



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Zwischen Mediennutzung und Gemeinschaft:  
Erfahrungen mit gemischten Gruppeninterventionen.“

verfasst von / submitted by

Mag.<sup>a</sup> Sophia Sigl BSc

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

Wien, 2017 / Vienna 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter

## **Danksagung**

Zuallererst möchte ich allen InterviewpartnerInnen danken, dass sie sich für diese Nachbefragung gemeldet und zur Verfügung gestellt, und alle unsere Fragen so großzügig beantwortet haben.

Zu großem Dank bin ich auch meinem Betreuer, Herrn Professor Laireiter verpflichtet, der nicht nur das Thema bereitgestellt, sondern mich auch stets und hilfsbereit mit Rat und Räumlichkeiten versorgt hat.

Vielen Dank an Raphael Schuster, meinen Zweitbetreuer aus Salzburg, seine wertschätzende Art, sein wohlwollendes und hilfsbereites Mentoring, sowie sein großes Wissen habe ich als sehr unterstützend erlebt.

Ich möchte mich auch bei den beiden besten Psychologinnen und Freundinnen der Welt, Mona Decker und Daniela Förster-Romswinkel bedanken, danke dass ihr mich stets auf meinem Weg unterstützt habt, und dass ihr mir solch großartige Vorbilder seid.

Nicht zuletzt gilt mein größter Dank meinem Partner Alex, der nicht nur wesentlichen Anteil an der Formatierung dieser Arbeit, sondern auch an meiner psychischen und körperlichen Gesundheit während der letzten beiden Jahre geleistet hat. Danke dass du mich und mein Studium so geduldig, hilfsbereit und liebevoll unterstützt hast!

# Inhaltsverzeichnis

<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>5</b>
<b>THEORETISCHER TEIL.....</b>	<b>6</b>
Zielsetzung .....	6
Psychologische Online Interventionen .....	9
Gemischte Interventionen.....	11
Vor- und Nachteile von Gemischten Interventionen .....	13
Gemischte Interventionen im Gruppen-Setting.....	14
Motivation/ Compliance in Online Interventionen.....	15
Motivation/ Compliance im Gruppensetting .....	18
Negative Effekte von Gruppentherapien .....	19
Negative Effekte von Online-Interventionen/ Gemischten Interventionen .....	20
Gemischte Gruppeninterventionen – Studien an den Universitäten Wien und Salzburg .....	21
Komponenten der Gemischten Interventionen .....	22
Gruppeneinheiten.....	23
Plattform.....	23
App .....	23
<b>EMPIRISCHER TEIL .....</b>	<b>24</b>
Fragestellungen .....	24
Untersuchungsdurchführung .....	24
Stichprobe .....	25
Stichprobe der Interventionsstudien.....	25
Stichprobenselektion.....	26
Stichprobenbeschreibung.....	27
Untersuchungsinstrumente .....	31
Interviewleitfaden .....	31
Bochumer Veränderungsbogen 2000 (BVB-2000).....	32
Interventionsspezifische Veränderungsmessung.....	33
Ablauf der Untersuchung .....	34
Auswertung .....	35
Qualitative Auswertung .....	35
Quantitative Auswertung .....	38
<b>ERGEBNISSE.....</b>	<b>39</b>
Fragestellung 1: Stärken und Schwächen der Gemischten Interventionen.....	39
Stärken .....	39
Schwächen .....	43

Fragestellung 2: Stellenwert der Medien .....	45
Plattform .....	47
App .....	51
Medien in Gruppeneinheiten.....	53
Fragestellung 3: Motivation .....	53
Motivation durch soziale Eingebundenheit.....	54
Motivation durch Inhalte .....	55
Motivation durch Struktur.....	57
Faktoren für Rückgang der Motivation.....	57
Fragestellung 4: Intensität und die Strukturiertheit .....	59
Aufbau des Trainings Allgemein .....	60
Struktur der Gruppeneinheiten.....	60
Intensität .....	63
Fragestellung 5: Subjektive Veränderungen.....	64
Ergebnisse aus der quantitativen Analyse.....	64
Ergebnisse aus der qualitativen Analyse.....	67
Veränderungen im Bereich Akzeptanz .....	68
Veränderungen im Bereich Kognitionen.....	69
Veränderungen im Bereich Motivation, Verhalten und Ziele .....	70
Veränderungen im Bereich Achtsamkeit und Entspannung.....	72
Veränderungen im Bereich Selbstfürsorge, Selbst- und Zeitmanagement .....	73
Rückfallprophylaxe.....	74
Diskussion .....	74
Stärken und Limitationen .....	80
Implikationen für Forschung und Praxis .....	82
<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>84</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>93</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>93</b>
<b>APPENDIX.....</b>	<b>94</b>
Anhang A - Abstract .....	94
Abstract - deutsch .....	94
Abstract - Englisch .....	95
Anhang B - Online Befragung: BVB-2000, Zusatzitems .....	96
Anhang C -Informed Consent .....	100
Anhang D – Interviewleitfaden .....	101
Anhang E - Strukturbaum.....	103
Anhang F – COREQ – Kriterien .....	105

# Einleitung

Depression, als eine global verbreitete psychische Störung, stellt das Gesundheitswesen vor große soziale und finanzielle Herausforderungen (Chisholm et al., 2016). Als dementsprechend wichtig wird auch die Neu- und Weiterentwicklung der therapeutischen Möglichkeiten erachtet. Die letzte NICE Leitlinie (National Institute for Health and Care Excellence, 2009) empfiehlt in der Behandlung von leicht- bis mittelschweren Depressionen den Einsatz nicht-medikamentöser Therapieformen als Methode erster Wahl. Dem gegenüber steht jedoch die Schwierigkeit, genügend therapeutische Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Um die Lücke zwischen Bedarf an adäquater Therapie und Möglichkeiten des Zugangs dazu zu schließen, wurden in den letzten Jahren verstärkt Online-Therapie- und Interventionsformen erforscht (Andersson et al., 2012). An den Universitäten Wien und Salzburg wurde im vergangenen Jahr eine neue Interventionsform untersucht, welche sich aus einer Online- und einer Face-to-Face-Komponente zusammensetzte, dem Format der sogenannten Blended Therapy (gemischte Therapie).

Diese Arbeit möchte den Prozess nun vertieft untersuchen, und um neue Informationen ergänzen. Sie möchte einerseits herausfinden, wie die Medienkomponenten in diesem neuen Format tatsächlich von den teilnehmenden Personen wahrgenommen wurden und wie sich diese auf ihre Therapiemotivation auswirkten, und andererseits auch einen Blick auf subjektive, direkt erlebte Veränderungen durch die Intervention werfen.

Das erste Kapitel soll zeigen, warum eine solche Forschung gerade bei neuartigen Interventionen im Zusammenhang mit Medien indiziert ist. Anschließend soll ein theoretischer Überblick über die Entwicklung bzw. Formen von Online-Interventionen und Gemischten Therapie-Formaten gegeben werden, darüber hinaus wird das Thema Motivation und Compliance in einem Therapieprozess im Zusammenhang mit Medien beleuchtet.

# Theoretischer Teil

## Zielsetzung

Qualitative Forschung kann dabei helfen, die tatsächlich aktiven Bestandteile einer komplexen Intervention (eine Intervention, welche mehrere Komponenten beinhaltet) zu identifizieren, und auch die Interpretation quantitativer Studien erleichtern (Campbell et al., 2000). Im Rahmen der quantitativen Untersuchung der durchgeführten Interventionen wurde erhoben, dass Personen die computerunterstützten Medien mehrheitlich als hilfreich und nützlich empfanden, dies jedoch nur per Online-Fragebogen mit wenigen Möglichkeiten zur freien Antwortgestaltung.

Van Gemert-Pijnen et al. (2011) entwickelten - insbesondere ob des rasanten Anstieges diesbezüglicher Möglichkeiten - einen Rahmenplan für die Entwicklung und Implementierung von eHealth-Interventionen (CeHRes-Roadmap). eHealth-Interventionen werden im weitesten Fall als Internet-Technologien definiert, die in Gesundheitssystemen eingesetzt werden. Darunter fallen klarerweise auch Online-Interventionen im Bereich von psychischen Erkrankungen, aber auch zur medizinischen Vor- bzw. Nachsorge. Der Rahmenplan sieht vor, dass am Ende eines solchen Projektes – neben der formativen Evaluation - unter anderem eine Summative Evaluation stattfinden soll, welche Sichtweisen und Erfahrungen der (End-) NutzerInnen berücksichtigt. Die AutorInnen fordern einen neuen, holistischen Zugang der Forschung, welcher, neben der Komplexität des Gesundheitswesens, auch Rituale und Gewohnheiten von PatientInnen und anderen Beteiligten in den Blick nimmt, da es von diesen Personen schlussendlich abhängt, ob eine innovative Intervention auch angenommen wird oder nicht. Dafür schlagen sie eine Mixed-Methods-Strategie vor, welche quantitative und qualitative Untersuchungsmethoden enthält: „The integration of qualitative (observations, interviews) and quantitative (questionnaires, work sampling) data collection methods provides an opportunity to improve the quality of the results through triangulation“ (Van Der Meijden, Tange, Troost, & Hasman, 2003, S. 242). Auch Yardley et al. (2016) empfehlen für das Design und die erfolgreiche Implementierung einer digitalen Intervention einen mehr am tatsächlichen User orientierten Forschungszugang, welcher gemischte Methoden und qualitative Interviews einschließt. Dieser Zugang wird als „User-Center-Study“ oder „User-Involvement“ bezeichnet (Kujala,

2003). Die potentiellen Vorteile dieses (neuen) Forschungsparadigmas liegen laut Damodaran (1996, zitiert nach Kujala, 2003, S. 4) unter anderem in der verbesserten Qualität des Systems durch genaueres Wissen der Bedürfnisse der Nutzer, das Vermeiden von kostenintensiven System-Funktionen, welche von den Personen vielleicht gar nicht verwendet werden (möchten), sowie auch höhere Akzeptanzraten des Systems generell.

Es wurden daher im Rahmen von Machbarkeitsstudien von psychologischen (und auch medizinischen) Interventionen, insbesondere im Zusammenhang mit neuen Elementen, wie zum Beispiel den verwendeten Medien, in den letzten Jahren -neben einer quantitativen Untersuchung der Effektivität- auch qualitative Sichtweisen darauf, wie dieses Treatment überhaupt in der Realität angenommen wurde, eingeholt (Bendelin et al., 2011; Hoa Ly et al., 2015; Rozental, Forsström, Tangen, & Carlbring, 2015; Wilhelmssen et al., 2013). Die genannten Untersuchungen bezogen sich auf gemischte Einzel-Therapie-Settings, und konnten wertvolle Informationen aus der Perspektive der Teilnehmenden generieren, etwa, wie Personen die Intervention wahrgenommen hatten und welche Bereiche Verbesserungen bedürfen. Trotzdem sind qualitative Nachbefragungen immer noch eher selten anzufinden, auch wenn diese aus NutzerInnen-Sicht wünschenswert wären, um mehr über potentielle (subjektive) Vor- und auch Nachteile des Formates, sowie über den Verlauf eines möglichen Effektes zu erfahren (Hoa Ly et al., 2015; Rozental, Forsström, et al., 2015). Da es noch zu wenig Forschung darüber gibt, welche „Bestandteile“ von gemischten Interventionen tatsächlich wirksam sind und einen Benefit für PatientInnen darstellen, ist es schwierig, eine optimale Implementation zu gewährleisten (Wentzel, van der Vaart, Bohlmeijer, & van Gemert-Pijnen, 2016).

Insbesondere bei ganz neuen Interventionen, wie es das hier untersuchte gemischte Gruppenformat darstellt, ist es daher wichtig, auch die teilnehmenden Personen ausführlich zu Wort kommen zu lassen, um Auskunft darüber zu bekommen, welche Stärken und Schwächen das Format aus ihrer Sicht aufweist, welchen Stellenwert die Medien im Prozess für die Personen hatten und wie sich motivationale Faktoren auswirkten. Dies kann wertvolle Informationen für die Optimierung der vorgestellten Interventionen, sowie auch für Weiterentwicklungen im gesamten Bereich der gemischten Therapien liefern, was auch die Zielsetzung und Intention dieser Arbeit ist.

Die Ergebnisse der indirekten Veränderungsmessung aus den Interventionsstudien sollen in dieser Arbeit jedoch nicht nur durch Informationen aus qualitativen Interviews, sondern auch durch Ergebnisse einer quantitativen, direkten Veränderungsmessung ergänzt werden. Dieser methodische Zugang (im Sinne eines „multi-method approach“) gewährleistet eine umfassende, gut abgesicherte Bewertung der Effektivität dieser neuen Interventionen.

Bei der direkten Veränderungsmessung geben Personen direkt etwaige Merkmalsveränderungen zwischen zwei Zeitpunkten (vorher-jetzt) an. Diese Messung unterscheidet sich von der indirekten Messung laut Stieglitz und Baumann (2001, zitiert nach Ülsmann, 2013) in drei Punkten: 1. Die Anzahl der notwendigen Messzeitpunkte (Ein- vs. Zwei- oder Mehrpunkterhebungen) 2. Die Generierung der Messwerte (direkt vs. abgeleitet) sowie 3. Die Art des Messvorganges (Retrospektion vs. Status). Diese Tatsache führt dazu, dass Zusammenhänge dieser unterschiedlichen Zugänge nur moderat ausfallen, das heißt nur schwer direkt vergleichbar sind (Hill & Lambert, 2004). Das wird darauf zurückgeführt, dass diese unterschiedlichen Messungen auch unterschiedliche Dimensionen des Therapieerfolges abbilden, man sollte sie daher nicht vergleichen, sondern als Ergänzung zueinander betrachten. Es sollen sich die „unterschiedlichen methodischen Nachteile in der Annäherung an die Bestimmung wahrer Interventionseffekte bei Patienten wechselseitig kompensieren und sich ihre unterschiedlichen methodischen Vorteile kombinieren.“ (Krampen, 2010, S.48). Laut Willutzki, Ülsmann, Schulte und Veith (2013), den Autoren des BVB-2000, können direkte Veränderungsmaße als „Indikatoren der Zielerreichung und Zufriedenheit“ der PatientInnen interpretiert werden. Werden PatientInnen direkt nach erlebten Veränderungen gefragt, stellt dies demnach die valideste Aussage über den Therapieerfolg dar (Kriebel, Paar, Schmitz-Buhl, & Raatz, 2001), das heißt wird ein Therapieergebnis demnach sowohl indirekt, als auch direkt gemessen, und gehen die Befunde in ähnliche Richtungen, so kann man von einem psychometrisch fundierten Ergebnis sprechen (Krampen, 2010).

Deshalb soll dieser Arbeit auch eine direkte Veränderungsmessung angeschlossen werden, welche der konkreten Frage nach den Veränderungen, die sich durch die Teilnahmen an den gemischten Interventionen ergeben haben, nachgehen soll.

Die Zielsetzung dieser Masterarbeit liegt daher einerseits darin, die subjektiven Erfahrungen der TeilnehmerInnen mit den neu entwickelten gemischten Interventionen zu untersuchen,

sodass daraus Implikationen für die Weiterentwicklung und Optimierung gemischter Gruppenformate abgeleitet werden können. Andererseits gilt es auch herauszufinden, ob die guten Effektivitäts-Ergebnisse der Interventionsstudien durch die direkte, subjektive Einschätzung der Teilnehmenden bestätigt werden kann.

## **Psychologische Online Interventionen**

Online-Interventionen werden von Barak, Klein und Proudfoot (2009, S.5) als „vordergründig selbstgesteuerte Interventionsprogramme, welche einem festgelegten Behandlungsprotokoll folgen, über einen Onlinedienst bereitgestellt und von Endnutzern zur Unterstützung bei psychischen oder gesundheitsbezogenen Problemen verwendet werden“ beschrieben.

Klein und Berger (2013) unterscheiden internet-basierte psychologische Online-Interventionen anhand der Mediennutzung. Das bedeutet, dass das Internet als Kommunikations- oder als Informationsmedium, oder als eine Kombination von beidem dienen kann.

Als Kommunikationsmedium dient es, wenn Interventionen mit Feedback per Telefon- oder Mailkontakt von geschultem Personal (TherapeutInnen, PsychologInnen) arbeiten, also quasi „Psychotherapie auf Distanz“ (Klein & Berger, 2013, 150) anbieten. Für diese Art der Interventionen wurden in den vergangenen Jahren viele verschiedene Begriffe gefunden, wie zum Beispiel „E-Mail-Therapie“, „Online-Psychotherapie“ oder „Cybertherapie“. Eine Studie, welche eine E-Mail-Therapie (sowie einen geleiteten Selbsthilfe-Ansatz) mit einer Wartelistengruppe von depressiven PatientInnen verglich, zeigte signifikante Unterschiede zwischen der Warteliste im Vergleich zu der E-Mail-Therapie (Vernmark et al., 2010).

Davon abzugrenzen sind selbstgesteuerte Online-Trainings mit Selbsthilfe-Charakter (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014), welche das Internet als reines Informationsmedium nutzen. Das bedeutet, dass TeilnehmerInnen im Rahmen eines Programmes, zum Beispiel einer Software, detaillierte Instruktionen zur Selbsthilfe erhalten, welche von geschultem Personal erstellt, jedoch nicht speziell auf die Bedürfnisse jeder Person angepasst wurden. Eine kürzlich publizierte Metaanalyse, welche die Effektivität solcher selbstgesteuerter Programme anhand von individuellen PatientInnen-Daten im Rahmen von Depressivität untersuchte, bestätigte, dass sogenannte iCBT (internet-based

cognitive behavioural therapy) im Vergleich zu Kontrollgruppen (Warteliste, TAU) effektiv helfen kann, depressive Symptome zu vermindern (Hedges  $g=0.27$ ) (Karyotaki et al., 2017). Vorteil dieses Ansatzes ist, dass er mit relativ geringen finanziellen Kosten verbunden ist, und gleichzeitig viele Menschen -unabhängig von ihrem Standort- mit gleichbleibender inhaltlicher Qualität erreicht werden können. Ein Nachteil ergibt sich daraus, dass die Adhärenz eher niedrig zu sein scheint (Berger, Stolz, & Schulz, 2013), und dadurch die Abbruchquoten bei diesen Formaten sehr hoch sind (Christensen, Griffiths, Groves, & Korten, 2006; Cuijpers, Donker, van Straten, Li, & Andersson, 2010).

Als weitere Entwicklung dieser Formen entstand daher ein geleiteter Selbsthilfeansatz, in welchem TeilnehmerInnen während der Durchführung eines internetbasierten Selbsthilfeprogrammes durch kurze Kontakte mit TherapeutInnen oder PsychologInnen unterstützt werden (Klein & Berger, 2013). Diese Kontakte können per Telefon oder per E-Mail stattfinden und so kann, neben der standardisierten Vermittlung von psychoedukativen Inhalten und Methoden über eine internetbasierte Plattform, auch individuell auf die TeilnehmerInnen eingegangen werden. Vorteile von diesem Format bestehen darin, dass der zeitliche Aufwand von begleitenden TherapeutInnen im Vergleich zu klassischer F2F-Therapie um das 4-5-fache reduziert werden kann (Berger & Caspar, 2011), und diese sich dadurch als kosteneffektivere Interventionen als reine Face-to-Face-Therapie erwiesen haben (Hedman, Ljótsson, & Lindefors, 2012).

Mit geleiteten Selbsthilfeansätzen können in der Behandlung von Depressionen auch ähnlich bis gleich gute Effektstärken wie bei konventioneller Face-to-Face-Psychotherapie erreicht werden (Andersson et al., 2014). Eine Meta-Analyse (Richards & Richardson, 2012) über 19 durchgeführte RCT-Studien aus dem Bereich der Internet-basierten psychologischen Interventionen zeigte signifikante Gesamteffekte ( $d = 0.56$ ), begleitete Online-Interventionen können daher als effektiv und wirksam angenommen werden.

Gleichzeitig konnte man beobachten, dass sich das Maß der therapeutischen Anleitung oft entscheidend auf Drop-Out-Raten auswirkt (Johansson & Andersson, 2012; Wilhelmsen et al., 2013). Das bedeutet, je mehr individuelle therapeutische Unterstützung Teilnehmende erhalten (sei es per Mail, Telefon oder Face-to-Face), desto effektiver wirken Interventionen und desto eher bleiben diese Personen auch bis zum Ende dabei (Andersson & Titov, 2014; Richards & Richardson, 2012).

## Gemischte Interventionen

Mit „blended therapy“, „blended intervention“, oder „gemischte Behandlung“ sind all jene Therapieformen gemeint, bei denen es zu einer Kombination von traditionellen und internetbasierten Therapieansätzen kommt (van der Vaart et al., 2014). Da die einzelnen Komponenten individuell zusammengesetzt werden können, kann man nicht von *der* einen Gemischten Therapie-Form sprechen. Es können unterschiedlichste Kombinationen von klassischen Face- to- Face- Interventionen mit Web-, Mobil- oder Technologiebasierten Applikationen angewandt werden (Schuster, Leitner, Carlbring, & Laireiter, 2017).

Durch die zusätzliche Bereitstellung bzw. Verwendung von Online-Materialien können klassische Settings intensiviert werden, indem PatientInnen beispielsweise auch zwischen den Einheiten Inhalte nachlesen bzw. vorbereiten können. Dadurch werden PatientInnen dazu animiert, Vertrauen in die eigene Selbstmanagementfähigkeit und zur Adaptierung zu erlangen (Wentzel et al., 2016). Zusätzlich können psychoedukative Inhalte dahin verlagert werden, was einerseits zu einer Verringerung der Anzahl der notwendigen Face-to-Face - Einheiten (Kooistra et al., 2016), oder in den Sitzungen auch zu mehr Zeit für individuelle Themen führen kann (van der Vaart et al., 2014).

In der klinischen Psychologie werden verschiedene Arten der Gemischten Interventionen meist via Online-Plattformen oder mobilen Apps vorgegeben. Sogenannte hybride Formate verwenden neben den Face-to-Face- Einheiten zwei oder mehr zusätzliche Komponenten. Verschiedene Studien belegen, dass gemischten Verfahren bei leicht-bis mittelschweren Depressionen im Vergleich zu klassischer Therapie ähnliche Effektstärken erreichen können (Hoa Ly et al., 2015; Hoifodt et al., 2013; Wright et al., 2005). Weitere RCT-Untersuchungen zur Akzeptanz und Effektivität sind geplant (zB. Mathiasen, Andersen, Riper, Kleiboer, & Roessler, 2016). Das seit 2014 laufende internationale Projekt E-COMPARED versucht, gerade solche Forschung zu klinischer und Kosten-Effektivität von gemischten Behandlungen aus neun verschiedenen europäischen Ländern mit mehr als 1200 teilnehmenden PatientInnen zusammenzuschließen, um gehaltvolle Empfehlungen ableiten zu können (Kleiboer et al., 2016).

Es gibt bis dato keine publizierten Studien zu Gemischten Interventionen, welche den Effekt mittels direkter Veränderungsmessung untersucht haben. Die Literaturrecherche bei

SCOPUS, sowie bei Web of Science ergab keine bzw. keine thematisch passenden Treffer zu den untersuchten Themen (direct [change] measurement, Psychotherapy, Blended Therapy). Dies mag einerseits daran liegen, dass das Untersuchungsfeld der Gemischten Therapie allgemein noch eher jung ist und dadurch weniger Forschung vorhanden ist, und andererseits auch an der generell nicht so häufigen Anwendung von direkter Veränderungsmessung in wissenschaftlichen Effektivitäts- Studien. Dennoch erscheint es als wichtig, den Effekt einer therapeutischen Maßnahme nicht nur aus einem methodischen Blickwinkel zu betrachten, sondern unterschiedliche -sich ergänzende- Modalitäten auszuwählen, um ein fundiertes Ergebnis zu erhalten.

Neben der Effektivität ist es jedoch auch wichtig, gut anwendbare und ausgewogene gemischte Therapiekonzepte zu gestalten. Die Forschungslage zur optimalen Mischung bzw. Dosierung der verschiedenen Komponenten in einem gemischten Format ist noch zu gering, um hierzu verlässliche Aussagen machen zu können (Kenter et al., 2015). Es bedarf diesbezüglich noch sehr viel mehr Forschung, insbesondere da gemischte Therapie nicht nur Effektivitäts-, Akzeptanz- und Qualitätsansprüchen genügen, sondern auch Kostenersparnisse bringen soll. Zum Beispiel verglich eine Studie von Kenter et al. (2015) klassische Therapie mit einer gemischten Therapie-Variante in Bezug auf die entstehenden Effekte und Kosten und kam zu dem unerwarteten Schluss, dass die beiden Formen zwar gleich gute Effekte zeigten, sich jedoch durch die gemischte Form keine Kostenersparnisse ergaben. Die Online-Komponenten wurden nicht als Ersatz von Face-to-Face- Zeiten verwendet, sondern als Zusatz, was im Endeffekt zu einem größeren Aufwand für die TherapeutInnen führte. Die AutorInnen führten dies darauf zurück, dass die Online-Komponenten schlecht in die Therapie integriert waren, was auf insgesamt (noch) zu wenig Training und Erfahrung mit dieser Art von Intervention schließen lässt. Obwohl diese Studie methodische Schwächen aufweist und kritisiert wurde, kann der Appell trotzdem als wichtig erachtet werden. Es braucht diesbezüglich also noch sehr viel mehr Untersuchungen, wie tatsächlich „das Beste aus beiden Welten“ (Ruwaard & Kok, 2015), also aus Online- Interventionen und Face-to-Face-Therapie vereint werden kann. Vorläufige Ergebnisse aus dem Projekt E-COMPARED zeigen, dass bislang eine Kostengleichhaltung, jedoch keine Kostensenkung erzielt werden kann. Hier könnte eine Stärke des in dieser Studie untersuchten gemischten Gruppenformates liegen.

## **Vor- und Nachteile von gemischten Interventionen**

Kooistra et al. (2016) entwickelten ein gemischtes Therapie - Konzept für depressive PatientInnen, in welchem Online Sessions, Feedback durch die Therapeutin sowie Face-to-Face Einheiten in einer 10-wöchigen Behandlung alternierten. Vorteile dieser gemischten Psychotherapie fanden sie in der Steigerung der Behandlungsdosis, der Förderung der Mitarbeit des Patienten, sowie die Übertragung des Gelernten in den Alltag.

Ebenfalls mit einer internetbasierten Plattform, welche psychoedukative Inhalte im Rahmen einer gemischten Therapie bereitstellte und Kommunikation zwischen PatientInnen und TherapeutInnen erlaubte, arbeiteten Månsson, Skagius Ruiz, Gervind, Dahlin und Andersson (2013). Die AutorInnen resümierten, dass die Plattform als manualisiertes technologisches Unterstützungssystem TherapeutInnen oder PsychologInnen vor ungewolltem thematischem Abdriften schützen kann. Als großen Vorteil des Formates nannten die TherapeutInnen die verbesserte Between-Session-Kommunikation der Teilnehmenden, und dass es erleichtert wurde, relevante Informationen auszutauschen. Auch die Kontinuität der Behandlung konnte durch das gemischte Format besser aufrechterhalten werden, da Teilnehmende durch den Online-Kontakt und die Bereitstellung von Online-Materialien auch erreicht werden konnten, wenn es aus gesundheitlichen oder logistischen Gründen nicht möglich war, Face-to-Face-Einheiten einzuhalten. PatientInnen gaben an, dass sie den Prozess des Aufschreibens ihrer Probleme als hilfreich erachteten, dass sie die ganze Behandlung tiefgreifender empfanden und dass das gemischte Format die Generalisierung der Intervention in das alltägliche Leben erleichterte.

Eine andere Studie untersuchte eine Smartphone-basierte Intervention für depressive PatientInnen, welche neben den Einheiten am Smartphone minimalen Therapeutenkontakt anbot (Kurznachrichten und schriftliches Feedback, welches PatientInnen via App übermittelt bekamen) (Hoa Ly et al., 2014). Neben der quantitativen Untersuchung der Effektivität wurde auch eine qualitative Nachbefragung durchgeführt, um mehr über die individuellen Erfahrungen der TeilnehmerInnen herauszufinden (Hoa Ly et al., 2015). Dabei gaben Personen an, dass die Module durch die Erinnerungsfunktion viel präsenter und in den Alltag eingebetteter erschienen, und dadurch auch als wichtiger Motivator fungierten. Als wesentlich für den Erfolg erschien den Teilnehmenden auch hier die Anleitung durch die TherapeutInnen, dies deckt sich auch mit Ergebnissen anderer Studien (Khan, Bower, &

Rogers, 2007). Obwohl das Format ein Tailoring der Inhalte, also eine Auswahl und Eingrenzung der Inhalte auf die Person zuließ, und dies auch von vielen als positiv angesehen wurde, wünschten sich einige Personen, dass sich das Programm noch individueller auf ihre Bedürfnisse abstimmen ließe, sowie dass es klarere Ziele und einen besseren Abschluss gegeben hätte.

Van der Vaart, Witting, Riper, Kooistra und Bohlmeijer (2014) untersuchten in einer qualitativen Deplhi-Studie Vor- und Nachteile von gemischten Interventionen aus der Sicht von PatientInnen sowie TherapeutInnen. Sehr häufig wurden von PatientInnen als Vorteile genannt, dass man durchgängig Zugang zu den Inhalten hatte, dass man mehr dazu ermutigt wurde, selbst Verantwortung für den Erfolg der Maßnahme zu übernehmen, sowie dass sich die Therapie mehr in die private Lebenswelt einfügte. Auch dass PatientInnen während der Online-Sessions ihrem eigenen Tempo folgen konnten, der Prozess durch die Module online sehr transparent war, sich die Reisezeiten deutlich verringerten und man durch die bessere Vorbereitung die Face-to-Face-Einheiten intensiver nutzen konnte, wurde als Vorteil angesehen. Als wichtigsten Nachteil gaben sowohl PatientInnen, als auch TherapeutInnen jedoch an, dass dieses Format nicht für jede Person geeignet sei, und dass mögliche diffuse Probleme oder Themen schwieriger zu bearbeiten seien, wenn es zu wenig direkte verbale Kommunikation gibt.

