2 (J)				Untergrenze	Obergrenze
1 Achtsamkeitstraining	2 Beziehung und Kommunikation	0.109	0.148	1.000	-0.396	0.613
	3 Forum	-0.164	0.156	0.998	-0.693	0.365
	4 Frauenkerngruppe	0.396	0.333	0.979	-1.157	1.948
	5 Lebensführung 1	0.367	0.152	0.444	-0.151	0.885
	6 Lebensführung 2	0.017	0.186	1.000	-0.620	0.654
	7 Lebensführung 3	0.363	0.178	0.705	-0.247	0.972
	8 Lebensführung 4	0.151	0.158	0.999	-0.386	0.687
	9 Rhythmustherapie	0.188	0.172	0.997	-0.396	0.771
	10 Therapeutisches Reiten	.806*	0.179	0.002	0.190	1.422
	11 Transfer 1	0.252	0.177	0.688	-0.352	0.856
	12 Transfer 2	0.063	0.210	1.000	-0.783	0.908
	13 Transfer 3	0.096	0.196	1.000	-0.579	0.771

<i>2 Beziehung und Kommunikation</i>	1 Achtsamkeitstraining	-0.109	0.148	1.000	-0.613	0.396
	3 Forum	-0.273	0.117	0.497	-0.665	0.119
	4 Frauenkerngruppe	0.287	0.316	0.997	-1.301	1.875
	5 Lebensführung 1	0.258	0.112	0.519	-0.120	0.637
	6 Lebensführung 2	-0.092	0.155	1.000	-0.631	0.447
	7 Lebensführung 3	0.254	0.145	0.867	-0.251	0.758
	8 Lebensführung 4	0.042	0.120	1.000	-0.361	0.445
	9 Rhythmustherapie	0.079	0.138	1.000	-0.390	0.547
	10 Therapeutisches Reiten	.697*	0.147	0.001	0.184	1.211
	11 Transfer 1	0.143	0.145	0.999	-0.352	0.638
	12 Transfer 2	-0.046	0.183	1.000	-0.884	0.792
	13 Transfer 3	-0.013	0.167	1.000	-0.598	0.573
<i>3 Forum</i>	1 Achtsamkeitstraining	0.164	0.156	0.998	-0.365	0.693
	2 Beziehung und Kommunikation	0.273	0.117	0.497	-0.119	0.665
	4 Frauenkerngruppe	0.560	0.320	0.823	-1.017	2.137
	5 Lebensführung 1	.531*	0.122	0.002	0.120	0.943
	6 Lebensführung 2	0.181	0.163	0.996	-0.380	0.742
	7 Lebensführung 3	0.527	0.153	0.051	-0.002	1.055
	8 Lebensführung 4	0.315	0.130	0.429	-0.120	0.750
	9 Rhythmustherapie	0.352	0.146	0.446	-0.143	0.847
	10 Therapeutisches Reiten	.970*	0.155	0.000	0.434	1.507
	11 Transfer 1	0.416	0.153	0.259	-0.104	0.936
	12 Transfer 2	0.227	0.189	0.981	-0.606	1.060
	13 Transfer 3	0.260	0.174	0.952	-0.345	0.866
<i>4 Frauenkerngruppe</i>	1 Achtsamkeitstraining	-0.396	0.333	0.979	-1.948	1.157
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.287	0.316	0.997	-1.875	1.301
	3 Forum	-0.560	0.320	0.823	-2.137	1.017
	5 Lebensführung 1	-0.029	0.318	1.000	-1.611	1.554
	6 Lebensführung 2	-0.379	0.336	0.986	-1.928	1.170
	7 Lebensführung 3	-0.033	0.332	1.000	-1.588	1.522

	8 Lebensführung 4	-0.245	0.321	0.99	-1.820	1.329
	9 Rhythmustherapie	-0.208	0.328	1.00	-1.768	1.351
	10 Therapeutisches Reiten	0.410	0.332	0.973	-1.144	1.965
	11 Transfer 1	-0.144	0.331	1.00	-1.698	1.411
	12 Transfer 2	-0.333	0.350	0.996	-1.904	1.238
	13 Transfer 3	-0.300	0.342	0.998	-1.844	1.244
<i>5 Lebensführung 1</i>	1 Achtsamkeitstraining	-0.367	0.152	0.444	-0.885	0.151
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.258	0.112	0.519	-0.637	0.120
	3 Forum	-.531*	0.122	0.002	-0.943	-0.120
	4 Frauenkerngruppe	0.029	0.318	1.000	-1.554	1.611
	6 Lebensführung 2	-0.350	0.159	0.598	-0.901	0.201
	7 Lebensführung 3	-0.005	0.150	1.000	-0.523	0.514
	8 Lebensführung 4	-0.217	0.125	0.879	-0.638	0.205
	9 Rhythmustherapie	-0.180	0.142	0.988	-0.663	0.304
	10 Therapeutisches Reiten	0.439	0.151	0.192	-0.088	0.966
	11 Transfer 1	-0.115	0.149	1.000	-0.625	0.394
	12 Transfer 2	-0.305	0.186	0.876	-1.140	0.531
	13 Transfer 3	-0.271	0.171	0.926	-0.868	0.326
<i>6 Lebensführung 2</i>	1 Achtsamkeitstraining	-0.017	0.186	1.000	-0.654	0.620
	2 Beziehung und Kommunikation	0.092	0.155	1.000	-0.447	0.631
	3 Forum	-0.181	0.163	0.996	-0.742	0.380
	4 Frauenkerngruppe	0.379	0.336	0.986	-1.170	1.928
	5 Lebensführung 1	0.350	0.159	0.598	-0.201	0.901
	7 Lebensführung 3	0.345	0.184	0.803	-0.290	0.981
	8 Lebensführung 4	0.133	0.165	1.000	-0.434	0.701
	9 Rhythmustherapie	0.170	0.178	0.999	-0.441	0.782
	10 Therapeutisches Reiten	.789*	0.185	0.005	0.148	1.430
	11 Transfer 1	0.235	0.184	0.986	-0.395	0.865
	12 Transfer 2	0.045	0.215	1.000	-0.810	0.901
	13 Transfer 3	0.079	0.202	1.000	-0.619	0.776

