



psychotherapeutische
ambulanz | ÖAGG

ÖAGG-Psychotherapeutische Ambulanz GmbH

**Pilotstudie „Eingangsphase in der ambulanten
Gruppentherapie“
Exposé und ethische Überlegungen**

*Mag. Hannah Bischof, Univ.-Prof. Dr. Aglaja Przyborski,
Hon.-Prof. Dr. Günter Dietrich, Mag. Vanja Poncioni-Rusnov,
Ass.-Prof. Dr. Michael Wininger*

15.06.2020

Version 1.0



Inhalt

Inhalt	2
1.1 Hintergrund	3
1.2 Forschungsvorhaben	8
1.3. Forschungsfragen	8
1.4. Institutionelle Rahmenbedingungen	9
1.5 Methodik	9
1.5.1 Quantitative Daten:	10
1.5.2 Qualitative Daten:	11
1.6 Zeitplan	12
1.7 ethische Überlegungen / Risikoabsschätzung	13
1.8 Verfahren zum Schutz der Vertraulichkeit	15
1.9 Betrag oder Verfahren zur Vergütung der ProbandInnen	16
Literatur	17

1.1 Hintergrund

Ergebnisse der Psychotherapieforschung belegen seit vielen Jahrzehnten eine im Allgemeinen sehr hohe Wirksamkeit von Psychotherapie zur Behandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen sowie einen hohen gesundheitsökonomischen Nutzen (Altmann et al., 2016; Chorpita et al., 2011; Gabbard, Lazar, Hornberger & Spiegel, 1997; Smith, Glass & Miller, 1980; Wampold, 2001). Forschungsergebnisse zur Gruppenpsychotherapie attestieren dieser Behandlungsform der Einzeltherapie tendenziell vergleichbare Wirksamkeit (Strauß & Dankwart, 2012).

Ein - wenn nicht der wichtigste - Wirkfaktor von Psychotherapie scheint dabei dem Beziehungsaspekt zuzukommen (Wampold, 2001). Dies gilt für einzeltherapeutische Behandlung ebenso wie für Gruppenpsychotherapie. Allerdings entspricht die Gruppentherapie in besonderer Weise der sozialen Natur des Menschen, die ausgehend vom anfänglichen Konzept des Herdentriebes bei Trotter (1916) in der modernen Psychotherapieforschung als „group affiliation“ eine zentrale Rolle als Basismotivationsfaktor des Menschen einnimmt (Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 2011). Schon in der Pionierphase der Gruppenpsychotherapie wurde auch die soziale Dimension der Neurosenentstehung erkannt: Psychische Erkrankungen entstehen zumeist in der Primärgruppe Familie, dadurch bekommt das Gruppensetting besonderes Potential für psychotherapeutische Veränderungsarbeit (Burrow, 1928). Die Relevanz von Gruppenkohäsion und einem therapeutischen Arbeitsbündnisses innerhalb der Gruppe für die Wirksamkeit von Gruppentherapie wurde in zahlreichen Studien herausgestrichen. Zugleich ist der Prozess der Beziehungsaufnahme im gruppentherapeutischen Behandlungssetting noch ein ganzes Stück komplexer als in der einzeltherapeutischen Behandlung, da die Beziehungsnetzwerke und die Beziehungsdynamiken innerhalb einer Gruppe weitaus mehrschichtiger sind als in Zweierbeziehungen. Die ersten etwa zehn Therapieeinheiten stellen dabei ein kritisches Zeitfenster für die Etablierung eines therapeutischen Bündnisses dar: In diesen ersten Therapieeinheiten entscheidet sich, ob ein „Ankommen“ in der Gruppentherapie möglich ist, oder ob es zu einem frühen Ende der Behandlung kommt (Shamir, Szor & Melamed, 2010).

Diese Fälle, in denen es aus unterschiedlichen Gründen zu einem Ende der Therapievereinbarung kommt, in der Literatur als Therapieabbruch oder Dropout bezeichnet (Eckert, 2001, S. 59), werden – sowohl in der klinischen Praxis als auch in der theoretischen Konzeption – häufig als Misserfolg betrachtet (Leitner et al., 2012). Dabei ist die Definition eines Therapieabbruches relativ divers. Seiffge-Krenke und Cinkaya (2017) konstatieren „ein Kernproblem in der Untersuchung von Abbrüchen: In fast vierzig Jahren Forschung war es nicht gelungen, eine allgemeingültige Abbruchdefinition zu formulieren“ (S. 17). In „Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Lambert, 2013) beispielsweise werden Therapieabbrüche als jene Fälle definiert, in dem der / die Patient*in nach mindestens einer regulären Therapiesitzung trotz weiterer vereinbarter Sitzungen nicht mehr erscheint. Hier wird also eine stark quantifizierte Definition angeführt. In Studien werden häufig folgende Definitionen von Abbrüchen verwendet: 1. eine nicht erreichte Mindestzahl von Sitzungen, 2. das Versäumen von Sitzungen bzw. 3. das Urteil durch den / die Therapeut*in (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Tatsächlich basiert die häufigste Operationalisierung von Dropouts auf der Definition des/der Therapeut*in als eine einseitige Beendigung der Therapie durch den/die Patient*in ohne Zustimmung des / der Therapeut*in.

