

Theorie-Praxis-Netzwerke in verhaltenstherapeutischer Ausbildung: Schulung, Selbsterfahrung und Einsatz in der Therapie am Beispiel von Achtsamkeit

Johannes Mander^a Paula Kröger^a Paul Blanck^a
Manuela Call^a Hinrich Bents^a Thomas Heidenreich^b

^aZentrum für Psychologische Psychotherapie, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland;

^bFakultät für Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Hochschule Esslingen, Esslingen, Deutschland

English Version available at
www.karger.com/doi/10.1159/000455163

Schlüsselwörter

Achtsamkeit · Psychotherapieausbildung ·
Kognitive Verhaltenstherapie · Komponentenstudie

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Bausteine der theoretischen und praktischen verhaltenstherapeutischen Ausbildung finden selten direkt aufeinander bezogen statt. Die stärkere Vernetzung von Schulung, Übungsintervall und Einsatz in der Therapie von relevanten therapeutischen Interventionen ist wünschenswert. Am Beispiel einer Untersuchung von Achtsamkeitsinterventionen wurde im vorliegenden Manuskript der Versuch unternommen, dieses Thema zu adressieren. **Methodik:** 27 Ausbildungstherapeuten führten Achtsamkeits-Workshops mit Selbsterfahrungsintervallen durch. Darauf aufbauend wurden bei 36 Patienten standardisierte sitzungseinleitende Übungen mit Achtsamkeitselementen direkt in die Ausbildungstherapien integriert. Das Programm wurde auf Akzeptanz, Durchführbarkeit und Effektivität überprüft. Die Symptomreduktion (Beck Depression Inventory (BDI-II), Brief Symptom Inventory (BSI)) von Probatorik zur 15. Therapiesitzung wurde varianzanalytisch mit Patienten der Routineversorgung als Kontrollgruppe verglichen. **Ergebnisse:** In qualitativen Interviews zeigten sich positive Achtsamkeitserfahrungen. Generell waren Akzeptanz und Durchführbarkeit des Theorie-Praxis-Netzwerks hoch. Laut Aussagen der Ausbildungstherapeuten wurden hier sinnvolle Schnittstellen zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung realisiert. Bezüglich der Symptomreduktion zeigten sich für Patienten der Achtsamkeitsgruppe und Routineversorgung ähnliche Effektstärken, hier bestanden keine signifikanten Unterschiede. **Schlussfolgerung:** Die Kombination aus Achtsamkeits-Workshops und darauf aufbauenden sitzungseinleitenden Übungen wurde als sinnvoll erlebt, zeigte allerdings keine stärkeren klinischen Effekte als die Routineversorgung. Zukünftige Forschung sollte Theorie-Praxis-Netzwerke in anderen Bereichen (z.B. Progressive Muskelrelaxation, Compassion) untersuchen. Zusätzlich zu positiven Durchführbarkeits- und Akzeptanzbefunden könnten dort auch klinisch relevante Effekte identifizierbar sein.

© 2017 S. Karger GmbH, Freiburg

Keywords

Mindfulness · Psychotherapy training ·
Cognitive behaviour therapy · Component study

Summary

Therapy: Training, Self-Discovery and Integration into Treatment Using Mindfulness as an Example
Background: The modules that make up theoretical and practical training in behavioural therapy often bear little relationship to one another. Training, practice intervals and integration into relevant therapeutic interventions need to be interlinked more closely. This manuscript describes an attempt to address this topic by investigating mindfulness interventions. **Method:** Mindfulness workshops with intervals for self-discovery were facilitated by 27 therapy instructors. Building on this, standardised session-introducing interventions with mindfulness elements were integrated into the training therapy in 36 patients. The program was analysed in terms of acceptance, feasibility and effectiveness. Analyses of variance were used to compare the symptom reduction (Beck Depression Inventory (BDI-II), Brief Symptom Inventory (BSI)) achieved between the first session and the 15th session against that of a control group consisting of patients receiving standard treatment. **Results:** Positive experiences of mindfulness were disclosed during qualitative interviews. In general, the acceptance and feasibility of the theory/practice network was rated as high. According to statements made by the therapy instructors, meaningful interfaces were established between theoretical and practical training. In terms of symptom reduction, patients in the mindfulness group and the group receiving standard treatment showed similar results; there were no significant variances in this respect. **Conclusion:** The combination of mindfulness workshops and opening exercises building on these was found to be meaningful, but the effects were not clinically stronger than those achieved by standard treatment. Future research should aim to investigate theory/practice networks in other areas (e.g., Progressive Muscle Relaxation, compassion). Here, clinically relevant effects may be identified in addition to the positive findings on acceptance and feasibility.