<i>7 Lebensführung 3</i>	1 Achtsamkeitstraining	-0.363	0.178	0.705	-0.972	0.247
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.254	0.145	0.867	-0.758	0.251
	3 Forum	-0.527	0.153	0.051	-1.055	0.002
	4 Frauenkerngruppe	0.033	0.332	1.000	-1.522	1.588
	5 Lebensführung 1	0.005	0.150	1.000	-0.514	0.523
	6 Lebensführung 2	-0.345	0.184	0.803	-0.981	0.290
	8 Lebensführung 4	-0.212	0.156	0.976	-0.747	0.323
	9 Rhythmustherapie	-0.175	0.170	0.998	-0.757	0.407
	10 Therapeutisches Reiten	0.444	0.177	0.393	-0.171	1.058
	11 Transfer 1	-0.111	0.175	1.000	-0.713	0.492
	12 Transfer 2	-0.300	0.208	0.944	-1.147	0.547
	13 Transfer 3	-0.267	0.195	0.974	-0.940	0.406
<i>8 Lebensführung 4</i>	1 Achtsamkeitstraining	-0.151	0.158	0.999	-0.687	0.386
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.042	0.120	1.000	-0.445	0.361
	3 Forum	-0.315	0.130	0.429	-0.750	0.120
	4 Frauenkerngruppe	0.245	0.321	0.999	-1.329	1.820
	5 Lebensführung 1	0.217	0.125	0.879	-0.205	0.638
	6 Lebensführung 2	-0.133	0.165	1.000	-0.701	0.434
	7 Lebensführung 3	0.212	0.156	0.976	-0.323	0.747
	9 Rhythmustherapie	0.037	0.148	1.000	-0.466	0.540
	10 Therapeutisches Reiten	.656*	0.157	0.006	0.112	1.199
	11 Transfer 1	0.101	0.155	1.000	-0.426	0.629
	12 Transfer 2	-0.088	0.191	1.000	-0.921	0.745
	13 Transfer 3	-0.055	0.176	1.000	-0.666	0.557
<i>9 Rhythmustherapie</i>	1 Achtsamkeitstraining	-0.188	0.172	0.997	-0.771	0.396
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.079	0.138	1.000	-0.547	0.390
	3 Forum	-0.352	0.146	0.446	-0.847	0.143
	4 Frauenkerngruppe	0.208	0.328	1.000	-1.351	1.768
	5 Lebensführung 1	0.180	0.142	0.988	-0.304	0.663
	6 Lebensführung 2	-0.170	0.178	0.999	-0.782	0.441

	7 Lebensführung 3	0.175	0.170	0.9 98	-0.407	0.757
	8 Lebensführung 4	-0.037	0.148	1.0 00	-0.540	0.466
	10 Therapeutisches Reiten	.619*	0.171	0.0 31	0.030	1.207
	11 Transfer 1	0.064	0.169	1.0 00	-0.511	0.640
	12 Transfer 2	-0.125	0.203	1.0 00	-0.963	0.713
	13 Transfer 3	-0.092	0.189	1.0 00	-0.743	0.559
<i>10 Therapeutisches Reiten</i>	1 Achtsamkeitstraining	-.806*	0.179	0.0 02	-1.422	-0.190
	2 Beziehung und Kommunikation	-.697*	0.147	0.0 01	-1.211	-0.184
	3 Forum	-.970*	0.155	0.0 00	-1.507	-0.434
	4 Frauenkerngruppe	-0.410	0.332	0.9 73	-1.965	1.144
	5 Lebensführung 1	-0.439	0.151	0.1 92	-0.966	0.088
	6 Lebensführung 2	-.789*	0.185	0.0 05	-1.430	-0.148
	7 Lebensführung 3	-0.444	0.177	0.3 93	-1.058	0.171
	8 Lebensführung 4	-.656*	0.157	0.0 06	-1.199	-0.112
	9 Rhythmustherapie	-.619*	0.171	0.0 31	-1.207	-0.030
	11 Transfer 1	-0.554	0.177	0.1 09	-1.163	0.054
	12 Transfer 2	-0.744	0.209	0.1 08	-1.593	0.106
	13 Transfer 3	-.710*	0.196	0.0 32	-1.389	-0.032
<i>11 Transfer 1</i>	1 Achtsamkeitstraining	-0.252	0.177	0.9 68	-0.856	0.352
	2 Beziehung und Kommunikation	-0.143	0.145	0.9 99	-0.638	0.352
	3 Forum	-0.416	0.153	0.2 59	-0.936	0.104
	4 Frauenkerngruppe	0.144	0.331	1.0 00	-1.411	1.698
	5 Lebensführung 1	0.115	0.149	1.0 00	-0.394	0.625
	6 Lebensführung 2	-0.235	0.184	0.9 86	-0.865	0.395
	7 Lebensführung 3	0.111	0.175	1.0 00	-0.492	0.713
	8 Lebensführung 4	-0.101	0.155	1.0 00	-0.629	0.426
	9 Rhythmustherapie	-0.064	0.169	1.0 00	-0.640	0.511
	10 Therapeutisches Reiten	0.554	0.177	0.1 09	-0.054	1.163
	12 Transfer 2	-0.189	0.208	0.9 98	-1.033	0.654
	13 Transfer 3	-0.156	0.194	1.0 00	-0.825	0.513

<i>12 Transfer 2</i>	1	-0.063	0.210	1.0	-0.908	0.783
	Achtsamkeitstraining			00		
	2 Beziehung und Kommunikation	0.046	0.183	1.0	-0.792	0.884
				00		
	3 Forum	-0.227	0.189	0.9	-1.060	0.606
				81		
	4 Frauenkerngruppe	0.333	0.350	0.9	-1.238	1.904
				96		
	5 Lebensführung 1	0.305	0.186	0.8	-0.531	1.140
				76		
	6 Lebensführung 2	-0.045	0.215	1.0	-0.901	0.810
				00		
	7 Lebensführung 3	0.300	0.208	0.9	-0.547	1.147
				44		
<i>13 Transfer 3</i>	8 Lebensführung 4	0.088	0.191	1.0	-0.745	0.921
				00		
	9 Rhythmustherapie	0.125	0.203	1.0	-0.713	0.963
				00		
	10 Therapeutisches Reiten	0.744	0.209	0.1	-0.106	1.593
				08		
	11 Transfer 1	0.189	0.208	0.9	-0.654	1.033
				98		
	13 Transfer 3	0.033	0.224	1.0	-0.840	0.906
				00		
	1	-0.096	0.196	1.0	-0.771	0.579
	Achtsamkeitstraining			00		
	2 Beziehung und Kommunikation	0.013	0.167	1.0	-0.573	0.598
				00		
<i>13 Transfer 3</i>	3 Forum	-0.260	0.174	0.9	-0.866	0.345
				52		
	4 Frauenkerngruppe	0.300	0.342	0.9	-1.244	1.844
				98		
	5 Lebensführung 1	0.271	0.171	0.9	-0.326	0.868
				26		
	6 Lebensführung 2	-0.079	0.202	1.0	-0.776	0.619
				00		
	7 Lebensführung 3	0.267	0.195	0.9	-0.406	0.940
				74		
	8 Lebensführung 4	0.055	0.176	1.0	-0.557	0.666
				00		
	9 Rhythmustherapie	0.092	0.189	1.0	-0.559	0.743
				00		
<i>13 Transfer 3</i>	10 Therapeutisches Reiten	.710*	0.196	0.0	0.032	1.389
				32		
	11 Transfer 1	0.156	0.194	1.0	-0.513	0.825
				00		
	12 Transfer 2	-0.033	0.224	1.0	-0.906	0.840
				00		

*. die Mittelwertdifferenz ist auf der Stufe 0.05 signifikant.