Beide Formen der Definition haben ihre Schwachstellen: Die objektivere anhand von wahrgenommenen Therapieeinheiten nimmt an, dass es eine gewisse klar definierbare Dauer von Psychotherapie braucht, um eine positive Wirkung bei Patient*innen zu ermöglichen. Diese Ansicht widerspricht allerdings dem nach wie vor vorherrschenden Trend zu Kurzzeit(gruppen)therapien und überzeugenden Wirksamkeitsstudien für kurze psychotherapeutische Behandlungen (Tschuschke, 2003). Forschungsergebnisse der Dosis-Wirkung-Beziehung in psychotherapeutischen Behandlungen bestätigen im Allgemeinen eine nonlineare Verbesserungskurve, mit sehr starken Verbesserungen (in Wohlbefinden, Symptomatik, etc.) in den ersten Sitzungen und einer flacher werdenden Kurve in den folgenden Sitzungen. Die „optimale“ Sitzungsdauer scheint dabei je nach Störungsbild, gemessenem Zieloutcome und Methodologie der Studie relativ stark zu schwanken: Eine neue Metaanalyse legt nahe, dass man im Allgemeinen von einer Bandbreite zwischen 4 und 26 Sitzungen rechnen muss, bis es zu einer signifikanten Verbesserung kommt (Robinson, Delgadillo & Kellett, 2020). Manche Patient*innen werden also auch von sehr kurzen Therapiedauern möglicherweise

schon so sehr profitieren, dass es nicht angebracht erscheint, bei einem frühen Ende im Allgemeinen von einem Therapieabbruch zu sprechen.

Die Einschätzung der Therapeut*innen, ob es sich nun um einen Abbruch handelt oder nicht, hat hingegen die Einschränkung, dass es sich dabei um ein sehr subjektives Urteil handelt, das zudem vermutlich stark von der psychotherapeutischen Orientierung des / der Therapeut*in beeinflusst wird (O'Keeffe, Martin, Target & Midgley, 2019).

Um die Erlebnisse von Patient*innen, die eine begonnene Psychotherapie frühzeitig beenden, und deren Sicht der Gründe dafür zu verstehen, bieten sich direkte Befragungen dieser Zielgruppe an. Allerdings haben erstaunlich wenige Studien bisher Therapieabbrecher selbst zu Wort kommen lassen. O'Keeffe et al. (2019) beispielsweise führten halbstrukturierte Interviews mit Jugendlichen mit einer diagnostizierten Depression, die an einer Einzelpsychotherapie teilgenommen hatten, sowie mit deren Therapeut*innen. Dabei wurden sowohl mit „Completern“ als auch mit AbbrecherInnen Interviews geführt. Die qualitativen Daten aus den Interviews wurden in einem Mixed-Methods-Design mit quantitativen Outcome-Maßen abgeglichen, um Kategorien von AbbrecherInnen zu destillieren. Daraus resultierten folgende Kategorien: 1. Patient*innen, die aus Unzufriedenheit mit der Therapie abbrechen, 2. Patient*innen, die schon nach wenigen Sitzungen eine ausreichende Besserung von Symptomatik und Wohlbefinden erreicht haben und 3. Patient*innen, die es aus einem Mangel an Stabilität nicht mehr schafften, an der Therapie teilzunehmen.

Seiffge-Krenke und Cinkaya (2017) fanden drei teils übereinstimmende, teils abweichende Kategorien von Abbrechern: „qualitätsneutrale Abbrüche“ durch Umzug, etc., (S.35) „positive Abbruchverläufe (...) (durch) schnelle Genesung oder Anstoßen von Ressourcen“, sowie „problematische Therapieverläufe“ (S.36). Allerdings scheint diese Einteilungen in der Realität nicht so eindimensional sinnvoll und möglich zu sein: Schon Freud habe von der „Flucht in die Gesundheit gesprochen“ (zit. nach Seiffge-Krenke & Cinkaya, 2017, S. 36), die Symptomentlastung bei den positiven Abbruchverläufen könnten also in einigen Fällen nur von kurzer Dauer sein. Ebenso können sich hinter scheinbar qualitätsneutralen Abbrüchen Probleme in der Therapie- und Beziehungsgestaltung verbergen, die nicht offen angesprochen werden.