Einleitung

Die Bausteine der theoretischen und praktischen verhaltenstherapeutischen Ausbildung finden selten direkt aufeinander bezogen statt [Willutzki et al., 2015]. Eine stärkere Vernetzung von Schulung, Übungsintervall und Einsatz bei relevanten therapeutischen Interventionen ist wünschenswert [Fydrich et al., 2015]. Daher wurde am Beispiel einer Untersuchung von Achtsamkeitsinterventionen im vorliegenden Manuskript der Versuch unternommen, dieses Thema zu adressieren. Konkret wurde direkt in das reguläre Ausbildungscurriculum eine achtsamkeitsbasierte Workshop-Schulung mit Selbsterfahrungsintervall integriert und darauf aufbauend kurze Achtsamkeitsübungen in der Ausbildungstherapie eingesetzt.

Untersuchung von Achtsamkeit in therapeutischen Ausbildungscurricula

Achtsamkeit wird definiert als eine spezifische Form der Aufmerksamkeitlenkung, die 1) auf das Hier und Jetzt fokussiert sowie 2) absichtsvoll und 3) nicht bewertend erfolgt [Kabat-Zinn, 1990]. Achtsamkeit wurde in Form von «Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)» und «Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)» intensiv in manualisierten Gruppentherapieprogrammen untersucht, wobei zahlreiche Meta-Analysen die Wirksamkeit mit Effektstärken im mittleren Bereich untermauern [Hofmann et al., 2010; Khoury et al., 2013; Kuyken et al., 2016]. Allerdings stellen Dimidjian und Segal [2015] angelehnt an das Stufenmodell des National Institutes of Health [Onken et al., 2014] fest, dass eine große Forschungslücke im Bereich der Wirksamkeit von Achtsamkeit besteht. Insbesondere existiert kaum Forschung zu Achtsamkeit in der Einzeltherapie, und es fehlt an Komponentenstudien [Dunn et al., 2013; Grepmaier et al., 2007; Kuyken et al., 2016]. Während MBCT und MBSR bei Patienten gut untersucht sind, fehlt es auch an Evidenz bezüglich der Wirksamkeit von Achtsamkeitsprogrammen bei Therapeuten [Ivanovic et al., 2015; Khoury et al., 2013]. Da eine Achtsamkeitsselbsterfahrung von Therapeuten für die aktive Arbeit mit dem Ansatz in der Therapie gefordert wird [Segal et al., 2015], scheint eine systematische Untersuchung der Achtsamkeitsvorbereitung von Therapeuten vor dem praktischen Einsatz sinnvoll [Khoury et al., 2013]. Dieses Achtsamkeitstraining kann als Empathieschulung und gleichzeitig auch als Erwerb intrapersonaler Skills zur Selbstfürsorge aufgefasst werden [Hemanth und Fisher, 2015].