## **Gemischte Interventionen im Gruppen-Setting**

Neben dem Einsatz von gemischten Formaten in Einzelsettings, wurden auch schon gemischte Gruppenformate erfolgreich getestet. Zum Beispiel zeigte sich, dass gemischte Gruppenformate in der Therapie von sozialen Angststörungen (Przeworski & Newman, 2004; Schulz et al., 2016), sowie auch von generalisierter Angststörung (Newman, Przeworski, Consoli, & Taylor, 2014) gut und effektiv eingesetzt werden, und damit auch Zeit und Kosten sparen können.

Im Bereich der Therapie von Depressionen gibt es kaum Forschungsdaten. Bis dato konnte erst eine publizierte Studie zu gemischten Gruppeninterventionen gefunden werden. In der von Schuster et al. (2017) durchgeführten Konzeptstudie, welche hohe Effektstärken und Zufriedenheitswerte erreichte, gaben TeilnehmerInnen an, dass sie die Multimedia-Komponenten (Multimedia-Unterstützung während den Gruppeneinheiten sowie

Psychoedukation, Online Videos und Arbeitsblätter auf einer bereitgestellten Plattform) als wichtige Funktion, als gleich relevant wie zum Beispiel die Gruppeninteraktion oder spezifische Techniken der CBT, und als aktiven Wirkfaktor erlebten. Die wahrgenommene Nützlichkeit sowie die Adhärenz wurden als sehr hoch eingeschätzt und als einer der größten Vorteile wurde die Intensivierung der Intervention durch das gemischte Format angesehen.

Obwohl die TeilnehmerInnen eine sehr positive Gesamtbewertung abgaben, bleibt es fraglich, ob dies auch bei komplexeren Fällen zutreffen würde. Zudem war auch die Stichprobengröße nicht hoch genug, um generalisierende Angaben machen zu können.

Während gemischte Therapie im Einzelsetting schon einige Male erforscht wurde, gibt es im Gruppensetting (außer den dieser Studie zugrunde liegenden Interventionsstudien) noch keine Untersuchungen. Es ist daher notwendig, auf diesem Feld noch weitere Forschung zu forcieren. Diese Studie stellt die erste qualitative Untersuchung von einem gemischtem Gruppentraining dar, und untersucht zusätzlich auch noch direkte Veränderungseffekte von einem solchen Format.

## **Motivation/ Compliance in Online Interventionen**

Einer der wichtigsten Faktoren für Adhärenz (das konsequente Verfolgen des gemeinsam mit ProfessionistInnen erarbeiteten Zieles) und Persistenz (das „Dranbleiben“ bis zum Ende der Intervention) liegt darin, wie und ob PatientInnen sich motivieren (können) (Wilhelmsen et al., 2013). ForscherInnen müssen sich bei der Implementation von neuen Interventionsformen daher die Frage stellen: Was motiviert PatientInnen an dieser Intervention?

Wilhelmsen et al. (2013) verwenden die Self-Determination-Theorie von Deci und Ryan (2000) als theoretisches Konstrukt, um Motivation in einem therapeutischen Prozess zu verstehen. Die beiden Autoren gehen davon aus, dass unser Verhalten von drei motivationalen Zuständen reguliert wird: extrinsische Motivation, intrinsische Motivation sowie Amotivation. Extrinsisch motiviertes Verhalten hat instrumentelle Quellen und lässt sich in vier Typen einteilen: Externale Regulation, Regulation durch Introjektion, Identifizierte Regulation und Integrierte Regulation (Pelletier, Tuson, & Haddad, 1997).

Um intrinsische Motivation aufzubauen und zu erhalten, braucht es laut den Autoren die Befriedigung von drei verschiedenen Bedürfnissen: das Bedürfnis nach Kompetenz, sozialer Eingebundenheit sowie Autonomie.

*Autonomie* beschreiben Deci und Ryan (2000) als den Wunsch, Erfahrungen und Verhalten freiwillig, selbst und mit dem eigenen Selbstbild übereinstimmend zu organisieren. Laut Dwyer, Hornsey, Smith, Oei und Dingle (2011) kann Autonomie-Bedürfnisbefriedigung in Gruppentherapien indirekt therapeutische Effekte erwirken, indem es kognitive Veränderungen erleichtert. PatientInnen mit stärker erlebter Autonomie-Bedürfnisbefriedigung konnten eher von CBT-Techniken, welche sie in der Gruppentherapie gelernt hatten, profitieren.

*Kompetenz* bedeutet, dass Personen sich verantwortlich und kompetent genug fühlen, um von ihnen als wichtig angesehene Aufgaben erledigen zu können. Das Gefühl von Kompetenz ist ein bedeutender Mediator für den Effekt von positivem (oder negativem) Feedback auf die intrinsische Motivation (Deci & Ryan, 2000). Auch das Gefühl, wieder Kontrolle über das eigene Leben zu erlangen, kann als Kompetenzwahrnehmung angesehen werden, TeilnehmerInnen der Studie von Donkin und Glozier (2012) gaben dies als wichtigen Faktor ihrer intrinsischen Motivation an.

Das Bedürfnis nach *sozialer Eingebundenheit* drückt sich in dem Wunsch nach interpersonaler Zugehörigkeit, Anerkennung und Verbundenheit aus. Das betrifft vor allem das persönliche Umfeld (zB Partner, Familie, usw.), kann aber auch auf eine therapeutische Gruppe angewandt werden. Wilhelmsen et al. (2013) beschreiben diesen Faktor im Zusammenhang mit Persistenz als den wichtigsten. Das bedeutet dass Personen insbesondere dann motiviert waren, eine Intervention bis zum Ende fortzuführen, wenn ihr Bedürfnis nach sozialer Eingebundenheit befriedigt wurde. Die Kommunikation mit anderen erschien den AutorInnen demnach als essenziell für motivationale Prozesse. Ebenfalls als wichtig gaben sie die Face-to-Face- Interaktion mit den TherapeutInnen an, hier wirkten vor allem die Rückmeldungen und das Feedback motivierend. Auch die Tatsache „etwas zu tun“ wirkte sich als Motivationsfaktor aus.

Im Rahmen einer gemischten Intervention suchten Lillevoll et al. (2013) auch nach Faktoren, die PatientInnen während der Intervention als hilfreich erlebten. Die qualitative Nachbefragung identifizierte fünf Themen, welche als hilfreiche Dimensionen erachtet

wurden: 1. Die eigenen Probleme aktiv anzugehen, was ein Gefühl der Hoffnung und schon für sich gesehen eine positive Entwicklung mit sich brachte, 2. mit ProfessionistInnen zu sprechen, also jemanden zu haben, dem sie vertrauen können und der/die sie ernst nimmt und bestätigt, 3. Psychoedukation und neue Informationen über die Erkrankung, aber auch die Bestätigung der eigenen Symptome, 4. das neue Wissen anhand der eigenen Erfahrungen zu restrukturieren und einzuordnen, sowie 5. Veränderungen in der Wahrnehmung, im Denken und im Verhalten, die durch die Intervention auftraten.

Welche motivationale Variablen für Adhärenz und Hausaufgaben-Compliance bei klassischen und Online-Therapien eine Rolle spielen, untersuchte eine Studie, die zeigte, dass TeilnehmerInnen der Face-to-Face-Bedingung signifikant mehr Motivation empfanden sowie Adhärenz zeigten (Alfonsson, Johansson, Uddling, & Hursti, 2017). Adhärenz zu Hausaufgaben war positiv mit intrinsischer Motivation und der empfundenen Glaubwürdigkeit der Intervention verbunden, speziell in der Online-Bedingung, in welcher die Teilnehmenden verglichen mit jenen der Face-to-Face-Bedingung weniger als die Hälfte der Aufgaben erfüllten. Daraus schlossen die AutorInnen, dass niedrige intrinsische Motivation durch direkten Kontakt mit TherapeutInnen erhöht werden kann. Motivierend sowie die Persistenz für Online-Interventionen erhöhend zeigten sich auch anregende Erinnerungssysteme sowie das Gefühl, die Kontrolle über den Therapieprozess zu haben. Auch das Gefühl des Commitments, also der Verpflichtung der Aufgabe und sich selbst, sowie auch den Forschenden gegenüber, wurde von den Teilnehmenden als wichtig für die Persistenz betrachtet (Alfonsson et al., 2017)

Bezüglich der Hausaufgaben-Compliance schrieben auch Helbig und Fehm (2005), dass sich verschiedenste Faktoren positiv auf diese auswirkten. Unter anderem waren dies die Verschriftlichung der konkreten Aufgaben, das Nachbesprechen der Hausaufgaben in der Folge-Einheit, die individuell erlebte Bedeutsamkeit der Aufgabe sowie die Auswahl der Aufgaben entsprechend der wahrgenommenen Stärken und Schwächen der PatientInnen.

Eine neuere Studie untersuchte, welche Eigenschaften eine App, welche zur Steigerung der Hausaufgaben-Compliance in kognitiv-behavioralen Therapiesettings eingesetzt wird, aufweisen sollte. Folgende sechs Funktionen wurden identifiziert: 1. Die Inhalte sollten mit den Therapieinhalten übereinstimmen 2. Sie sollte Lernen fördern 3. Die Therapie soll dadurch gelenkt werden 4. Es soll möglich sein, Verbindungen zu knüpfen, zum Beispiel

mit anderen Personen 5. Sie soll die Fertigstellung der Aufgabe betonen und 6. Spezifisch auf die Population angepasst sein (Tang & Kreindler, 2017).

Auf diesen letzten Punkt nimmt auch eine andere Studie zu einem Blended Therapy-Format Bezug (Wentzel et al., 2016). Die AutorInnen empfahlen, Online- und Face-to-Face-Komponenten auf die PatientInnen einzeln anzupassen, je nachdem welche Bedürfnisse für diese im Vordergrund stehen. Dafür entwickelten die AutorInnen eine Art Fragenkatalog, anhand dessen TherapeutInnen und PatientInnen strukturiert herausfinden können, wie das Blending optimal auf die Bedürfnisse beider Beteiligten zugeschnitten werden kann (Wentzel et al., 2016). Auch Wilhemsen et al. (2013) gaben an, dass sogenanntes Tailoring, also das individuelle Zuschneiden der Komponenten dabei helfen kann, die Adhärenz sowie Persistenz zu verbessern und Dropouts zu verhindern. Ob diese Ergebnisse auf Gruppensettings übertragen werden können, ist Gegenstand dieser Untersuchung.

## **Motivation/ Compliance im Gruppensetting**

Unterschiedliche Untersuchungen bestätigten, dass das soziale System Gruppe sowie die darin ablaufenden gruppensystemischen Prozesse als eigenständiger therapeutischer Faktor verstanden werden können (König, 2012; Yalom & Leszcz, 2005).

Als zentrale Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie werden nach Johnson, Burlingame, Olsen, Davies und Gleave (2005) Gruppenklima, Kohäsion, Allianz und Empathie angesehen. Das Gruppenklima beschreibt die Atmosphäre sowie das Verhalten der Teilnehmenden untereinander. Kohäsion repräsentiert nach McCallum (2002, zitiert nach Bormann & Strauß, 2012, S. 73) „die relationale Bindung der Gruppenmitglieder zueinander, zum Therapeuten sowie zur gesamten Gruppe, also die Summe aller Kräfte, welche die Gruppe zusammen halten“. Laut Hollenbaugh (2011) reduziert Kohäsion nicht nur Dropouts, sondern erhöht die Compliance der Gruppe deutlich. Die therapeutische Allianz lässt sich sowohl in der Verbindung zu TherapeutInnen, als auch in der Verbindung zu den anderen Gruppenmitgliedern finden. Laut den AutorInnen kann eine Verbindung, die von Allianz geprägt ist, das Selbstvertrauen der TeilnehmerInnen fördern, labile PatientInnen unterstützen und allgemein motivieren (Bormann & Strauß, 2012). Empathie dagegen beschreibt die Fähigkeit, Gedanken und Gefühle anderer Personen zu erkennen und

deren Ursache zu verstehen. All diese Wirkfaktoren tragen laut den AutorInnen bedeutsam zu Motivation und Compliance in einer Gruppe bei.

Ebenfalls als wichtig für die Compliance in Gruppentherapien sieht Hollenbaugh (2011) an, dass Teilnehmende schon vorab wissen, wie lang die Intervention dauert und dass sie realistische Erwartungen haben. Das bedeutet, dass die geistige, vorbereitende Gliederung einer Gruppeneinheit wichtig für Motivation sein kann.

Im Zusammenhang mit Online-Interventionen schreiben Berger und Andersson (2009), dass bei internetbasierten Interventionen im Zusammenhang mit Persistenz immer häufiger der Wert von gruppenspezifischen Prozessen erkannt wird. So werden vermehrt Elemente entwickelt, in welchen sich PatientInnen einerseits online vernetzen, und andererseits auch Inhalte der Programme verändern oder mitgestalten können (Berger & Caspar, 2008). Dies soll ähnlich positive Effekte wie in Gruppentherapien auslösen, nämlich dass Betroffene sich gegenseitig unterstützen können und sich nicht allein fühlen, sowie dass Aussagen von anderen Teilnehmenden mitunter glaubwürdiger und motivierender als die Aussagen von TherapeutInnen erlebt werden.

## **Negative Effekte von Gruppentherapien**

Neben positiven Effekten können in Gruppensettings natürlich auch negative Effekte auftreten. In einer Querschnittsuntersuchung untersuchten Linden, Walter, Fritz und Muschalla (2015) Negativerfahrungen in Gruppentherapien und kamen zu dem Ergebnis, dass 98,4% der teilnehmenden PatientInnen ( $N = 71$ ) über mindestens eine Negativerfahrung berichteten. Belastungen ergaben sich am stärksten durch die erlebte Entmutigung durch die Gruppeninhalte (bzw. auch durch Erfahrungen und Lebensverläufe der anderen PatientInnen), sowie durch konfliktbeladene Begegnungen mit anderen TeilnehmerInnen. Am wenigsten belastet fühlten sich die teilnehmenden Personen durch das wahrgenommene TherapeutInnenverhalten (16,9%). Die Entwicklung des Fragebogens stütze sich auf die von Roback (2000) formulierten Faktoren, welche negative Outcomes oder Nebenwirkungen von Gruppentherapien hervorrufen können: 1. TherapeutInnen-Effekte (ein zu "laissez-faire"- oder zu konfrontierender, Druck aufbauender Führungsstil; Vor-Selektionsfehler die Gruppe betreffend oder Faktoren der Persönlichkeit), 2. Gruppenprozess-Effekte (Angriffe oder Zurückweisung eines Mitglieds durch die Gruppe oder die Leitungsperson oder

überkritisches Feedback), sowie 3. Effekte des individuellen Mitglieds (Kombidi Störungen, unrealistische Erwartungen von der Therapie oder Probleme wie sehr geringes Selbstbewusstsein, unterentwickelte interpersonelle Skills oder eine generelle Hemmung, sich in Gruppen zu öffnen).

## **Negative Effekte von Online-Interventionen/ Gemischten Interventionen**

Die Forschung zu negativen Effekten von Online-Interventionen ist noch sehr jung, da man sich lange Zeit -insbesondere in großen RCT-Studien- nur auf die positiven Outcomes konzentrierte, und (außer der Rate bzw. der Anzahl der Personen, dessen Symptome sich verschlechterten) keine Angaben über andere, nicht gewünschte Effekte gemacht wurden (Boettcher, Rozental, Andersson, & Carlbring, 2014). Erst im Jahr 2014 stellte eine Gruppe von führenden Wissenschaftlern im Bereich der Online-Interventionen im Rahmen einer Delphi-Studie erstmals ein Consensus Statement zu dem Thema vor (Rozental et al., 2014). Man war sich einig, dass bis jetzt zu wenig Augenmerk auf diesen Bereich geworfen worden war, und dass bei zukünftigen Studien unter anderem auch über negative Effekte der Interventionen berichtet werden sollte, um mehr Daten für eine tiefere Untersuchung zu bekommen. Es wurde ein gemeinsamer Konsens bezüglich der Einteilung von negativen Effekten vorgestellt, diese können demnach folgende Themen betreffen: A. Verschlechterung der Symptome, B. Entgegengesetzte Effekte (zum Beispiel erhöhte Ängstlichkeit durch Introspektion), C. Schwere negative Effekte (zum Beispiel Suizidgedanken oder erhöhter Alkoholmissbrauch), D. Neue Symptome, welche ursprünglich noch nicht vorhanden waren, E. Vorzeitiger Abbruch der Intervention, F. Kein Effekt (was zu Entmutigung und Demoralisierung führen kann, so dass oftmals keine weitere Hilfe gesucht wird), G. Unerwünschte Effekte (welche während der Intervention auftreten, aber nicht direkt damit in Verbindung stehen, wie zum Beispiel technische Probleme). Außerdem geben die AutorInnen Hinweise zu Faktoren, welche mit negativen Effekten in Zusammenhang stehen könnten, diese betreffen Enttäuschung (bei erlebten negativen Effekten), unzureichende Behandlung oder Struktur im Rahmen einer Online-Intervention, TherapeutInnen- Faktoren (zum Beispiel ProfessionistInnen mit wenig Erfahrung, was zu Missverständnissen und Brüchen in der therapeutischen Beziehung führen kann), die therapeutische Orientierung oder Charakteristiken der PatientInnen selber (Rozental et al.,

2014). In einer Studie, welche negative Effekte bei PatientInnen von vier unterschiedlichen klinischen Studien betreffend ICBT bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen untersuchte, traten bei 9,3 % der insgesamt 556 Teilnehmenden negative Effekte auf, diese betrafen personenbezogene Effekte (neue Symptome wie Angst, Schlaflosigkeit oder physische Probleme) sowie interventionsbezogene Effekte (Probleme bei der Implementierung des Trainings oder mit dem Format generell, zum Beispiel Zeitdruck, Frustrationserlebnisse bei inadäquatem Feedback durch die TherapeutInnen oder beim Auftreten von persönlichen Schwierigkeiten) (Rozental, Boettcher, Andersson, Schmidt, & Carlbring, 2015).

Bezüglich der Forschung zu negativen Effekten von gemischten Interventionen bleibt die Forschungslage noch sehr dürftig. Eine kürzlich publizierte Übersichtsstudie zu gemischten Interventionen konnte, ob der fehlenden Publikationen, keine Aussagen zu negativen Effekten machen, verweist jedoch auf negative Effekte von Online-Interventionen, wie sie oben beschrieben wurden. Auch hier wurde ein Appell formuliert, weitere Forschung auf diesem Gebiet zu betreiben (Erbe, Eichert, Riper, & Ebert, 2017).

## **Gemischte Gruppeninterventionen – Studien an den Universitäten Wien und Salzburg**

An den Instituten für Psychologie der Universitäten Wien und Salzburg wurden 2016 und 2017 im Rahmen von drei Masterarbeiten Testläufe für unterschiedliche, neu gestaltete gemischte Gruppen-Interventionen aus dem Rahmen der Akzeptanz- und Commitment-Therapie sowie der Positiven Psychologie gestartet. Im Vordergrund standen die Themenbereiche Verhaltensaktivierung, Achtsamkeit, Akzeptanz, Selbst- und Zeitmanagement, Entspannung, Zielarbeit und Kognitive Umstrukturierung. Beide Interventionen wurden unter Supervision von Professor Dr. Anton-Rupert Laireiter, sowie dem Autor der beiden Trainings, Raphael Schuster, M.Sc. (Universität Salzburg) durchgeführt. Es handelte sich dabei um zwei unterschiedliche Gruppentrainings (*Let`s ACT* sowie *Abenteuer Selbst*), welche psychoedukativen Charakter hatten und in und zwischen den Einheiten Multimedia-Inhalte verwendeten. Die beiden Interventionen sollen im folgenden überblicksmäßig dargestellt werden, genaue Seminarinhalte und theoretische Fundierungen finden sich bei Schuster, Leitner, Carlbring und Laireiter (2017) sowie in den

Masterarbeiten von Leitner und Schuster (2014), Partinger und Köhldorfer (2016) Fichtenbauer und Sparr (2017) sowie Kalthoff und Walther (2017).

Das Gruppentraining „Abenteuer Selbst“, eine gemischte Interventionsstrategie für leicht- bis mittelgradig depressive Personen, bestand aus sieben stark strukturierten, medienunterstützten Gruppentreffen mit begleitenden Online-Einheiten, welche über eine Plattform bereitgestellt wurden und von den Personen zu selbst gewählten Zeitpunkten durchgeführt werden konnten. Die Gruppeneinheiten bestanden aus Reflexionszeiten, multimedia-unterstütztem theoretischem Input, Gruppenübungen sowie gemeinsamen Diskussionsrunden. Ergebnisse zeigten eine signifikante Reduktion von depressiven Symptomen ( $d = 0,94$ ), gesteigertes Wohlbefinden ( $d = 0,70$ ), gesteigerte Selbsteffizienz ( $d = 0,89$ ), persönliche Ressourcen sowie Selbstmanagement-Fähigkeiten ( $d = 1,20$ ). In einer ebenfalls quantitativen durchgeführten Erhebung bewerteten die TeilnehmerInnen das Training als hilfreich und die Online Materialien als nützlich (Fichtenbauer & Sparr, 2017).

„Let`s ACT“, ein Gruppentraining für leicht- bis mittelgrade Depressionsproblematiken, welches in Wien (Mai - Juli 2016) und Salzburg (Jänner – April 2017, hier hatte das Training den Namen „Abenteuer Selbst“) durchgeführt wurde, bestand ebenfalls aus sieben multimedialbegleiteten Gruppentreffen, welche einem strukturierten Ablauf von Reflexion, theoretischem Input sowie praktischen Übungen folgten. Diese Intervention zeichnete sich durch ein hybrides Format aus, das bedeutet, dass TeilnehmerInnen zwischen den Einheiten einerseits eine Online-Plattform hatten, welche gesprochene Videos sowie zusätzliches (Übungs- und Informations-) Material bereitstellte, sowie eine App auf ihrem Mobiltelefon, welche tägliche Einträge ermöglichte und auch via Push-Mitteilungen daran erinnerte. Auch hier zeigte sich eine signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik ( $d = 1,15$ ), auch dieses Training wurde als nützlich und hilfreich empfunden. Die Auswertung der Log-Files zeigte jedoch, dass die Nutzung der App kontinuierlich über den Verlauf abnahm. (Partinger & Köhldorfer, 2016)

## **Komponenten der Gemischten Interventionen**

Wie zuvor erwähnt setzten sich die gemischten Interventionen aus verschiedenen Komponenten zusammen: Gruppeneinheiten, einer Onlineplattform sowie in den Let`s ACT-Gruppen auch eine mobile App. Diese sollen im Folgenden kurz skizziert werden.

## **Gruppeneinheiten**

Die wöchentlich stattfindenden Face-to-Face-Gruppeneinheiten aller Gruppen waren strukturiert aufgebaut und folgten einem klaren Ablauf. Die einzelnen Teile waren dabei zum Teil medienunterstützt, das bedeutet dass psychoedukative Inhalte per zusätzlicher Powerpoint-Präsentationen, Videos oder Audiomaterialien vermittelt wurden. Außer diesen waren auch Diskussionen, Übungen und Reflexionen Komponenten der Gruppensessions. Die Teilnehmenden erhielten sämtliche Übungsanleitungen auch als Arbeitsbuch ausgehändigt. Dieses enthielt auch noch zusätzliche Übungen und wurde in den Gruppeneinheiten als gemeinsames Tool verwendet.

## **Plattform**

Auf die Onlineplattformen, zu denen alle TeilnehmerInnen einen individuellen Zugang hatten, wurden alle Materialien, die in dem Seminar bearbeitet wurden, hochgeladen. Sie diente zur Vorbereitung der Gruppeneinheiten, auch sämtliche Übungen und Arbeitsblätter konnten dort abgerufen bzw. Texte eingegeben oder abgearbeitet werden. Zusätzlich enthielten die Plattformen gesprochene Präsentationen, Links zu weiterführenden Videos, Vorträgen oder interessanter Literatur, sowie ein Forum, in dem sich die Teilnehmenden untereinander austauschen konnten. Die TeilnehmerInnen der Let`s ACT-Trainingsgruppen bekamen von den Leiterinnen zusätzlich noch personalisiertes Feedback zu ihren bearbeiteten Online-Modulen, bevor die neuen Module freigeschalten wurden. Alle TeilnehmerInnen hatten bei Fragen, Unklarheiten oder Krisen jederzeit die Möglichkeit, die Leiterinnen per Mail zu kontaktieren

## **App**

Die am Mobiltelefon installierte App war ebenfalls modulartig aufgebaut. Die darin integrierten Tagebuchmodule sollten zur Reflexion, sowie auch zu einer bewussten Auseinandersetzung mit der aktuellen Stimmung, aber auch mit den Übungen und Inhalten anregen (Partinger & Köhldorfer, 2016). Die TeilnehmerInnen wurden täglich ein- bis dreimal per Push-Nachricht an das Ausfüllen des Tagebuchs erinnert. Die ausgefüllten Beiträge wurden gespeichert, und konnten so auch immer wieder nachgelesen werden.

# Empirischer Teil

## Fragestellungen

Eines der zentralen Prinzipien der qualitativen Forschung ist das Prinzip der Offenheit, sowohl was die Methodik, als auch eventuelle theoretische Ergänzungen oder Revisionen betrifft (Mayring, 2002, S. 28). Dieser Offenheit würde durch das Formulieren von vorgefertigten Hypothesen verloren gehen. „Vorabvermutungen als Hypothese dürfen bestenfalls nur eine untergeordnete Rolle spielen. Erst eine intensive Beschäftigung mit dem einzelnen Fall kann darüber Auskunft geben, ob die eine oder die andere oder vielleicht gar eine dritte Erklärung zutrifft“ (Lamnek, 2010, S.18).

Es handelt sich bei einem Teil dieser Arbeit um eine deskriptive Studie, welche die zu beschreibende Information erst durch das generierte Forschungsmaterial -die transkribierten Interviews- erhält. Dennoch bleiben theoretische Vorstrukturierungen auch ein wichtiges Erkenntnismittel (Mayring, 2002), schon allein um auszudrücken, was an dem Forschungsfeld untersuchungswürdig erscheint. Natürlich sollen Fragestellungen auch das Thema eingrenzen und strukturieren, auch die Zusammenstellung des Leitfadens orientierte sich an den Fragestellungen. Auf Basis der in der Einleitung beschriebenen Ziele wurden folgende Fragestellungen formuliert:

- 1) Welche Stärken und Schwächen sehen TeilnehmerInnen im Format der gemischten Intervention Abenteuer Selbst/ Let`s ACT?
- 2) Welchen Stellenwert hatten computerunterstützte Medien während des Prozesses für die TeilnehmerInnen?
- 3) Welche Faktoren beeinflussten die Motivation der TeilnehmerInnen zur Fortführung des Trainings?
- 4) Wie bewerten TeilnehmerInnen die Intensität und die Strukturiertheit des Trainings?
- 5) Führten die Interventionsprogramme Let`s ACT sowie Abenteuer Selbst subjektiv zu Veränderungen bei den TeilnehmerInnen?

## Untersuchungsdurchführung

Um die Fragestellungen mit größtmöglicher Vielfalt beantworten zu können, wurde für diese Arbeit ein qualitatives und ein quantitatives Vorgehen gewählt. Diese sollen die in der

quantitativen Untersuchung der Interventionsstudien erhobene Ergebnisse ergänzen, bzw. diese aus einer anderen Perspektive beleuchten. Wie im Rahmen von evaluativen Nachbefragungen gemischter Interventionen üblich (Bendelin et al., 2011; Friesen, Hadjistavropoulos, & Pugh, 2014; Hoa Ly et al., 2015; Olsson Halmetoja, Malmquist, Carlbring, & Andersson, 2014; van der Vaart et al., 2014), wurden auch hier als Erhebungsmethode leitfadengestützte Interviews gewählt. Zusätzlich dazu wurde -um das quantitative Ergebnis noch weiter zu vervollständigen- ein Fragebogen zur direkten Veränderungsmessung sowie einzelne Zusatzitems online mittels der Software SoSci-Survey vorgegeben. Eine genauere Beschreibung der verwendeten Instrumente findet sich im nächsten Kapitel.

## **Stichprobe**

### **Stichprobe der Interventionsstudien**

Eine detaillierte Beschreibung der Selektionskriterien sowie der Zusammensetzung der Stichproben der Trainings findet sich in den jeweiligen Hochschulschriften von Fichtenbauer und Sparr (2016), Köhldorfer und Partinger (2016) sowie Walther und Kalthoff (2017).

Die gesamte ursprüngliche Stichprobe wurde via Flyer, Newsletter, Mailing-Listen, Social Media sowie Zeitungsannoncen rekrutiert. Insgesamt bestand sie aus 53 TeilnehmerInnen aus Wien und Salzburg, welche unter Dysstymie und/ oder einer leichten bis mittelgradigen Depression (gemäß den Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, Saß, Wittchen, & Zaudig, 1996) litten. Diese Einschlusskriterien wurden mittels Screening-Fragen des SKID (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz, & Zaudig, 1996), der allgemeinen Depressionsskala ADS-K (Hautzinger, Bailer, Hofmeister, & Keller, 2012) und des MINI-DIPS (Margraf, 1994) geprüft. Der ADS-K wurde vier Mal vorgegeben (T0-T3). Am Ende der Intervention (T2) wurden unter anderem der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) vorgelegt, bei diesem können Werte zwischen 8 und 32 berechnet werden, höhere Werte (Cut-Off  $\geq 24$ ) gelten als höheres Maß der Zufriedenheit mit der Intervention (Schmidt & Wittmann, 2002). Außerdem wurde zur Erfassung der Nutzbarkeit bzw. Nutzerfreundlichkeit der technologischen Komponenten die System Usability Scale (SUS) von Brooke (1996) vorgegeben, die daraus resultierenden Werte bis

25 werden als „*am schlechtesten vorstellbar*“, bis 39 als „*schwach*“, bis 52 als „*okay*“, bis 74 als „*gut*“, bis 85 als „*exzellent*“, alles darüber bis 100 als „*am besten vorstellbar*“ interpretiert.