Anhang E) Regressionsanalyse

Tabelle 41: Modellübersicht der Regressionsanalyse für die abhängige Variable Faktor 1- Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen und den Kontrollvariablen Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychische Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	3.476	0.239		14.550	0.000		
katholisch	-0.090	0.099	-0.047	-0.916	0.360	0.677	1.478
atheisten	-0.061	0.106	-0.029	-0.571	0.568	0.698	1.434
Freikirchen	0.008	0.136	0.003	0.060	0.952	0.800	1.250
sonstkonf	-0.146	0.202	-0.032	-0.722	0.470	0.882	1.133
missingkonf	0.313	0.441	0.114	0.709	0.479	0.068	14.753
ledig	0.087	0.096	0.046	0.912	0.362	0.684	1.463
geschieden	-0.065	0.119	-0.026	-0.546	0.585	0.789	1.267
sonst_fam_st	0.094	0.135	0.032	0.698	0.485	0.858	1.166
missing_fam_st	0.004	0.445	0.001	0.009	0.993	0.067	15.015
Hauptschule	-0.138	0.177	-0.037	-0.780	0.436	0.805	1.242
Realschule	0.155	0.108	0.065	1.437	0.151	0.850	1.177
Sonstschulmissing	-0.348	0.151	-0.165	-2.303	0.022	0.344	2.908
v2569 Mittelgradig depressive Episode	0.031	0.082	0.017	0.379	0.705	0.891	1.123
v2613 Posttraumatische Belastungsstörung	0.238	0.146	0.073	1.634	0.103	0.885	1.130
v2600 Angststörung	0.141	0.261	0.023	0.539	0.590	0.943	1.061
alter_neu	-0.009	0.004	-0.105	-2.222	0.027	0.793	1.261
gender	0.236	0.080	0.131	2.947	0.003	0.893	1.120
Achtsamkeit	-0.172	0.171	-0.050	-1.005	0.316	0.706	1.416
BeziehungKomm	-0.088	0.121	-0.039	-0.728	0.467	0.618	1.619
Forum	0.151	0.202	0.068	0.747	0.456	0.210	4.765
Lebensfuehrung_4	-0.223	0.127	-0.092	-1.757	0.079	0.644	1.553
Rhythmus	0.061	0.202	0.019	0.302	0.763	0.441	2.268
Tranfser	-0.333	0.134	-0.129	-2.479	0.014	0.656	1.523
SonstigeTherapie	-0.273	0.204	-0.070	-1.336	0.182	0.649	1.541
Fachklinik	-0.165	0.176	-0.061	-0.941	0.347	0.416	2.405
Parkklinik	-0.122	0.092	-0.071	-1.321	0.187	0.612	1.633
Rosengarten	-0.296	0.172	-0.128	-1.717	0.087	0.317	3.153
Waldmünchen	-0.284	0.611	-0.020	-0.465	0.642	0.933	1.072

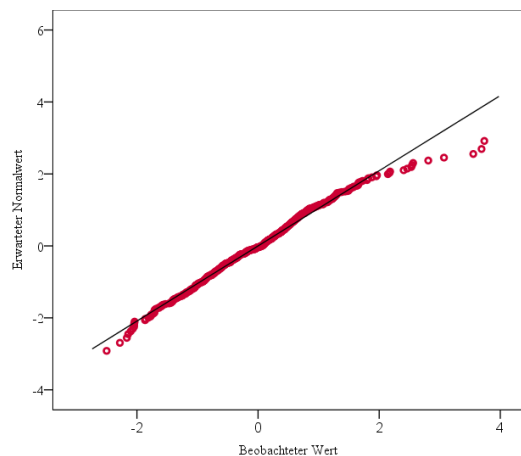


Abbildung 20: Normalverteiltes Q-Q Diagramm der nichtstandardisierten Residuen für Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen

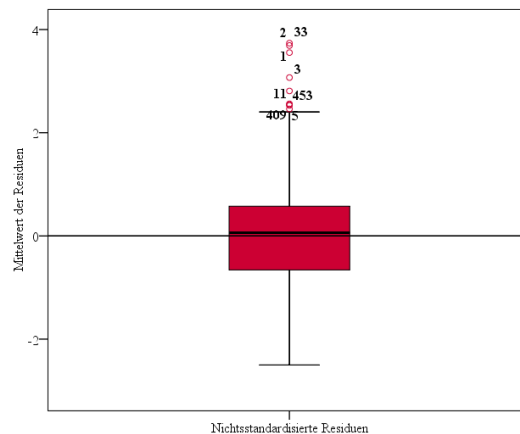


Abbildung 19: Boxplot der nichtstandardisierten Residuen für Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen

Tabelle 42: Modellübersicht der Regressionsanalyse für die abhängige Variable „Faktor 2 – Körperliche Befindlichkeitsveränderungen“ und den Kontrollvariablen Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychische Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
	B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	3.855	0.328		11.759	0.000		
katholisch	-0.256	0.114	-0.110	-2.244	0.025	0.672	1.488
atheisten	-0.003	0.123	-0.001	-0.025	0.980	0.688	1.453
Freikirchen	-0.020	0.157	-0.006	-0.126	0.900	0.787	1.270
sonstkonf	-0.328	0.238	-0.059	-1.382	0.168	0.885	1.130
missingkonf	0.308	0.519	0.092	0.594	0.553	0.068	14.748
verheiratet	-0.010	0.111	-0.005	-0.090	0.928	0.590	1.696
geschieden	-0.194	0.149	-0.063	-1.305	0.192	0.688	1.454
sonst_fam_st	-0.059	0.161	-0.017	-0.365	0.715	0.734	1.362
missing_fam_st	-0.054	0.522	-0.016	-0.104	0.917	0.067	14.921
Hauptschule	0.023	0.186	0.005	0.123	0.902	0.823	1.215
Realschule	-0.002	0.125	-0.001	-0.014	0.989	0.868	1.152
Sonstschulmi	-0.289	0.177	-0.114	-1.636	0.102	0.337	2.968
ssing v2569	-0.146	0.095	-0.066	-1.540	0.124	0.890	1.123
Mittelgradig depressive Episode							

v2613	0.260	0.169	0.066	1.535	0.125	0.883	1.132
Posttraumatische Belastungsstörung							
v2600	-0.038	0.296	-0.005	-0.128	0.898	0.936	1.068
Angststörung							
alter_neu	-0.010	0.004	-0.105	-2.329	0.020	0.798	1.253
gender	0.241	0.093	0.111	2.602	0.010	0.895	1.117
Achtsamkeit	-0.699	0.260	-0.177	-2.693	0.007	0.377	2.655
BeziehungKomm	-0.115	0.230	-0.042	-0.500	0.617	0.229	4.370
Lebensfuehrung	-0.056	0.232	-0.021	-0.242	0.809	0.210	4.765
Lebensfuehrung_4	-0.345	0.235	-0.118	-1.466	0.143	0.251	3.980
Rhythmus	-0.689	0.275	-0.176	-2.504	0.013	0.328	3.048
Tranfser	-0.520	0.243	-0.166	-2.137	0.033	0.269	3.714
SonstigeTherapie	-1.190	0.273	-0.256	-4.355	0.000	0.469	2.130
Fachklinik	0.226	0.197	0.070	1.147	0.252	0.433	2.310
Parkklinik_Nord	0.111	0.107	0.049	1.039	0.299	0.715	1.398
Rosengarten	0.126	0.207	0.044	0.609	0.543	0.306	3.264
Waldmünchen	0.361	0.719	0.021	0.502	0.616	0.935	1.069