Bisher gibt es auch erste empirische Evidenz dafür, dass Achtsamkeitsprogramme für Ausbildungstherapeuten positive Effekte haben: MBCT-Programme führten zu einer signifikanten Zunahme von Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Empathie [Hopkins und Proeve, 2013]. In einer weiteren Studie zeigten sich Prä-Post-Effektstärken (Cohen's d) von $d = 0,62$ für Achtsamkeit, $d = 0,49$ für Selbstmitgefühl und $d = 0,58$ für die Abnahme von Rumination [Rimes und Wingrove, 2011]. Weniger strukturierte Programme für Ausbildungstherapeuten, bei denen kurze Achtsamkeitsübungen trainiert werden, zeigten quantitativ zwar keine Effekte, aber qualitativ positive Wirkungen im Sinne von gesteigerter Achtsam-

keit im Alltag [Hemanth und Fisher, 2015; Moore, 2008]. Die ausbleibenden quantitativen Effekte sind insofern plausibel, als die Achtsamkeitsübungen direkt in der Alltagsroutine mit ihren vielfältigen, weiteren beruflichen Herausforderungen (weitere Workshops und therapeutische Tätigkeiten im Rahmen der Ausbildung, Arbeit in Kliniken usw.) stattfanden [Hemanth und Fisher, 2015]. Damit blieb nicht die Möglichkeit für eine hohen Intensität an Achtsamkeitspraxis wie in strukturierten MBCT-Programmen, in denen zusätzlich zu 2 h Gruppensitzungen pro Woche täglich 45 min geübt wird [Moore, 2008; Segal et al., 2015]. Die qualitativen Effekte aus diesen beiden Studien legen jedoch nahe, dass die Ausbildungstherapeuten durch das Training ein besseres Verständnis von Achtsamkeit entwickelten und sich stärker zutrauten, Achtsamkeit in den eigenen Alltag und die eigene therapeutische Arbeit zu integrieren. Die Untersuchung von Achtsamkeitsprogrammen im deutschen Ausbildungssystem steht allerdings noch aus. Außerdem ist noch unklar, wie die Achtsamkeitserfahrungen von Ausbildungstherapeuten aus solchen Workshops dann in die Ausbildungstherapie integriert werden könnten [Mander et al., 2015a].

Achtsamkeit und Komponentenstudien

Während aktuell Tausende von randomisierten kontrollierten Psychotherapiestudien (RCTs) vorliegen, die in Hunderten von Meta-Analysen zusammengefasst wurden [Hofmann et al., 2012], sind die spezifischen Mechanismen für therapeutische Veränderungen kaum bekannt [Flückiger et al., 2015; Mander et al., 2015b; McMMain et al., 2015]. Dies mag unter anderem daran liegen, dass die RCTs typischerweise komplexe Therapiemanuale evaluieren, die aus einer Vielzahl einzelner therapeutischer Bausteine zusammengesetzt sind. Es gibt allerdings kaum Komponentenstudien, die helfen können, zu identifizieren, welche Interventionen aus komplexen Therapiemanualen effektiv zu therapeutischen Veränderungen beitragen [Bohus, 2015]. Tatsächlich existieren zu Komponentenstudien bisher nur 2 Meta-Analysen, die insgesamt 67 Primärstudien zusammenfassen [Ahn und Wampold, 2001; Bell et al., 2013].

Insbesondere im Rahmen der Achtsamkeitsforschung erscheint die separate wissenschaftliche Untersuchung einzelner Bausteine angezeigt, da in den letzten Jahren ein hoher Grad an klinischer Verbreitung dieses Ansatzes stattgefunden hat, spezifische Komponenten allerdings kaum untersucht sind [Kuyken et al., 2016; Tuschen-Caffier und Hoyer, 2014].

Zwar existieren erste Komponentenuntersuchungen zum Achtsamkeitsmodul der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT; [Linehan, 1993]) von Soler et al [2012]. Hier wurde aber ein komplexes Modul der DBT mit einer Dauer von 8 Sitzungen im Gruppenformat als Ergänzung zur Routinebehandlung untersucht. Zudem existieren für MBCT und MBSR noch keine Komponentenstudien [Dunn et al., 2013; Kuyken et al., 2016]. Dies ist insofern überraschend, da gerade MBCT und MBSR stark mit standardisierten Übungen arbeiten, die optimal in Komponentenstudien experimentell untersucht werden können [Segal et al., 2015]. So stellt z.B. der sogenannte «Atemraum» das Rückgrat von MBCT