Bezüglich der Risikofaktoren für ein frühes Ende der psychotherapeutischen Behandlung beklagen Seiffge-Krenke und Cinkaya (2017) einen starken Überhang an Studien, in denen ausschließlich Fokus auf Patient*innenvariablen gelegt wird. In nur 16% der Studien in der Metaanalyse von Cinkaya (2016) wurden Therapeut*innen- oder Prozessvariablen einbezogen. Dies ist insofern bedauerlich, als es Hinweise auf Interaktionseffekte zwischen Patient*innen- und Therapeut*innenfaktoren gibt, die Therapieoutcomes, wie auch ein frühes Ende der Therapie weitaus besser vorhersagen könnten als die reinen Patient*innenvariablen. In einer Studie zu Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie zeigte sich beispielsweise, dass ein überzufällig großer Anteil an negativen Therapieergebnissen in jenen Settings entsteht, in denen der Therapeut männlich und die Patient*in weiblich ist – ein Effekt, der nicht gefunden hätte werden können, wenn man sich ausschließlich auf Patient*innen- bzw. Therapeut*inneneffekte konzentriert hätte, ohne deren Interaktion zu berücksichtigen (Leitner et al., 2012). Eine empirisch besser gestützte Aussage lässt sich bezüglich einer Therapeut*innenvariable machen: Die wenigen Studien, die Therapeut*innenvariablen in Analysen miteinbezogen, gaben Hinweise darauf, dass mehr Arbeitserfahrung der Therapeut*innen mit geringeren Abbruchraten zusammenhängen (Winkler, 2018).

Mit Blick auf die Patient*innenvariablen scheinen insbesondere junges Alter, ein geringerer Bildungsstand, mangelnde soziale Einbettung sowie geringere Erwartungen an den Therapieerfolg und Therapiemotivation ein (ver)frühtes Ende der Psychotherapie wahrscheinlicher zu machen. Bezüglich des Einflusses der Hauptdiagnose, der Symptombelastung sowie Therapievor Erfahrung, ebenso wie des Geschlechts der Patient*innen ist die Datenlage hingegen widersprüchlich.

Überraschenderweise zeigte sich in der Metaanalyse von Cinkaya (2016), dass das Funktionsniveau der AbbrecherInnen im Allgemeinen höher und die Symptombelastung geringer war als das der Completer – die AutorInnen werten dieses Ergebnis als Hinweis darauf, dass bereits wenige Therapiestunden zu einer Aktivierung von Ressourcen und dadurch zu einer Besserung der Symptomatik beitragen konnten, es sich also tatsächlich zum Teil um Erfolgsabbrüche handelt. Zugleich könnte es natürlich sein, dass Patient*innen mit höherem Funktionsniveau besser dazu in der Lage sind, eine nicht zufriedenstellende Behandlung auch wieder zu beenden.

Hinsichtlich der Abbruchraten bei Gruppentherapie im Vergleich zu Einzeltherapie sind Studienergebnisse divers. Es gibt sowohl Hinweise auf vergleichbare Abbruchraten, wie auf höhere Raten in Gruppentherapien als in Einzeltherapien (Winkler, 2018). Dabei werden höhere Abbruchraten in Gruppen oft mit einer negativen Dynamik nach einem initialen Abbruch erklärt: Wenn beispielsweise nach Ausscheiden eines / einer Patient*in aus der Gruppe Irritationen bei den verbliebenen Patient*innen entstehen, die nicht befriedigend besprochen oder geklärt werden können, kann es als Folge zu weiteren Abbrüchen kommen (Winkler, 2018, S. 21).

Eine aktuelle Übersicht zur Frage der Indikationsstellung in der Gruppenpsychotherapie geben Janssen und Sachs (2018, S. 77ff.). In der therapeutischen Praxis werden für die Aufnahme in eine Gruppentherapie generell eher Ausschlusskriterien gewählt als Modelle einer differenziellen Indikation – die eben daran ansetzen, ob eine Psychotherapie bei einer Person mit ihrem jeweiligen Krankheitsbild indiziert ist sowie welches Verfahren in welchem Behandlungssetting geeignet ist. Als Ausschlusskriterien für eine Gruppenpsychotherapie werden vorwiegend genannt: akute psychotische Störungen mit massiver Symptomatik, hirnorganische Störungen sowie paranoide, schizoide und dissoziale Persönlichkeitsstörungen (Freyberger, 2016). Allerdings ist dazu augenfällig, dass die Expert*inneneinschätzungen zum Matching zwischen Patient*innenmerkmalen und Behandlungsmodellen für die Gruppenpsychotherapie insgesamt sehr heterogen sind. Wenn etwa Eckert (2001) die gegenwärtige Behandlungspraxis hinsichtlich der Treffsicherheit der Indikationsstellung zur psychotherapeutischen Gruppenbehandlung deutlich kritisch einschätzt, so liegt bei Tschuschke (2003, 2004) ein durch vielfältige Forschungsdaten gestütztes hohes Vertrauen in die universelle Nutzbarkeit der Gruppenmethode in der Psychotherapie vor. Er sieht keine grundsätzliche Störungsproblematik, die bestimmte Patient*innen von der Gruppenbehandlung ausschließt, sondern vielmehr die konkrete Anforderung, Setting und Behandlungstechnik in der Gruppe für die jeweilige Störungsspezifität und Gruppenzusammensetzung entsprechend zu modifizieren (Tschuschke, 2003, S. 145). Hier zeigt sich die Notwendigkeit weiterer klärender Forschung.

1.2 Forschungsvorhaben

Das Thema des vorzeitigen Therapieendes wird in einer Pilotstudie auf mehreren Ebenen beleuchtet.

So wird zum einen die von Seiffge-Krenke und Cinkaya (2017) dargestellte sehr lückenhafte Ergebnislage zum Einfluss von Therapeut*innen- und Behandlungsfaktoren auf ein frühes Ende von Gruppenpsychotherapie mit Daten angereichert. Umfangreiches Datenmaterial aus einer psychotherapeutischen Ambulanz mit Schwerpunkt auf Gruppenpsychotherapie wird in diesem Zusammenhang ausgewertet. Ziel ist es, im Sinne der Qualitätssicherung neue Informationen zu Risikofaktoren und Interaktionseffekte zwischen Patient*innen- und Therapeut*innenvariablen zu gewinnen.

Zum anderen interessiert uns die Perspektive von Patient*innen und was diese vor und nach einem Ende der Gruppenpsychotherapie innerhalb der ersten zehn Sitzungen erleben – auch um zu prüfen, ob die bisherige Erklärungsmuster und Kategorien des Phänomens des vorzeitigen Therapieendes sich mit diesen Erfahrungen decken. Auch die Sichtweise von Therapeut*innen – und deren spezifischen Einschätzungen zu Dynamiken des Therapieabbruches in Gruppentherapien ist von Interesse. Dafür sollen neben „objektiven“ Daten Selbstauskünfte von Patient*innen ebenso wie Einschätzungen von Therapeut*innen gewonnen werden.

1.3. Forschungsfragen

- 1 Wie erleben Patient*innen der pta, die die Gruppenpsychotherapie nach wenigen Stunden beendet haben, den Einstieg, den Prozess sowie das Ende der Gruppentherapie? Wie ordnen sie das Ende der Therapie rückblickend gesamtbiographisch ein?
- 2 Welche Erfahrungen machen Therapeut*innen der pta im Zusammenhang mit einer frühen Beendigung der Gruppentherapie durch Patient*innen in? Welche Erklärungsansätze finden sie für diese Fälle?
- 3 Inwiefern beeinflussen Patient*innen- und Therapeut*innenspezifische Risiko- und Schutzfaktoren die Wahrscheinlichkeit für ein frühes Endes der Gruppentherapie?

- 4 Wie lassen sich die Eingangsphase der Gruppenpsychotherapie mit dem Fokus früher Beendigungen rekonstruieren? Welche Typen (bzw. Formen) von Beendigungen lassen sich rekonstruieren?

1.4. Institutionelle Rahmenbedingungen

Die Studie findet an der ÖAGG – psychotherapeutischen Ambulanz mit einem Schwerpunkt auf ambulante Gruppenpsychotherapie für Erwachsene statt. Die Gruppen sind störungsspezifisch konzipiert und werden im gesamten Ausmaß kassenfinanziert. Dabei ist eine Behandlungsdauer von maximal 4 Jahren mit wöchentlichen Gruppentherapiesitzungen von zwei Einheiten möglich. Die therapeutische Ausrichtung der Gruppenpsychotherapeut*innen ist relativ divers und umfasst drei der vier in Österreich anerkannten Methodencluster psychodynamische Orientierung, humanistische Orientierung und systemische Orientierung. Da österreichweit ein hoher Bedarf an kassenfinanzierter Psychotherapie besteht, gibt es eine Wartezeit von etwa einem halben Jahr bis es – nach einem Eingangsprozess mit einem Informationsgespräch und ein bis zwei Einzelgesprächen mit dem Gruppentherapeuten – zur ersten Gruppentherapiesitzung kommt.

Die Therapiegruppen sind störungsspezifisch konzipiert und nach folgenden Schwerpunkten aufgeteilt: „Angst, Depression und Überforderung“, „Integration psychotischer Konflikte“, „Bearbeitung von Abhängigkeitskonflikten“, „Psychosomatik“, „Persönlichkeitsstörungen“. Darüber hinaus werden Frauen- und Männergruppen angeboten und Gruppen für Adoleszente.

1.5 Methodik

Das Forschungsdesign der Studie sieht einen multimethodischen Zugang vor. Es werden sowohl retrospektiv quantitative Daten aus der Datenbank der Ambulanz als auch prospektiv qualitative Daten aus Patient*innen- und Therapeut*innenbefragungen gesammelt und ausgewertet:

1.5.1 Quantitative Daten:

Aus den ersten fünf Jahren des Bestehens der psychotherapeutischen Ambulanz steht ein großer Datensatz von über 1500 Patient*innen zur Verfügung, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden bzw. befunden haben. Diese Daten werden retrospektiv ausgewertet, um Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der in Anspruch genommenen Gruppentherapieeinheiten und patient*innen-therapeut*innen- sowie behandlungsbezogenen Variablen zu ermitteln.

Dabei sollen zum einen Ergebnisse aus bisherigen Forschungsprojekten überprüft werden (zum Beispiel zu Einflüssen von Alter, Geschlecht, Grad der Belastung der Patient*innen), zum anderen sollen explorativ Zusammenhänge zwischen Patient*innen- und Therapeut*innenvariablen erkundet werden, zu denen es bis dato noch keine (uns bekannten) Studienergebnisse gibt.

Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus ehemaligen und aktuellen Patient*innen der pta, wobei es sich ausschließlich um volljährige Personen über 18 Jahre handelt. Für die Auswertung der quantitativen Daten (siehe unten) werden alle Patient*innendaten, seit Bestehen der Ambulanz retrospektiv ausgewertet.

Folgende Variablen sollen dabei in die statistische Analyse einfließen:

Patient*innenbezogene Variablen:

- Alter
- Geschlecht
- Ausbildungsstand
- Nettoeinkommen
- Diagnosen psychische- und Verhaltensstörungen
- ursprüngliches Wunschsetting (Einzel- oder Gruppentherapie) bei Clearinggespräch
- Belastung bei Clearing (Selbsteinschätzung erhoben mittels IMET, Deck, Mittag und Hüppe (2007); Fremdeinschätzung mittels Mini ICF, Deck et al. (2007))

Therapeut*innen- und behandlungsbezogene Variablen:

- therapeutische Methode des / der Leiter*in der Gruppentherapie
- Geschlecht des / der Gruppentherapeut*in
- Alter des / der Gruppentherapeut*in
- Grundberuf des / der Gruppentherapeut*in
- Fokus der Gruppentherapie (Störungsspezifität)
- Angabe des Grundes der Beendigung durch Therapeut*in

Auswertung

Die Vorbereitung der Datensätze findet mittels Microsoft Excel statt. Die Auswertungen der Daten wird mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 26 und dem Plugin „Essentials for R“ durchgeführt.

Haupt- und Interaktionseffekte der Patient*innen- und Therapeut*innenvariablen werden mittels einfaktorieller und mehrfaktorieller Varianzanalysen sowie Mixed Factorial Varianzanalyse berechnet.

1.5.2 Qualitative Daten:

Prospektiv werden 10 narrative Interviews per Telefon mit Patient*innen durch Mag. Hannah Bischof, die wissenschaftliche Mitarbeiterin der Ambulanz, geführt.

Die Interviews folgen einem narrativen Ansatz. Ziel ist es, durch eine Einstiegsfrage eine autobiographische Stegreiferzählung der Interviewpartner*innen zu evozieren. Dabei geht es dem Erkenntnisinteresse folgend nicht um die Gesamtbiographie, sondern insbesondere um den Zeitraum von der Entscheidung für Psychotherapie, den Weg zur pta, die Anmeldung an der pta sowie den den Beginn und das Ende der Gruppenpsychotherapie an der pta und den weiteren Verlauf des Lebens bis zum Tag des Interviews zu stimulieren.

Zudem werden Gruppendiskussionen mit Psychotherapeut*innen der pta durchgeführt. Sie werden nach dem Prinzip des Gruppendiskussionsverfahrens, wie es im Rahmen der Dokumentarischen Methode entwickelt wurde, durchgeführt und ausgewertet (Bohnsack, Przyborski & Schaffer, 2010; Przyborski & Riegler, 2020). Prinzip der Durchführung ist es ein selbstläufiges Gespräch der Teilnehmer*innen zu gemeinsamen Erfahrungen mit dem gegenständlichen Thema zu evozieren.

Stichprobe

a) Patient*innen

Um für Interviews in Frage zu kommen, müssen Patient*innen die folgenden Kriterien erfüllen:

- Teilnahme am für den Beginn der Gruppenpsychotherapie notwendigen Informations- und Anamnesegespräch sowie ein oder zwei Erstgespräche mit dem/der Gruppentherapeut*in
- Teilnahme an mindestens einer gruppentherapeutischen Sitzung
- Ende der Gruppentherapie innerhalb der ersten zehn Sitzungen
- Ende der Gruppentherapie zwischen Juli 2019 und jetzt
- Unterzeichnung der Forschungsvereinbarung vor Beginn der Therapie, in der die Kontaktierung für wissenschaftliche Zwecke auch nach Ende der Therapie gestattet wurde
- mündliche Einwilligung in das telefonische Interview

b) Therapeut*innen

Es werden alle Therapeut*innen, die freiberuflich für die pta tätig sind, mittels Emails und Ankündigungen in den multiprofessionellen Teambesprechungen eingeladen, an den Gruppendiskussionen teilzunehmen. Zur Zeit leiten 28 Psychotherapeut*innen jeweils eine bis maximal vier Gruppen pro Woche in der pta. Alle Therapeut*innen haben mehrjährige Erfahrung in der Leitung von psychotherapeutischen Gruppen. Es werden – je nach Interesse und Einwilligung der Therapeut*innen in die Teilnahme zwei bis vier Gruppendiskussionen durchgeführt und ausgewertet. Die Gruppengröße beträgt dabei maximal 10 Teilnehmer*innen. Die Gruppendiskussionen werden von Univ.-Prof. Dr. Aglaja Przyborski geleitet, die nicht direkt an der Ambulanz tätig ist und bisher auch wenig Berührungspunkte mit den Therapeut*innen hatte.

Auswertung

Die Auswertung mit der Dokumentarischen Methode richtet sich insbesondere auf die (Prozess-)Strukturen der Erfahrungen sowie deren eigentheoretische Verarbeitung. Das als spezifisches Erhebungsverfahren Gruppendiskussionsverfahren eignet sich für das Erkenntnisinteresse, da

Gemeinsamkeiten der Erfahrungen – in dieser Studie mit Patient*innen in der Anfangsphase der Gruppenpsychotherapie – in verdichteter Weise zu Darstellung kommen. Dieses Potential der Gruppendiskussion wird insbesondere bei der Auswertung mit der Dokumentarischen Methode genutzt. Zudem lässt sich mit ihr das Erfahrungswissen (der Therapeut*innen) von seiner theoretischen Verarbeitung (durch die Therapeut*innen) trennen. Diese Besonderheit der Dokumentarischen Methode verspricht interessante Einblicke in diese spannende Phase der Gruppentherapie auch über die jeweiligen psychotherapeutischen Schulen hinweg zu geben.

1.6 Zeitplan

- Durchführung der Interviews bis Ende Juni 2020
- Durchführung der Gruppendiskussionen bis Ende Juni 2020
- Auswertung der statistischen Daten bis Ende Juli 2020
- Auswertung von Interviews und Gruppendiskussionen bis Mitte September 2020
- Aufbereitung der Ergebnisse, Zusammenführung und Schlussfolgerungen September 2020
- Präsentation der Ergebnisse bei der GÖG Tagung 2020 Mitte Oktober 2020
- Verfassung eines Endberichtes, Publikation der Ergebnisse bis Dezember 2020

1.7 ethische Überlegungen / Risikoabschätzung

Für die Risikoabschätzung muss zwischen den drei Populationen der Studie unterschieden werden:

- für die erste Gruppe - die Patient*innen, deren Daten retrospektiv mit statistischen Analysen ausgewertet werden, ist insbesondere der Schutz der Vertraulichkeit von Bedeutung (siehe Punkt 1.7). Direkter psychischer, physischer oder sozialer Schaden kann – da es sich um eine reine Auswertung retrospektiver Daten, ohne erneuter Kontaktaufnahme, handelt – weitestgehend ausgeschlossen werden.

- Für die Gruppe der Patient*innen, mit denen telefonische Interviews durchgeführt werden, kann ein körperlicher Schaden ausgeschlossen werden. Ein möglicher sozialer oder emotionaler Schaden könnte durch folgende Szenarien entstehen:
 - Erinnerung an möglicherweise unangenehme Therapiesituationen durch das Interview
 - Überforderung durch die Interviewsituation

Dieses Risiko wird durch eine besonders feinfühlig Interviewführung minimiert. Die wissenschaftliche Mitarbeiterin, die die Interviews durchführt, ist als klinische Psychologin und Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision gut geübt und geschult in der Wahrnehmung von möglichen Überforderungszeichen der Teilnehmer*innen und dem kommunikativen Auffangen derselben. Die Technik des narrativen Interviews ist in diesem Sinne als besonders risikoarme Methode zu bewerten, da der Fokus auf der wertfreien und akzeptierenden Erfassung der individuellen Erlebnisse der Teilnehmenden liegt. Zugleich wird den Teilnehmenden sowohl im Erstgespräch als auch im Interview selbst mitgeteilt, dass die Teilnahme freiwillig ist und dass das Interview jederzeit abgebrochen werden kann.

Ein weiterer Schaden könnte insofern entstehen, als TeilnehmerInnen sich dadurch, dass die Interviews durch eine Mitarbeiterin der Ambulanz geführt werden, befangen fühlen, auch negative Aspekte ihrer Therapieerfahrung zu benennen bzw. sich für die Beendigung der Therapie rechtfertigen zu müssen. Dieses Risiko kann nicht komplett vermieden werden.

Eine mögliche gefühlte Verletzung der Privatsphäre könnte durch die Form der Kontaktaufnahme mittels Telefonanrufes entstehen. Dem wird vorzubeugen versucht, indem der Hintergrund des Forschungsprojekts und auch der Verweis auf die Forschungsvereinbarung transparent erklärt wird und auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an den Interviews deutlich hingewiesen wird. Die ersten Anrufe zur Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung finden ausschließlich Montags bis Freitags zwischen 9 und 17 Uhr statt. Für die vereinbarten Interviewtermine wird auf die zeitlichen Möglichkeiten der Teilnehmer*innen Rücksicht genommen, um eine ungestörte Interviewsituation und damit auch den Schutz der Privatsphäre zu sichern.

- In der Gruppe der Psychotherapeut*innen könnte es – durch die wirtschaftliche Beziehung mit der pta – zu einem Verpflichtungsgefühl gegenüber einer Teilnahme an der Gruppendiskussion kommen. Durch die Betonung der Freiwilligkeit der Teilnahme – und auch dadurch, dass rein mathematisch gar nicht alle Therapeut*innen an den Diskussionsgruppen teilnehmen können – soll gesichert werden, dass ausschließlich Therapeut*innen an den Diskussionsgruppen teilnehmen, die dies wirklich wollen und die an dem Thema interessiert sind. (Seiffge-Krenke & Cinkaya, 2017)

Therapieabbrüche führen bei vielen Therapeut*innen zu unangenehmen Gefühle, die mit Gedanken, versagt zu haben oder inkompetent zu sein, verbunden sind (Seiffge-Krenke & Cinkaya, 2017). Dazu kann – auch unter Berücksichtigung des wirtschaftlichen Naheverhältnisses zur pta – der bewusste oder unbewusste Antrieb entstehen, sich als besonders kompetent*e Therapeut*in zu präsentieren. Diese Dynamik soll dadurch entschärft werden, dass bei den Gruppendiskussionen ausschließlich die Therapeut*innen selbst und die Leiterin der Diskussionen (die bis auf die wissenschaftliche Tätigkeit keine Verflechtungen mit der pta oder den Therapeut*innen hat) anwesend sind. Auch innerhalb der Therapeut*innen wird die Wichtigkeit, mit Inhalten aus dem Gespräch vertraulich umzugehen, betont. Eine Anonymisierung auch und vor allem gegenüber den Vorgesetzten bzw. Vertreter*innen der Arbeitgeberin wird gewährleistet.

In allen Fällen werden ausschließlich volljährige und einwilligungsfähige Teilnehmer*innen in die Studie einbezogen.

1.8 Verfahren zum Schutz der Vertraulichkeit

Alle Daten (sowohl die quantitativen als auch die qualitativen) werden ausschließlich in pseudonymisierter Form ausgewertet.

Die quantitativen Daten werden aus dem Patient*innenverwaltungssystem der pta in Excel ausgelesen, wobei die ausgelesenen Daten keine direkt personenbezogenen Daten enthalten. Für die Zusammenführung und

stichprobenartige Prüfung der Daten sind ID-Nummern in den Daten enthalten, mit denen die Patient*innen im System aufgefunden werden können. Durch die weitere statistische Auswertung in SPSS werden Daten aggregiert und damit anonymisiert; es werden ausschließlich vollkommen anonymisierte Daten außerhalb der pta veröffentlicht.

Die qualitativen Interviews, sowie die Gruppendiskussionen werden – nach Einverständnis der Teilnehmenden – mittels Audioaufzeichnung gesichert. Diese Aufzeichnungen werden von Mitarbeiter*innen der pta, die Verschwiegenheitserklärungen unterzeichnet haben, transkribiert. Nach der Transkription werden die ursprünglichen Audiodateien gelöscht. Namen sowie alle Informationen (z.B. Wohn- oder Arbeitsort), die Rückschlüsse auf die Identität der Person zulassen würden, werden in den Transkripten maskiert. Jegliche weitere Arbeit mit den Transkripten (Auswertung, Veröffentlichung von ausgewählten Stellen) wird ausschließlich mit diesen maskierten und anonymisierten Texten vorgenommen.

1.9 Betrag oder Verfahren zur Vergütung der ProbandInnen

Es ist keine materielle Vergütung für die Teilnahme an der Studie vorgesehen. Uns ist eine vollkommen freiwillige Teilnahme an der Studie unter ethischen Gesichtspunkten sehr wichtig. Es soll vermieden werden, dass Teilnehmer*innen (sowohl Patient*innen als auch Therapeut*innen) sich durch eine Vergütung unter Zwang fühlen, an der Studie teilzunehmen bzw. daran gehindert fühlen, ihre Teilnahme jederzeit zu beenden.

Literatur

- Altmann, U., Zimmermann, A., Kirchmann, H. A., Kramer, D., Fembacher, A., Bruckmayer, E., . . . Strauss, B. M. (2016). Outpatient Psychotherapy Reduces Health-Care Costs: A Study of 22,294 Insurants over 5 Years. *Frontiers in psychiatry*, *7*, 98-98. doi:10.3389/fpsyt.2016.00098
- Bohnsack, R., Przyborski, A., & Schäffer, B. (Eds.). (2010). *Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Burrow, T. (1928). Das Fundament der Gruppenanalyse oder die Analyse der Reaktionen von normalen und neurotischen Menschen. *Luzifer Amor*, *11*(21), 103-112.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K. D., Nakamura, B. J., . . . Starace, N. (2011). Evidence-Based Treatments for Children and Adolescents: An Updated Review of Indicators of Efficacy and Effectiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *18*, 172. doi:10.1111/j.1468-2850.2011.01247.x
- Cinkaya, F. (2016). *Die Vielfalt von Abbrüchen in der Psychotherapie: Eine Metaanalyse* (Vol. 184). Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Deck, R., Mittag, O., & Hüppe, A. (2007). Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) - Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, *76*, 113-120.
- Eckert, J. (2001). Indikation und Prognose in der Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke (Ed.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (pp. 56-64). Stuttgart: Thieme.
- Freyberger, H. J. (2016). Indikation zur Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapeut*, *61*(4), 314-317. doi:10.1007/s00278-016-0114-3
- Gabbard, G. O., Lazar, S. G., Hornberger, J., & Spiegel, D. (1997). The economic impact of psychotherapy: a review. *Am J Psychiatry*, *154*(2), 147-155. doi:10.1176/ajp.154.2.147
- Janssen, P., & Sachs, G. (2018). *Psychodynamische Gruppenpsychotherapie. Theorie, Setting und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. ed.. ed.). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Leitner, A., Märten, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H., . . . Schigl, B. (2012). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Endbericht*. Krems: Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit Donau-Universität Krems, Fakultät Gesundheit und Medizin
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. L. (2011). *Psychoanalysis and Motivational Systems. A New Look*. New York: Routledge.
- O'Keeffe, S., Martin, P., Target, M., & Midgley, N. (2019). 'I Just Stopped Going': A Mixed Methods Investigation Into Types of Therapy Dropout in Adolescents With Depression. *Frontiers in psychology*, *10*. doi:10.3389/fpsyg.2019.00075
- Przyborski, A., & Riegler, J. (2020). Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In G. Mey & K. Mruck (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Robinson, L., Delgado, J., & Kellett, S. (2020). The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy Research, 30*, 96. doi:10.1080/10503307.2019.1566676
- Seiffge-Krenke, I., & Cinkaya, F. (2017). *Behandlungsabbrüche: Therapeutische Konsequenzen einer Metaanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Shamir, D., Szor, H., & Melamed, Y. (2010). Dropout, early termination and detachment from a public psychiatric clinic. *Psychiatria Danubina, 22*.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, Md. [u.a.]: Johns Hopkins Univ. Press.
- Strauß, B., & Dankwart, M. (2012). *Gruppenpsychotherapie - Lehrbuch für die Praxis*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Trotter, W. (1916). *Instincts of the Herd in Peace and War*. London: Ernest Benn.
- Tschuschke, V. (2003). *Kurzgruppenpsychotherapie - Theorie und Praxis*. Wien: Springer.
- Tschuschke, V. (2004). Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapeut, 49*(2), 101-109. doi:10.1007/s00278-004-0356-3
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate : models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A Meta-Analysis of Psychotherapy Dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 195. doi:10.1037/0735-7028.24.2.190
- Winkler, R. (2018). *Dropouts in Psychotherapien LBI-HTA Projektbericht Nr.: 100*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.