Tabelle 43: Modellübersicht der Regressionsanalyse für die abhängige Variable Frage 10- „Kontakt zum Therapeuten“ und den Kontrollvariablen Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychische Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	Sign.	Korrelationen		Kollinearitätststatistik		
	B	Standardfehler	Beta			Nullte Ordnung	Partiell	Teil	Toleranz	VIF
(Konstante)	2.663	0.280		9.497	0.000					
evangelisch	0.148	0.131	0.056	1.125	0.261	0.048	0.048	0.045	0.642	1.558
atheisten	0.192	0.145	0.066	1.321	0.187	0.062	0.057	0.055	0.656	1.524
Freikirchen	-0.045	0.186	-0.011	-0.242	0.809	-0.028	-0.010	-0.010	0.763	1.311
sonstkonf	0.117	0.278	0.018	0.420	0.674	-0.019	0.018	0.017	0.870	1.149
missingkonf	0.338	0.610	0.087	0.553	0.581	-0.008	0.024	0.022	0.066	15.225

<i>verheiratet</i>	-0.199	0.128	-0.081	-	0.	-0.036	-	-	0.585	1.7
				1.	12		0.0	0.		09
				55	1		67	06		
				2				2		
<i>geschieden</i>	-0.354	0.169	-0.101	-	0.	-0.090	-	-	0.693	1.4
				2.	03		0.0	0.		43
				09	7		90	08		
				2				4		
<i>sonst_fam_st</i>	0.014	0.187	0.004	0.	0.	0.061	0.0	0.	0.735	1.3
				07	94		03	00		61
				5	0			3		
<i>missing_fam_st</i>	0.211	0.604	0.054	0.	0.	-0.008	0.0	0.	0.067	14.
				35	72		15	01		91
				0	7			4		7
<i>Hauptschule</i>	-0.240	0.216	-0.049	-	0.	-0.063	-	-	0.825	1.2
				1.	26		0.0	0.		12
				11	6		48	04		
				4				5		
<i>Realschule</i>	0.282	0.142	0.086	1.	0.	0.076	0.0	0.	0.858	1.1
				97	04		85	07		65
				9	8			9		
<i>Sonstschulmissing</i>	-0.632	0.207	-0.212	-	0.	-0.069	-	-	0.337	2.9
				3.	00		0.1	0.		66
				05	2		31	12		
				8				3		
<i>v2569 Mittelgradig depressive Episode</i>	0.047	0.109	0.018	0.	0.	0.007	0.0	0.	0.891	1.1
				43	66		19	01		22
				3	5			7		
<i>v2613 Posttraumatische Belastungsstörung</i>	0.060	0.194	0.013	0.	0.	0.000	0.0	0.	0.888	1.1
				30	75		13	01		26
				9	7			2		
<i>v2600 Angststörung</i>	-0.216	0.343	-0.026	-	0.	-0.035	-	-	0.937	1.0
				0.	52		0.0	0.		67
				63	8		27	02		
				1				5		
<i>alter_neu</i>	-0.002	0.005	-0.016	-	0.	-0.028	-	-	0.796	1.2
				0.	71		0.0	0.		57
				36	9		16	01		
				1				4		
<i>gender</i>	0.111	0.107	0.044	1.	0.	0.040	0.0	0.	0.892	1.1
				03	30		45	04		21
				4	1			2		
<i>Achtsamkeit</i>	-0.187	0.224	-0.041	-	0.	-0.085	-	-	0.661	1.5
				0.	40		0.0	0.		14
				83	5		36	03		
				3				3		
<i>BeziehungKomm</i>	0.615	0.162	0.194	3.	0.	0.176	0.1	0.	0.615	1.6
				78	00		61	15		26
				6	0			2		
<i>Forum</i>	0.961	0.273	0.303	3.	0.	0.030	0.1	0.	0.217	4.6
				51	00		50	14		03
				6	0			1		
<i>Lebensfuehrung_4</i>	0.057	0.170	0.017	0.	0.	-0.020	0.0	0.	0.637	1.5
				33	74		14	01		71
				3	0			3		
<i>Rhythmus</i>	0.250	0.267	0.057	0.	0.	0.006	0.0	0.	0.437	2.2
				93	35		40	03		87
				6	0			8		
<i>Tranfser</i>	0.216	0.180	0.060	1.	0.	0.034	0.0	0.	0.651	1.5
				20	23		52	04		36
				1	0			8		

<i>SonstigeTherapie</i>	-0.708	0.265	-0.133	-	0.	-0.196	-	-	0.646	1.5
				2.	00		0.1	0.		47
				66	8		14	10		
				9				7		
<i>Fachklinik</i>	-0.154	0.225	-0.042	-	0.	-0.087	-	-	0.427	2.3
				0.	49		0.0	0.		44
				68	3		30	02		
				6				8		
<i>Parkklinik_Nord</i>	-0.249	0.123	-0.095	-	0.	-0.015	-	-	0.733	1.3
				2.	04		0.0	0.		65
				02	3		87	08		
				7				1		
<i>Rosengarten</i>	-0.668	0.243	-0.204	-	0.	-0.025	-	-	0.293	3.4
				2.	00		0.1	0.		17
				75	6		18	11		
				3				1		
<i>Waldmünchen</i>	-0.087	0.833	-0.004	-	0.	-0.006	-	-	0.936	1.0
				0.	91		0.0	0.		68
				10	7		05	00		
				5				4		

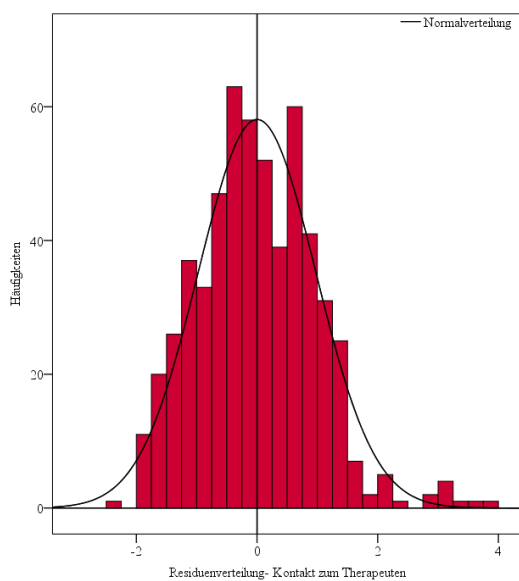


Abbildung 21: Histogramm der Residuenverteilung für Frage 10- Kontakt zum Therapeuten

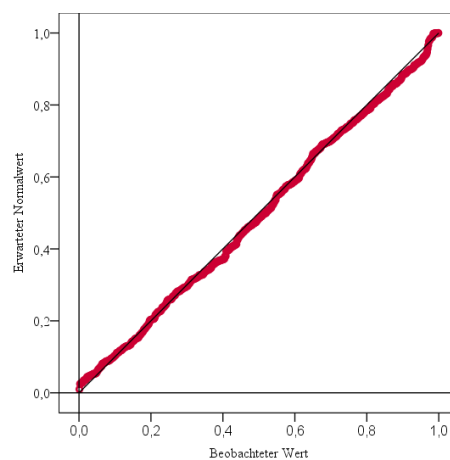


Abbildung 22: Normalverteilungsdiagramm der standardisierten Residuen der Regression für Frage 10- Kontakt zum Therapeuten