dar [Segal et al., 2015]. Bei diesem handelt es sich um eine kurze formelle Achtsamkeitsübung, die helfen soll, im Hier und Jetzt anzukommen. Bei dieser 3-minütigen Kurzmeditation wird die Aufmerksamkeit ausgerichtet nach der Metapher einer Sanduhr in einem 1) Weitwinkel (Gewahrsein von aktuellen Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen), 2) Engwinkel (Sammlung der Aufmerksamkeit durch Fokus auf den Atem) und 3) Weitwinkel (Ausdehnen der Aufmerksamkeit auf den ganzen Körper). Der Atemraum wird im MBCT-Programm mehrfach täglich zu festen Uhrzeiten geübt. Zudem soll er eingesetzt werden, um sich in schwierigen Situationen auf den aktuellen Moment zu fokussieren, damit dann adäquat Problembewältigungsstrategien implementiert werden können. Der Atemraum eignet sich zur Untersuchung in Komponentenstudien, bei denen dieser direkt als sitzungseinleitendes Ritual in Therapiesitzungen eingebaut wird [Mander et al., 2015a; Segal et al., 2015].

Schulung, Selbsterfahrung und Einsatz in der Therapie

Folglich bestehen hinsichtlich therapeutischer Achtsamkeitsschulung und darauf aufbauender Komponentenstudien in Ausbildungstherapien zentrale Forschungslücken, die in Deutschland optimal adressiert werden können [Bohus, 2015]: Die großen universitären Institute erlauben, direkt in das Curriculum (theoretische Ausbildung) vorbereitende Maßnahmen in Form von Workshops einzubauen. Die hier erlernten Interventionen können im standardisiert-experimentellen Kontrollgruppen-Design direkt in die praktische Ausbildung, also die therapeutische Tätigkeit in den Ambulanzen nach der Zwischenprüfung, eingebaut werden. Eine solche Art der naturalistischen Forschung wurde in den letzten Jahren mehrfach gefordert [Bohus, 2015; Lutz und Rubel, 2015]. Ein Beispiel einer solchen achtsamkeitsbasierten Komponentenstudie im deutschen Ausbildungssystem ist die am ZPP Heidelberg durchgeführte Process-Outcome-Mindfulness-Effects-in-Trainees(PrOMET)-Studie [Mander et al., 2015a]. Diese untersucht die Wirkung von sitzungseinleitenden Übungen mit Achtsamkeitselementen auf den Therapieprozess. Die an der PrOMET-Studie teilnehmenden Ausbildungstherapeuten werden zu Beginn der Studienteilnahme intensiv in Achtsamkeit und in Entspannung geschult. Konkret finden während des ersten Jahres der theoretischen Ausbildung im regulären Curriculum Workshops zu 1) Achtsamkeit und 2) Entspannung mit 6-Wochen-Übungsintervallen statt. Im zweiten Ausbildungsjahr werden dann mit Beginn der praktischen Ausbildung sitzungseinleitende Übungen direkt in die Ausbildungstherapien integriert. Konkret wird in der PrOMET-Studie eine für achtsamkeitsunerfahrene Therapeuten und Patienten adaptierte, standardisierte, über eine Audiobox präsentierte, sitzungseinleitende Version des Atemraums (treatment as usual + mindfulness; TAU + M) verglichen mit einer standardisierten, sitzungseinleitenden Kurzversion von Progressiver Muskelrelaxation (TAU + PMR) und einer nichtstandardisierten, typischen verhaltenstherapeutischen Sitzungseinleitung (TAU). Die 3 unterschiedlichen Sitzungseinleitungsbedingungen werden bei depressiven und Angstpatienten zufällig zugewiesen und zu Beginn jeder Therapiesitzung durchgeführt. Sie sind die einzige Komponente,