## **Stichprobenselektion**

Für die gegenwärtige qualitative Studie erhielten am 30.3.2017 („Abenteuer Selbst“) sowie am 19.4.2017 („Let`s ACT“) alle TeilnehmerInnen aus Wien von ihren jeweiligen Trainingsleiterinnen schriftliche Einladungen per Mail mit dem Ansuchen, sich für ein persönliches Nachgespräch mit der Autorin zu melden. Es wurde darin auch darauf aufmerksam gemacht, dass diese Studie besonders an kritischen Stimmen interessiert sei, um einen umfassenden Eindruck zu den Erfahrungen mit den Trainings zu gewinnen. Auch die zwei Personen, welche das jeweilige Training abgebrochen bzw. nicht beendet hatten, erhielten dieses Anschreiben. Kriterien für die Teilnahme an dieser Studie war die vorherige Teilnahme an den Interventionsstudien.

Da sich im ersten Durchgang noch zu wenig Personen für ein Gespräch gemeldet hatten, wurden alle Personen- zusammen mit dem Link zu der Online-Befragung- von Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter als Studienleiter am 29.5.2017 ein zweites Mal, sowie am 30.6.2017 ein drittes Mal angeschrieben und zur Teilnahme (sowohl bei der Online-Befragung als auch zu einem Interview) eingeladen. Um die Motivation zu erhöhen, wurden 20€ Aufwandsentschädigung für jedes geführte Interview angeboten und auch ausbezahlt.

Auf das erste Anschreiben über die Trainerinnen meldeten sich in Wien zwölf Personen, davon war es mit acht Personen möglich, in weiterer Folge Interviewtermine zu vereinbaren. Vier TeilnehmerInnen antworteten nicht auf die Kontaktaufnahme durch die Autorin. Nach dem zweiten und dritten Anschreiben meldeten sich noch weitere vier Personen und standen für Interviews zur Verfügung.

Die jeweiligen Anschreiben können im Anhang nachgelesen werden. Die Kontaktaufnahme zwischen der Autorin und den teilnehmenden Personen erfolge per E-Mail, sowie anschließend per Telefon. Die Personen konnten selber angeben, wo sie das Gespräch stattfinden lassen mochten.

In Salzburg erfolgte das Anschreiben initial ebenfalls durch die beiden Seminarleiterinnen, kontaktiert wurden interessierte TeilnehmerInnen anschließend von Raphael Schuster, welcher auch die Gespräche in Salzburg führte.

## **Stichprobenbeschreibung**

An der Interviewbefragung haben insgesamt 22 Personen teilgenommen. Die Onlinebefragung haben insgesamt 23 Personen vollständig ausgefüllt. Davon waren 18 Personen auch InterviewteilnehmerInnen, die anderen fünf Personen haben nur die Onlinebefragung ausgefüllt, nicht aber an der Interviewbefragung teilgenommen. Von diesen fünf Personen musste ein Datensatz ausgeschlossen werden, da der angegebene Versuchspersonencode mit keinem der Codes der an den Interventionen teilnehmenden Personen übereinstimmte. Insgesamt ergeben sich daraus zwei unterschiedliche Stichproben: Einmal die Stichprobe der Interviewbefragung ( $N(I) = 22$ ), und einmal die Stichprobe der Onlinebefragung ( $N(O) = 22$ ).

Die folgende Tabelle 2 enthält die demographischen sowie andere relevante Merkmale aller teilnehmenden Personen, also sowohl der Interview- als auch der Onlinebefragung.

Tabelle 1

*Demografische und andere relevante Daten der gesamten Stichprobe, inklusive Personen, welche nur an der Onlinebefragung teilgenommen haben*

TeilnehmerIn	Methoden	Intervention	Alter	Geschlecht	Ausbildung	Beschäftigungsverhältnis	Diagnose	Komorbiditäten	Diff. ADS-K prä-post	ZUF	SUS
1	I+O	LA	21	w	AHS/ BHS mit Matura	Sonstiges/ Studierend	F32.0	—	-9	28	45
2	I+O	LA	47	w	AHS/ BHS mit Matura	Arbeitssuchend	F32.1	—	-11	28	42,5
3	I+O	AS	35	m	Universität/ FH	Vollzeit	F32.1	F41.1	-3	31	42,5
4	I	AS	45	w	AHS/ BHS mit Matura	Arbeitssuchend	F32.1	F34.1+F40.2	-15	31	50
5	I+O	AS	34	w	Universität/ FH	Vollzeit	F32.0	—	-11	27	35
6	I+O	AS	31	w	Universität/ FH	Vollzeit	F32.0	—	-28	32	45
7	I	AS	26	w	AHS/ BHS mit Matura	Teilzeit	F32.1	F41.1	-22	30	45
8	I+O	AS	24	w	AHS/ BHS mit Matura	Teilzeit	F32.1	F34.1+F41.0	0	27	47,5
9	I+O	LA	24	w	AHS/ BHS mit Matura	Teilzeit	F32.0	F40.1	-2	32	32,5
10 <sup>b)</sup>	I+O	LA	28	w	AHS/ BHS mit Matura	Geringfügig	F32.1	—	-13	30	47,5
11	I+O	LA	28	m	AHS/ BHS mit Matura	Vollzeit	F32.0	—	-5	31	42,5
12	I+O	LA	37	w	Berufsschule/ Lehre	Teilzeit	F32.0	—	-9	27	52,5
13	I	AS	45	m	Universität/ FH	Vollzeit	F33.0	—	-14	30	50
14	I	AS	24	m	AHS/ BHS mit Matura	Sonstiges/ Studierend	F40.1	—	-5	24	50
15	I+O	AS	33	w	Universität/ FH	Vollzeit	F41.1	F45.1	-7	27	62,5
16	I+O	AS	40	w	Universität/ FH	Vollzeit	F32.0	F33.4	-3	20	17,5
17	I+O	AS	56	w	Berufsschule/ Lehre	Vollzeit	F41.0	F45.1	9	29	37,5
18	I+O	AS	46	m	Universität/ FH	Vollzeit	F33.0	—	-13	29	32,5
19	I+O	AS	27	m	AHS/ BHS mit Matura	Sonstiges/ Studierend	F33.0	—	-17	31	47,5
20	I+O	AS	64	w	AHS/ BHS mit Matura	Vollzeit	F33.0	—	-10	22	42,5
21	I+O	AS	50	w	AHS/ BHS mit Matura	Vollzeit	F33.0	—	-11	32	35
22	I+O	AS	32	m	Universität/ FH	Teilzeit	F33.0	—	-9	27	27,5
23	O	AS	39	m	AHS/ BHS mit Matura	Vollzeit	F33.0	—	-14	32	55
24	O	AS	26	m	Universität/ FH	Arbeitssuchend	F32.1	—	-32	27	47,5
25	O	AS	35	w	Universität/ FH	Arbeitssuchend	F32.1	—	-12	27	50
26	O	LA	22	m	AHS/ BHS mit Matura	Vollzeit	F32.0	—	2	28	45

*Anmerkungen.* I+O = Person ist Teil der Interview- und der Onlinestichprobe, I = Person ist nur Teil der Interviewstichprobe, O = Person ist nur Teil der Onlinestichprobe; LA= „Let`s ACT“, AS=“Abenteuer Selbst“; Diagnose und Komorbidität gemäß ICD-10; Diff. ADS-K= Unterschied in Depressivität prä-post in Allgemeiner Depressionsskala (ADS-K); ZUF-8= Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (Werte können 8-32 erreichen, Cut-Off =  $\geq 24$ ); SUS= System Usability Scale (0 = schlechteste vorstellbare Anwendung - 100 = beste vorstellbare Anwendung); <sup>a)</sup> Person hat Intervention abgebrochen

Die Interviewstichprobe bestand aus 22 TeilnehmerInnen zwischen 21 und 64 Jahren ( $M = 36.23$ ,  $SD = 11.55$ ), wobei 15 Personen weiblich (54 %) und 7 Personen männlich (25 %) waren. Die Onlinestichprobe setzte sich ebenfalls aus 22 TeilnehmerInnen zusammen, das Alter verteilte sich ebenfalls zwischen 21 und 64 Jahren ( $M = 35.41$ ,  $SD = 11.13$ ). In dieser Stichprobe waren 14 Personen weiblich (64 %) und acht Personen männlich (36 %).

Von den 22 Personen der Interviewstichprobe arbeiteten elf (29 %) Vollzeit, fünf (18 %) Teilzeit, eine Person (4 %) war geringfügig beschäftigt, zwei Personen waren arbeitssuchend (7 %) und drei kreuzten die Option Studierende/Sonstiges (11 %) an. In der Onlinestichprobe verteilte sich die Beschäftigung folgendermaßen: zwölf Personen arbeiteten Vollzeit (55 %), vier Teilzeit (18 %), eine Person (5 %) war geringfügig beschäftigt, drei Personen arbeitssuchend (14 %) und zwei Personen Studierende (9 %).

Als höchsten abgeschlossenen Ausbildungsgrad gaben in der Interviewstichprobe zwei (9 %) Personen Berufsschule/ Lehre an, zwölf Personen (55 %) AHS/BHS mit Matura, sowie acht Personen (36 %) Universität/FH. In der Onlinestichprobe waren zwei Personen mit Berufsschul/Lehrabschluss (9 %), elf Personen mit AHS/BHS-Abschluss mit Matura (50 %), sowie neun Personen mit Universitäts-/FH-Abschluss (41 %).

Diagnosen verteilten sich in der Interviewstichprobe folgendermaßen: sieben Personen der Interviewstichprobe sowie acht Personen der Onlinestichprobe hatten vor Beginn der Intervention die Diagnose einer leichten depressiven Episode (F32.0) erhalten, jeweils sechs Personen der Interviewstichprobe und der Onlinestichprobe die Diagnose mittelgradige depressive Episode (F32.1), ebenfalls jeweils sechs Personen die Diagnose rezidivierende depressive Störung (F33.0), eine Person der Interviewstichprobe hatte die Diagnose Soziale Phobie erhalten. Jeweils einer Person jeder Stichprobe wurde eine Panikstörung (F41.0) diagnostiziert, sowie ebenfalls jeweils einer Person pro Stichprobe eine Generalisierte Angststörung (F41.1).

Die Differenzwerte zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten des ADS-K geben die Veränderungswerte der Depression zwischen Prä- und Postmessung an. Je höher die Differenz ist, desto mehr konnten Personen von dem Training profitieren. Angesichts der niedrigen Basisrate war anzunehmen, dass ein Großteil der Stichprobe eher hohe Differenzwerte aufwies, und demnach eine stärkere Reduktion der depressiven Symptome erlebte. Die nachfolgende Abbildung zeigt dies auch auf, die Differenzwerte reichten von

-28 bis 9, der überwiegende Teil der InterviewteilnehmerInnen konnte daher gut bis sehr gut von dem Seminar profitieren ( $M = -9.45$ ,  $SD = 7.74$ ).

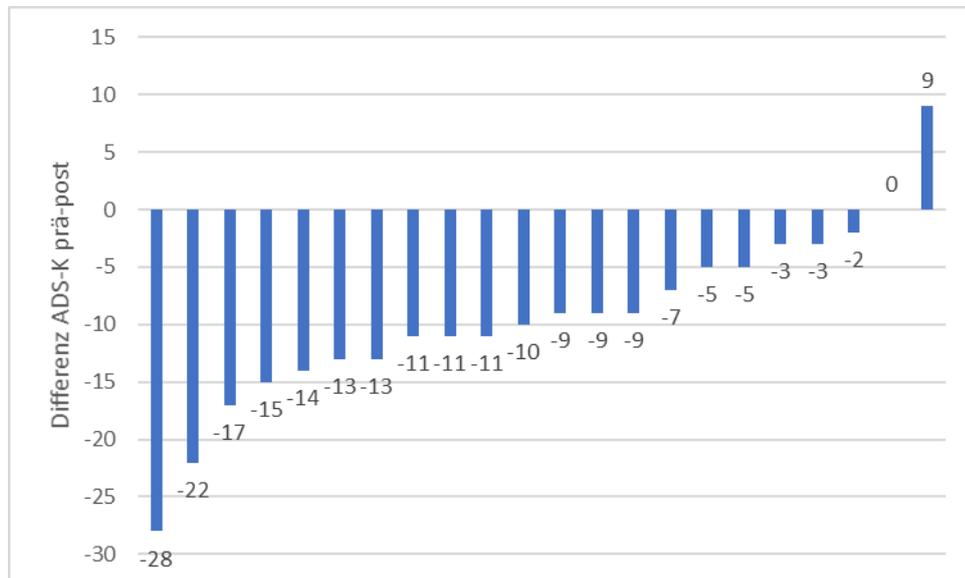


Abbildung 1. Differenzwerte des ADS-K zwischen Prä- und Postmessung (Interviewstichprobe,  $n = 22$ );

In der Onlinestichprobe zeichnete sich ein ähnliches Bild, hier reichten die Differenzwerte des ADS-K von  $-32$  bis  $9$  ( $M = -9.45$ ,  $SD = 8.98$ )

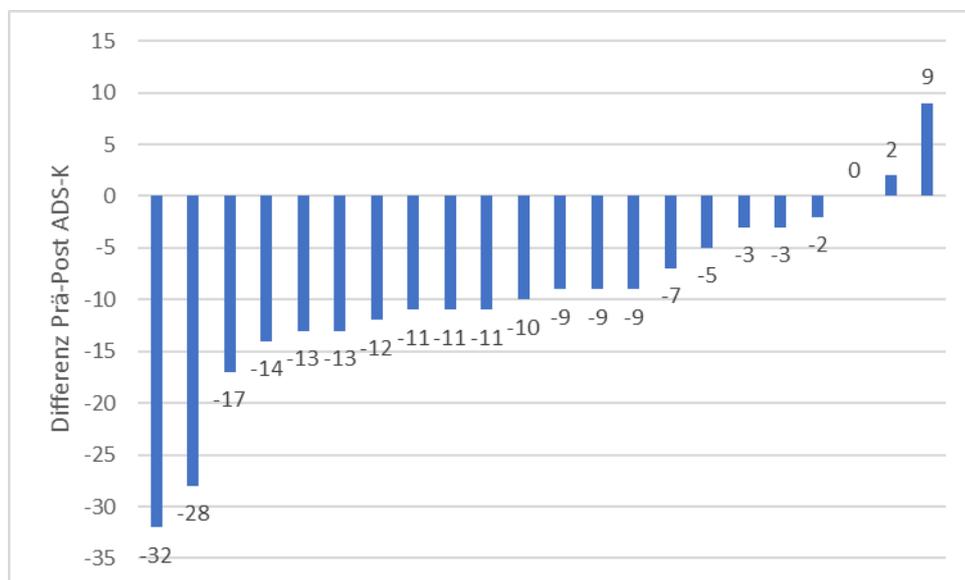


Abbildung 2. Differenzwerte des ADS-K zwischen Prä- und Postmessung (Onlinestichprobe,  $n = 22$ );

Die Werte des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) reichten in der Interviewstichprobe von 20 bis 32 ( $M = 28.41$ ,  $SD = 9.99$ ), davon ergaben sich bei 20 Personen Werte größer oder gleich dem Cut-Off von 24 (91%), das bedeutet dass die

Stichprobe einen sehr hohen Grad an Zufriedenheit mit der Intervention aufwies, ebenso wie die Grundgesamtheit. [n(O): 20-32;  $20 \geq 24$  (91%),  $M = 28.36$ ,  $SD = 3.09$ ]

Demgegenüber standen die Werte der System Usability Scale. Hier reichten die Werte nur von 17.5 bis 62.5 ( $M = 42.73$ ,  $SD = 9.99$ ). Insgesamt bewertete eine Person (5%) die Nutzerfreundlichkeit als „am schlechtesten vorstellbar“, sechs Personen (27%) beurteilten die Usability als „*schwach*“, zwölf (55%) als „*okay*“ sowie drei (13%) Personen als „*gut*“. [n(O): 17.5- 62.5;  $M = 42.84$ ,  $SD = 10.16$ ; 1 (5%), 6 (27%), 11 (50%), 4 (18%)]

Bis auf eine Person haben alle Teilnehmenden die Intervention abgeschlossen. Man könnte annehmen, dass die Person, welche das Training abgebrochen hatte, wenig davon profitieren konnte bzw. schlechte Zufriedenheitswerte aufwies, es war jedoch das Gegenteil der Fall, wie in Tabelle 2 einsehbar ist.

## **Untersuchungsinstrumente**

In der gegenwärtigen Untersuchung kamen ein halbstrukturierter Interviewleitfaden, sowie ein standardisiertes Verfahren zur direkten Veränderungsmessung zum Einsatz.

### **Interviewleitfaden**

In qualitativen Nachuntersuchungen fällt die Wahl der Methode, wie bereits zuvor aufgelistet, häufig auf halbstrukturierte Leitfadeninterviews. Damit wird garantiert, dass inhaltlich alle für die Forschenden wichtigen Fragen gestellt werden, dass aber trotzdem noch Raum für individuelle Vertiefungen, Ergänzungen oder Erzählungen der interviewten Personen bleibt.

Der Leitfaden der gegenwärtigen Untersuchung orientierte sich am Leitfaden der Forschungsgruppe rund um Hoa Ly et al. (2015), er gliederte sich in 21 Haupt- und Unterfragen und enthielt (offene) Fragen aus folgenden Bereichen:

- Allgemeines zu den Trainings (Erwartungen, Erfahrungen, Stärken, Schwächen, Probleme, Strukturiertheit, Intensität, Aufwand)
- Moderne Medien im Training (Stellenwert, Sinnhaftigkeit, Auswirkungen, Interaktionserfahrungen, Usability, Nutzungsverhalten)
- Motivation/ Compliance

- Wirksamkeit (auf Stimmung, Gedanken, Verhalten, Pläne; Miss-/Erfolgsfaktoren)
- Verbesserungen/ Veränderungen

Der gesamte Leitfaden kann im Anhang nachgelesen werden (Anhang D). Im Laufe der ersten Interviews wurde er modifiziert, da sich in den ersten beiden Interviews immer wieder Themen ergaben, die von den InterviewpartnerInnen als wichtig erachtet wurden. Diese wurden zwischen den Interviewern besprochen und anschließend -sofern für gut befunden - als eigene Fragen in den Leitfaden mit aufgenommen. Dies betraf unter anderem die Themenkomplexe erlebte Usability, die erlebte Auswirkung der Mediennutzung auf die Gruppe sowie explizit positive und negative Erinnerungen. Außerdem wurden einzelne Fragen aufgeteilt, so dass insgesamt mehr, dafür jedoch kürzere Fragen entstanden.

Durch die halboffene Struktur der Interviews war es auch möglich, während der Interviews individuelle Schwerpunkte zu setzen bzw. einzelne Themen zu vertiefen (sofern es die Dauer der Interviews zuließ). Wurde beispielsweise in den in Salzburg geführten Interviews zusätzlichen Wert auf das Thema Gruppendynamik gelegt, so wurde in den Wiener Interviews besonders das Thema Motivation und Compliance vertieft.

Die Autorin hatte durch andere Forschungsarbeiten zuvor schon Erfahrung mit der Planung, Durchführung und Auswertung von qualitativen Interviews.

## **Bochumer Veränderungsbogen 2000 (BVB-2000)**

Der Bochumer Veränderungsbogen 2000 (BVB) ist ein Instrument, bei dem PatientInnen einer Psychotherapie retrospektiv direkt angeben können, inwieweit es bei ihnen -im Vergleich zwischen vor dem Beginn der Therapie und heute- zu Veränderungen gekommen ist. Es handelt sich um 26 Items, die jeweils als Gegenpole formuliert sind, und welche man anhand einer Likert-Skala von eins bis sieben bewerten kann. Ein Beispielitem wäre „*Ich bin ruhiger geworden*“ versus „*Ich bin unruhiger geworden*“, wobei 1 bedeutet, dass die Aussage „*ich bin ruhiger geworden*“ voll zutrifft, während 7 bedeutet, dass die Aussage „*ich bin unruhiger geworden*“ voll zutrifft, 4 bedeutet dass keine Änderung diesbezüglich stattgefunden hat.

Konzipiert ist der BVB-2000 als einfaches, schnelles Instrument zur Überprüfung des Therapieerfolges nach einer Psychotherapie. Die hier untersuchten Interventionen sind zwar

konzeptionell an therapeutische Formate angelehnt, stellen aber keine Therapie im klassischen Sinn dar, da sie auch nicht von ausgebildeten Psychotherapeutinnen geleitet wurden. Daher wurde das Wort „Therapie“ in der Angabe mit dem Wort „Seminar“ ausgetauscht.

Der BVB-2000, sowie die zusätzlich formulierten Items wurden mit Hilfe einer Plattform (Soscisurvey.de) vorgegeben.

Der BVB-2000 stellt ein allgemeines, indikationsübergreifendes Instrument dar, das heißt dass nicht unterschieden wird, aufgrund welcher Problematik Personen Therapie in Anspruch genommen haben. Für die Operationalisierung der spezifisch für diese Untersuchung interessierenden Konstrukte wurden daher Zusatzitems formuliert, um mehr Informationen zu direkten Veränderungseffekten der Kernbereiche der beiden speziellen Trainings zu erhalten

## **Interventionsspezifische Veränderungsmessung**

Die Zusatzitems wurden anhand inhaltlicher Vorüberlegungen selbst konstruiert, und umfassen die Themen Selbstfürsorge, Achtsamkeit, Motivation, Kognitive Umstrukturierung, Akzeptanz und Transfer. Der gesamte Fragebogen ist im Anhang -B nachzulesen. Die teilnehmenden Personen konnten die Items auf einer vier-stufigen Ratingskala (*stimme nicht zu - stimme eher nicht zu – stimme eher zu -stimme voll zu*) bewerten. Da die Zusatzitems anhand von inhaltlichen Vorüberlegung selbst konstruiert wurden, war es notwendig, eine Itemanalyse durchzuführen. Die Ergebnisse dieser werden im Ergebnisteil (Fragestellung 5) dargestellt.

Die Fragestellung nach den subjektiv berichteten Veränderungen des Trainings wurde auf zwei verschiedene Arten erforscht. Auf der einen Seite wurde online der Veränderungsfragebogen BVB-2000 sowie die interventionsspezifischen Zusatzitems vorgegeben und quantitativ ausgewertet, auf der anderen Seite wurden die TeilnehmerInnen der Interviews persönlich nach ihren subjektiv erlebten Veränderungen befragt. Die Ergebnisse hinsichtlich dieser Fragestellung speisen sich daher aus unterschiedlichen Quellen. Neben der quantitativen Auswertung der Skalen und des Gesamtwertes wurde die Fragestellung anhand der entstandenen Kategorien aus der thematischen Analyse

beantwortet, anschließend wurden diese entstandenen Themen thematisch mit Zusatzitems, sowie ausgewählten Items des BVB-2000 verglichen.

## **Ablauf der Untersuchung**

Im Zeitrahmen zwischen 6. April und 24. Juli 2017 wurden in Wien zwölf Interviews von der Autorin, sowie in Salzburg zehn Interviews von Raphael Schuster durchgeführt.

Der kürzeste Zeitraum zwischen der letzten Seminareinheit und den Nachgesprächen betrug zwei Wochen (Salzburg), der längste betrug zwölf Monate (Abenteuer Selbst Wien). Insgesamt fanden die zehn Interviews aus Salzburg durchschnittlich zwei Monate nach der letzten Einheit statt, bei den Interviews aus Wien fanden die Gespräche bei fünf Personen nach durchschnittlich zehn Monaten, bei weiteren fünf nach elf, sowie bei zwei Personen nach durchschnittlich zwölf Monaten statt.

Die Interviews wurden zum Teil bei Teilnehmenden zu Hause ( $N = 4$ ), zum Teil in Büroräumlichkeiten der Universitäten Wien und Salzburg ( $N = 13$ ), und zum Teil in einem reservierten Gruppenraum der Fakultät für Bildungswissenschaften an der Universität Wien ( $N = 4$ ) geführt. Ein Interview fand per Skype-Übertragung statt, da die teilnehmende Person ins Ausland verzogen war.

Die zeitliche Dauer der Interviews lag zwischen 25 und 70 Minuten, im Durchschnitt dauerte ein Interview 46 Minuten.

Vor Beginn jedes Gesprächs wurde ein schriftlicher Informationsbogen sowie eine Einwilligungserklärung (siehe Anhang - C) vorgelegt, welche auch mündlich mit jeder teilnehmenden Person besprochen wurde. Darin wurden Personen über ihre Rechte sowie darüber aufgeklärt, dass das Gespräch mittels Diktiergerät aufgenommen und anschließend zur weiteren Verwertung verschriftlicht werden soll. Die mündliche Bereiterklärung dazu sowie die Interviews selbst wurden anschließend auf Band aufgenommen. Mittels des Versuchspersonencodes konnten die demografischen und wichtigsten Ergebnisdaten der teilnehmenden Personen aus der ursprünglichen Stichprobe ermittelt werden.

Da die Autorin dieser Arbeit die Trainings, auf welche sich die Interviewfragen stützen, nicht selber durchgeführt bzw. angeleitet hat, und auch nicht in den Durchführungsprozess eingebunden war, kann von einer unabhängigen Interviewsituation ausgegangen werden.

Die durchgeführten Interviews wurden anschließend nach den Transkriptionsregeln von Udo Kuckartz (2010) wörtlich, jedoch leicht geglättet, das bedeutet an das Schriftdeutsch angenähert transkribiert. Die zwölf Interviews aus Wien wurden dabei von der Autorin, die zehn Interviews aus Salzburg von einer Praktikantin des Lehrstuhls transkribiert.

Der Link zu der Online-Befragung wurde in Wien an alle ursprünglich teilnehmenden Personen ausgesendet, in Salzburg erhielten ihn nur diejenigen zehn Personen von Raphael Schuster, die auch an einem Interview teilgenommen hatten. Insgesamt wurde der Fragebogen 55 Mal aufgerufen, abgeschlossen wurde er von 23 Personen, davon musste der Datensatz einer Person ausgeschlossen werden, da sich für den eingegebenen Versuchspersonencode keine Übereinstimmungen in den ursprünglichen Stichproben ergaben.

## **Auswertung**

### **Qualitative Auswertung**

Die einzelnen Interviewtranskripte wurden zu einem gesamten Dokument (197 Seiten) zusammengefügt und in die Software QCAmap, eine Web-Applikation für Qualitative Inhaltsanalyse (Mayring & Fenzl, 2014), hochgeladen. Der gesamte Kodierungsprozess wurde mithilfe der Software QCAmap durchgeführt.

Für die Analyse der Interviewtexte wurde die Methode der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006) angewendet, welche sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) orientiert. Eine qualitative Inhaltsanalyse ist ein systematisches Vorgehen, welches nach expliziten Regeln abläuft. Sie möchte sprachliches Material analysieren, indem sie es „zergliedert und schrittweise bearbeitet, theoriegeleitet am Material ein Kategoriensystem entwickelt sowie vorab Analyseaspekte festlegt“. (Kuckartz, 2010, S.92) Auch andere qualitative Nachbefragungen von Online Interventionen verwendeten die Methode der thematischen Analyse, und konnten ihre Daten damit gut analysieren. (Darvell, Kavanagh, & Connolly, 2015; Hoa Ly et al., 2015)

Braun und Clarke (2006, S.16) legen ein konkretes Schema vor, wie man (vereinfacht beschrieben) im Rahmen der thematischen Analyse vorgehen sollte:

1. Wiederholtes Durchlesen aller Interviewtexte, um sich an das Material zu gewöhnen und erste Schlüsselstellen erkennen zu können.
2. Erste Codes/Muster erkennen, welche die Daten in bedeutsame Gruppen einteilen.
3. Suche nach möglichen Themen in den Codes, Kollationierung mit den ursprünglichen Datenstellen.
4. Verfeinerung der Themen, Anwendung dieser auf den gesamten Datensatz, wiederholtes Durchgehen aller Interviews um Zugehörigkeit der Codes zu den Themen zu überprüfen.
5. Definition und Benennung der Themen.
6. Berichten der Ergebnisse anhand anschaulicher, überzeugender Textstellen, im Zusammenhang mit der Fragestellung und der Literatur.

Braun und Clarke (2006) gehen davon aus, dass ein Code dann zu einem Thema werden kann, wenn er einen Hinweis auf die Beantwortung der Forschungsfrage enthält. Dies ist jedoch nicht von einer quantifizierbaren Prävalenz in den Daten abhängig, sondern davon, ob der Code etwas Wichtiges in Bezug auf die Forschungsfrage erfassen kann. Es hängt daher von der Beurteilung der Durchführenden ab, welche Bedeutung einzelne Codes im Gesamtzusammenhang der Themen haben (können). Eine gängige Art, Prävalenzen in qualitativen Untersuchungen anzugeben besteht darin, verbale Beurteilungen (zB. Wenige, einige, viele, eine überwiegende Mehrheit der, fast alle, alle der befragten Personen...) abzugeben. Dies wird insbesondere dann angewendet, wenn nicht gänzlich auf alle zutreffende, übergreifende Themen, sondern eine eher „detaillierte und nuancierte Darstellung von bestimmten Themen“ (Braun & Clarke, 2006, p. 10) herausgefiltert werden soll.

Das Vorgehen in der thematischen Analyse hängt davon ab, ob man mit a priori erstellten Forschungsfragen (deduktiver Zugang) arbeitet, oder ob man aus dem Material erst Themen erstellt, welche später zu Forschungsfragen werden können (induktiver Zugang) (Kuckartz, 2010). In dieser Arbeit wurde ein hybrider Zugang, also eine Mischung aus beiden Ansätzen gewählt (Fereday & Muir-Cochrane, 2006). Die erste Kategorisierung wurde induktiv durchgeführt, das bedeutet dass die Analyse offen war: alle möglichen Themen, welche sich aus dem Material ergaben, wurden kategorisiert. Der zweite Durchgang (ab Schritt 3) war angeleitet durch die Forschungsfragen dieser Arbeit, es wurden aus den entstandenen Kategorien jene weiter verfolgt und zu Codes, welche konkrete Hinweise zur Beantwortung

der Forschungsfragen liefern konnten. Dies folgte demnach in weiterer Folge einem deduktiven Ansatz.