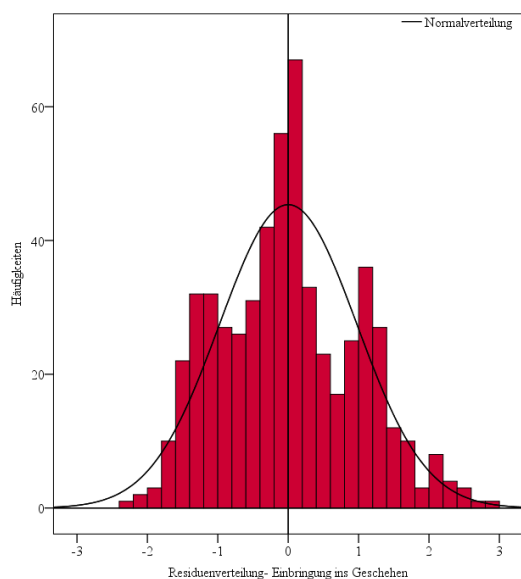


Abbildung 23: Histogramm der Residuenverteilung für Frage 11- Einbringung ins Geschehen

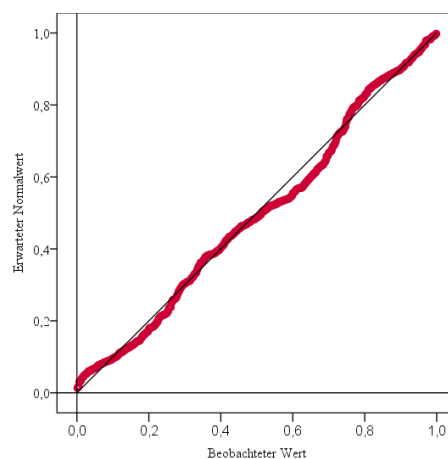


Abbildung 24: Normalverteilungsdiagramm der standardisierten Residuen der Regression für Frage 11- Einbringung ins Geschehen

Tabelle 44: Modellübersicht der Regressionsanalyse für die abhängige Variable Frage 11-Einbringung ins Geschehen und den Kontrollvariablen Schulabschluss, Familienstand, Religion, Psychische Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Therapiegruppe und Klinik

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	Sign.	Korrelationen		Kollinearitätsstatistik		
	B	Standardfehler	Beta			Nullte Ordnung	Partiell	Teil	Toleranz	VIF
(Konstante)	1.379	0.222		6.201	0.000					
evangelisch	0.152	0.094	0.082	1.625	0.105	0.000	0.071	0.065	0.634	1.578
atheisten	0.175	0.103	0.085	1.700	0.090	0.042	0.074	0.068	0.648	1.544
Freikirchen	0.041	0.135	0.014	0.307	0.759	-0.033	0.013	0.012	0.770	1.299
sonstkonf	0.179	0.195	0.040	0.920	0.358	-0.016	0.040	0.037	0.865	1.157

<i>missingkonf</i>	1.337	0.484	0.491	2.7 66	0. 00	0.118	0.1 20	0.1 11	0.05 1	19.4 46
<i>ledig</i>	-0.031	0.092	-0.017	- 0.3 42	0. 73 2	-0.055	- 0.0 15	- 0.0 14	0.68 9	1.45 2
<i>geschieden</i>	-0.113	0.111	-0.046	- 1.0 20	0. 30 8	-0.039	- 0.0 44	- 0.0 41	0.79 0	1.26 6
<i>sonst_fam_st</i>	0.002	0.122	0.001	0.0 15	0. 98 8	0.009	0.0 01	0.0 01	0.85 3	1.17 2
<i>missing_fam_st</i>	-0.552	0.489	-0.201	- 1.1 27	0. 26 0	0.105	- 0.0 49	- 0.0 45	0.05 1	19.6 26
<i>Hauptschule</i>	0.141	0.157	0.040	0.9 01	0. 36 8	0.025	0.0 39	0.0 36	0.83 0	1.20 5
<i>Realschule</i>	0.283	0.101	0.121	2.7 88	0. 00 5	0.091	0.1 21	0.1 12	0.86 4	1.15 8
<i>Sonstschulmissing</i>	-0.362	0.146	-0.175	- 2.4 88	0. 01 3	0.064	- 0.1 08	- 0.1 00	0.32 8	3.04 8
<i>v2569 Mittelgradig depressive Episode</i>	-0.126	0.078	-0.070	- 1.6 29	0. 10 4	-0.083	- 0.0 71	- 0.0 66	0.88 5	1.13 0
<i>v2613 Posttraumatische Belastungsstörung</i>	0.214	0.141	0.064	1.5 16	0. 13 0	0.046	0.0 66	0.0 61	0.89 9	1.11 3
<i>v2600 Angststörung</i>	0.678	0.240	0.117	2.8 24	0. 00 5	0.106	0.1 22	0.1 14	0.93 6	1.06 8
<i>alter_neu</i>	0.006	0.004	0.078	1.7 27	0. 08 5	0.096	0.0 75	0.0 70	0.79 6	1.25 6
<i>gender</i>	0.154	0.076	0.087	2.0 40	0. 04 2	0.075	0.0 89	0.0 82	0.90 0	1.11 1
<i>Achtsamkeit</i>	0.145	0.158	0.045	0.9 14	0. 36 1	0.010	0.0 40	0.0 37	0.66 7	1.49 9
<i>BeziehungKomm</i>	0.189	0.115	0.084	1.6 38	0. 10 2	0.037	0.0 71	0.0 66	0.61 0	1.63 9
<i>Forum</i>	0.685	0.187	0.311	3.6 65	0. 00 0	0.154	0.1 58	0.1 47	0.22 5	4.44 3
<i>Lebensfuehrung_4</i>	0.059	0.120	0.025	0.4 89	0. 62 5	-0.028	0.0 21	0.0 20	0.63 2	1.58 3
<i>Rhythmus</i>	0.089	0.191	0.027	0.4 66	0. 64 2	-0.014	0.0 20	0.0 19	0.46 8	2.13 7
<i>Tranfser</i>	0.151	0.128	0.059	1.1 80	0. 23 8	0.002	0.0 51	0.0 47	0.65 0	1.53 8
<i>SonstigeTherapie</i>	-0.414	0.188	-0.110	- 2.1 96	0. 02 9	-0.164	- 0.0 95	- 0.0 88	0.65 0	1.54 0

<i>Fachklinik</i>	0.017	0.160	0.006	0.107	0.915	-0.070	0.005	0.004	0.457	2.190
<i>Parkklinik_Nord</i>	0.137	0.087	0.074	1.569	0.117	0.088	0.068	0.063	0.722	1.386
<i>Rosengarten</i>	-0.059	0.165	-0.026	-0.358	0.720	0.084	-0.016	-0.014	0.319	3.137
<i>Waldmünchen</i>	0.422	0.583	0.030	0.723	0.470	-0.005	0.032	0.029	0.934	1.070

Anhang F)