die in den 3 Bedingungen variiert, ansonsten wird eine routinemäßige Ausbildungstherapie durchgeführt. Auf Therapeutenseite sollte gemäß dem Zwei-Stufen-Modell von Kristeller und Johnson [2005] eine solche Achtsamkeitspraxis zu erhöhter Selbstakzeptanz und folglich zu erhöhter Empathie und Akzeptanz gegenüber Patienten führen, was nach empirischen Befunden wiederum mit positiven Outcomes verbunden ist [Cigolla und Brown, 2011]. Auf Patientenseite sollte diese sitzungseinleitende Achtsamkeitspraxis zu einer stärkeren Akzeptanz im Hier und Jetzt führen, was gemäß Meta-Analysen ein zentraler Aspekt für positive Outcome-Effekte von Achtsamkeit ist [Khoury et al., 2013; Kuyken et al., 2016]. Somit liegt der Fokus dieser Studie auf Verläufen von Beziehungsgestaltung und Symptombelastung.

Untersuchungsanliegen

Im Rahmen der weiteren Professionalisierung der verhaltenstherapeutischen Ausbildung scheint es hochrelevant zu sein, Theorie-Praxis-Netzwerke zu schaffen und wissenschaftlich zu evaluieren, sind dadurch doch engmaschige Verbesserungen der Ausbildung potenziell möglich [Fydrich et al., 2015; Willutzki et al., 2015]. Folglich beschäftigt sich das vorliegende Manuskript mit der Vernetzung von Schulung, Selbsterfahrung und Einsatz in der Therapie am Beispiel von Achtsamkeit im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Ausbildung. Dazu werden erste Ergebnisse aus der oben genannten PrOMET-Studie präsentiert. Konkret werden Akzeptanz, Durchführbarkeit und Effektivität von Achtsamkeitsschulung und darauf aufbauenden sitzungseinleitenden Übungen skizziert. Damit soll ein Schritt weitergegangen werden als mit den bisherigen Arbeiten zu Achtsamkeits-Workshops in Ausbildungsprogrammen, die sich noch nicht mit Effekten auf die Therapie befasst haben [Hemanth und Fisher, 2015; Moore, 2008]. Angelehnt an die oben diskutierten Befunde wurden in der vorliegenden Studie folgende Hypothesen untersucht:

- 1) Die in die Ausbildung integrierten Achtsamkeits-Workshops führen bei den Therapeuten zu einer geringen quantitativen Intensivierung des Achtsamkeitsniveaus.
- 2) Die Achtsamkeits-Workshops mit Selbsterfahrungsintervall führen zu positiven qualitativen Effekten. Sie führen zu einem besseren Verständnis des Achtsamkeitsprinzips und regen zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit Achtsamkeit an.
- 3) Die Vernetzung von Schulung, Selbsterfahrung und Einsatz in der Therapie von Achtsamkeit wird von den Ausbildungstherapeuten positiv bewertet.
- 4) Die Vernetzung von Schulung, Selbsterfahrung und Einsatz in der Therapie von Achtsamkeit führt zu einem positiveren klinischen Outcome bei Patienten im Vergleich zu Therapien der Routineausbildung.

Methode

Stichprobe

Die 27 Studientherapeuten waren im Durchschnitt 30,8 (Standardabweichung (SD) = 6,3) Jahre alt, 18,2 (SD = 7,0) Monate in therapeutischer Ausbildung, 7,6 (SD = 4,3) Monate in ambulanter Tätigkeit, beim 6,7-ten (SD = 5,3) Ausbildungs-

fall mit 91,4 (SD = 58,4) h. 88,9% waren weiblich. 74,1% hatten im Durchschnitt 3,6 (SD = 4,7) Jahre Achtsamkeitsvorerfahrung durch Yoga, Chi-Gong, Body-Scan und Sitzmeditation, wobei 33,3% regelmäßig (mindestens wöchentlich) praktizierten. Außerdem hatten 77,8% im Durchschnitt 3,4 (SD = 2,0) Jahre Vorerfahrung mit PMR, wobei 14,8% regelmäßig (mindestens wöchentlich) praktizierten.