Zum einfacheren Verständnis des Auswertungsprozesses soll anhand einer kurzen Textpassage das Vorgehen beschrieben werden (Schritt 2 bis 5):

*B13: Deshalb fand ich diese Pakete, natürlich waren die arbeitsintensiv, aber diese Pakete fand ich jetzt nicht, weil sie eigentlich immer ähnlich strukturiert waren, ähm .. ja, da konnte ich mich drauf einlassen. Das war irgendwie. Weil dann diese Erwartungshaltung auch da war.. okay, jetzt kommen die Folien, dann kommen Fragen dazu, dann kommen die Übungen Online dazu und dann gibt es in der nächsten Woche quasi wieder hierhin und dann werden die Dinge aufgegriffen, weiterentwickelt usw. Das hat für mich sehr gut gepasst. (S.95)*

Diese Stelle wurde markiert und mit der Kategorie „Bewertung Struktur“ versehen. Am Ende der Kodierung wurden sämtliche Textstellen, welche diesen Kategoriennamen erhalten hatten, automatisch von der Software in einer Tabelle aufgelistet. Anhand dieser Textstellen und den zugehörigen Kategorien wurde nach Codes, und in weiterer Folge nach Themen gesucht. Extrahierte Codes und Themen mussten anschließend wieder mit dem Ursprungsmaterial verglichen und angepasst werden. Die oben angeführte Stelle begründete beispielsweise (neben anderen) den Code „Struktur sinnvoll“, „Struktur gibt Halt“ sowie „Struktur logisch aufgebaut“, welche in weiterer Folge zu dem Thema „Struktur sinnvoll“ zusammengefasst wurden. In jeder Phase wurden Themen, Codes und Textstellen gegenseitig rücküberprüft. Das Hauptthema wurde anschließend „Struktur des Trainings“ genannt, dieses ist in der Beantwortung der Fragestellung 4 zu finden.

Insgesamt wurden 1072 Textstellen markiert, diese mündeten in 83 Codes und 24 Subthemen, sowie sechs Hauptthemen, welche für die Beantwortung der Fragestellungen herangezogen wurden. Ein Strukturbaum mit allen für die Beantwortung dieser Fragestellungen benötigten Hauptthemen, Themen und Codes findet sich in Anhang - E.

Die intersubjektive Nachprüfbarkeit ergibt sich in qualitativen Studien durch die sehr genaue Dokumentation des inhaltsanalytischen Vorgehens (Lamnek, 2010). Jeder Schritt im Laufe der Analyse und im Auswertungsprozess muss auf eine begründete und getestete Regel zurückgeführt werden können (Mayring, 2015). Dadurch gelten die allgemein gültigen Gütekriterien auch in qualitativer Forschung. Die externe Validität ergibt sich aus der Orientierung an den realen Erfahrungen der TeilnehmerInnen. Reliabilität kann in einem

solchen Forschungsprozess über den Einbezug mehrerer AnalytikerInnen erhöht werden, welche unabhängig voneinander dasselbe Material bearbeiten und anschließend ihre Ergebnisse vergleichen (Mayring, 2002). In dieser Arbeit wurde eine objektive Vorgangsweise sichergestellt, indem zehn der transkribierten Interviews neben der Autorin, auch noch von einer unabhängigen, geschulten Praktikantin der Abteilung Psychotherapie und Gerontopsychologie der Universität Salzburg analysiert, und die Ergebnisse der entstandenen Kategorien-/Code- und Themensysteme laufend miteinander, sowie mit Raphael Schuster verglichen und kritisch reflektiert wurden. Es waren somit durchgängig mindestens zwei, größtenteils sogar drei Personen mit der Auswertung befasst.

## **Quantitative Auswertung**

Der BVB-2000 weist eine hohe interne Konsistenz auf (Cronbachs  $\alpha = .96$ ). Personen mit einem Wert größer als 4,4 werden als gebessert, mit einem Wert kleiner als 3,36 als verschlechtert klassifiziert, innerhalb dieses Intervalls gelten PatientInnen als unverändert (Willutzki et al., 2013). In der ersten Fassung des BVB-2000, vormals Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) berichteten Veith und Willutzki (2000) eine dreifaktorielle Struktur, diese konnte jedoch in der Faktorenanalyse der Neuauflage des BVB-2000 in seiner jetzigen Fassung (Willutzki et al., 2013) nicht weiter bestätigt werden. Es wird seitdem ein Gesamtmittelwert interpretiert.

In dieser Arbeit wurden daher Mittelwerte für jedes Item, sowie ein Gesamtmittelwert errechnet. Diese können einen Wert zwischen 1 - 7 annehmen, wobei vier bedeuten würde, dass keine Veränderung aufgetreten ist, Werte darüber oder darunter sprechen für einen positiven (4,1-7) bzw. negativen (1-3,9) Veränderungseffekt. Die Ergebnisse der einzelnen Items werden anschließend auch inhaltlich interpretiert.

Zusätzlich dazu wurden Mittelwerte für jede Person errechnet, um herauszufinden, ob sich die Symptome einer spezifischen Person verbessert ( $> 4,4$ ) oder verschlechtert ( $< 3,36$ ) haben, oder ob sie unverändert (3,37 – 4,3) geblieben waren.

Auch für die Items der interventionsspezifischen Veränderungsmessung werden Mittelwerte berechnet, diese können Werte zwischen 1 - 4 annehmen. Hier werden einerseits Mittelwerte bezüglich der Skalen berechnet, andererseits werden die Mittelwerte der Einzelitems auch

auf Itemebene berechnet und interpretiert (1 = stimme nicht zu, 2 = stimme eher nicht zu, 3 = stimme eher zu, 4 = stimme voll zu).

## Ergebnisse

Die folgenden Ergebnisse der Fragestellungen werden häufig mit direkten Zitaten aus den Interview- Transkripten belegt. Wurden Namen der Trainingsleiterinnen genannt, so wurden diese anonymisiert mit „L.“ (für: *Leiterin*) gekennzeichnet. Anmerkungen, welche zum besseren Verständnis für das Zitat von der Autorin nachträglich eingefügt wurden, wurden mit „[Anm.:]“ gekennzeichnet.

### **Fragestellung 1: Welche Stärken und Schwächen sehen TeilnehmerInnen im Format der Gemischten Interventionen?**

#### **Stärken**

Die meisten teilnehmenden Personen gaben an, dass das gemischte Format eine sehr gute Kombination aus den beiden Bereichen Online und Face-to-Face darstellte. Der Wechsel zwischen den Aktivitäten der Gruppe und den Einzel-Aktivitäten unter der Woche, die dann wieder in der Gruppe besprochen wurden, erschien den meisten TeilnehmerInnen gut gelungen. So war man nicht auf sich allein gestellt, denn während man selber aktiv an Veränderungen arbeiten konnte, war man dennoch in die Gruppe eingebettet und konnte dort sowohl von den anderen TeilnehmerInnen, als auch von den Leiterinnen (auch unter der Woche) Feedback bekommen.

*„Weil man dadurch in der Gruppe Sachen gemacht hat, und auch zuhause. Also man hat es dann immer wieder hergeholt sozusagen. Und das ist gut, so eine Mischung.“  
(B12, S.89)*

*„(...) dass man halt dann noch einmal das Verständnis bespricht, weil manchmal versteht man es halt einfach nicht oder manches ist wichtig, das noch einmal zu besprechen, okay: so war das also und was heißt das für mich?“ (B15, S.124)*

Fast alle Personen nannten als eine der größten Stärken des Formates, dass man die Medien auch von zu Hause aus nutzen konnte und sich dadurch ein niederschwelligerer Zugang ergab, einerseits allgemein durch den einfachen Zugang zu der Plattform und der App und zu der Möglichkeit, Kontakt mit anderen aufzunehmen, andererseits aber auch die Niederschwelligkeit und Vielfalt der Informationen, die über die Medien abgerufen, aber auch eingegeben werden konnte. Es wurde auch als gut angesehen, dass durch das gemischte Format ein zusätzlicher Kommunikationskanal eröffnet wurde, um sowohl untereinander, als auch mit den Leiterinnen kommunizieren zu können.

*„Man hat weniger Ausreden dass man keine Zeit oder keine Lust hat, also die Überwindungsschwelle ist geringer.“ (B4, S.29)*

*„(...) kann man sich [Anm.: von den Videos] das rausschreiben und merken, was einen interessiert hat und dann auch nochmal nachfragen und hat man eh quasi bei der Kommentarfunktion dazuschreiben können und das ist dann, wenn dann irgendetwas offen war, ist es entweder eh beantwortet worden online gleich, oder besprochen worden in der nächsten Runde.“ (B19, S.164)*

Eine besondere Stärke des Gemischten Formates sahen Personen darin, dass man die Plattform und die App zeitlich und örtlich unabhängig verwenden konnte, also dass man sich selber aussuchen konnte, wann und wo man genug Ruhe für die Onlinemodule hatte. Für viele Personen war es gut, dass die Seminarinhalte durch das gemischte Format auch zwischen den Einheiten präsent waren, und man durch die Online-Module und die täglichen Erinnerungen durchgängig im Thema gehalten wurde.

*„(...) und dass man so ein bisschen mehr auch den Leuten mitgeben kann bzw. sie dann so ein bisschen in dem jeweiligen Thema nochmal drin halten kann, statt wenn man sich einmal in der Woche trifft und dann ist es wieder vorbei bis zur nächsten Woche, sondern (...) noch so ein bisschen das einfach gedanklich näher zu halten.“ (B14, S.110)*

*„Also ich fand, es hält einem bei der Stange, weil du jeden Tag irgendwie was bekommst und immer wieder deine Aufmerksamkeit auf das Thema lenkst oder auf die Gruppe (...), und dann machst du es halt, das heißt du bleibst auch im Thema drinnen, was ganz gut ist.“ (B20, S.184)*

Besonders positiv sahen die TeilnehmerInnen, dass man die Inhalte und Übungen wiederholt ansehen und durchführen konnte, was einerseits zu einem generellen besseren Verständnis, und andererseits auch zu einer Festigung und Vertiefung der Inhalte führte.

*„dass man auch die Inhalte noch einmal selber verarbeiten kann, wenn man es vielleicht auch nicht gleich verstanden hat.“ (B15, S.117)*

*„(...) dass man ein Video zum Beispiel anschauen kann, das finde ich schon sehr vorteilhaft, also einen trockenen Text durchlesen, das würde, glaube ich, nicht jeder machen, daher fand ich es gut, dass es multimedial aufgebaut war, dass man eine PowerPoint Präsentation oder Schemata oder Videos anschauen kann und das immer wieder.“ (B3, S.20)*

Das gemischte Format sorgte demnach auch für einen roten Faden, da die Inhalte über die sieben Wochen hinweg kontinuierlich aufeinander aufbauten, und die teilnehmenden Personen zum besseren Verständnis der aktuellen Themen auch ältere Videos oder Informationen erneut ansehen konnten.

*„Vielleicht, dass wir immer im Thema drinnen waren, dass man einen roten Faden gehabt hat und jeder hat halt das auch daheim gemacht.“ (B2, S.13)*

Als eine Stärke des gemischten Formates sahen die TeilnehmerInnen auch die Förderung des Selbstmanagements und die Selbstaktivierung der teilnehmenden Personen. Im Laufe der Intervention wurden verschiedenste Techniken und Methoden angeboten, aus denen sich jede Person die für sie passenden aussuchen, ausprobieren und dann mit anderen die Handhabung und den Erfolg/ Misserfolg besprechen konnte. Dies stellte die TeilnehmerInnen als aktiv an einer persönlichen Veränderung Arbeitende in den Mittelpunkt, was zu einem Gefühl der Selbstermächtigung beitrug.

*„Ich hätte mich wahrscheinlich nur jede Woche berieseln lassen, und so bin ich doch immer wieder dazu aufgefordert worden, irgendwas in diese Richtung zu machen. Also diese Kontinuität ist sicher gut, dass es nicht einschläft.“ (B3, S.12)*

*„Weil das ja etwas ist, wo ich das Gefühl habe dass ich das selbst kontrollieren kann, wo ich selbst dafür verantwortlich bin, und das hat natürlich auch den*

*psychologischen Effekt, dass du das Gefühl hast, du hast es dir selbst erarbeitet.“  
(B6, S.44)*

Für fast alle teilnehmenden Personen war eine der großen Stärken die Tatsache, dass sie Teil einer Gruppe waren, die mit den gleichen Problemen wie sie selber zu kämpfen hatte. Es stellte für viele eine enorme Belastungsreduktion dar, dass das Gefühl der Isolierung, des Allein-Seins mit der eigenen Krankheit durchbrochen wurde, indem sie erkannten, dass es auch andere, „ganz normale“ Personen gibt, die Symptome einer Depression haben können.

*„(...) dass es in der Gruppe war, mit anderen Menschen, die auch solche Sorgen haben, also das war eigentlich auch gut zu sehen, weil ich habe oft das Gefühl: keiner versteht mich und keiner hat das, und ich bin so abnormal, dass ich das habe, und das zu sehen, dass es anderen Leuten auch so geht, und dass das eigentlich einige sind, und dass einfach nur nicht darüber geredet wird, das hilft auch.“ (B12, S.89)*

*„der Vorteil ist der, überhaupt einmal jemand anderen zu sehen, der quasi die selben Probleme hat, und dann zu sehen, dass das dann auch keiner ist, der mit einem Mal im Gesicht herumläuft, sondern auch jemand der sein Leben einfach ganz normal lebt.“ (B6, S.42)*

Die durch die Medienkomponenten unterstützte Vor- und auch Nachbereitung der Gruppeneinheiten wurde von einigen TeilnehmerInnen als spezifische Stärke des gemischten Formates genannt. Die Beschäftigung mit den Inhalten und Themen vor den Einheiten führte dazu, dass alle Personen den gleichen Wissensstand hatten, so dass auf einer gemeinsamen Basis reflektiert und diskutiert werden konnte und Fragen direkt gestellt und beantwortet werden konnten.

*„Man hat sich damit schon einmal beschäftigen können und dann Fragen stellen in der Gruppe, das war super.“ (B21, S.193)*

Die Verlagerung des Großteils der psychoedukativen Inhalte auf die Onlineplattform schaffte in den Gruppensitzungen außerdem mehr Zeit für Austausch und Reflexion.

Außerdem nannten einige der teilnehmenden Personen als Stärke des Gemischten Formates, dass durch die Besprechung der Inhalte, Hausaufgaben und Übungen in den Gruppeneinheiten mit den anderen TeilnehmerInnen, genauso wie durch das individuelle Feedback der Leiterinnen die Compliance eben dafür erhöht wurde. Das bedeutet dass

Personen sich mehr für die Hausaufgaben motivieren konnten, weil diese einerseits in den Gruppeneinheiten reflektiert wurden, und sie andererseits ein schriftliches, individuelles Feedback von den Leiterinnen bekamen. Auch die Erinnerungen durch die App und die Plattform waren für einige Personen eine Stärke des Formates, da sie so täglich dazu aufgefordert wurden, sich mit der eigenen Person auseinander zu setzen.

*„Was ich gut fand war, dass man immer ein Feedback bekommen hat, wenn man diese Module ausgefüllt hat und irgendwas erarbeitet hat und sich die L. das dann durchgeschaut hat und ein Feedback geschrieben hat, das finde ich ganz gut.“ (B1, S.1)*

## **Schwächen**

Als größte Schwäche des gemischten Format wurde von vielen TeilnehmerInnen der Druck genannt, den die Medienkomponenten erzeugten. Dieser wurde einerseits durch die täglichen Erinnerungen ausgelöst, welche einige als nervig oder mühsam empfanden. Dies begründeten sie damit, dass sie einen gewissen Zwang verspürten, vor allem wenn sie für sich keinen Sinn in den täglichen Aufgabenerinnerungen gefunden hatten. Auch dass die Benachrichtigungen nicht zum eigenen Typ und dem Tagesablauf im Alltag passten bzw. sich diesem nicht anpassen ließen, wurde von einigen kritisiert. Dies wäre zwar technisch möglich gewesen, einige TeilnehmerInnen scheinen hier jedoch zu wenig instruiert worden zu sein.

Andererseits wurde der erhöhte Druck auch durch die Tatsache ausgelöst, dass sich durch die Kumulierung der Aufgaben über den Verlauf des Trainings ein höherer „Workload“ ergab, der dann auch zu Überforderung führen konnte.

*„(...) ich hab es dann total stressig empfunden, dass ich jeden Tag mehr oder weniger geschickt bekommen habe: so jetzt tu etwas.“ (B20, S.188)*

*„Und weil sich das eben summiert hat, nach der Einheit hat man eine Sache die man macht, nach der zweiten Einheit hat man zwei Sachen die man macht, und das summiert sich dann halt. Weil wenn ich dann alles für das Training erledigt habe, musste ich dann 8 Sachen machen.“ (B9, S.70)*

Durch diesen permanenten „Hausübungs-Druck“ ergab sich für einige TeilnehmerInnen ein gewisser Schul- bzw. Unicharakter, den sie nicht als angenehm empfanden.

Öfters kritisiert wurde von einigen TeilnehmerInnen das Fehlen von tieferen, persönlicheren Beziehungen im Rahmen des Trainings. Die TeilnehmerInnen gaben an, dass sie sich mehr Austausch über individuelle Probleme gewünscht hätten, dass sie die anderen TeilnehmerInnen gern näher kennengelernt hätten, und dass in den Einheiten kein oder zu wenig Platz für interaktive (Klein-)Gruppenarbeit gewesen sei.

*„Und was wenig passiert ist, ist Interaktionen zwischen den Teilnehmern, weil einfach wenig Zeit war. Weil sie hat etwas gefragt und dann hat einfach jeder seins gesagt aber nicht aufeinander bezogen. Also es hat nicht viel Interaktion zwischen den Teilnehmern gegeben.“ (B15, S.119)*

*„Von den Leuten selber habe ich eigentlich nicht wirklich viel erfahren, was schon ein bisschen schade ist; also teilweise habe ich mir nicht einmal den Namen merken können.“ (B5, S.35)*

Das tiefere Kennenlernen unter den Teilnehmenden wurde insbesondere durch die Struktur der Gruppeneinheiten erschwert, die ein Besprechen von individuellen Problemlagen Einzelner nur wenig zuließ. Grund dafür sahen die Personen in der Zeitnot während der Gruppeneinheiten, die durch die straffe Struktur des Trainings, und teilweise auch durch zu wenig Moderation der Beiträge auftrat. Dies wurde von einigen TeilnehmerInnen als Schwäche genannt, vor allem wenn durch den entstandenden Zeitdruck Komponenten gekürzt oder weggelassen werden mussten. Auch wurde es als nicht gut empfunden, wenn es durch den Zeitdruck öfter dazu kam, dass die Dauer der Einheiten überschritten und nicht rechtzeitig beendet wurde.

*„Was mich ein bisschen gestört hat, war, dass diese Zeiträume dieses vor Ort Trainings, das war oft viel länger als diese 1 ½ Stunden und das fand ich schwierig.“ (B16, S.143)*

*„(...) und sie haben dann nur 1 Stunde geplant aber wir reden schon seit 1,5 Stunden darüber, dann geht es sich natürlich nicht mehr aus, dass wir noch Gruppenarbeiten machen oder so, da war dann immer die Zeit aus.“ (B7, S.51)*

Von einigen TeilnehmerInnen wurde auch als Schwäche genannt, dass es sich demotivierend auswirkte, wenn einzelne Personen die Online-Module nicht bearbeitet bzw. angesehen hatten. Einerseits weil dadurch wieder wertvolle Gruppenzeit für die Wiederholung der Online-Inhalte aufgebracht werden musste, und andererseits auch Unverständnis auftrat, warum Non-Compliance konsequenzenlos blieb.

Aber auch persönliche Non-Compliance führte dazu, dass Personen verstärkten Stress oder Ärger empfanden:

*Ich bin mir manchmal so fehl am Platz vorgekommen, weil ich es eben nicht gemacht habe. Dann hab ich mich wieder geärgert warum ich es nicht früher gemacht habe oder überhaupt gemacht habe. (B2, S.13)*

Wenige Personen nannten auch das Thema Datensicherheit als Schwäche, sie gaben an, dass sie sich mehr Transparenz und vor allem am Beginn mehr und ausführlichere Informationen darüber, wer (zB die Leiterinnen) welche Beiträge der TeilnehmerInnen in App und Online-Plattform lesen bzw. sehen kann. Hier schien bei einigen Personen noch Unklarheit zu herrschen.

*„Und von der App her, das war eben ein bisschen komisch, weil ich nicht wusste was seh nur ich, was sieht die Trainerin, da wurden einige Sachen nicht klar kommuniziert.“  
(B9, S.65)*

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sehr viel mehr Stärken als Schwächen genannt wurden. Als Stärken wurde vor allem die zeitliche und örtliche Unabhängigkeit und Wiederholbarkeit der Mediennutzung, der zusätzliche Kommunikationskanal sowie die Stärkung des Selbstmanagements angesehen. Schwächen sahen die TeilnehmerInnen verstärkt im empfundenen Druck durch die Medienkomponenten, der verminderten Möglichkeit zum interpersonalen Austausch, der Zeitnot während der Gruppeneinheiten und bei Non-Compliance ausgelöste Stress- und Ärgergefühle.

**Fragestellung 2: Welchen Stellenwert hatten computerunterstützte Medien während des Prozesses für die TeilnehmerInnen?**

Computerunterstützte Medien umfassten die Online-Plattform und deren Inhalte (Videos, gesprochene Präsentationen, Informationen, Übungen in den Online-Modulen), die App (Tagebuchmodule, Zeitleiste, Übungen) sowie die Powerpoint-Präsentationen während der Gruppeneinheiten.

Allgemein schätzten die TeilnehmerInnen die verwendeten Medien dafür, dass durch sie die Psychoedukation unterstützt, und der Austausch mit den Leiterinnen erleichtert wurde. Es konzentrierte sich nicht alles auf die eine gemeinsame Gruppeneinheit in der Woche, sondern man hatte auch zwischendurch die Möglichkeit, Fragen zu stellen oder Dinge nachzuholen, welche man während der Einheit vergessen hatte. Ebenfalls als sehr angenehm wurde empfunden, dass die Leiterinnen durch die Medien und die Online-Einträge einen besseren Überblick über die Bedürfnisse der einzelnen Personen bekamen, so dass eine Kombination aus der Gemeinschaft und einem Gefühl der persönlichen Betreuung entstand. Einige TeilnehmerInnen wünschten sich, dass eine individuelle Verlaufsevaluation Teil der Betreuung sein sollte, wie es diese Person ausdrückte:

*„Wenn es möglich ist, bestimmte Inhalte des Tagebuchs, oder wie es einem geht (...), dass man diese Sachen auswertet, auf einer individuellen Basis quasi, für jeden Teilnehmer, dass man sich als leitende Person ein Bild davon machen kann: hilft das, was ich jetzt mit dieser Person gerade mache, oder nicht.“ (B9, S.69)*

Bezüglich der Benachrichtigungen durch die App und die Plattform beschrieben einige, dass sie es als hilfreich empfanden, täglich an das Innehalten und an die Übungen erinnert zu werden, und dass diese Benachrichtigungen zur Compliance mit den Hausaufgaben beitrugen.

*„Eben die Erinnerung war wirklich gut, dass man immer erinnert worden ist daran, sonst hätte ich es, glaube ich, noch weniger genutzt, wenn es mich nicht erinnert hätte.“ (B10, S.71)*

Viele Personen jedoch kritisierten die Benachrichtigungen, da sie sie als nervig oder stressig empfunden hatten. Die täglichen automatischen Erinnerungen führten bei vielen zu noch mehr Stress- und Überforderungsgefühlen, da sie sich einerseits oft zu den bestimmten Erinnerungszeiten gerade nicht dafür Zeit nehmen konnten oder wollten, und dies wiederum

Schuldgefühle und Stress auslöste. Näheres zu diesem Thema wird auch im vorigen Kapitel „Schwächen“ diskutiert.

### **Zusammenfassung**

Zusammenfassend hatten Medien einen wichtigen Stellenwert, sie wurden als hilfreich angenommen, insbesondere indem sie die Psychoedukation unterstützten und den Austausch mit den Leiterinnen erleichterten. Gleichzeitig wurden diese jedoch dafür kritisiert, dass sie durch die automatischen Erinnerungen Stress und Überforderung auslösten.

### **Plattform**

Für alle InterviewpartnerInnen stellte die Plattform eine Komponente des Trainings dar, die als zum Training zugehörig empfunden wurde. Insbesondere der Psychoedukations-Aspekt schien hierfür einen besonderen Stellenwert einzunehmen. Viele TeilnehmerInnen schätzten die vielen Informationen, welche über die gesprochenen Präsentationen und die Videos transportiert wurden als Ergänzung, aber auch als Vor- und Nachbereitung zu den Inputs der Gruppeneinheiten. Sie beschrieben die Module als sinnvoll und übersichtlich, und das gebotene Informationsmaterial als hilfreich.

*„Das fand ich auch gut, also die waren ja sehr hochwertig und inhaltlich gut gemacht und sicher aktuell. Ich fand die auch didaktisch irgendwie ansprechend.“  
(B16, S.134)*

*„(...) die Folien mit der Stimme. Hat sehr gut gepasst. Fand ich gut erklärt. Es ist gut vorbereitet worden und die Ergänzung fand ich sehr gut, (...) Es war dann tatsächlich so, dass es um das Aufarbeiten der Dinge ging und um zu schauen, wie man sich selbst eben bewusster durch den Tag/durch die Wochen bewegen kann.“  
(B13, S.91)*

Eine Teilnehmerin beschrieb die Online-Plattform als ihren eigenen, ganz persönlichen Rückzugs-Raum, welcher durch die Exklusivität das Gefühl der Selbstfürsorge verstärkte:

*„Also das war wirklich mein Ding, ich habe die ganze Anmeldung so empfunden: ich will etwas für mich machen, und die Plattform hat das gut wiedergespiegelt, also das ist das was ich mache, wo ich mich in einem Ritual: so ich gebe jetzt ein Passwort*

*ein und bin jetzt drin, und das ist jetzt die Zeit, die ich mir nehme und das mache ich halt dann. Und das hat mir sehr gut gefallen.“ (B6, S.40)*

Vor allem die Tatsache, dass das Material wiederholt angesehen werden konnte, unterstützte das eigene Tempo der Personen und trug so zu einem besseren Verständnis bei. Die TeilnehmerInnen sprachen häufiger davon, dass es gut war, wenn sie sich Ruhephasen aussuchen konnten, in denen sie die Zeit und die Motivation hatten, sich intensiv mit dem Modul und den Inhalten auseinander zu setzen. Einige erwähnten, dass sie sich durch den Zeitdruck während der Gruppeneinheiten oftmals nicht getraut hätten, den LeiterInnen Fragen zu stellen, und dies dann in der Plattform nachholen konnten, so dass sich Online ein gutes Komplement zu den Gruppentreffen ergab.

Angesprochen wurde von einigen auch die Kosten- und Zeitersparnis durch die Plattform, weil man die Inhalte auch zu Hause oder an einem beliebigen Ort ansehen und bearbeiten konnte, und dafür nicht zusätzliche Gruppeneinheiten eingeplant werden mussten. Auch die Reduktion von bedrucktem Papier durch die Online-Verfügbarkeit wurde als Kostenersparnis von einzelnen begrüßt.

Das Thema Usability, also die Nutzerfreundlichkeit wurde von den TeilnehmerInnen größtenteils als gut bewertet, die meisten erzählten dass die Plattform einfach zu bedienen war und sie keine Schwierigkeiten mit der Navigation hatten.

*„Ansonsten war die Usability okay, ich habe die Sachen gefunden. Es war jetzt keine super toll gestaltete Webseite, aber sie hat der Funktionalität entsprochen.“ (B11, S.77)*

Die generelle Handhabung der Online-Plattform fiel jedoch nicht für beide Trainings gleich aus. Die meisten Teilnehmenden von Let`s ACT erzählten, dass sie die Plattform sehr häufig verwendeten, für einige -insbesondere die TeilnehmerInnen des Trainings Abenteuer Selbst- hatte sie lediglich eine reine „Abhol-Funktion“, das heißt sie loggten sich nur ein, um sich die Übungen bzw. Powerpoint-Folien für diese Woche runterzuladen und Informationen nachzuschlagen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die Plattform in diesem Training sehr viel weniger interaktive Möglichkeiten für Einzelne geboten hatte als die Minddistrict-Plattform der Let`s ACT-Gruppen. Dies wirkte sich insofern aus, als dass die

Plattform in der Abenteuer Selbst-Gruppe einen niedrigeren Stellenwert hatte als in den anderen Trainings.

Zur Kommunikation zwischen den TeilnehmerInnen wurden die Plattformen wenig bis gar nicht benützt. Viele erklärten, dass dies einerseits nicht aktiv gefördert oder moderiert worden wäre, und dass sie andererseits meist auch gar nicht das Bedürfnis dazu hatten, da ja die wöchentlichen Gruppentreffen für Fragen und Austausch untereinander genutzt werden konnten.

*„Ich habe mir dort einfach meine Unterlagen abgeholt und ein paar Dinge nachgelesen um sie in Erinnerung zu rufen, aber Kontakt mit jemand anderen habe ich praktisch null gehabt. Ich hatte vielleicht ein, zwei technische Fragen an die Vortragenden, die sind beantwortet worden, aber so ein richtiger Austausch ist dort nicht zustande gekommen.“ (B4, S.25)*

*„Also in die Plattform habe ich eigentlich nur reingeschaut wegen den Übungen, weil dort eben die Übungen gestanden sind; ich hab eher das Gefühl gehabt, dass relativ wenige Leute etwas gepostet haben oder es zum Kommunizieren genützt haben.“ (B5, S.33)*

Zur Kommunikation mit den Leiterinnen wurde die Plattform jedoch als sehr positiv angesehen, da Fragen sehr direkt und niederschwellig gestellt werden konnten, und auch beantwortet wurden. Dennoch merkten einige Personen an, dass es wohl mehr Präsenz der Leiterinnen in der Plattform bedurft hätte, um die Kommunikation online in Schwung zu bringen.

Ambivalent wurde das Thema Anonymität besprochen. Einige TeilnehmerInnen begrüßten die Tatsache, dass sie online auch anonym Fragen stellen konnten, andere wiederum fühlten sich durch die Anonymität in der Plattform abgeschreckt.

*„(...) der Vorteil, dass man sich anonymisiert bei den Fragen, wenn halt irgendwas gekommen ist, äußern kann.“ (B15, S.117)*

*„Ich hab mir gedacht, dass ist so anonym. Da habe ich keinen Bezug gehabt, wer es durchlesen könnte oder ob das wirklich jemand beantwortet hat. (...) Vielleicht war es deswegen, dass mir das überhaupt nicht getaugt hat.“ (B2, S.12)*

Kritisiert wurde von einigen der „Test- oder Quizcharakter“ der Online-Plattform, dies betraf insbesondere die zu beantwortenden Fragen nach den gesprochenen Präsentationen. Einige Personen fühlten sich dadurch zu sehr an Schulsituationen erinnert, so dass Reaktanzgefühle entstanden.

*„es waren dann auch die Fragen zu den Videos oft so Blabla-Fragen, sie waren irgendwie mehr ein Test, ob ich es angeschaut habe und nicht so einen: Wie habe ich mich sozusagen auseinander gesetzt, also es hat dann mehr so einen Oberlehrer-Ton gehabt.“ (B11, S.83)*

*„Diese Faktenfragen. Weil manche Sachen merke ich mir halt, aber manche Sachen nicht, und dann musste ich im Video die Stelle suchen und so, (...) Das war ziemlich nervig.“ (B9, S.70)*

Einige der interviewten Personen meinten dass die gesprochenen Videos zu lang gewesen seien, sie wünschten sich kürzere, und teilweise auch professionellere Videos. Zwei Personen merkten an, dass die Abstimmung zwischen den Gruppeneinheiten und den Online-Einheiten insbesondere gegen Ende der Intervention nicht mehr so gut gepasst hätte.

*„Gegen Ende hin, also die letzten zwei, drei Einheiten, da war es dann oft schwierig einen Bezug herzustellen, beziehungsweise dann waren auch manche Inhalte sehr schnell produziert und hochgeladen, wo dann sozusagen auch die Qualität gefehlt hat.“ (B11, S.78)*

Dies wirkte sich nicht positiv auf die Motivation aus, da dadurch noch mehr das Gefühl von übermäßig vielen Inhalten entstand. Die zu langen Videos der Online-Plattform von Abenteuer Selbst wurden in der Weiterentwicklung zu Let`s ACT gekürzt und professionalisiert, so dass diese Kritik vor allem von Personen aus der Abenteuer Selbst-Gruppe kam, kaum mehr aus den Let`s ACT-Gruppen.

Einzelne Verbesserungsvorschläge bezüglich der Plattform betrafen neben der Professionalisierung der Videos, kürzeren Aufgaben und der vermehrten Online-Präsenz der Leiterinnen auch die Möglichkeit einer Zwischenspeicherfunktion. Aber auch der Wunsch nach einer Art Webinar, also einer Gruppeneinheit, die gänzlich im Internet abgehalten wird, wurde einmal genannt.

## **Zusammenfassung**

Die Plattform wurde besonders im Zusammenhang mit Psychoedukation als hilfreich empfunden, die Module wurden als übersichtlich und sinnvoll beschrieben. Die Möglichkeit, die Online-Module im eigenen Tempo zu erarbeiten führte zu besserem Verständnis, durch die Möglichkeit, online Kontakt mit den Leiterinnen aufzunehmen, ergab sich ein gutes Komplement zu den Gruppentreffen. Ebenfalls positiv wurden die Kosten- und Zeitersparnis sowie die Usability der Plattform genannt. Die Plattform sei wenig bzw. nicht zur Kommunikation zwischen den TeilnehmerInnen genutzt worden, es sei auch kein Bedarf diesbezüglich vorhanden gewesen. Kritisiert wurde der Test- und Quizcharakter der Plattform, die zu langen Videos und die gegen Ende teilweise nicht mehr so gute Abstimmung zwischen den Online- und Face-to-Face-Einheiten.

## **App**

Bezüglich der App ergaben sich unterschiedliche Standpunkte unter den InterviewpartnerInnen. Viele Personen erwähnten die positiven Aspekte, wie zum Beispiel dass man durch das Monitoring der Zeitleiste zu mehr und besserer Reflexion angeregt werden kann, und dass es gut sein kann, den eigenen Fortschritt anhand der Einträge zu sehen. Sie sprachen davon dass es gerade in schlechten Episoden förderlich sein kann, nachzulesen was einem davor schon gut getan hatte.

*„[Anm.: Es] kann schon hilfreich sein, denke ich, gerade in schlechten Phasen, wenn man dann aber auch feststellt, ich hab in der letzten Woche so oft angegeben, dass es mir gut ging, vielleicht geht's mir gar nicht so schlecht grundsätzlich. Und kann, denke ich, schon in gewisser Weise Sinn haben.“ (B14, S.106)*

Vor allem der Transfer in den Alltag funktionierte durch die Handhabung am Mobiltelefon, das man ja meist bei sich trägt, gut. Viele Personen erwähnten, dass es ihnen half, sich zumindest kurzzeitig mit dem eigenen Befinden auseinander zu setzen und Übungen zu machen.

*„Die Stärke der App war eben, dass sie immer dabei ist.“ (B9, S.64)*

Das bedeutet dass den meisten Personen durchaus der Sinn einzelner Komponenten der App bewusst war. Dennoch meinten sehr viele, dass sie die App nicht oder sehr wenig oder kurz

zu diesem Zweck verwendet hatten, da dies für sie selber mit zu viel Aufwand verbunden war. Dies erklärten sie damit, dass die Benachrichtigungen nicht zum eigenen Rhythmus gepasst hätten, und sich so ein Gefühl der Überforderung und des Stresses eingestellt hätte, sobald sie an die App und die Übungen erinnert worden waren.

*„Auf der einen Seite macht die Erinnerung schon Sinn, aber mich hat es irgendwann genervt.“ (B1, S.6)*

*„Und [Anm.: für] jede Einheit gab es ja zusätzliche Möglichkeiten bei der App, wo sie dann wieder Sachen wissen wollte, sage ich mal, und das hat mich so ein bisschen vielleicht auch abgeschreckt.“ (B14, S.102)*

Manche TeilnehmerInnen bewerteten die einzelnen Komponenten der App unterschiedlich. Das Tagebuch, die Zeitleiste oder die Achtsamkeitsübungen, also insbesondere jene Teile, die besonders schnell oder einfach im Alltag unterzubringen sind, wurden als sinnvoll und gut bewertet. Andere Tagebuchfunktionen, wie zum Beispiel die Tagebücher „Defusion“ oder „Mastery“, welche ein gewisses Zeitfenster, in dem man sich aktiv damit beschäftigt, benötigten, und welche viele Fragen nach sich zogen, wurden als zu komplex und weniger gut für die App geeignet empfunden.

*„ich habe mir ein bisschen schwer getan mit den Inhalten und dass ich das so schnell mit dieser App machen soll. (...) Jetzt kommt dann diese App und dann soll ich jetzt plötzlich das machen und bräuchte aber ein bisschen mehr Zeit, um darüber nachzudenken, also... da habe ich dann 5 Minuten, aber brauche fast eine viertel Stunde, oder manche Sachen sind (...) Sachen für später einfach, die man dann noch genauer anschauen muss.“ (B15, S.114)*

Einige erzählten, dass sie nach einigen Wochen gänzlich aufhörten die App zu benutzen, oder sie sogar deinstallierten, da sie für sich den Sinn der ganzen Komponente nicht (mehr) erkennen konnten. Sie gaben an, dass sie mehr Nachteile (Stress, Druck, Ärger) als Vorteile (den Verlauf verfolgen) in der Handhabung erlebt hatten und das tägliche Üben nicht in ihrem Alltag Platz fand. Die meisten Personen konnten nicht angeben, was ihnen dabei geholfen hätte, die App länger zu benutzen, eine Person gab an, dass es toll wäre, die tägliche Stimmung ohne aktive Eingabe der Person zu verfolgen. Eine andere Person gab an, dass sie sich mehr Aufklärung und Begleitung gewünscht hätte, um die Motivation dafür länger

aufrecht zu erhalten. Viele Personen meinten allgemein, dass sie sich eine Überarbeitung der App wünschen würden, insbesondere kürzere Aufgaben, eine Kopplung mit den Inhalten der Online-Plattform, eine bessere Anpassung an den eigenen Rhythmus, aber auch spezielle Funktionen wie einen Terminkalender oder ein verbessertes Belohnungssystem wurden genannt.

### **Zusammenfassung**

Zusammenfassend wurde die App ambivalent aufgenommen. Einerseits funktionierte der Transfer der Inhalte über die App in den Alltag gut, und einzelne (schnell und einfach zu „erledigende“) Komponenten, wie zum Beispiel die Zeitleiste, wurden als gut für die eigene Reflexion bewertet, die Aufzeichnungen konnten gerade in schlechten Episoden förderlich wirken. Gleichzeitig ergab sich jedoch durch die Benachrichtigungen für viele ein Gefühl der Überforderung und des Stresses, so dass viele die App gar nicht bis zum Ende der Intervention nützten.

### **Medien in Gruppeneinheiten**

Die Verwendung der Medien während der Gruppeneinheiten (Powerpoint-Präsentationen, Videos, usw.) wurde von den meisten Personen als gut angesehen, da diese einerseits ansprechend und didaktisch gut aufbereitet waren, und andererseits die Gruppeneinheiten selber kurzweilig gestalteten. Zwei TeilnehmerInnen gaben an, dass die Medien den Input der Leiterinnen visuell unterstützten und die Festigung der Inhalte erleichterten. Ebenfalls zwei Personen fanden vor allem die Folien zu überladen und kritisierten die exzessive Anwendung dieser während der Einheiten, was zu einem Gefühl der Verschulung beitrug.

Generell wurde der Beitrag der Medien zur Strukturierung der Gruppeneinheiten positiv gesehen, dies wird in der Fragestellung 4 näher beleuchtet.

## **Fragestellung 3: Welche Faktoren beeinflussten die Motivation der TeilnehmerInnen zur Fortführung des Trainings?**

Um zu verstehen, welche Umstände die Motivation für eine Intervention begünstigen, macht es Sinn, sich sowohl motivierende, als auch demotivierende Bedingungen genauer anzusehen.

Die thematische Analyse ergab drei Hauptthemen aus allen Codes, die sich mit der Motivation der TeilnehmerInnen beschäftigten: Motivation durch soziale Eingebundenheit, Motivation durch Inhalte sowie Motivation durch die Struktur. Diese sollen in der Folge genauer dargelegt werden.

## **Motivation durch soziale Eingebundenheit**

Den wohl wichtigsten Motivations-Faktor im Rahmen dieser beiden Interventionen stellte die soziale Eingebundenheit in eine Gruppe dar. Der Großteil der InterviewteilnehmerInnen betonte, dass das wöchentliche Treffen einen wesentlichen Beitrag zur Fortführung der Intervention trug. Dies lag einerseits daran, dass das gemeinsame Arbeiten in der Gruppe Freude bereitete, und Personen gerne zu den Gruppenterminen gekommen waren. Sehr häufig betonten TeilnehmerInnen, dass sie das Training ohne die Gruppentreffen nicht fortgeführt bzw. beendet hätten.

*„Man kann natürlich alles selber auch durchlesen oder anschauen, aber im Endeffekt ist es viel motivierender, wenn man es mit anderen Menschen zusammen macht.“ (B3, S.22)*

*„Naja, da ist einem dann wieder so bewusst geworden: okay, du nimmst an etwas teil, und dadurch dass du dich immer wieder triffst, wird das immer wieder neu aufgeweckt das Ganze, weil man hat ja die innere Motivation und die von außen, und die Treffen waren dann wieder die Motivation von außen, die du kriegst, und das war schon gut.“ (B12, S.89)*

Andererseits aber lag es auch daran, dass sich durch die Teilnahme an den Gruppensitzungen eine Verbindlichkeit hinsichtlich der Bearbeitung der Online-Module einstellte. Das bedeutet, dass die Gruppenzusammenkünfte die Compliance für die Online-Übungen in weiterer Folge erhöhte. Dieses Gefühl speiste sich aus der Annahme, dass die Gruppe nur funktionieren kann, wenn möglichst viele die vorgeschlagenen Übungen und Online-Module bearbeiteten, damit sich auch eine Reflexion darüber ergeben konnte.

*„Ja vielleicht wirklich die Tatsache, dass ich dann den Fragebogen habe ausfüllen müssen, und dass man dann in der Gruppe gefragt wird.“ (B5, S.36)*

*„weil es ja darum geht, (...) auf die nächste Stunde vorbereitet zu sein. Wenn man dann halt nur still dasitzt und nichts beitragen kann und es dann halt allen oder vielen so geht, dann, ja, sind wir dann auch wieder quasi bei dem Punkt (...), dass es nicht viel bringt, wenn niemand sich vorbereitet und die Beiden sich vorne abmühen und ja, das wäre alles sehr schade dann.“ (B14, S.103)*

Die Rückmeldungen und die Reflexion mit den anderen TeilnehmerInnen bezüglich der Online-Module und den Übungen schien auch einen wesentlichen Motivationsfaktor dargestellt zu haben. So konnte man eigene Erlebnisse mit anderen abgleichen, aber auch eigene Fragen stellen und andere beantworten.

*„Für mich war das eine extra Motivation, wenn man beim nächsten Mal darüber geredet hat und so, das wollte man ja auch, also es hat diesen Rhythmus gehabt mit dem wöchentlichen Treffen und den Hausaufgaben, und beim nächsten Mal konnte man darüber reden oder etwas fragen. Was gut funktioniert hat, was nicht gut funktioniert hat, oder man konnte eben auch erfahren, was die anderen Teilnehmer für Erfahrungen mit den Hausaufgaben oder den Inhalten gemacht haben, (B3, S.23)*

Aber nicht nur das Feedback der anderen TeilnehmerInnen, insbesondere das persönliche Feedback der Leiterinnen, wirkte sich motivational bei vielen Personen positiv aus, einige meinten, dass sie die Onlinemodule besonders deshalb bearbeiteten, weil sie darauf ein individuelles Feedback erhielten.

Auch eine Verbindlichkeit den Leiterinnen gegenüber stellte einen wichtigen motivationalen Faktor dar. Einige Personen erzählten, dass sie die Leiterinnen nicht enttäuschen und deren Bemühungen nicht durch Non-Compliance konterkarieren wollten. Ein Thema, welches von zwei Personen genannt wurde, war dass ihre Teilnahme an der Intervention ja auch jeweils in eine Studie eingebettet war, und sie die Studienergebnisse nicht durch ihren Dropout bzw. ihre niedrige Compliance stören wollten.

## **Motivation durch Inhalte**

Viele Personen gaben an, dass die Vielfalt an angebotenen Methoden und Übungen, aber auch Medien, für sie einen sehr motivierenden Faktor darstellten. Einerseits wurde dadurch, dass neue Module jede Woche erst nach der Einheit freigeschalten wurden, ein gewisses Spannungsmoment erzeugt, und viele TeilnehmerInnen waren neugierig auf die neuen

Inhalte. Andererseits stellten die gebotenen Techniken für viele gänzlich neue Herangehensweisen dar. Die immer wieder anderen Inhalte boten demnach auch die Möglichkeit, unbekannte Methoden auszuprobieren und andere Sichtweisen zu gestalten.

*„Ansonsten fand ich das alles auch teilweise wirklich lustig, zum Beispiel einen Zeitplan zu machen, das hatte ich vorher noch nie gemacht, und es war lustig die Dinge mal ganz anders anzugehen. (S.57) (B8, S.57)*

Vor allem die durch die Medien transportierten psychoedukativen Informationen und Übungen erzeugte bei einigen TeilnehmerInnen ein Gefühl von Hoffnung und eine Gewissheit, dass sie etwas gegen ihre depressiven Symptome tun können und während des Seminars auch tun. Dies wirkte sich in erhöhter Motivation für die weitere Durchführung der Übungen und Module aus.

*„Na ja, sicher, diese Online-Sache und das mit der App (...), es schafft ja doch nochmal so Bewusstsein bei einem selber, dass man da irgendwie weiter an sich arbeitet oder dass man sich so, ja nochmal bewusst macht, dass man ganz viel selber beeinflussen kann.“ (B16, S.137)*

*„Aber mir hat es in manchen Situationen, wenn ich dann wirklich mal so einen Durchhänger gehabt hab, dann habe ich mir die Module auf der App nochmal angeschaut und dann dachte ich mir so: Eigentlich hat es jetzt gar keinen Sinn so sauer zu sein oder schlecht drauf. Sie hat mir dann schon in so paar Situationen geholfen.“ (B1, S.1)*

Motivation ergab sich in der Folge auch aus sichtbar gewordenen Erfolgen oder Veränderungen, die sich durch die erlernten Techniken ergaben. Das Gefühl der Kontrolle und der (wieder erlangten) Kompetenz wirkte als intensiver motivationaler Faktor.

*„Und deshalb fand ich das so cool, weil man konnte so vieles ausprobieren, und bei manchen Dingen stellt man dann auch gleich fest: das ist einfach nichts für mich, das stresst mich mehr als dass es mir etwas bringt, aber andere Dinge waren einfach so, dass ich mir dachte: ah, cool, das funktioniert“ (B8, S.57)*

*Also die Motivation war eben, dass man schon Werkzeuge, also Tools hat, mit denen man arbeiten kann und dass es etwas bewirkt, und die waren alle sehr sinnvoll, also ich hab nicht das Gefühl gehabt, ja okay ich probiere das mal aus ohne das Gefühl,*

*dass es etwas bringen wird, also es war nicht so, es hat wirklich Sinn gemacht für mich und das war eben auch motivierend. (B3, S.21)*

## **Motivation durch Struktur**

Einige InterviewpartnerInnen berichteten, dass für sie die Struktur und die Form des gemischten Formates motivierend wirkte. Insbesondere die Einbettung der Inhalte in einen klar begrenzten, wöchentlich aufeinander aufbauenden Rhythmus bewirkte die Entwicklung von intrinsischer Motivation für die Bearbeitung der Module und der Übungen.

*„Ich wollte, dass etwas weitergeht; ich wollte, dass es mir besser geht. Und ich habe gewusst, ich habe jetzt diese relativ knapp bemessene Zeit, innerhalb derer ich jetzt die Möglichkeit habe, wirklich etwas zu lernen, und irgendwann ist es wieder vorbei.“ (B6, S.43)*

Auch die flexibel mögliche Einteilung der persönlichen Übungszeit innerhalb der Struktur führte zur Entwicklung eines Autonomiegefühls, welches sich positiv auf die Motivation von einzelnen Personen auswirkte.

*„Das war schon gut, weil man hat sich so die Zeit einteilen können, man hat halt gewusst: okay, für diesen Eintrag in der App brauch ich 5 Minuten, und für die Übung muss ich mir ein bisschen mehr Zeit zuhause nehmen, und das Seminar ist immer an dem und dem Tag, das war schon gut für die Einteilung.“ (B10, S.72)*

Die durch die Struktur unterstützte extrinsische Motivation wurde unter anderem auch durch eine Art Belohnungssystem in der Online-Plattform gefördert, wie es diese Person beschrieb:

*„Dass ich dann die Aufgaben erledigt habe, da hat man so grüne Lichter bekommen, dieses Abhaken. (lacht)“ (B9, 67)*

## **Faktoren für Rückgang der Motivation**

Anhand der Logfiles der vorangegangenen Studien konnte man erkennen, dass die Nutzung der App über den Verlauf der Intervention abgenommen hatte, die Studienleiterinnen führten dies auf einen Ermüdungseffekt zurück. In dieser Studie sollte daher noch einmal genauer nachgefragt werden, welche Faktoren zu einem möglichen Rückgang der Motivation beitragen. Neben den Personen, welche sich auch im Verlauf der Intervention gut motivieren

konnten, gab es auch einige TeilnehmerInnen, die einen Rückgang der Motivation für die Übungen und die Online-Module beklagten.

Diese TeilnehmerInnen meinten, dass für sie durch den immer gleichen Aufbau der Online-Module in der App und der Plattform die Spannung bzw. die Neuigkeit verloren gegangen sei, und die Bearbeitung mehr Arbeit als Freude dargestellt hatte. Auch dass sie mit der Zeit den Sinn, zum Beispiel der App, nicht mehr sehen konnten, führte zu verminderter Motivation, sie weiter zu benutzen. Diese Personen berichteten, dass die Medien, vor allem am Anfang durch die Novität sehr motivierend wirkten, dass sich dieser Effekt jedoch schnell abnutzte.

*Für Die App habe ich mich immer weniger motiviert gefühlt, diese Summierung der Aufgaben, und die Onlineplattform auch, weil es irgendwie nichts neues Spannendes gab, es war halt der selbe Ablauf immer. (B9, S.67)*

Die extrinsische Motivation zur Hausaufgaben-Compliance, die zum Beispiel durch die Verpflichtung und das Commitment den Leiterinnen oder der Gruppe gegenüber aufgebaut worden war, konnte bei manchen TeilnehmerInnen nicht das ganze Training über aufrecht erhalten werden, vor allem wenn die Personen das Gefühl hatten, dass dies keine Konsequenzen hatte.

*„(...) dass man gemerkt hat, okay, den anderen geht es zum Teil ähnlich und irgendwann nutzt sich dieser Effekt ab, dass man das dann halt noch schnell abends macht, weil wenn man es dann einmal nicht gemacht hat und man merkt, das hat keine Konsequenzen, dann wächst die Wahrscheinlichkeit, dass es ein zweites Mal nicht gelingt. Wie so ein, ja, Abnutzungseffekt.“ (B14, 102f)*

*„(...) aber irgendwann war es mir dann auch ..., dass ich mir dann irgendwelche 15-Minuten Videos anschau, also die waren ja meistens freiwillig und nicht verpflichtend, so zusätzliche Informationen.“ (B5, S.35)*

Auch dass in den Interventionen für einige TeilnehmerInnen die persönliche Komponente fehlte, wie in der Fragestellung 1 beschrieben, bewirkte bei diesen Personen einen Motivationsverlust, da sie sich der Gruppe im Verlauf weniger zugehörig fühlten. Auch der Stress und die Überforderung, die bei manchen Personen durch die App und die Aufgaben

auftrat (siehe ebenfalls Fragestellung 1), führte zu verminderter Motivation, diese weiter zu benützen.

Eine Person beschrieb, dass sich durch die Nutzung der App ihre Symptome der Rumination verstärkten, so dass sie dadurch die Motivation dafür verlor:

*„Also, ich denke eh ohnehin schon zu viel nach, und die App hat mich dann noch mehr dazu angespornt nachzudenken, was ich ohnehin schon viel zu viel die ganze Zeit gemacht habe, also vielleicht war es deshalb nicht meines.“ (B12, S.78)*

Einige Personen nannten fehlende Zeit für die Übungen als Grund für verminderte Motivation, ihnen war es offenbar nicht möglich, die gebotenen Techniken zum Zeitmanagement so zu nützen, dass sie sich mehr Zeit für das Training, und in weiterer Folge für sich selber nehmen konnten.

Andere Gründe für Motivationsverlust, welche von einzelnen Personen genannt wurden, betrafen auch das Gefühl, dass das Monitoring durch die Leiterinnen abschreckend wirkte, sowie technische Probleme mit der App, die bei einer Person auftraten.

### **Zusammenfassung**

Zusammenfassend ergeben sich motivationale Faktoren durch die soziale Einbettung in die Gruppe, sowie die direkte Kommunikation und das persönliche Feedback der Leiterinnen. Ebenso motivierend wirkten die vielen unterschiedlichen angebotenen Methoden, Übungen und Informationen, sowie der strukturelle Aufbau der Module und des Trainings allgemein. Faktoren für den Rückgang der Motivation ergaben sich dadurch, dass die Übungen im Verlauf an Neuigkeitswert verloren, sowie dass die Sinnhaftigkeit der Appnutzung teilweise in Frage gestellt wurde. Auch die fehlende persönliche Komponente wurde als ein die Motivation hemmender Faktor genannt.

## **Fragestellung 4: Wie bewerten TeilnehmerInnen die Intensität und die Strukturiertheit des Trainings?**

Diese Fragestellung zielt auf zwei unterschiedliche Struktur Aspekte ab: auf der einen Seite betrifft es den Aufbau als gemischte Intervention allgemein, also dass es regelmäßige, wöchentliche Gruppentreffen und dazu begleitend strukturierte Online-Module gab. Auf der

anderen Seite steht auch die Struktur der Gruppentreffen selber im Fokus, die ebenfalls durch Medieneinsatz stark gegliedert wurden.

## **Aufbau des Trainings Allgemein**

Viele der interviewten Personen fanden es gut, dass das Training allgemein so strukturiert aufgebaut war, da die fixen wöchentlichen Treffen und die Onlinemodule Halt gaben. Die Struktur erlaubte aber trotzdem noch ein flexibles Handhaben der Themen, da man sich zum Beispiel in der App aussuchen konnte, welches Tagebuch man im Moment bearbeiten wollte. Auch in der Online-Plattform beschrieben viele der TeilnehmerInnen, dass sie sich aussuchten, welche Übungen ihnen für sich passend erschienen, und welche nicht.

Vor allem die Regelmäßigkeit der Übungen wurde von vielen als sehr wichtig erachtet, da dadurch das eigene Einüben der erlernten Techniken und Methoden erleichtert wurde, und nur so die notwendige Routine im Ablauf und im Alltag erlernt werden konnte.

*„Die Vorgaben waren einfach durch das Modell total gegeben. Und in dem Modell konnte man flexibel herumspringen.“ (B18, S.156)*

*„und das Einüben ist wichtig, weil es eben Übung ist, dass man selber diese Regelmäßigkeit, diese Routine reinkriegt von bestimmten Werkzeugen und Techniken. Also mir fällt da nichts besseres ein, ich finde das ganz gut so.“ (B9, S.64)*

Die Struktur der Module erschien den meisten TeilnehmerInnen übersichtlich, intuitiv und logisch und zeigte ganz klar einen roten Faden auf, dem man folgen konnte.

## **Struktur der Gruppeneinheiten**

In manchen Gesprächen kam die Struktur der Einheiten vertiefend zum Thema, dort nannten die meisten Personen als positiv, dass unerwünschte Gruppeneffekte durch die starke Strukturierung der Gruppeneinheiten abgedämpft werden konnten. Dies geschah durch die gegebene Struktur während der Gruppeneinheiten, diese unterstütze die Gruppe dabei, nicht zu sehr vom Thema abzudriften, indem Inhalte der spezifischen Einheit vorgegeben waren. Einige Interviewpartner erwähnten, dass insbesondere beim Krankheitsbild der Depression eine vorgegebene Struktur vorteilhaft wirkt, da es eigene instabile Tendenzen durchbricht:

*„Ich habe es gut gefunden, weil gerade wenn man so ein bisschen down ist, dann braucht man Struktur, oder ich zumindest, dann brauche ich Struktur und das hilft mir dann auch.“ (B12, S.87)*

*„Weil ich eben in der Depression gemerkt habe, dass teilweise meine Denkleistung und meine Erinnerungsfunktion nachlässt, und durch diese Strukturierung war es leichter für mich, mich darauf zu konzentrieren, als wenn es zu viele Inhalte gewesen wären, die irgendwie durcheinandergelassen wären.“ (B11, S.80)*

Der theoretische Input von Seiten der Leiterinnen im Rahmen der Einheiten erleichterte außerdem den Einstieg in das Thema und es kam zu keinen längeren Schweigepausen:

*„(...) [Anm.: durch den] Input, den man vorher bekommt, [Anm.: bekommt man] eine ziemlich gute Chance, dadurch wird man schon quasi in einem Gesprächsthema vorbereitet und eingeführt und dann kann man sich dazu äußern. Also insofern würde der Einstieg leichter fallen oder fällt der Einstieg dann leichter.“ (B14, S. 111)*

Auch mangelnde Moderation der Leiterinnen wurden dadurch ausgeglichen, da die Dauer der einzelnen Komponenten (Reflexion, Input, Übung) während der Einheit klar festgelegt war. So konnten etwaige dominanter TeilnehmerInnen mit Verweis auf die kurze Zeit und den nächsten Programmpunkt sozusagen eingebremst werden und es fiel eher auf wenn einzelne Personen gar nicht zu Wort kommen konnten.

*„ich glaub vielen ist da auch eine Struktur wichtig, weil wenn es unstrukturiert läuft, kann es halt auch in der Gruppe so laufen, dass bestimmte Menschen vernachlässigt werden und länger brauchen, um sich in der Gruppe einzufinden und sich dann erst offen zu äußern.“ (B13, S.99)*

Aber auch zur persönlichen geistigen Gliederung der Einheit schien die vorgegebene Struktur vorteilhaft zu wirken, da es dadurch einfacher möglich war, trotz einzelner für die Person vielleicht nicht so interessanter Programmpunkte im Training zu bleiben.

*„gut, weil so war klar was kommt, und so wurde auch die Zeit gut genutzt; sonst hätte vielleicht ein Teil überhand genommen, weil wie gesagt: manchmal hätte mich der andere Teil mehr interessiert, und somit war klar: okay, das dauert jetzt noch die zehn Minuten und dann kommt das nächste, als wenn das jetzt so endlos*

*weitergegangen wäre. So habe ich gewusst: okay, kann ich mich jetzt auf das nächste freuen, und nicht: hört das überhaupt auf?“ (B11, S.80)*

Einige empfanden es als gut, dass sich die Komponenten während einer Gruppeneinheit strukturiert abwechselten. Diese Abwechslung war eine wichtige Vorgehensweise, da so die Konzentration über die Dauer des Treffens besser aufrecht erhalten werden konnte. Außerdem wirkte sich die methodische Abwechslung auch positiv auf die kognitive Verarbeitung aus.

*„Ich finde es auch gut, wenn man das methodisch wechselt und so, das hilft ja doch, dass man da auch konzentriert bleibt, gerade wenn es längere Sitzungen sind. (B16, S.142)*

Trotz der vielen positiven Rückmeldungen gab es auch viele kritische Stimmen unter den InterviewpartnerInnen bezüglich der starken Strukturierung der einzelnen Gruppeneinheiten. Insbesondere der Stress und die Zeitnot, welche durch die Vorgabe des Aufbaus der Gruppentreffen entstand, wurde hierbei kritisiert. Der Zeitdruck entstand, wenn einzelne Komponenten ungewollt länger dauerten als es von den Leiterinnen vorgesehen war, und dadurch andere Teile gekürzt oder übersprungen werden mussten. Dies führte dazu, dass manchmal ein Gefühl des Zu-kurz-Kommens eintrat, wenn Personen zum Beispiel gern noch länger ein bestimmtes Thema in der Gruppe reflektiert hätten, dies aber durch die schon fortgeschrittene Zeit nicht mehr möglich war.

