

Evaluationsbericht

**"Psychodrama im Einzel- und
Gruppensetting"**

Univ.-Doz. Dr. Walter Renner

Im Auftrag des
Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik
(ÖAGG)
Fachsektion Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel

Innsbruck, 14. April 2009

Inhalt

1. Zielsetzung	3
2. Methode	3
2.1 Datenquellen	3
2.2 Klientinnen und Klienten	4
2.3 Messinstrumente	5
2.3.1 Brief Symptom Inventory (BSI)	5
2.3.2 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV 2001-R)	7
2.4 Messzeitpunkte	8
3. Ergebnisse	9
3.1 Psychodrama in freier Praxis	9
3.1.1 Brief Symptom Inventory (BSI)	9
3.1.2 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV 2001-R)	12
3.2 Verein ASPIS – Einzeltherapien	12
3.2.1 Brief Symptom Inventory (BSI)	13
3.2.2 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV 2001-R)	16
3.3 Verein ASPIS – Gruppentherapien	16
3.3.1 Brief Symptom Inventory (BSI)	16
3.3.2 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV 2001-R)	18
3.4 IFP Caritas Kärnten – Einzeltherapien	19
3.4.1 Brief Symptom Inventory (BSI)	19
3.4.2 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV 2001-R)	21
3.5 IFP Caritas Kärnten und "pro mente Spittal" – Gruppentherapien	22
3.5.1 Brief Symptom Inventory (BSI)	22
3.5.2 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV 2001-R)	24
4. Diskussion der Ergebnisse	25
4.1 Unzulänglichkeiten der aktuellen Studie	25
4.2 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	26
5. Literatur	28
6. Anhang	29

Walter Renner¹

Evaluationsbericht

"Psychodrama im Einzel- und Gruppensetting"

Zusammenfassung. An der aktuellen Explorationsstudie zur Wirksamkeit von Psychodrama nahmen 135 KlientInnen, 102 Frauen und 33 Männer zwischen 17 und 72 Jahren teil. Es wurden 95 Therapien im Einzel- und 40 Therapien im Gruppensetting evaluiert. 27 Therapien fanden in freier Praxis, 76 bei einem Forschungs- und Beratungszentrum für Opfer von Gewalt mit interkulturellem Schwerpunkt und 32 in öffentlichen Beratungsstellen statt. Die Symptomveränderungen im Zuge des Therapieverlaufs (sowie ggf. zum Zeitpunkt einer Sechs-Monats-Katamnese) wurden mit Hilfe des Brief Symptom Inventory (BSI, Franke, 2000) gemessen. Die retrospektive Beurteilung der Therapien hinsichtlich ihrer individuellen Wirksamkeit erfolgte mit dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV 2001-R, Zielke & Kopf-Mehnert, 2001). In allen Teilstichproben wurde eine statistisch hoch signifikante Symptomreduktion erzielt, wobei die erzielten Effektstärken durchwegs deutlich über 1,00 lagen. In Übereinstimmung damit wurden auch mit dem VEV 2001-R ganz überwiegend positive Therapieverläufe dokumentiert. Die Ergebnisse der Explorationsstudie belegen, dass psychodramatische Therapie in vielen Fällen hoch wirksam verläuft. Die Replikation dieser Ergebnisse sollte im Rahmen kontrollierter Studien (unter Berücksichtigung von Therapieabbruchern und unter Einbezug von Kontrollgruppen) angestrebt werden.

1. Zielsetzung

Vom Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Fachsektion Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel wurde ich beauftragt, die Wirksamkeit psychodramatischer Therapien im Einzel- und im Gruppensetting bei depressiven und Angststörungen im Rahmen einer Längsschnittstudie zu untersuchen.

2. Methode

2.1 Datenquellen

Der hiermit vorgelegte Evaluationsbericht bezieht sich auf folgende fünf Datenquellen:

- (1) In **freier Praxis** tätige PsychodramatikerInnen in ganz Österreich wurden ersucht, laufende **Einzeltherapien** zu evaluieren und die ausgefüllten Fragebögen an mich per Post zu retournieren;
- (2) bei dem am Institut für Psychologie der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt ansässigen Verein **ASPIS** – Forschungs- und Beratungszentrum für Opfer von Gewalt – sind mehrere Therapeutinnen und Therapeuten auf der Grundlage des Psychodramas in der Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Asylsuchender tätig. Aus der laufenden

¹ Univ.-Doz. Dr. Walter Renner, Institut für Psychologie der Universität Innsbruck, Innrain 52, 6020 Innsbruck, walter.renner@uibk.ac.at

Evaluation dieser **Einzeltherapien** wurden Detailauswertungen für die auf der Basis des Psychodramas durchgeführten Therapien vorgenommen;

(3) verschiedentlich fanden bei **ASPIS** auch **Gruppentherapien** auf der Basis des Psychodramas statt;

(4) vom Institut für Familienberatung und Psychotherapie (**IFP – Caritas Kärnten**) in Wolfsberg, wurden Daten aus der Evaluation von **Einzeltherapien**, durchwegs durchgeführt von Frau Mag. Gerda Trinkel zur Verfügung gestellt;

(5) von **pro mente kärnten** (Spittal an der Drau) sowie vom Institut für Familienberatung und Psychotherapie (**IFP – Caritas Kärnten**) in Wolfsberg, wurden Daten aus der Evaluation von **Gruppentherapien** zur Verfügung gestellt.

In allen fünf genannten Fällen stützt sich die Evaluation auf die von den TherapeutInnen im Zuge der Therapien vorgelegten und gesammelten Fragebögen. In den Fällen (1) und (4) wurden die TherapeutInnen gebeten, sämtliche zu einem Klienten oder einer Klientin gehörigen Fragebögen zunächst zu sammeln und schließlich nach der letzten Erhebung die gesammelten Fragebögen an mich zu senden. In den Fällen (2) und (3) erhielten die TherapeutInnen zweimal jährlich die Fragebögen mit der Bitte übermittelt, sie ihren KlientInnen zur Beantwortung vorzulegen. Naturgemäß waren zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt allerdings nicht alle KlientInnen bereit oder in der Lage, die Fragebögen zu beantworten. Im Fall (5) wurden mir die gesammelten Fragebögen nach Abschluss der Therapien unaufgefordert übermittelt. Auf die Vollständigkeit der Erhebungen hatte ich somit in den Fällen (2) und (3) nur bedingt, in den übrigen Fällen keinen Einfluss.

2.2 Klientinnen und Klienten

Tabelle 1 zeigt die soziodemographischen Daten der fünf Teilstichproben.

Die Klientinnen und Klientin, welche in freier Praxis sowie beim IFP und bei pro mente behandelt wurden, litten an depressiven Störungen oder an Angststörungen; bei den Klientinnen und Klienten von ASPIS bestanden Folgeerscheinungen traumatischer Extremlastung, insbesondere nach multipler Traumatisierungen im Krieg, definitionsgemäß also ebenfalls Angststörungen (vgl. Saß, Wittchen & Zaudig, 1996).

	Gesamt	M	F	Alter			
				Min.	Max.	\bar{x}	s
(1) Freie Praxis Einzel	27	7	20	19	72	37,9	14,1
(2) ASPIS Einzel	49	20	29	17	63	35,8	9,6
(3) ASPIS Gruppe	27	4	23	18	47	33,7	7,6
(4) Einzeltherapien IFP	19	0	19	17	49	34,6	9,4
(5) Gruppentherapien pro mente/IFP	13 ²	2	11	22	61	38,5	10,7

Tabelle 1: Die fünf Teilstichproben

² Bei pro mente nahmen neun KlientInnen, beim IFP fünf KlientInnen teil; von diesen fünf befand sich eine Kl. zeitgleich in Einzeltherapie und wurde deshalb in die Evaluation der Gruppentherapie nicht einbezogen.

Insgesamt nahmen somit **135 Klientinnen und Klienten, 95 im Einzel- und 40 im Gruppensetting** an der Studie teil.

Im Falle von ASPIS wurden nur jene KlientInnen in die Studie mit einbezogen, welche sowohl den BSI als auch den VEV (siehe 2.3) beantwortet hatten.

2.3 Messinstrumente

2.3.1 Brief Symptom Inventory (BSI)

Das Brief Symptom Inventory (Franke, 2000) umfasst 53 Feststellungen zu psychischen Symptomen und Befindlichkeitsbeeinträchtigungen, von denen jeweils anzugeben ist, wie stark sie in der vergangenen Woche auftraten (0 = *überhaupt nicht* bis 4 = *sehr stark*). Diese Testitems sind zu neun Symptomskalen zusammengefasst, welche gängigen klinischen Beschwerdebildern zugeordnet werden können, jedoch nicht in klinische Diagnosen "übersetzt" werden dürfen. Diese Symptomskalen sind ebenso wie einige Itembeispiele aus **Tabelle 2** ersichtlich. Zusätzlich werden drei globale Indizes berechnet, von denen für die Zwecke der aktuellen Evaluation lediglich der **Global Severity Index (GSI)** von Bedeutung ist: dabei handelt es sich um das arithmetische Mittel aus sämtlichen 53 Ankreuzungen auf dem Fragebogen und somit um ein Maß für die aktuelle Gesamtbelastung durch klinische Symptome.

Bei dem BSI handelt es sich um die Kurzform der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) (Derogatis, 1992; Franke, 1995). Trotz der Kürze und hohen Ökonomie des Verfahrens sind die von Franke (2000) berichteten Reliabilitäten, sowohl hinsichtlich der einzelnen klinischen Skalen als auch hinsichtlich der globalen Indizes zufriedenstellend. Aus dem Testmanual sind auch Hinweise zur Validität des Verfahrens und insbesondere zu seiner Eignung als Instrument zur Evaluation von Psychotherapie zu entnehmen.

Die Evaluation von Psychotherapie auf der Grundlage von BSI und SCL-90-R beruht auf der Erwartung, dass es im Zuge der Therapie zu einer statistisch signifikanten und hinsichtlich der Effektstärken bedeutsamen Symptomreduktion kommt (zu Effektstärken bzw. Effektgrößen siehe zum Beispiel Bortz & Döring, 2005).

In der langjährigen Evaluation der Psychotherapie des Vereins ASPIS an der Universität Klagenfurt bewährte sich das BSI insbesondere auch in einem kulturübergreifenden Kontext, wo es überwiegend mit Dolmetscherunterstützung vorgegeben wurde. Regelmäßige Überprüfungen der Reliabilität des Gesamtscores "GSI" im Rahmen der jährlichen Evaluationen führten zu zufriedenstellenden Resultaten; auch konnten im Zuge der Therapien substantielle Symptomreduktionen erzielt werden, was als Hinweis auf die Validität im genannten Zusammenhang interpretiert werden kann.

Hinsichtlich der Interpretierbarkeit der einzelnen Symptomskalen fand jedoch Hüttenbrenner (2004), dass sich in der kulturübergreifenden Anwendung die faktorielle Struktur nicht replizieren ließ. Aus diesem Grund wird in die aktuelle Datenanalyse hinsichtlich des Klientels von ASPIS (siehe oben – Datenquelle 2 und 3) lediglich der GSI, nicht aber die einzelnen Symptomskalen, einbezogen. Hinsichtlich der übrigen Datenquellen, welche sich auf ein kulturell homogenes Klientel beziehen, werden jedoch die Resultate der neun Symptomskalen ebenso wie jene des GSI mit einbezogen.

Skalen des Brief Symptom Inventory (BSI)³

- 1. Somatisierung** (z.B. "Ohnmachts- oder Schwindelgefühle", "Übelkeit oder Magenverstimmung", "Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen")
- 2. Zwanghaftigkeit** (z.B.: "Der Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun", "Schwierigkeiten, sich zu entscheiden", "Konzentrationsschwierigkeiten")
- 3. Unsicherheit im Sozialkontakt** (z.B. "Minderwertigkeitsgefühle gegenüber anderen", "Starke Befangenheit im Umgang mit anderen", "Verletzlichkeit in Gefühlsdingen")
- 4. Depressivität** (z.B.: "Gedanken, sich das Leben zu nehmen", "Schwermut", "Das Gefühl, wertlos zu sein")
- 5. Ängstlichkeit** (z.B.: "Nervosität oder inneres Zittern", "Plötzliches Erschrecken ohne Grund", "Schreck- oder Panikanfälle")
- 6. Aggressivität/Feindseligkeit** (z.B. "Das Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein", "Gefühlsausbrüche, denen gegenüber Sie machtlos waren", "Der Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern")
- 7. Phobische Angst** (z.B. "Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße", "Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug", "Abneigung gegen Menschenmengen z. B. beim Einkaufen oder im Kino")
- 8. Paranoides Denken** (z.B. "Das Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind", "Das Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann", "Das Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden").
- 9. Psychotizismus** (z.B. "Die Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat", "Der Gedanke, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten")

Jedem Item wird auf einer fünfstufigen Likertskala ein Rohwert zugeordnet.

0 = überhaupt nicht

1 = ein wenig

2 = ziemlich

3 = stark

4 = sehr stark.

Zusätzlich werden **drei globale Kennwerte** berechnet:

GSI (Global Severity Index): Psychische Gesamtbelastung

PSDI (Positive Symptom Distress Index): Intensität der Antworten⁴

PST (Positive Symptom Total): Anzahl der Items, bei denen Symptome berichtet wurden.

Tabelle 2: Skalen und globale Indizes von BSI und SCL-90-R

³ Diese Tabelle wurde aus dem von mir verfassten ASPIS-Evaluationsbericht 2008 entnommen.

⁴ Im vorliegenden Bericht wird aus Gründen der Übersichtlichkeit lediglich der Globale Kennwert GSI berücksichtigt.

Ähnliche Überlegungen betreffen die Normierung des BSI. Es liegen getrennte Normen für Frauen und für Männer aus Deutschland vor. Die unkritische Übertragung dieser Testnormen auf das nicht-westliche Klientel von ASPIS erscheint vor allem deshalb problematisch, weil sich Flüchtlinge und Asylsuchende auch nach Therapieabschluss in einer chronisch belasteten und in vieler Hinsicht ungeklärten Lebenssituation befinden. Aus diesem Grund wird auf die Umrechnung der Rohwerte in Normwerte in diesem Fall verzichtet. Aus den Rohwerten lässt sich jedenfalls ableiten, ob und in welchem Maße es im Zuge der therapeutischen Intervention zu einer Symptomreduktion gekommen ist.

Die Auswertung des BSI erfolgt am einfachsten mittels SPSS-Syntax⁵, kann aber auch mittels der mit dem Fragebogen mitgelieferten Auswertungsformulare vorgenommen werden.

2.3.2 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV 2001-R)

Dieses von Zielke und Kopf-Mehnert (1978) und von Zielke und Kopf-Mehnert (2001) revidierte Instrument dient der Erfassung von Veränderungen im Zuge von Psychotherapie in der Retrospektive. Die ursprüngliche Version heißt VEV, die revidierte Fassung VEV 2001-R. Im Gegensatz zu Symptomskalen wie dem BSI ist hier bereits eine einmalige Vorgabe zum Zeitpunkt des Therapieendes (oder auch später, um zu sehen, ob Verbesserungen angehalten haben) sinnvoll.

Der VEV erfragt Veränderungen hinsichtlich des Erlebens und Verhaltens im Sinne einer Zunahme oder Abnahme einer optimistischen und gelassenen Sicht der eigenen Person und der Welt. **Tabelle 3** gibt einige Itembeispiele.⁶

Itembeispiele zum Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV-2001-R):		
2. Ich rege mich über viele Dinge nicht mehr auf.		
7. Ich sehe Schwierigkeiten gelassener entgegen.		
12. Meine Stimmungen schwanken jetzt stärker als früher (<i>negativ</i>).		
19. Ich fühle mich stärker isoliert als früher (<i>negativ</i>).		
21. Ich kann es noch nicht verstehen, aber es geht mir seit einiger Zeit besser.		
25. Ich fühle mich freier.		
32. Ich habe ein klareres Bild von meiner Zukunft.		
37. Ich komme mit mir selbst schlechter aus (<i>negativ</i>).		
41. Ich liege nicht mehr im Kriegszustand mit mir selbst.		

...sehe ich Schwierigkeiten gelassener entgegen.	③ ② ① ④ ① ② ③	...bin ich angesichts von Schwierigkeiten angespannter.
--	---------------	---

Tabelle 3: Einige Itembeispiele sowie ein Beispiel für deren Verankerung auf einer 7-stufigen Likertskala aus dem VEV-2001-R

⁵ Diese Syntax wurde freundlicherweise von Frau Mag. Birgit Senft zur Verfügung gestellt.

⁶ Entnommen aus dem ASPIS-Evaluationsbericht 2008

Von den insgesamt 42 Items des VEV und VEV-2001-R sind 28 positiv und 14 negativ gepolt. Die Auswertung erfolgt zweckmäßigerweise mittels SPSS-Syntax⁷, kann aber auch von Hand erledigt werden.

Aufgrund der dem Verfahren zugrunde liegenden Berechnung kritischer Differenzen ist es möglich, in jedem einzelnen Fall eine Aussage über die statistische Signifikanz der erzielten Veränderung zu treffen. Im Manual des VEV bzw. in dem Zeitschriftenartikel zum VEV-2001-R werden kritische Grenzen für die Signifikanzniveaus $p \leq .001$, $p \leq .01$ und $p \leq .05$ jeweils im Sinne einer Verbesserung bzw. einer Verschlechterung der Symptomatik angegeben.

2.4 Messzeitpunkte

Je nach Datenquelle wurden die Messzeitpunkte den Erfordernissen der jeweiligen Klientel angepasst:

ad (1): für die KlientInnen in freier Praxis waren ursprünglich vier Messzeitpunkte geplant: ein erster vor Therapiebeginn, ein weiterer nach sechs Monaten, einer bei Therapieende, sowie ein Messzeitpunkt sechs Monate nach Therapieende. Aufgrund der meist nur wenige Monate dauernden Therapien wurde jedoch von der Möglichkeit, sechs Monate nach Beginn zu evaluieren so selten Gebrauch gemacht, dass eine inferenzstatistische Analyse der Daten nicht in Betracht gekommen wäre. Daher wurden schließlich die vor und nach der Therapie sowie die zum Zeitpunkt des Sechs-Monats-Follow-Ups erhobenen Daten in die Analyse einbezogen.

ad (2) und (3): Die Therapien von ASPIS werden routinemäßig zweimal jährlich evaluiert. Je nach Therapiedauer stünden somit je KlientIn ganz unterschiedlich viele Evaluationszeitpunkte zur Verfügung, so dass sich die Daten nicht gemeinsam auf statistische Signifikanz überprüfen ließen. Es wurde daher aus allen Datensätzen jeweils der Zeitpunkt vor Therapiebeginn sowie jener bei Therapieabschluss für die Datenanalyse ausgewählt. – Aufgrund der instabilen Lebenssituation der KlientInnen von ASPIS sowie wegen praktischer Schwierigkeiten musste bei der Evaluation der Therapien auf die Erhebung von Katamnesedaten verzichtet werden.

ad (4): Die Einzeltherapien am IFP wurden zu Therapiebeginn, einige Monate nach Therapiebeginn ($Md = 6$ Monate nach Beginn), bei Therapieende, sowie, wenn möglich ca. sechs Monate nach Therapieabschluss (Katamnese) evaluiert.

ad (5): Die Gruppentherapien am IFP sowie bei pro mente wurden zu Therapiebeginn, einen Monat (pro mente) bzw. drei Monate (IFP) nach Beginn und bei Therapieende evaluiert. Auch hier war es nicht möglich, Katamnesedaten zu erheben.

⁷ Diese Syntax wurde freundlicherweise von Herrn Professor Zielke zur Verfügung gestellt.

3. Ergebnisse

3.1 Psychodrama in freier Praxis

Die Therapien dauerten durchschnittlich zehn Monate (Min. = 3, Max. = 24 Monate, $s = 5,2$).

3.1.1 Brief Symptom Inventory (BSI)

Alle Klientinnen und Klienten, die sich im Rahmen der freien Praxis an der Studie beteiligten, beantworteten das BSI.

Abbildung 1 zeigt die in der Evaluation erzielten Rohwerte unmittelbar vor und nach der Therapie ($N = 27$) sowie ungefähr ein halbes Jahr nach Therapieabschluss (Follow-Up) ($N = 10$).

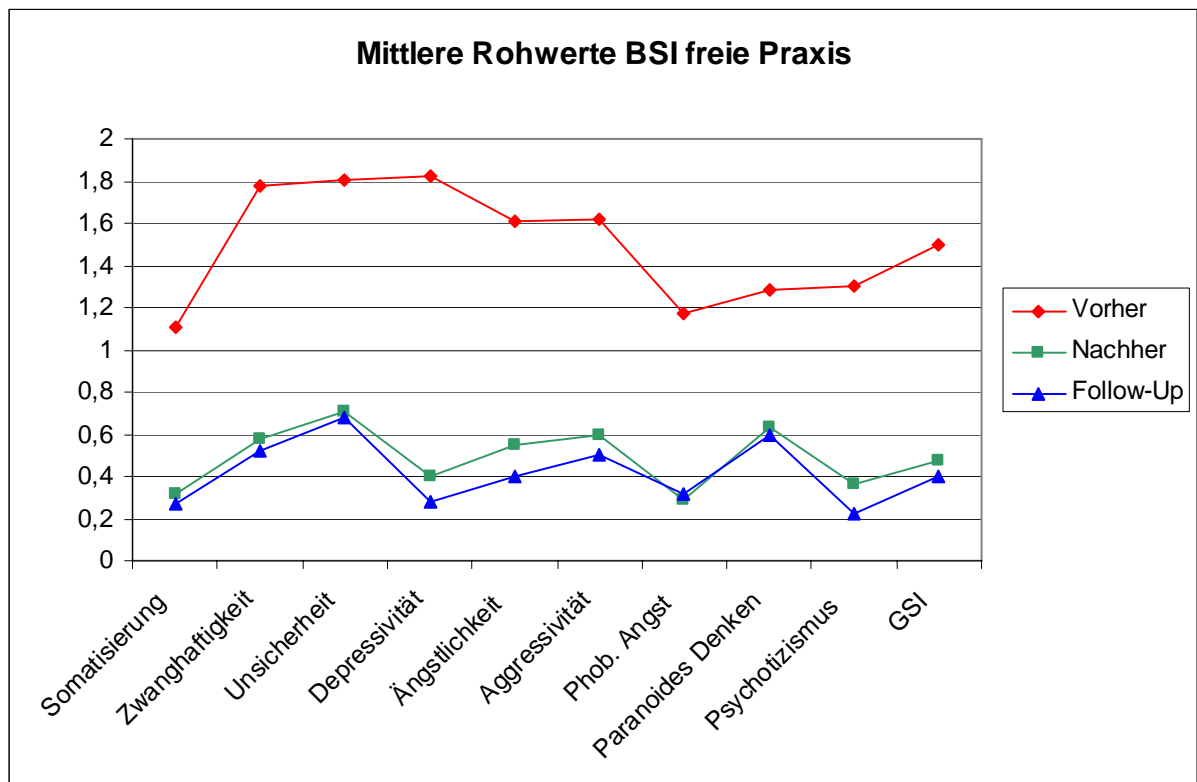


Abbildung 1: BSI-Rohwerte in der freien Praxis zu den drei Messzeitpunkten

Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass sich die Symptomatik zwischen Therapiebeginn und –ende substantiell verbessert hat und dass die Verbesserungen zwischen Therapieende und Follow-Up angehalten haben. Allerdings ist festzuhalten, dass zum Follow-Up-Zeitpunkt nur noch 10 von 27 KlientInnen an der Evaluation teilnahmen.

Die Varianzanalyse für Messwiederholungen zeigt ein **hoch signifikantes Ergebnis** für den Faktor "Zeit", das heißt, für die **Veränderung über die Messzeitpunkte** hin ($p = .001$). Im Gegensatz dazu unterscheiden sich die einzelnen Skalen voneinander nicht

signifikant hinsichtlich des Ausmaßes der auf ihnen erzielten Veränderungen ($p = .569$) (ein solcher Unterschied war allerdings auch nicht erwartet worden).

Um das Ausmaß der Veränderung – zusätzlich zur inferenzstatistischen Absicherung des Ergebnisses gegen den Zufall – beurteilen zu können, wurde zusätzlich für den GSI (Global Severity Index) als Ausmaß für die psychische Gesamtbelastung die **Effektstärke mit $d = 1,79$** (zwischen Therapiebeginn und –ende) berechnet.

Zusätzlich zu den Veränderungen der Rohwerte sind auch die Veränderungen der Normwerte von Interesse. Dadurch fließen Informationen darüber mit ein, in welchem Ausmaß sich die KlientInnen vor der Therapie in einem klinisch relevanten bzw. nach der Therapie in einem "gesunden" Bereich befinden. Andererseits muss hier der "Deckeneffekt" bedacht werden: viele Klientinnen erreichen zu Therapiebeginn den im BSI maximal möglichen Normwert von $T = 80$, sodass Veränderungen nicht in vollem Ausmaß abgebildet werden (aus diesem Grund entfällt hier die Berechnung von Signifikanz und Effektstärken).

Die Veränderung der Normwerte ist aus **Abbildung 2** ersichtlich.