Die Achtsamkeitsstichprobe (Referenzstichprobe) setzte sich wie folgt zusammen: Die 36 (990) Patienten waren im Durchschnitt 36,31 Jahre alt, SD = 12,57 Jahre, (37,42 Jahre, SD = 13,10 Jahre). 61,1% (61,3%) waren weiblich, 55,6% (52,4%) waren in fester Partnerschaft, 41,7% (36,8%) hatten Abitur, und 55,6% (54,9%) waren berufstätig. 25% (23,7%) hatten eine depressive Episode, 36,1% (34,6%) rezidivierende Depressionen, 8,3% (5,4%) Dysthymia, 11,1% (9,0%) eine Panikstörung und Agoraphobie, 5,5% (11,7%) eine soziale Phobie, 2,8% (3,2%) eine generalisierte Angststörung, 2,8% (1,5%) Angst und Depression gemischt und 8,3% (10,8%) Anpassungsstörungen.

Studiendesign

Die Untersuchung wurde am ZPP Heidelberg durchgeführt. Die Theorie-Praxis-Schnittstelle setzte sich zusammen aus Workshop-Schulung, 6-wöchigem Selbsterfahrungsintervall, Nachbesprechung und anschließendem Einsatz der Workshop-basierten Achtsamkeitsintervention in der eigenen Therapie. Dabei wurden die Therapeuten vor und nach der Schulung zu Achtsamkeitserfahrungen befragt. Zur klinischen Evaluation des Programms wurde die frühe Therapiephase der ersten 15 Sitzungen der Achtsamkeitsgruppe verglichen mit einer Referenzstichprobe. Dazu wurden zu Therapiebeginn und nach der 15. Sitzung Fragebögen zur Symptombelastung ausgefüllt. Die Referenzstichprobe sollte möglichst repräsentativ sein, und gleichzeitig sollte das Setting konstant gehalten werden. Folglich bestand diese aus 990 Patienten mit Angsterkrankungen und Depressionen in der Routinebehandlung des ZPP Heidelberg. Die Einschlusskriterien für die Patienten waren: ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren, eine primäre Diagnose «Depression» oder «Angsterkrankung», keine komorbiden psychotischen Erkrankungen, keine akute Suizidalität. Die lokale Ethikkommission der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften der Universität Heidelberg hat der Studiendurchführung gemäß der aktuellen Fassung der Deklaration von Helsinki zugestimmt. Von allen Patienten und Therapeuten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Der Achtsamkeits-Workshop basierte auf dem Konzept von Kabat-Zinn [1990] und wurde auf der Basis von MBCT [Segal et al., 2015] vermittelt. Konkret wurden formelle (Atemraum, Body-Scan, Sitzmeditation mit Fokus auf Atem/Gedanken) und informelle (Achtsamkeit bei der Durchführung von alltäglichen Tätigkeiten wie Duschen, Essen oder Gehen) Übungen vorgestellt und durchgeführt. Inhaltlich wurde dabei zusätzlich auf den theoretischen Hintergrund von Achtsamkeit eingegangen. Außerdem wurde der aktuelle Forschungsstand zur praktischen Integration von Achtsamkeit in die kognitive Verhaltenstherapie diskutiert. Die Achtsamkeits-Workshops wurden von einem erfahrenen Experten (Thomas Heidenreich) geleitet. Auf den Workshop folgte ein 6-wöchiges Selbsterfahrungsintervall. Ein Workshop-Ordner mit umfangreichem Übungsmaterial diente dabei als Unterstützung. Es wurde empfohlen, täglich kurze Übungen (informelle Übungen und kurze formelle Übung wie z.B. Atemraum) und Tagesübungen (umfangreichere formelle Übungen wie z.B. Body-Scan an speziellen Tagen) zu kombinieren.