*„(...) dass ich immer das Gefühl hatte, wir hätten eigentlich immer mehr Zeit gebraucht. Also weil es immer so war: man kommt, und dann erzählt jeder Mal so ein bisschen, wie geht es einem, wo kommt man gerade so her, und dann kommt halt der ganze krasse inhaltliche Block, wo man eh schon irgendwie so viele Fragen zwischendurch hat, und dann würde man am Ende auch noch irgendwie reden, und da wurde es dann schon manchmal ein bisschen knapp. (B8, S.55)*

Außerdem erschien der Aufbau einigen als zu verschult, und schränkte dadurch ein tieferes Kennenlernen ein, da nur sehr wenig Zeit für persönliche Gespräche unter den TeilnehmerInnen vorgesehen war. Näheres dazu wurde auch in der Fragestellung 1 beschrieben.

Allgemein wurde die Struktur der Gruppeneinheiten jedoch als positiv und gerade im Zusammenhang mit Depression-Symptomen als unterstützend angesehen, da sie unerwünschte Gruppeneffekte und Moderationsschwächen abdämpfen und die Konzentration fördern konnte.

## **Intensität**

Durch die Vertiefung der Inhalte in den Online-Modulen und den Input in der Gruppe fand eine Intensivierung des gesamten Prozesses statt. Diese Intensivierung kann einerseits inhaltlich festgemacht werden, die TeilnehmerInnen empfanden das Seminar als intensiv, da es durchgängig beinahe tägliche Auseinandersetzung mit den Themen erforderte. Andererseits kann dieses Gefühl der Intensivierung auch durch die verschiedenen Komponenten verstärkt worden sein, wie es diese Teilnehmerin beschreibt:

*„Also es hat viele Ebenen gegeben, es war auf der einen Seite das Gruppentreffen, und dann hat es auf der anderen Seite die technischen Sachen gegeben, aber auch eben Videos anschauen, und selbst Übungen machen, bzw. etwas niederschreiben, also es war auf vielen Ebenen irgendwie präsent.“ (B6, S.43)*

*„Dadurch dass das so verfügbar war alles, kann man sich dann auch viel mehr weiter damit beschäftigen, und sitzt dann nicht zuhause und denkt so wie hieß der nochmal, der dieses eine Buch beschrieben hat oder so (lacht), und dadurch hatten alle die Möglichkeit sich weiter auseinander zu setzen damit wenn sie wollten, und viele kamen dann irgendwie wieder mit so: ich habe noch das herausgefunden und das ist so cool.“ (B8, S.58)*

Für zwei Personen wurden insgesamt zu viele Inhalte angeboten, was bei ihnen manchmal zu einem Überforderungsgefühl führte. Dies wurde durch die verschiedenen Komponenten (Gruppe, App und Plattform) noch verstärkt:

*„was ich ein bisschen verwirrend fand, waren die verschiedenen Wege. Also das eine war die App und dann noch irgendwas, also das war für mich ein bisschen schwierig. Ich hätte es gut gefunden, dass es auf einem Ding gewesen wäre, wo alles ist, gemeinsam sozusagen.“ (B15, S.114)*

Allgemein jedoch überwiegen die positiven Stimmen im Zusammenhang mit der Intensität der Intervention weit, es kann daher davon ausgegangen werden, dass das gemischte Format zu einer vorteilhaften Intensivierung des Veränderungsprozesses beiträgt.

## **Fragestellung 5: Führten die Interventionsprogramme Let`s Act sowie Abenteuer Selbst subjektiv zu Veränderungen bei den TeilnehmerInnen?**

### **Ergebnisse aus der quantitativen Analyse**

Die Auswertung des Veränderungsfragebogens BVB-2000 ergab einen Gesamtmittelwert von  $M = 4.97$  ( $SD = .61$ ), das bedeutet dass die Befragten einen leicht positiven direkten Veränderungseffekt berichten. Insgesamt ergibt sich für keine Person ein Wert unter  $M = 3.36$ , es musste daher niemand als verschlechtert klassifiziert werden. Sechs Personen (27%) können mit Werten zwischen  $M = 4.0 - 4.38$  als unverändert eingestuft werden, wohingegen 16 Personen (73%) Werte größer als 4.4 erreichten, und demnach als verbessert klassifiziert werden können.

Auf Itemebene wurde für alle Items ein Mittelwert  $> 4.4$  berechnet, also wurde in allen abgefragten Bereichen im Durchschnitt eine Verbesserung berichtet.

Die drei Items mit den jeweils höchsten Itemwerten ( $> 5.2$ ) werden in Tabelle 3, sowie jene mit den drei niedrigsten Itemwerten ( $< 4.8$ ) in Tabelle 4 aufgelistet.

Tabelle 2

*Die fünf Items des BVB-2000 mit den höchsten Itemwerten*

Item	<i>n</i>	<i>M (SD)*</i>
„...habe ich jetzt weniger das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.“	22	5.45 (1.14)
„...fühle ich mich weniger isoliert als früher.“	22	5.32 (1.00)
„...komme ich mit mir selbst besser aus.“	22	5.32 (0.95)

*Anmerkung.* *n* = Anzahl der Personen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung; \*7-stufige Likertskala

Tabelle 3

*Die drei Items des BVB-2000 mit den niedrigsten Itemwerten*

Item	<i>n</i>	<i>M (SD)*</i>
„...fühle ich mich im Gespräch mit anderen nicht mehr so unsicher.“	22	4.45 (1.06)
„...kann ich mit Personen des anderen Geschlechts besser Kontakt aufnehmen.“	22	4.55 (0.86)
„...kann ich jetzt freier sprechen.“	22	4.68 (0.89)

Anmerkung. *n* = Anzahl der Personen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung; \*7-stufige Likertskala

### **Interventionsspezifische Veränderungsmessung**

Da die Zusatzitems anhand von inhaltlichen Vorüberlegung selbst konstruiert wurden, war es notwendig, eine Itemanalyse durchzuführen. Hierfür wurde eine etwaige Skalenstruktur überprüft, sowie die interne Konsistenz der Skalen mittels Reliabilitätsanalyse untersucht.

### **Itemanalyse**

Um herauszufinden, ob sich Skalen bilden lassen, wurde eine exploratorische Faktorenanalyse durchgeführt. Dieses Verfahren dient zur „Identifizierung derjenigen Anzahl und Art unabhängiger Dimensionen (Eigenschaften), sog. „Faktoren“ (...), die zur statistischen Erklärung einer größeren Anzahl korrelierender Variablen ausreichen“ (Kubinger, 2009, S.58).

Das Item zur Psychoedukation (11: „...weiß ich besser über die Entstehung und die Dynamik einer Depression Bescheid.“) wurde nicht in die Analyse mit einbezogen, da es nur für die qualitative Auswertung herangezogen werden sollte und keine anderen Items die psychoedukative Inhalte erfragten.

Die Annahme einer Normalverteilung ließ sich anhand der Kolmogorov-Smirnov-Tests ( $p < .01$ ) nicht stützen. Da dieser jedoch eine perfekte Normalverteilung testet, und dadurch besonders bei sehr kleinen Stichproben sehr schnell signifikant wird, wurde auf die Empfehlung von Curran, West und Finch (1996) zurückgegriffen, nach welcher die Normalverteilung erst bei einer Schiefe  $>2$  und einer Kurtosis  $>7$  angezweifelt werden muss. Dies war in der vorliegenden Itemverteilung nicht der Fall, daher wurden auch jene Verfahren angewendet, welche eine Normalverteilung voraussetzen.

Anschließend waren die Voraussetzungen für die Faktorenanalyse zu prüfen. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß, welches die Eignung der Stichprobe zur Faktorenanalyse beurteilt, zeigte für die anderen 12 Items ein mäßiges Ergebnis ( $KMO = .64$ ), der Bartlett-Test auf Sphärizität war signifikant ( $p < .001$ ), so dass die Voraussetzungen grundsätzlich erfüllt waren (Bühner, 2011). Da bei einer Stichprobe, welche weniger als 60 Personen umfasst, Kommunalitäten ( $h^2$ ) kleiner als 0.6 als unzureichend interpretiert werden müssen (Bühner, 2011), wurden zwei Items (Item 01 „...kann ich mich mehr auf positive Dinge konzentrieren.“ ( $h^2 = .34$ ) sowie Item 05 „... kann ich mich selber besser annehmen.“ ( $h^2 = .48$ )) von der weiteren Analyse ausgeschlossen.

Das Kaiser-Guttman-Kriterium und der Screeplot wiesen auf eine zweifaktorielle Struktur hin, insgesamt erklärten diese zwei Faktoren 67.81 Prozent der Varianz. Zur Interpretation der rotierten Faktorenlösung wurden die Faktorladungen herangezogen. Die zwei erhaltenen Faktoren (Skalen) wurden als „Selbstfürsorge & Motivation“ (Item 04, 06, 07, 09, 13) sowie „Kognitive Umstrukturierung & Transfer“ (Item 02, 03, 08, 10, 12) bezeichnet. Für die Untersuchung der internen Konsistenz der Skalen wurde der Koeffizient Cronbach's Alpha berechnet (Kubinger, 2009). Die Reliabilitäten der zwei Faktoren weisen akzeptable bis gute Werte auf, sie werden in der Tabelle 1 angeführt.

Tabelle 4

*Skalenbezeichnung und interne Konsistenz*

Skala	<i>k</i>	Cronbach's $\alpha$	<i>n</i>
Selbstfürsorge/ Motivation	5	.88	22
Kognitive Umstrukturierung/ Transfer	5	.84	22

*Anmerkungen.* *k* = Itemanzahl, *n* = gültige Fälle

Außerdem wurden alle einzelnen Items deskriptiv ausgewertet (Mittelwerte berechnet) und auf Itemebene interpretiert. Sämtliche statistischen Analysen wurden mit Hilfe der Software IBM SPSS Statistics 24 (Statistical Package for the Social Sciences) berechnet.

Die Auswertung der Skalen ergab eine eher zustimmende Bewertung der Skala *Selbstfürsorge und Motivation* ( $M = 2.81, SD = .64$ ), sowie eine ebenfalls eher zustimmende Bewertung der Skala *Kognitive Umstrukturierung und Transfer* ( $M = 2.82, SD = .67$ ). Man

kann daher davon ausgehen, dass die wesentlichen interventionsspezifischen Ziele durch das Training erreicht wurden.

Die drei Zusatzitems mit den jeweils höchsten Mittelwerten werden in Tabelle 5, sowie die vier Zusatzitems mit den jeweils niedrigsten Mittelwerten in Tabelle 6 angeführt. Es geht hervor, dass besonders das vermehrte Wissen (durch Psychoedukation) als Verbesserung wahrgenommen wurde. Am wenigsten fühlten sich TeilnehmerInnen demnach auf einen möglichen Rückfall vorbereitet.

Tabelle 5

*Die drei Zusatzitems mit den höchsten Itemwerten*

Item	<i>n</i>	<i>M (SD)*</i>
<i>„...weiß ich besser über die Entstehung und die Dynamik einer Depression Bescheid.“</i>	22	3.27 (0.77)
<i>„...mache ich öfters Dinge die mir gut tun.“</i>	22	3.05 (0.72)
<i>„...arbeite ich aktiv an meinen Gedanken.“</i>	22	3.00 (0.97)

Anmerkung. *n* = Anzahl der Personen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung; \*4-stufige Likertskala

Tabelle 6

*Die vier Zusatzitems mit den niedrigsten Itemwerten*

Item	<i>n</i>	<i>M (SD)*</i>
<i>„...habe ich einen Plan für Rückfälle.“</i>	22	2.45 (0.86)
<i>„...nutze ich noch Methoden, die ich im Gruppenseminar kennengelernt habe.“</i>	22	2.73 (0.83)
<i>„...habe ich mindestens eine der erlernten Methoden in meinen Alltag eingebaut.“</i>	22	2.73 (0.94)
<i>„...verspüre ich mehr Motivation für Aktivitäten..“</i>	22	2.73 (0.77)

Anmerkung. *n* = Anzahl der Personen, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung; \*4-stufige Likertskala

## **Ergebnisse aus der qualitativen Analyse**

Die in den Interviews befragten Personen berichteten verschiedenste subjektiv erlebte Veränderungen nach der und durch die Teilnahme an den Interventionen. Diese wahrgenommenen Veränderungen betreffen die Bereiche Akzeptanz, Achtsamkeit,

Verständnis der Krankheit, Gedanken, Motivation, Zielerreichung, Selbst- und Zeitmanagement, Ressourcen sowie Rückfallprophylaxe. Diese Themen sind nicht immer strikt voneinander abzugrenzen bzw. bedingen einander zu einem großen Teil. Zur besseren Übersichtlichkeit werden sie hier trotzdem thematisch getrennt dargestellt. Wenige Personen berichten auch von keinen nennenswerten Veränderungen.

## **Veränderungen im Bereich Akzeptanz**

Das Thema Akzeptanz, als Bereitschaft zu einem offenen Erleben stellt ein wesentliches Postulat der Akzeptanz- und Commitment- Theorie dar (Heidenreich, Junghanns-Royack, & Michalak, 2007), und die Entwicklung und Förderung dieser war demnach auch ein bedeutender Teil der Interventionen. Veränderungen diesbezüglich wurden hinsichtlich der Einstellung zu sich selbst als Person („... kann ich mich selber besser annehmen.“ (ZI,  $M = 3.0$ ,  $SD = 0.44$ ); „...komme ich mit mir selbst besser aus.“ (BVB-2000,  $M = 5.32$ ,  $SD = 0.95$ ) wahrgenommen, viele Personen gaben an, sich selbst und ihr Erleben besser akzeptieren zu können.

*„Früher habe ich mir oft gedacht: ich bin nicht normal, und ich bin schlechter als andere weil ich das habe, und ich habe mich so abgewertet, weil ich das habe, und weil es mir immer so schlecht geht; Und ich habe das nicht annehmen können, also es anzunehmen hat mir sehr geholfen.“ (B12, S.94)*

Aber auch eine erhöhte Akzeptanz gegenüber der Störung und den damit einhergehenden Symptomen wurde als Veränderung nach dem Training erkannt, wie folgendes Zitat exemplarisch beschreibt:

*„ich habe gelernt (...) mir so den Raum zuzugestehen, den ich gerade brauche, und auch wenn es mir gerade beschissen geht, dann ist das irgendwie auch okay.“ (B8, S. 61)*

Personen erzählten, dass das Thema Akzeptanz gegenüber Problemen, welches in der Intervention intensiv durchgenommen wurde, durchaus auch im Alltag zum Tragen gekommen sei. So beschreibt zum Beispiel eine Person:

*„Gleich am Anfang: dieses Thema Akzeptanz, das hat mir geholfen, ein Konfliktthema bei mir ein bisschen anders anzuschauen.“ (B20, S.182)*

Auch das Item aus der Onlinebefragung deutet auf ein leicht bis durchaus erhöhtes Gefühl der Akzeptanz hinsichtlich schwieriger Situationen („...*kann ich schwierige Situationen besser akzeptieren.*“ ZI,  $M = 2.86$ ,  $SD = 0.64$ ) hin.

## **Veränderungen im Bereich Kognitionen**

Einige Personen berichteten, dass sie durch die Intervention gelernt hätten, negative Gedanken bewusster wahrzunehmen und diese auch verändern zu wollen. Kognitionen wurden kritischer hinterfragt und Reflexionsprozesse in den Alltag eingebaut. Dadurch wurde es möglich, mehr positive Gedanken aufkommen zu lassen bzw. aktiv an der Entwicklung zu arbeiten.

*„Ich denk auch jetzt noch ganz oft dran, dass ich einen Gang runter schalte und mir denke, woher kommt jetzt meine schlechte Laune und warum ist es gerade, wie es ist. Alles mal langsamer wahrnehmen, das hat mir schon viel gebracht“ (B1, S.7)*

Die Methoden der Defusion, welche die Personen in den Interventionen kennengelernt haben, wurden zum Teil gut angenommen und führten zu veränderter Bewertung der Gedanken und in weiterer Folge auch zur Abnahme von Belastungen:

*„Auch dieses Gedankenentstricken, das hat mir auch sehr geholfen, und das alles ein bisschen zu relativieren und sich da nicht so rein zu steigern und das von weiter weg zu sehen.“ (B12, S.95)*

Auch die Items aus der Onlinebefragung deuten darauf hin, dass Veränderungen im Bereich der Kognitionen erfahren wurden („...*kann ich mich mehr auf positive Dinge konzentrieren.*“ ZI,  $M = 2.95$ ,  $SD = 0.49$ , („...*arbeite ich aktiv an meinen Gedanken.*“ ZI,  $M = 3$ ,  $SD = 0.98$ ) hin.

Aber auch das Thema der Depression allgemein und das Wissen über die Störung haben einige Teilnehmer als positive Veränderung wahrgenommen, sie gaben an, dass allein die psychoedukativen Inhalte ihnen schon sehr dabei geholfen haben, die eigenen Gedanken und Verhaltensweisen besser verstehen zu können. Es entstanden dadurch vielerlei Anstöße zum Nachdenken und Reflektieren.

*„Eine wichtige Erkenntnis für mich war: das Gehirn kann dich täuschen, deine Aufnahmefähigkeit kann täuschen, also immer die Gefühle mit dem Ratio vergleichen, gegenprüfen; und das mache ich jetzt auch öfter.“ (B4, S.33)*

Psychoedukation stellte eine der wichtigsten Komponenten der Interventionen dar, dies scheint vielen Personen auch wichtig gewesen zu sein (*...weiß ich besser über die Entstehung und die Dynamik einer Depression Bescheid.*“ (ZI,  $M = 3.27$ ,  $SD = 0.77$ ))

## **Veränderungen im Bereich Motivation, Verhalten und Ziele**

Veränderungen in der Motivation äußerten sich dadurch, dass die Befragten öfters insgesamt wieder mehr Motivation für Aktivitäten aufbringen konnten, (*... verspüre ich mehr Motivation für Aktivitäten.*“ ZI,  $M = 2.73$ ,  $SD = 0.77$ ). Dies wirkte sich bei einigen Personen im Sinne einer Ressourcenaktivierung aus, so dass diese wieder mehr Handlungskontrolle erlangen konnten, wie beispielsweise diese Interviewteilnehmerin beschreibt:

*„Ich versuche jetzt mein Leben anzugehen nach der Mutterpause, wieder alle Säulen aufzurichten, dass ich mir mein Leben organisieren kann. (B4, S.32)*

Aber auch der Wert von sozialen Kontakten wurde von einigen (wieder) erkannt und diese wurden vermehrt aktiv gefördert, bzw. der Mut aufgebracht, auch neue Kontakte zu schließen.

*„(...) [Anm.: ich wurde] auch sozialer, habe mich wieder mehr mit anderen Leuten getroffen und habe gemerkt das tut mir gut, wenn sie Zeit hatten, und das habe ich wieder mehr aktiv betrieben.“ (B11, S.86)*

Die Ressourcenaktivierung schien bei einigen Personen eine direkte positive Veränderung darzustellen: weniger Belastungen (*...habe ich jetzt weniger das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.*“ BVB-2000,  $M = 5.45$ ,  $SD = 1.14$ ) und ein erleichterter Umgang mit eigenen Stärken und Schwächen durch mehr und besseres Wissen darüber (ZI,  $M = 2.77$ ,  $SD = 0.87$ ). Personen in der Onlinebefragung gaben außerdem an, sich weniger isoliert (BVB-2000,  $M = 5.32$ ,  $SD = 1.00$ ) und sicherer (BVB-2000,  $M = 5.27$ ,  $SD = 0.16$ ) als früher zu fühlen. Dies kann einerseits auf die soziale Eingebundenheit in die Gruppe zurückgeführt werden, sowie die Sicherheit, dass man nicht allein und der/die

Einzigste mit depressiven Symptomen ist, aber auch auf die erweiterten Möglichkeiten im eigenen sozialen Umfeld, die einige Personen als Veränderung angaben.

Dass eine Verhaltensaktivierung hin zu Do-Aktivitäten, wie es die Intervention vorschlägt, stattgefunden hat, zeigt sich in der Onlinestichprobe auch in der eher positiven Zustimmung des Items „...*mache ich öfters Dinge die mir gut tun.*“ (ZI,  $M = 3.05$ ,  $SD = 0.72$ ).

Generell gaben in der Onlinestichprobe sehr viele Personen an, dass sie mindestens eine der erlernten Methoden in ihren Alltag eingebaut hatten. ( $M = 3.73$ ,  $SD = 0.94$ ), und dass sie generell noch Methoden nutzen, die sie im Gruppenseminar kennengelernt hatten ( $M = 2.73$ ,  $SD = 0.83$ ).

Eine Person gab auch an, durch die Intervention genügend Motivation erlangt zu haben, um anschließend eine Psychotherapie zu beginnen, da sie erkannt hatte, in welchen Bereichen sie noch intensivere Hilfe braucht.

Im Hinblick auf die Zielarbeit gaben einige Personen an, dass sie es als wichtig erkannt haben, sich selber Ziele zu setzen:

*„(...) aber dass man allgemein, nicht nur seinem Alltag nachgeht, sondern dass man Ziele setzen soll und diesen nachgeht, das ist mir bewusster geworden durch das Seminar.“ (B3, S. 24)*

Beschriebene Ziele stellten zum Beispiel generelle Motivation, mehr auf sich selber zu achten, dar, aber auch praktische Ziele, wie ein Lauftraining über eine gewisse Zeit einzuhalten, oder eine Belohnung für das Einhalten eines Wochenplanes. Zwei Personen gaben auch an, dass das für sie vorrangige Ziel der Intervention, nämlich sie vor einem (weiteren) Klinikaufenthalt zu bewahren, erreicht worden war.

Einige Personen konnten jedoch keine nennenswerten Veränderungen hinsichtlich der Ziele nennen, bzw. war es für diese Personen schwierig, gesteckte Ziele im Alltag weiterhin zu verfolgen, auch wenn alle die Wichtigkeit dessen betonten.

*„(...) das mit den Werten und Zielen und Aktivitäten, ja da habe ich mir persönlich ein bisschen zu viel vorgenommen. Ich weiß eigentlich, dass das dann eher schwierig ist umzusetzen im Arbeitsleben und Freizeitleben.“ (B21, S.197)*

## **Veränderungen im Bereich Achtsamkeit und Entspannung**

Oft nannten Personen kleine Veränderungen hinsichtlich ihrer eigenen Achtsamkeit. Dies drückte sich im Anwenden der gelernten Techniken der Achtsamkeit und der Entspannung, also in kleinen Momenten des bewussten Innehaltens im Alltag, oder auch in einer achtsameren Wahrnehmung des eigenen Körpers aus. Viele Personen praktizierten diese während des Seminars täglich und tun es teilweise bis heute.

*„Dieses achtsame Schreiten, das mache ich auch jetzt noch. Das ist tatsächlich am meisten hängen geblieben.“ (B1, S.7)*

*„Und ich habe jetzt oft Zeiten gefunden mit der Arbeit, wo ich sehr achtsam bin.“ (B18, S. 169)*

In der Onlinestichprobe gaben Personen an, dass sie sich im Vergleich zu vor dem Training eher entspannter fühlten (*„...bin ich entspannter.“* BVB-2000,  $M = 5.23$ ,  $SD = 0.16$ ).

Den Erfolg von Achtsamkeits- und Entspannungsübungen erklärten die meisten damit, dass diese schnell und einfach in den Alltag zu integrieren waren und wenig kognitiven Aufwand erforderten:

*„Ja, es ist vor allem das Thema, weil okay, Achtsamkeit kann ich jederzeit, jeden Tag 10-mal machen, wenn ich will.“ (B21, S. 194)*

Eine Person berichtete aber auch nachteilige Erfahrungen durch die erhöhte Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper:

*„Hat allerdings bei mir den Nachteil gehabt (schmunzelt), dass die Achtsamkeit auch auf den Körper war und ich da komplett überreagiert habe, irgendwie. Also die Ängste sind dann in die Richtung gegangen, was könnte ich nicht alles haben.“ (B17, S. 157)*

Für viele Personen scheint das Thema Achtsamkeit jedoch eine wichtige Basis für die weiteren Themen Akzeptanz, Selbstfürsorge und kognitive Defusion dargestellt zu haben. Der Großteil der Personen interpretierte das Thema „Achtsamkeit“ im Sinne von „auf sich, seine Gedanken und seinen Körper achtgeben“, was auch die Basis für weitere Veränderungen darstellte.

## **Veränderungen im Bereich Selbstfürsorge, Selbst- und Zeitmanagement**

Eines der wesentlichsten Themen der Trainings war das Thema „Selbstfürsorge“. Sehr viele Personen berichteten von positiven Veränderungen diesbezüglich. Viele gaben an, dass sie sich nach dem Training (mehr) eigenen Raum zugestanden, sich selber nicht mehr so viel Druck machten, dass sie seitdem darauf achteten, sich selbst etwas Gutes zu tun bzw. generell besser darüber Bescheid wussten, was ihnen gut tut bzw. was nicht. Auch Online gaben Personen an, dass sie mit sich selbst fürsorglicher umgehen (ZI,  $M = 2.91$ ,  $SD = 0.68$ ) und weniger Dinge tun, die ihnen nicht gut tun (ZI,  $M = 2.91$ ,  $SD = 0.81$ ). Sich auf die eigenen Bedürfnisse konzentrieren und diese wieder mehr wahrzunehmen schien ebenfalls eine positive Veränderung zu sein, welche einige Personen angesprochen haben.

*„Also ich wurde, glaube ich, vorsichtiger, im Sinne von: was tue ich mir auch an, ich sag nicht mehr zu allem ja, sondern ich lasse es mir durch den Kopf gehen.“  
(B11, S. 86)*

*„Und jetzt halte ich das auch noch bei, dass ich sage, okay, man macht sich Termine, für einen selber. Da bin ich eigentlich auch draufgekommen, dass ich da immer viel zu kurz gekommen bin.“ (B17, S.156)*

Auch die Person, welche das Training abgebrochen hatte, gab an, besonders im Bereich der Selbstfürsorge von der Intervention profitiert zu haben.

Der Umgang mit dem eigenen Zeitmanagement war Thema eines Moduls der Intervention, dies scheint auch bei einigen Personen dazu geführt zu haben, dass sie ihre Zeitressourcen besser einteilen und verwalten können, auch in Verbindung mit der App als Unterstützungsmedium:

*„Ja ich hab da so Sachen umgesetzt, wie zum Beispiel das persönliche Tagebuch zu führen, (...) für mich einen Überblick zu behalten, was ich alles zu machen habe, was ich alles gemacht habe, und da mache ich für mich so ein Bewertungssystem, dass ich so ein Hakerl oder ein Smiley mache, (...) und das ist psychologisch so eine Belohnung, dass ich es gemacht habe. (B7, S.48)*

Dieses bessere Zeitmanagement führte in weiterer Folge auch dazu, dass Ziele besser und öfter gesetzt und verfolgt werden konnten.

## **Rückfallprophylaxe**

Nur zwei Personen gaben an, dass sie einen konkreteren Plan hatten, was sie im Fall einer depressiven Episode machen könnten, um akute Belastungen zu reduzieren. Auch online wurde die Frage danach mit eher weniger zutreffend beantwortet („...*habe ich einen Plan für Rückfälle*“. ZI,  $M = 2.45$ ,  $SD = 0.86$ ) Dies könnte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass das Thema nur in den Let`s ACT-Gruppen als gesamtes Modul bearbeitet wurde. Zwei Personen berichteten, dass die erlernten Techniken allgemein gut waren, dass sie es aber in einer richtigen depressiven Phase schwer gehabt hätten, diese anzuwenden.

Zwei Personen berichteten, dass die Intervention längerfristig nichts an ihrer Grund-Depressivität veränderte, dass diese sich aber auch nicht verschlechterte.

*„Ja also ich glaube dass es nur währenddessen geholfen hat, also wirklich langfristig weniger. Also mir ist es vielleicht nicht unbedingt schlechter gegangen, aber jetzt auch nicht unbedingt wesentlich besser.“ (B5, S.39)*

Dies wurde einerseits mit der Kürze der Intervention, andererseits damit begründet, dass zu wenig Kommunikation und Interaktion über aktuelle Probleme der Einzelnen stattgefunden hat. Eine Person begründete die mangelnde Verbesserung ihrer Symptome damit, dass die Intervention nicht ihren Bedürfnissen nach mehr Ruhe und Entspannung im Alltag entsprochen habe.

## **Diskussion**

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, mittels qualitativer und quantitativer Methoden und Ergebnisse die Erfahrungen von TeilnehmerInnen an den neu entwickelten gemischten Interventionen „Let`s ACT“ und „Abenteuer Selbst“ zu untersuchen.

Allgemein wurden die Interventionen als gute Kombination zwischen Online- und Face-to-Face-Komponenten wahrgenommen. Die zeitliche und örtliche Unabhängigkeit der Nutzung sowie die Möglichkeit, die Inhalte wiederholt anzusehen, führten zu einem besseren Verständnis und zu einer Festigung der Inhalte, sowie in weiterer Folge zu einer

Intensivierung des Trainingsprozesses. Dies deckt sich mit Ergebnissen von Studien, welche gemischte Therapie im Einzelsetting untersuchten (Månsson et al., 2013; van der Vaart et al., 2014).

Durch die Abwechslung der kollektiven Eingebundenheit und Rückversicherung durch die Gruppe auf der einen Seite, und die eigenständige, autonome Vorgehensweise mit Hilfe der Medienkomponenten, über welche auch individuelle Einzelbetreuung durch die Leiterinnen ermöglicht wurde, konnten sowohl Bedürfnisse der Sozialen Eingebundenheit, dessen Mangel in Untersuchungen von reinen Online Interventionen kritisiert wurde (Holst et al., 2017; Johansson & Andersson, 2012), als auch Bedürfnisse nach Autonomie (Bendelin et al., 2011; Dwyer et al., 2011; Wilhelmsen et al., 2013) befriedigt werden.

Durch die Medienkomponenten „App“ und „Plattform“ fühlte sich die Intervention für viele TeilnehmerInnen leichter zugänglich und im Alltag präsenter an, was auch schon in anderen Untersuchungen festgestellt worden war (Hoa Ly et al., 2015; Palmier-Claus et al., 2013) Bezüglich der App beklagten jedoch viele, dass sie -in den Momenten in denen die Benachrichtigung angezeigt wurde- keine Zeit beziehungsweise Motivation dafür finden konnten (dieses Problem fanden auch Wilhelmsen et al., 2013), und daraus resultierend Druck, Stress- und Ärgergefühle in Bezug auf die App entwickelten. Hier könnten zum Beispiel Geo- oder Sensordaten (welche die Bewegung der Person verfolgt) helfen, um Erinnerungen spezifischer in passenderen Situationen liefern zu können. Die Frequenz der Reminder wäre in den Trainings anpassbar gewesen, Personen hatten selber die Möglichkeit einzustellen, wann und wieviele Erinnerungen sie erhalten möchten. Es braucht daher möglicherweise noch mehr Aufklärung und Hilfestellung in der individuellen Handhabung der App durch die TrainingsleiterInnen. Wird die Applikation als „nervig“ empfunden und in weiterer Folge als Ganzes abgelehnt, so wirkt sich das auch negativ auf die generelle Motivation aus, die Intervention fortzuführen. Es braucht daher auf jeden Fall eine individuellere Einstellung der einzelnen Funktionen bzw. Aufgaben. Viele gaben außerdem an, dass sie die App lieber für kürzere, schnell zu erledigende Aufgaben nutzten. Daraus lässt sich schließen, dass sie dem Großteil der Teilnehmenden für komplexere Übungen weniger geeignet erscheint.

Bezogen auf die Funktionen, welche eine App zur Steigerung der Hausaufgaben-Compliance in der CBT aufweisen sollte (Tang & Kreindler, 2017), hätte die zu

unspezifische Anpassung der Inhalte an die Person ein Grund für die schlechtere Annahme der Komponente durch die TeilnehmerInnen gewesen sein können. Es stellte sich jedoch heraus, dass der Wunsch nach Tailoring, wie er in anderen Interventionen genannt und gefordert wurde (Wentzel et al., 2016; Wilhelmsen et al., 2013) also die individuellere Anpassung der Inhalte an die Bedürfnisse der Personen, in den Interviews kaum zur Sprache kam. Die Flexibilität, verschiedene Inhalte zu überspringen bzw. sich selber aussuchen zu können, welche man wann bearbeiten möchte, schien den Teilnehmenden ausreichendes Gefühl von Selbstbestimmung zu geben.

Alles in Allem erschien die App als ein gutes Medium, um an Achtsamkeit und kurze Übungen zu erinnern bzw. sie anzuleiten, für komplexere Übungen bevorzugten die TeilnehmerInnen jedoch die Onlineplattform.

Bezüglich der Erinnerungen der App braucht es ein individuelleres Anpassen an die zeitlichen Bedürfnisse der Personen, damit sie nicht in ihrer Selbstbestimmtheit und Autonomie beschnitten werden. Möchte man dennoch die Funktion der App als Medium um komplexere Übungen anzuleiten, erhalten, empfiehlt es sich, Anleihen an Methoden des „Persuasive“ bzw. „Seemless Designs“ von Applikationen (Thomson, Nash, & Maeder, 2016) zu nehmen. In anderen Studien wurde schon festgestellt, dass die Adhärenz durch das überzeugende Design bedeutend gesteigert werden kann (Kelders, Kok, Ossebaard, & van Gemert-Pijnen, 2012). Möglich wäre auch, die Aufgaben in zwei Bereiche zu unterteilen: A) Kernaufgaben, welche für alle gelten, sowie B) Extraaufgaben, welche je nach Stil und Präferenz zusätzlich gemacht werden können. Gleichzeitig wird empfohlen, die Übungen analog (zum Beispiel als Buch) oder digital zur Verfügung zu stellen, um TeilnehmerInnen die Möglichkeit zur flexiblen Handhabung zu bieten.

Die Schwierigkeiten mit der Plattform, welche in der Intervention „Abenteuer Selbst“ noch aufgetreten waren (zu lange Videos, zu wenig interaktive Möglichkeiten), schienen sich in der Weiterentwicklung der Minddistrict-Plattform gelegt zu haben. Für die meisten Personen war die Online-Plattform ein Medium, an dem sie schätzten, dass sie sich die Zeit dafür individuell einteilen konnten, diese Ergebnisse ließen sich auch in früheren Studien finden (Holst et al., 2017; Wilhelmsen et al., 2013).

Einer der größten Nachteile der gemischten Interventionen ergab sich aus Sicht einiger TeilnehmerInnen aus der durch die Struktur der Trainings reduzierten Möglichkeiten von

tieferem, persönlicherem Austausch zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern. Die dennoch größtenteils positiven Rückmeldungen bezüglich der Gruppe und der Leiterinnen als bedeutenden Faktor deutet darauf hin, dass in den gemischten Interventionen trotz des reduzierten persönlichen Austausches Kohäsion unter den Gruppenmitgliedern (Johnson et al., 2005), aber auch therapeutische Allianz zwischen den einzelnen TeilnehmerInnen und den Leiterinnen entstehen konnte. In diesem Zusammenhang muss auch erwähnt werden, dass eine Dauer von sieben Wochen zudem sehr kurz ist, und diese Intervention keine klassische Gruppentherapie (wie zB. Encouter-Gruppen), sondern ein interaktives Training darstellt. Einige andere TeilnehmerInnen beschrieben überdies ausreichend persönliche Kommunikation ohne Veränderungsbedarf. Dennoch sollte in der Weiterentwicklung von gemischten Interventionen darauf geachtet werden, dass ausreichend Zeit eingeplant wird, in welcher Beziehungen unter den Gruppenmitgliedern gebildet und vertieft werden können. Eine Empfehlung wäre, die vorhandene Zeit zu dritteln, das heißt je ein Drittel für mediengestützten Input, eines für Austausch und Reflexion, sowie ein Drittel für gemeinsames Üben vorzugeben. Im Zusammenhang damit wäre auch eine Verlängerung der Einheiten (120 statt 90 Minuten) anzudenken.

Die von Linden et al. (2015) berichtete häufigste Negativerfahrung in Gruppentherapien, nämlich die erlebte Entmutigung der Teilnehmenden durch Gruppeninhalte, schien in diesen Interventionen nur wenig zum Tragen gekommen zu sein. Aus dem Debriefing ist bekannt, dass eine Trainingsgruppe negative Erfahrungen (konfliktbeladene Begegnung mit Gruppenmitgliedern) gemacht hatte. Auch hier schien der Einsatz von Medien durch die Strukturierung jedoch dämpfend zu wirken. In den anderen Gruppen war eher das Gegenteil der Fall: die TeilnehmerInnen fühlten sich durch die Gruppe und die Inhalte in ihrem Prozess ermutigt und motiviert weiter zu machen.

Ein verstärkter Fokus dieser Studie lag auf der Wirkung der starken Strukturierung der Gruppentreffen auf das Gruppenklima. Die Ergebnisse zeigten überraschenderweise, dass die Struktur der Gruppeneinheiten unerwünschte Gruppeneffekte sogar abdämpfen konnte, da dadurch mögliche Gruppendrift-Phänomene reduziert, und die Konzentration der einzelnen TeilnehmerInnen erhöht werden konnte. Einige Stimmen kritisierten bezüglich der Struktur, dass daraus Zeitnot und Druck während der Einheiten entstand, welche als unangenehm empfunden wurden. Diese Schwierigkeiten können durch besseres Zeitmanagement und Führung durch erfahrenere bzw. routiniertere LeiterInnen reduziert

werden. El Alaoui und KollegInnen (2015) bestätigten in ihrer Studie zu iCBT in der Behandlung von Sozialphobie, dass es einen positiven Effekt der über die Jahre aufgebauten Expertise und Erfahrung einer Klinik auf das Therapieoutcome gibt. Ein möglicher anderer unerwünschter Effekt, insbesondere bei ungeübten TrainerInnen, liegt in der Gefahr des therapeutischen Abdriftens. Auch hier bildet der strukturierte Rahmen des Trainings eine Hilfestellung. Dies fand auch Mansson (2013) in seiner Studie.

Die Untersuchung der direkten Veränderung bildet eine wichtige Ergänzung und Triangulation zu den bestehenden Daten. Die Effektivität der Trainings wurde durch die direkte Veränderungsmessung ( $M = 4.97$ ) bestätigt. Im Vergleich mit den von Willutzki, Ülsmann, Schulte und Veith (2013) aus den Werten einer Wartelistenkontrollgruppe errechneten kritischen Profildifferenzen (Wert größer als 4.40 gebessert, kleiner als 3.36 verschlechtert) zeigen sich sehr gute Ergebnisse, es wurde kein Teilnehmer bzw. keine Teilnehmerin als verschlechtert klassifiziert, 73 % wurden als verbessert klassifiziert. Es kann daher von einem psychometrisch gut fundierten Ergebnis (Krampen, 2010) ausgegangen werden.

Für die Teilnehmenden besonders wichtige Veränderungen betreffen die erhöhte Achtsamkeit und Akzeptanz gegenüber der eigenen Person. Viele beschrieben, dass sie sich selbst und ihre Krankheit nach dem Training besser akzeptieren konnten und ihre Selbstaktivierung dadurch gestärkt wurde. Auch vermehrte Reflexionsprozesse, Ressourcenaktivierung und verbesserte soziale Beziehungen zählten zu direkten Veränderungen der Intervention. Ähnliche Erfolge wurden auch in einer anderen qualitativen Untersuchungen einer gemischten Intervention gefunden (Hoa Ly et al., 2015).

Support durch TherapeutInnen oder andere ProfessionistInnen ist wesentlich für die Motivation, eine Intervention fortzuführen (Khan et al., 2007). Auch in dieser Studie wurde das persönliche Feedback von den Leiterinnen als wichtige motivationale Komponente genannt, neu an dieser Zusammensetzung ist jedoch, dass hier nicht nur die Leiterinnen, sondern auch das Feedback und die Reflexion der anderen Gruppenmitglieder einen wichtigen unterstützenden Faktor für die Therapiemotivation darstellten. Beinahe alle TeilnehmerInnn sagten, dass sie ohne die Gruppe nicht bis zum Ende des Trainings dabeigeblichen wären.

Externale Motivatoren für die Fortführung des Trainings sowie die Hausübungs-Compliance fanden sich in dem Gefühl der Verbindlichkeit und der Verpflichtung gegenüber den Leiterinnen, diese Regulation durch Introjektion fand sich auch bei Bendelin et al. (2011), welche beschrieben, dass sich manche ihrer TeilnehmerInnen eher nur durch die Verpflichtung gegenüber den TherapeutInnen motiviert gefühlt hatten, weiterhin an der Intervention teilzunehmen. Ein weiterer extrinsischer Motivationsfaktor in dieser Studie ergab sich jedoch durch den Gruppendruck, der durch die soziale Eingebundenheit in die Trainingsgruppe entstand. Dieser führte zu erhöhter Hausübungs-Compliance und zu einer verbesserten Trainings-Adhärenz.

Das Gefühl von Kompetenz, welches Deci und Ryan (2000) als wichtig für die Entwicklung von intrinsischer Motivation beurteilten, konnte in mehreren Interviewtexten wiedergefunden werden. Die über die Medien transportierten psychoedukativen Informationen und Übungen, sowie erste positive Veränderungen erzeugten bei einigen TeilnehmerInnen ein Gefühl von Hoffnung und eine Gewissheit, dass sie etwas gegen ihre depressiven Symptome tun können und während des Seminars auch tun. Das Gefühl der (wiedererlangten) Kontrolle und der Kompetenz wirkte als intensiver motivationaler Faktor (Hoa Ly et al., 2015). Auch das Feedback der Leiterinnen erfüllte, in Einklang mit der Studie von Donkin und Glozier (2012) eine wirksame Funktion hinsichtlich der Motivation der TeilnehmerInnen. Es wird daher empfohlen, sowohl im Manual, als auch in der Einschulung von TrainerInnen verstärkt auf die Relevanz des TrainerInnen-Verhaltens (Online und Face-to-Face) hinzuweisen.

Vermindertes Empfinden von Kompetenz und Handlungskontrolle zeigte sich bei jenen TeilnehmerInnen, welche durch die Erinnerungen der App verstärkte Stressgefühle erlebten. Hier wird empfohlen, von Seiten der TrainerInnen verstärkt auch im Verlauf darauf zu achten, wie TeilnehmerInnen die Handhabung empfinden bzw. rückmelden, um dann gegebenenfalls unterstützend eingreifen zu können. Zum Beispiel sollten TeilnehmerInnen selber entscheiden können, ob die Tagebücher der App auch für die TrainerInnen einsehbar sind. Dies kann bei jenen Personen, welche sich durch das Monitoring abgeschreckt fühlen, das Autonomiegefühl erhöhen. Auch die mögliche Flexibilität in der Auswahl der Aufgaben und der Komponenten trägt dazu bei.

Die dritte Komponente, welche für die Entwicklung von intrinsischer Motivation laut Deci und Ryan (2000) nötig ist, betrifft das Gefühl von Autonomie. Im Rahmen dieser Studie beschrieben Personen als motivierend, dass sie -mit Hilfe der angebotenen Medien -aktiv etwas an ihrer Situation verändern konnten. Auch die Möglichkeit, sich die dafür benötigte Zeit neben den Gruppentreffen selbst einteilen zu können, wirkte sich positiv auf das Autonomieempfinden aus.

Personen, die sich mit der Intervention identifizierten und diese als sinnvoll beschrieben, empfanden stärkere intrinsische Motivation zur weiteren Fortführung. Auch bei Gerhards et al. (2011) fanden sich ähnliche Ergebnisse.

## **Stärken und Limitationen**

Von 53 ursprünglichen TeilnehmerInnen haben 22 Personen, also weniger als die Hälfte an der Untersuchung teilgenommen. Sie kann daher zwar nicht als repräsentativ für alle TeilnehmerInnen an den Interventionen betrachtet werden, es ist aber, im Vergleich zu ähnlichen qualitativen Nachbefragungen (Bendelin et al., 2011; Hoa Ly et al., 2015) trotzdem positiv hervorzuheben, dass so viele Personen an der Nachbefragung teilgenommen haben.

Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass dies die erste qualitative Studie zu einem gemischten Gruppentraining im Zusammenhang mit Depression darstellt. Die unmittelbare, praktische Relevanz dieser Untersuchung, sowie der Beitrag zur Verbesserung der neuen Interventionsform stellt eine besondere Stärke dieser Arbeit dar. Die Möglichkeit der TeilnehmerInnen, direkt ihre Erfahrungen in die Evaluation mit einfließen zu lassen, kann als moderne, demokratische Forschungsweise betrachtet werden, welche die direkten Sichtweisen der End-NutzerInnen mitberücksichtigt.

Die wesentlichste Limitation dieser Studie ergibt sich daraus, dass nur Personen, welche sich selber gemeldet hatten, an den Interviews teilnahmen. Das bedeutet, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass es unter den TeilnehmerInnen einen Self-Selection-Bias gab, und sehr kritische Stimmen nicht eingefangen werden konnten. Auch die Daten des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) zeigen, dass sich die Stichprobe zum Großteil aus mit dem Training eher zufriedenen Personen zusammensetzte.

Die Interventionen „Let`s ACT“ und „Abenteuer Selbst“ in Wien waren zum Zeitpunkt der Untersuchung schon mehr als 10 Monate vergangen, es ist daher außerdem davon auszugehen, dass in der retrospektiven Betrachtung sowohl in den Interviews, als auch in der direkten Veränderungsmessung ein Positivitätsbias auftrat, dass positive Erinnerungen also im Laufe der Zeit besser in Erinnerung blieben als negative (Pohl, 2007). Generell muss festgehalten werden, dass eine Veränderungsmessung mittels des Fragebogens BVB-2000 im Normalfall unmittelbar nach einer Therapie vorgegeben werden sollte.

Es zeigte sich jedoch, dass die Proportion von kritischen zu zufriedenen Stimmen in der aktuellen Stichprobe ähnlich der Zusammensetzung in den ursprünglichen Stichproben war, auch in diesen war der Prozentsatz an stark unzufriedenen Personen verschwindend gering. Bei einer sehr unzufriedenen Person aus der Ursprungsstichprobe zeigte sich im Debriefing, dass ihre Unzufriedenheit nicht am Training selber, sondern an einem Mismatch zwischen ihren Bedürfnissen bzw. Erwartungen und den Möglichkeiten der Intervention gelegen hatte. Es wird daher empfohlen, vor Beginn klare Informationen über den Trainingscharakter der Intervention und deren Wirkmechanismen zu vermitteln.

Die aktuelle Stichprobe enthielt auch ein Interview einer Person, welche das Training abgebrochen hatte (in der ursprünglichen Stichprobe brachen drei Personen das Training vorzeitig ab), man kann daher davon ausgehen, dass kritische Stimmen proportional in der Interviewstichprobe abgebildet wurden.

Die Interviews wurden zur Hälfte von Raphael Schuster, einem der Autoren der Trainings geführt, dies könnte die Objektivität der Studie (bzw. der -ergebnisse) beeinflusst haben. Außerdem wurde der Kontakt zwischen dem Interviewteam und den TeilnehmerInnen über die Leiterinnen der Interventionen hergestellt, somit kann angenommen werden, dass beide als dem Forschungsteam zugehörig, und nicht als unabhängige Personen wahrgenommen wurden. Dies könnte einen Einfluss auf das Antwortverhalten der InterviewpartnerInnen gehabt haben.

Über die Software QCMap, welche in dieser Arbeit zur Kategorienerstellung herangezogen wurde, kann gesagt werden, dass sie für die Bearbeitung von so großen Datensätzen nicht geeignet genug erschien. Es hätte weitere Abstraktionsebenen gebraucht, welche jedoch über diese spezielle Plattform nicht bereitgestellt wurden.

Weiters wurden die Transkripte nicht zum Gegencheck an die interviewten Personen gesendet, wie es die COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) - Checklist fordert (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Es kann daher sein, dass trotz größter Sorgfalt, möglicherweise Textstellen nicht gänzlich korrekt niedergeschrieben wurden. Sämtliche andere Kriterien der Checkliste wurden -soweit im Rahmen einer Masterarbeit möglich- in dieser Arbeit erfüllt.

## **Implikationen für Forschung und Praxis**

Da diese Arbeit (sowie die vorangegangenen Interventionsstudien) das erste Mal dieses neue Format der gemischten Gruppenintervention untersuchen, ist klar, dass es hier noch sehr viel mehr Forschung und wissenschaftliche Untersuchungen benötigt. Insbesondere randomisierte klinische Studien wären wichtig, um die Effektivität auch unter kontrollierten Bedingungen zu untersuchen. Diese Arbeiten konnten jedoch erstmals zeigen, dass gemischte Trainingsformen effektiv und ohne Abschlüge auf ein Gruppenformat übertragen werden können.

Für die weitere Forschung und Praxis von gemischten Gruppeninterventionen ergibt sich die Konsequenz, dass in der Entwicklung einer solchen Intervention verstärkt auch ein Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen Personen im Zusammenhang mit den Medienkomponenten gelegt wird. Wie schon erörtert, kann es den gesamten Teilnahmeprozess einer Person beeinflussen, wenn die Einstellungen der Medien (zum Beispiel die Benachrichtigungsfunktion der App) nicht zu den Bedürfnissen der AnwenderInnen passen, und diese dadurch als überfordernd oder stressig wahrgenommen werden. Es empfiehlt sich daher, diese Funktionen zu überarbeiten.

Außerdem sollte auch die Ausbildung der TrainerInnen einen wichtigen Stellenwert einnehmen, da das Training aufgrund der zwei Modalitäten (Gruppenführung einerseits, sowie Online-Feedback bzw. Moderation andererseits) für die TrainingsleiterInnen große Herausforderungen bereit hält. Weiters wäre es auch bedeutsam, genügend Zeit für Gruppenübungen und -findung einzuplanen. Wichtig wäre hierfür allgemein ein schriftliches Trainings-Manual, welches auch einen theoretischen Bezugsrahmen bereitstellt und sich im etablierten psychologischen Methodenspektrum verortet.

Alles in allem kann das gemischte Gruppentrainings-Format zu einer proaktiven Behandlung von Depressionen beitragen, und auch im Rahmen von Depressionspräventionsmaßnahmen eingesetzt werden.

# Literaturverzeichnis

- Alfonsson, S., Johansson, K., Uddling, J., & Hursti, T. (2017). Differences in motivation and adherence to a prescribed assignment after face-to-face and online psychoeducation: an experimental study. *BMC Psychology*, *5*(3), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0172-5>
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs . face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders : a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, *13*(3), 288–295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Felix, C. B., Lundborg, L., ... Carlbring, P. (2012). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(9), 544–550. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.003>
- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, *13*(1), 4–11. <https://doi.org/10.1002/wps.20083>
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. B. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, *38*, 4–17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>.
- Bendelin, N., Hesser, H., Dahl, J., Carlbring, P., Zetterqvist, K., & Andersson, G. (2011). Experiences of guided Internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, *11*(107), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-11-107>
- Berger, T., & Andersson, G. (2009). Internetbasierte Psychotherapien: Besonderheiten und empirische Evidenz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *59*, 159–170. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1090162>
- Berger, T., & Caspar, F. (2008). Von anderen Patienten lernen. *Psychotherapeut*, *53*, 130–137. <https://doi.org/10.1007/s00278-007-0571-9>
- Berger, T., & Caspar, F. (2011). Internetbasierte Psychotherapien. *PSYCH up2date*, *5*(1), 29–43. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1265934>
- Berger, T., Stolz, T., & Schulz, A. (2013). Internetbasierte geleitete Selbsthilfeansätze bei Angststörungen und Depressionen. *Fachzeitschrift Für Onlineberatung Und Computervermittelte Kommunikation*, *9*(2), 1–16. Retrieved from [https://boris.unibe.ch/48942/1/Berger\\_Stolz\\_Schulz\\_2013\\_Internetbasiert\\_Selbsthilfe.pdf](https://boris.unibe.ch/48942/1/Berger_Stolz_Schulz_2013_Internetbasiert_Selbsthilfe.pdf)
- Boettcher, J., Rozentel, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2014). Side effects in Internet-based interventions for Social Anxiety Disorder. *Internet Interventions*, *1*(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.02.002>
- Bormann, B., & Strauß, B. (2012). Therapeutische Beziehungen in Gruppen. In B. Strauß &

- D. Mattke (Eds.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (pp. 69–82). Berlin Heidelberg: Springer.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191>
- Brooke, J. (1996). SUS - a quick and dirty usability scale. *Usability Evaluation in Industry*, 1, 189–194. Retrieved from [http://dag.idi.ntnu.no/IT3402\\_2009/sus\\_background.pdf](http://dag.idi.ntnu.no/IT3402_2009/sus_background.pdf)
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321, 694–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7262.694>
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Christensen, H., Griffiths, K. M., Groves, C., & Korten, A. (2006). Free range users and one hit wonders: community users of an Internet-based cognitive behaviour therapy program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 59–62. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01743.x>
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40(12), 1943–1957. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000772>
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16–29. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.1.16>
- Darvell, M. J., Kavanagh, D. J., & Connolly, J. M. (2015). A qualitative exploration of Internet-based treatment for comorbid depression and alcohol misuse. *Internet Interventions*, 2(2), 174–182. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.03.003>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Donkin, L., & Glozier, N. (2012). Motivators and motivations to persist with online psychological interventions: a qualitative study of treatment completers. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), e91. <https://doi.org/10.2196/jmir.2100>
- Dwyer, L. A., Hornsey, M. J., Smith, L. G. E., Oei, T. P. S., & Dingle, G. A. (2011). Participant autonomy in cognitive behavioral group therapy: an integration of self-determination and cognitive behavioral theories. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(1), 24–46.
- El Alaoui, S., Hedman, E., Kaldø, V., Hesser, H., Kraepelien, M., Andersson, E., ... Lindefors, N. (2015). Effectiveness of Internet-based cognitive-behavior therapy for

- social anxiety disorder in clinical psychiatry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 902–914. <https://doi.org/10.1037/a0039198>
- Erbe, D., Eichert, H.-C., Riper, H., & Ebert, D. D. (2017). Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9), e306. <https://doi.org/10.2196/jmir.6588>
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80–92. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/160940690600500107>
- Fichtenbauer, I., & Sparr, V. M. (2017). “*Abenteuer Selbst – D*” Umsetzung eines Blended Therapy-Ansatzes als Gruppenintervention zur Depressionsprävention und -bewältigung. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Friesen, L. N., Hadjistavropoulos, H. D., & Pugh, N. E. (2014). A qualitative examination of psychology graduate students’ experiences with guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy. *Internet Interventions*, 1(2), 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.04.001>
- Gerhards, S. A. H., Abma, T. A., Arntz, A., de Graaf, L. E., Evers, S. M. A. A., Huibers, M. J. H., & Widdershoven, G. A. M. (2011). Improving adherence and effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy without support for depression: A qualitative study on patient experiences. *Journal of Affective Disorders*, 129(1–3), 117–125. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.012>
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D., & Keller, F. (2012). *ADS: Allgemeine Depressionskala, 2.Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindfors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet : a systematic review of applications , clinical efficacy and cost – effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6), 745–764. <https://doi.org/10.1586/erp.12.67>
- Heidenreich, T., Junghanns-Royack, K., & Michalak, J. (2007). Mindfulness-based therapy: Achtsamkeit vermitteln. In R. Frank (Ed.), *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie* (pp. 69–82). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Helbig, S., & Fehm, L. (2005). Der Einsatz von Hausaufgaben in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 50(2), 122–128. <https://doi.org/10.1007/s00278-004-0374-1>
- Hill, C., & Lambert, M. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 84–136). New York: John Wiley & Sons.
- Ho Ly, K., Janni, E., Wrede, R., Sedem, M., Donker, T., Carlbring, P., & Andersson, G. (2015). Experiences of a guided smartphone-based behavioral activation therapy for depression: A qualitative study. *Internet Interventions*, 2(1), 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.12.002>

- Ho Ly, K., Trüschel, A., Jarl, L., Magnusson, S., Windahl, T., Johansson, R., ... Andersson, G. (2014). Behavioural activation versus mindfulness-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 4, e003440. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003440>
- Hoifodt, R. S., Lillevoll, K. R., Griffiths, K. M., Wilsgaard, T., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2013). The clinical effectiveness of web-based cognitive behavioral therapy with face-to-face therapist support for depressed primary care patients: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(8), e153. <https://doi.org/10.2196/jmir.2714>
- Hollenbaugh, K. M. (2011). Treatment compliance in group therapy: Issues and Interventions. *Michigan Journal of Counseling Research*, 38(2), 27–39. Retrieved from [http://www.michigancounselingassociation.com/uploads/2/6/3/4/2634297/volume\\_38\\_fall-winter\\_2011.pdf](http://www.michigancounselingassociation.com/uploads/2/6/3/4/2634297/volume_38_fall-winter_2011.pdf)
- Holst, A., Nejati, S., Björkelund, C., Eriksson, M. C. M., Hange, D., Kivi, M., ... Petersson, E.-L. (2017). Patients' experiences of a computerised self-help program for treating depression – a qualitative study of Internet mediated cognitive behavioural therapy in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(1), 46–53. <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1288813>
- Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(7), 861–870. <https://doi.org/10.1586/ern.12.63>
- Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R., & Gleave, R. L. (2005). Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310–321. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.310>
- Kalthoff, I., & Walther, A. (2017). *Abenteuer Selbst - a Blended Group Intervention for Treatment of mild to moderate Depression*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Paris-Lodron-Universität Salzburg.
- Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., ... Phillips, R. (2017). Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms. A Meta-analysis of Individual Participant Data. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 351–359. <https://doi.org/doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0044>
- Kelders, S. M., Kok, R. N., Ossebaard, H. C., & van Gemert-Pijnen, J. E. (2012). Persuasive System Design Does Matter: A Systematic Review of Adherence to Web Based Interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), e152. <https://doi.org/10.2196/jmir.2104>
- Kenter, R. M. F., van de Ven, P. M., Cuijpers, P., Koole, G., Niamat, S., Gerrits, R. S., ... van Straten, A. (2015). Costs and effects of Internet cognitive behavioral treatment blended with face-to-face treatment: Results from a naturalistic study. *Internet Interventions*, 2(1), 77–83. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.01.001>
- Khan, N., Bower, P., & Rogers, A. (2007). Guided self-help in primary care mental health.

- Meta-synthesis of qualitative studies of patient experience. *British Journal of Psychiatry*, 191, 206–211. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.032011>
- Kleiboer, A., Smit, J., Bosmans, J., Ruwaard, J., Andersson, G., Topooco, N., ... Riper, H. (2016). European COMPARative Effectiveness research on blended Depression treatment versus treatment-as-usual (E-COMPARED): study protocol for a randomized controlled, non-inferiority trial in eight European countries. *Trials*, 17(1), 387. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1511-1>
- Klein, J. P., & Berger, T. (2013). Internetbasierte psychologische Behandlung bei Depressionen. *Verhaltenstherapie*, 23(3), 149–159. <https://doi.org/10.1159/000354046>
- König, O. (2012). Gruppendynamische Grundlagen. In B. Strauß & D. Mattke (Eds.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (pp. 21–36). Berlin Heidelberg: Springer.
- Kooistra, L. C., Ruwaard, J., Wiersma, J. E., van Oppen, P., van der Vaart, R., van Gemert-Pijnen, L. J. W. E. C., & Riper, H. (2016). Development and initial evaluation of blended cognitive behavioural treatment for Major Depression in Routine Specialized Mental Health Care. *Internet Interventions*, 4(1), 61–71. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.01.003>
- Krampen, G. (2010). Direkte Veränderungsmessung der Effekte von Entspannungstherapie/-training und Psychotherapie: Ihre Vor- und Nachteile sowie psychometrische Hilfsmittel. *Entspannungsverfahren*, 27(27), 48–64.
- Kriebel, R., Paar, G. H., Schmitz-Buhl, S. M., & Raatz, U. (2001). Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV): Entwicklung einer Kurzform und deren Anwendung in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin Und Rehabilitation*, (53), 20–32. Retrieved from <http://www.psychologie-aktuell.com/43.0.html>
- Kubinger, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computerunterstützte Analyse qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kujala, S. (2003). User involvement: A review of the benefits and challenges. *Behaviour & Information Technology*, 22(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/01449290301782>
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz. <https://doi.org/10.17877/DE290R-9414>
- Leitner, I., & Schuster, R. (2014). *“Abenteuer Selbst”: eine zieloffene Gruppenintervention zur positiven Entwicklung und Ressourcenaktivierung*. Paris-Lodron Universität Salzburg.
- Lillevoll, K. R., Wilhelmsen, M., Kolstrup, N., Høifødt, R. S., Waterloo, K., Eisemann, M., & Risør, M. B. (2013). Patients’ Experiences of Helpfulness in Guided Internet-Based Treatment for Depression: Qualitative Study of Integrated Therapeutic Dimensions. *Journal of Medical Internet Research*, 15(6), e126. <https://doi.org/10.2196/jmir.2531>
- Linden, M., Walter, M., Fritz, K., & Muschalla, B. (2015). Unerwünschte

- Therapiewirkungen bei verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie. *Der Nervenarzt*, 86(11), 1371–1382. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4297-6>
- Månsson, K. N., Skagius Ruiz, E., Gervind, E., Dahlin, M., & Andersson, G. (2013). Development and Initial Evaluation of an Internet-Based Support System for Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy: A Proof of Concept Study. *Journal of Medical Internet Research*, 15(12), e280. <https://doi.org/10.2196/jmir.3031>
- Margraf, J. (1994). *Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen: Mini-DIPS. Handbuch, Interviewleitfaden*. Berlin: Springer.
- Mathiasen, K., Andersen, T. E., Riper, H., Kleiboer, A. A. M., & Roessler, K. K. (2016). Blended CBT versus face-to-face CBT: a randomised non-inferiority trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 432. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1140-y>
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8\\_42](https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8_42)
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2014). QCAMap: A Software For Qualitative Content Analysis. Retrieved July 2, 2017, from <https://www.qcamap.org/>
- McCallum, M., Piper, W. E., Ogradniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2002). Early process and dropping out from short-term group therapy for complicated grief. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6(3), 243–254. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.6.3.243>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). Depression: the treatment and management of depression in adults (update). NICE clinical guideline 90. Retrieved July 3, 2017, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/4-Research-recommendations>
- Newman, M. G., Przeworski, A., Consoli, A. J., & Taylor, C. B. (2014). A randomized controlled trial of ecological momentary intervention plus brief group therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy*, 51(2), 198–206. <https://doi.org/10.1037/a0032519>
- Olsson Halmetoja, C., Malmquist, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2014). Experiences of internet-delivered cognitive behavior therapy for social anxiety disorder four years later: A qualitative study. *Internet Interventions*, 1(3), 158–163. <https://doi.org/10.1016/J.INVENT.2014.08.001>
- Palmier-Claus, J. E., Rogers, A., Ainsworth, J., Machin, M., Barrowclough, C., Lavery, L., ... Lewis, S. W. (2013). Integrating mobile-phone based assessment for psychosis into people's everyday lives and clinical care: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 13(34), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-34>
- Partinger, E., & Köhldorfer, L. (2016). *Let's ACT - eine hybrid blended Gruppenintervention für Menschen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Symptomatik*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M., & Haddad, N. (1997). Client motivation for therapy scale: a

- measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*, 68(2), 414–435. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6802\\_11](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6802_11)
- Pohl, R. (2007). *Das autobiographische Gedächtnis: die Psychologie unserer Lebensgeschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Przeworski, A., & Newman, M. G. (2004). Palmtop computer-assisted group therapy for social phobia. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 179–188. <https://doi.org/10.1002/jclp.10246>
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329–342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004>
- Roback, H. B. (2000). Adverse outcomes in group psychotherapy: risk factors, prevention, and research directions. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(3), 113–22. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10896735>
- Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., Ebert, D. D., Cuijpers, P., Knaevelsrud, C., ... Carlbring, P. (2014). Consensus statement on defining and measuring negative effects of Internet interventions. *Internet Interventions*, 1(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/J.INVENT.2014.02.001>
- Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative Effects of Internet Interventions: A Qualitative Content Analysis of Patients' Experiences with Treatments Delivered Online. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(3), 223–236. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1008033>
- Rozental, A., Forsström, D., Tangen, J. A., & Carlbring, P. (2015). Experiences of undergoing Internet-based cognitive behavior therapy for procrastination: A qualitative study. *Internet Interventions*, (2), 314–322. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.05.001>
- Ruwaard, J., & Kok, R. N. (2015). Wild West eHealth: Time to hold our horses? *European Health Psychologist*, 17(1), 45–49. <https://doi.org/10.2196/jmir.2925>
- Saß, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, J., & Wittmann, W. W. (2002). ZUF- 8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In E. Brähler, J. Schumacher, & B. Strauß (Eds.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, A., Stolz, T., Vincent, A., Krieger, T., Andersson, G., & Berger, T. (2016). A sorrow shared is a sorrow halved? A three-arm randomized controlled trial comparing internet-based clinician-guided individual versus group treatment for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, (84), 14–26. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.001>
- Schuster, R., Leitner, I., Carlbring, P., & Laireiter, A. R. (2017). Exploring blended group interventions for depression: Randomised controlled feasibility study of a blended computer- and multimedia-supported psychoeducational group intervention for adults

- with depressive symptoms. *Internet Interventions*, 8, 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.04.001>
- Tang, W., & Kreindler, D. (2017). Supporting Homework Compliance in Cognitive Behavioural Therapy: Essential Features of Mobile Apps. *JMIR Mental Health*, 4(2), e20. <https://doi.org/10.2196/mental.5283>
- Thomson, C., Nash, J., & Maeder, A. (2016). Persuasive design for behaviour change apps: Issues for designers. In *Proceedings of the Annual Conference of the South African Institute of Computer Scientists and Information Technologists on - SAICSIT '16* (pp. 1–10). New York, New York, USA: ACM Press. <https://doi.org/10.1145/2987491.2987535>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Ülsmann, D. (2013). *Psychotherapieerfolg: eine Frage der Operationalisierung? - Konvergenzen und Divergenzen von Psychotherapieerfolgsmaßen*. Unveröffentlichte Dissertation, Ruhr-Universität Bochum. Retrieved from <http://www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/netahtml/HSS/Diss/UelsmannDominik/diss.pdf>
- Van Der Meijden, M. J., Tange, H. J., Troost, J., & Hasman, A. (2003). Determinants of success of inpatient clinical information systems: a literature review. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 10(3), 235–43. <https://doi.org/10.1197/jamia.M1094>
- van der Vaart, R., Witting, M., Riper, H., Kooistra, L., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, L. (2014). Blending online therapy into regular face-to-face therapy for depression: content, ratio and preconditions according to patients and therapists using a Delphi study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 355. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0355-z>
- van Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Nijland, N., van Limburg, M., Ossebaard, H. C., Kelders, S. M., Eysenbach, G., & Seydel, E. R. (2011). A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e111. <https://doi.org/10.2196/jmir.1672>
- Veith, A., & Willutzki, U. (2000). *Eine Revision des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (VEV). Vortrag auf dem Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie*. Berlin.
- Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Öberg, J., ... Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 368–376. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.01.005>
- Wentzel, J., van der Vaart, R., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2016). Mixing online and Face-to-Face Therapy: How to benefit from blended care in mental health care. *JMIR Mental Health*, 3(1), e9. <https://doi.org/10.2196/mental.4534>
- Wilhelmsen, M., Lillevoll, K., Risør, M. B., Høifødt, R., Johansen, M.-L., Waterloo, K., ...

- Kolstrup, N. (2013). Motivation to persist with internet-based cognitive behavioural treatment using blended care: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, *13*, 296–305. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-296>
- Willutzki, U., Ülsmann, D., Schulte, D., & Veith, A. (2013). Direkte Veränderungsmessung in der Psychotherapie. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, *42*(4), 256–268. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000224>
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1996). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wright, J. H., Wright, A. S., Albano, A. M., Basco, M. R., Goldsmith, L. J., Raffield, T., & Otto, M. W. (2005). Computer-Assisted Cognitive Therapy for Depression: Maintaining Efficacy While Reducing Therapist Time. *American Journal of Psychiatry*, *162*(6), 1158–1164. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1158>
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.
- Yardley, L., Spring, B. J., Riper, H., Morrison, L. G., Crane, D. H., Curtis, K., ... Blandford, A. (2016). Understanding and promoting effective engagement with digital behavior change interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, *51*(5), 833–842. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.06.015>

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demografische Daten der gesamten Stichprobe.....	28
Tabelle 2: Die fünf Items des BVB-2000 mit den höchsten Itemwerten.....	64
Tabelle 3: Die drei Items des BVB-2000 mit den niedrigsten Itemwerten .....	65
Tabelle 4: Skalenbezeichnung und interne Konsistenz .....	66
Tabelle 5: Die drei Zusatzitems mit den höchsten Itemwerten .....	67
Tabelle 6: Die vier Zusatzitems mit den niedrigsten Itemwerten .....	67

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Differenzwerte des ADS-K zwischen Prä- und Postmessung (Interviewstichprobe).....	30
Abbildung 2. Differenzwerte des ADS-K zwischen Prä- und Postmessung (Onlinestichprobe). .....	30

# Appendix

## Anhang A - Abstract

### Abstract - deutsch

Kürzlich an den Universitäten Wien und Salzburg durchgeführte gemischte Gruppeninterventionen (Let`s ACT, Abenteuer Selbst), welche neben den Medienunterstützten, strukturierten Gruppentreffen auch eine Online-Plattform und eine App beinhalteten, verzeichneten gute Effektstärken und Akzeptanzraten. Diese Arbeit untersucht mittels qualitativer Interviews, wie Teilnehmende die Trainings empfanden, wie die Medienkomponenten angenommen wurden und wie sich diese und die starke Strukturierung der Intervention auf die Therapiemotivation auswirken. Außerdem wurde als Komplement zur indirekten, eine direkte Veränderungsmessung mittels Online-Fragebogen durchgeführt. Leitfadeninterviews ( $N(I)=22$ ) und eine Online-Befragung ( $N(O)=22$ ) wurden deskriptiv und mittels thematischer Analyse nach Braun und Clarke ausgewertet. Als Stärke ergab sich der Wechsel zwischen sozialer Eingebundenheit und autonomer, zeitlich und örtlich unabhängiger Bearbeitung, sowie die erhöhte Compliance durch individuelles (via Onlineplattform) und kollektives Feedback von der Gruppe und der Trainingsleiterin. Es zeigte sich auch, dass das Format unerwünschte Gruppeneffekte abdämpfen kann und sich die starke Strukturierung beim Krankheitsbild der Depression als vorteilhaft erweist. Die Online-Plattform wurde größtenteils gut angenommen und deren Wert für Psychoedukation hervorgehoben. Die App erschien nicht für alle Funktionen sinnvoll, hier wurde eine Änderung gewünscht. Schwächen zeigten sich insbesondere in erlebtem Stress und Überforderung durch die Benachrichtigungsfunktion der App, sowie die Kumulierung der Aufgaben über den Verlauf. Die direkte Veränderungsmessung mittels BVB-2000 ergab einen leicht positiven Gesamteffekt, es kann daher von einem gut fundierten Ergebnis gesprochen werden. Die qualitative Auswertung zeigte Veränderungen hinsichtlich erhöhter Selbstakzeptanz, Achtsamkeit, Ressourcenaktivierung und Selbstfürsorge.

Schlüsselwörter: Depression, Blended Therapy, Gruppentherapie, Qualitative Studie, Veränderungsmessung, Online Therapy

## **Abstract - Englisch**

Recently conducted blended interventions at the Universities of Vienna and Salzburg (Let`s ACT, Abenteuer Selbst), which included highly structured weekly meetings and between-session multimedia support via an online platform and app, showed high rates in effectiveness and acceptance. The aim of this study is to analyse participant`s experiences with the training, media components, the structuring and its effect on adherence and motivation by the use of qualitative in-depth-interviews ( $N=22$ ). Additionally participants ( $N=22$ ) completed an online questionnaire for the direct measurement of psychotherapeutic outcomes. Interviews were analysed using thematic analysis. As a strength, the alternation between social connectedness and autonomous, temporally and locally independent completion of online homework tasks, as well as the increased compliance through feedback from the group and the therapist emerged. It was also shown that the format can reduce undesired group effects as well as therapist drift, and the strong structuring is especially indicated in the context of depression. The online platform was widely accepted and its value for psychoeducation was emphasised. Some functions of the app were not feasible, here adjustments were suggested.

Drawbacks were particularly evident in experienced stress and overextension by the reminders of the app, as well as the cumulation of the tasks over the course of the treatment. The direct change measurement by BVB-2000 showed a positive overall effect, so a well-founded result can be assumed. The qualitative and quantitative evaluation showed changes with regards to increased self-acceptance, mindfulness, resource activation and self-care.

Keywords: depression, blended therapy, group therapy, qualitative study, direct change measurement, online therapy

# Anhang B - Online Befragung: BVB-2000, Zusatzitems



universität  
wien

0% ausgefüllt

**Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!**

Vielen Dank dass Sie an der Nachbefragung des Gruppenseminars teilnehmen!

Die Nachbefragung wird im Rahmen meiner Masterarbeit an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien durchgeführt, und von Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter betreut. Sie beschäftigt sich mit der Frage, wie Sie Ihre persönliche Veränderung durch die Teilnahme am Gruppenseminar einschätzen.

Die Befragung nimmt **ca. 5-10 Minuten** in Anspruch, bitte beantworten Sie alle Fragen ehrlich - es gibt keine falschen Antworten.

Sämtliche Daten, die im Rahmen dieser Studie erhoben werden, werden vertraulich behandelt und nur für wissenschaftliche Zwecke genutzt.

Bei Fragen und Anmerkungen, können Sie mich jederzeit gerne per [Email](#) kontaktieren.

Herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft zur Mitarbeit!

Sophia Sigl

Weiter

Mag. Sophia Sigl, Universität Wien - 2017



universität  
wien

13% ausgefüllt

## Versuchspersonencode

Bitte geben Sie hier Ihren persönlichen Versuchspersonencode an. Der Code besteht aus 4 Elementen: 1.Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter. 1.Buchstabe Ihres eigenen Vornamens.   
Tag im Monat, an dem Sie geboren sind. (Beispiel: LM09)

Weiter

Mag. Sophia Sigl, Universität Wien - 2017



universität  
wien

25% ausgefüllt

Bitte stellen Sie sich nun den **Zeitpunkt direkt vor Beginn des Seminars** vor. Überlegen Sie, was Sie zu diesem Zeitpunkt machten und wie Sie sich fühlten.

Überblicken Sie bitte nunmehr immer **den Zeitraum seitdem bis heute**.

Bitte prüfen Sie bei den nachfolgenden Fragen immer, ob sich bei Ihnen innerhalb dieses Zeitraumes, also seit Beginn des Seminars, eine Änderung in die eine oder andere Richtung vollzogen hat. Geben Sie bitte durch Anklicken der entsprechenden Zahl das Ausmaß der Änderung in die eine oder andere Richtung an.

Auf der folgenden Seite finden Sie ein Beispiel:

Weiter

Mag. Sophia Sigl, Universität Wien - 2017

Wenn Sie innerhalb des Zeitraumes keine Änderung erlebt haben, wenn Sie also weder ruhiger noch unruhiger geworden sind, kreuzen Sie eine „4“ an.

Wenn die Aussage, dass Sie ruhiger geworden sind, auf Sie voll zutrifft, kreuzen Sie bitte eine „1“ an.

Wenn die Aussage, dass Sie seit Beginn der Therapie unruhiger geworden sind, voll zutrifft, kreuzen Sie bitte eine „7“ an.



Ich bin ruhiger geworden.        Ich bin unruhiger geworden.

Weiter

Mag. Sophia Sigl, Universität Wien – 2017

1. Im Vergleich zum Zeitpunkt direkt vor Seminarbeginn...



...fühle ich mich gehetzter.        ...fühle ich mich weniger gehetzt.

...habe ich jetzt eher das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.        ...habe ich jetzt weniger das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.

...hat das Leben für mich an Inhalt verloren.        ...erscheint mir das Leben sinnvoller.

...bin ich mit mir zufriedener.        ...bin ich mit mir unzufriedener.

...sehe ich Schwierigkeiten gelassener entgegen.        ...bin ich angesichts von Schwierigkeiten angespannter.

...bin ich innerlich ruhiger geworden.        ...bin ich innerlich unruhiger geworden.

...habe ich weniger Ausdauer.        ...habe ich mehr Ausdauer.

...gebe ich schneller auf.        ...gebe ich weniger schnell auf.

...schwanken meine Stimmungen jetzt stärker.        ...schwanken meine Stimmungen jetzt weniger.

...fühle ich mich jetzt sicherer.        ...fühle ich mich jetzt unsicherer.

...bin ich im Umgang mit anderen Menschen jetzt ruhiger.        ...bin ich im Umgang mit anderen Menschen jetzt angespannter.

...fühle ich mich ruhiger, wenn ich an die Zukunft denke.        ...fühle ich mich unruhiger, wenn ich an die Zukunft denke.

...nehme ich unerwartete Ereignisse gelassener hin.        ...nehme ich unerwartete Ereignisse weniger gelassen hin.

Weiter

2. Im Vergleich zum Zeitpunkt direkt vor Seminarbeginn...



...fühle ich mich stärker isoliert als früher.	<input type="radio"/>	...fühle ich mich weniger isoliert als früher.
...weiß ich jetzt manchmal nicht mehr, wie es weitergehen soll.	<input type="radio"/>	...weiß ich jetzt oft besser, wie es weitergehen soll.
...kann ich jetzt freier sprechen.	<input type="radio"/>	...kann ich jetzt weniger frei sprechen.
...fühle ich mich freier.	<input type="radio"/>	...fühle ich mich weniger frei.
...kann ich mit Personen des anderen Geschlechts schlechter Kontakt aufnehmen.	<input type="radio"/>	...kann ich mit Personen des anderen Geschlechts besser Kontakt aufnehmen.
...haben meine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen zugenommen.	<input type="radio"/>	...haben meine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen abgenommen.
...bin ich entspannter.	<input type="radio"/>	...bin ich angespannter.
...fühle ich mich ausgeglichener.	<input type="radio"/>	...fühle ich mich weniger ausgeglichen.
...fühle ich mich im Gespräch mit anderen nicht mehr so unsicher.	<input type="radio"/>	...fühle ich mich im Gespräch mit anderen unsicherer.
...komme ich mit mir selbst schlechter aus.	<input type="radio"/>	...komme ich mit mir selbst besser aus.
...kann ich mit den Schwierigkeiten des alltäglichen Lebens besser umgehen.	<input type="radio"/>	...kann ich mit den Schwierigkeiten des alltäglichen Lebens schlechter umgehen.
...macht es mich nicht mehr so unsicher, wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewusst gibt.	<input type="radio"/>	...macht es mich jetzt unsicherer, wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewusst gibt.
..haben meine Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten, zugenommen.	<input type="radio"/>	...haben meine Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten, abgenommen.

Weiter

75% ausgefüllt

Im Vergleich zum Zeitpunkt vor dem Seminar...

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
...kann ich mich mehr auf positive Dinge konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kann ich schwierige Situationen besser akzeptieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...arbeite ich aktiv an meinen Gedanken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... verspüre ich mehr Motivation für Aktivitäten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... kann ich mich selber besser annehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mache ich öfters Dinge die mir gut tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... gehe ich mit mir selbst fürsorglicher um.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich mindestens eine der erlernten Methoden in meinen Alltag eingebaut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mache ich weniger Dinge, die mir nicht gut tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...weiß ich besser über meine Stärken und Schwächen Bescheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weiß ich besser über die Entstehung und die Dynamik einer Depression Bescheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... nutze ich noch Methoden, die ich im Gruppenseminar kennengelernt habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich einen Plan für Rückfälle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter

Mag. Sophia Sigl, Universität Wien – 2017

88% ausgefüllt

**Vielen Dank dass Sie den Fragebogen ausgefüllt haben!**

Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Für Fragen können Sie mich gerne kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen,

Sophia Sigl

Weiter

Mag. Sophia Sigl, Universität Wien – 2017

# Anhang C -Informed Consent

**Kontakt:**  
Sophia Sigl,  
a0601305@unet.univie.ac.at  
0676/3030771



universität  
wien

Institut für Angewandte Psychologie  
Liebiggasse 5, 1010 Wien  
Universität Wien

## Einwilligungserklärung und Information

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Seminars „Abenteuer Selbst“ / Let's ACT!

Im Rahmen meiner Masterarbeit möchte ich eine Nachbefragung zu Ihren persönlichen Einschätzungen des Seminars durchführen. Dies soll helfen, das Seminar zu verbessern und die Wirkfaktoren besser zu verstehen.

Damit ich möglichst viele Informationen von Ihnen direkt bekomme, möchte ich sie im Rahmen eines Interviews dazu befragen.

Ich bitte Sie die folgenden Informationen gut durchzulesen, und mit Ihrer Unterschrift die weitere wissenschaftliche Verwendung der Interview-Transkripte zu erlauben.

---

**Betreuung der Masterarbeit:** Prof. Dr. Anton Laireiter, Universität Wien; Raphael Schuster, MSc, Universität Salzburg

**Interviewerin:** Mag. Sophia Sigl BSc

**Interviewdatum:**

Ich, \_\_\_\_\_ erkläre mich dazu bereit, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojekts informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und danach von der Interviewerin in Schriftform gebracht wird.

Ich kann das Interview jederzeit abbrechen, und meine Einwilligung in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes werden alle Angaben zu meiner Person aus dem Text entfernt und/oder anonymisiert. Ich erkläre mich bereit, dass das anonymisierte Interview neben der Interviewerin Sophia Sigl auch von anderen Personen der Arbeitsgruppe an der Universität für weitere Analysen verwendet werden darf.

Mir wird außerdem versichert, dass das Interview in wissenschaftlichen Veröffentlichungen nur in Ausschnitten zitiert wird, um sicherzustellen, dass ich nicht für Dritte erkennbar werde.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

# Anhang D – Interviewleitfaden

## Allgemein (Erwartungen, Stärken, Schwächen)

---

1. Welche Erwartungen hatten Sie vor Beginn an das Training? Was war Ihnen wichtig? Warum haben Sie sich für die Teilnahme entschieden?
2. Rückblickend, wie würden Sie das Training allgemein beschreiben? (Wie würden Sie es bewerten?)
3. Was ist Ihnen besonders positiv/ negativ in Erinnerung geblieben?
4. Wie würden Sie das Format dieses gemischten Trainings (also Gruppe + Multimedia in einem) beschreiben?
5. Was waren ihre Erfahrungen mit den verwendeten Medien?
6. Wie haben Sie die Onlineplattform und die Videos verwendet? (Wie haben sie die App verwendet?) Wie würden Sie ihr Nutzerverhalten beschreiben? Wie haben sie die Usability erlebt?
7. Wie haben Sie die Gruppe erlebt? Was würden Sie sagen, sind die Vor- und Nachteile des Gruppenformates?
  - Was haben Sie positiv erlebt?
  - Was haben Sie negativ erlebt?
  - Was würden Sie hinsichtlich der Gruppe anders machen?
8. Was sind die Stärken/Schwächen der computerunterstützten Medien?
  - Wofür eignen sich moderne Medien in psychologischen Interventionen?
  - Worin würden Sie Vorteile des gemischten Formats erkennen?
  - Worin würden Sie Nachteile des gemischten Formats erkennen?
  - Erlebten Sie Probleme?
9. Was würden Sie hinsichtlich der modernen Medien anders machen?
10. Wie würden Sie das Format bewerten? Wo ist ein solches Format sinnvoll, wo nicht?
  - Wie denken Sie hat das die Gruppe/ andere TeilnehmerInnen erlebt?

## Training (Strukturiertheit, Intensität, Stellenwert)

---

11. Wie wirken sich moderne Medien Ihrer Meinung nach auf das Gruppentraining aus? Wie wirkt sich der Einsatz auf die Gruppe (Interaktion) aus?
12. Strukturiertheit des Trainings: *Das Training besaß viele vorgegebene Inhalte, wie etwa PowerPoint Präsentationen in den Gruppensitzungen oder Videos für zuhause.* Wie würden sie die Strukturiertheit bzw. Flexibilität des Trainings bewerten?

13. Auf welche Weise könnten moderne Medien die Trainer unterstützen oder behindern? Wie sind die Trainer mit der Technologie umgegangen? Wie scheint Ihnen das gemischte Format aus Sicht der Trainer?
14. Welchen Stellenwert haben moderne Medien in Gruppentrainings für Sie?  
Wie sinnvoll erscheint Ihnen der Einsatz moderner Medien in Gruppentrainings? Warum?
15. Intensität & Aufwand: Wie würden Sie die Intensität, also den zeitlichen Aufwand und den Arbeitsaufwand des Trainings beschreiben? (nieder/mittel/hoch)?  
Gut, dass so intensiv?  
Was war aufwendig bzw. einfach?  
  
→ In letzten Interviews: Menge an Übungen teilweise zu Überforderung – anregend oder demotivierend?

#### Motivation

---

16. War es im Verlauf schwierig, sich für Gruppe bzw. computerunterstützte Übungen zu motivieren und dafür Zeit zu nehmen? (War eines von beiden schwieriger? Wenn ja: warum?)
  - Was hat Sie dazu motiviert?
  - Wie war es die Gruppe/ Multimedia-Übungen im Alltag unterzubringen?
  - Welchen Stellenwert hat die Gruppe für die Compliance der Übungen?

#### Wirksamkeit (Wirkung, Erfolgsfaktoren)

---

17. Welche Wirkung hatte das Training langfristig auf Ihre Stimmung?
  - auf Ihre Gedanken?
  - auf Ihr Verhalten?
  - auf Ihre Ziele und Pläne?
18. Auf welche Faktoren oder Inhalte würden Sie den Erfolg des Trainings zurückführen?
19. Woran haben Sie sich in der Zeit nach dem Training erinnert?
  - Wieviel davon geht auf die Gruppe zurück, wieviel auf die verwendeten Multimedia-Materialien?
  - Können Sie sich noch an konkrete Beiträge eines Kollegen oder Trainers erinnern?
  - Können Sie sich noch an konkrete Inhalte aus dem Multimediamaterial erinnern?  
Zählen Sie so viele wie möglich auf!

#### Verbesserungen/ Veränderungen

---

20. Wie würden Sie den Abschluss des Trainings beschreiben? Gibt es etwas, das Sie sich danach noch gewünscht hätten?
21. Gibt es noch etwas, das Sie ansprechen möchten, worüber wir bisher nicht gesprochen haben? Haben Sie noch Anmerkungen zu dem Training oder diesem Interview?

## Anhang E - Strukturbaum

Hauptthema	Subthema	Code
Plattform	Nachteile	wie Test/ Quiz
		Druck kann überfordern
		Erinnerungen nervig
		Abstimmung
		Anonymität schreckt ab
	Änderungen gefordert	nicht als Plattform genutzt, reine Abholfunktion
		Videos verkürzen
		mehr Moderation online
		Abstimmung Online & Gruppe verbessern
		Usability noch nicht ausgereift
App	Vorteile	Videos informativ, hilfreich, sinnvoll
		persönlicher Raum
		Material wiederholbar, unterstützt eigenes Tempo
		Niederschwellig
		Gruppe und Online unterstützt sich gegenseitig
	Nachteile	Kosten- und Zeitersparnis
		zeigt Fortschritt an
		Monitoring verbessert Reflexion
		Erinnerungsfunktion trägt zum Transfer bei
		Erinnerungsfunktion trägt zur Compliance bei
In-Session Medien	Positiv	App erscheint sinnlos
		Erinnerungen nervig
	Didaktische Implikationen Negativ	App erzeugt Druck/ Stress durch Überforderung
		Benachrichtigung passt nicht zum eigenen Rhythmus
		Inhalt zuviel/ zu komplex
Struktur	Struktur unflexibel	Usability nicht ausreichend
		Mehr Informationen zur App gewünscht
		Informativ
		Unterstützt visuell
		Ansprechend, kurz
	Struktur sinnvoll	Überladen
		Exzessive Anwendung, verschult
		verschult
		schafft Zeitdruck
		schränkt tieferes Kennenlernen ein
Gruppenphänomene	Struktur sinnvoll	gibt Halt
		logisch aufgebaut
	Gruppenphänomene	lässt einen nicht den roten Faden verlieren
		bei Krankheitsbild induziert
		Regelmäßigkeit wichtig
Gruppenphänomene	Gruppenphänomene	geistige Gliederung d. Einheit motiviert
		fördert kognitive Verarbeitung
	Gruppenphänomene	verhindert Gruppendrift
		verhindert Verzettelung d. TherapeutIn
		erleichtert Einstieg in das Thema
Gruppenphänomene	Gruppenphänomene	schränkt Domination Einzelner ein

<b>Hauptthema</b>	<b>Subthema</b>	<b>Code</b>
Veränderungen	Achtsamkeit	Übungen schnell und einfach achtsamere Wahrnehmung des Körpers
	Akzeptanz	auf sich, seine Gedanken und seinen Körper achtgeben Schwächen akzeptieren
	Kognition	Gedanken kritischer hinterfragen Reflexion in Alltag einbauen Abnahme von Belastung d. veränderte Bewertung Mehr Wissen, Bewusstsein über Erkrankung
	Motivation	mehr Motivation für Aktivitäten Ressourcenaktivierung
	Verhalten	soziale Kontakte aktiv gefördert Methoden im Alltag eingebaut
	Ziele	Bewusstsein über Wichtigkeit d. Zielsetzung Ziele erreicht
	Selbstfürsorge	selber mehr Raum/ Zeit geben auf eigene Bedürfnisse Rücksicht nehmen weniger Druck machen
	Zeitmanagement	Zeitressourcen besser einteilen/ verwalten App hilfreich hilft bei Zielerreichung
	Rückfallsprophylaxe	konnte bei Rückfall Methoden nicht anwenden Plan für Rückfall Depressivität (nicht) verändert
	Blended Format	Schwächen
Stärken		gute Kombination F2F + Online Ort- und Zeitunabhängig Feedback fördert Selbstöffnung Feedback (v. Gruppe u. Leiterin) motiviert zusätzlicher Kommunikationskanal Wiederholtes Ansehen führt zu Vertiefung Intensivierung Selbstaktivierung, Förderung Selbstmanagement Rücksprache mit anderen möglich Teil einer Gruppe Gleichgesinnter zu sein mehr Zeit f. Reflexion in Gruppeneinheit Medien motivieren

# Anhang F – COREQ – Kriterien

## COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.