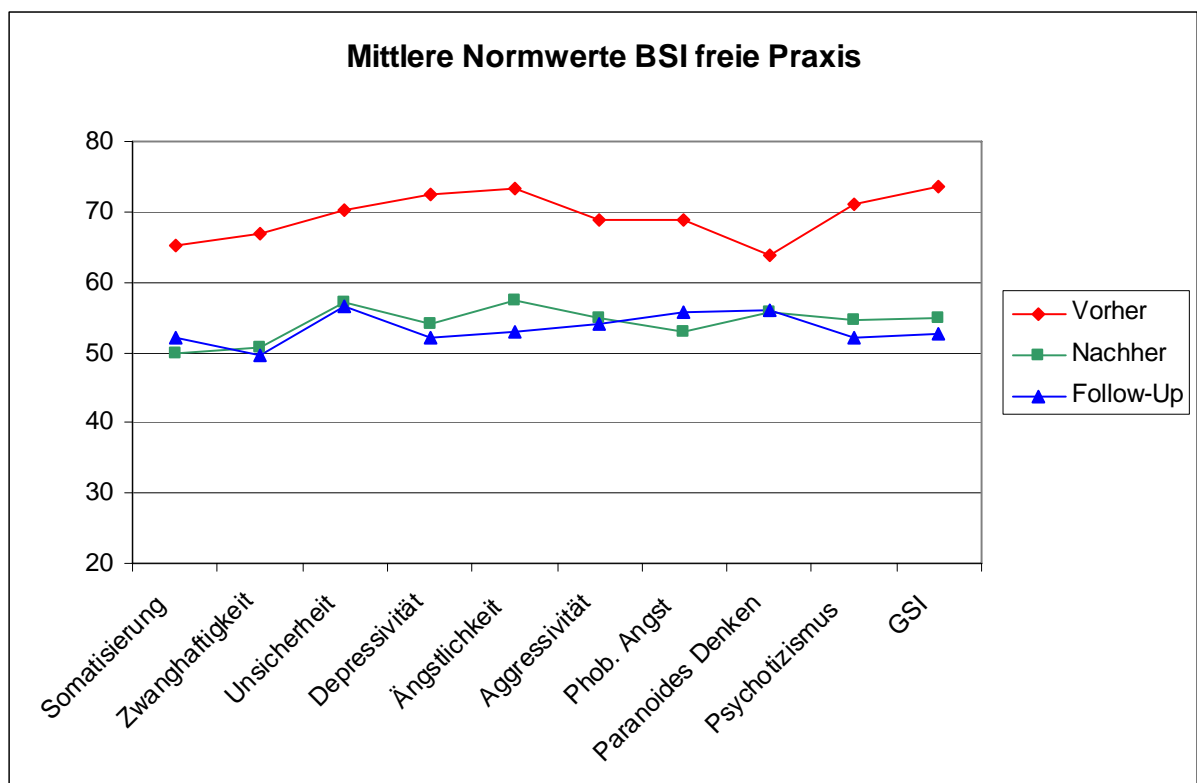


Abbildung 2 BSI-Normwerte (T-Werte) in der freien Praxis zu den drei Messzeitpunkten

Bei den in **Abbildung 2** gezeigten Normwerten handelt es sich um T-Werte. Die T-Verteilung hat den Mittelwert 50 und die Standardabweichung 10. Legt man die Standardnormalverteilung zugrunde, übertreffen in der Gesamtbevölkerung 16% der Personen einen T-Wert von 60, 2% einen T-Wert von 70. Andererseits kommen Ergebnisse mit einem T-Wert kleiner 30 nur in 2% der Fälle vor. Aus diesem Grund wurde die y-Achse in **Abbildung 2** von $T = 20$ bis $T = 80$ skaliert.

Abbildung 2 zeigt auch, dass die Skalenausprägungen hinsichtlich "Depressivität" und "Ängstlichkeit" am höchsten sind. Dies stimmt mit der Rahmenbedingung, lediglich KlientInnen mit depressiven und Angststörungen in die Studie aufzunehmen, gut überein.

Üblicherweise wird der Bereich bis $T = 60$ als psychisch gesunder Normalbereich definiert. Aus Abbildung 2 ist somit erkennbar, dass die KlientInnen im Zuge der Therapie im Mittel **aus dem klinisch belasteten Bereich um $T = 70$ in einen nur geringfügigen Bereich zwischen $T = 50$ und $T = 60$ kamen und auch zum Follow-Up-Zeitpunkt in diesem Bereich verblieben.**

Abbildung 3 zeigt die Veränderungen des globalen Kennwertes GSI zwischen Therapiebeginn und –ende in allen 27 Einzelfällen.

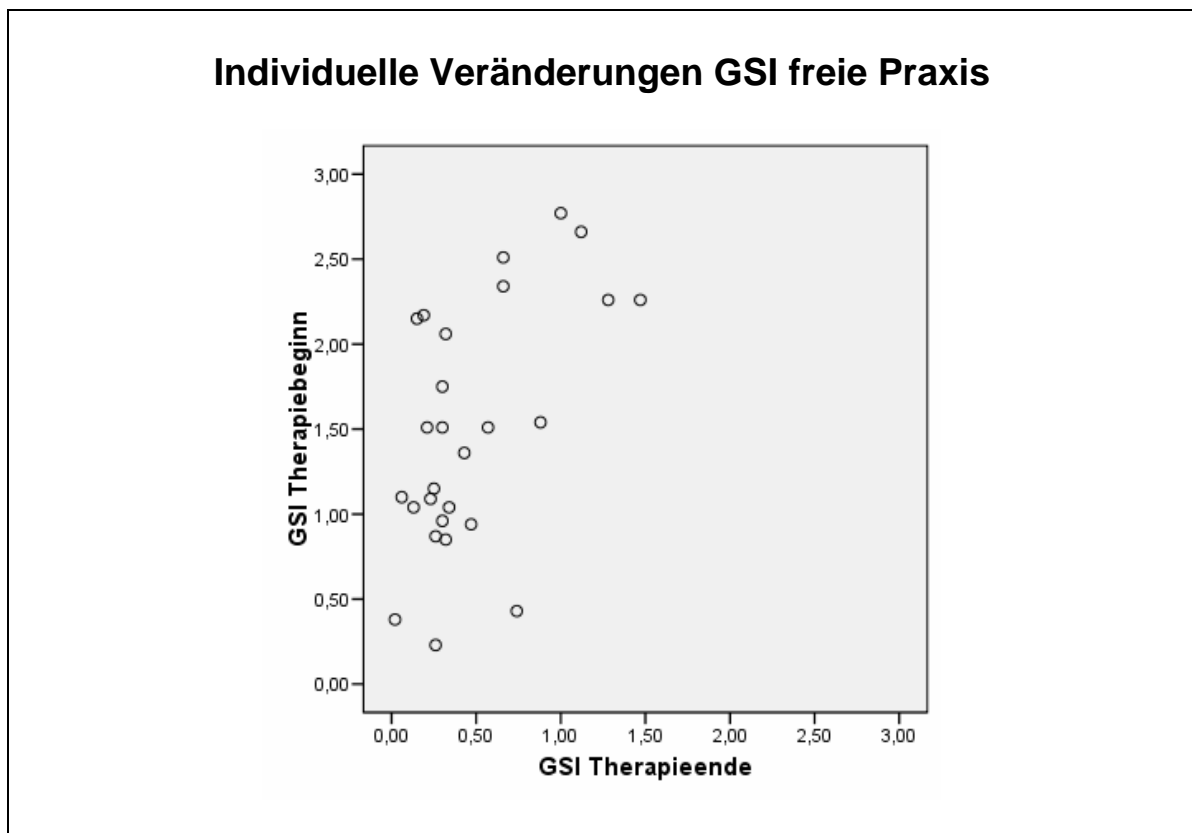


Abbildung 3: Individuelle Veränderung des GSI in der freien Praxis zwischen Therapiebeginn und Therapieende

Aus dem Anhang geht hervor, wie die Differenz in jedem Einzelfall auf statistische Signifikanz geprüft, d.h. gegen den Zufall abgesichert werden kann. Im Anhang wurde berechnet, dass sich in der Teilstichprobe "Freie Praxis" der GSI bei Therapiebeginn und –ende um 0,45 Punkte unterscheiden müssen, damit das Ergebnis **mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%** gegen den Zufall abgesichert ist. Diese Forderung ist in 24 der 27 Fälle, somit in **89% der Fälle** erfüllt.

3.1.2 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV 2001-R)

Bei Therapieende wurde der VEV von 19 Personen, 14 Frauen und fünf Männern mit einem Durchschnittsalter von 36,8 Jahren ($s = 14,3$) beantwortet. Zum Follow-Up-Zeitpunkt (ca. sechs Monate nach Abschluss der Therapien) wurde der VEV von sieben Personen, fünf Frauen und zwei Männern mit einem Durchschnittsalter von 45,3 Jahren ($s = 15,1$) beantwortet.

Abbildung 4 zeigt die Ergebnisse im VEV bei Therapieende. Es ist ersichtlich, dass überwiegend hoch signifikante Verbesserungen der Befindlichkeit berichtet wurden. In lediglich einem Fall kam es zu keiner Veränderung; Verschlechterungen wurden nicht berichtet.

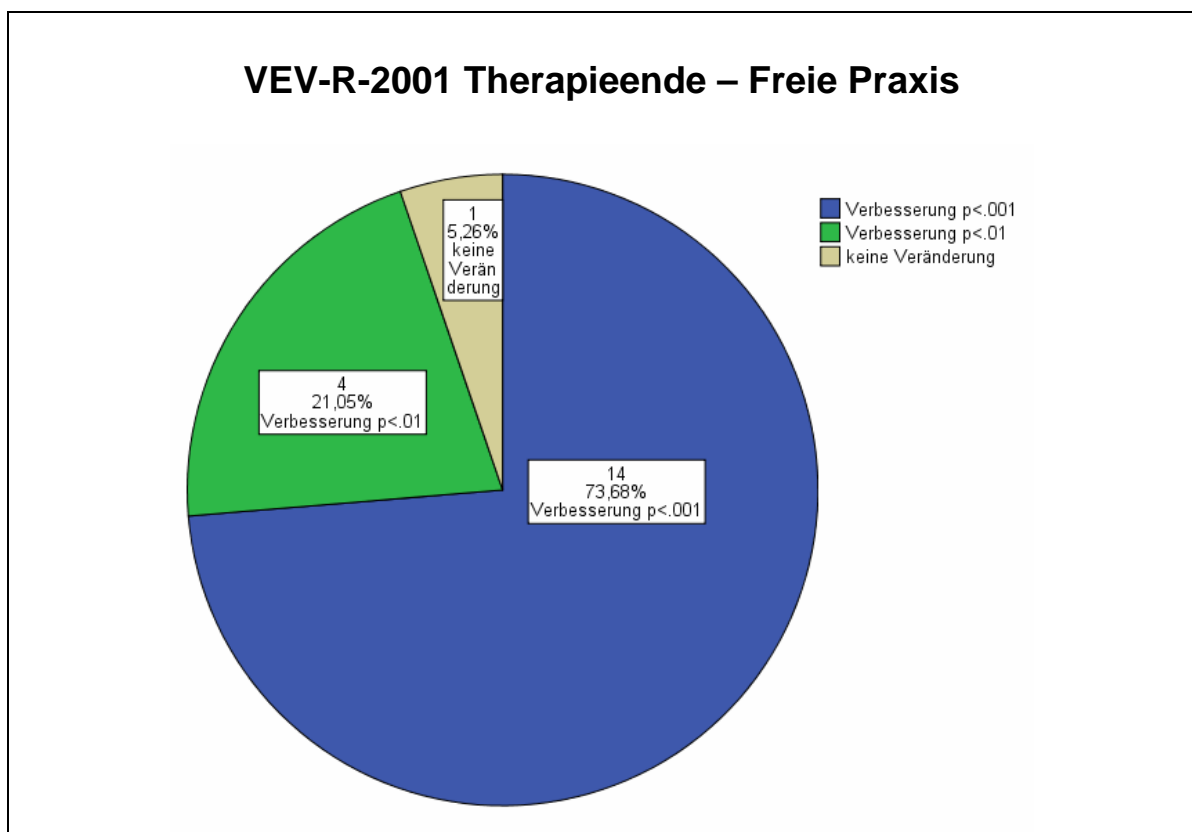


Abbildung 4: VEV-2001-R bei Therapieende (Freie Praxis)

Abbildung 5 zeigt die Einschätzungen der Klientinnen und Klienten zum Follow-Up-Zeitpunkt, welche sich mit jenen bei Therapieende decken.

3.2 Verein Aspiss - Einzeltherapien

Die Dauer der Therapien wurde in diesem Fall nicht exakt registriert. Sie ergibt sich aber in diesem Fall approximativ aus der Zeit zwischen dem ersten und dem letzten Evaluationszeitpunkt. Legt man diese ungefähren Daten zugrunde, ergibt sich für die Einzeltherapien eine durchschnittliche Therapiedauer von 14,8 Monaten ($s = 10,4$).