Im Anschluss an das Selbsterfahrungsintervall wurde mit den Therapeuten eine Nachbesprechung der Erfahrungen aus den 6 Wochen durchgeführt. Angelehnt an die Inquiry-Technik [Michalak et al., 2012] wurden Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen während der Übungen sowie damit verbundene persönliche Reaktionsmuster reflektiert. Außerdem wurden Schwierigkeiten thematisiert und Hilfestellungen für die weitere Umsetzung erarbeitet. Um eine direkte Schnittstelle zwischen Schulung, Selbsterfahrung und Therapie herzustellen, wurde zusätzlich die «sitzungseinleitende Übung mit Achtsamkeitselementen» eingeführt, geübt und besprochen. Diese verdichtet alle Komponenten des Workshops in einer kompakten Übung (Fokus auf Atem- und Körperempfindungen im Hier und Jetzt unter akzeptierender Haltung) und wurde folglich aktiv in der Therapie eingesetzt.

Nach dieser Workshop-Vorbereitung führten Patient und Therapeut zusammen in den ersten 5 Therapieminuten die sitzungseinleitende Übung zu Beginn von jeder Therapiesitzung durch. Dabei befanden sich Patient und Thera-

peut etwa 1 m entfernt von einer Audiobox (Größe 5 × 5 × 5 cm), über die die Übung präsentiert wurde. Der Text der Interventionsübung war standardisiert und wurde von Thomas Heidenreich gesprochen. Nach der Übung wurde mit dem regulären Therapieschehen entsprechend den Psychotherapierichtlinien begonnen. Nach den ersten Übungsdurchführungen wurde ein kurzes Inquiry durchgeführt (Online Supplemental Material, Online Supplemental Video 1–3; www.karger.com/?DOI=455163).

Interventions- und Messinstrumente

Sitzungseinleitende Übung mit Achtsamkeitselementen: Die Übung (Text siehe Online Supplemental Material; www.karger.com/?DOI=455163) wurde in einem iterativen Prozess mithilfe von Rückmeldungen mehrerer Experten, Therapeuten und Patienten entwickelt. Sie integriert in verdichteter Form die Kernelemente der Achtsamkeitsübungen aus den Workshops (Fokus auf Atem- und Körperempfindungen im Hier und Jetzt unter akzeptierender Haltung) und stellt eine für das Setting adaptierte Version des Atemraums [Michalak et al., 2012; Segal et al., 2015] dar. Durch diese Akzeptanz des Gegenwärtigen sollen Problembewältigungsstrategien effektiver eingesetzt werden können [Segal et al., 2015]. Im Gegensatz zu der Weitwinkel-Engwinkel-Weitwinkel-Konzeption des Atemraums besteht die Intervention, wie die Sitzmeditationen aus MBSR und MBCT, nur aus den beiden Komponenten «Engwinkel» (Fokus auf den Atem) und «Weitwinkel» (Ausdehnen auf den ganzen Körper). Der Grund für diese Adaptation des Atemraums war das häufige Feedback von Patienten, Therapeuten und Experten, dass die anfängliche Weitwinkel-Fokussierung überfordernd auf achtsamkeitsunerfahrene Personen wirkt.

Beck Depression Inventory (BDI-II): Zur Messung der depressiven Symptome wurde das BDI-II [Beck et al., 1996; Hautzinger et al., 2006] verwendet. Das BDI-II verfügt über eine exzellente interne Konsistenz ($\alpha = 0,92$) und eine exzellente Retest-Reliabilität ($r = 0,93$). Die konvergente Validität liegt im Bereich von $0,71 \leq r \leq 0,89$ [Hautzinger et al., 2006].

Brief Symptom Inventory (BSI): Zur Erfassung der allgemeinen Symptombelastung wurde das BSI [Franke, 2000] verwendet. Die 53 Items können 9 Subskalen zugeordnet werden sowie zum Global Severity Index (GSI), einem Globalmaß der grundsätzlichen psychischen Belastung, verrechnet werden. