

Therapieeffekte mentalisierungsbasierter und psychodynamischer Gruppenpsychotherapie in einer randomisierten Tagesklinik-Studie¹

Tanja Brand, Dagmar Hecke, Christian Rietz und Ulrich Schultz-Venrath

Zusammenfassung

Bislang liegt keine Studie vor, die mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie (MBT-G) mit der weit verbreiteten psychodynamischen Gruppenpsychotherapie (PDGT) vergleicht. Ziel der randomisierten Outcome- und Prozessstudie (N = 211) ist, beide Verfahren an einem heterogenen Patientensample in einer Tagesklinik miteinander zu vergleichen. Die ersten Ergebnisse der Completer-Analysen für den Prä-Post-Zeitraum werden vorgestellt. In der Varianzanalyse finden sich große Prä-Post-Effektstärken im Symptombereich (GSI/SCL) und in den interpersonellen Beziehungen (IIP) sowie mittlere Prä-Post-Effektstärken in den Mentalisierungsinstrumenten (LEAS, MASC), jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Weitere Analysen mit abhängigen t-tests zeigen, dass im Bereich der Alexithymie (LEAS) bei der MBT-G mittlere und bei der PDGT kleine Effekte vorliegen, während in der sozialen Kognition (MASC) beide Gruppen kleine Effektstärken aufweisen. Die Ergebnisse lassen sich so interpretieren, dass MBT-G bei einem heterogenen Patientensample in der Tagesklinik der PDGT nicht überlegen ist, aber vermutlich die Mentalisierung des Selbst (im Gegensatz zur Mentalisierung des Anderen) mehr verbessert als die PDGT. Für differenziertere Interpretationen und klinische Implikationen sind weitere Analysen, insbesondere nach diagnostischen Gruppen sowie eine Moderator-Mediator-Analyse für die Mentalisierungsinstrumente notwendig.

Gruppenpsychother. Gruppendynamik 52/2016, 156-174

Schlagwörter

Gruppe – psychodynamisch – Mentalisierung – Therapieeffekte – Tagesklinik

Summary

Mentalization Based Group Therapy and Psychodynamic Group Psychotherapy in a Randomized Day Clinic Study: Therapy Effects

There is no evidence of efficacy of mentalization based group therapy (MBT-G) against widely distributed psychodynamic group therapy (PDGT). To prove if MBT-G is also a useful therapeutic concept for a heterogeneous patient group, we examined the efficacy of MBT-G

¹ Überarbeiteter Vortrag von der 3. Jahrestagung des Beirats für Wissenschaft und Forschung der D3G am 31.10.15 im Sigmund-Freud-Institut Frankfurt am Main „Zur Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie. Neue Forschungsergebnisse“.

in contrast to psychodynamic group therapy (PDGT) in a heterogeneous patient sample in a psychotherapeutic day clinic in a randomized process outcome study (N=211). The first results of completer analyses are shown. In sum in variance analysis there are high pre-post-effects in symptom reduction (GSI/SCL) and interpersonal problems (IIP), middle effects in mentalization (LEAS, MASC), but no significant differences between the groups. Further analysis with depended t-tests show in scope of alexithymia (LEAS) middle effects in MBT-G and low effects in PDGT, whereas in social cognition (MASC) both have low treatment effects. The results can be interpreted that MBT-G in a heterogeneous population of a day clinic is not superior to PDGT, but supposedly tend to a higher improvement of mentalization of self (in contrast to other) as PDGT. In next step further analysis of diagnostic groups and mediator-moderator analysis of mentalization should enable to interpret the data in a differentiated way and to get more information for clinical use.

Keywords

group – psychodynamic – mentalization – outcome – day clinic

1 Hintergrund

Psychosomatische, psychiatrische und psychotherapeutische Tageskliniken bieten gegenüber stationären Versorgungsangeboten einige therapeutische und ökonomische Vorteile: Sie eignen sich für ein breites Patientenspektrum, knüpfen an den Symptom auslösenden Alltagssituationen an, halten das soziale Umfeld aufrecht, lassen mehr Spielräume in der Nähe- und Distanzregulation und bieten eine geeignete Mischung aus Protektion und Konfrontation mit der Realität, was sich besonders bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen regressionshemmend auswirkt (Eikermann, 2010; Eikermann, Reker, Albers, 1999; Küchenhoff, 1998; Mattke, Zeeck, Strauß, 2012; Schultz-Venrath, 2011; Zeeck et al., 2009). Zudem repräsentieren psychosomatische und psychiatrische Tageskliniken Übergangsräume wie in den ersten Lebensjahren der Familie und dienen häufig als Übergangsetting von der Station über die Tagesklinik bis zur Rückkehr in Familie und Beruf (Richter u. Eikermann, 1999). In ökonomischer Hinsicht sind Tageskliniken aufgrund der niedrigeren Pflegesätze etwa 21-27 % kostengünstiger als stationäre Psychotherapie (Kallert et al., 2005; Marshall et al., 2003). Sie befinden sich seit den 1990er Jahren politisch gewollt im Aufschwung. Allein zwischen 2003 und 2007 stieg die Fallzahl um 37 % auf 120.433 Tagesplätze für psychisch und psychosomatisch Kranke.² Da weiterhin von einem Ausbau psychotherapeutischer Tageskliniken auszugehen ist, scheint es lohnend, über effektive und nachhaltig wirksame Gruppenpsychotherapiekonzepte nachzudenken.

Aufgrund der eindrucklichen RCT-Studienergebnisse von Bateman und Fonagy (1999, 2008, 2009) für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen haben

² <http://www.datppp.de/archivdownloads.html>, letzter Zugriff am 25.6.2013

wir in diesem Sinne seit 2006 in unserer Tagesklinik die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) und Gruppenpsychotherapie (MBT-G) (Schultz-Venrath, 2008, 2010, 2015) kontinuierlich durch Schulungen installiert. Während sich die Wirksamkeitsbelege von MBT bisher auf homogene Patientengruppen wie z. B. Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen beschränkten, mehren sich inzwischen die Hinweise auf eine Wirksamkeit auch bei heterogenen tagesklinischen Patientensamples (Bales u. Bateman, 2012; Gullestad, Johansen, Hoglend, Karterud, Wilberg, 2012; Gullestad, Wilberg et al., 2012; Karterud u. Bateman, 2012). Zudem ist uns keine Studie bekannt, die MBT-G mit der weit verbreiteten psychodynamischen Gruppenpsychotherapie (PDGT) vergleicht.

2 Ziele der Studie

Die Studie verfolgt Ziele auf drei Ebenen: Zunächst soll mit Blick auf die berufspolitische Situation der psychodynamischen Gruppenpsychotherapien überprüft werden, ob MBT-G gegenüber der PDGT bei einem heterogenen tagesklinischen Patientensample im Zeitraum einer Ein-Jahres-Katamnese wirksamer ist. Folgende Haupthypothesen werden getestet: MBT-G führt erstens zu einer signifikant höheren Symptomreduktion, zweitens zu einer signifikant höheren Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeiten und drittens zu einer signifikant höheren Verbesserung der interpersonalen Beziehungen als PDGT bei tagesklinischen Patienten. Über die Outcome-Forschung hinaus sollen auf der zweiten Ebene Prozessanalysen Aussagen über bestimmte Verläufe ermöglichen (s. Hecke et al. in diesem Heft). Zuletzt soll aus den mit den Patienten geführten Leitfadeninterviews ein Modell über die Wirkweise der beiden Gruppenpsychotherapien aus Patientensicht entwickelt werden.

Im Folgenden stellen wir die Ergebnisse der Haupthypothesen im Prä-Post-Vergleich mit dem Schwerpunkt auf der Patientenperspektive vor.

3 Methoden

3.1 Design und Behandlungssetting

Die prospektive kontrollierte Versorgungsstudie wurde von der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke befürwortet und ist unter DRKS00003396 im Deutschen Register Klinischer Studien registriert. Sie basiert auf einem quasi-experimentellen Messwiederholungsplan mit einer zweifach gestuften unabhängigen Variable (MBT-G, PDGT) und mehreren abhängigen Variablen (Wirkkriterien). Die Zuweisung zu den beiden Vergleichsgruppen erfolgte insofern randomisiert, dass jeder Patient derjenigen Gruppe zugewiesen wurde, in der gerade ein Platz frei geworden war. Dabei galt die Regel, dass in jeder Gruppe mindestens drei Männerplät-

ze zu besetzen sind. Die beiden Vergleichsgruppen unterschieden sich lediglich in der Art der viermal wöchentlich stattfindenden 90-minütigen Gruppenpsychotherapie. Den Hintergrund des Designs bildete die Annahme, dass der therapeutische Haupteffekt des tagesklinischen Settings von der Gruppenpsychotherapie ausgeht. In jeder der beiden heterogenen, halb-offenen und parallel stattfindenden Gruppen waren neun Patienten. Die Gruppen wurden von je zwei Therapeutinnen geleitet.

Die Behandlung fand montags bis freitags von acht bis 16 Uhr statt. Sie dauerte durchschnittlich acht bis neun Wochen, das heißt circa 36 Gruppenpsychotherapie-sitzungen. Jeder Patient erhielt insgesamt drei Stunden Einzeltherapie, einmal wöchentlich ein Bezugspflegetgespräch, zweimal wöchentlich 90 Minuten Gestaltungs-/Kunsttherapie, zweimal wöchentlich Tanz-/Körpertherapie und einmal wöchentlich Sozialtherapie. Die Sozialtherapien wurden in derselben Patientenzusammensetzung durchgeführt wie die Gruppenpsychotherapie. Vierzehntätig fand eine Chefvsite und wöchentlich eine Oberarztvsite statt. Zusätzlich wurden bei entsprechender Indikation ein Angst-Expositions-Training, Paar- und Familiengespräche, Essbegleitung sowie eine medikamentöse Behandlung angeboten. Darüber hinaus hatten die Patienten die Möglichkeit, an der Entspannung, dem Boxen oder der medizinischen Sprechstunde teilzunehmen. Zudem besuchten alle Patienten gemeinsam einen Morgen- und einen Abschlusskreis sowie das Frühstück und Mittagessen.

Die Durchführung beider Gruppen wurde an Manualen orientiert.³ Hierzu wurden die Gruppenleiterinnen, Psychologinnen und Ärztinnen in einzel- oder gruppenanalytischer Weiterbildung in einem der beiden Verfahren geschult. Jede Gruppe erhielt eine entsprechende regelmäßige Supervision.

Für die psychodynamische Gruppe wurde das Manual für psychodynamische Langzeit- und Kurzzeit-Gruppenpsychotherapien von Steinar Lorentzen (2014) adaptiert. Es basiert vor allem auf der von Foulkes und Anthony (1957) begründeten Gruppenanalyse, in der die Behandlung in und durch die Gruppe, inklusive Leiter, stattfindet. Lorentzen (2014) beschreibt acht Interventionsformen, die an Kennard, Roberts und Winter (2000) orientiert sind. Es zielt durch *ego training in action* auf die Entwicklung der Persönlichkeit, stützt sich auf die Existenz innerer Repräsentanzen von interpersonellen Beziehungen, berücksichtigt den Einfluss des Unbewussten von individuellen Prozessen und von Gruppenprozessen und versucht, die Allgegenwart psychischer Konflikte sowie die Existenz psychischer Abwehrmechanismen zu versprachlichen.

Für die mentalisierungsbasierte Gruppe wurden Karterud (2012), Karterud und Mitarbeiter (2012) sowie Karterud und Bateman (2012) adaptiert. Inzwischen ist das Manual von Karterud (2015) unter dem Titel „Mentalization Based Group Therapy (MBT-G)“ auf Englisch publiziert. MBT-G fokussiert auf die Beeinträchtigungen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Es setzt ein aktives, affektfo-

³ Beide Interventionsgruppen haben wir ausführlicher in Brand, Barzynski, Fuhrländer, Hecke und Schultz-Venrath (2013) beschrieben.

kussiertes, gelegentlich auch spielerisches Fragen ein, das über trianguläres „connecting“ (nicht der letzte Sprecher, sondern die anderen in der Gruppe werden befragt) Mentalisierung fördert.

Vergleichend lässt sich zusammenfassen, dass in der MBT-G tendenziell mehr eine Fragetechnik eingesetzt wurde, die auf Affekte und Mentalisierungsförderung zielte, während in der PDGT tendenziell häufiger deutende Interventionen eingesetzt wurden, um unbewusstes Material, insbesondere Konflikte im Hier und Jetzt bewusst zu machen und eine Veränderung der Persönlichkeit zu ermöglichen.

3.2 Stichprobe

Die Stichprobe wurde aus den Patienten gezogen, die zwischen dem 12.9.2011 und dem 31.12.2013 teilstationär in die Tagesklinik der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Evangelischen Krankenhauses Bergisch Gladbach aufgenommen und dort behandelt wurden. Als Einschlusskriterien galten eine fachärztliche Indikation und eine psychische Krankheitsdiagnose nach ICD-10 Kapitel V (F) bis auf die Diagnosegruppen F0 und F2. Weitere Ausschlusskriterien waren akute Suchterkrankungen sowie schwere kognitive und sprachliche Beeinträchtigungen. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden vor der Aufnahme in die Tagesklinik anhand des Strukturierten Klinischen Interviews nach DSM-IV (Wittchen, Zaudig, Fydrich, 1997) und je einem Test zu Sprache und Kognition (Subtests 1 und 4 des Leistungsprüfsystems von Horn, 1983) überprüft. Die fachärztliche Indikation gab über die Studienkriterien hinaus vor, dass ein Patient alleine zur Tagesklinik an- und von ihr wieder abreisen konnte, der Bodymaßindex mindestens 17.5 betrug und kein laufendes Rentenbegehren vorlag.

Die Effektstärkenkalkulation bezieht sich auf die Symptomreduktion, gemessen anhand der SCL-90-R. Als Berechnungsgrundlage für die erforderliche Stichprobengröße wurde eine Studie von Zeeck und Mitarbeitern (2009) herangezogen: Für eine Teststärke von 80 % ergibt sich eine Samplegröße von 52 Patienten pro Gruppe, um eine Mittelwertsdifferenz von 0.5 Punkten (Differenz zwischen dem Kontrollgruppenmittelwert μ_1 , = 1.0 und dem Experimentalgruppenmittelwert μ_2 , = 0.5) zu entdecken. Dies gilt unter der Annahme einer gemeinsamen Standardabweichung von 0.9 für einen zwei Gruppen t-Test mit einem zweiseitigen Signifikanzniveau von 0.05. Aufgrund von zu erwartenden hohen Drop-out-Raten im Katamnesezeitraum wurden die Daten von 220 Patienten erhoben. In die Prä-Post-Berechnungen konnten daher mehrere Patienten einbezogen werden.

220 von 226 eingeladenen Patienten erschienen zur Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien. 213 Patienten wurden eingeschlossen. Ausschlussgründe waren ein zu niedriger BMI (1 Pat.), eine psychotische Symptomatik (1), Sprachprobleme (3) sowie Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit (2). Ein eingeschlossener Patient wurde kurzfristig stationär aufgenommen, ein anderer kam in Haft. Insgesamt nahmen somit 211 eingeschlossene Patienten an der Therapie teil (s. Abb. 1).

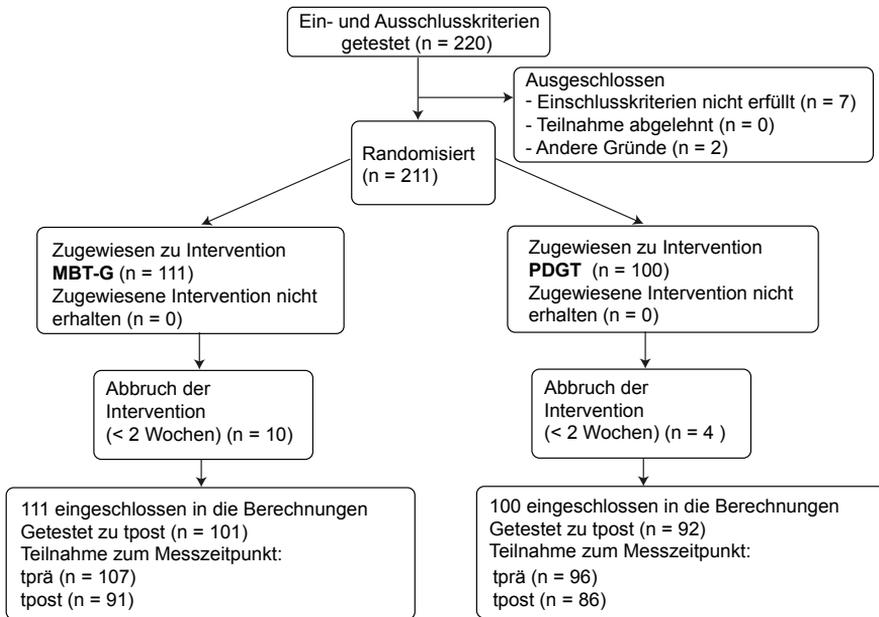


Abbildung 1: Patientenfluss

3.3 Instrumente

Die Therapiewirksamkeit wurde zu mehreren parallelisierten Messzeitpunkten (Tprä, Tzwi, Tpost, Tkat) aus den Perspektiven des Patienten, des Therapeuten und eines unabhängigen Beurteilers mit verschiedenen Methoden zur Erfassung der Symptom- und Beeinträchtigungsschwere, zur Mentalisierungsfähigkeit und zur Qualität interpersonaler Beziehungen erfasst (s. Abb. 2).

Das Hauptzielkriterium ist die Reduktion der Gesamtbeeinträchtigungsschwere (GSI/SCL-90-R) (Hypothese 1). Die sekundären Zielkriterien sind die Mentalisierungsfähigkeit (MASC, LEAS) (Hypothese 2) und die Selbstbeurteilung der interpersonellen Beziehungen (IIP-D) (Hypothese 3).

Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R) von Derogatis (Franke, 2002) wurde als Haupt-Outcome zur Berechnung der Effektstärke ausgewählt, weil sie nach Blackmore und Mitarbeitern (2009) zu den fünf am häufigsten in der internationalen Gruppenpsychotherapieforschung eingesetzten Instrumenten gehört und damit eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen anderer Studien ermöglicht.

Die Mentalisierungsfähigkeit ist aufgrund ihrer Komplexität anhand von zwei Instrumenten operationalisiert. Das Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC) von Dziobek und Mitarbeitern (2006) ist ein filmischer Test, der realitätsnah

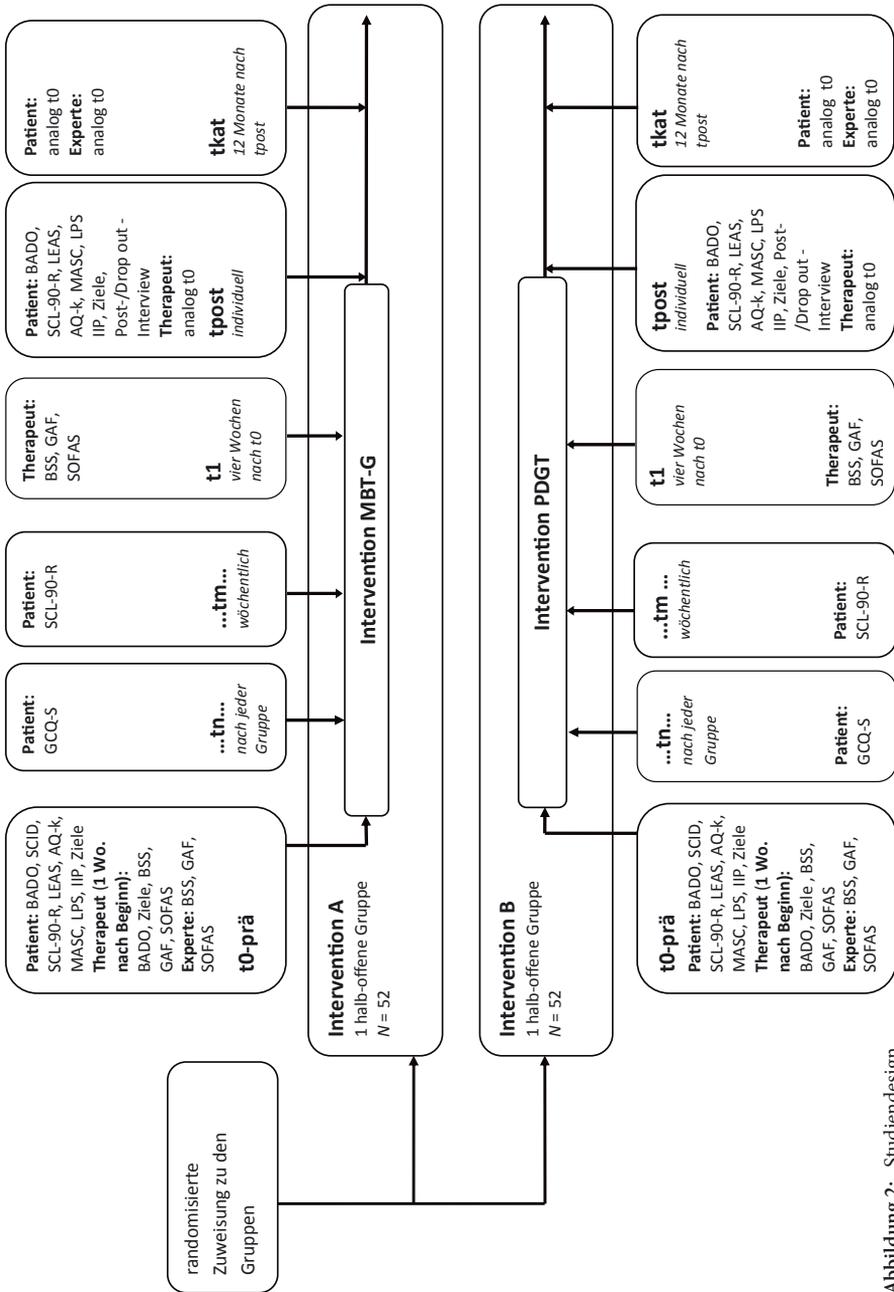


Abbildung 2: Studiendesign

soziale Kognition zu erfassen beansprucht. Die Probanden wählen nach 46 Filmsequenzen je eine von vier Multiple-Choice-Antworten zu den mentalen Zuständen der handelnden Charaktere aus. Die Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS) von Subic-Wrana, Thomas, Huber und Kohle (2001, engl. Originalversion von Lane et al., 1990) – soll Alexithymie erfassen. Anhand einer Skala wird das sprachliche Material der offenen Antworten der Probanden zu zehn Situationen geratet und damit der Grad emotionaler Bewusstheit der eigenen Gefühle und derjenigen von anderen bestimmt. Um Erinnerungseffekte zu vermeiden, wird zu Tprä die parallele Kurzversion A und zu Tpost die Kurzversion B eingesetzt.

Zur Erhebung der interpersonellen Beziehungen wird das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme in der Kurzversion (IIP-C) von Horowitz, Strauß und Kordy (2000) eingesetzt. Der Selbstbeurteilungsfragebogen gibt an, die interpersonellen Verhaltensweisen zu erfassen, die dem Probanden Probleme im Umgang mit anderen bereiten und übermäßig vorhanden sind.

3.4 Auswertung

Es wurde eine Completer-Analyse mit dem Programm IBM SPSS Statistics 23[®] durchgeführt. Für die statistischen Gruppenvergleiche wurden dem zentralen Grenzwertsatz folgend für die Signifikanztests parametrische Verfahren (v. a. Varianzanalyse) eingesetzt. Bei kleineren Teilstichproben wurden die Ergebnisse zusätzlich mit dem robusten Welch-Test abgesichert. Um die Prä-Post-Therapieeffekte für die einzelnen Outcomes für beide Versuchsgruppen differenzieren zu können, wurden anschließend t-tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Für die Effektstärken wurde bei der Varianzanalyse das partielle η^2 herangezogen; für die Ergebnisse der weiterführenden t-tests wurden Effektstärken nach Cohen's d (1988) nach der Formel $d = t \sqrt{2(1 - r)/n}$ von Dunlap, Cortina, Vaslow und Burke (1996, S. 171) berechnet.

4 Ergebnisse

Therapeutenerfahrung. In der MBT-G wurden über den Studienzeitraum insgesamt fünf und in der PDGT vier Therapeutinnen eingesetzt. Im Durchschnitt leiteten die Therapeutinnen in der MBT-G 9.2 Monate (SD = 5.02) und in der PDGT 12 Monate (SD = 8.04) die Gruppe. Dieser Unterschied ist nicht signifikant (Welch = .370, df = 4.811, p = .571). Die Therapeutenerfahrung in Monaten war zum Studieneinstieg in der MBT-G (M = 35.80, SD = 27.75) etwas niedriger als in der PDGT (M = 41.50, SD = 44.62), der Unterschied ist jedoch ebenfalls nicht signifikant (Welch = .050, df = 4.799, p = .833).

Fragebogenrücklauf. Hinsichtlich des Fragebogenrücklaufs unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant (Tprä: $\chi^2 = .023$, df = 1, p = .880; Tpost: $\chi^2 = 3.394$, df = 2, p = .183). Zum Therapiebeginn lag über beide Gruppen von 203 Patienten

(96.2 %) das Fragebogenpaket vor, zum Therapieende waren es 177 (83.9 %). Bei 174 Patienten (82.5 %) lagen sowohl das Fragebogenpaket von Tprä als auch von Tpost vor. Die genaue Anzahl der einbezogenen Fragebogen ist jeweils in Tabelle 5 angegeben.

4.1 Soziodemografische Daten

Die Gruppen unterscheiden sich in keinem der untersuchten soziodemografischen Merkmale signifikant (s. Tab. 1, folgende Seite). Über beide Gruppen sind etwa zwei Drittel der Patienten Frauen (63.5 %). Das Durchschnittsalter liegt bei 42.3 Jahren (Spanne von 18-71, SD = 12.54). 90 % sind Deutsche, 37 % sind ledig, 29.9 % verheiratet und 18 % geschieden. Mehr als die Hälfte der Patienten ist in einer festen Partnerschaft (61 %), wobei knapp ein Viertel dauerhaft ohne Partner ist. 37.0 % haben (Fach-)Abitur, 32.7 % Realschulabschluss/mittlere Reife und 23.2 % haben einen Haupt-/Vollschulabschluss. Die Hälfte der Patienten hat eine Lehre/Fachschule absolviert, 15.0 % haben einen Hochschulabschluss und 16.4 % verfügen über keinen Abschluss. Knapp ein Drittel ist Vollzeit berufstätig, 14.7 % sind in Teilzeit beschäftigt und 16.6 % sind arbeitslos gemeldet.

4.2 Klinische Daten

Therapieende (aus Therapeutensicht). In der MBT-G beendeten mit 70.3 % etwas weniger Patienten die Therapie regulär als in der PDGT mit 78.0 %, wobei sich die Gruppen hinsichtlich der Art des Therapieendes nicht signifikant unterscheiden ($\chi^2 = 3.273$, $df = 5$, $p = .658$, zweiseitig).

Therapiedauer. Die Behandlungen dauerten durchschnittlich 8.74 Wochen (SD = 4.08, Spanne 0-18) in der MBT-G und 9.52 Wochen (SD = 3.69, Spanne 0-18) in der PDGT. Die durchschnittliche Behandlungsdauer ist in der MBT-G kürzer, da zehn Patienten (9 %) weniger als zwei Wochen in der Behandlung blieben, während es in der PDGT vier Patienten (4 %) waren. Der Median liegt in beiden Gruppen bei 9.57 Wochen. Beide Gruppen unterscheiden sich daher hinsichtlich der Behandlungsdauer nicht signifikant ($t = -1.437$, $df = 209$, $p = .152$, zweiseitig).

Verteilung der Haupt-Diagnosen. Die diagnostische Untersuchung anhand des SKID durch die Experten ergab über beide Gruppen bei 55.9 % der Patienten (N = 118) eine affektive Störung, bei 38.9 % (N = 82) eine Angststörung oder somatoforme Störung und bei 3.8 % eine Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose. Die MBT-G weist mit 57.7 % einen etwas größeren Anteil an affektiven Störungen auf als die PDGT mit 54.4 %. Hingegen finden sich in der MBT-G mit 35.1 % etwas weniger Angststörungen und somatoforme Störungen als in der PDGT mit 43.0 %. Insgesamt gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Verteilung der Hauptdiagnosen (ICD-10 F-Gruppen: $\chi^2 = 4.65$ $df = 4$, $p = .325$, zweiseitig) (s. Tab 3).

Tabelle 1: Soziodemografische Daten

	Gesamt (N = 211)		MBT-G (N = 111)		PDGT (N = 100)		χ^2 (df)	Sign.
	N	%	N	%	N	%		
Geschlecht							.020	.888
weiblich	134	63.5	70	63.1	64	64.0		
männlich	77	36.5	41	36.9	36	36.0		
Alter							.179 (209)	.858
MW	42.03		42.18		41.87			
SD	12.54		12.67		12.45			
Nationalität							3.531 (3)	.317
deutsch	190	90	99	89.2	91	91.0		
dt. Über-/Spätaussiedler	4	1.9	1	0.9	3	3.0		
andere Nationalität	6	2.8	5	4.5	1	1.0		
fehlend	11	5.2	6	5.4	5	5.0		
Familienstand							12.328 (6)	.055
ledig	78	37.0	44	39.6	34	34.0		
verheiratet	63	29.9	35	31.5	28	28.0		
getrennt lebend	10	4.7	8	7.2	2	2.0		
geschieden	38	18.0	13	11.7	25	25.0		
verwitwet	1	0.5	0	0	1	1.0		
wieder verheiratet	11	5.2	4	3.6	7	7.0		
fehlend	10	4.7	7	6.3	3	3.0		
Partnerschaft							4.566 (5)	.471
kurzfristig kein Partner	18	8.5	12	10.8	6	6.0		
langfristig kein Partner	51	24.2	27	24.3	24	24.0		
wechselnder Partner	2	0.9	2	1.8	0	0		
fester Partner (Ehepartner)	71	33.6	37	33.3	34	34.0		
fester Partner (nicht Ehepartner)	59	28.0	27	24.3	32	32.0		
fehlend	10	4.7	6	5.4	4	4.0		
Schulabschluss							5.016 (7)	.658
noch in der Schule	2	0.9	2	1.8				
kein Schulabschluss	1	0.5	0	0	1	1.0		
Sonderschulabschluss	1	0.5	0	0	1	1.0		
Haupt-/Vollschulabschluss	49	23.2	27	24.3	22	22.0		
Realschule/mittlere Reife	69	32.7	35	31.5	34	34.0		
(Fach-)Abitur	78	37.0	40	36.0	38	38.0		
sonstiges	2	0.9	1	0.9	1	1.0		
fehlend	9	4.3	6	5.4	3	3.0		

Tabelle 1: (Fortsetzung)

	Gesamt (N = 211)		MBT-G (N = 111)		PDGT (N = 100)		χ^2 (df)	Sign.
	N	%	N	%	N	%		
Berufsabschluss							7.071 (6)	.314
ohne Abschluss	35	16.6	14	12.6	21	21.0		
noch in der Berufsausbildung	8	3.8	5	4.5	3	3.0		
Lehre/Fachschule	108	51.2	63	56.8	45	45.0		
Meister	8	3.8	4	3.6	4	4.0		
FH/Universität	32	15.2	13	11.7	19	19.0		
sonstiges	10	4.7	5	4.5	5	4.7		
berufliche Situation							14.314 (15)	.502
berufstätig, Vollzeit	68	32.2	39	35.1	29	29.0		
berufstätig, Teilzeit	31	14.7	18	16.2	13	13.0		
berufstätig, gelegentlich	4	1.9	2	1.8	2	2.0		
mithelfender Familienangehöriger	3	1.4	3	2.7	0	0		
Hausfrau/-mann	14	6.6	5	4.5	9	9.0		
Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer	4	1.9	0	0	4	4.0		
Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit	4	1.9	2	1.8	2	2.0		
Früh-/Altersrente	8	3.8	4	3.6	4	4.0		
Witwen/Witwer-Rente	1	0.5	1	0.9	0	0		
anderweitig ohne Beschäftigung	9	4.3	3	2.7	3	3.0		
Ausbildung	10	4.7	6	5.4	4	4.0		
Wehr-/Zivildienst/FSJ	1	0.5	0	0	1	1.0		
unbekannt/unklar	6	2.8	3	2.7	3	3.0		
arbeitslos gemeldet	35	16.6	18	16.2	17	17.0		
fehlend	13	6.2	7	6.5	6	6.0		

Tabelle 2: Therapieende aus Therapeutesicht

	Gesamt (N = 211)		MBT-G (N = 111)		PDGT (N = 100)	
	N	%	N	%	N	%
regulär	156	73.9	8	70.3	78	78.0
vorzeitig durch Patient	18	8.5	9	8.1	9	9.0
vorzeitig durch Klinik	11	5.2	7	6.3	4	4.0
Vorzeitig mit beiderseitigem Einverständnis	8	3.8	3	2.7	5	5.0
Verlegung/Entlassung mit geplanter Wiederaufnahme	2	1.0	2	1.8	0	0

Tabelle 3: Hauptdiagnosen nach ICD-10

	Gesamt (N = 211)		MBT-G (N = 111)		PDGT (N = 100)	
	N	%	N	%	N	%
Affektive Störungen	118	55.9	64	57.7	54	54.4
Angststörungen und somatoforme Störungen	82	38.9	39	35.1	43	43.0
Essstörungen	1	0.5	0	0	1	1.0
Entwicklungsstörungen	1	0.5	1	0.9	0	0
Persönlichkeitsstörungen	8	3.8	6	5.4	2	2.0

Verteilung der Persönlichkeitsstörungen. Bei 51.2 % der Patienten wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. In der MBT-G fällt der Anteil mit 47.7 % etwas geringer aus als in der PDGT mit 55 %. Der Großteil der Patienten (35.5 %) lässt sich einem der drei Cluster A (sonderbar, exzentrisch), B (dramatisch, emotional) oder C (ängstlich, vermeidend) zuordnen, bei 7.1 % der Patienten liegen Persönlichkeitsstörungen aus jeweils zwei verschiedenen Clustern vor und bei 8.5 % wurde eine nicht näher spezifizierte Persönlichkeitsstörung vergeben. Die meisten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind im Cluster C (25.1 %) angesiedelt. In der MBT-G liegen mit 21.6 % etwas weniger Cluster C-Persönlichkeitsstörungen vor als in der PDGT (29.0 %). Am deutlichsten unterscheiden sich die beiden Gruppen in den Clustern A und B, die mit 3.3 % bzw. 7.1 % einen kleineren Anteil ausmachen. Die Gruppen unterscheiden sich bezüglich der Verteilung der Cluster jedoch nicht signifikant ($\chi^2 = 9.15$, $df = 7$, $p = .242$, zweiseitig).

Tabelle 4: Persönlichkeitsstörungen nach Clustern (DSM-IV)

	Gesamt (N = 211)		MBT-G (N = 111)		PDGT (N = 100)	
	N	%	N	%	N	%
Keine PS	102	48.3	57	51.4	45	45.0
Cluster A	7	3.3	2	1.8	5	5.0
Cluster B	15	7.1	11	9.9	4	4.0
Cluster C	53	25.1	24	21.6	29	29.0
Cluster A+B	3	1.4	2	1.8	1	1.0
Cluster A+C	5	2.4	4	3.6	1	1.0
Cluster B+C	7	3.3	3	2.7	4	4.0
NNS	18	8.5	7	6.3	11	11.0
Gesamt (PS)	108	51.2	53	47.7	55	55.0

Komorbiditäten. Über beide Gruppen wurde bei knapp einem Fünftel der Patienten (19 %) eine Achse I-Diagnose vergeben. Bei 81 % der Patienten liegen Komorbiditäten im Rahmen von zwei bis sieben Achse I-Diagnosen vor, wobei bei knapp einem Drittel (32.7 %) zwei und bei knapp einem Viertel (22.7 %) drei Diagnosen

vergeben wurden. Über beide Gruppen haben die Patienten durchschnittlich 2.71 (SD = 1.35) Achse I-Diagnosen (MBT-G: M = 2.60, SD = 1.95, PDGT: M = 2.82, SD = 1.41) und .77 (SD = .89) Achse II-Diagnosen (MBT-G: M = .72, SD = .87, PDGT: M = .83, SD = .93). Die Gruppen unterscheiden sich weder in der Anzahl der Achse I-Diagnosen ($t = -1.16$, $df = 209$, $p = .247$, zweiseitig) noch in der Anzahl der Achse II-Diagnosen ($t = -.899$, $df = 208$, $p = .369$) signifikant.

*Vorerkrankungen und Vorbehandlungen.*⁴ 63.1 % der Patienten besuchten vor der Studie eine ambulante Fachpsychotherapie. In beiden Gruppen hatten die Patienten etwa gleich viele ambulante Vorbehandler (MBT-G: M = 1.26, SD = 1.17, PDGT: M = 1.38, SD = 2.71). Circa ein Drittel der Patienten hatte zwischen 26 und 160 Stunden ambulante Psychotherapie erhalten (MBT-G: 32.4 %, PDGT: 30 %). Beide Gruppen unterscheiden sich weder in der Anzahl der ambulanten Vorbehandler ($t = -.461$, $df = 193$, $p = .646$, zweiseitig) noch in der Verteilung der ambulanten Fachpsychotherapie-Stunden ($\chi^2 = 8.34$, $df = 5$, $p = .14$, zweiseitig) signifikant.

61.1 % der Patienten hatten im Vorfeld keine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung. Die Patienten der MBT-G hatten mit 1.35 Monaten (SD = 2.82) im Durchschnitt mehr stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Vorbehandlungen als die Patienten der PDGT mit 0.84 Monaten (SD = 1.75). Dieser Unterschied ist nicht signifikant ($t = 1.50$, $df = 191$, $p = .133$, zweiseitig).

Medikation. Eine systematische Analyse der Medikamenteneinnahme steht noch aus. Vorläufig wurde eine dreistufige Variable aus den Mehrfachantworten (der Wirkstoffgruppen) gebildet: keine Medikation, psychoaktiv, nicht psychoaktiv. Zu Therapiebeginn nahmen in der MBT-G 66.7 % und in der PDGT 80 % der Patienten ein psychoaktives Medikament ein. Beide Gruppen unterscheiden sich zum Therapiebeginn nicht signifikant ($\chi^2 = 5.28$, $df = 2$, $p = .079$, zweiseitig).

Kognitive und sprachliche Fähigkeiten. In Bezug auf den IQ (Subtest 4 des LPS) unterscheiden sich die MBT-G- (M = 106.98, SD = 12.04) und die PDGT-Patienten (M = 104.34, SD = 12.02) nicht signifikant ($t = 1.438$, $df = 107$, $p = .152$). Hinsichtlich der sprachlichen Fähigkeiten (Subtest 1 des LPS) findet sich zwischen der MBT-G (M = 47.53, SD = 5.89) und der PDGT (M = 47.83, SD = 6.86) ebenfalls kein signifikanter Unterschied ($t = -.312$, $df = 170$, $p = .756$).

Zusammengefasst weisen die beiden Gruppen weder in den soziodemografischen noch in den klinischen Merkmalen und den Vorbehandlungen signifikante Unterschiede auf.

4.3 Ergebnisse der Haupthypothesen

Die Gruppen unterscheiden sich in einem t-test für zwei unabhängige Stichproben ($p = .05$, zweiseitig) zu Tprä in keiner der untersuchten abhängigen Variablen signifi-

⁴ Die systematische Rekonstruktion der Erkrankungsdauer steht aufgrund des hohen Anteils an fehlenden Werten derzeit noch aus.

fikant, das heißt weder in der psychischen Symptombelastung (GSI/SCL-T-Werte) ($t = -.652$; $df = 175$; $p = .52$; $d = -.10$), noch in der Alexithymie ($t = .177$; $df = 152$; $p = .86$, $d = .03$), der sozialen Kognition ($t = -.314$; $df = 185$; $p = .75$, $d = .05$) und den interpersonellen Problemen ($t = -1.540$; $df = 167$; $p = .13$, $d = -.24$).

Psychische Symptombelastung. Die Varianzanalyse mit Messwiederholung (2 Gruppen x 2 Zeitpunkte) ergibt in der Bedingung Zeit (Prä-Post) mit $F = 145.86$ (1, 175) und $p < .01$ ein signifikantes Ergebnis mit einer Effektstärke von partiellem $\eta^2 = .46$. Der Faktor Zeit erklärt somit 46 % der Gesamtvarianz. In der Bedingung Gruppe ergibt sich mit $F = 1.029$ (1, 175) und $p = .31$ (partielles $\eta^2 = .01$) kein signifikantes Ergebnis. Die Interaktion von Zeit und Gruppe ist mit $F = .567$ (1, 175) und $p = .45$ (partielles $\eta^2 < .01$) nicht signifikant.

Alexithymie. Die Varianzanalyse mit Messwiederholung ergibt in der Bedingung Zeit mit $F = 17.659$ (1, 152) und $p < .01$ ein signifikantes Ergebnis mit einer Effektstärke von partiellem $\eta^2 = .10$, das heißt, der Faktor Zeit klärt 10 % der Gesamtvarianz auf. In der Bedingung Gruppe ergibt sich mit $F = .406$ (1, 152) und $p = .53$ (partielles $\eta^2 < .01$) kein signifikantes Ergebnis. Die Interaktion von Zeit und Gruppe ist mit $F = .627$ (1, 152) und $p = .43$ (partielles $\eta^2 < .01$) nicht signifikant.

Soziale Kognition. Die Varianzanalyse mit Messwiederholung ergibt in der Bedingung Zeit mit $F = 27.965$ (1, 185) und $p < .01$ ein signifikantes Ergebnis mit einer Effektstärke von partiellem $\eta^2 = .13$. Der Faktor Zeit erklärt somit 13 % der Gesamtvarianz. In der Bedingung Gruppe ergibt sich mit $F = .097$ (1, 185) und $p = .76$ (partielles $\eta^2 < .01$) kein signifikantes Ergebnis. Die Interaktion von Zeit und Gruppe ist mit $F = .001$ (1, 185) und $p = .98$ (partielles $\eta^2 < .01$) nicht signifikant.

Interpersonale Probleme. Die Varianzanalyse mit Messwiederholung ergibt in der Bedingung Zeit mit $F = 46.26$ (1, 167) und $p < .01$ ein signifikantes Ergebnis mit einer Effektstärke von partiellem $\eta^2 = .22$, das heißt, der Faktor Zeit erklärt 22 % der Gesamtvarianz. In der Bedingung Gruppe ergibt sich mit $F = 2.808$ (1, 167) und $p = .10$ (partielles $\eta^2 = .02$) kein signifikantes Ergebnis. Die Interaktion von Zeit und Gruppe ist mit $F = .002$ (1, 167) und $p = .96$ (partielles $\eta^2 < .01$) nicht signifikant.

Zusammengefasst unterscheiden sich die Gruppen in der Varianzanalyse in keiner der abhängigen Variablen signifikant voneinander (Tab. 5). Es finden sich lediglich signifikante Unterschiede in der Bedingung Zeit (Prä-Post) in allen Hauptoutcomes. Für die durchschnittliche psychische Belastung (GSI) liegt mit einem partiellem $\eta^2 = .46$ eine hohe Effektstärke vor. Die Effektstärke für die interpersonellen Beziehungen ist mit einem partiellem $\eta^2 = .22$ ebenfalls hoch. Bei der Alexithymie (partielles $\eta^2 = .10$) und der sozialen Kognition (partiellem $\eta^2 = .13$) liegen mittlere Effektstärken vor.

Weitere Analysen zu den Prä-Post-Effekten. In den t-Tests für abhängige Stichproben ($p = .05$, einseitig) ergaben sich in allen Hauptoutcomes Prä-Post-Ergebnisse mit einem signifikanten Ergebnis von $p < .01$ (s. Tab. 6). In der Symptombelastung zeigen sich große Effektstärken. In der MBT-G ist die Effektstärke mit $d = .85$ etwas höher als in der PDGT mit $d = .76$. Im Bereich interpersonale Beziehungen

liegen mittlere Effektstärken vor. Auch hier ist die Effektstärke in der MBT-G mit $d = .51$ etwas höher als in der PDGT mit $d = .47$. Im Bereich der Mentalisierung gehen die Ergebnisse auseinander: In der Alexithymie liegt bei der MBT-G mit $d = .43$ eine eher mittlere Effektstärke und bei der PDGT mit $d = .24$ eine kleine Effektstärke vor. Hingegen weisen bei der sozialen Kognition beide Gruppen kleine Effektstärken auf (MBT-G: $d = .25$, PDGT: $d = .29$).

Tabelle 5: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Effektstärken

	MBT-G					PDGT					Anova	
	prä		post			prä		post			Zeit	Gruppe Z. x Gr.
	N	MW	SD	MW	SD	N	MW	SD	MW	SD	F (df1,df2)	
GSI/ SCL	92	65.46	9.46	56.15	12.03	85	66.34	8.50	58.13	11.71	145.86 (1,175) < .01, .46	n. s.
LEAS tot	81	28.23	4.97	30.32	4.85	73	28.08	5.71	29.51	5.94	17.659 (1,152) < .01, .10	n. s.
MASC corr	96	31.96	5.64	33.49	6.46	91	32.21	5.26	33.73	5.21	27.965 (1,185) < .01, .13	n. s.
IIP ges	89	1.53	.50	1.25	5.60	80	1.66	.58	1.38	.60	46.26 (1,167) < .01, .22	n. s.

Tabelle 6: Ergebnisse der t-Tests und Effektstärken für beide Gruppen

	Gesamt			MBT-G			PDGT		
	t (df)	p	d	t (df)	p	d	t (df)	p	d
GSI/ SCL	8.544 (176)	< .01	.81	8.544 (91)	< .01	.85	8.718 (84)	< .01	.76
LEAS tot	-4.254 (153)	< .01	.33	-3.522 (80)	< .01	.43	-2.409 (72)	< .01	.24
MASC corr	-5.305 (186)	< .01	.27	-3.488 (95)	< .01	.25	-4.114 (90)	< .01	.29
IIP ges	6.834 (168)	< .01	.49	4.803 (88)	< .01	.51	4.858 (79)	< .01	.47

5 Diskussion

In der Varianzanalyse finden sich in keinem Hauptoutcome signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, jedoch weisen im Prä-Post-Vergleich alle Hauptoutcomes signifikante Ergebnisse mit mittleren bis großen Effektstärken auf. Die Hypothesen, dass die MBT-G gegenüber der PDGT in den genannten Konstrukten bei tagesklinischen Patienten zu einer höheren Verbesserung führt, müssen somit verworfen werden.

Besonders die weiterführenden t-tests zeigen, dass sich die signifikanten Prä-Post-Ergebnisse der MBT-G und der PDGT gut in den Rahmen der aktuellen

Gruppenpsychotherapieforschung (vgl. Strauß, in diesem Heft) einreihen. Die hohen Prä-Post-Effektstärken in der Symptombelastung, die mittleren in den interpersonalen Beziehungen und die kleinen bis mittleren Effektstärken in den Mentalisierungsinstrumenten sind weitere Wirksamkeitsbelege mentalisierungsbasierter und psychodynamischer Gruppenpsychotherapien.

Um die auseinanderfallenden Ergebnisse der Mentalisierungsinstrumente interpretieren zu können, sind weitere Analysen auf der Ebene der Subskalen notwendig. Vorerst lässt sich vermuten, dass die Prä-Post-Effektstärke der LEAS bei der MBT-G (bei gleichen Ergebnissen beider Gruppen im MASC) deswegen höher ist, weil die MBT-G durch ihre triangulären Fragen mittels *connecting* dazu führt, dass die anderen mehr über den letzten Sprecher mentalisieren, wodurch eine Mentalisierung des Selbst stärker angeregt werden kann als in der PDGT. Denn die LEAS erfasst im Gegensatz zum MASC sowohl den Grad der emotionalen Bewusstheit des Selbst als auch den des Anderen, während der Proband im MASC zwar besonders am Prozesscharakter des Mentalisierens anknüpfen muss, aber ausschließlich zu den handelnden Akteuren des Films (Andere) befragt wird. Wenn somit die MBT-G das Mentalisieren des Selbst stärker fördert als die PDGT, deckt sich dies mit den Ergebnissen der Säuglings- und Kleinkindforschung zur Entwicklung des Selbst (vgl. z. B. Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2008). Das heißt, der Sprecher erhält in der MBT-G zahlreiche Mentalisierungsangebote (Spiegeln, markiertes Spiegeln, Affektdifferenzierung, Fantasien, Intentionen etc.) von den anderen über sich selbst, was die Entwicklung des Selbst fördert. Demgegenüber wird in der PDGT das Mentalisieren des Sprechers durch die anderen weniger angeregt.

Für differenziertere Interpretationen und klinische Implikationen sind weitere Analysen, insbesondere nach diagnostischen Gruppen sowie eine Moderator-Mediator-Analyse für die Mentalisierungsinstrumente notwendig. Hieraus dürften sich weitere Zusammenhänge zwischen der Mentalisierung, den Outcomes und der Art der Gruppenpsychotherapie erkennen lassen.

Eine wesentliche Beschränkung der Studie besteht darin, dass keine Instrumente eingesetzt wurden, die das Bewusstmachen unbewusster Muster, Konflikte oder Objektbeziehungen erfassten. Besten Falles ließe sich ein weiteres Instrument aus vorhandenem Datenmaterial konstruieren, um zu überprüfen, ob die PDGT umgekehrt in ihrem Fokus der MBT-G bei einem heterogenen Patientensample in der Tagesklinik überlegen ist.

Literatur

- Bales, D., Bateman, A. W. (2012). Partial Hospitalization Settings. In A. W. Bateman, P. Fonagy (Hrsg.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (S. 197-226). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*, 165, 631-638.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Blackmore, C., Beecroft, C., Parry, G., Booth, A., Tantam, D., Chambers, E., Simpson, E., Roberts, E., Saxon, D. (2009). A Systematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy. Centre for Psychological Services Research, School of Health and Related Research, University of Sheffield, UK.
- Brand, T., Barzynski, E., Fuhrländer, S., Hecke, D., Schultz-Venrath, U. (2013). Psychodynamische versus mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie – Versorgungsforschung in einer Tagesklinik. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 49, 350-369.
- Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., Kessler, J., Woike, J. K., Wolf, O. T., Convit, A. (2006). Introducing MASC: A movie for the assessment of social cognition. *J Autism Dev. Disord.*, 36, 623-636.
- Dunlap, W. P., Cortina, J. M., Vaslow, J. B., Burke, M. J. (1996). Meta-Analysis of experiments with matched groups or repeated measures designs. *Psychological Methods*, 1, 170-177.
- Eikelmann, B. (2010). Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie. *Nervenarzt*, 81, 355-365.
- Eikelmann, B., Reker, T., Albers, M. (1999). *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart: Thieme.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2008). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Foulkes, S. H., Anthony, E. J. (1957). *Group Psychotherapy. The psychoanalytic approach*. London: Karnac.
- Franke, G. H. (2002). Symptom-Checklist from L. R. Derogatis – German Version (SCL-90-R). Göttingen: Beltz Test.
- Gullestad, F. S., Johansen, M. S., Høglend, P., Karterud, S., Wilberg, T. (2012). Mentalization as a moderator of treatment effects: Findings from a randomized clinical trial for personality disorders. *Psychother Res*. 10.1080/10503307.2012.684103 [doi].
- Gullestad, F. S., Wilberg, T., Klungsoyr, O., Johansen, M. S., Urnes, O., Karterud, S. (2012). Is treatment in a day hospital step-down program superior to outpatient individual psychotherapy for patients with personality disorders? 36 months follow-up of a randomized clinical trial comparing different treatment modalities. *Psychother Res*, 22, 426-441.
- Horn, W. (1983). *Leistungsprüfungssystem (LPS)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Horowitz, L. M., Strauß, B., Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme*. Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz Test.

- Kallert, T. W., Schonherr, R., Schnippa, S., Matthes, C., Glockner, M., Schutzwahl, M. (2005). Direkte Kosten akutpsychiatrischer tagesklinischer Behandlung: Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Studie. *Psychiatr. Prax.*, 32, 132-141.
- Karterud, S. (2012). *Manual for mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S. (2015). *Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G). A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford: University Press.
- Karterud, S., Bateman, A.W. (2012). *Group Therapy Techniques*. In A. W. Bateman, P. Fonagy (Hrsg.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (S. 81-105). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Karterud, S., Pedersen, G., Engen, M., Johansen, M. S., Johansson, P. N., Schluter, C., Urnes, O., Wilberg, T., Bateman, A. W. (2012). The MBT Adherence and Competence Scale (MBT-ACS): Development, structure and reliability. *Psychother Res.* 10.1080/10503307.2012.708795 [doi].
- Kennard, D., Roberts, J., Winter, D. A. (2000). *Arbeitsbuch gruppenanalytischer Interventionen*. Heidelberg: Mattes.
- Küchenhoff, J. (1998). *Teilstationäre Psychotherapie. Theorie und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Lane, R. D., Quinlan, D. M., Schwartz, G. E., Walker, P. A., Zeitlin, S. B. (1990). The Levels of Emotional Awareness Scale: a cognitive-developmental measure of emotion. *J. Pers. Assess.*, 55, 124-134.
- Lorentzen, S. (2014). *Group Analytic Psychotherapy. Working with affective, anxiety and personality disorders*. Hove, East Sussex: Routledge.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., Roberts, C., Hill, E., Wiersma, D. (2003). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database. Syst. Rev.*, CD004026. 10.1002/14651858 [doi].
- Mattke, D., Zeeck, A., Strauß, B. (2012). Stationäre und teilstationäre Gruppenpsychotherapie. In B. Strauß, D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 405-416). Berlin: Springer.
- Richter, D., Eikermann, B. (1999). Das bio-psychosoziale Modell in der Psychiatrie – seine Auswirkungen auf Theorie und Behandlungspraxis. In B. Eikermann, T. Reker, M. Albers (Hrsg.), *Die psychiatrische Tagesklinik* (S. 1-17). Stuttgart: Thieme.
- Schultz-Venrath, U. (2008). *Mentalisierungsgestützte Gruppenpsychotherapie. Zur Veränderung therapeutischer Interventionsstile. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 44, 135-149.
- Schultz-Venrath, U. (2010). *Mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie*. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 320-325). Stuttgart: Thieme.
- Schultz-Venrath, U. (2011). *Psychotherapien in Tageskliniken - Historische Perspektiven und zukünftige Aufgaben*. In U. Schultz-Venrath (Hrsg.), *Psychotherapien in Tageskliniken - Methoden, Konzepte, Strukturen* (S. 1-11). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schultz-Venrath, U. (2015). *Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Subic-Wrana, C., Thomas, W., Huber, M., Kohle, K. (2001). Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS): Die deutsche Version eines neuen Alexithymietests. *Psychotherapeut*, 46, 176-181.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.

Zeeck, A., Hartmann, A., Küchenhoff, J., Weiss, H., Sammet, I., Gaus, E., Semm, E., Harms, D., Eisenberg, A., Rahm, R., Wietersheim, J. (2009). Differenzielle Indikationsstellung stationärer und tagesklinischer Psychotherapie: Die DINSTAP-Studie. *Psychother Psych Med*, 59, 354-363.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Tanja Brand, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Kooperationsklinik der Universität Witten/Herdecke, Evangelisches Krankenhaus, Ferrenbergstr. 24, 51465 Bergisch Gladbach; E-Mail: t.brand@evk.de