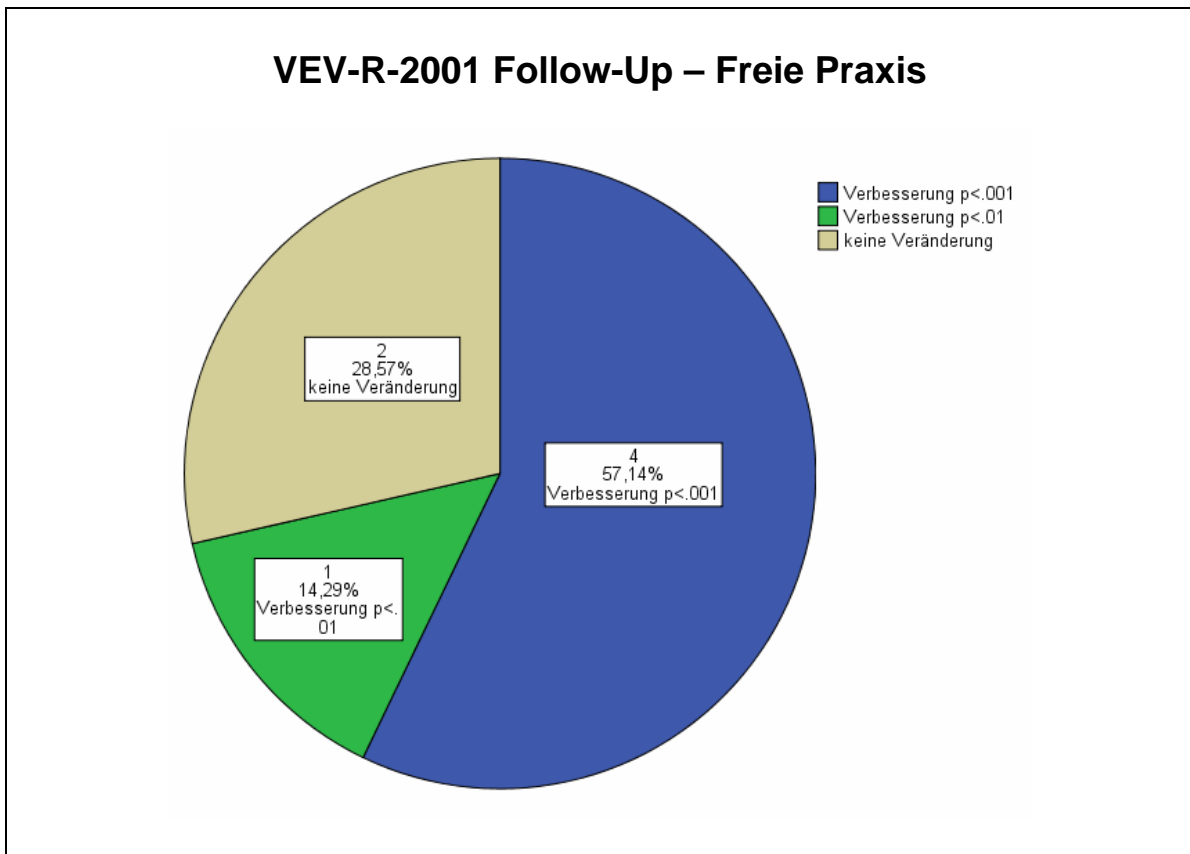


Abbildung 5: VEV-2001-R zum Follow-Up-Zeitpunkt (freie Praxis)

3.2.1 Brief Symptom Inventory (BSI)

Im Fall der ASPIS-Therapien wird das BSI von DolmetscherInnen in der Muttersprache der jeweiligen KlientInnen vorgegeben. Wie Hüttenbrenner (2004) zeigte, ließ sich die faktorielle Struktur des BSI in einem interkulturellen Kontext nicht replizieren. Aus diesem Grund wird in der Evaluation der Therapien von ASPIS auf eine Detailauswertung der neun Symptomskalen verzichtet und lediglich der zusammenfassende Gesamtscore "GSI" berechnet und interpretiert. Abbildung 5 zeigt den Boxplot⁸ mit dem GSI vor und nach der Einzelintervention.

Die in **Abbildung 6** dargestellte Symptomreduktion ist statistisch **hoch signifikant** ($p < .01$, $t = 6,860$, $df = 48$). Die zugehörige **Effektstärke**, welche das Ausmaß der Veränderung zeigt, beträgt **$d = 1,19$** . **Abbildung 7** zeigt die Veränderung der Normwerte des GSI zwischen Therapiebeginn und Therapieende.

⁸ Ein Boxplot gibt die vier Quartile wieder. Die niedrigsten 25% innerhalb der Stichprobe liegen zwischen dem unteren Ausläufer und dem unteren Ende des Rechtecks, die nächsten 25% liegen zwischen dem unteren Ende des Rechtecks und der fett gedruckten Mittellinie; weitere 25% liegen zwischen der fett gedruckten Mittellinie und dem oberen Ende des Rechtecks; schließlich liegen die obersten 25% zwischen dem oberen Ende des Rechtecks und dem oberen Ausläufer. Die fett gedruckte Mittellinie entspricht somit dem Median.

Mittlerer Rohwert des GSI ASPIS Einzeltherapie

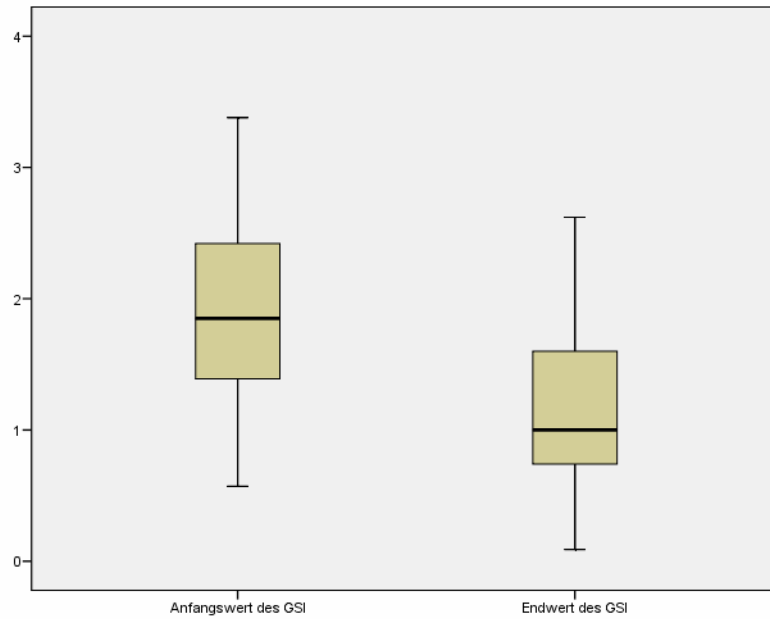


Abbildung 6: Boxplot mit dem GSI vor und nach der Einzelintervention bei ASPIS

Mittlerer Normwert des GSI ASPIS - Einzeltherapie

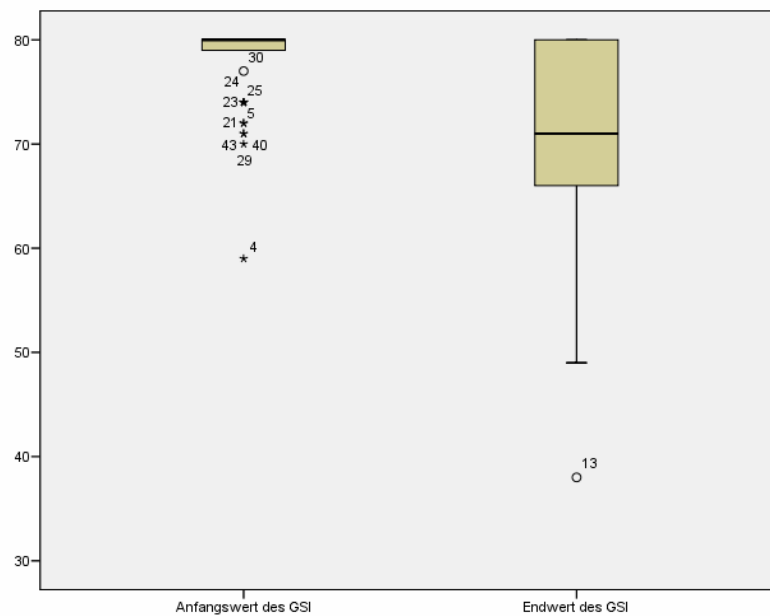


Abbildung 7: Normwerte (T-skaliert) des GSI in der Einzeltherapie von ASPIS (statistische Ausreißer sind im Boxplot durch die Fallnummern gekennzeichnet)

Aus **Abbildung 7** ist ersichtlich, dass nahezu alle KlientInnen vor Therapiebeginn im Bereich schwerster Symptombelastung ($T > 80$) lagen, während bei Therapieende etwa 50% der KlientInnen entweder in dem psychisch gesunden Bereich zwischen $T = 50$ und $T = 60$ oder im Grenzbereich klinischer Belastung (T zwischen 60 und 70) lagen. Hier ist auch in Rechnung zu stellen, dass die exogene Belastung durch das oft noch laufende Asylverfahren oder durch schwierige Lebensbedingungen nach Asylgewährung bei Therapieende fast durchwegs noch gegeben war.

Abbildung 8 zeigt die individuellen Veränderungen in jedem Einzelfall.

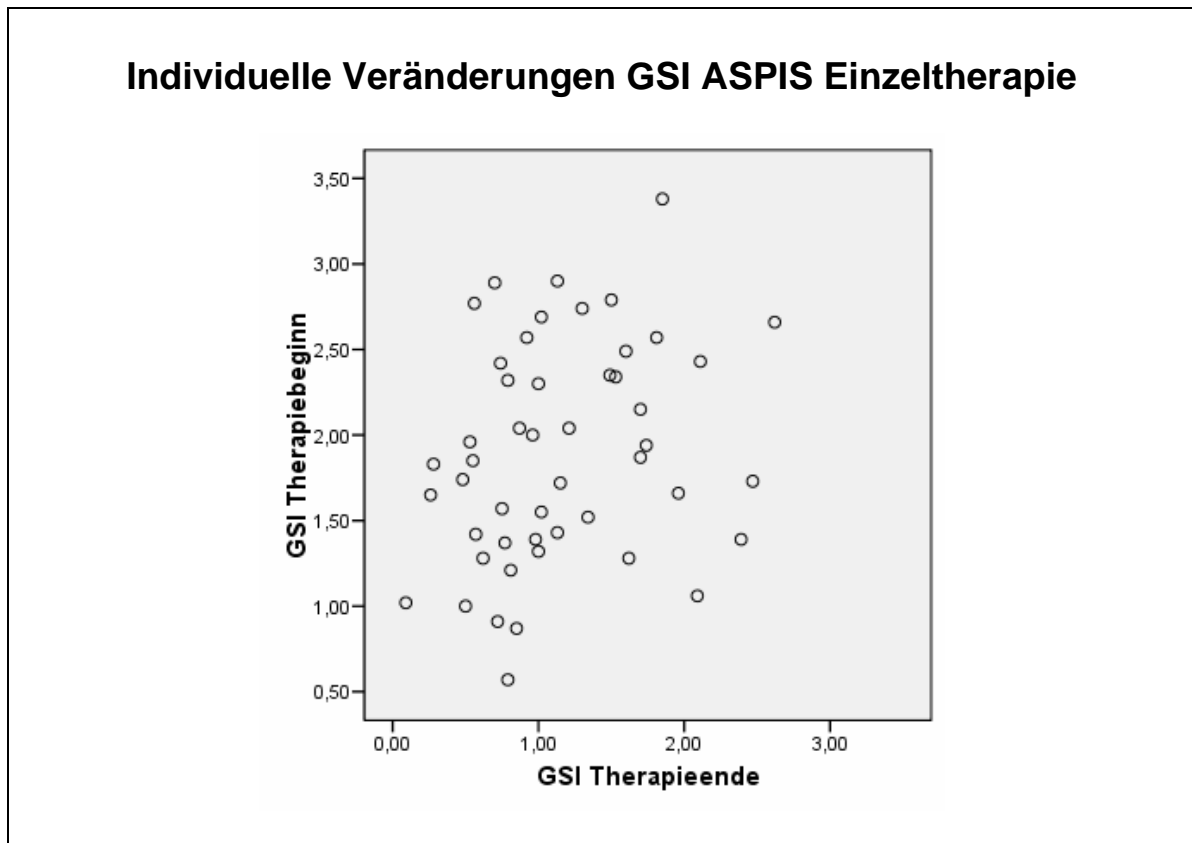


Abbildung 8: Individuelle Veränderung des GSI in der ASPIS-Einzeltherapie zwischen Therapiebeginn und Therapieende

Aus dem Anhang zum Reliable Change Index ist ersichtlich, dass sich der GSI zu Therapiebeginn und zu Therapieende in dieser Teilstichprobe um 0,39 Punkte unterscheiden muss, damit das Ergebnis mit einer **Wahrscheinlichkeit von 95% gegen den Zufall** abgesichert ist. **Dies ist bei 24 der 49 Personen, somit in 62% der Fälle** gegeben.

3.2.2 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV-2001-R)

Abbildung 9 zeigt die Ergebnisse des VEV bei Abschluss der Therapien. In der weit überwiegenden Zahl der Fälle wurden auch hier hoch signifikante Veränderungen erzielt. Lediglich in insgesamt zwei Fällen wurden Verschlechterungen konstatiert.

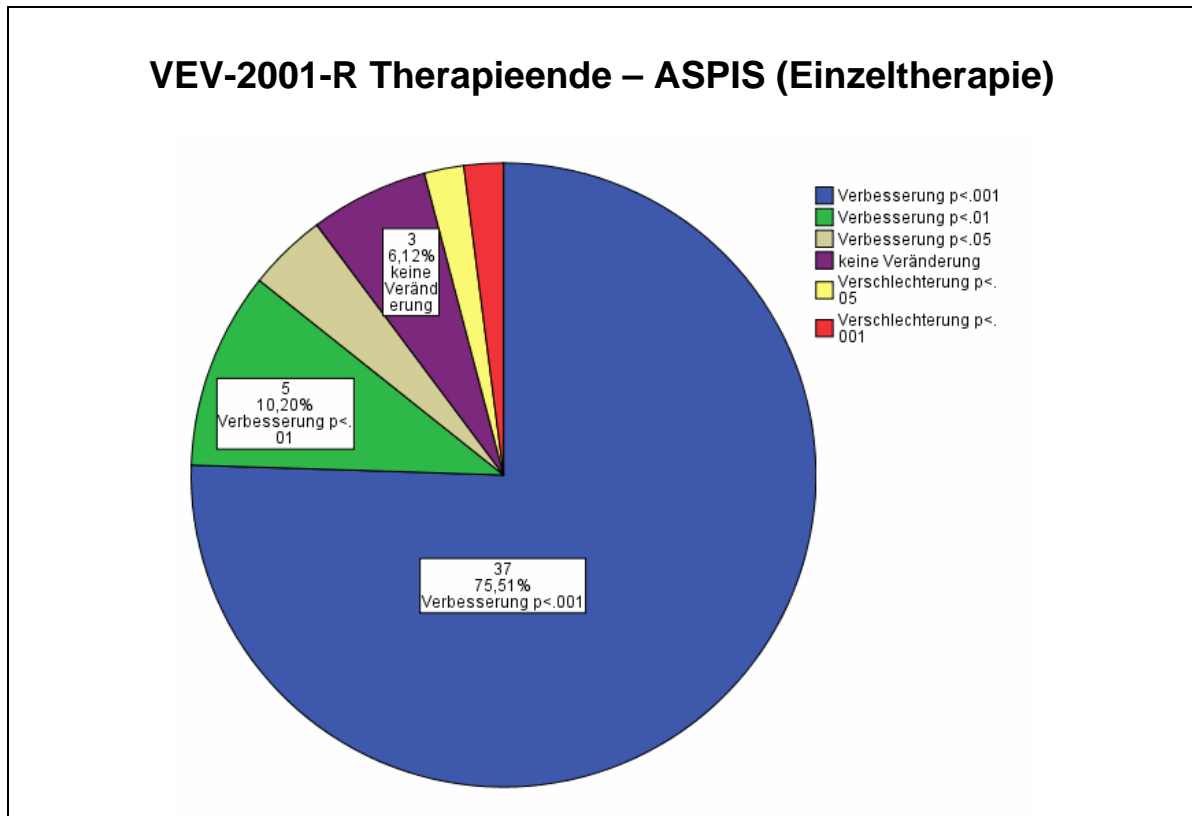


Abbildung 9: VEV-2001-R bei Therapieende der ASPIS-Einzeltherapien

3.3 Verein ASPIS – Gruppentherapien

Wie bei den Einzeltherapien lässt sich auch hier die Dauer der Gruppentherapie nur approximativ angeben. Legt man die halbjährlichen Evaluationszeitpunkte zugrunde, beträgt die durchschnittliche Dauer der Gruppentherapien 10,0 Monate ($s = 5,5$).

3.3.1 Brief Symptom Inventory (BSI)

Wie bei den Einzeltherapien ist es, den Ergebnissen von Hüttenbrenner (2004) folgend, im interkulturellen Kontext lediglich sinnvoll, den Gesamtscore GSI zu interpretieren, nicht aber die symptomspezifischen Skalen des BSI. Der Box-Plot in **Abbildung 10** zeigt die Werte des GSI vor und nach der Gruppentherapie.

Die in **Abbildung 10** gezeigte Symptomreduktion ist statistisch hoch signifikant ($p < .01$, $t = 6,428$, $df = 26$). Die Effektstärke beträgt $d = 1,36$. **Abbildung 11** zeigt die Veränderung der Normwerte im Zuge der Gruppentherapie.

Mittlerer Rohwert des GSI - ASPIS Gruppentherapie

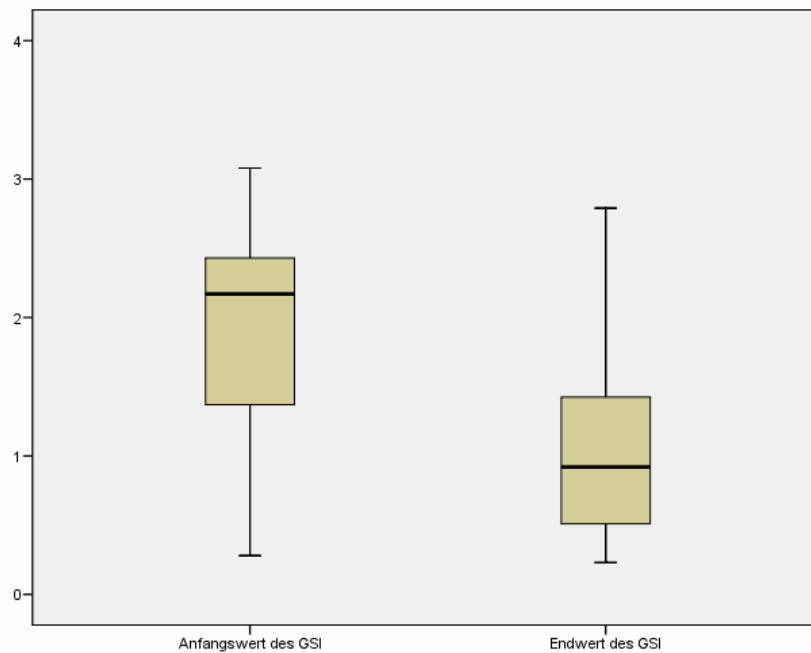


Abbildung 10: Boxplot mit dem GSI vor und nach der Gruppentherapie bei ASPIS

Mittlerer Normwert des GSI - ASPIS Gruppentherapie

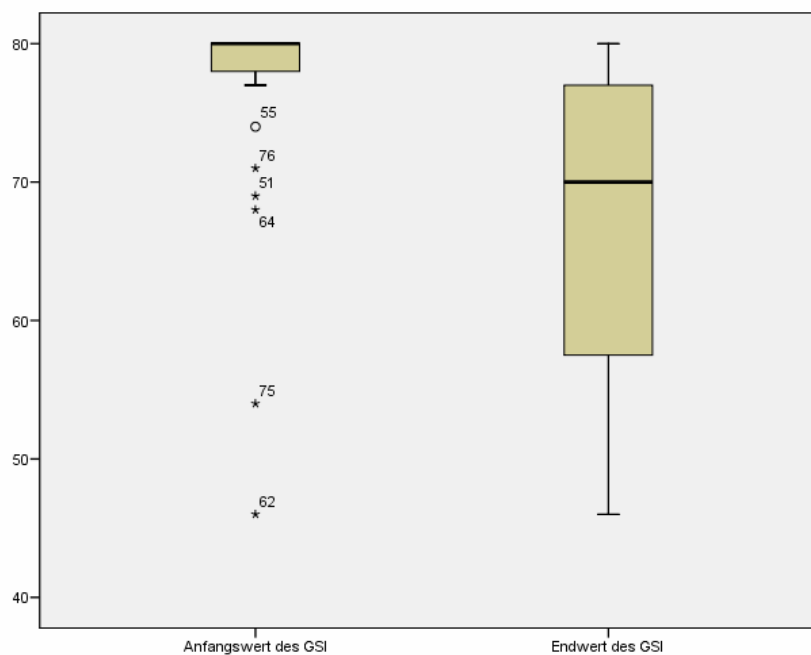


Abbildung 11: Normwerte des GSI (T-skaliert) in der Gruppentherapie von ASPIS (statistische Ausreißer sind im Boxplot durch die Fallnummern gekennzeichnet)

Ähnlich wie bei der Einzeltherapie sehen wir hier, dass etwa 25% der anfangs durchwegs sehr schwer beeinträchtigten KlientInnen in den psychischen Normalbereich zurückkehrten und etwa weitere 25% im Grenzbereich klinischer Belastung mit T-Werten zwischen 60 und 70 liegen).

Abbildung 12 zeigt die individuellen Veränderungen im Zuge der ASPIS-Gruppentherapie,

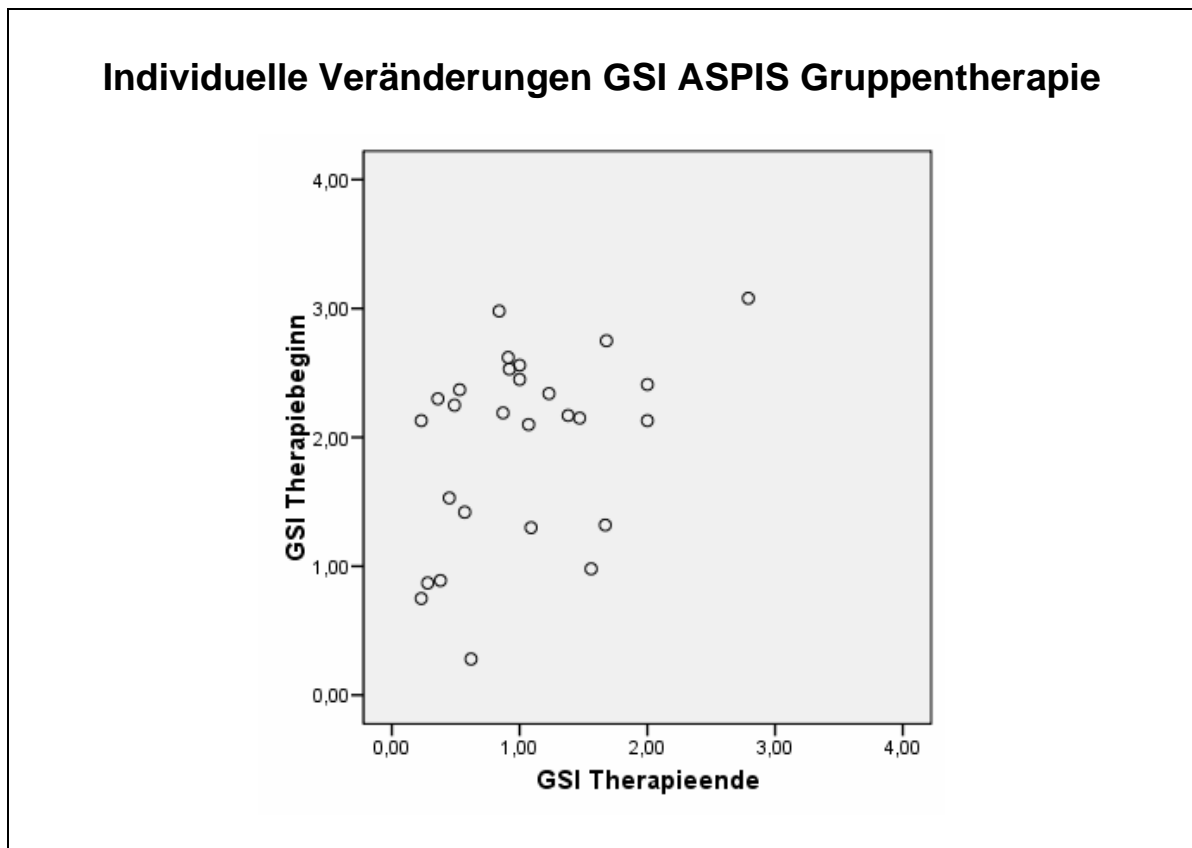


Abbildung 12: Individuelle Veränderung des GSI in der ASPIS-Gruppentherapie zwischen Therapiebeginn und Therapieende

Wieder lässt sich das Ergebnis mittels Reliable Change Index inferenzstatistisch absichern. Aus dem Anhang geht hervor, dass sich in der aktuellen Teilstichprobe der GSI bei Therapiebeginn und Therapieende um 0,45 Punkte unterscheiden muss, damit die Differenz **mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%** gegen den Zufall abgesichert ist. Dies ist bei 20 der 27 Personen oder in **74% der Fälle** gegeben.

3.3.2 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV-2001-R)

Abbildung 13 zeigt die Ergebnisse des VEV bei Abschluss der Gruppentherapien. Ähnlich wie im Fall der Einzeltherapien wurden auch hier in den meisten Fällen hoch signifikante Veränderungen erzielt. In lediglich zwei Fällen kam es zu keinen signifikanten Veränderungen. Signifikante Verschlechterungen wurden in keinem Fall berichtet.

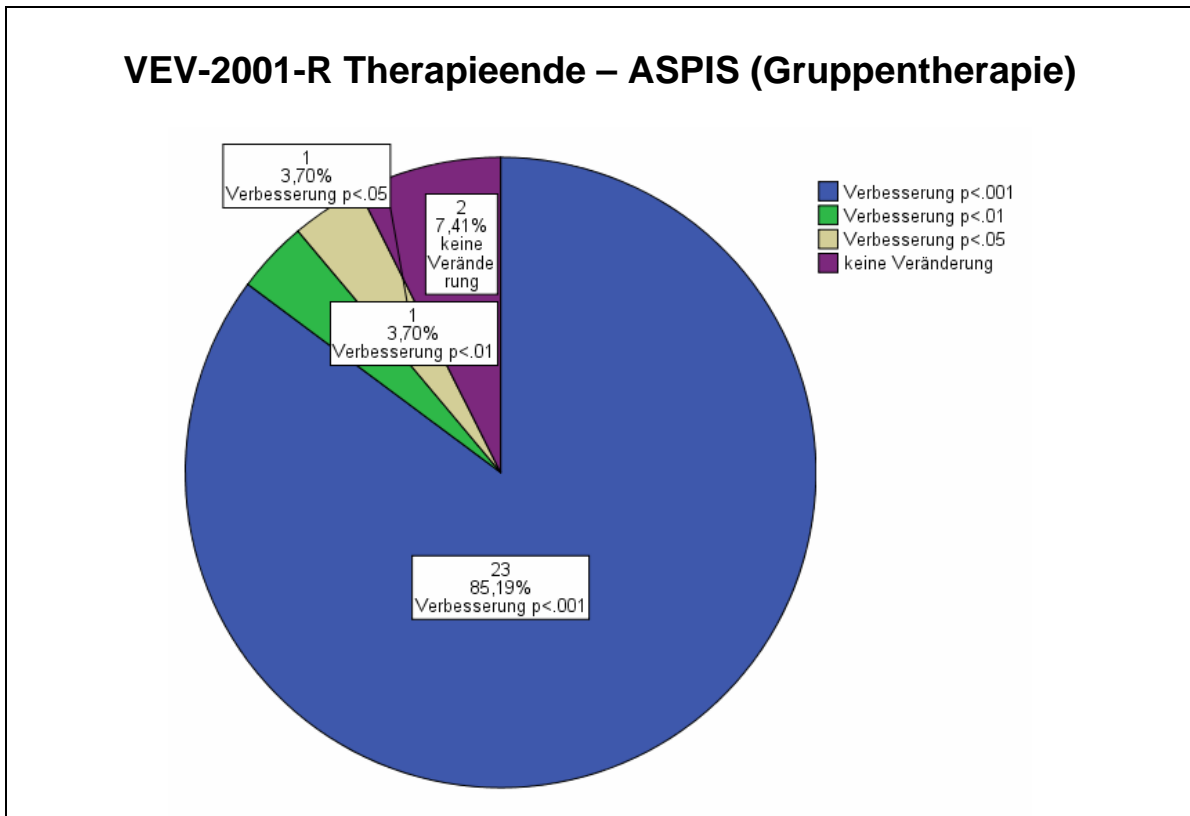


Abbildung 13: VEV-2001-R bei Therapieende der ASPIS-Gruppentherapien

3.4 IFP Caritas Kärnten - Einzeltherapien

Die Therapien dauerten durchschnittlich 15,1 Monate (Min. = 9, Max. = 27 Monate, s = 5,4).

3.4.1 Brief Symptom Inventory (BSI)

Alle Klientinnen beantworteten das BSI bei Therapiebeginn, einige Monate danach sowie bei Therapieende. Neun der 19 Klientinnen beantworteten das BSI auch im Rahmen der Katamnese sechs Monate nach Therapieende.

Abbildung 14 zeigt die erzielten durchschnittlichen Rohwerte. Es ist ersichtlich, dass es bereits wenige Monate nach Therapiebeginn zu einer deutlichen Abnahme der Symptomatik kam und diese Verbesserungen bis zum Therapieabschluss noch ausgebaut werden konnten. Zwischen dem Therapieende und der Follow-Up-Messung zum sechsmonatigen Katamnesezeitpunkt kam es zu weiteren Verbesserungen.

Die Varianzanalyse für Messwiederholungen ergibt einen hoch signifikanten Effekt für den Faktor "Zeit" ($p = .0002$). Zur weiteren Veranschaulichung des Ausmaßes der Veränderung wurde für den GSI, also für das Maß der psychischen Gesamtbelastung die Effektstärke berechnet. Diese beträgt $d = 3,6$.

Zusätzlich zu den Veränderungen der Rohwerte sind auch die Veränderungen der Normwerte von Interesse. Diese sind in **Abbildung 15** dargestellt.

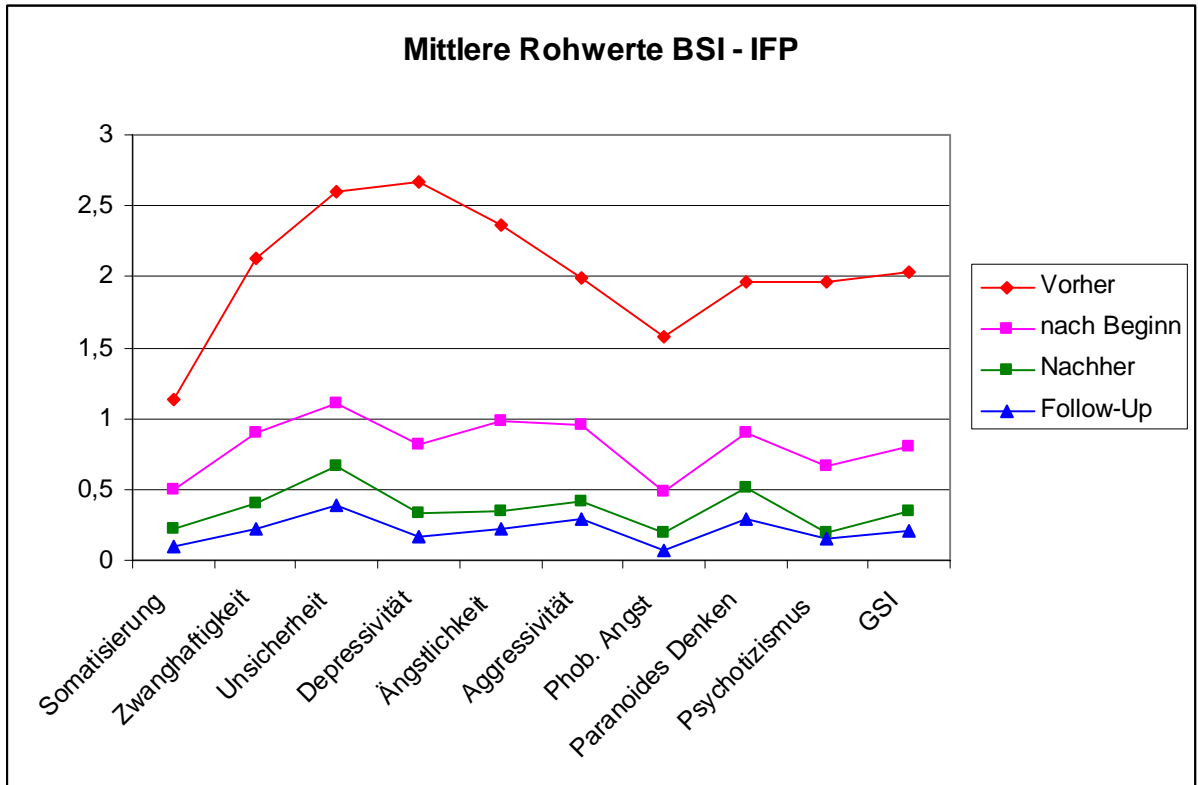


Abbildung 14: BSI-Rohwerte im IFP zu den vier Messzeitpunkten

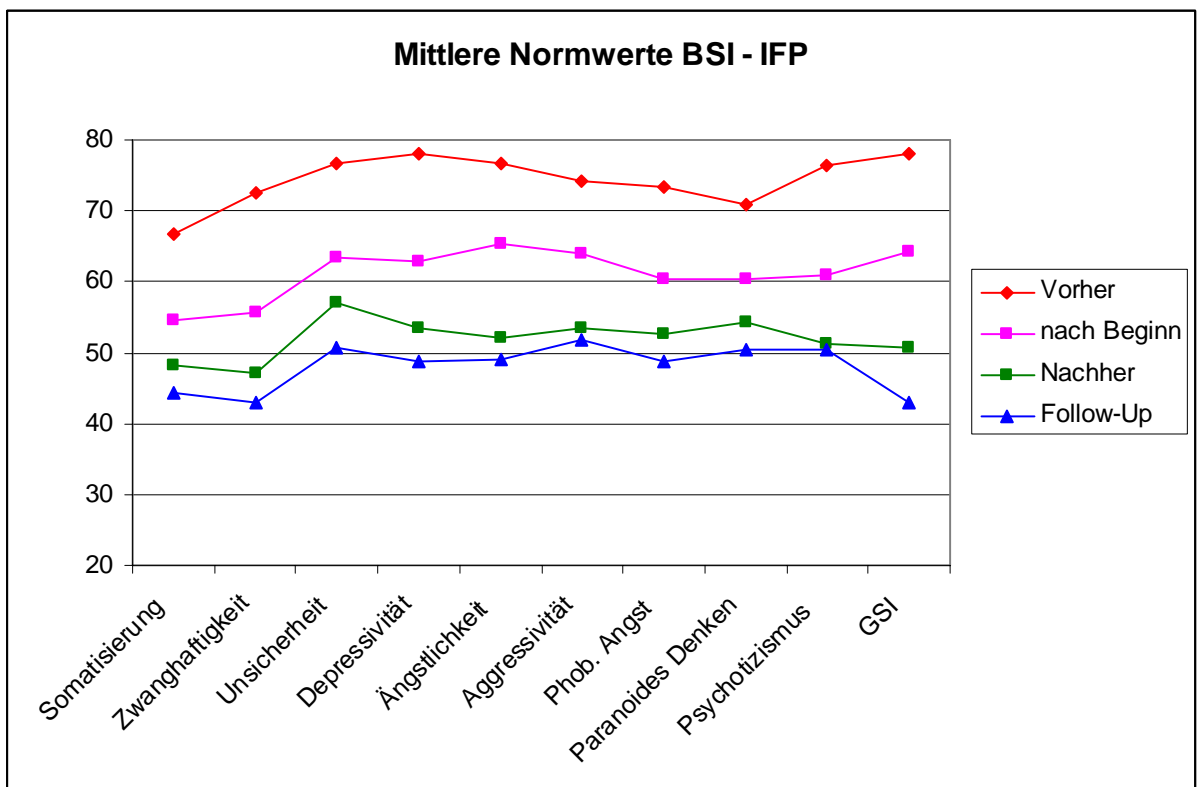


Abbildung 15: BSI-Normwerte (T-Werte) im IFP zu den vier Messzeitpunkten

Die Bedeutung der T-Skalierung wurde oben unter Punkt 3.1.1 bereits erklärt. Aus Abbildung 15 ist ersichtlich, dass es auf allen Skalen zu einer Veränderung vom psychisch erheblich beeinträchtigten in den "gesunden" Bereich kommt. In Übereinstimmung mit Abbildung 14 zeigt sich auch hier, dass die bei Therapieende aufgezeigten Verbesserungen bis zum Follow-Up-Zeitpunkt sechs Monate danach noch ausgebaut werden konnten.

Abbildung 16 zeigt die in den 19 Einzelfällen erzielten Veränderungen hinsichtlich des GSI als Maß für die Symptombelastung insgesamt über die neun symptom-spezifischen Skalen des BSI hinweg.

Aus dem Anhang geht hervor, dass sich in der Teilstichprobe des IFP der GSI zu Therapiebeginn und bei Therapieende um 0,39 Punkte unterscheiden muss, damit die Differenz auf dem 5%-Signifikanzniveau inferenzstatistisch abgesichert ist. Dies ist in **allen 19 Fällen** gegeben.

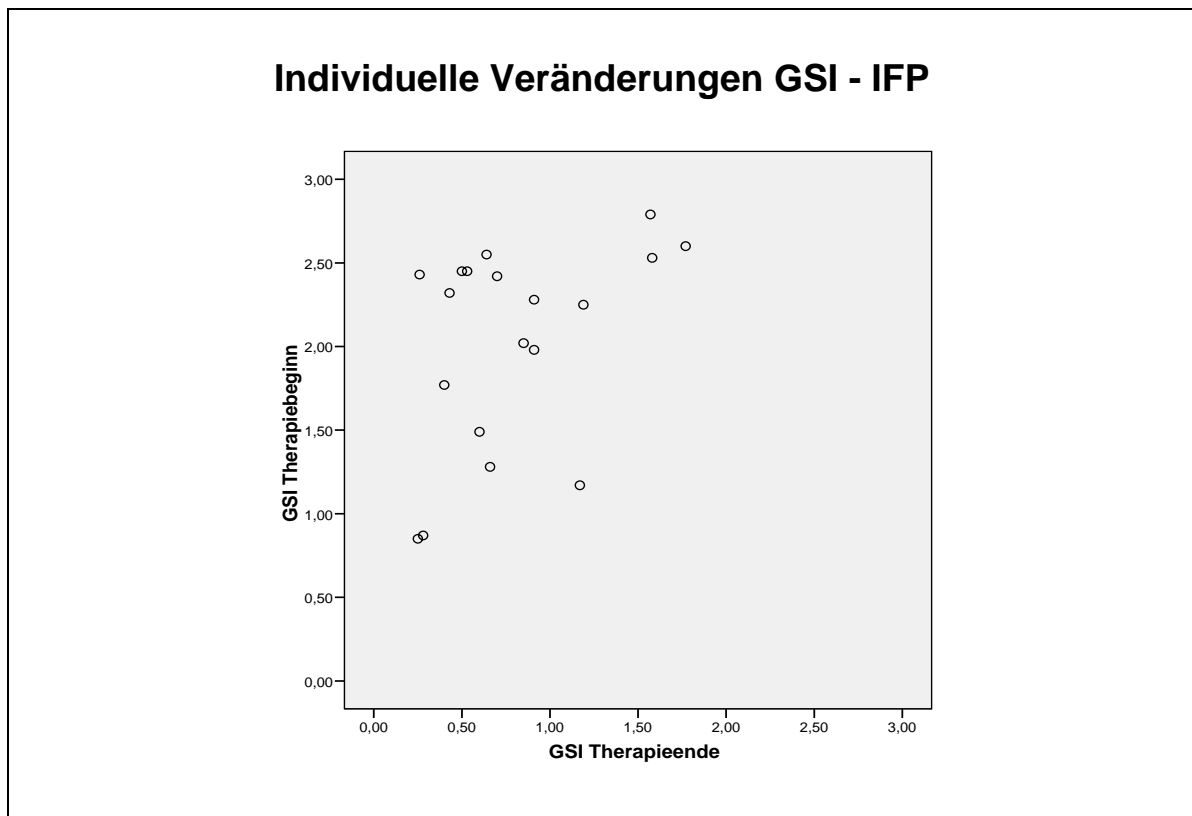


Abbildung 16: Individuelle Veränderung des GSI im IFP zwischen Therapiebeginn und Therapieende

3.4.2 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV 2001-R)

Alle 19 Frauen, welche das BSI beantwortet hatten, füllten bei Therapieabschluss auch den VEV aus. Anlässlich der Katamnese, somit ca. sechs Monate nach Therapieabschluss, wurde der VEV 2001-R neuerlich vorgegeben. Zu diesem Zeitpunkt beteiligten sich jene neun Frauen an der Erhebung, welche zum Katamnesezeitpunkt auch das BSI beantwortet hatten.

In allen Fällen, sowohl bei Therapieabschluss, als auch im Rahmen der Katamnese wurden hoch signifikante Verbesserungen ($p < 0,001$) im Erleben und Verhalten berichtet.

3.5 IFP Caritas Kärnten und "pro mente Spittal" - Gruppentherapien

Alle neun Klientinnen und Klienten von "pro mente" und alle vier Klientinnen und Klienten des IFP beantworteten sowohl das BSI als auch den VEV-2001-R. Die Gruppentherapie bei "pro mente" dauerte von 6. 10. 2005 bis 26. 1. 2006, jene beim IFP von 9. 9. 2008 bis 23. 3. 2009.

3.5.1 Brief Symptom Inventory (BSI)

Abbildung 17 zeigt die Rohwerte unmittelbar vor den Gruppentherapien, einen bzw. drei Monate nach Therapiebeginn sowie bei Therapieende.

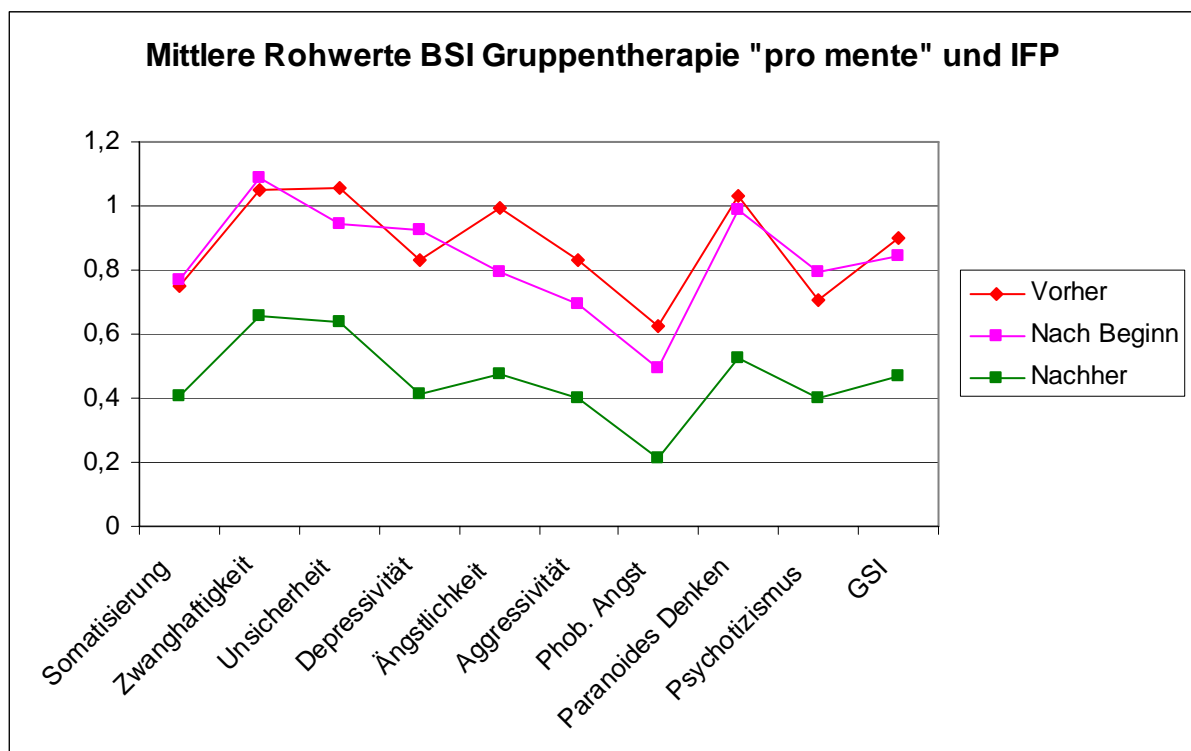


Abbildung 17: BSI-Rohwerte der Gruppentherapien bei "pro mente" und IFP zu den drei Messzeitpunkten

Die Abbildung zeigt, dass es einen Monat nach Beginn noch zu keinen wesentlichen Veränderungen kam. Somit führt auch die Varianzanalyse für Messwiederholungen hier noch zu keinem signifikanten Ergebnis ($p = .691$).

Am Ende der Gruppentherapie ist es hingegen auf allen Skalen des BSI zu deutlichen Verbesserungen gekommen, wie **Abbildung 17** zeigt. Über alle drei Messzeitpunkte ergibt die Varianzanalyse eine hoch signifikante Symptomreduktion ($p < .01$). Die Skalen unterscheiden sich nicht voneinander hinsichtlich des Ausmaßes der erzielten Veränderungen ($p = .684$).

Wieder wurde für den globalen Index **GSI** die Effektstärke berechnet, um das Ausmaß der erzielten Veränderungen abschätzen zu können. Sie beträgt für den Vergleich der Vorher- mit der Nachher-Messung $d = 1,24$.

Wie bei der Evaluation der Therapien in freier Praxis wurden auch hier zusätzlich zu den Rohwerten die Normwerte berechnet, um zu sehen, in welchem Ausmaß die Klientinnen und Klienten aus einem klinisch problematischen Bereich in den gesunden Bereich zurückkehrten. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Verwendung von Normwerten zu Verzerrungen führen kann, sodass die Berechnung von statistischer Signifikanz und Effektstärken in diesem Fall unterbleibt. Die Normwerte sind aus **Abbildung 18** ersichtlich.

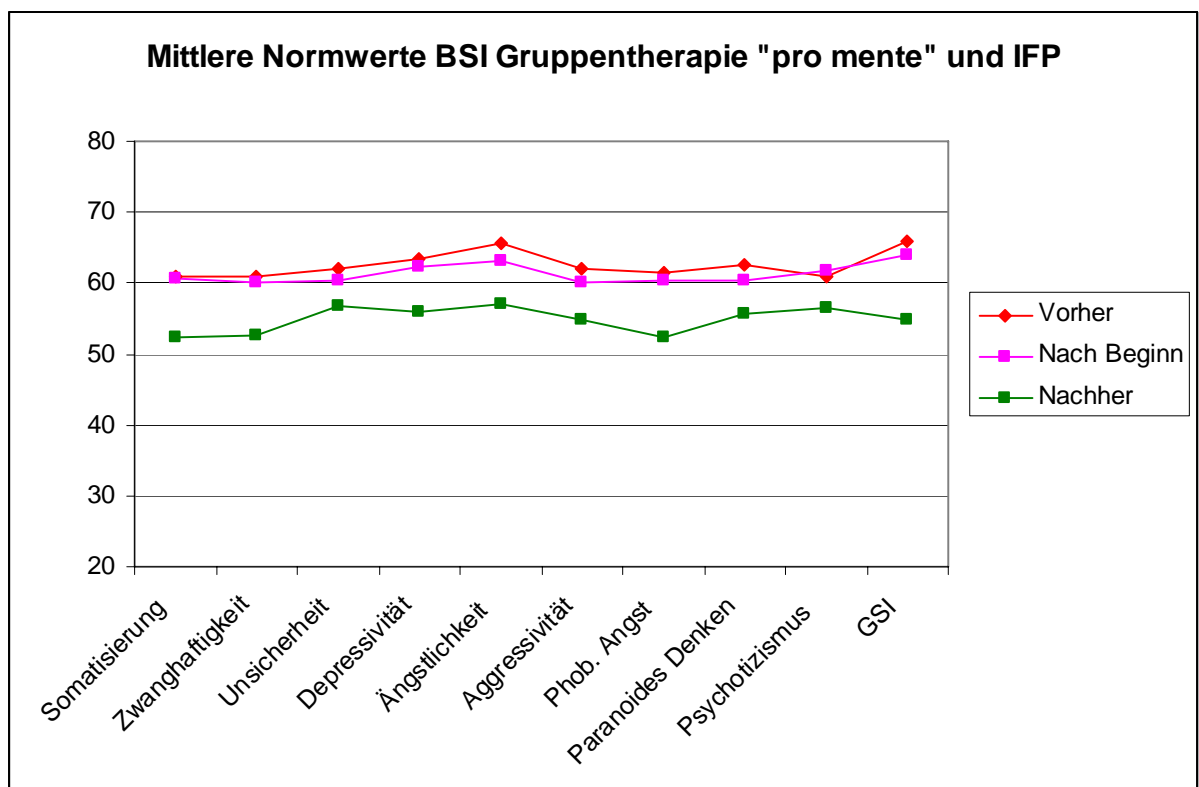


Abbildung 18: BSI-Normwerte (T-Werte) der Gruppentherapien bei "pro mente" und IFP zu den drei Messzeitpunkten

Aus **Abbildung 18** ist erkennbar, dass sich die Klientinnen und Klienten **zu Therapiebeginn im "Grenzbereich" klinischer Belastung** (mit T-Werten **zwischen 60 und 70**) in einen nur noch **leicht** beeinträchtigten Bereich (**T zwischen 50 und 60**) zurückkehrten.

Aus **Abbildung 19** sind die individuellen Veränderungen in jedem der 13 Einzelfälle ersichtlich. Aus dem Anhang geht hervor, dass sich in der aktuellen Stichprobe der GSI bei Therapiebeginn und bei Therapieende um 0,25 Punkte unterscheiden muss, damit die Differenz **mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% gegen den Zufall** abgesichert ist. Die ist bei zehn der 13 Personen, somit in **77% der Fälle** gegeben. Signifikante Verschlechterungen liegen nicht vor.

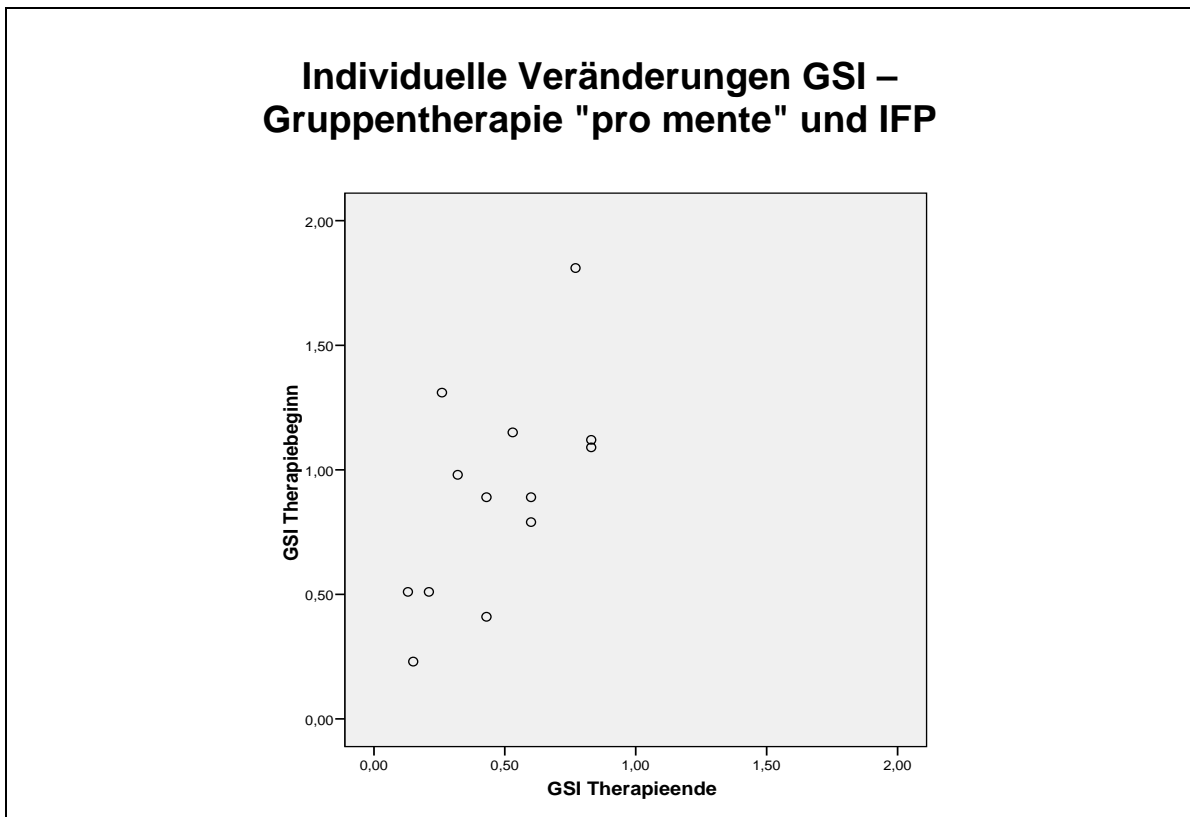


Abbildung 19: Individuelle Veränderung des GSI in der Gruppentherapie bei "pro mente" und IFP zwischen Therapiebeginn und Therapieende

3.5.2 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV 2001-R)

Die Ergebnisse des VEV 2001-R zum Zeitpunkt des Therapieendes sind aus **Abbildung 20** ersichtlich.

Abbildung 20 zeigt, dass in der weit überwiegenden Zahl der Fälle signifikante Verbesserungen wahrgenommen wurden, während dies in drei Fällen nicht der Fall war.

VEV-2001-R Therapieende – Gruppentherapie "pro mente" und IFP

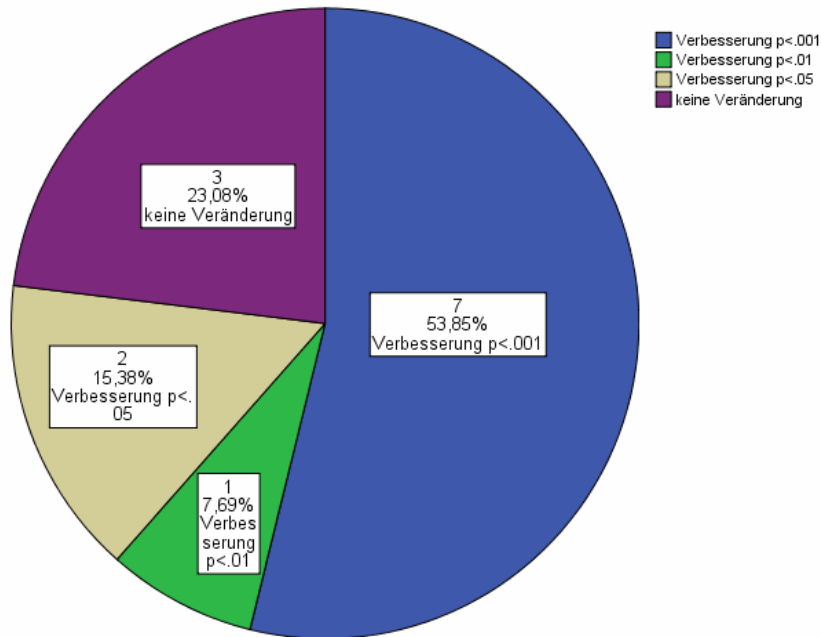


Abbildung 20: VEV-2001-R bei Therapieende (Gruppentherapie "pro mente" und IFP)

4. Diskussion der Ergebnisse

4.1 Unzulänglichkeiten der aktuellen Studie

Die vorliegende Untersuchung versteht sich als Explorationsstudie, welche die möglichen Effekte von Psychodrama zum Thema hat. Dies betrifft insbesondere die Reduktion klinischer Symptome, jedoch auch die retrospektiv wahrgenommenen und therapeutisch induzierten Veränderungen.

Hinsichtlich beider Aspekte konnten in allen fünf Teilstichproben erfreuliche Erfolge dokumentiert werden. Im Gegensatz zu kontrollierten Wirksamkeitsstudien, die allerdings einen wesentlich höheren personellen und finanziellen Aufwand erfordern würden, verzichtete die aktuelle Untersuchung auf **Kontrollgruppen**. Somit sind keine Aussagen dazu möglich, wie sich die Symptomatik verändert hätte, wenn (a) keine Therapie erfolgt wäre oder wenn (b) eine andere Intervention stattgefunden hätte. Insbesondere konnte anhand des aktuellen Forschungsdesigns auch nicht berücksichtigt werden, welche anderen, **zusätzlichen Interventionen** parallel zum Psychodrama in Anspruch genommen wurden. Dies betrifft vor allem mögliche pharmakologische sowie stationäre psychiatrische Behandlungen.

Die eingangs beschriebene Vorgangsweise (Abgabe lediglich kompletter Datensätze mit mindestens einer Vorher-Nachher-Erhebung durch die TherapeutInnen) kann freilich auch kritisiert werden, weil im aktuellen Forschungsdesign **Therapieabbrüche** unberücksichtigt blieben und dadurch viele negative Verläufe im Sinne eines "reporting bias" von vornherein unbekannt bleiben.

4.2 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Studie wurden für psychodramatische Einzel- und Gruppentherapie durchwegs **Effektstärken** ermittelt, welche **deutlich über 1,00** liegen.

Bisherige Resultate zur Wirksamkeit von Psychodrama sind uneinheitlich. Tschuschke und Anbeh (2004) berichten für eine zu Therapiebeginn klinisch wenig beeinträchtigte Stichprobe eine durchschnittliche Effektstärke von lediglich 0,55, zitieren allerdings eine nicht-kontrollierte Studie von Rezaeian, Mazumdar und Sen (1997) mit einer durchschnittlichen Effektstärke von 1,51. In einer umfassenden U.S.-amerikanischen Meta-Analyse von insgesamt 25 Studien zur Wirksamkeit von Psychodrama im Gruppensetting fanden Kipper und Ritchie (2003) eine durchschnittliche Effektstärke von 0,95 im Vergleich von Experimental- und Kontrollgruppen.

Zu bedenken ist, dass sich die in der aktuellen Studie erzielten Effektstärken auf einen einfachen Vorher-Nachher-Vergleich innerhalb der Interventionsgruppe, nicht jedoch auf einen Vergleich mit einer Kontrollgruppe beziehen. Nimmt man mit Smith, Glass und Miller (1980) für Placebo-Treatment (und somit für Kontrollgruppen) eine Effektstärke von ca. 0,55 an, stehen die Ergebnisse der aktuellen Studie **in guter Übereinstimmung mit der Meta-Analyse von Kipper und Ritchie (2003)**. Für die aktuellen Ergebnisse ist noch einschränkend festzuhalten, dass die in der vorliegenden Studie in der Teilstichprobe der IFP-Einzeltherapien gefundene besonders hohe durchschnittliche Effektstärke auf dem Datenmaterial einer einzigen, besonders erfahrenen Lehrtherapeutin für Psychodrama beruht, so dass eine Verallgemeinerung dieses Ergebnisses allein schon deshalb kaum möglich erscheint.

Trotz der oben genannten Einschränkungen zeigt die aktuelle Studie, dass psychodramatische Einzel- und Gruppentherapie **in hohem Maß wirksam** ist. Diese Wirksamkeit betrifft sowohl die Reduktion **klinischer Symptome** als auch darüber hinausgehende **subjektiv wahrgenommene Veränderungen im Erleben und Verhalten**.

Aufgrund der genannten methodischen Einschränkungen erlaubt die vorliegende Studie allerdings noch keine verlässlichen Aussagen über das **Ausmaß** der mittels Psychodrama **regelmäßig zu erwartenden** therapeutischen Veränderungen, **insbesondere im Vergleich zu anderen psychotherapeutischen Verfahren**. Um derartige Aussagen mit der nötigen Verlässlichkeit treffen zu können, wären **Kontrollgruppendesigns** erforderlich, in welche insbesondere auch **Therapieabbrüche** einfließen sollten. Darüber hinaus wären die Einschlusskriterien noch weit stringenter zu handhaben als dies in der aktuellen Untersuchung erfolgen konnte, und es sollten TherapeutInnen mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund an der Studie teilnehmen.

Die aktuellen Ergebnisse könnten jedoch einen brauchbaren Ausgangspunkt für die Planung und Durchführung weiterführender Studien bilden. Diese sollten insbesondere darauf abzielen, die Resultate der vorliegenden Explorationsstudie unter kontrollierten Bedingungen zu replizieren.

5. Literatur

Bortz, J. & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation* (2. Aufl.). Berlin u.a.: Springer.

Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual II for the R(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc.

Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.

Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.

Hüttenbrenner, E. (2004). *Diagnostische Verfahren zur Identifizierung eines psychologischen Traumas bei Asylwerbern und Asylwerberinnen unter Berücksichtigung des kulturellen Aspekts*. Diplomarbeit, Universität Klagenfurt.

Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

Kipper, D. A. & Ritchie, T. D. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7, 13-25.

Rezaeian, M. P., Mazumdar, D. P. S. & Sen, A. K. (1997). The effectiveness of psychodrama in changing the attitudes among depressed patients. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 13, 19-23.

Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.

Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. J. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: J. Hopkins Univ. Press.

Tschuschke, V. & Anbeh, T. (2004). Therapieeffekte ambulanter Psychodrama-Gruppenbehandlung – Ergebnisse der PAGE-Studie. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 3, 85-94.

Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens*. Göttingen: Beltz.

Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (2001). Der VEV-R-2001: Entwicklung und testtheoretische Reanalyse der revidierten Form des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (VEV). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 53, 7-19.

6. Anhang:

Berechnung des Reliable Change Index für den Globalen Index GSI des Brief Symptom Inventory (BSI)⁹

Jacobson und Truax (1991) geben zur Berechnung des Reliable Change Index (RC) folgende Formel an:

$$RC = \frac{x_1 - x_2}{s_{diff.}}$$

Ist der RC größer als 1,96, kann geschlossen werden, dass die beobachtete Differenz nicht auf bloßem Zufall beruht.

RC wird laut obiger Formel als Quotient aus der Prae-Post-Differenz und dem Standardfehler der Differenz berechnet. Dieser wiederum wird folgendermaßen ermittelt:

$$s_{diff.} = \sqrt{2(s_E)^2}$$

Die Formel für den Standardmessfehler (s_E) schließlich lautet:

$$s_E = s_1 \sqrt{1 - r_{tt}}$$

wobei s_1 die Standardabweichung der ersten Messung und r_{tt} die Reliabilität des Tests bezeichnen.

Im vorliegenden Fall beträgt die aus bisherigen und aktuellen Daten berechnete Interne Konsistenz (Reliabilität) des GSI zumindest $\alpha = 0,95$. Die Standardabweichung der Prae-Messung ist in der folgenden Tabelle in der ersten Spalte, der Standardmessfehler bzw. s_{diff} sind in der zweiten und dritten Spalte für die fünf Teilstichproben angegeben.

Teilstichprobe	s₁	s_E	s_{diff.}	x₁-x₂
Freie Praxis	0,72	0,16	0,23	0,45
ASPIS einzeln	0,64	0,14	0,20	0,39
ASPIS Gruppe	0,74	0,16	0,23	0,45
IFP einzeln	0,61	0,14	0,20	0,39
IFP/pro mente Gruppe	0,42	0,09	0,13	0,25

Die letzte Spalte der Tabelle gibt an, um welchen Betrag sich der GSI zwischen Therapiebeginn und –ende unterscheiden muss, damit ein Reliable Change Index von 1,96 überschritten wird, sodass das Ergebnis mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% gegen den Zufall abgesichert ist.

⁹ Entnommen aus: Walter Renner (2008). ASPIS. Evaluation von Psychotherapie und psychotherapeutischen Begleitmaßnahmen 2008. Alpen-Adria-Universität Klagenfurt.