



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Impact-Techniken in der Psychotherapie bei Depression

verfasst von | submitted by

David Schöbinger BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

Dipl.-Psych. Dr. Jennifer Randerath

Inhaltsverzeichnis

1. Theoretischer Hintergrund	3
<i>Impact-Therapy</i>	4
<i>Problemstellung und Zielsetzung</i>	5
<i>Depressive Störungen</i>	5
<i>Angst</i>	9
<i>Emotionen bei Depressionen</i>	10
<i>Lebensqualität</i>	12
2. Fragestellungen und Hypothesen	15
3. Methode	18
<i>Versuchsplan und Untersuchungsdesign</i>	18
<i>Stichprobenbeschreibung</i>	18
<i>Interventionsbeschreibung</i>	19
<i>Messinstrumente</i>	22
<i>Vorgehen</i>	27
<i>Datenanalyse</i>	28
4. Ergebnisse	29
<i>Fragestellung 1: Machbarkeit</i>	29
<i>Fragestellung 2: Akzeptanz</i>	30
<i>Fragestellung 3: Depressivität</i>	38
<i>Fragestellung 4: Lebensqualität</i>	41
<i>Fragestellung 5: Emotionsregulation</i>	43
<i>Fragestellung 6: Angstsymptome</i>	44
5. Diskussion	48
<i>Einführung</i>	48
<i>Methodische Limitationen</i>	52
<i>Implikationen für zukünftige Forschung und Praxis</i>	53
<i>Fazit</i>	53

6. Literaturverzeichnis	54
7. Abbildungsverzeichnis.....	63
8. Tabellenverzeichnis.....	64
9. Abkürzungsverzeichnis	65
10. Anhang.....	66
<i>Anhang A</i>	<i>66</i>
<i>Anhang B</i>	<i>69</i>
<i>Anhang C.....</i>	<i>80</i>
<i>Anhang D.....</i>	<i>81</i>
<i>Anhang E</i>	<i>83</i>

1. Theoretischer Hintergrund

Depressive Störungen sind nicht nur weit verbreitete psychische Erkrankungen – sondern auch eine globale Herausforderung, die tief in das Leben von Millionen von Menschen eingreifen. Weltweit sind zum heutigen Tag schätzungsweise rund 322 Millionen Menschen betroffen (World Health Organization, 2017, S. 8). Dies entspricht in etwa 4.4 % der Weltbevölkerung. In Österreich sind jedes Jahr mindestens 9.8 % von depressiven Störungen betroffen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019).

Die Hauptsymptome von depressiven Störungen sind laut World Health Organization (WHO, 2022) eine anhaltende depressive Stimmung, Verlust von Freude und Interesse sowie verminderte Energie und/oder erhöhte Ermüdbarkeit. Depressionen können Menschen jeden Alters, Geschlechts, sozialen Hintergrunds und ethnischer Zugehörigkeit betreffen (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2022). Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass insbesondere Studierende ein erhöhtes Risiko für depressive Störungen aufweisen. Dies spiegelt sich in einem Anstieg der Diagnosen zwischen 2019 und 2021 um 14.7 % bei Studierenden verglichen mit 11.3 % bei gleichaltrigen Erwerbspersonen wieder (Techniker Krankenkasse, 2023). In Österreich gaben 34 % der befragten Studierenden an, gegenwärtig depressive Symptome zu erleben (Reitter et al., 2022, S. 382).

Bekannte Stereotype besagen, dass Studierende gerne ausschlafen, sporadisch zu den Lehrveranstaltungen gehen und ihre Nächte in Bars oder auf WG-Partys verbringen (Widmann, 2014). Auch wenn dies sicherlich oft zutrifft, sind Studierende laut TK-Gesundheitsreport (2023, S. 19) ebenso häufig mit Leistungsdruck durch Prüfungen, Stress, Einsamkeit, finanzielle Sorgen und Zukunftsängsten konfrontiert. Somit kumulieren sich für Studierende bekannte Risikofaktoren, wie ein niedriger Sozioökonomischer Status, ein hohes Stresserleben, und soziale Isolation und erhöhen das Risiko an einer depressiven Störung zu erkranken (BÄK et al., 2022).

Diese alarmierende Situation wirft die folgenden Fragen auf: Wie kann diesen jungen Menschen effektiv geholfen werden? Welche neuen Wege gibt es, um Depressionen nicht nur zu behandeln, sondern den Betroffenen Werkzeuge an die Hand zu geben, ihre Emotionen und Ängste besser zu regulieren und ihre Lebensqualität langfristig zu verbessern?

Die Antwort auf diese Fragen könnten moderne psychotherapeutische Methoden sein. Während die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als eine der wirksamsten Therapieansätze zur Behandlung von Depressionen etabliert ist (BÄK et al., 2022; Wiegand, 2022), stellt *Impact-Therapy* einen kreativen, innovativen und vielversprechenden Methode dar, welcher

eine wichtige Ergänzung für existierende Therapieverfahren leisten könnte (Jacobs & Schimmel, 2012). Etablierte Psychotherapeutische Behandlungen wie die KVT nutzen vorrangig verbale Kommunikation, basierend auf Theorien (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 4). Um diese Eindimensionalität in der Kommunikation zu überwinden entwickelten Jacobs und Schimmel (2012) den Ansatz der *Impact-Therapy*. Dieser multisensorische Ansatz, soll verschiedene Sinneskanäle ansprechen, um bei den Klienten und Klientinnen einen bleibenden Eindruck zu hinterlassen. Dies eröffnet neue Möglichkeiten, therapeutische Inhalte zu vermitteln und sie langfristig im Gedächtnis zu speichern.

Impact-Therapy

Der Ansatz der *Impact-Therapy* wird in der Form von *Impact-Techniken* angewendet. Dies sind therapeutische Methoden, die gezielt emotionale, symbolische oder sensorische Elemente nutzen, um beim Klienten ein tiefgehendes, einprägsames Erlebnis hervorzurufen (Beaulieu, 2006). Der Begriff „Impact“ bezieht sich auf den bleibenden Eindruck, der bei den Klienten entstehen soll. Impact-Techniken zielen darauf ab, wichtige Botschaften, z.B. bei der Psychoedukation, schnell und dauerhaft aufzunehmen. Laut Beaulieu (2006) lassen sich Impact-Techniken mit verschiedenen Therapiemodellen kombinieren. Somit bietet dieser Ansatz eine Ergänzung für die existierenden Psychotherapieverfahren wie die KVT. Impact-Techniken beinhalten unter anderem den (1) Einsatz von Requisiten, (2) Stühlen oder (3) Bewegungen.

Impact-Techniken nutzen Mechanismen von etablierten Erinnerungstechniken (Mnemotechniken), um Inhalte gezielt zu vermitteln. Es gibt acht Prinzipien von Mnemotechniken (1) das multisensorische Lernen, (2) abstrakte Konzepte konkret machen, (3) nutzen der bereits bekannten Informationen, (4) Emotionen auslösen, (5) das Interesse wecken, (6) Lust und Spaß in der Therapie, (7) einfach ist einfacher und (8) wiederholen, wiederholen ... doch ohne Zwang! (Beaulieu, 2006, S. 9–28).

Die Anwendung der Prinzipien im Rahmen einer Impact-Technik soll in folgendem Beispiel veranschaulicht werden:

Mit der Becher-Übung sollen Ressourcen (oder Anforderungen sowie eine mögliche Diskrepanz zwischen diesen) sichtbar gemacht werden. Die wichtigsten Lebensbereiche werden durch verschiedene Becher und vorhandene Ressourcen durch kleine Steine dargestellt (Prinzip 2). Dazu werden je zwei Plastikbecher mit Bereichen wie z.B. Arbeit oder Freizeit beschriftet. Die Teilnehmenden verteilen ihre begrenzten Ressourcen-Steinchen auf die verschiedenen Lebensbereiche (Becher, Prinzip 1). Die

Füllhöhe kann mit einem Strich markiert werden (Prinzip 1). Es wird diskutiert, welche Bereiche aktuell die meisten Ressourcen in Anspruch nehmen und welche Bereiche möglicherweise zu wenige Ressourcen erhalten (Prinzip 5). Dies bietet die Möglichkeit, die Verteilung der Steinchen zwischen den Bechern selbstständig und sichtbar zu verändern (Prinzip 2). Zwischenschritte und Ergebnisse können abfotografiert werden und die Übung zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt werden (Prinzip 8).

Impact-Techniken haben bereits ihren Weg in die therapeutische Praxis gefunden. Die deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (2025) bietet unterschiedliche Seminare und Weiterbildungen zum Thema Impact-Therapy und Impact-Techniken an.

Trotz des regen Interesses an dieser Therapieform, geht die Datenlage nicht über anekdotische Evidenz hinaus. Eine umfassende Literatur-Recherche erfolgte in den Datenbanken u:search, Web of Science und Google Scholar unter Verwendung relevanter Suchbegriffe, darunter ‚Impact-Therapy‘, ‚Impact-Technik‘ und ‚Impact-Techniken‘. Trotz der systematischen Suche konnten keine empirischen Studien gefunden werden, die sich spezifisch mit dem Ansatz der Impact-Therapy befassen.

Problemstellung und Zielsetzung

Aus diesem Grund ist empirische Forschung notwendig, um die Wirksamkeit der Anwendung von Impact-Techniken besser zu verstehen und ihren Nutzen in der Psychotherapie zu evaluieren.

Um erste Erkenntnisse zu gewinnen, wird in dieser Forschungsarbeit eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenintervention für depressive Studierende untersucht, welche an geeigneten Stellen durch Impact-Techniken ergänzt wurde. Ziel dieser Studie ist es, zwei wesentliche Aspekte zu beleuchten: Erstens, *die Machbarkeit und Akzeptanz* einer solchen kombinierten Intervention in einem studentischen Umfeld. Zweitens, *Exploration der Veränderung zwischen den Messzeitpunkten* in Bezug auf Depressivität und weitere verwandte psychische Parameter, wie Emotionsregulation, Lebensqualität und Angstsymptome.

Depressive Störungen

Depressive Erkrankungen können sich durch unterschiedliche Symptome manifestieren. Viele Menschen haben bereits depressive Symptome wie Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, oder Antriebslosigkeit als Reaktion auf belastende Situationen und Lebensereignisse erlebt. Die Diagnose einer psychischen Störung erfolgt erst, wenn bestimmte Symptome über eine längere Zeitdauer hinweg bestehen, eine gewisse Persistenz und Intensität erreichen, sowie die Lebensführung erheblich beeinträchtigen (BÄK et al., 2022, S. 33).

Depressive Störungen verlaufen typischerweise episodisch, was heißt, die Krankheitsphasen sind zeitlich begrenzt, können aber nach Abklingen erneut auftreten oder sich chronifizieren. Schätzungsweise 40 % bis 60 % der Betroffenen erleiden nach Abklingen der ersten depressiven Episode einen Rückfall. Mit jeder folgenden Episode steigt das Risiko für einen weiteren Rückfall (Rezidiv) um 16 % (BÄK et al., 2022, S. 16).

Umgangssprachlich werden verschiedene depressive Störungen häufig als „Depression“ bezeichnet (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019). Die genauen Kriterien, worin sich depressive Störungsbilder unterscheiden, werden in den aktuellen Klassifizierungssystemen, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 5. Auflage (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) und internationale Klassifikation der Krankheiten, 11. Revision (ICD-11; WHO, 2022) festgelegt. In dieser Arbeit wird sich an den Kriterien des ICD-11 der WHO (2022) orientiert.

Symptome und Diagnosekriterien

Depressive Störungen bezeichnen unipolare Störungsbilder mit einer (6A70) oder mehreren (6A71) depressiven Episoden, ebenso wie die Dysthyme Störung (6A72). Im ICD-11 (WHO, 2022) werden sie der Gruppe der affektiven Störungen zugeordnet. Die Störungen kennzeichnen sich durch definierte Symptome, welche in übergeordnete Cluster eingeordnet werden können und bei der Diagnosestellung relevant sind.

Zu den Hauptsymptomen zählt laut WHO (2022) eine gedrückte, depressive Stimmung (affektives Cluster), die unabhängig von äußeren Umständen auftritt. Ebenso ein deutlicher Verlust von Interesse und Freude an bislang angenehmen Aktivitäten (affektives Cluster). Letztlich zeigt sich eine erhöhte Ermüdbarkeit oder ausgeprägter Antriebsmangel (neurovegetatives Cluster), der die Bewältigung des Alltags erschwert (BÄK et al., 2022; WHO, 2022, S. 32).

Zusatzsymptome depressiver Störungen umfassen laut WHO (2022) eine Vielzahl klinisch relevanter Veränderungen, die die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigen können. Schlafstörungen zählen dabei zu den häufigsten Symptomen und manifestieren sich entweder als Schlaflosigkeit (Insomnie) oder als gesteigertes Schlafbedürfnis (Hypersomnie; BÄK et al., 2022, S. 31). Veränderungen des Appetits können zu einer signifikanten Zu- oder Abnahme des Körpergewichts führen (BÄK et al., 2022, S. 30). Die kognitive Leistungsfähigkeit ist durch ausgeprägte Konzentrationsschwierigkeiten und Probleme bei der Entscheidungsfindung oft stark eingeschränkt (BÄK et al., 2022, S. 30). Zudem wird häufig ein negatives Selbstbild berichtet, das von übermäßigen Schuldgefühlen

und einem Gefühl der Wertlosigkeit begleitet wird und mit einem Verlust von positiven Zukunftsaussichten einhergehen kann (BÄK et al., 2022, S. 30). Suizidgedanken treten ebenfalls häufig auf und können in schwereren Fällen mit konkreten Suizidplänen oder -Versuchen einhergehen (BÄK et al., 2022, S. 31). Zusätzlich zeigen Betroffene häufig Veränderungen der Libido, die sich in der Regel durch ein vermindertes Interesse an sexuellen Aktivitäten äußern (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 880).

Laut ICD-11 (WHO, 2022) müssen mindestens 5 Symptome für die Diagnose einer depressiven Episode vorhanden sein. Darunter die 2 Hauptsymptome aus dem affektiven Cluster. Eine leichte depressive Episode liegt laut BÄK (2022, S. 33) vor, wenn keines der Symptome stark ausgeprägt ist. Eine mittelgradige depressive Episode wird diagnostiziert, wenn mehrere Symptome stark ausgeprägt sind oder eine große Anzahl an Symptomen in milder Form vorliegt (BÄK et al., 2022, S. 33). Von einer schweren depressiven Episode spricht man, wenn die meisten Symptome stark ausgeprägt sind oder eine geringe Anzahl besonders intensiv auftritt (BÄK et al., 2022, S. 33).

Anschließend sollen andere Störungen und/oder organische Ursachen differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden. In diesem Zug werden ebenso etwaige Komorbiditäten erfasst. Ein weiter wichtiger Schritt ist die Beurteilung der Suizidalität (Arbeitsgemeinschaft Für Neuropsychopharmakologie Und Pharmakopsychiatrie E.V. et al., 2022).

Depressive Störungen sind durch ihren unipolaren affektiven Charakter klar von bipolaren Störungen abzugrenzen, bei welchen neben depressiven Episoden zusätzlich manische oder hypomanische Episoden auftreten. Dies erfordert eine abweichende diagnostische und therapeutische Herangehensweise (Arbeitsgemeinschaft Für Neuropsychopharmakologie Und Pharmakopsychiatrie E.V. et al., 2022; BÄK et al., 2022).

Prävalenz der Allgemeinbevölkerung und unter Studierenden

Das Lebenszeitrisiko an einer Form von depressiven Störungen zu erkranken, lag im Jahre 2017 international zwischen 16 % und 20 % (BÄK et al., 2022). Österreich lag 2017 mit einer 1-Jahres-Prävalenz von 9.8% (alle Formen) im europäischen Mittelfeld. Während der Corona-Pandemie im Jahre 2021 lagen circa 21% und 2022, 28% der Befragten Personen aus Österreich über dem Schwellenwert im Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) für eine klinisch-relevante Depression (Humer et al., 2022, S. 1).

Von den jährlich Betroffenen in der österreichischen Bevölkerung litten 2015 und 2016 insgesamt 4.5% an einer depressiven Episode und 4.8% an einer wiederholt auftretenden,

rezidivierenden, depressiven Störung (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019, S. 97).

Eine umfassende Meta-Analyse mit Daten von über 1 Millionen Menschen aus 90 Ländern berichten, dass Frauen fast doppelt so häufig von Depressionen betroffen sind wie Männer (Salk et al., 2017, S. 1). Es zeigte sich, dass Frauen auch in Österreich mit insgesamt 11.5% häufiger von depressiven Störungen betroffen sind als Männer mit 7.9%. (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019, S. 97). Für diesen Unterschied zwischen den Geschlechtern werden verschiedene Hormonelle, soziale, Persönlichkeits- und Umweltfaktoren in der Literatur diskutiert (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 887).

Risikofaktoren

Das Vulnerabilitäts-Stress Modell (Zubin & Spring, 1977) liefert eine Erklärungshypothese für die Entstehungsbedingungen von depressiven Störungen. Die Entwicklung einer Störung wird dabei durch das Zusammenspiel einer individuellen Vulnerabilität und belastenden Umweltfaktoren beeinflusst. Demnach können verschiedene biologische, psychologische und soziale Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer psychischen Störung erhöhen (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 832).

In einer Meta-Analyse von 1283 Studien haben sich (1) Verwitwung, (2) physische Misshandlung in der Kindheit, (3) Übergewicht, (4) metabolische Risikofaktoren, (5) sexuelle Dysfunktion und (6) Belastungen durch den Beruf als robuste Risikofaktoren etabliert (Köhler et al., 2018, S. 189).

Eine depressive Störung in der Familiengeschichte gilt als biologischer Risikofaktor und kann das Erkrankungsrisiko erhöhen (Arbeitsgemeinschaft Für Neuropsychopharmakologie Und Pharmakopsychiatrie E.V. et al., 2022, S. 21). Aufgrund der geschätzten Erblichkeit (Heritabilität) von etwa 35 % wird bei Verwandten ersten Grades dieses erhöhte Risiko für eine depressive Störung beobachtet (Geschwind & Flint, 2015; Köhler et al., 2018, S. 190). Ein niedriger sozioökonomischer Status, weibliches Geschlecht, sowie ein höheres Lebensalter gelten als bedeutende soziodemografische Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen (BÄK et al., 2022, S. 21).

Behandlung

Die Behandlung von depressiven Störungen ist multidimensional und zielt darauf ab, die Symptome zu lindern, Rückfälle zu verhindern und die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig zu verbessern (Arbeitsgemeinschaft Für Neuropsychopharmakologie Und Pharmakopsychiatrie E.V. et al., 2022, S. 46). Sie umfasst in der Regel

psychotherapeutische, medikamentöse und unterstützenden Maßnahmen die häufig abhängig von dem individuellen Schweregrad kombiniert und angepasst werden (Arbeitsgemeinschaft Für Neuropsychopharmakologie Und Pharmakopsychiatrie E.V. et al., 2022, S. 96).

Die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen ist durch randomisierte und kontrollierte Studien (RCTs) und Meta-Analysen gut belegt (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2022; Cuijpers et al., 2021). In einer Meta-Analyse von Cuijpers et. al (2021) wurden 331 RCTs ($n = 34,285$) untersucht und die Wirksamkeit von Psychotherapie- gegenüber Kontrollbedingungen (Wartelisten-Kontrollgruppe, Tablettenplacebo, reguläre Behandlung) bestätigt.

Medikamentöse Behandlungen erfolgen mitunter durch die Verschreibung von Medikamenten aus der Gruppe der Antidepressiva (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2022). Diese pharmakologischen Substanzen beeinflussen Neurotransmittersysteme im Gehirn, die im Zusammenhang mit depressiven Störungen stehen (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 900). Die Medikamentöse Therapie gilt in der aktuellen nationalen Versorgungsleitlinie (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2022, S. 104) ebenfalls als evidenzbasiert.

Depressive Störungen treten häufig in Verbindung mit anderen psychischen Störungen auf (BÄK et al., 2022, S. 19). Vorrangig treten bei circa 40 % ebenso Angst-Panikstörungen sowie Sucht- und Substanzbezogene Störungen auf (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019, S. 55; Jacobi et al., 2014, S. 1). Insbesondere die komorbiden Angststörungen führen zu einem ungünstigen Krankheitsverlauf und erfordern in diesem Kontext besondere Aufmerksamkeit (Jacobi et al., 2014, S. 1).

Angst

„Angst ist ein emotionaler Zustand, gekennzeichnet durch Anspannung, Besorgtheit, Nervosität, innere Unruhe und Furcht vor zukünftigen Ereignissen“ (Asendorpf & Caspar, 2021, S. 1). Angst ist eine überlebenswichtige Reaktion des menschlichen Organismus auf externe Faktoren und dient dem Schutz und der Anpassung vor potenziellen Gefahren (Asendorpf & Caspar, 2021).

Treten eine unverhältnismäßige Intensität und Dauer der Angst in Bezug auf eine Situation auf, ist diese nicht mehr rein adaptiv und kann die Lebensführung maßgeblich beeinträchtigen. In solchen Fällen spricht man von pathologischen Ängsten, sogenannten Angststörungen (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 938). Zu den häufigsten Angststörungen gehören die Generalisierte Angststörung, die Panikstörung, die Agoraphobie und die Soziale Angststörung (Zullino et al., 2004, S. 212). Diese Störungen äußern sich durch spezifische Angstsymptome. Die Generalisierte Angststörung kennzeichnet sich durch anhaltende und

übermäßige Sorgen zu verschiedenen Themenbereichen wie Gesundheit, Alltag oder Finanzen (WHO, 2022). Bei der Panikstörung treten wiederholte, unerwartete Panikattacken auf, die mit Symptomen wie Herzklopfen, erhöhter Atemfrequenz oder der Angst zu sterben, einhergehen. Charakteristisch ist zudem eine anhaltende Sorge vor weiteren Panikattacken (WHO, 2022). Agoraphobie beschreibt die Angst vor Situationen, in denen Flucht oder Hilfe nicht möglich scheint. Situationen in Menschenmengen, öffentliche Verkehrsmittel oder geschlossene Räume werden häufig gemieden oder sind mit starkem Unbehagen verbunden (WHO, 2022). Die Soziale Angststörung beschreibt die intensive Angst vor sozialer Bewertung oder Blamage. Betroffenen fällt es unter, z.B. schwer vor Publikum zu sprechen (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 954). Spezifische Phobien beziehen sich auf bestimmte Objekte oder Situationen, welche unverhältnismäßige Angst auslösen. Betroffene haben etwa Angst vor Spinnen, Höhe oder Flugreisen (WHO, 2022).

Epidemiologische Studien zeigen, dass bei depressiven Störungen häufig komorbide Angststörungen auftreten (Zullino et al., 2004, S. 212). Die Angaben zur Prävalenz reichen von 54.4 % bis 59.2 % (Trinkler et al., 2022). Die Störungen können sich tatsächlich gegenseitig verstärken und begünstigen (Brown et al., 1996).

Wittchen et al. (2002) berichten in einer großangelegten Studie ($n = 20.000$), dass 42 % der Personen mit einer Angststörung gleichzeitig an einer schweren Depressiven Störung litten und 36 % der Personen mit einer depressiven Störung ebenso an einer generalisierten Angststörung.

Sowohl depressiven Störungen als auch Angststörungen wurden im Hinblick auf den Prozess der Emotionsregulation erforscht (Aldao et al., 2010). Für beide Störungen gibt es Hinweise auf Schwierigkeiten bei der Regulierung des emotionalen Erlebens (vgl. Kapitel 1, Abschnitt: Prozessmodell der Emotionsregulation). Aus diesem Grund wurden in dieser Studie ebenfalls die Präferenz für Grundlegende Strategien der Emotionsregulation erhoben.

Emotionen bei Depressionen

Laut Gross (2014) zeichnen sich Emotionen generell durch zwei Merkmale aus. Zum einen dem Zeitpunkt, wann die Emotion auftritt, zum anderen durch das multifaktorielle Erscheinungsbild der Emotion (Gross, 2014, S. 4).

Erstens entstehen Emotionen, wenn eine Person eine Situation vor dem Hintergrund eines aktuellen Zieles als relevant bewertet (Gross, 2014, S. 4–5). Eine Situation kann sowohl extern (z.B. es klingelt an der Wohnungstür) als auch intern (z.B. ein Gedanke) sein. Die Ziele können langfristig (z.B. Karriere) oder kurzfristig (z.B. etwas trinken wollen) bewusst (z.B. mehr Sport treiben wollen) oder unbewusst (z.B. einem Auto ausweichen) sein. Demnach ist

die zugeschriebene Bedeutung einer Situation im Kontext eines persönlichen Zieles ausschlaggebend für das Auftreten von Emotionen (Gross, 2014, S. 4–5).

Zweitens sind Emotionen komplexe Ganzkörperphänomene, die Veränderungen im subjektiven Erleben, im Verhalten, und bestimmte physiologische Reaktionen umfassen können. Somit verändern Emotionen nicht nur die Gefühlslage (subjektives Erleben) einer Person, sondern können in Folge auch zu konkreten Handlungen anregen. Die physiologische Veränderung z.B. durch autonome und neuroendokrine Reaktionen bereiten den Körper auf diese Handlung vor und sollen bei der Ausführung unterstützen. Emotionen haben eine adaptive Funktion und sollen das Verhalten leiten sowie die Interaktion mit der Umwelt erleichtern (Gross, 2014). Diese relevanten Aspekte bei der Entstehung von Emotionen wurde von Gross (2014) in einem Model veranschaulicht.

Modal Model of Emotion

Das Modal Model of Emotion (Gross, 2014, S. 76–77) beschreibt den Entstehungsprozess von Emotionen. Emotionen entstehen durch eine bidirektionale Interaktion zwischen Person und Umwelt, welche als Person-Situation-Transaktion bezeichnet wird. In diesem dynamischen Prozess beeinflusst die Situation die Person und umgekehrt.

Der Ablauf erfolgt gemäß entlang den aufeinanderfolgenden vier Phasen (1) Situation, (2) Aufmerksamkeit, (3) Kognitive Bewertung, (4) Emotionale Reaktion (Gross, 2014, S. 5). Personen sind darüber hinaus in der Lage das Erleben und Ausdrücken ihrer Emotionen zu beeinflussen. Diesen Prozess nennt sich Emotionsregulation und wird im Prozessmodell der Emotionsregulation von Gross (2014) beschrieben.

Prozessmodell der Emotionsregulation

Das Prozessmodell der Emotionsregulation (Gross, 2014, S. 7–8) erweitert das Modal Model, indem es spezifische Punkte im emotionalen Entstehungsprozess identifiziert, an denen Regulation durch unterschiedliche Strategien möglich ist.

Emotionsregulation ist einerseits durch vorausgehende Strategien (antecedent-focused) vor der emotionalen Reaktion oder andererseits durch nachfolgende Strategien (response-focused) nach der emotionalen Reaktion möglich. Emotionsregulationsstrategien unterscheiden sich hinsichtlich ihrer funktionalen Qualität und können in vielen Fällen als adaptiv oder maladaptiv beurteilt werden (Gross, 2014). Exemplarisch werden anschließend, die zwei in dieser Studie erhobenen Strategien beschrieben.

Die Kognitive Neubewertung (vorausgehende Strategie) erfolgt vor der Phase der Bewertung und gilt als adaptive Strategie der Emotionsregulation. Dabei wird die Bedeutung einer potenziell emotionsauslösenden Situation bewusst gedanklich uminterpretiert, um ihre

emotionale Wirkung zu verändern. Beispielhaft könnte eine mögliche schlechte Note nicht als mangelnde Fähigkeit betrachtet werden, sondern als eine neue Lernchance. Experimentelle Studien zeigten, dass kognitive Neubewertung zu einem niedrigeren Erleben von negativen Emotionen führen kann und im Gegenzug das Erleben von positiven Emotionen fördert (Gross, 2014, S. 11; Gross & John, 2003). Bei depressiven Personen wurde eine verminderte Nutzung der adaptiven Strategien, Neubewertung (Hedges' $g = -0.75$) beobachtet (Barnow et al., 2013).

Die expressive Unterdrückung (nachfolgenden Strategie) greift nach der Entstehung der Emotion ein. Durch diese Strategie wird versucht, die Reaktionen, wie den emotionalen Ausdruck oder Gedanken, die die Emotion betreffen, zu unterdrücken. In einem Streit wird z.B. Wut nicht gezeigt oder es wird versucht, nicht an ein bestimmtes Thema zu denken. Personen, die expressive Unterdrückung anwenden, zeigten in Korrelationsstudien vermehrt negative und weniger positive Emotionen im Vergleich zu Personen, welche diese Strategien nicht nutzen (Moore et al., 2008). Des Weiteren sind das Unterdrücken der emotionalen Reaktion mit einer höheren Anzahl an depressiven Symptomen assoziiert (Nezlek & Kuppens, 2008).

Ebenfalls wurden die Emotionsregulationsstrategien auf die Beziehung zur selbstberichteten Lebensqualität untersucht, wobei kognitive Neubewertung einen positiven Zusammenhang und expressive Unterdrückung einen negativen Zusammenhang aufwiesen. (John & Gross, 2004). Die Ergebnisse zeigen, dass die Art und Weise wie Menschen ihre Emotionen regulieren weitreichende Konsequenzen auf die emotionale Wahrnehmung und weitere Aspekte der psychischen Gesundheit, sowie die allgemeine Lebensqualität haben kann.

Neben möglichen dysfunktionalen und maladaptiven Strategien der Emotionsregulation berichten Personen mit depressiven Störungen in der Regel ebenso eine verminderte Lebensqualität (Kroenke et al., 2010).

Lebensqualität

Lebensqualität ist ein vielschichtiges und komplexes Konzept mit objektiven, subjektiven, makrogesellschaftlichen, mikroindividuellen, positiven und negativen Komponenten, die miteinander in Verbindung stehen (Walker, 2005). In der Literatur existieren viele Definitionen und Erhebungsinstrumente. Die vorliegende Arbeit versteht Lebensqualität gemäß der weitverbreiteten Definition der WHO aus dem Jahre 1997:

Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und deren Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept,

das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt. (WHO, 1997, zitiert nach Renneberg & Lippke, 2006, S. 29)

Lebensqualität wird somit als subjektives Wohlbefinden eines Individuums und seine allgemeine Zufriedenheit mit den Lebensumständen beschrieben. Sie integriert objektive Lebensbedingungen aber auch deren subjektive Wahrnehmung. In diesem Zuge wurde mit dem World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF; Angermeyer et al., 2002) ein Instrument zur systematischen Erhebung der Lebensqualität entwickelt. Die Lebensqualität setzt sich in diesem Selbstberichts Fragebogen aus den 4 Dimensionen (1) Physisches Wohlbefinden, (2) Psychisches Wohlbefinden, (3) soziale Beziehungen und (4) Umwelt zusammen.

Die Domäne *Physisches Wohlbefinden* umfasst Aspekte wie Energie, Schmerzen, Schlafqualität, Mobilität, die Fähigkeit, alltägliche Aufgaben zu erledigen, und die Arbeitsfähigkeit. Diese Dimension beurteilt die individuelle körperliche Gesundheit und wie diese das alltägliche Leben beeinflusst.

Die *psychische Gesundheit* wird durch positive Lebensgefühle, kognitive Funktionen, Selbstwertgefühl, Körperbild und das Erleben negativer Emotionen sowie durch spirituelle oder religiöse Überzeugungen beschrieben. Diese Dimension liefert Informationen darüber, welche emotionalen und psychischen Faktoren das Wohlbefinden beeinflussen können.

Die Dimension der *sozialen Beziehungen* beinhalten die Qualität persönlicher Beziehungen, soziale Unterstützung und Zufriedenheit mit Aspekten der Sexualität. Dies gibt Aufschluss wie sich zwischenmenschliche Beziehungen auf das persönliche Wohlbefinden auswirken.

Der *Umweltbereich* umfasst finanzielle Ressourcen, Sicherheit, den Zugang zu Gesundheits- und Sozialdiensten, das persönliche Lebensumfeld, Freizeitmöglichkeiten sowie Umweltfaktoren wie Lärm und Luftverschmutzung. Diese Domäne spiegelt wider, wie zufrieden eine Person mit ihren externen Lebensbedingungen ist.

Zusätzlich zu den vier Hauptbereichen enthält der WHOQOL-BREF zwei globale Items, die die *subjektive Lebensqualität* und die *Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit* erfassen.

Depressive Störungen und die damit verbundenen Symptome können die Lebensqualität Betroffener in vielen Bereichen einschränken (Bundesministerium für Arbeit,

Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019). In der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS; $N = 15.711$) wiesen Personen mit einer Depressiven Störung eine signifikant schlechtere Lebensqualität verglichen mit der Allgemeinbevölkerung auf (Klimont & Balaszti, 2015). Die größten Unterschiede zeigen sich im psychischen und körperlichen Wohlbefinden. Die Soziale Ebene kann durch soziale Rückzugstendenzen depressiver Personen ebenfalls eingeschränkt sein (Frei et al., 2004).

Zusammenfassend zeigt sich, dass depressive Störungen weit verbreitet sind und erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und Lebensqualität haben können. Häufig treten sie in Verbindung mit Angststörungen und/oder einer dysfunktionalen Emotionsregulation auf. Insbesondere Studierende sind aufgrund verschiedener Stressoren einem erhöhten Risiko für depressive Störungen ausgesetzt. Neben etablierten psychotherapeutischen Ansätzen wie der KVT könnte der Ansatz der *Impact-Therapy* eine innovative Ergänzung für die Behandlung von depressiven Störungen darstellen. Da die *Machbarkeit* und *Akzeptanz*, sowie die *Wirksamkeit* der *Impact-Therapy* bislang nicht empirisch untersucht wurde, ist weitere Forschung erforderlich.

2. Fragestellungen und Hypothesen

Diese Pilotstudie verfolgt einen explorativen Ansatz und zielt darauf ab, zu prüfen, ob Impact-Techniken in ein bestehendes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual integriert und von den Teilnehmenden akzeptiert werden können. Um die *Machbarkeit*, *Akzeptanz* und erste Hinweise auf mögliche *Veränderungen* durch den Einsatz von Impact-Techniken innerhalb einer verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für Depressive Störungen zu untersuchen, wurden folgende Forschungsfragen formuliert.

Einsatz von Impact Techniken

Fragestellung 1: Können Impact-Techniken in ein bereits bestehendes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenmanual für Depressionen integriert und angewendet werden?

H₀ (1.1): Impact-Techniken lassen sich nicht in ein bestehendes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenmanual für Depressionen integrieren und umsetzen. Dies zeigt sich daran, dass (a) grundlegende strukturelle Anpassungen des Manuals erforderlich sind, (b) der finanzielle oder zeitliche Mehraufwand nicht tragbar ist, (c) die Techniken nicht methodisch mit der KVT kompatibel sind oder (d) gravierende praktische Schwierigkeiten bei der Anwendung auftreten.

H₁ (1.2): Impact-Techniken lassen sich in ein bestehendes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenmanual für Depressionen integrieren und umsetzen. Dies zeigt sich daran, dass (a) keine grundlegenden strukturellen Anpassungen des Manuals erforderlich waren, (b) der finanzielle und zeitliche Mehraufwand als akzeptabel eingeschätzt wurde, (c) die Techniken methodisch mit der KVT vereinbar sind und (d) die Anwendung in der Gruppe ohne wesentliche Schwierigkeiten möglich war.

Fragestellung 2: Wie wird der Einsatz von Impact-Techniken in der Gruppentherapie für Depressionen von den Teilnehmenden wahrgenommen?

H₀ (2.1): Auf Gruppenebene empfinden die Teilnehmenden die Impact-Techniken innerhalb eines verhaltenstherapeutischen Manuals für Depressionen nicht als akzeptabel. Dies zeigt sich in einem mittleren ZUF-8-Gesamtscore von weniger als 24 Punkten, einem mittleren Wert von weniger als 3,0 im Fragebogen zur Gruppentherapie und/oder einem mittleren Wert von weniger als 3,5 im Fragebogen zu den Impact-Techniken.

H₁ (2.2): Auf Gruppenebene empfinden die Teilnehmenden die Impact-Techniken innerhalb eines verhaltenstherapeutischen Manuals für Depressionen als akzeptabel. Dies zeigt sich in einem mittleren ZUF-8-Gesamtscore von mindestens 24 Punkten, einem mittleren Wert

von mindestens 3,0 im Fragebogen zur Gruppentherapie und einem mittleren Wert von mindestens 3,5 im Fragebogen zu den Impact-Techniken.

Wirksamkeit der eingesetzten Gruppentherapie:

Neben der Machbarkeit und Akzeptanz von Impact-Techniken werden *mögliche Veränderungen* in der psychischen Befindlichkeit der Teilnehmenden auf Gruppenebene exploriert. Da die Studie keine Kontrollgruppe umfasst, sind die folgenden Fragestellungen nicht kausal interpretierbar, sondern dienen dazu, erste Hinweise auf eine Wirksamkeit durch potenzielle Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten zu sammeln.

Fragestellung 3: Zeigt sich nach der Intervention eine Veränderung der selbstberichteten depressiven Symptomatik?

H_0 (3.1): Es zeigt sich auf Gruppenebene in keinem der verwendeten Selbstbeurteilungsinstrumente (BDI-II, PHQ-9 oder BSI-53) eine statistisch signifikante Veränderung der selbstberichteten depressiven Symptomatik zwischen den Messzeitpunkten (Prä- und Post-Intervention), $p \geq .05$.

H_1 (3.2): Es zeigt sich auf Gruppenebene in mindestens einem der verwendeten Selbstbeurteilungsinstrumente (BDI-II, PHQ-9 oder BSI-53) eine statistisch signifikante Veränderung der selbstberichteten depressiven Symptomatik zwischen den Messzeitpunkten (Prä- und Post-Intervention), $p < .05$.

Fragestellung 4: Zeigt sich nach der Intervention eine Veränderung in der selbstberichteten Lebensqualität?

H_0 (4.1): Es zeigt sich auf Gruppenebene keine statistisch signifikante Veränderung in der selbstberichteten Lebensqualität zwischen den Messzeitpunkten (Prä- und Post-Intervention), gemessen mit dem WHOQOL-BREF, $p \geq .05$.

H_1 (4.2): Es zeigt sich auf Gruppenebene eine statistisch signifikante Veränderung in der selbstberichteten Lebensqualität zwischen den Messzeitpunkten (Prä- und Post-Intervention), gemessen mit dem WHOQOL-BREF, $p < .05$.

Fragestellung 5: Zeigt sich nach der Intervention eine Veränderung in der selbstberichteten Nutzung adaptiver Strategien der Emotionsregulation?

H_0 (5.1): Es zeigt sich auf Gruppenebene keine statistisch signifikante Veränderung in der selbstberichteten Nutzung adaptiver Strategien der Emotionsregulation zwischen Prä- und Postmessung, gemessen mit dem Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), $p \geq .05$.

H_1 (5.2): Es zeigt sich auf Gruppenebene eine statistisch signifikante Zunahme in der selbstberichteten Nutzung adaptiver Strategien der Emotionsregulation zwischen Prä- und Postmessung, gemessen mit dem ERQ, $p < .05$.

Fragestellung 6: Zeigt sich nach der Intervention eine Veränderung in den selbstberichteten Angstsymptomen?

H_0 (6.1): Es zeigt sich auf Gruppenebene keine statistisch signifikante Veränderung in den selbstberichteten Angstsymptomen zwischen den Messzeitpunkten (Prä- und Post-Intervention), gemessen mit dem GAD-7, $p \geq .05$.

H_1 (6.2): Es zeigt sich auf Gruppenebene eine statistisch signifikante Veränderung in den selbstberichteten Angstsymptomen zwischen den Messzeitpunkten (Prä- und Post-Intervention), gemessen mit dem GAD-7, $p < .05$.

3. Methode

Im Rahmen dieser Machbarkeitsstudie wurden Studierende mit depressiver Symptomatik mit einer Gruppen-Intervention behandelt. Dabei wurde untersucht, inwiefern sogenannte *Impact-Techniken* in ein Therapiemanual (Hautzinger, 2016) implementiert werden können und erste Veränderungen in psychologischen Kernvariablen prä- versus post- Intervention exploriert.

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurde neben der vorliegenden Arbeit eine weitere Masterarbeit (Autorin: Luise Huepper), die kognitiven Fähigkeiten untersucht, verfasst. Beide Arbeiten basieren auf derselben Datenerhebung, untersuchen jedoch unterschiedliche Forschungsfragen und analysieren verschiedene psychologische Konstrukte. Die in beiden Arbeiten verwendeten Daten wurden in Übereinstimmung mit wissenschaftlichen Standards unabhängig ausgewertet und interpretiert.

Versuchsplan und Untersuchungsdesign

Es handelt sich um ein prospektives, single-center Ein-Gruppen Prä-Post-Studiendesign ohne Kontrollgruppe. Es wurde eine sechswöchige Intervention mit insgesamt 12-Einheiten (je 100 Minuten) auf Machbarkeit und Akzeptanz untersucht, sowie erste Hinweise auf Effektivität exploriert. Es haben 3 Versuchspersonen an der Studie teilgenommen. Die Rekrutierung der Stichprobe wurde über Aushänge in Gebäuden der Universität Wien durchgeführt. Es fanden zwei Erhebungszeitpunkte statt: einmal eine Woche vor Beginn der Behandlung (T0, Prä-Intervention) und einmal eine Woche nach der Beendigung der Behandlung (T1, Post-Intervention). Die Studiendauer betrug insgesamt 8 Wochen. Durch Erhebung und Behandlung ergaben sich 14 Termine für die Teilnehmenden.

Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobengröße wurde auf maximal 8 Teilnehmenden beschränkt. Diese Anzahl basiert auf der maximalen Gruppengröße des verwendeten Manuals. Es bewarben sich 3 Personen, welche alle in die Studie aufgenommen werden konnten.

Ein- und Ausschluss-Kriterien

Für die Teilnahme an der Studie wurden folgende Einschlusskriterien festgelegt: Die Teilnehmenden mussten volljährig (>18 Jahre) und Studierende der Universität Wien sein. Zudem mussten sie im Screeningverfahren depressive Symptome angeben.

Die Ausschlusskriterien umfassten folgende Punkte: Studierende der Psychologie und Bildungswissenschaften wurden aufgrund möglicher Interessenkonflikte ausgeschlossen. Ebenso wurden Personen ausgeschlossen, die an einer aktuellen Problematik litten, die eine andere spezifische Behandlung erfordert, wie z. B. eine psychotische Erkrankung,

Substanzabhängigkeit, andere psychiatrische oder neurologische Störungen oder akute Suizidalität (erhoben im Screeningverfahren). Darüber hinaus konnten Personen, die parallel an einer Psychotherapie teilnehmen, nicht in die Studie aufgenommen werden.

Soziodemographische Merkmale

Tabelle 1 zeigt die demografischen Merkmale der drei Studienteilnehmenden. Das Durchschnittsalter betrug 26.67 Jahre ($SD = 1.53$), mit einer Altersspanne von 24 bis 27 Jahren. Es ergab sich eine Geschlechterverteilung von einer weiblichen und zwei männlichen Personen.

Tabelle 1

Soziodemographische Merkmale der Teilnehmenden

Merkmal	VPN 1	VPN2	VPN3
Alter	27	24	26
Geschlecht	männlich	männlich	weiblich
Bildungsabschluss	Matura	Dipl. Pädagoge	Matura
Aktuelle Tätigkeit	Student	Student	Studentin

Anmerkung. Die Daten ($N = 3$) entstammen dem Fragebogen zu den demographischen Merkmalen.

Interventionsbeschreibung

Intervention und Datenerhebung fanden in der Psychologische Forschungs-, Lehr- und Praxisambulanz (Renngasse 6-8, 1010 Wien) der Universität Wien statt. Die Räumlichkeiten umfassten einen großen Seminarraum für die Gruppensitzungen, welcher auch für die Datenerhebung genutzt wurde. Ein weiterer kleiner Raum wurde zusätzlich für die Datenerhebung genutzt.

Durchführende Person

Durchgeführt wurde die Intervention und die Datenerhebung von der approbierten Verhaltenstherapeutin und Projektleitung Professorin Dr. Jennifer Randerath. Unterstützt wurde Sie von den Master-Studierenden Luise Hüpper und David Schöbinger.

Datenerhebung

Die Erhebung der Prä- und Postdaten erfolgte mittels standardisierter Fragebögen, die über die Online-Umfrage-Software Qualtrix XM (Qualtrics, 2020) ausgefüllt wurden. Die Teilnehmenden bearbeiteten die Fragebögen in einer ruhigen Umgebung an einem Laptop.

Dies gewährleistete eine standardisierte und datenschutzkonforme Erhebung der Selbstberichte.

Manual Hautzinger

Das verwendete Manual „Depression im Alter“ von (Hautzinger, 2016) ist ein umfassendes Behandlungsprogramm, welches ursprünglich für ältere Menschen mit depressiven Störungen entwickelt wurde. Es ist ein etabliertes Manual für verhaltenstherapeutische Gruppentherapie und zeichnet sich durch einen hohen Grad an Standardisierung aus. Für diese Studie wurde der Inhalt des Manuals an gewissen Stellen an die junge Stichprobe angepasst. Insbesondere wurden die Beispiele in den Sitzungsunterlagen (z.B. Kino anstelle von Theater) für eine leichtere Nachvollziehbarkeit abgeändert. Diese Modifikation war notwendig, um den Bedürfnissen der jungen Stichprobe gerecht zu werden. Die Inhalte der insgesamt 6 Module erstrecken sich auf 12 Sitzungen à 100 Minuten und beginnen mit einer Einführung, Problemanalyse, Vorstellung der Therapieprinzipien und Maßnahmenprinzipien (Therapieprinzipien, Modul 1). Anschließend erfolgt Psychoedukation und Krankheitsinformation (Modul 2). Verhaltensaktivierung erfolgt durch das Fordern von positiven Aktivitäten, um die Stimmung zu verbessern (Modul 3). Depressives Denken soll verändert werden, indem negative Denkmuster erkannt und verändert werden (Modul 4). Kompetenzen im Umgang mit Stress und Herausforderungen werden vermittelt (Modul 5). Schlussendlich sollen Fortschritte erhalten und Rückschläge vermieden werden (Modul 6; Hautzinger, 2016)).

Jede Einheit wurde zudem durch zuvor konzipierte Impact-Techniken ergänzt, die an die orientiert an die theoretischen Inhalte der standardisierten Gruppentherapie im therapeutischen Team vorab erarbeitet wurden. Tabelle 2 zeigt die Inhalte der jeweiligen Sitzungen mit den entsprechenden Impact-Techniken. Sitzungen 8, 9 und 11 beinhalten keine neuen Impact-Techniken, da die Inhalte aus dem Manual (z.B. Rollenspiele) bereits multisensorische Aspekte beinhalten.

Tabelle 2*Übersicht der Sitzungen samt Inhalt und Impact-Techniken*

Sitzung	Inhalt	Impact-Technik
1	Begrüßung und Einführung in das Gruppenprogramm	Murmelbahn Eisenbahn Position of Power
2	Problem- und Zielanalyse	GAS-Postkarte
3	Angenehme Tätigkeiten und ihre Auswirkungen auf die Stimmung	Murmeln im Becherglas Bindfaden
4	Planung angenehmer Tätigkeiten im Wochenplan	Wasserbecher Ressourcenwaage
5	Angenehme Tätigkeiten und Befinden: Tätigkeitsprotokoll führen	Sonnenbrille
6	Positive und negative Gedanken beeinflussen das Befinden	Rosa Elefant Eisenbahn
7	Gedanken verändern lernen: Weitere Techniken	Schwarzer Hund
8	Gedankliche Umstrukturierung: Fortsetzung	<i>Keine Impact Technik</i>
9	Auswertung des Tätigkeitsprotokolls und sozial kompetentes Verhalten erlernen	<i>Keine Impact Technik</i>
10	Lernen von Selbstsicherheit und sozialer Kompetenz	Murmeln im Becher
11	Soziale Kompetenz und soziale Kontakte	<i>Keine Impact Technik</i>
12	Die Zeit nach Programmende: Fortschritte und Erfolge beibehalten	Eisenbahn Postkarte GAS-Postkarte Notfallkoffer

Anmerkung. In Anlehnung an Hautzinger (2016).

Messinstrumente

Zur Erfassung der relevanten Variablen wurden verschiedene Messinstrumente verwendet, die im Folgenden vorgestellt werden.

SCID-5-CV-A

Das *strukturierte klinische Interview für DSM-5®-Störungen – Klinische Version* (SCID-5-CV; First et al., 2019) ist ein halb strukturiertes Interview und standardisiertes Verfahren zur Erfassung und Diagnostik von psychischen Störungen. Das *SCID-5-CV-A* wurde ausgewählt, da es als Goldstandard in der diagnostischen Erfassung gilt, international anerkannt ist und in zahlreichen klinischen sowie wissenschaftlichen Studien eingesetzt wird (Shabani et al., 2021). Für die vorliegende Studie wurde das *SCID-5-CV* verwendet um das Vorliegen von depressiven Symptomen, ein relevantes Einschlusskriterium, zu überprüfen.

Die Module des *SCID-5-CV* beinhalten Fragen, die sich auf die Diagnosekriterien des DSM 5 (American Psychiatric Association, 2022) beziehen. Zur Erhebung der depressiven Symptomatik wurde ausschließlich das Modul zu den affektiven Störungen (*SCID-5-CV-A*) durchgeführt

Das Interview wurde von einer qualifizierten Fachperson in einer vorgegebenen Struktur durchgeführt. Für jede diagnostische Kategorie wurde entschieden, ob die Kriterien für eine Diagnose erfüllt sind. Hierfür können zwischen den Antworten (1) erfüllt Kriterien, (2) erfüllt Kriterien nicht und (3) nicht ausreichende Informationen, gewählt werden. Entschieden bei der Auswahl sind die geschilderten Symptome und die klinische Einschätzung des Interviewers.

Die Inter-Rater-Reliabilität für das Modul für affektive Episoden (*SCID-5-CV-A*) beträgt $\kappa = .69$, was auf eine gute Übereinstimmung zwischen den Beurteilenden hinweist. Die Sensitivität und Spezifität liegen beide jeweils bei .84 (Shabani et al., 2021).

Prä- und Post-Messungen

Um mögliche Veränderungen über die Zeit hinweg erfassen zu können, kamen folgende Fragebögen prä- und postinterventionell zum Einsatz: *der Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9; Löwe & Spitzer, 2002), *der Generalized Anxiety Disorder Scale-7* (GAD-7; Spitzer et al., 2006), das *Brief Symptom Inventory* (BSI-53; Geisheim et al., 2002), das *Beck-Depressions-Inventar II* (BDI-2; Hautzinger et al., 2009), der *World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL-BREF; Angermeyer et al., 2002); sowie der *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; Abler & Kessler, 2009).

PHQ-9

Depressive Symptome wurden unter anderem mit der deutschen Version des *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9; Löwe & Spitzer, 2002). Er ist ein Modul des *Gesundheitsfragebogen für Patienten* (PHQ-D; Löwe & Spitzer, 2002), welcher als Screening-Instrument zur Diagnostik von psychischen Störungen verwendet wird und sich direkt an den Diagnosekriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) orientiert. Das verwendete Depressionsmodul (PHQ-9) umfasst neun Items und bezieht sich auf die Diagnostik und Einschätzung des Schweregrades von depressiven Störungen im Hinblick auf die vergangenen 2 Wochen. Die Antworten der Likert-Skala reichen von 0 (überhaupt nicht) bis 3 (beinahe jeden Tag).

Die Auswertung erfolgt dimensional über das Summieren der Antworten zu einem Summenwert (Wertebereich: 0 - 27). Für die Interpretation der Summenwerte gibt es Schwellenwerte (Cut-offs). Wert (< 5) deuten auf die Abwesenheit von depressiven Symptomen hin. Werte zwischen 5 und 10 deuten auf eine leichte oder unterschwellige Depression hin. Für eine Major Depression sind Werte über 10 zu erwarten. Zusätzlich wird zwischen einem mittleren (10 - 14), ausgeprägten (15 - 19) und schwerem Ausmaß der Störung differenziert (Löwe & Spitzer, 2002).

Die Spezifität liegt bei .86 und Sensitivität liegt bei .95. Die interne Konsistenz des PHQ-9 beträgt nach Cronbachs $\alpha = .88$ (Gräfe et al., 2004). Die psychometrischen Eigenschaften des Instrumentes sind als sehr gut zu betrachten.

GAD-7

Die *Generalized Anxiety Disorder 7-item scale* (GAD-7; Spitzer et al., 2006) ist ein bewährtes Instrument zur Erfassung von Angstsymptomen. Der Fragebogen besteht aus sieben Items, die sich auf die Häufigkeit spezifischer Angstsymptome beziehen, die in den letzten zwei Wochen aufgetreten sind. Die Teilnehmenden bewerten die Symptome auf einer vierstufigen Likert-Skala, wobei die Antwortmöglichkeiten „überhaupt nicht“ (0), „an einigen Tagen“ (1), „an mehr als der Hälfte der Tage“ (2) und „fast jeden Tag“ (3) sind. Die Gesamtpunktzahl reicht von 0 bis 21, wobei höhere Punktzahlen auf schwerere Angstsymptome hinweisen (Spitzer et al., 2006). Werte von 0 bis 4 deuten auf eine minimale Angstsymptomatik hin. Eine milde Ausprägung entspricht den Werten 5 bis 9. Ab einem Wert von 10 bis 14 zeigt sich eine mittelgradig ausgeprägte Angstsymptomatik. Schwere Angstsymptome entsprechen Werten von 15 bis 21 (Spitzer et al., 2006).

Die interne Konsistenz bemisst $\alpha = .89$. Der Intraklassen-Korrelationskoeffizient (ICC) liegt bei .83, was auf eine hohe Test-Retest-Reliabilität hinweist (Kroenke et al., 2001).

Die psychometrischen Eigenschaften des *GAD-7* zeigen, dass sie als Instrument zur Erfassung von Angstsymptomen in Forschungssetting geeignet ist.

BSI-53

Der *Brief Symptom Inventory 53* (BSI-53; Geisheim et al., 2002) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der subjektiven, psychischen und physischen Beeinträchtigung. Er ist die verkürzte Version der *Symptom-Checklist-90* (Derogatis, 2011). Der Fragebogen umfasst 53 Items, welche auf einer fünfstufigen Likert Skala beantwortet, werden können. Die Skalenwerte entsprechen für 0 (überhaupt nicht), 1 (ein wenig), 2 (ziemlich), 3 (stark) und 4 (sehr stark).

Insgesamt gibt es neun Skalen und drei übergeordnete Globalwerte. Die Skalen sind (1) Somatisierung, (2) Zwanghaftigkeit, (3) Unsicherheit im Sozialkontakt, (4) Depressivität, (5) Ängstlichkeit, (6) Aggressivität/Feindseligkeit, (7) Phobische Angst, (8) Paranoides Denken und (9) Psychotizismus (Derogatis, 2011).

Der Global Severity Index (GSI) misst die grundlegende psychische Belastung. Die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (Antwort > 0) nennt sich Positive Symptom Total (PST). Durch den Positiv Symptom Distress Index (PSDI) wird die Intensität der gegebenen Antworten widerspiegelt. Die interne Konsistenz der neun Skalen liegt zwischen Cronbachs $\alpha = .71$ und $.85$. Für den GSI wurde ein Cronbachs α von $.96$ berichtet (Derogatis, 2011).

BDI-2

Das *Beck-Depressions-Inventar, Revision* (BDI-2, Wintjen & Petermann, 2010) ist ein häufig genutzter Selbstbeurteilungsfragebogen zur Abschätzung der Ausprägung depressiver Symptome. Der Fragebogen besteht aus 21 Items, welche auf einer vierstufigen Skala von 0 bis 3 bewertet werden. Die Werte werden aufsummiert und bilden einen Summenwert zwischen 0 und 63. Zur Interpretation des Summenwerts liefert Beck et al. (2009) Schwellenwerte, anhand derer der Schweregrad der depressiven Symptomatik beurteilt werden kann. Es ergeben sich fünf Abstufungen: keine Depression (0-8), minimale Depression (9-13), leichte Depression (14-19), mittelschwere Depression (20-28) und schwere Depression (29-63). Aus verschiedenen deutschen Stichproben ergaben sich ausreichend hohe Werte für die innere Konsistenz mit einem Cronbachs α von $.89$ bis $.93$ (Wintjen & Petermann, 2010).

WHOQOL-BREF

Der *World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL-BREF ; Angermeyer et al., 2002) ist die verkürzte Version des *WHOQOL-100* (Angermeyer, 2000) und bewertet vier zentrale Domänen der Lebensqualität: (1) physische Gesundheit (Items 3, 4,

10, 15, 16, 17, 18), (2) psychologische Gesundheit (Items 5, 6, 7, 11, 19, 26), (3) soziale Beziehungen (Items 20, 21, 22) und (4) Umweltfaktoren (Items 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25; WHO, 1996). Der Fragebogen umfasst 26 Items, von denen sich 24 auf die vier Domänen der Lebensqualität beziehen. Die ersten zwei Items erfragen die allgemeine Lebensqualität und das allgemeine gesundheitliche Befinden, wodurch eine globale Einschätzung der selbstberichteten Lebensqualität ermöglicht wird.

Die Items werden auf vier verschiedenen fünfstufigen Likert-Skalen beantwortet: auf der Intensitätsskala (überhaupt nicht bis äußerst), der Kapazitätsskala (überhaupt nicht bis völlig) sowie auf zwei Bewertungsskalen mit den Ausprägungen sehr zufrieden bis sehr unzufrieden, sehr glücklich bis sehr unglücklich und sehr schlecht bis sehr gut. Die Items jeder Domäne werden summiert und mithilfe einer im Manual angegebenen Formel auf eine Skala von 0 bis 100 transformiert. Dabei stellt 0 die schlechtmöglichste und 100 die bestmögliche Ausprägung der Lebensqualität dar. Dadurch wird ein einfacher Vergleich zwischen den einzelnen Domänen ermöglicht. Die Interne Konsistenz liegt in einer deutschen Stichprobe ($N = 2432$) für alle Domänen zwischen Cronbachs $\alpha = .76$ bis $.88$ (Angermeyer, 2000).

Emotional Regulation Questionnaire

Der *Emotional Regulation Questionnaire* (ERQ) wurde von Gross & John (2003) entwickelt. Die deutsche Version wurde von Abler & Kessler (2009) übersetzt und validiert. Der Fragebogen ist ein standardisiertes Instrument zur Erfassung von Emotionsregulationsstrategien anhand zweier Skalen expressiver Unterdrückung (suppression) und kognitiver Neubewertung (reappraisal). Mit einer siebenstufigen Likert-Skala von 1 (stimmt überhaupt nicht) bis 7 (stimmt vollkommen) mit 4 (neutral) werden insgesamt zehn Items, sechs für die Neubewertung (Item 1, 3, 5, 7, 8, 10) und vier für Unterdrückung (2, 4, 6, 9) beantwortet.

Die Auswertung erfolgt durch Berechnung des Mittelwertes für die beiden Skalen. Die resultierenden Mittelwerte können miteinander verglichen werden. Ein höherer Mittelwert in einer Skala deutet auf eine höhere Präferenz für die betreffende Strategie der Emotionsregulation hin. Die Reliabilitätswerte zeigen eine gute interne Konsistenz, mit einem Cronbachs $\alpha = .73$ für die Skala Neubewertung und einem Cronbachs $\alpha = .76$ für die Skala Unterdrückung. (Abler & Kessler, 2009).

Evaluation

Zur Bewertung der Intervention aus Sicht der Teilnehmenden wurden im Anschluss an die letzte Gruppensitzung zusätzlich folgende Evaluationsfragebögen eingesetzt: der

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8; Juergen & Nübling, 2002), der *Fragebogen zur Gruppentherapie* (Schilling et al., 2023) und ein *Feedback Fragebogen* zu den Impact-Techniken.

ZUF-8

Der *Fragebogen zur Patientenzufriedenheit* (ZUF-8; Juergen & Nübling, 2002) ist ein Selbstbericht Fragebogen, der die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit einer erhaltenen Intervention erfasst. Er basiert auf dem englisch sprachigen *Client Satisfaction Questionnaire-8* von Attkisson und Zwick (CSQ-8; 1982, zitiert nach Schmidt & Nübling, 2002). Der Fragebogen umfasst acht Items, bei der eine Antwort aus jeweils vier Antwortalternativen ausgewählt werden soll. Die Fragen behandeln die Zufriedenheit mit der erhaltenen Intervention, die individuellen Erwartungen und ob man die Intervention bei Bedarf erneut durchlaufen würde oder einer anderen bedürftigen Person empfehlen würde. Durch Aufsummieren der Antworten gemäß 1 (= ungünstigste Ausprägung) bis 4 (= günstigste Ausprägung). Der resultierende Summenwert liegt zwischen 8 und 32. Die interne Konsistenz betrug in verschiedenen Stichproben $\alpha = .87$ bis $.93$ (Nübling & Schmidt, 2002).

Fragebogen zur Gruppentherapie

Der *Fragebogen zur Gruppentherapie* (Schilling et al., 2023) dient der Bewertung der Wirksamkeit und Akzeptanz von Gruppentherapieprogrammen. Der Fragebogen erfasst verschiedene Aspekte der Therapieerfahrung, einschließlich der subjektiven Verbesserung der Symptome und der Zufriedenheit mit der Gruppentherapie (Schilling et al., 2023).

Der Fragebogen besteht aus acht Fragen von denen vier offen und in Textform und vier auf einer Likert-Skala beantwortet werden. Die 11-stufige Skala geht von 0 (überhaupt nicht hilfreich, gar nicht besser, nicht weiterempfehlen, nicht erfüllt) bis (sehr hilfreich, sehr viel besser, auf jeden Fall weiterempfehlen, erfüllt). Der Fragebogen misst, wie hilfreich die Gruppentherapie erlebt wurde, inwiefern die Erwartungen an die Gruppentherapie erfüllt wurden, ob das grundlegende Problem für die Teilnahme an der Gruppentherapie nun besser bewältigt werden könne und wie wahrscheinlich es ist, dass die Gruppentherapie einem Freund oder einer Freundin weiterempfohlen wird.

Die offenen Fragen zielen auf Aspekte, die besonders hilfreich waren oder gefallen haben, wie gut es gelungen ist die besprochenen Inhalte im Alltag umzusetzen, auf welche Punkte verzichtet werden konnte, welche Punkte noch verbesserungswürdig sind.

Für den *Fragebogen zur Gruppentherapie* liegen bislang keine empirisch überprüften psychometrischen Kennwerte wie Reliabilität oder Validität vor.

Feedback zu den Impact-Techniken

Der Fragebogen dient der Evaluation der verwendeten einzelnen Impact-Techniken, indem er erfasst, wie und warum eine Technik gefallen hat, wie hilfreich sie empfunden wurde und wie gut sie in Erinnerung geblieben ist. Die Fragen wurden von der Studienleitung konzipiert. Zunächst wurde erfragt, ob die Person bei der Sitzung mit der Impact-Technik anwesend war. Anschließend bewerteten die Teilnehmenden auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut), wobei 3 für neutral steht, wie gut ihnen die Impact-Technik gefallen hat. Zusätzlich wurden darum gebeten, die Entscheidung kurz in Textform zu begründen. Die Teilnehmenden bewerteten den empfunden persönlichen Nutzen der Impact-Technik auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 (nicht sehr hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich), wobei 3 für neutral steht. Abschließend gaben die Teilnehmenden an inwiefern ihnen die Impact-Technik in Erinnerung geblieben ist. Die Antworten reichen von 1 (überhaupt nicht) über 3 (neutral) bis 5 (sehr).

Vorgehen

Die vorliegende Studie gliedert sich in vier Phasen, welche anschließend erläutert werden sollen.

Phase 1: Konzeption

Impact-Techniken wurden erarbeitet und in das bereits bestehende, etablierte verhaltenstherapeutische Gruppen-Manual für Depressionen von Hautzinger (2016) an geeigneten Stellen implementiert.

Phase 2: Prä-Messung

Eine Woche vor Beginn der Behandlung wurden zur Beurteilung der Symptomatik (Einschlusskriterium) ein Screening mit dem *SCID-5-CV-A* durchgeführt sowie verschiedene Fragebögen beantwortet (vgl. Kapitel 3, Abschnitt Messinstrumente).

Phase 3: Intervention

Die Intervention erstreckte sich über sechs Wochen, mit jeweils zwei Gruppensitzungen pro Woche, die jeweils 100 Minuten dauerten. Die Intervention folgte dem Manual und wurde an den entsprechenden Stellen gezielt durch die ausgewählten Impact-Techniken ergänzt (vgl. Kapitel 3, Tabelle 2).

Phase 4: Post-Messung

Nach Abschluss der Intervention wurden die Fragebögen erneut erhoben, um mögliche Veränderungen in den psychologischen Variablen zu erfassen. Zusätzlich wurden die Teilnehmenden zu ihren Erfahrungen mit der Intervention, möglichen Verbesserungsvorschlägen und der Akzeptanz der Maßnahme befragt. Die

erhobenen Daten werden hinsichtlich potenzieller Veränderungen in den psychologischen Variablen sowie der Akzeptanz durch die Teilnehmenden analysiert.

Datenanalyse

Die Daten werden deskriptiv für jedes Konstrukt und Fragebogen dargestellt, um Veränderungen der Mittelwerte, Streuungen und individuellen Werte nachvollziehbar zu machen. Dies umfasst sowohl die zentralen Messinstrumente zur Depressivität, Lebensqualität, Angstsymptomen und Emotionsregulation als auch die Evaluationsfragebögen, die Aspekte wie Zufriedenheit, Akzeptanz und subjektiven Nutzen der Intervention quantifizieren.

Darüber hinaus wurden die Rückmeldungen der Teilnehmenden zur Intervention und den Impact-Techniken zusammengefasst und deskriptiv analysiert, um deren Wahrnehmung hinsichtlich der Nützlichkeit und Erinnerungswürdigkeit zu erfassen. Durch diese umfassende Darstellung wird ein vollständiges Bild der Ergebnisse ermöglicht.

Für die Analyse der Veränderungen zwischen den Prä- und Post-Messungen wurde der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test verwendet, da er sich insbesondere bei abhängigen Messungen und ordinal- oder intervallskalierten Daten eignet (Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler, 2010, S. 586). Im Rahmen dieser Arbeit handelt es sich um abhängige Messungen, da die Werte derselben Versuchspersonen vor und nach der Intervention verglichen werden. Der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test bietet zudem den Vorteil, dass keine Normalverteilung der Differenzen vorausgesetzt wird, was ihn besonders für die vorliegende Stichprobengröße eignet. Die Skalen der verwendeten Fragebögen, *PHQ-9*, *BDI-2*, *GAD-7*, *BSI-53*, *ERQ* und *WHOQOL-BREF*, erfüllen die Anforderung einer mindestens ordinalen Skalierung und sind somit für die Analyse geeignet.

Vor der Durchführung der Analyse wurde geprüft, ob die Voraussetzungen für den Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test erfüllt sind. Die Abhängigkeit der Messungen war durch das Design der Studie gewährleistet. Deskriptive Voranalysen bestätigten eine ausreichende Variabilität der Differenzen zwischen den Prä- und Post-Werten, und es wurde sichergestellt, dass Null-Differenzen (keine Veränderung zwischen Prä- und Post-Messung) entsprechend in der Teststatistik berücksichtigt wurden. Durch die genannten Schritte wurde die methodische Eignung des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests für die Analyse der relevanten Fragestellungen sichergestellt. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = .05$ festgelegt. Ergebnisse mit einem p -Wert kleiner als .05 wurden als statistisch signifikant betrachtet.

4. Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse beginnt mit einer Betrachtung der Machbarkeit der *Impact-Techniken* (Fragestellung 1) sowie der *Akzeptanz* dieser Methoden (Fragestellung 2). Anschließend folgt eine Übersicht der Veränderungen in den erhobenen Variablen (Fragestellungen 3–6), die sich auf selbstberichtete *Depressivität*, *Lebensqualität*, *Emotionsregulation* und *Angstsymptome* beziehen.

Die Ergebnisse werden anhand der formulierten Hypothesen strukturiert präsentiert und mithilfe deskriptiver Statistiken sowie inferenzstatistischer Tests analysiert. Detaillierte Werte der Prä- und Post-Messungen sind in Tabellen zusammengefasst und an relevanten Stellen durch Schaubilder veranschaulicht. In den Schaubildern wurden für die einzelnen Versuchspersonen (VPN) einheitliche Farben verwendet (VPN1 = blau, VPN2 = orange, VPN3 = grau), um eine konsistente Darstellung zu gewährleisten.

Fragestellung 1: Machbarkeit

Die erste Fragestellung bezieht sich auf die *Machbarkeit* der Intervention, indem sie die Anwendung und Umsetzbarkeit der Impact-Techniken innerhalb des Manuals beurteilt. Die Beantwortung der Hypothese basiert auf systematischen, aber subjektiven Beobachtungen des Autors während der Konzeption und Durchführung der Gruppensitzungen. Eine standardisierte oder objektive Erhebung der Kriterien erfolgte nicht.

Machbarkeit und strukturelle Integration

Die Implementierung der Impact-Techniken in das bestehende kognitiv-verhaltenstherapeutische Manual von Hautzinger (2016) erfolgte ohne größere Strukturelle Anpassungen (Siehe Kapitel 3: Interventionsbeschreibung). In die Therapiesitzungen (Ausnahmen waren Sitzungen 8, 9 und 11), wurde jeweils mindestens eine Impact-Technik in das Manual implementiert. Die Techniken wurden in das Manual integriert, ohne den grundlegenden Ablauf oder die Zielsetzung der Gruppentherapie zu verändern. Somit wurden sie an geeigneten Stellen entweder als Ergänzung zum Themenschwerpunkt der Sitzung oder als eigenständige und in sich abgeschlossene Übung, eingefügt. Die Instruktionen für die Gruppenleitung erfolgte durch kurze Anweisungen im Manual und erforderte keine intensive Schulung oder Vorbereitung. Die Anwendung der Techniken wurde in allen relevanten Sitzungen dokumentiert. Es wurden keine Veränderungen des Therapieflusses beobachtet. Es wurden keine strukturellen Schwierigkeiten bei der Integration der Techniken festgestellt.

Ökonomische Betrachtung

Die Implementierung der Impact-Techniken war mit einem moderaten finanziellen Aufwand verbunden. Einige Techniken erforderten spezifische Materialien, wie eine Marmelbahn, Sonnenbrillen oder Murmeln, die initial angeschafft werden mussten. Allerdings zeigte sich, dass diese Materialien wiederverwendbar sind, sodass langfristig keine wiederkehrenden Kosten entstehen. Andere Techniken sind nicht wiederverwendbar, nutzen jedoch kostengünstige Materialien wie Papier, Plastikbecher oder Postkarten, welche zu keiner gravierenden ökonomischen Einschränkung führen. Der durchschnittliche zeitliche Mehraufwand für die Vorbereitung der Sitzungen wurde auf etwa 10 Minuten pro Sitzung dokumentiert. Die Vorbereitung und Durchführung der Impact-Techniken wurde daher im Rahmen der üblichen Sitzungsorganisation als umsetzbar protokolliert. Es traten keine finanziellen oder zeitlichen Engpässe auf.

Manualtreue und methodische Passung zur Kognitiven Verhaltenstherapie

Es wurden keine Veränderungen der therapeutischen Grundprinzipien oder Abweichungen von der Manualtreue dokumentiert. Da keine grundlegenden therapeutischen Prinzipien verändert wurden, blieb die Adhärenz zum Manual erhalten. Die Integration der Techniken erfolgte inhaltlich kohärent und methodisch kompatibel zur KVT.

Subjektive Beobachtungen zur praktischen Anwendung

Es wurde keine systematische Befragung der Therapeutin durchgeführt. Die praktische Anwendung der Impact-Techniken wurde durch subjektive Beobachtungen des Autors während der Gruppensitzungen dokumentiert. In den beobachteten Sitzungen partizipierten die Teilnehmenden aktiv an den Übungen. Es wurden keine Widerstände oder gravierenden Irritationen bei den Teilnehmenden beobachtet.

Die Ergebnisse zeigen, dass Impact-Techniken methodisch kompatibel, ökonomisch tragbar und praktisch umsetzbar waren. Die Nullhypothese (H_0 1.1) wird verworfen, da die Implementierung erfolgreich war. Die Ergebnisse stützen die Alternativhypothese (H_1 1.2).

Fragestellung 2: Akzeptanz

Zur Beantwortung der Fragestellung, wie der Einsatz von Impact-Techniken in der Gruppentherapie für Depressionen von den Teilnehmenden wahrgenommen wird, wurden verschiedene Aspekte der Akzeptanz untersucht. Zur Beurteilung der Intervention wurden der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8; Juergen & Nübling, 2002) und ein *Fragebogen zur Gruppentherapie* (Schilling et al., 2023) vorgegeben. Abschließend wurden die Impact-Techniken von den Teilnehmenden auf verschiedenen Dimensionen bewertet. Ziel war es, die subjektiven Bewertungen der Teilnehmenden zu quantifizieren und mögliche Unterschiede

und Zusammenhänge darzustellen. Deskriptiv werden die individuellen Bewertungen der Teilnehmenden und die Mittelwerte und Standardabweichungen innerhalb der Instrumente dargestellt.

ZUF-8

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse des Fragebogens *ZUF-8*, der sich auf die allgemeine Zufriedenheit mit der erhaltenen Intervention bezieht. Die Gruppe hat die Intervention im Durchschnitt mit 27 ($SD = 2.65$) von 32 möglichen Punkten bewertet. Dies deutet auf eine hohe allgemeine Zufriedenheit mit der erhaltenen Intervention hin. VPN1 (29 Punkte) und VPN3 (28 Punkte), waren insgesamt zufriedener als VPN2 mit 24 Punkten.

Die Teilnehmenden schätzen die Qualität der Behandlung (Item 1) als relativ gut ein. Es zeigte sich, dass die Teilnehmenden im Allgemeinen die Behandlung bekommen haben (Item 2), die sie wollten. Die Behandlung hat den Bedürfnissen der Teilnehmenden größtenteils entsprochen. Ebenso würden die Teilnehmenden die Behandlung einer befreundeten Person empfehlen. Des Weiteren waren die Teilnehmenden mit dem Ausmaß an Hilfe, welche sie erhalten haben (Item 5) weitgehend bis sehr zufrieden. Die Teilnehmenden gaben an, die Therapie half „eine ganze Menge“ dabei (Item 6), angemessener mit ihren Problemen umzugehen. Im Großen und Ganzen sind die Teilnehmenden weitgehend zufrieden (Item 7) mit der erhaltenen Behandlung. Schlussendlich würden die Teilnehmenden die Intervention erneut in Anspruch nehmen (Item 8), wenn sie wieder Hilfe bräuchten.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse des *ZUF-8* eine hohe allgemeine Zufriedenheit mit der Intervention, wobei die Teilnehmenden die Qualität der Behandlung positiv bewerteten, sie insgesamt als hilfreich einstufen und darüber hinaus weiterempfehlen würden.

Tabelle 3*Ergebnisse des ZUF-8*

Item	VPN1	VPN2	VPN3	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Wie würden sie die Qualität der Behandlung, welche sie erhalten haben, beurteilen?	4	3	3	3.33	0.58
2. Haben sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?	3	3	3	3	0
3. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?	3	2	3	2.67	0.58
4. Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?	4	3	4	3.67	0.58
5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?	3	4	4	3.67	0.58
6. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?	4	3	4	3.67	0.58
7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?	4	3	3	3.33	0.58
8. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?	4	3	4	3.67	0.58
Summenwert	29	24	28	27	2.65

Anmerkung. Die Antwortoptionen variieren je nach Item, folgen jedoch durchgehend einer 4-stufigen Skala (1 = niedrigste Zufriedenheit, 4 = höchste Zufriedenheit). Höhere Werte deuten auf eine höhere Zufriedenheit hin. Der Summenwert liegt im Bereich von 8 bis 32.

Fragebogen zur Gruppenteilnahme

Durchschnittlich wurde die Gruppentherapie von den Teilnehmenden mit 7.33 ($SD = 1.67$) von möglichen 10 Punkten bewertet. Somit ergibt sich eine hohe durchschnittliche Zufriedenheit mit der Intervention.

Es zeigte sich, dass die Teilnehmenden die Gruppentherapie als hilfreich (Item 1) erlebt haben. Ebenso wurden die Erwartungen der Teilnehmenden an die Gruppentherapie (Item 2) zu einem hohen Maß erfüllt. Die Teilnehmenden können ihre Probleme, welche ausschlaggebend für die Teilnahme an der Gruppentherapie waren (Item 3), teilweise besser bewältigen. Die Teilnehmenden gaben an (Item 4), dass sie die Gruppentherapie wahrscheinlich einer befreundeten Person empfehlen würden. Die individuellen Bewertungen der Personen findet sich in Tabelle 4.

Tabelle 4

Evaluation der Gruppenintervention durch die Teilnehmenden

Item	VPN1	VPN2	VPN3	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Als wie hilfreich haben Sie die Gruppentherapie erlebt?	9	6	8	7.67	1.53
2. Wie sehr wurden Ihre Erwartungen an die Gruppentherapie erfüllt?	10	6	7	7.76	2.08
3. Können Sie die Probleme, wegen derer Sie an der Gruppentherapie teilgenommen haben, nun besser bewältigen?	8	6	5	6.33	1.53
4. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie unsere Gruppentherapie einer Freundin / einem Freund weiterempfehlen würden?	10	6	7	7.67	2.08
Mittelwert über alle Fragen				7.33	1.67

Anmerkung. 0 = niedrigste Ausprägung; 10 = höchste Ausprägung

Individuelles Feedback. Die Teilnehmenden konnten freie Anmerkungen zur Gruppentherapie anführen. Besonders gefallen und/oder besonders hilfreich fanden die Teilnehmenden „die coolen Aufgaben“ (VPN1), die „Begleitung bei der Rückkehr meiner fundamentalen geistigen Fähigkeiten“ (VPN2) und „der Punkt, dass wenn man positive Dinge erlebt, dass die Stimmung besser wird“ (VPN3)“. Auf die Frage welche Punkte weniger

hilfreich gewesen sind, gab lediglich eine Person „mehr Teilnehmer:innen wären toll gewesen“(VPN2).

Als verbesserungswürdige Punkte wurden die vielen Hausaufgaben genannt. „Sehr viele Hausaufgaben“ haben dazu geführt, dass zum Teil „die Übersicht verloren“ (VPN3) wurde. Die Aufgaben „fand ich schon sehr cool, aber ich glaube, dass die immer noch cooler werden können“(VPN1). Ebenso wurde das „Marketing“ (VPN2) als verbesserungswürdig eingeschätzt. Alle freien Anmerkungen aus dem Fragebogen zur Gruppentherapie sind vollständig in Anhang C dokumentiert.

Feedback zu den Impact Techniken

Im Zentrum dieser Untersuchung standen die verwendeten Impact-Techniken. Diese konnten die Teilnehmenden nach der Intervention einzeln bewerten und persönliches Feedback ergänzen. Zu jeder Technik wurde erfragt, wie diese gefallen hat, wie hilfreich sie war und wie gut sie in Erinnerung geblieben ist.

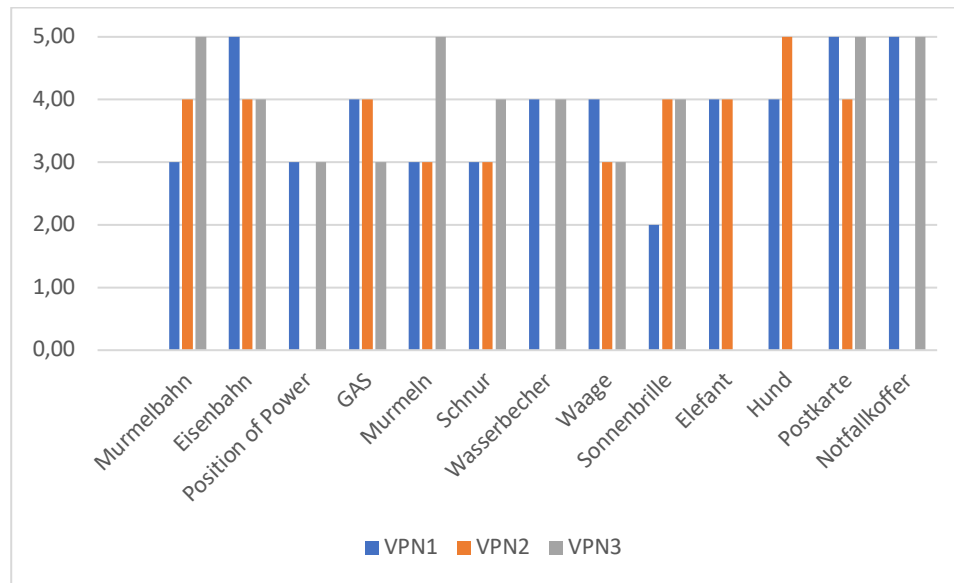
Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht bei jedem Termin alle Personen anwesend waren, wodurch bei einigen Techniken nicht für alle Impact-Techniken Bewertungen von allen drei Teilnehmenden vorliegen. Um die Ergebnisse strukturiert darzustellen, wurden zunächst Techniken mit vollständigen Datensätzen priorisiert. Techniken mit unvollständigen Datensätzen (zwei Bewertungen pro Frage) wurden separat analysiert und mögliche Verzerrungen berücksichtigt. Dieser Ansatz hebt konsistente Bewertungen hervor und integriert wertvolle Informationen aus unvollständigen Datensätzen.

Abbildung 1 zeigt die Antworten der Teilnehmenden auf die Frage wie gut ihnen die einzelnen Impact-Techniken gefallen haben.

Die Bewertungen reichen von einem Minimum = 2 bis zu einem Maximum = 5. Sieben Techniken wurden von allen drei Teilnehmenden bewertet, während sechs Techniken aufgrund von Abwesenheiten nur von zwei Teilnehmenden bewertet wurden. Die Techniken haben den Teilnehmenden durchschnittlich „neutral“ bis „gut“ gefallen ($MW = 3.88$, $SD = 0.81$)

Abbildung 1

Wie gut hat ihnen die Impact-Technik gefallen?



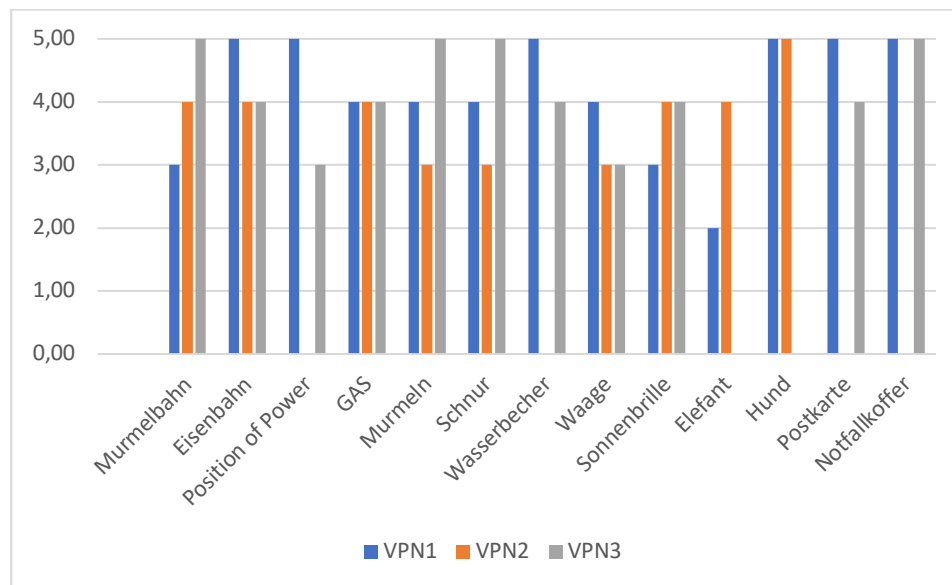
Anmerkung. 0 = sehr schlecht, 2 = schlecht, 3 = neutral, 4 = gut, 5 = sehr gut

vollständige Datensätze. Die Technik *Postkarte* erhielt die höchste Bewertung ($M = 4.67$, $SD = 0.58$), gefolgt von der *Eisenbahn*-Technik ($M = 4.33$, $SD = 0.58$). Weitere Techniken wie *Murmelnbahn* ($M = 4.00$, $SD = 1.00$), *Murmeln im Becher* ($M = 3.67$, $SD = 1.15$), und *GAS* ($M = 3.67$, $SD = 0.58$) wurden ebenfalls positiv bewertet. Die niedrigsten Bewertungen erhielten die Techniken *Bindfaden* ($M = 3.30$, $SD = 0.58$), *Waage* ($M = 3.33$, $SD = 0.58$) und *Sonnenbrille* ($M = 3.33$, $SD = 0.58$).

unvollständige Datensätze. Unter den Techniken mit unvollständigen Daten erhielt die *Notfallkoffer*-Technik die höchste Bewertung ($M = 5.00$, $SD = 0.00$). Die *Hund*-Technik wurde ebenfalls sehr positiv bewertet ($M = 4.50$, $SD = 0.71$). Die *rosa Elefanten*- ($M = 4.00$, $SD = 0.00$) und *Wasserbecher*-Techniken ($M = 4.00$, $SD = 0.00$) wurden immer noch gut bewertet. Die niedrigste Bewertung erhielt die Technik *Position of Power* ($M = 3.00$, $SD = 0.00$).

Abbildung 2

Wie hilfreich fanden Sie die Impact-Technik, um ein tieferes Verständnis zu erlangen?



Anmerkung. 0 = nicht sehr hilfreich, 2 = weniger hilfreich, 3 = neutral, 4 = etwas hilfreich, 5 = sehr hilfreich

Abbildung 2 zeigt, wie hilfreich die Techniken dabei waren ein tieferes Verständnis der Teilnehmenden zu erlangen. Die Bewertungen reichen von einem Minimum = 2 bis zu einem Maximum = 5. Sieben Techniken wurden von allen drei Teilnehmenden bewertet, während sechs Techniken nur von zwei Teilnehmenden bewertet wurden. Die Techniken wurden von den Teilnehmenden durchschnittlich als „etwas hilfreich“ empfunden ($MW = 4.06$, $SD = 0.76$).

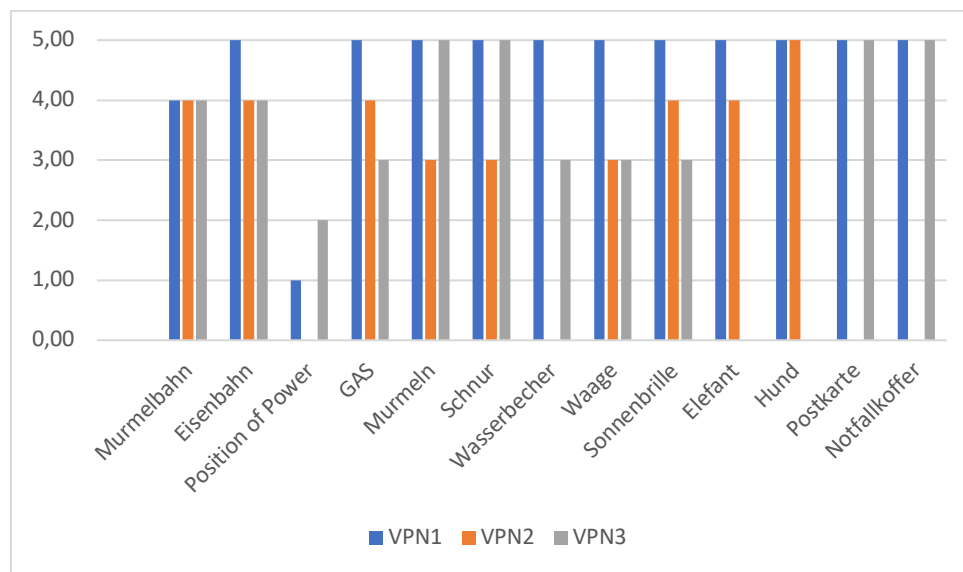
vollständige Datensätze. Die *Eisenbahn*-Technik wurde am hilfreichsten eingeschätzt ($M = 4.33$, $SD = 1.00$). Ebenfalls hilfreich wurden die Techniken *Murmelbahn* ($M = 4.00$, $SD = 1.00$), *Murmeln im Becher* ($M = 4.00$, $SD = 1.00$) und *Bindfaden* ($M = 4.00$, $SD = 1.00$) bewertet. Die Technik *GAS* erhielt eine durchgehend positive Bewertung ($M = 4.00$, $SD = 0.00$). Die *Sonnenbrille*-Technik wurde etwas weniger hilfreich bewertet ($M = 3.67$, $SD = 0.58$), während die *Waage*-Technik die niedrigste Bewertung erhielt ($M = 3.33$, $SD = 0.58$).

unvollständige Datensätze. Die *Hund*-Technik und die *Notfallkoffer*-Technik erhielten die höchste Bewertung ($M = 5.00$, $SD = 0.00$). Ähnlich hilfreich wurde die *Postkarten*-Technik ($M = 4.50$, $SD = 0.71$) und die *Wasserbecher*-Technik ($M = 4.50$, $SD = 0.71$) eingeschätzt. Die *Position of Power*-Technik wurde mit ($M = 4.00$, $SD = 1.41$) ebenfalls als hilfreich eingestuft. Die niedrigste Bewertung erhielt die *rosa Elefanten*-Technik ($M = 3.00$, $SD = 1.41$).

Abbildung 3 zeigt, wie gut die Impact-Techniken den Teilnehmenden in Erinnerung geblieben sind. Die Bewertungen reichen von einem Minimum = 1 bis zu einem Maximum = 5. Sieben Techniken wurden von allen drei Teilnehmenden bewertet, während sechs Techniken nur von zwei Teilnehmenden bewertet wurden. Die Techniken sind den Teilnehmenden durchschnittlich „ein wenig“ in Erinnerung geblieben ($MW = 4.12$, $SD = 1.05$).

Abbildung 3

Inwiefern ist Ihnen die Impact-Technik in Erinnerung geblieben?



Anmerkung. 0 = überhaupt nicht, 2 = nicht wirklich, 3 = neutral, 4 = ein wenig, 5 = sehr

vollständige Datensätze. Die *Eisenbahn*-Technik blieb den Teilnehmenden am besten in Erinnerung ($M = 4.33$, $SD = 0.58$). Ebenfalls gut erinnert wurden die *Waage*-Technik ($M = 4.33$, $SD = 1.15$) und die *Bindfaden*-Technik ($M = 4.33$, $SD = 1.15$). Besonders einheitlich blieb die *Murmelbahn*-Technik in Erinnerung ($M = 4.00$, $SD = 0.00$). Gleich gut erinnert wurden die Techniken *GAS* ($M = 4.00$, $SD = 1.00$) und *Sonnenbrille* ($M = 4.00$, $SD = 1.00$). Die Technik *Murneln im Becher* blieb den Teilnehmenden am wenigsten im Gedächtnis ($M = 3.67$, $SD = 0.58$).

unvollständige Datensätze. Die Techniken *Hund*, *Postkarte* und *Notfallkoffer* wurden von beiden bewertenden Teilnehmenden als am besten erinnerbar eingestuft ($M = 5.00$, $SD = 0.00$). Die *Elefanten*-Technik ($M = 4.50$, $SD = 0.71$) sowie die *Wasserbecher*-Technik ($M = 4.50$, $SD = 0.71$) blieben ebenfalls gut in Erinnerung. Die *Position of Power*-Technik wurde mit der niedrigsten Bewertung eingestuft ($M = 1.50$, $SD = 0.71$).

qualitatives Feedback

Die qualitativen Rückmeldungen ergänzen die quantitativen Daten zu den Impact-Techniken und zeigen, dass die *Murmelbahn* („hat die ‘Spirale’ der Depression sehr gut dargestellt“, VPN3) und der *Wasserbecher* („gute Darstellung dafür, wenn ‘das Fass überläuft’“, VPN3) besonders positiv aufgefasst wurden. Die *Postkarte* diente als hilfreiche Erinnerung („war eine gute Idee, alles zusammenzufassen“, VPN3). Einige Techniken stießen jedoch auf geringere Resonanz wie die *Position of Power* („spricht mich nicht so sehr an“, VPN3), oder blieben unklar, wie die *Sonnenbrille* („das versteh ich nicht“, VPN1). Die vollständigen Antworten finden sich in Anhang D.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Impact-Techniken innerhalb eines verhaltenstherapeutischen Manuals für Depressionen von den Teilnehmenden positiv bewertet wurden. Daher kann die Nullhypothese (H_0 2.1) verworfen werden. Stattdessen spricht die Datenlage für die Annahme der Alternativhypothese (H_1 2.2).

Fragestellung 3: Depressivität

Hypothese 3 untersucht, ob es nach der Intervention zu einer Veränderung der depressiven Symptomatik auf Gruppenebene bei den Teilnehmenden kam. Um die übergeordnete Fragestellung zu beantworten, wurden Prä- und Post-Werte der Teilnehmenden aus den entsprechenden Selbst-Bericht Fragebögen (*BDI-2*, *PHQ-9*, *BSI-53-DEP*) analysiert. Es wurden deskriptive und inferenzstatistische Analyse angewendet.

BDI 2

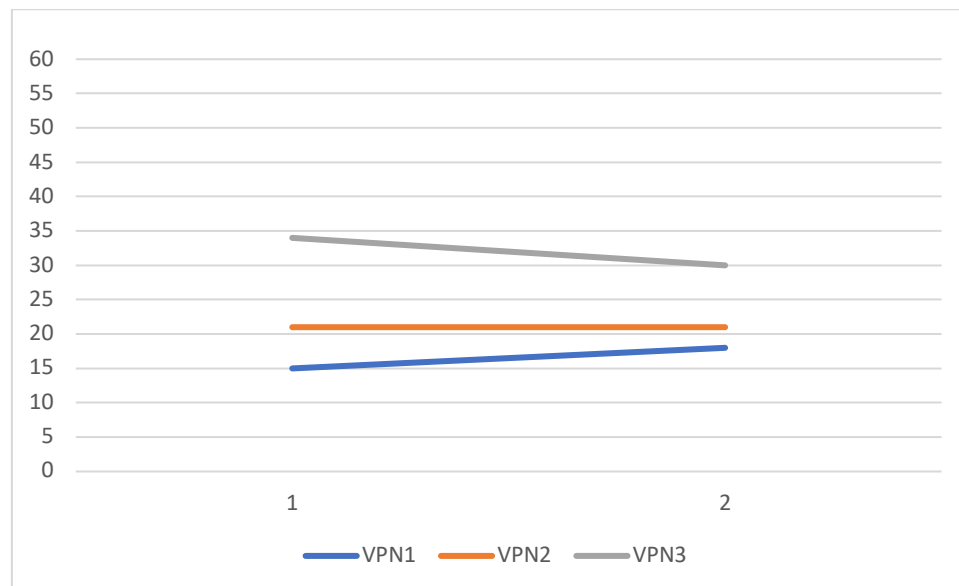
Tabelle 5 zeigt die Summenwerte des *BDI-2*. Der durchschnittliche Ausgangswert der Stichprobe lag bei 23,33 ($SD = 9,71$) und damit im Bereich einer mittelschweren Ausprägung. Nach der Intervention sank der Wert minimal auf 23,00 ($SD = 6,24$), was weiterhin einer mittelschweren Ausprägung entspricht. Die geringere Streuung der Post-Werte deutet darauf hin, dass sich die Teilnehmenden in ihrer Symptomatik nach der Intervention ähnlicher waren als zuvor. Die durchschnittliche Differenz zwischen den Messzeitpunkten betrug -0.33 ($SD = 3.21$), was auf Gruppenebene eine geringe Veränderung zeigt.

Tabelle 5*Ergebnisse des BDI-2*

Versuchsperson	Prä	Post	Differenz
VPN1	15	18	(+) 3
VPN2	21	21	0
VPN3	34	30	(-) 4
<i>M (SD)</i>	23.33 (9.71)	23 (6.24)	(-) 0.33

Anmerkung: 0-12 = keine Depression, 12-19 = leichtes depressives Syndrom, 20-28 = mittelgradiges depressives Syndrom, 29-63 = schweres depressives Syndrom

Wie Abbildung 4 verdeutlicht, entwickelten sich die Teilnehmenden jedoch heterogen: während sich die Werte von VPN1 verschlechterten oder bei VPN2 unverändert blieben, zeigte VPN1 eine leichte Verbesserung. Die Schweregradeinschätzungen gemäß dem BDI-2 blieben für alle Teilnehmenden über beide Messzeitpunkte konstant.

Abbildung 4*Ergebnisse des BDI-2*

Anmerkung: 1 = Prä-Messung , 2 = Post-Messung

Ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test wurde durchgeführt, um die Veränderung der *BDI-2* Werte zwischen Prä- und Post-Werten auf Gruppenebene zu prüfen. Die Analyse ergab keine

signifikante Veränderung ($V = 2$, $p = 1$) auf Gruppenebene. Durch das Vorhandensein von Null-Differenzen ist die Aussagekraft des Tests eingeschränkt.

PHQ-9

Tabelle 6 zeigt die Summenwerte des *PHQ-9*. Der durchschnittliche Wert sank von 12,33 ($SD = 6,66$) auf 11,33 ($SD = 4,04$). Beide Werte liegen über dem klinisch relevanten Schwellenwert von 10 und entsprechen einer leichtgradigen depressiven Symptomatik (Kroenke et al., 2001).

Tabelle 6

Ergebnisse des PHQ-9

Versuchsperson	Prä	Post	Differenz
VPN1	5	9	(+) 4
VPN2	14	9	(-) 5
VPN3	18	16	(-) 2
<i>M (SD)</i>	12.33 (6.66)	11.33 (4.04)	- 1 (4.58)

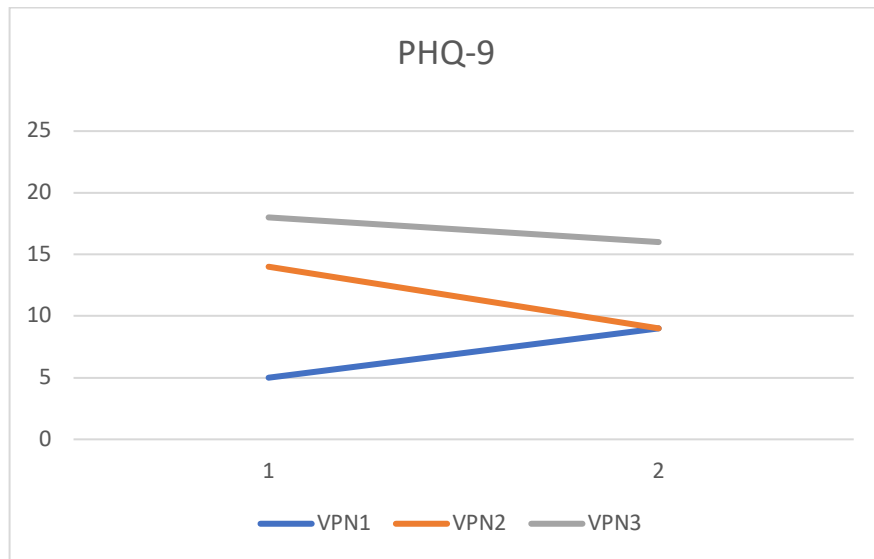
Anmerkung. Schweregrad: < 10 = unauffällig, 10-14 = leichtgradige depressive Symptomatik, 15-19 = mittelgradige Depression, 20-27 = Schwere depressive Symptomatik

Die durchschnittliche Differenz zwischen den Messzeitpunkten betrug -1 ($SD = 4.58$), was auf Gruppenebene auf eine minimale positive Veränderung hinweist. Wie Abbildung 5 verdeutlicht, entwickelten sich die Teilnehmenden jedoch heterogen: Während VPN1 eine Verschlechterung zeigte, reduzierten VPN2 und VPN3 ihre Werte leicht. Lediglich VPN2 erreichte eine Veränderung des Schweregrads von moderat auf leicht, während die anderen Teilnehmenden innerhalb ihrer Kategorie blieben.

Ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ergab keine statistisch signifikante Veränderung ($V = 4$, $p = .75$). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es auf Gruppenebene keine signifikante Veränderung der *PHQ-9* Werte über die Zeit gab.

Abbildung 5

Ergebnisse des PHQ-9



Anmerkung: Prä-Messung (1), Post-Messung (2)

BSI-53 Skala Depression

Der Skalenwert für Depressivität reduzierte sich im *BSI-53* (Tabelle 10, S. 59) leicht von 10.76 ($SD = 7.09$) auf einheitliche 10 ($SD = 0$). Dies entspricht einer durchschnittlichen Abnahme von -0.67 ($SD = 7.09$). VPN1 erhöhte sich von 3 auf 10. VPN2 senkte ihren Wert von 12 auf 10. VPN3 konnte ihre Werte von 17 auf 10 senken. Die heterogenen Werte vor der Intervention glichen sich nach der Intervention auf denselben Wert von 10 an.

Die Analyse mit dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied ($V = 3.5$, $p = 1.00$). Das Auftreten mehrerer Ties (identische Werte zwischen Prä- und Post-Messung) könnten die Aussagekraft des Tests beeinträchtigt haben.

Weder die Werte des *BDI-2*, *PHQ-9* oder *BSI-53-DEP* zeigen eine signifikante Veränderung der depressiven Symptomatik auf Gruppenebene. Die durchschnittlichen Veränderungen waren gering und heterogen. Auf individueller Ebene zeigten sich sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen.

Schlussfolgernd wird die Nullhypothese (H_0 3.1) nicht abgelehnt. Es konnte keine signifikante Veränderung der selbstberichteten depressiven Symptomatik auf Gruppenebene nachgewiesen werden.

Fragestellung 4: Lebensqualität

Hypothese 4 untersucht, ob die durchschnittliche selbstberichtete Lebensqualität nach der Gruppentherapie veränderte. Um die Übergeordnete Fragestellung zu beantworten, wurden

Prä- und Post-Werte der Teilnehmenden aus dem *WHOQOL-BREF* Fragebogen deskriptiv und inferenzstatistisch analysiert.

Tabelle 7

Ergebnisse des WHOQOL-BREF

Skala	Prä				Post			
	VPN1	VPN2	VPN3	<i>M (SD)</i>	VPN1	VPN2	VPN3	<i>M (SD)</i>
Physisches - Wohlbefinden	75.00	50.00	50.00	58.33 (14.43)	71.43	71.43	42.86	61.91 (16.49)
Psychisches - Wohlbefinden	66.70	37.50	33.30	45.83 (18.19)	53.17	45.83	33.33	44.11 (10.03)
Soziale - Beziehungen	50.00	25.00	58.33	44.44 (17.35)	16.67	50.00	83.33	50.00 (33.33)
Umwelt	37.50	43.75	46.88	42.71 (4.78)	12.50	50.00	40.63	34.38 (19.52)
Lebensqualität	3.00	3.00	2.00	2.67 (0.58)	1.00	4.00	3.00	2.67 (1.53)
Gesundheit	3.00	3.00	2.00	2.67 (0.58)	3.00	4.00	2.00	3.00 (1.00)

Anmerkung. 0 = niedrigste Lebensqualität, 100 = höchste Lebensqualität

Die deskriptive Analyse (Tabelle 7) der *WHOQOL-BREF*-Daten umfasst die vier Domänen der Lebensqualität (physische Gesundheit, psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und Umwelt) sowie die zwei Globalwerte (Lebensqualität und Gesundheit).

Physische Gesundheit. Auf Gruppenebene zeigte sich nach der Intervention ein leichter Anstieg. Individuell betrachtet verschlechterte sich VPN1, während VPN2 eine Verbesserung verzeichnete und VPN3 einen Rückgang erlebte.

Psychische Gesundheit. Der Gruppenmittelwert blieb nahezu unverändert. VPN1 zeigte eine Abnahme, VPN2 eine Verbesserung, während sich die Werte von VPN3 kaum veränderten.

Soziale Gesundheit. Insgesamt stieg der Wert für soziale Beziehungen an. Dabei verschlechterte sich VPN1 deutlich, während VPN2 und VPN3 eine Zunahme zeigten.

Umwelt. Diese Domäne zeigte auf Gruppenebene eine Abnahme nach der Intervention. Während VPN1 einen starken Rückgang erlebte, stiegen die Werte für VPN2 leicht an, während VPN3 ebenfalls eine Reduktion zeigte.

Lebensqualität & Gesundheit. Die durchschnittliche Lebensqualität blieb insgesamt konstant, jedoch mit einer höheren individuellen Streuung nach der Intervention. VPN1 zeigte eine Verschlechterung, während sich VPN2 und VPN3 verbesserten. Ähnlich blieb die durchschnittliche Gesundheitseinschätzung stabil, mit einer leichten Verbesserung bei VPN2, während VPN1 und VPN3 unverändert blieben.

Die individuellen Entwicklungen der Teilnehmenden waren insgesamt heterogen. VPN1 zeigte über mehrere Domänen hinweg eine Verschlechterung, insbesondere in der sozialen Gesundheit und Umwelt-Domäne. VPN2 verzeichnete in den meisten Bereichen eine Verbesserung, insbesondere in der physischen Gesundheit, sozialen Gesundheit und allgemeinen Lebensqualität. VPN3 zeigte insgesamt stabile Werte mit leichten Verbesserungen in der sozialen Gesundheit, jedoch auch Rückgänge in der physischen Gesundheit und Umwelt-Domäne.

Der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den durchschnittlichen Prä- und Post-Werten in den Domänen physischer Gesundheit ($V = 3, p = 1$), psychischer Gesundheit ($V = 3, p = 1$), soziale Gesundheit ($V = 3, p = 1$), Umwelt ($V = 4.5, p = 0.5862$), sowie den Globalwerten: Lebensqualität ($V = 3, p = 1$) und Gesundheit ($V = 0, p = 0.317$).

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse auf Gruppenebene keine signifikante Veränderung in der selbstberichteten Lebensqualität. Auf Einzelfallebene sind hingegen leichte, moderate und starke Veränderungen in den verschiedenen Domänen der Lebensqualität erkennbar. Die Ergebnisse variieren sowohl zwischen den Domänen als auch zwischen den Versuchspersonen erheblich. Die Nullhypothese (H_0 4.1), dass sich zwischen den Messzeitpunkten keine signifikante Veränderung der Lebensqualität auf Gruppenebene zeigt, konnte nicht verworfen werden.

Fragestellung 5: Emotionsregulation

Fragestellung 5 bezieht sich auf die Veränderung in der selbstberichteten Präferenz für adaptive Strategien der Emotionsregulation bei den Teilnehmenden. Es wurden Prä- und Post-Werte der Teilnehmenden aus *ERQ*-Fragebogen analysiert. Es wurden deskriptive Statistiken als auch inferenzstatistische Tests angewendet.

Die deskriptiven Ergebnisse zeigen, wie stark die Strategien der kognitiven Neubewertung und der expressiven Unterdrückung vor und nach der Intervention von den Teilnehmenden genutzt wurden. Die Werte der Skalen (Tabelle 8) werden auf Gruppenebene sowie Einzelfallebene berichtet.

Tabelle 8*Ergebnisse des Emotional Regulations Questionairs*

Skala	Prä				Post			
	VPN1	VPN2	VPN3	<i>M (SD)</i>	VPN1	VPN2	VPN3	<i>M (SD)</i>
Neubewertung	4.33	4.50	4.17	4.33 (0.17)	3.17	3.33	4.67	3.72 (0.82)
Unterdrückung	5.25	4.5	2	3.92 (1.70)	3.75	3.5	3.5	3.68 (0.14)

Anmerkung. 0 = niedrigste Präferenz, 7 = höchste Präferenz

Kognitive Neubewertung

Wie Tabelle 8 zeigt, sank der Gruppenmittelwert für kognitive Neubewertung nach der Intervention ab. Individuell zeigten sich unterschiedliche Entwicklungen: Während VPN1 und VPN2 eine Abnahme verzeichneten, erhöhte VPN3 ihren Wert.

Der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ergab keine signifikante Veränderung zwischen den Messzeitpunkten ($V = 5, p = 0.4227$).

Expressive Unterdrückung

Auch die Werte für expressive Unterdrückung zeigten auf Gruppenebene einen Rückgang. VPN1 und VPN2 reduzierten ihre Werte, während VPN3 – analog zur kognitiven Neubewertung – eine Zunahme aufwies. Ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Prä- und Post-Werten ($V = 3.5, p = 1$).

Die Ergebnisse zeigen, dass weder die Strategie der kognitive Neubewertung noch die der expressiven Unterdrückung signifikante Veränderungen auf Gruppenebene aufwiesen. Daher kann die Nullhypothese (H_0 5.1) nicht verworfen werden.

Fragestellung 6: Angstsymptome

Um die Fragestellung 6, nach Veränderungen in den selbstberichteten Angstsymptomen, zu beantworten, wurden Daten aus dem *GAD-7* und *BSI-53-ANX* analysiert. Als Grundlage für die Beantwortung wurden deskriptive und inferenzstatistische Analyse verwendet.

GAD 7

Wie Tabelle 9 zeigt, sank der durchschnittliche GAD-7-Wert nach der Intervention von einer moderaten auf eine leichte Ausprägung. Die individuellen Entwicklungen fielen unterschiedlich aus: Während VPN1 eine leichte Zunahme der Symptome berichtete, zeigten

VPN2 und VPN3 eine deutliche Reduktion, wobei sich alle Teilnehmenden nach der Intervention im leichten Bereich bewegten.

Tabelle 9

Ergebnisse des GAD-7

Versuchsperson	Prä	Post	Differenz
VPN1	5	7	(+) 2
VPN2	15	8	(-) 7
VPN3	11	8	(-) 3
<i>M (SD)</i>	10.33 (5.03)	7.67 (0.58)	(-) 2.67 (4.51)

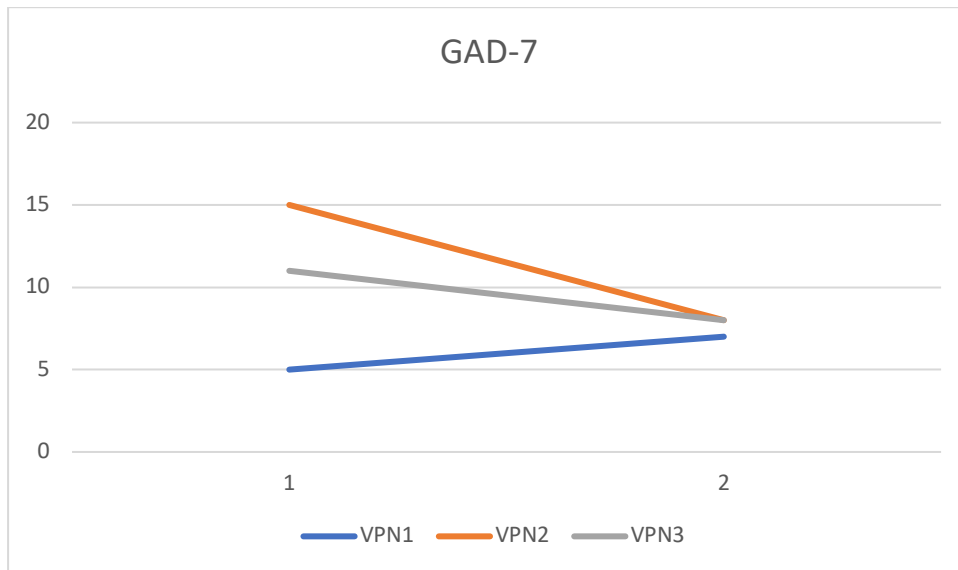
Anmerkung. Schweregrad: 0 - 4 = minimal, 5 - 9 mild, 10 - 14 moderat, 15 - 21 = schwer

Die individuellen Veränderungen fielen sehr unterschiedlich aus. VPN1 berichtete eine Zunahme von Symptomen von 5 (leicht) auf 7 (leicht). Eine Reduktion von 15 (schwer) auf 8 (leicht) wurde von VPN2 berichtet. Gleichmaßen hat VPN3 ihre Werte von 11(moderat) auf 8 (leicht) reduziert. Abbildung 6 veranschaulicht ebenfalls, dass sich die Teilnehmenden nach der Intervention in ihren Werten angeglichen haben.

Ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ergab keine signifikante Veränderung der Angstsymptome auf Gruppenebene ($V = 5, p = .50$).

Abbildung 6

Ergebnisse des GAD-7



Anmerkung. Schweregrad: 0 - 4 = minimal, 5 - 9 mild, 10 - 14 moderat, 15 - 21 = schwer

BSI-53- ANX

Wie Tabelle 10 (S. 59) zeigt, sank die durchschnittliche selbstberichtete Ängstlichkeit nach der Gruppentherapie leicht von 9 ($SD = 5.29$) auf 8 ($SD = 3.61$). Die individuellen Entwicklungen waren analog zu den bereits berichteten Ergebnissen des *GAD-7* (vgl. S. 47) erneut heterogen, mit sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen.

Ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ergab keine statistisch signifikante Veränderung zwischen den Messzeitpunkten ($V = 5, p = 0.4142$).

Die Fragestellung, ob es zwischen den Messzeitpunkten zu einer Veränderung in den selbstberichteten Angstsymptomen der Teilnehmenden kam, kann auf Gruppenebene nicht bejaht werden, da keine signifikanten Veränderungen in den Variablen festgestellt wurden. Auf Einzelfallebene zeigten sich jedoch individuelle Unterschiede, mit sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen. Basierend auf den dargestellten Ergebnissen wird die Nullhypothese (H_0 6.1) nicht verworfen.

BSI-53

Die Ergebnisse des *BSI-53* sind in Tabelle 10 dargestellt. Die Ergebnisse der entsprechenden Skalen wurden für die Fragestellungen 3 (Depressivität) und 6 (Angstsymptome) verwendet. Neben den analysierten Skalen wurden auch die übrigen BSI-

53-Skalen berichtet. Es zeigten sich keine signifikanten Veränderungen in den übrigen Skalen. Die vollständigen Ergebnisse finden sich in Anhang E.

Tabelle 10

Ergebnisse des BSI-53

Skala	Prä				Post			
	VPN1	VPN2	VPN3	<i>M (SD)</i>	VPN1	VPN2	VPN3	<i>M (SD)</i>
Somatisierung	3	5	6	4.67 (1.53)	8	7	3	6.00 (2.65)
Zwanghaftigkeit	2	1	1	11.33 (9.5)	3	8	7	12.67 (4.51)
Unsicherheit im Sozialkontakt	3	4	12	6.33 (4.93)	8	7	5	6.67 (1.53)
Depressivität	3	2	17	10.67 (7.09)	10	10	10	10.00 (0)
Ängstlichkeit	3	11	13	9.00 (5.29)	4	9	11	8.00 (3.61)
Aggressivität/ Feindseligkeit	0	3	9	4.00 (4.58)	1	6	3	3.33 (2.52)
Phobische Angst	1	4	7	4.00 (3.00)	9	5	9	7.67 (2.31)
Paranoides Denken	7	8	12	9.00 (2.65)	12	5	3	6.67 (4.73)
Psychotizismus	0	13	10	7.67 (6.81)	9	6	7	7.33 (1.53)
Global-Severity-Index (<i>GSI</i>)	52	67	77	65.33 (12.58)	67	66	67	66.67 (0.58)
Positive-Symptom-Distress-Index (<i>PSDI</i>)	1.39	1.77	2.73	1.96 (0.69)	2.20	1.31	1.95	1.82 (0.46)
Positive-Symptom-Total (<i>PST</i>)	18	43	44	35 (14.73)	35	52	38	41.67 (9.07)

Anmerkung. Eine detaillierte Beschreibung der Veränderungen finden sich in Anhang E.

5. Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Pilotstudie zum *Impact-Techniken* in der Psychotherapie im Kontext bestehender Forschung interpretiert, mögliche Erklärungen für die Befunde diskutiert sowie methodische Einschränkungen und praktische Implikationen aufgezeigt. Abschließend werden Ansätze für zukünftige Forschung skizziert.

Einführung

Die vorliegende Studie untersucht eine verhaltenstherapeutische Gruppenintervention für depressive Studierende, die gezielt durch Impact-Techniken gemäß dem Ansatz der *Impact-Therapy* (Jacobs & Schimmel, 2012) ergänzt wurde.

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Im Fokus standen zwei zentrale Aspekte: Erstens *die Machbarkeit und Akzeptanz* dieses kombinierten Ansatzes. Zweitens *die Exploration der Veränderung zwischen den Messzeitpunkten* im Hinblick auf die psychischen Kernvariablen: Depressivität, Lebensqualität, Emotionsregulation und Angstsymptome.

Machbarkeit und Akzeptanz. Die Implementierung der Impact Techniken in das bestehende Manual erwies sich, wie in Kapitel 3 beschrieben, als machbar. Grundgebend dafür ist, dass kaum strukturelle Anpassungen notwendig waren, keine Probleme bei der Durchführung auftraten und die Anwendung ökonomisch und wirtschaftlich tragbar blieb (vgl. Kapitel 3, S. 42-44).

Darüber hinaus wurde die Akzeptanz der modifizierten Intervention, durch die in Kapitel 3 berichteten Ergebnisse bestätigt. Die modifizierte Intervention wurde in den Evaluations-Fragebögen (ZUF-8, Fragebogen zur Gruppentherapie) durchweg positiv bewertet. Die Impact-Techniken haben den Teilnehmenden gut gefallen, wurden als hilfreich empfunden und blieben gut in Erinnerung (vgl. Fragebogen zu den Impact-Techniken).

Die Bewertungen zeigen, dass die meisten Impact-Techniken von den Teilnehmenden akzeptiert wurden. Techniken wie die *Postkarte* und die *Eisenbahn* wurden besonders positiv bewertet und sowohl als hilfreich empfunden als auch gut in Erinnerung behalten. Auch die *Waage* und der *Bindfaden* erreichten positive Bewertungen. Einige Techniken, wie *Murmeln im Becher* oder *Position of Power*, erzielten niedrigere Bewertungen, blieben dennoch innerhalb eines neutralen Bereichs. Qualitative Rückmeldungen heben die Nützlichkeit und Attraktivität vieler Techniken hervor. Insgesamt sprechen die Daten für eine hohe Akzeptanz der Impact-Techniken in der Gruppentherapie.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Implementierung der Impact-Techniken in eine verhaltenstherapeutische Gruppenintervention erfolgreich gelang, gut durchführbar war und von den Teilnehmenden positiv aufgenommen wurde. Somit wurde die Machbarkeit und Akzeptanz der Intervention in dieser Studie bestätigt.

Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten. Da es sich in der vorliegenden Studie um ein Prä-Post-Design ohne Kontrollgruppe handelt, können keine kausalen Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit der Intervention gezogen werden. Stattdessen wurden Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten explorativ betrachtet, um erste Hinweise auf mögliche Effekte und individuelle Entwicklungsmuster zu erhalten. Bei der Analyse der psychischen Kernvariablen (Depressivität, Lebensqualität, Emotionsregulation und Angstsymptome) konnten auf Gruppenebene keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden. Dieses Ergebnis zeigte sich konsistent über alle Konstrukte und entsprechende Messinstrumente hinweg.

Auf individueller Ebene waren die Veränderungen sehr heterogen. Die Teilnehmenden zeigten positive und negative Veränderungen sowie stabile Werte über die Zeit. Die fehlende Kontrollgruppe bedeutet, dass beobachtete Veränderungen nicht eindeutig auf die Intervention zurückgeführt werden können. Externe Faktoren wie Spontanremission, soziale Unterstützung oder individuelle Maßnahmen außerhalb der Gruppentherapie könnten ebenfalls einen Einfluss auf die erhobenen Daten gehabt haben.

Interpretation der Ergebnisse im Forschungskontext

Die hohe Akzeptanz der verwendeten Impact-Techniken steht im Einklang mit bisherigen Befunden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie ($M = 27$, $SD = 2.65$) stimmen mit denen einer multizentrischen Meta-Analyse ($N = 53.177$) überein, in der ein vergleichbarer durchschnittlicher ZUF-Summenwert von 27 ($SD = 4.01$) berichtet wurde (Kriz et al., 2006, S. 75).

Eine Studie von Schilling et al. (2023) untersuchte ebenfalls eine neuartigen Gruppentherapie und nutzte für die Evaluation denselben Fragebogen zur Gruppentherapie. Die Bewertungen von Schilling et al. (2023) für den Fragebogen zur Gruppentherapie ($M = 7.78$, $SD = 2.06$) gleichen den Ergebnissen in dieser Pilotstudie ($M = 7.33$, $SD = 1.69$).

Das verwendete Gruppentherapie-Manual *Depressionen im Alter* von Hautzinger (2016) wurde in mehreren kontrollierten Studien evaluiert und führte mit Effektstärken zwischen $d = 0.84$ und $d = 1.08$ zu signifikanten Verbesserungen der Depressionswerte (Hautzinger, 2016, S. 146). Die positiven Effekte zeigten sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting, wobei insbesondere in einer randomisierten, kontrollierten Therapiestudie (RCT,

Hautzinger & Welz, 2004) langfristige Verbesserungen nachgewiesen wurden ($d = 0.97$ nach sechs Monaten). In dieser Studie wurde eine jüngere Zielgruppe als in den Validierungsstudien des Manuals von Hautzinger (2016), untersucht, wodurch die direkte Vergleichbarkeit eingeschränkt ist. Ebenso waren die Stichprobengröße mit bis zu 7 Gruppenteilnehmenden in den Validierungsstudien doppelt so groß wie in dieser Studie. In der vorliegenden Studie wurde jedoch keine Randomisierung durchgeführt, sodass individuelle Unterschiede zwischen den Teilnehmenden die Ergebnisse beeinflusst haben könnten. Eine randomisierte, kontrollierte Studie wäre erforderlich, um Selektionseffekte auszuschließen und systematisch zu untersuchen, ob die beobachteten Veränderungen tatsächlich auf die Intervention zurückzuführen sind. Dennoch widerspricht das fehlende signifikante Absinken der Depressionswerte auf Gruppenebene in dieser Studie der bestehenden Evidenz zur Wirksamkeit des verwendeten Manuals.

Heterogen individuelle Veränderungen

Die *Depressivitäts- und Angstsymptommaße* (BDI-2, PHQ-9, BSI-53-DEP, GAD-7) der Teilnehmenden zeigten Prä-Intervention eine höhere Streuung als bei der Post-Messung. Demnach haben sich die Teilnehmenden nach der Intervention in ihren Werten angenähert. Diese Angleichung basiert auf den heterogenen individuellen Veränderungen der Teilnehmenden. Während manche Teilnehmende eine Symptomreduktion erfuhren, blieben die Werte anderer stabil oder verschlechterten sich sogar. Die unterschiedliche Entwicklung könnte unter anderem durch individuelle Therapieerwartungen, persönliche Lebensereignisse oder externe Einflussfaktoren beeinflusst worden sein.

Zudem ist nicht auszuschließen, dass die beobachteten Veränderungen teilweise auf eine Regression-zur-Mitte zurückzuführen sind. Extremere Ausgangswerte neigen statistisch dazu, sich über Zeit an den Mittelwert der Population anzunähern, unabhängig von einer Intervention (Springer, 2024). Exemplarisch dafür sind VPN1 im *PHQ-9*, VPN 2 im *GAD*, VPN 3 im *BDI-2*, als auch VPN 1 und VPN 2 im *ERQ* (vgl. Kapitel 4, S. 39 ff). Dabei stellt die „wahre Mitte“ eine hypothetische mittlere Ausprägung depressiver Symptome dar, wie sie in einer durchschnittlichen Vergleichsstichprobe erwartet würde. Eine spezifische Analyse zur Kontrolle dieses Effekts wurde nicht durchgeführt, wäre aber in zukünftigen Studien sinnvoll.

Eine weitere Erklärung für die heterogene Veränderungen in den Daten könnte natürliche Schwankungen in der Symptomatik der Teilnehmenden sein, welche durch den episodischen Charakter depressiver Störungen nicht auszuschließen sind (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2022).

Bei der Analyse der Daten zur *Wahl der Strategien der Emotionsregulation* (ERQ), ergaben sich erneut heterogene Entwicklungen. Während zwei Personen in beiden Strategien nach der Intervention niedrigere Werte berichteten, wies eine Person hingegen höhere Werte in beiden Strategien auf. In der Validierungsstudie (Abler & Kessler, 2009) des *ERQ lag* der durchschnittliche Wert für Neubewertung (adaptive Strategie) für eine gesunde Stichprobe ($N = 167$) bei 4.15 und somit zwischen den Werten in dieser Studie (Prä: 4.33, Post: 3.72). Der durchschnittliche Wert für expressive Unterdrückung (maladaptive Strategie) lag in der Validierungsstudie mit 3.18 deutlich niedriger verglichen mit der vorliegenden Studie. (Prä: 3.92, Post: 3.68). Dies veranschaulicht, dass die Teilnehmenden dieser Studie im Vergleich mit einer gesunden Stichprobe durchaus eine Tendenz zu einer maladaptiven Emotionsregulation zeigten.

Die Lebensqualitätswerte (*WHOQOL-BREF*) der Teilnehmenden zeigen ebenfalls Verbesserungen, Verschlechterungen und keine Veränderungen in den verschiedenen Dimensionen, welche jedoch auf Gruppenebene nicht signifikant ausfielen. Eine Studie von Studlar & Vlasak (2024) zeigte, dass sich durch Psychotherapie signifikante Verbesserung in den Subskalen des WHOQOL-BREF ergeben können. Diese Annahme wird durch eine Meta-Analyse (Schliehe, 2009) unterstützt, welche eine signifikante positive Wirkung stationärer Psychotherapie auf alle vier Dimensionen der Lebensqualität berichtet.

Laut der Meta-Analyse von Barkowski et al. (2016) ist Gruppentherapie ebenso wirksam bei der Symptomreduktion von Depressiven Störungen, wie Einzeltherapie. Trotzdem können sich Faktoren wie Gruppenkohäsion, individuelle Beteiligung oder Wertekompatibilität innerhalb von Psychotherapiegruppen auf den individuellen Therapieerfolg auswirken (Strauß & Mattke, 2012, S. 66). So kann es zu heterogenen Entwicklungen, wie denen in dieser Studie beobachteten, kommen.

Des Weiteren könnten externe Einflüsse zu den heterogenen Veränderungen der Teilnehmenden geführt haben. Denkbar hierfür sind Stressoren im Leben der Teilnehmenden, wie Wohnortwechsel, private Krisen oder Belastungen durch das Studium die Wirkung der Intervention überlagern oder modifizieren. Es gilt zu beachten, dass die Post-Messung in den Zeitraum der Prüfungsphase gefallen ist und somit eine Belastung durch die Vorbereitung auf etwaige Prüfungen denkbar ist.

Die Stichprobe zeigte bereits in den Ausgangswerten eine hohe Variabilität in den Werten, wodurch die individuellen Veränderungsmuster teilweise erklärbar wären und einheitliche Veränderungen über alle Teilnehmenden unwahrscheinlicher waren.

Auch die individuelle Motivation und Therapieerwartungen könnten eine Rolle gespielt haben. Studien zeigen, dass positive Therapieerwartungen signifikant mit Therapieerfolg korrelieren (Edwards & Fehm, 2023). Falls Teilnehmende bereits zu Beginn skeptisch oder wenig engagiert gewesen sind, könnte dies den Therapieerfolg der Intervention beeinflusst haben.

Methodische Limitationen

Ein Zentrale Limitation der Studie ist die geringe Stichprobengröße ($n = 3$). Kleine Stichproben führen zu einer reduzierten statistischen Power, wodurch mögliche Effekte nicht verlässlich detektiert werden können (Rasch, 2006). Der verwendete Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ist zwar für kleine Stichproben geeignet, jedoch ist er anfällig für das Vorhandensein von Nulldifferenzen (Ties), die in der Analyse an mehreren Stellen auftraten und die Aussagekraft weiter einschränkten. Ebenfalls führte die Heterogenität in den Daten dazu, dass die Mittelwerte der Gruppe die tatsächlichen individuellen Veränderungen in den gemessenen Konstrukten nicht ausreichend widerspiegeln. Die Kleine Stichprobe führte im Weiteren dazu, dass wenn Teilnehmende verhindert waren für diesen Tag unvollständige Daten bei der anschließenden Evaluation zur Verfügung standen.

Ein weiterer limitierender Faktor ist das Fehlen einer Kontrollgruppe im Untersuchungsdesign. Dadurch bleibt es unklar, ob die individuelle Veränderung tatsächlich auf die Intervention zurückzuführen ist, oder andere Faktoren sie erklären. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass die Intervention nicht ausreichend intensiv oder langfristig war und signifikante Veränderungen auf Gruppenebene zu bewirken.

Die Messmethoden basieren ausschließlich auf Selbstberichtsfragebögen. Die verwendeten Instrumente sind zwar etabliert, validiert und geeignet, dennoch anfällig für Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit oder subjektive Fehlwahrnehmungen.

Demzufolge war Datenerhebung zu den Konstrukten ausschließlich quantitativ. Vor dem Hintergrund der heterogenen Entwicklungen der Teilnehmenden ist das Fehlen von qualitativen Daten anzuführen. Diese könnten in diesem Fall ein tieferer Einblick in die individuellen Veränderungsprozesse ermöglichen.

Die Datenerhebung fand kurzfristig vor und nach der Intervention statt. Somit bleiben Langfristige Effekte der Intervention auf Depression, Lebensqualität, Emotionsregulationsfähigkeit und Angstsymptomen unklar.

Als Pilotstudie ist das verwendete Forschungsdesign trotz der bisher genannten Limitationen gerechtfertigt, da es die Machbarkeit, Akzeptanz und potenzielle Wirkungen der Intervention in einem kleineren und ökonomischeren Rahmen prüft. Pilotstudien liefern

wertvolle Anhaltspunkte für die Planung künftiger kontrollierter Studien, indem sie erste Veränderungen berichten und methodische Anpassungen aufzeigen.

Implikationen für zukünftige Forschung und Praxis

Diese Pilotstudie liefert konkrete Anhaltspunkte für weiterführende Forschung. Zukünftige Studien sollten ein Studiendesign mit einer Kontrollgruppe integrieren, um Kausalzusammenhänge zu klären und unspezifische Therapieeffekte auszuschließen. Zudem könnten Follow-Up-Messungen über längere Zeiträume helfen, die Stabilität der Effekte besser einzuschätzen. Eine Kombination quantitativer und qualitativer Methoden, wie Interviews oder Tagebuchstudien, könnte individuelle Veränderungsprozesse genauer erfassen. Besonders interessant wäre zudem ein direkter Vergleich der modifizierten Intervention mit dem ursprünglichen Manual, um mögliche Unterschiede hinsichtlich Effektivität und Akzeptanz zu untersuchen. Zusätzlich wäre es sinnvoll, moderierende Faktoren wie Gruppenkohäsion, individuelle Therapieerwartungen oder externe Belastungen systematisch zu erfassen, um die Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg besser zu verstehen.

Fazit

Die Implementierung der Impact-Techniken erwies sich als machbar und umsetzbar. Die Teilnehmenden bewerteten die Intervention insgesamt positiv, und die Impact-Techniken wurden von den Teilnehmenden akzeptiert.

Zusammenfassend konnte auf Gruppenebene keine signifikanten Veränderungen respektive Verbesserungen in den Variablen: Depressivität, Emotionsregulation, Lebensqualität und Angstsymptomatik beobachtet werden. Individuelle Unterschiede legen jedoch nahe, dass die Intervention für einige Teilnehmende dennoch in gewissen Bereichen hilfreich war, während sie für andere weniger hilfreich erschien. Die fehlende Kontrollgruppe und die kleine Stichprobe erschweren dennoch eine eindeutige Interpretation der Ergebnisse.

Trotz den erwähnten Limitationen liefert die Studie wertvolle Hinweise für zukünftige Forschung. Größere Stichproben, Kontrollgruppen und längere Messzeiträume sind essenziell, um die Wirksamkeit der Intervention genauer zu untersuchen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Impact-Techniken potenziell nützliche Elemente in der Verhaltenstherapie sein könnten – allerdings unter differenzierter Berücksichtigung individueller Faktoren.

6. Literaturverzeichnis

- Abler, B., & Kessler, H. (2009). *Emotion Regulation Questionnaire – Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross und John*. PsychArchives. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.402>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4. ed., 2. print.). American Psychiatric Assoc.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR*. American Psychiatric Association Publishing. <https://books.google.at/books?id=PIGizgEACAAJ>
- Angermeyer, C. (2000). WHOQoL-100 und WHOQoL-bref. *Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität*.
- Angermeyer, C., Gunzelmann, T., Brähler, E., & Kilian, R. (2002). Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREFM. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 11, 44–48.
- Asendorpf, J., & Caspar, F. (2021). *Angst im Dorsch Lexikon der Psychologie*. Dorsch Lexikon der Psychologie. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/angst>
- Barkowski, S., Schwartze, D., Burlingame, G., Strauß, B., & Rosendahl, J. (2016). Wie wirksam ist Gruppenpsychotherapie im Vergleich zur Einzelpsychotherapie?

- Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 52(2), 142–155.
<https://doi.org/10.13109/grup.2016.52.2.142>
- Barnow, S., Aldinger, M., Ulrich, I., & Stopsack, M. (2013). Emotionsregulation bei Depression. *Psychologische Rundschau*, 64(4). <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000172>
- Beaulieu, D. (2006). Impact techniques: Applying our knowledge of human memory systems to psychotherapy. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 9(4), 23–29.
- Brown, C., Schulberg, H. C., Madonia, M. J., Shear, M. K., & Houck, P. R. (1996). Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 153(10), 1293–1300.
<https://doi.org/10.1176/ajp.153.10.1293>
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2022). *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2*. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000505>
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (2019). *Depressionsbericht Österreich: Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e4c2a83e-3116-4296-972e-23cb1510bdfa/depressionsbericht.pdf>
- Cuijpers, P., Quero, S., Noma, H., Ciharova, M., Miguel, C., Karyotaki, E., Cipriani, A., Cristea, I. A., & Furukawa, T. A. (2021). Psychotherapies for depression: A network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(2), 283–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20860>
- Derogatis, L. R. (2011). *Brief Symptom Inventory*. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/t00789-000>

- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (2025, Januar 10). *Impact Therapy/Techniken—DGVT Fort- und Weiterbildung*. <https://www.dgvt-fortbildung.de/seminarliste/impact-therapy/techniken>
- Edwards, L., & Fehm, L. (2023). Positive und negative Therapieerwartungen sagen Therapieerfolg vorher. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 52(2). <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1026/1616-3443/a000706>
- First, M. B., Beesdo-Baum, K., Zaudig, M., & Wittchen, H. U. (2019). *SCID-5-CV Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen – Klinische Version*. Hogrefe. <https://books.google.at/books?id=ZGPsxQEACAAJ>
- Frei, A., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., & Eich-Höchli, D. (2004). Auswirkungen von depressiven Störungen auf objektive Lebensqualitätsbereiche. *Psychiatrische Praxis*, 31(6), 298–303. <https://doi.org/10.1055/s-2003-814822>
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., & Von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48(1), 28–36. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.48.1.28>
- Geschwind, D. H., & Flint, J. (2015). Genetics and genomics of psychiatric disease. *Science (New York, N.Y.)*, 349(6255), 1489–1494. <https://doi.org/10.1126/science.aaa8954>
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. *Diagnostica*, 50(4), 171–181. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.50.4.171>
- Gräßer, M., & Hovermann, E. (2019). *Ressourcenübungen für Erwachsene: 60 Bildkarten und 20-seitiges Booklet*. Beltz.
- Gross, J. J. (Hrsg.). (2014). *Handbook of emotion regulation (2nd ed.)*. The Guilford Press.

- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Hautzinger, M. (2016). *Depression im Alter* (2. Auflage). Beltz Verlag. <https://www.beltz.de/fachmedien/psychologie/produkte/details/30258-depression-im-alter.html>
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2009). *Beck Depressions-Inventar.- Manual: BDI II* (Rev., 2. Aufl.). Pearson Assessment. <https://ubdata.univie.ac.at/AC13647572>
- Hautzinger, M., & Welz, S. (2004). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter: Ergebnisse einer kontrollierten Vergleichsstudie unter ambulanten Bedingungen an Depressionen mittleren Schweregrads. [Cognitive behavioral therapy for depressed older outpatients--A controlled, randomized trial.]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37(6), 427–435. <https://doi.org/10.1007/s00391-004-0262-x>
- Humer, E., Schaffler, Y., Jesser, A., Probst, T., & Pieh, C. (2022). Mental health in the Austrian general population during COVID-19: Cross-sectional study on the association with sociodemographic factors. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 943303. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.943303>
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 304–319. <https://doi.org/10.1002/mpr.1439>
- Jacobs, E. E., & Schimmel, C. J. (2012). *Impact Therapy: The Courage to Counsel*. Impact Therapy Associates. <https://books.google.at/books?id=ogQjmAEACAAJ>

- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301–1334. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Johnstone, M. (2009). *Mein schwarzer Hund: Wie ich meine Depression an die Leine legte*. Kunstmann.
- Klimont, J., & Baldaszi, E. (2015). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptegebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. STATISTIK AUSTRIA. https://www.statistik.at/fileadmin/publications/OEsterreichische_Gesundheitsbefragung_2014.pdf
- Köhler, C. A., Evangelou, E., Stubbs, B., Solmi, M., Veronese, N., Belbasis, L., Bortolato, B., Melo, M. C. A., Coelho, C. A., Fernandes, B. S., Olfson, M., Ioannidis, J. P. A., & Carvalho, A. F. (2018). Mapping risk factors for depression across the lifespan: An umbrella review of evidence from meta-analyses and Mendelian randomization studies. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 189–207. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.020>
- Kriz, D., Schmidt, J., & Nübling, R. (2006). Zufriedenheit von Angehörigen mit der Versorgung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Entwicklung des Screening-Fragebogens ZUF-A-7. *Pflege*, 19(2), 88–96. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.19.2.88>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613.
- Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., Loza, J. K., Carpenter, J. S., & Tu, W. (2010). The Association of Depression and Pain with Health-Related Quality of Life, Disability,

- and Health Care Use in Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(3), 327–341. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.023>
- Löwe, B. P., & Spitzer, R. L. (2002). *PHQ-D: Gesundheitsfragebogen Für Patienten*. Pfizer GmbH.
- Moore, S. A., Zoellner, L. A., & Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 993–1000. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.001>
- Nezlek, J. B., & Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality*, 76(3), 561–580. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00496.x>
- Nübling, R., & Schmidt, J. (2002). ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 392–396).
- Qualtrics. (2020). *Qualtrics XM* (Version 2/2024) [Software]. Qualtrics. <https://www.qualtrics.com>
- Rasch, B. (2006). *Quantitative Methoden. 1* (2., erw. Aufl.). Springer.
- Reitter, H. S., Mües, H. M., Maidhof, R., Mewes, R., & Nater, U. M. (2022). Stress und psychische Gesundheit bei Studierenden in Österreich. *Psychologie in Österreich*, 4 & 5, 382–391.
- Renneberg, B., & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 29–33). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-47632-0_4
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>

- Schilling, T. M., Klein, J. F., Aschenbrenner, S., Drengner, A., Randerath, J., & Weisbrod, M. (2023). Durchführbarkeit und Ergebnisse einer psychotherapeutischen Gruppentherapie für Patienten mit Fatigue sowie emotionalen und kognitiven Störungen in Folge einer COVID-19-Erkrankung. *Nervenheilkunde*, 42(5), 263–272. <https://doi.org/10.1055/a-1989-0926>
- Schliehe, F. (2009). Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48(03), 127–127. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1220926>
- Shabani, A., Masoumian, S., Zamirinejad, S., Hejri, M., Pirmorad, T., & Yaghmaeezadeh, H. (2021). Psychometric properties of Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV). *Brain and Behavior*, 11(5), e01894. <https://doi.org/10.1002/brb3.1894>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097.
- Springer. (2024). *Regression zur Mitte | Lehrbuch Psychologie*. Lehrbuch Psychologie. <https://www.lehrbuch-psychologie.springernature.com/glossar/regression-zur-mitte-1#>
- Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). (2010). Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Strauß, B., & Mattke, D. (Hrsg.). (2012). *Gruppenpsychotherapie*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-03497-8>
- Studlar, G., & Vlasak, T. (2024). Auswirkungen gesundheitsbezogener Lebensqualität für Menschen mit Angststörungen durch Zusatz von Massagetherapie bei bereits implementierter Psychotherapie. *SFU Forschungsbulletin*, 1–15. <https://doi.org/10.15135/2024.12.2.1-15>

- Techniker Krankenkasse. (2023). *TK-Gesundheits-re-port 2023—Wie geht's Deutschlands Studie-ren-den?* Techniker Krankenkasse.
<https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesundheitsstudien/tk-gesundheitsreport-2023-2149758?tkcm=aaus>
- Trinkler, C., Strauß, B., & Gumz, A. (2022). Affektive Störungen | Berücksichtigung von Komorbiditäten in der Wirksamkeitsforschung zu Depressionsbehandlungen – ein narratives Review | springermedizin.de. *Die Psychotherapie*, 2/2023.
<https://www.springermedizin.de/affektive-stoerungen/affektive-stoerungen/beruecksichtigung-von-komorbidaeten-in-der-wirksamkeitsforschu/23854946>
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2(1), 2–12. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0500-0>
- Widmann, V. (2014, Juli 2). Vorurteile: Studenten sind faul, eingebildet und dumm. Oder nicht? *Die Zeit*. <https://www.zeit.de/studium/uni-leben/2014-07/vorurteile-studenten-google>
- Wiegand, H. (2022). Psychotherapie bei unipolarer Depression. *InFo Neurologie + Psychiatrie*, 24(2), 11–11. <https://doi.org/10.1007/s15005-022-2251-2>
- Wintjen, L., & Petermann, F. (2010). Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI–II). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(3), 243–245.
<https://doi.org/10.1024/1661-4747.a000033>
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, Jürgen. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Wittchen, H.-U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63 Suppl 8, 24–34.

- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates* (S. 24 p.). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/254610>
- World Health Organization. (2022). *International classification of diseases (11th revision)*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>
- Zullino, D. F., Hättenschwile, J., & Höck, P. (2004). Depressionen und Angststörungen. *ARS MEDICI*, 05/2004.

7. Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1 Wie gut hat Ihnen die Impact-Technik gefallen?</i>	35
<i>Abbildung 2 Wie hilfreich fanden Sie die Impact-Technik, um ein tieferes Verständnis zu erlangen?</i>	36
<i>Abbildung 3 Inwiefern ist Ihnen die Impact-Technik in Erinnerung geblieben?</i>	37
<i>Abbildung 4 Ergebnisse des BDI-2</i>	39
<i>Abbildung 5 Ergebnisse des PHQ-9</i>	41
<i>Abbildung 6 Ergebnisse des GAD-7</i>	46
<i>Abbildung 7 Murmelbahn</i>	69
<i>Abbildung 8 Eisenbahn</i>	70
<i>Abbildung 9 GAS-Postkarte</i>	71
<i>Abbildung 10 Murmeln im Becherglas</i>	72
<i>Abbildung 11 Bindfaden</i>	73
<i>Abbildung 12 Wasserbecher</i>	74
<i>Abbildung 13 Ressourcen Waage</i>	75
<i>Abbildung 14 Sonnenbrille</i>	76
<i>Abbildung 15 Rosa Elefant</i>	77
<i>Abbildung 16 Postkarten</i>	78
<i>Abbildung 17 Notfallkoffer</i>	79

8. Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1 Soziodemographische Merkmale der Teilnehmenden (N=3)</i>	19
<i>Tabelle 2 Übersicht der Sitzungen samt Inhalt und Impact-Techniken</i>	21
<i>Tabelle 3 Ergebnisse des ZUF-8</i>	32
<i>Tabelle 4 Evaluation der Gruppenintervention durch die Teilnehmenden</i>	33
<i>Tabelle 5 Ergebnisse des BDI-II</i>	39
<i>Tabelle 6 Ergebnisse des PHQ-9</i>	40
<i>Tabelle 7 Ergebnisse des WHOQOL-BREF</i>	42
<i>Tabelle 8 Ergebnisse des Emotional Regulations Questionairs (ERQ)</i>	44
<i>Tabelle 9 Ergebnisse des GAD-7</i>	45
<i>Tabelle 10 Ergebnisse des BSI-53</i>	47

9. Abkürzungsverzeichnis

BÄK	<i>Bundesärztekammer</i>
BDI-2	<i>Beck-Depressions-Inventar, Revision</i>
BSI-53	<i>Brief Symptom Inventory 53</i>
DSM-5	<i>Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 5. Auflage</i>
ERQ.....	<i>Emotional Regulation Questionnaire</i>
GAD-7.....	<i>Generalized Anxiety Disorder 7-item scale</i>
ICD-11	<i>internationale Klassifikation der Krankheiten, 11. Revision</i>
KVT	<i>kognitive Verhaltenstherapie</i>
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
SCID-5-CV	<i>strukturiertes klinisches Interview für DSM-5®-Störungen – Klinische Version</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization Quality of Life-Bref</i>
ZUF-8.....	<i>Fragebogen zur Patientenzufriedenheit</i>

10. Anhang

Anhang A

Abstract Deutsch

Hintergrund: Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit und treten insbesondere bei Studierenden überdurchschnittlich häufig auf. Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) gilt als etablierter und wirksamer Ansatz zur Behandlung depressiver Störungen. Dennoch besteht weiterhin Bedarf an innovativen Methoden zur Optimierung psychotherapeutischer Interventionen. Impact-Therapy stellt eine vielversprechende Ergänzung bestehender Therapieansätze dar, indem sie multisensorische, emotionale und symbolische Elemente durch den Einsatz sogenannter Impact-Techniken integriert, um therapeutische Inhalte einprägsamer zu vermitteln. Bisher fehlen jedoch empirische Studien zur systematischen Evaluation dieses Ansatzes.

Methode: Diese Machbarkeitsstudie untersuchte die Implementierung von Impact-Techniken in ein standardisiertes verhaltenstherapeutisches Gruppentherapiemanual bei einer studentischen Stichprobe mit depressiver Symptomatik. Ziel war es, die Machbarkeit und Akzeptanz der kombinierten Intervention zu bewerten sowie erste Hinweise auf deren Wirksamkeit zu explorieren. Die Gruppentherapie-Intervention erstreckte sich über sechs Wochen mit zwei Sitzungen pro Woche und basierte auf einem etablierten Manual für depressive Störungen, welches gezielt durch Impact-Techniken ergänzt wurde. Die psychischen Kernvariablen Depressivität, Angst, Emotionsregulation und Lebensqualität wurden mittels standardisierter Selbstberichtsfragebögen zu zwei Messzeitpunkten (Prä/Post) erfasst. Veränderungen wurden mithilfe des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests analysiert. Zusätzlich wurde die Akzeptanz der Intervention sowie der Einsatz der Impact-Techniken durch Evaluationsfragebögen nach der Intervention erhoben.

Ergebnisse: Die Implementierung der Impact-Techniken erwies sich als machbar, da kaum strukturelle Anpassungen erforderlich waren. Die Teilnehmenden bewerteten die Intervention insgesamt positiv, und die Impact-Techniken wurden als hilfreich und Erinnerungswürdig beschrieben. Hinsichtlich der Wirksamkeit ergaben sich auf Gruppenebene keine signifikanten Veränderungen in den psychischen Kernvariablen, jedoch zeigten sich individuelle Unterschiede in den Verläufen.

Schlussfolgerung: Impact-Techniken konnten erfolgreich in die verhaltenstherapeutische Gruppentherapie integriert werden und wurden von den Teilnehmenden akzeptiert. Die Wirksamkeit bleibt aufgrund der heterogenen individuellen

Veränderungen und fehlender signifikanter Gruppeneffekte unklar. Die geringe Stichprobengröße ($n = 3$) und das Fehlen einer Kontrollgruppe schränken die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein. Weitere Studien mit größeren Stichproben, Follow-up-Messungen und kontrollierten Designs sind notwendig, um die Effektivität der Intervention fundierter zu bewerten.

Abstract Englisch

Background: Depressive disorders are among the most common mental illnesses worldwide and occur disproportionately frequently among university students. Cognitive behavioral therapy (CBT) is an established and effective approach to treating depressive disorders. However, there is a need for innovative methods to optimize psychotherapeutic interventions. Impact-therapy represents a promising addition to existing therapeutic approaches by integrating multisensory, emotional, and symbolic elements through the use of so called impact techniques to enhance the memorability of therapeutic content. To date, no systematic empirical evaluation of this approach has been conducted.

Method: This feasibility study examined the implementation of impact-techniques in a standardized behavioral therapy group manual in a student sample with depressive symptoms. The aim was to assess the feasibility and acceptance of the combined intervention and to explore initial indications of its effectiveness. The group therapy intervention lasted six weeks with two sessions per week and was based on an established manual for depressive disorders, which was specifically complemented with impact techniques. The core psychological variables depression, anxiety, emotional regulation, and quality of life were assessed using standardized self-report questionnaires at two measurement points (pre/post). Changes were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test. Additionally, acceptance of the intervention and the use of impact techniques were assessed through evaluation questionnaires after the intervention.

Results: The implementation of impact techniques proved to be feasible, as only minor structural adjustments were necessary. Participants rated the intervention positively, and impact techniques were described as helpful and memorable. Regarding effectiveness, no significant changes in the psychological core variables were found at the group level; however, individual differences in progress were observed.

Conclusion: The findings suggest that impact techniques can be successfully integrated into behavioral group therapy and are well accepted by participants. However, due to heterogeneous individual changes, no significant effects on psychological core variables were found at the group level, leaving the effectiveness of the intervention unclear. The findings indicate that impact techniques may be a potentially useful addition to cognitive behavioral therapy. However, due to the small sample size ($n = 3$) and the absence of a control group, the results are only limitedly generalizable. Future research should include larger samples, follow-up assessments, and controlled research designs to examine the effectiveness of the intervention in more detail.

Anhang B

Impact Techniken

In diesem Abschnitt werden die verwendeten Impact-Techniken vorgestellt und beschrieben. Sie sind chronologisch entsprechend dem Einsatz in den Sitzungen geordnet.

Murmelbahn

Die Murmelbahn-Technik (Abbildung 7) schließt sich thematisch an die Depressionsspirale des Manuals an. Die Depressionsspirale und die Murmelbahn sollen verdeutlichen, wie depressive Stimmung und negative Tätigkeiten, sowie das Fehlen positiver Aktivitäten zu einer Verschlechterung der Symptome führen können. Die Stimmung der Teilnehmenden ist repräsentiert durch die Murmel, welche automatisch die Murmelbahn herunterrollt. Dies soll einerseits die Tendenz der Verschlechterung der Symptome hervorheben. Die Murmelbahn besteht aus verschiedenfarbigen Segmenten, welche jeweils die im Manual genannten Schritte der Depressionsspirale symbolisieren. Bei der Anwendung wurde ein Teilnehmer gebeten den Ball Stück für Stück abwärts rollen zu lassen. Parallel las die Therapeutin die Schritte laut vor.

Im Umkehrschluss steht die Murmelbahn ebenso für die Aufwärtsspirale, welche im Anschluss behandelt wurde. Verdeutlicht wird hierbei, dass es möglich ist die Murmel (Stimmung) wieder nach oben zu befördern. Dies benötigt jedoch Energie. Hierbei wird analog Die Schritte der Aufwärtsspirale vorgelesen und ein Teilnehmer gebeten die Murmel Stück für Stück nach oben zu schubsen.

Abbildung 7

Murmelbahn



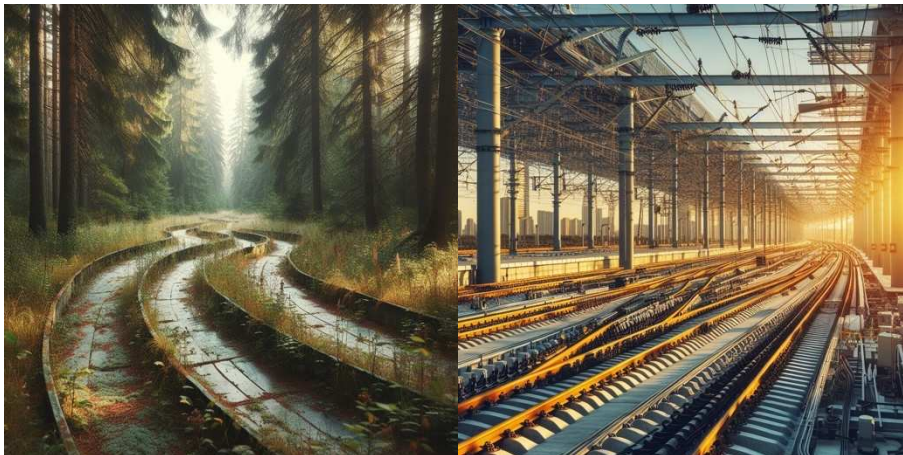
Anmerkung. Sitzung 1

Eisenbahn

Die Eisenbahn-Metapher steht für die Plastizität des Gehirns und zielt drauf ab, zu verdeutlichen, dass mit der Zeit Muster und Gewohnheiten zu einer Stärkung oder Schwächung von Strukturen und Denkweisen führen können. Hierfür wurden zwei Bilder von Gleisen gezeigt. Auf dem einen Bild ist ein alter stillgelegter Abschnitt zu sehen, welcher von der Natur überwuchert ist und kaum noch zu befahren ist. Auf dem anderen Bild zeigt sich ein moderner Gleisabschnitt mit vielen parallellaufenden Schiene mit Oberleitungen, welcher leicht zu befahren ist. Dieser Kontrast soll den Teilnehmenden dabei helfen zu verstehen, dass es mit Gewohnheiten einerseits zu den Verstärkungen von Mustern kommt, gleichzeitig aber auch die Muster, die man nicht so oft tut, verschlechtert. Ebenso soll die Möglichkeit der Veränderung vom einen zum anderen und umgekehrt verdeutlicht werden.

Abbildung 8

Eisenbahn



Anmerkung. Sitzung 1, Sitzung

Position of Power

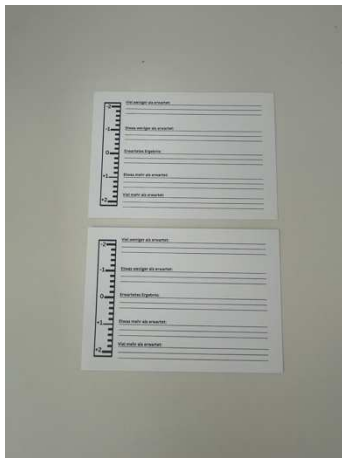
Die Position of Power (Gräßer & Hovermann, 2019) ist eine ressourcenorientierte Übung zur Stärkung des Selbstbewusstseins und zur Aktivierung innerer Ressourcen. Die Teilnehmenden werden angeleitet, eine kraftvolle Körperhaltung einzunehmen, um ein Gefühl von Stärke und Kontrolle zu fördern. Anschließend visualisieren sie eine positive Erfahrung aus der Vergangenheit, die mit Selbstsicherheit und Erfolg verbunden ist. Abschließend wird diese Ressource durch gezielte Verankerungstechniken gefestigt, um sie in zukünftigen herausfordernden Situationen leichter abrufen zu können.

Impact GAS Postkarten

Die GAS-Postkarten basieren auf dem Ansatz der Goal Attainment Scale . Dieser Ansatz wurde entwickelt, um den Fortschritt von Patienten im Bezug auf zuvor festgelegt individuelle Ziele zu messen. Die Postkarten ermöglichen auf der Rückseite, ein individuelles Ziel für die Gruppentherapie zu definieren. Auf der Vorderseite kann im Anschluss der Grad der Zielerreichung auf einer Skala mit den fünf Abstufungen -2 (viel weniger als erwartet), -1 (etwas weniger als erwartet), 0 (erwartetes Ergebnis), 1 (etwas mehr als erwartet), und 2 (viel mehr als erwartet). Um die Skala erfahrbarer zu machen, wurde ein Lineal mit den entsprechenden Werten eingefügt. Dies ermöglicht es, die Ziele genau zu quantifizieren und im Anschluss an die Therapie die Zielerreichung gut einzuschätzen. Für die Gruppentherapie wurden den Teilnehmenden jeweils 3 Postkarten ausgeteilt und die Ziele definiert und quantifiziert. In der letzten Einheit wurde die Ziel-Eichung anhand der GAS für jedes Ziel bestimmt.

Abbildung 9

GAS-Postkarte



Anmerkung. Sitzung 2, Sitzung 12

Murmeln in Becherglas

Die Becher-Technik reiht sich in das Themengebiet der Angenehmen Tätigkeiten im Manual ein. Die Teilnehmenden bekommen ein verschließbares Becherglas mit Deckel für zuhause und eine Tüte mit bunten Murmeln. Die Murmeln stehen für angenehme Aktivitäten, die es im Allgemeinen zu steigern gilt. Die Instruktion ist, jeden Abend zu überlegen welche und wie viele angenehme Tätigkeiten man am jeweiligen Tag erlebt hat. Für jede angenehme Tätigkeit legt man eine Murmel in das Glas. Über den Zeitraum der Gruppentherapie füllt sich das Glas mit Murmeln. Am Ende der Therapie wird das Glas wieder mitgebracht und besprochen wie viele Murmeln im Glas gelandet sind.

Abbildung 10

Murmeln im Becherglas



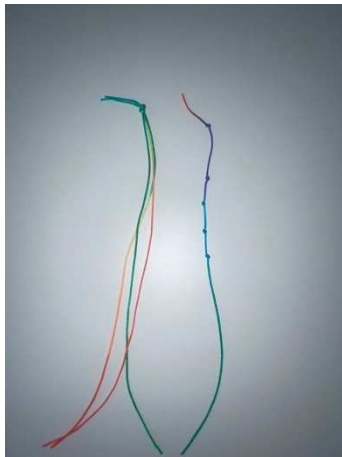
Anmerkung. Sitzung 3, Sitzung 10

Bindfaden

Die Bindfaden-Technik verfolgt das Ziel den Teilnehmenden bei der Implementierung der Murmel mit Becher Übung zu unterstützen. In den Faden können über den Tag verteilt kleinen Knoten gemacht werden, jedes Mal, wenn eine positive Aktivität erlebt wird. Für die folgende Woche bekommen sie 7 Bindfäden einen für jeden Tag. Der Bindfaden kann am Schlüsselbund oder Rucksack befestigt werden und ist so immer griffbereit. Angedacht, ist das am Ende des Tages die Anzahl der Knoten in Form von Murmeln ins Glas gelegt werden. Diese Übung zielt ebenfalls darauf das Bewusstsein und das Vergegenwärtigen für das Erleben von positiven Aktivitäten im Alltag zu fördern.

Abbildung 11

Bindfaden



Anmerkung. Sitzung 3

Wasserbecher

Die Wasserbecher-Technik ergänzt den Sitzungsteil zu den Gründen für schlechte Stimmung. Im Manual werden 4 Gründe für schlechte Stimmung genannt: „(1) Zu viele Pflichten, (2) zu wenig Sorgfalt bei der Auswahl angenehmer Tätigkeiten, (3) Einschneidende Änderungen der Lebenssituation, (4) das Gefühl von Anspannung, Angst und Unsicherheit (Hautzinger, 2000, S. 59).“ Es stehen ein großer durchsichtiger Plastikbecher und 4 kleinere Wassergläser auf dem Tisch. Die 4 Gläser Wasser stehen für die 4 Gründe für schlechte Stimmung. Der Plastikbecher steht für die Lebenssituation und die Kapazität der Person die Gründe zu bewältigen. Die Therapeutin liest die einzelnen Gründe vor und findet im Dialog mit den Teilnehmenden Beispiele für die einzelnen Punkte. Nach jedem Punkt wird ein Glas mit Wasser in den Plastikbecher geschüttet. Der Becher füllt sich mit jedem Punkt und wird mit dem Wasser aus dem letzten Glas überlaufen. Dies verdeutlicht den Teilnehmenden, dass ihre Kapazität für die 4 Gründe nicht endlos ist, sondern eine klare Grenze hat. Es wird verdeutlicht, dass es sinnvoll ist die Gründe zu reduzieren oder zu eliminieren, um den Becher nicht überlaufen zu lassen.

Abbildung 12

Wasserbecher



Anmerkung. Sitzung 4

Ressourcen Waage

Die Ressourcen Waage soll die Gewichtung von Pflichten (Typ-A) und angenehmen Aktivitäten (Typ-B) veranschaulichen. Die Waage hat zwei Teller, welche nach und nach mit Steinchen befüllt werden. Es gibt helle Steine für die angenehmen Aktivitäten und dunkle Steine für die Pflichten. Die Therapeutin geht mit einer Person einen Tagesablauf durch. Hierbei wurde das Tagesprotokoll verwendet. Die Person legt die Steine auf die Waage und diese zeigt an in welchem Verhältnis Pflichten und angenehme Tätigkeiten an diesem Tag stehen. Zu erwarten wäre eine stärkere Gewichtung von Pflichten gegenüber den angenehmen Tätigkeiten. Nun wird überlegt, wie die Waage ins Gleichgewicht gebracht werden kann. Entweder es werden Pflichten entfernt oder mehr angenehme Aktivitäten hinzugefügt. Dies kann den Teilnehmenden die Veränderbarkeit im Alltag aufzeigen und die beiden Handlungsoptionen veranschaulichen.

Abbildung 13

Ressourcen Waage



Anmerkung. Sitzung 4

Sonnenbrille

Die Sonnenbrillen Technik dient dazu, den Teilnehmenden den Einfluss von Gedanken auf die Stimmung zu verdeutlichen. Die Sonnenbrille steht für den pessimistischen, depressiven Blick auf die Welt. Es soll verdeutlicht werden, dass der Blick auf die Welt und die Gedanken verändert werden können, wenn man die Brille abnimmt. Somit können sich die Stimmung durch einen anderen Blick verändern. Es soll den Teilnehmenden dabei helfen, sich ihren negativen Gedanken bewusst zu werden und gleichzeitig helfen neue, hilfreiche Perspektiven zu imaginieren und zu gewinnen.

Abbildung 14

Sonnenbrille



Anmerkung. Sitzung 5

Rosa Elefant

Die rosa Elefant Technik soll den Automatischen Charakter von Gedanken aufzeigen. Die Therapeutin sagt: „Denken sie nicht an einen rosa Elefanten.“. Im Anschluss wird besprochen, ob die Teilnehmenden an einen rosa Elefanten gedacht haben. Diese Technik kann die Herausforderungen um den Umgang mit Gedanken verdeutlichen. Beispielsweise kann es auf negative Gedanken bezogen werden, welche man oft bewusst vermeiden möchte, jedoch trotzdem oft automatisch wiederkommen.

Abbildung 15

Rosa Elefant



Anmerkung. Sitzung 6

Schwarzer Hund

Diese Technik ist die Geschichte aus dem Buch *Mein schwarzer Hund: wie ich meine Depression an die Leine legte* (Johnstone, 2009). Dieses Buch ist ein Erfahrungsbericht des Autors mit seiner Depression. Es besteht aus Illustrationen eines schwarzen Hundes in verschiedenen alltäglichen Situationen. Der Schwarze Hund symbolisiert die Depression, die er metaphorisch an die Leine legt, um somit die Kontrolle über seine psychische Gesundheit wiederzuerlangen. Es beinhaltet kurze Texte zu jeder Illustration, welche das Verständnis für depressive Erkrankungen fördert und praktische Ratschläge zur Selbsthilfe bietet. Das Buch wurde als Slideshow präsentiert und mit einer Audiospur eines Sprechers den Teilnehmenden präsentiert. Die Teilnehmenden lernen einerseits, dass Erkennen und die Akzeptanz von Depressionen, sowie die Erkenntnis, dass viele Menschen von dieser Krankheit betroffen sind. Zudem wird mit den Teilnehmenden besprochen, welche Passage besonders mit ihnen persönlich rasoniert hat.

Impact Postkarte

Die Teilnehmenden konnten aus einer großen Auswahl an Postkarten zwei Motive auswählen, die für sie persönlich von besonderer Bedeutung waren oder emotionalen Anklang fanden. Anschließend reflektierten sie die Bedeutung der gewählten Karten im Hinblick auf ihre aktuelle Lebenssituation und therapeutische Ziele.

Abbildung 16*Postkarten*

Anmerkung. Sitzung 12

Notfallkoffer

Der Notfallkoffer ist eine kleine Erste-Hilfe-Tasche, die in der letzten Sitzung an die Teilnehmenden ausgegeben wird. Er bietet Platz für den persönlichen Notfallplan, die GAS-Zielpostkarten sowie die während der Intervention ausgewählten Postkarten. Zusätzlich können die Teilnehmenden individuelle Gegenstände hinzufügen, die ihnen in schwierigen Situationen Halt geben. Der Notfallkoffer dient als unterstützendes Instrument zur Krisenvorbereitung und zur Planung von Bewältigungsstrategien in herausfordernden Momenten.

Abbildung 17

Notfallkoffer



Anmerkung. Sitzung 12

Anhang C

Fragebogen zur Gruppentherapie

Anschließend finden sich die qualitativen Antworten der Teilnehmenden auf die Items des Fragebogens zur Gruppentherapie.

Frage 1: Welche Punkte an der Gruppe haben Ihnen besonders gefallen und/oder waren besonders hilfreich?

„Begleitung bei der Rückkehr meiner fundamentalen geistigen Fähigkeiten.“ (VPN1)

„Coole Aufgaben.“ (VPN2)

„Der Punkt, dass wenn man positive Dinge erlebt, die Stimmung besser wird.“ (VPN3)

Frage 2: Wie gut ist es Ihnen gelungen, die besprochenen Inhalte in den Alltag umzusetzen? Wo waren Hindernisse und Schwierigkeiten?

„Gut. Schwierigkeiten und Hindernisse an der Unregelmäßigkeit der Einkünfte. Studium ist mir viel besser gelungen als sonst. Therapie zu einem guten Zeitpunkt.“ (VPN1)

„Ich versuche, mehr positive Erlebnisse in meinen Alltag einzubauen, damit ich mich besser fühle im Allgemeinen. Das Glas mit den Perlen hilft sehr, mich an diese Erlebnisse zu erinnern.“ (VPN3)

Frage 3: Welche Punkte waren weniger hilfreich für Sie bzw. worauf hätten Sie verzichten können?

„Mehr Teilnehmer:innen wären toll gewesen.“ (VPN1)

Frage 4: Welche Punkte an der Gruppe sind aus Ihrer Sicht noch verbesserungswürdig?

„Die Ideen und Aufgaben fand ich sehr cool, aber ich glaube, dass die immer noch cooler werden können.“ (VPN2)

„Marketing.“ (VPN1)

„Sehr viele ‚Hausaufgaben‘ – ich habe zum Teil die Übersicht verloren. Manche Aufgaben wie das tägliche Stimmungsprotokoll waren sehr gut, um zu dokumentieren, wie die Stimmung sich über die Zeit ändert. Aber andere Sachen, wie das Protokoll, das öfters am Tag ausgefüllt werden sollte, um Tätigkeiten zu notieren, war etwas überfordernd.“ (VPN3)

Anhang D

Feedback zu IMPACT-Techniken

Murmelbahn

VPN1: „Direkt ist es mir nicht klar, welche Auswirkungen einzelne Elemente haben oder haben werden.“

VPN2: „War ein gutes Beispiel, was man sich gut vorstellen kann.“

VPN3: „Hat die ‚Spirale‘ der Depression sehr gut dargestellt.“

Eisenbahn

VPN1: „Gut Ding braucht Weile.“

VPN3: „Ist eine gute Art, den ganzen Prozess als etwas Visuelles zu zeigen.“

Position of Power

VPN3: „Spricht mich nicht so sehr an.“

GAS-Postkarte

VPN1: „Aktive Reflexion von Themen, welche mir nicht immer vor Augen befindlich sind.“

VPN2: „Man könnte dadurch sich besser kennenlernen.“

VPN3: „Die Ziele zu formulieren war kompliziert, ansonsten war es interessant zu sehen, wie das Ergebnis nach ein paar Wochen aussah.“

Murmeln im Becherglas

VPN1: „Zu so vielen Dingen komm ich nicht ganz allein. Mehr soziale Interaktion bezüglich dieser Aufgabe wäre noch cool.“

VPN3: „Sehr gute visuelle Erinnerung an positive Erlebnisse, hat mir geholfen, meine Stimmung etwas zu verbessern.“

Bindfaden

VPN1: „So weit bin ich noch nicht gekommen, das anzuwenden.“

VPN3: „Dasselbe wie die Perlen, jedoch habe ich die Fäden nicht oft gebraucht, da ich hauptsächlich das Glas mit den Perlen benutzt habe.“

Wasserbecher

VPN1: „Metaphern bleiben hängen.“

VPN3: „Gute Darstellung dafür, wenn ‚das Fass überläuft‘.“

Ressourcenwaage

VPN1: „Unterbewusst scheine ich das gut verinnerlicht zu haben mit der Balance.“

VPN3: „Die Größe der Steine für die jeweilige Tätigkeit war etwas schwer einzuschätzen.“

Sonnenbrille

VPN1: „Das versteh ich nicht.“

VPN3: „Tat ein bisschen weh, auf eine neue Brille zu schreiben, aber es war eine interessante Übung.“

Rosa Elefant

VPN1: „Psychological warfare.“

Schwarzer Hund

VPN1: „Selbsterfüllende Prophezeiungen. Wer hat die Macht?“

Postkarte

VPN1: „Selbsterfüllende Prophezeiungen. Wer hat die Macht?“

VPN3: „War eine gute Idee, alles zusammenzufassen und immer die Möglichkeit zu haben, die Karte wieder anzuschauen und sich zu erinnern.“

Notfallkoffer

VPN1: „Hab ich immer bei mir.“

VPN3: „Ich habe andere Gegenstände ebenfalls in die Tasche gegeben für Notfälle, ich hoffe, ich werde es nicht zu oft gebrauchen :).“

Anhang E

BSI-53

Der Global Severity Index (GSI), der die allgemeine psychische Belastung misst, stieg nach der Intervention im Durchschnitt minimal von ursprünglich 65.33 ($SD = 12.58$) auf 66.67 ($SD = 0.58$). Individuell erhöhte sich der Wert von Versuchsperson 1 von 52 auf 67. Versuchsperson 2 blieb mit einem Wert von 66 vor und 67 nach der Intervention nahezu unverändert. Versuchsperson 3 konnte den Wert von 77 auf 67 reduzieren. Ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test wurde durchgeführt, um die Veränderung des Global Severity Index (GSI) zwischen Prä- und Post-Werten zu untersuchen. Die Analyse ergab keine statistisch signifikante Veränderung ($V = 3, p = 1.00$). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Intervention auf Gruppenebene keine konsistente Veränderung der allgemeinen psychischen Belastung bewirkte.

Die Anzahl positiver Symptome (PST) gibt Aufschluss über die Breite der wahrgenommenen Belastung und nahm auf Gruppenebene nach der Intervention von 35 ($SD = 14.73$) auf 41.67 ($SD = 9.07$) zu. Im Einzelfall zeigte sich für Versuchsperson 1 eine Zunahme von 18 positiven Symptomen auf 35. Ebenso erhöhte sich die Anzahl für Versuchsperson 2 von 43 Symptomen auf 52. Lediglich Person 3 konnte ihre Symptomzahl von 44 auf 38 senken.

Die durchschnittliche Intensität der belastenden Symptome wird im Positive Symptom Distress Index (PSDI) wiedergespiegelt, welcher sich auf Gruppenebene nach der Gruppentherapie von 1.96 ($SD = 0.69$) auf 1.82 ($SD = 0.46$) senkte. Versuchsperson 1 erhöhte sich von 1.39 auf 2.2. Versuchsperson 2 reduzierte sich von 1.77 auf 1.31 und Versuchsperson 3 von 2.73 auf 1.95.

Folgend werden die Ergebnisse der 9 Hauptskalen des BSI-53 auf Gruppenebene berichtet. Die Individuellen Veränderungen sind in Tabelle 1 zu finden.

Die Somatisierungsskala spiegelt die Wahrnehmung körperlicher Beschwerden ab. Sie änderte sich von 4.67 ($SD = 1.53$) auf 6 ($SD = 2.65$).

Symptome die Zwanghaftigkeit betreffen erhöhten sich im Schnitt von 11.3 ($SD = 9.5$) auf 12.67 ($SD = 4.51$).

Unsicherheit im Sozialkontakt stieg minimal von 6.33 ($SD = 4.93$) auf 6.67 ($SD = 1.53$). Der Skalenwert für Depressivität reduzierte sich leicht von 10.76 ($SD = 7.09$) auf einheitliche 10 ($SD = 0$).

Die Teilnehmenden berichteten eine Ängstlichkeit von 9 ($SD = 5.29$) vor und 8 ($SD = 3.61$) nach der Gruppentherapie.

Feindselige Tendenzen reduzierten sich von 4 ($SD = 4.58$) auf 3.33 ($SD = 2.52$).

Die Stichprobe erhöhte ihre Werte für die Skala Phobische Angst von 4 ($SD = 3$) auf 7.67 ($SD = 2.31$).

Paranoides Denken reduzierte sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt von 9 ($SD = 2.65$) auf 6.67 ($SD = 4.73$).

Psychotizismus Werte gingen auf Gruppenebene leicht von 7.67 ($SD = 6.81$) auf 7.33 ($SD = 1.53$) zurück.