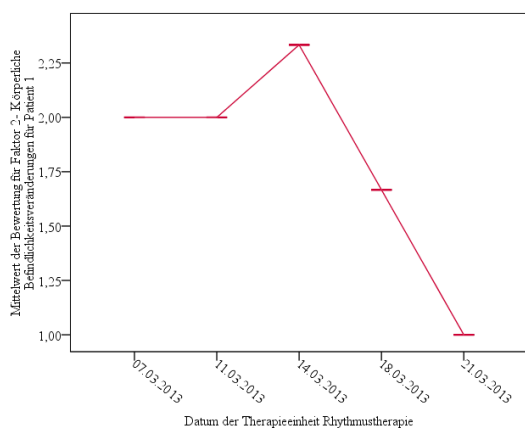


Abbildung 25: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 2 des BVV- Patient 1

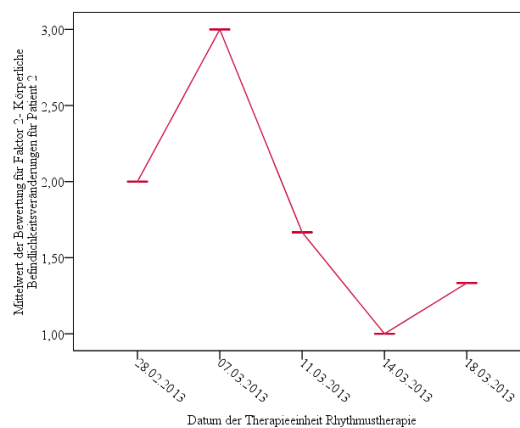


Abbildung 26: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 2 des BVV- Patient 2

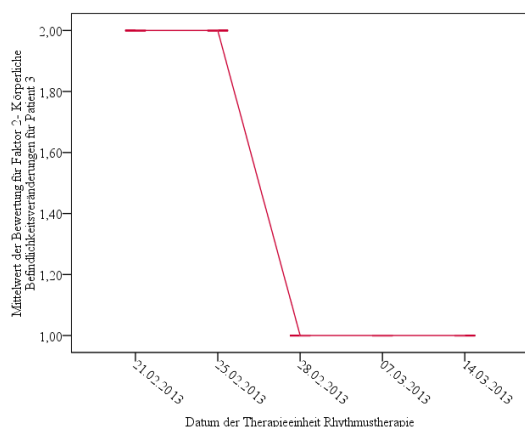


Abbildung 27: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 2 des BVV- Patient 3

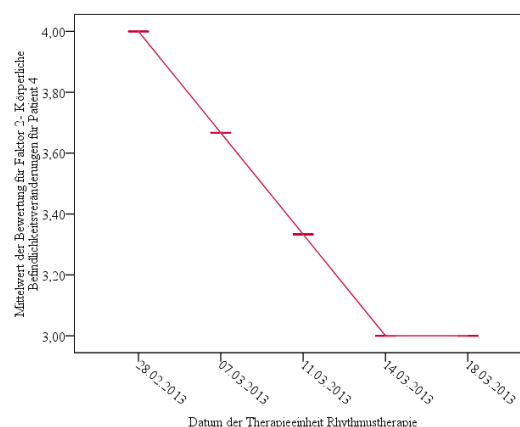


Abbildung 28: Bewertungsverlauf von Rhythmustherapie für Faktor 2 des BVV- Patient 4

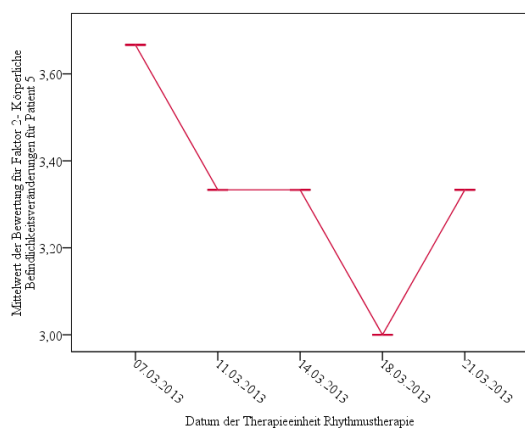


Abbildung 29: Bewertungsverlauf von Rhythmotherapie für Faktor 2 des BVV- Patient 5

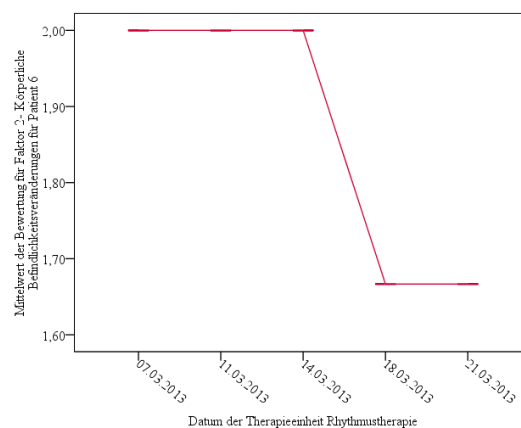


Abbildung 30: Bewertungsverlauf von Rhythmotherapie für Faktor 2 des BVV- Patient 6

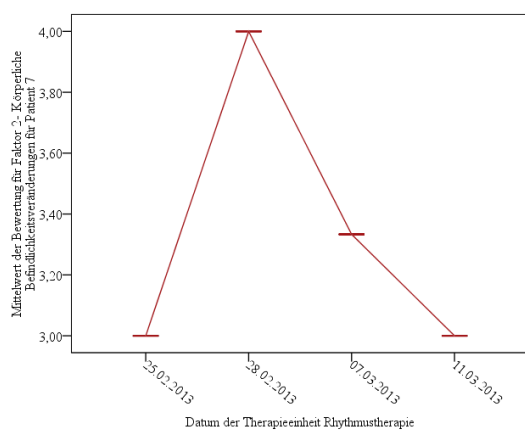


Abbildung 31: Bewertungsverlauf von Rhythmotherapie für Faktor 2 des BVV- Patient 7

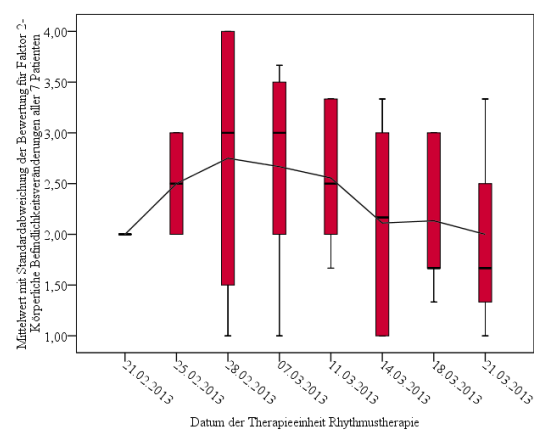


Abbildung 32: Bewertungsverlauf von Rhythmotherapie für Faktor 2 aller 7 Patienten

Tabelle 45: Normalverteilungstest für Faktor 1- wiederholte Bewertung von Rhythmustherapie

Datum	Kolmogorow-Smirnow			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
21.02.2013	.260	2	.			
25.02.2013	.260	2	.			
28.02.2013	.276	3	.	.942	3	.537
07.03.2013	.236	5	.200*	.890	5	.355
11.03.2013	.180	6	.200*	.975	6	.922
14.03.2013	.193	6	.200*	.901	6	.381
18.03.2013	.262	5	.200*	.944	5	.691
21.03.2013	.260	2	.			

*. Dies ist eine Untergrenze der tatsächlichen Signifikanz.

Tabelle 46: Deskriptive Statistik zu Faktor 1- wiederholte Bewertung von Rhythmustherapie

Deskriptive Statistik

Faktor 1: Allgemeine Befindlichkeitsveränderungen

	H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95 % Konfidenzintervall für Mittelwert		Minimum	Maximum
					UG	OG		
21.02.2013	2	2.9167	1.53206	1.08333	-10.8484	16.6817	1.83	4.00
25.02.2013	2	2.5000	.47140	.33333	-1.7354	6.7354	2.17	2.83
28.02.2013	3	2.8333	1.20185	.69389	-.1522	5.8189	1.83	4.17
07.03.2013	5	2.4667	1.05672	.47258	1.1546	3.7788	1.17	3.50
11.03.2013	6	3.0556	.98695	.40292	2.0198	4.0913	1.50	4.33
14.03.2013	6	2.4722	1.20838	.49332	1.2041	3.7403	1.17	4.00
18.03.2013	5	2.4667	1.11430	.49833	1.0831	3.8503	1.17	4.00
21.03.2013	2	2.5000	.94281	.66667	-5.9708	10.9708	1.83	3.17
Gesamtsumme	31	2.6505	.99662	.17900	2.2850	3.0161	1.17	4.33

Tabelle 47: Normalverteilungstest für Faktor 2- wiederholte Bewertung von Rhythmustherapie

Tests auf Normalverteilung^a

	Datum	Kolmogorow-Smirnow ^b			Shapiro-Wilk		
		Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
Faktor 2: Körperliche Befindlichkeitsveränderungen	25.02.2013	.260	2	.			
	28.02.2013	.298	4	.	.849	4	.224
	07.03.2013	.200	7	.200*	.891	7	.281
	11.03.2013	.270	6	.194	.836	6	.121
	14.03.2013	.205	6	.200*	.908	6	.425
	18.03.2013	.319	5	.105	.793	5	.071
	21.03.2013	.276	3	.	.942	3	.537

*. Dies ist eine Untergrenze der tatsächlichen Signifikanz.

a. Faktor_2 Körperliche Befindlichkeitsveränderung ist konstant, wenn Datum = 21.02.2013. Es wurde übergangen.

b. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Tabelle 48: Deskriptive Statistik zu Faktor 2- wiederholte Bewertung von Rhythmustherapie

		95 % Konfidenzintervall						
	H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	ll für UG	Mittelwert OG	Minimale m	Maximale m
21.02.2013	1	2.0000	2.00	2.00
25.02.2013	2	2.5000	.70711	.50000	-3.8531	8.8531	2.00	3.00
28.02.2013	4	2.7500	1.50000	.75000	.3632	5.1368	1.00	4.00
07.03.2013	7	2.6667	1.01835	.38490	1.7248	3.6085	1.00	3.67
11.03.2013	6	2.5556	.75031	.30631	1.7682	3.3430	1.67	3.33
14.03.2013	6	2.1111	.98131	.40062	1.0813	3.1409	1.00	3.33
18.03.2013	5	2.1333	.80277	.35901	1.1366	3.1301	1.33	3.00
21.03.2013	3	2.0000	1.20185	.69389	-.9856	4.9856	1.00	3.33
Gesamtsumme	34	2.3922	.94092	.16137	2.0639	2.7205	1.00	4.00

Anhang G) Therapiebeschreibungen; Informationen für Patienten

Information für PatientInnen

Version: 1309_fri

- | | |
|------------------------|---|
| 1. Titel: | Achtsamkeitstraining |
| 2. Zeit/Dauer: | 100 min |
| 3. Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> ■ In der Gegenwart ankommen ■ Keine Sorge um Zukunft und Vergangenheit machen ■ Präsent sein ■ Verankerung in der Gegenwart ■ Transfer zum Alltag ■ Wahrnehmen ohne zu beurteilen und verändern zu wollen: der Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen, Natur und Umwelt, Begegnung, Beziehung ■ Bewusst wahrnehmen was ist ■ Die Realität des Gegenwärtigen, Augenblicklichen zu akzeptieren ■ Handeln, nicht reagieren ■ Tun um zu tun |
| 4. Inhalte: | Verschiedene Achtsamkeitsübungen |
| 5. Nicht geeignet für: | Hochtraumatisierte Menschen |
| 6. Besonderheiten: | Mindestteilnahme 3 x |

Information für PatientInnen:

Version: 131_LPI

1. Titel: Beziehung und Kommunikation
2. Häufigkeit und Dauer: 7x, freitags 9.15-10.15 Uhr
3. Ort: siehe aktueller Stundenplan
4. Leitung/Co-Leitung:
5. Ziele:
 - Erlernen grundlegender Kommunikationsstrategien
 - Fähigkeiten schulen zur Selbsteinfühlung/ Fremdeinfühlung
 - Unterscheidung von Bedürfnissen und Strategie
 - Unterscheidung von Beobachtung und Bewertung
 - Konflikte gewaltfrei lösen lernen
6. Inhalte:
 - Dyadenarbeit, Councelling, Dialogstruktur (Zuhören und Sprechen: Was sind Merkmale für eine erfüllende Kommunikation/ Was fördert eine wirkliche Begegnung?)
 - Wie habe ich Kommunikation und Beziehung gelernt ?
 - kurze Darstellung der vier Schritte in der GfK (gewaltfreie Kommunikation)
 - Erarbeitung einer Unterscheidung in Bedürfnisse und Strategie
 - therapeutische Gemeinschaft und ihre Bedeutung: u.a. hilfreiche Regeln in der Kommunikation für Großgruppen
 - Erläuterung von Übertragungsprozesse in Beziehungen (in der Klinik und im Alltag)
 - Schulung der inneren Haltung: Beobachtung versus Bewertung
 - Übungsbeispiele: Umgang mit Konflikten
 - virtuelle Beziehungen und ihre Bedeutung (individuell und gesellschaftlich- kollektiv)
 - Unterscheidung zwischen individueller und kollektiver Perspektive
7. Besonderheit: Diese Gruppe ist für alle Patienten eine Pflichtveranstaltung.

Information für PatientInnen

Version: 131_lpi

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Titel: | Lebensführung |
| 2. Zeit/Dauer: | siehe aktueller Stundenplan |
| 3. Ziele: | <p>Lernen, wie ich mich in Heiligenfeld, aber auch im Alltag gut selbst führen kann.</p> <p>Was dazu nötig ist, den Überblick zu halten und wie Ziele gesetzt werden können</p> |
| 4. Inhalte: | <p>Alle neuen Patienten nehmen in ihrer ersten Woche am Modul 1 , 2 und 3 teil. Hier wird erklärt, was Selbstführung und Lebensführung bedeutet und wie Ziele am sinnvollsten gesteckt und erreicht werden können, außerdem wird erklärt, in welchen ganz praktischen Bereichen der Therapie Wahlfreiheit besteht und wie auch hier sinnvollerweise vorgegangen werden sollte.</p> <p>In der vierten Phase der Lebensführung werden verschiedene Themen bearbeitet, die auch im Zusammenhang stehen.</p> <p>Hier eine Auswahl an möglichen Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gesund Leben • Willenstraining • Ich-Identitätsfindung • Stressmanagement • Selbstbehauptung • Symptomtraining <p>Im Anschluss an diese Phase der Therapie die Transfergruppe ihren Abschied aus Heiligenfeld begleiten.</p> |
| 5. Nicht geeignet für: | |
| 6. Besonderheiten: | keine |

Information für PatientInnen

Version: 131_lpi

- | | |
|------------------------|---|
| 1. Titel: | Rhythmustherapie FK |
| 2. Zeit/Dauer: | Mo und Do 14.30 Uhr bis 16.15 Uhr |
| 5. Ziele: | <p>was soll erreicht werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Verinnerlichen von Archetypen (rhythmischen) Strukturen als Grundlage zur Steuerung des inneren Erlebens ■ Gefühl für Boden, Getragensein und Realitätsbezug ■ Abgrenzungsfähigkeit ■ Steuerung des Erlebens u. Selbstregulierung ■ Verinnerlichung integrativer u. heilsamer Erlebnisse ■ Erlebnisaktivierung, Wiederbelebung ■ Loslassen von Kontrolle und Übung der Hingabefähigkeit (Vertrauen) ■ Gefühl für Präsenz u. Gegenwärtigkeit (Verankerung in der Gegenwärtigkeit) ■ Verankerung im Körper und Freude am Leben und der eigenen Bewegung ■ Gefühl der Zugehörigkeit in einer Gemeinschaft. Erfahren können, wie es ist, in ein Kollektiv und eine Gemeinschaft eingebunden zu sein und gleichzeitig einen eigenen und eigenständigen Wachstumsprozess durchlaufen zu können. |
| 4. Inhalte: | <p>Rhythmische Körperarbeit, die durch ständige Bewegung zum Lösen alter Körpermuster, Emotionen führt, und gleichzeitig Boden dafür gibt. Nachnähren frühkindlicher Erlebnisqualitäten. Alte, lebenshemmende Verhaltensmuster werden dabei gelöst und neue autonomes Ausdrucksformen gefunden.</p> |
| 5. Nicht geeignet für: | <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Akute</u> psychotische Zustände ■ Menschen, die (starke) Gehprobleme haben (mit Ausnahmen) |
| 6. Besonderheiten: | <ul style="list-style-type: none"> ■ bequeme Kleidung |

✓

Bevor Sie in dieser Gruppe starten können, müssen Sie bei uns in der Sprechstunde gewesen sein !

Therapeutisches Reiten

Informationen für Patienten /Innen

Version: 1101_pma

1. Titel: **Therapeutisches Reiten – FK**
2. Zeit/ Dauer: wöchentlich Mittwoch und Donnerstag (14.30-17.00)
3. Ziele:
- Im Vordergrund steht differenziertes, aber auch spielerisches **Kennen lernen eigener Fähigkeiten ohne Leistungsstress**. Dabei wird der Mensch in verschiedenen Bereichen berührt: in seiner **Körperlichkeit und Beweglichkeit**, in seiner **Wahrnehmungsfähigkeit** und Sensibilität, in seiner Beziehungs- u. Auseinandersetzungsfähigkeit sowie auch bezüglich der Übernahme von Eigen- und Fremdverantwortung und **realitätsbezogener Selbsteinschätzung**. Reiten zu lernen ist dabei ein Nebeneffekt.
- Im einzelnen können folgende Ziele beobachtet werden:**
- das Selbstbewusstsein wird gefördert, es entsteht ein positives Selbstbild
 - Konzentration und Durchhaltevermögen wird trainiert
 - Aufbau von Vertrauen, Verantwortungsgefühl
 - Beziehungsfähigkeit wird gefördert
 - die Wahrnehmung aller Sinne wird geschult, dadurch entsteht eine neue Eigenwahrnehmung
 - Beobachtungsgabe, Aktion und Re-Aktion werden trainiert
 - Das Getragen-Werden auf dem Pferd kann einerseits sehr entspannend wirken, andererseits auch ein positiveres Körpergefühl entstehen lassen
 - motorische Fähigkeiten und Gleichgewicht können verbessert werden
 - der Tonus (= Gesamtkörperspannung), die Muskulatur und die Fähigkeit zur Anspannung und Entspannung werden gefördert
 - die Haltung kann verbessert werden (man sitzt aufrechter auf dem Pferd und läuft oft danach beschwingter und mehr aus der Hüfte heraus)
 - soziales Miteinander/Kooperation wird geübt, indem man z.B. ein Pferd zusammen putzt oder einen Mitpatient/in auf dem Pferd führt
 - das Bewusstsein für ein anderes Lebewesen und dessen Bedürfnisse wird geschult
 - Sachkompetenz und Wissen werden erweitert, Merkfähigkeit wird geschult (Körpersprache des Pferdes, wie putzt man, wie kratzt man die Hufe aus etc. ...)
 - Selbständigkeit wird entwickelt
 - Ressourcen werden gefördert: Entdeckung von Reiten als neues Hobby oder das Zulegen eines Tieres
 - Verbesserung von Höhenangst (Sitzen auf Pferden von verschiedener Größe) und Tierphobien (Hund, Katze etc.)
4. Inhalte:

5. Nicht geeignet für:

- akute psychiatrische Erkrankungen, bei denen kein Kontakt zur Realität mehr möglich ist (z. B. Manie, Psychosen)
- somatische Erkrankungen (z. B. im Wirbelsäulenbereich, starke Allergien, epileptische Anfälle, schwere Osteoporose, starke Schwerhörigkeit, schwere Sehbeeinträchtigung, Muskelschwäche, Muskelzuckungen, starker Schwindel, schwere Gleichgewichtsstörungen)
- Menschen über 100 kg

6. Besonderheiten:

- Geschlossene Schuhe (keine Sandalen, nicht barfuß), lange Hosen
- die Veranstaltung findet bei jedem Witter im Freien statt – deshalb auf entsprechende wetterfeste Kleidung achten (evtl. warmer Pulli, Schal, Handschuhe, Sonnenschutz)

Information für PatientInnen

Version: 131_lpi

1. **Titel:** **Tranfergruppe I**
2. **Zeit/Dauer:** Donnerstag, 8.30 - 10.10 Uhr
3. **Ziele:**

Die hier im Laufe der Therapie gemachten Fortschritte erkennen und festigen.

Lücken beleuchten/ erforschen:
In welchen Bereichen braucht es noch Unterstützung?

Gibt es Unterstützung am Wohnort?

Zielgerichtetes Vorgehen, planen der nächsten Schritte um den Übergang ins heimische Feld zu erleichtern

Nachsorge- und Regionalgruppen vorstellen.
4. **Inhalte:**

Dyadenarbeit, Fragestellungen

Welche unterstützenden Kontakte, in welchen konkreten Bereichen, am Heimatstandort habe ich schon?!!

Konkrete Kontakte pflegen und/ oder knüpfen
(z.B.Regionalgruppen, Selbsthilfegruppen)
Schritte/ Vorgehen planen.
(Fortschritt wird in der Transfergruppe 3 nachgefragt)

Wie begegne ich in unterschiedlichen Rollen
> der Frage "Wo warst Du" ?

Aktuelle Informationen über das Nachsorgeangebot der Klinik aus- teilen
5. **Nicht geeignet für:** Akut erkrankte Patienten
6. **Besonderheiten:** Nur für PatientInnen die 13 Tage Später abreisen!!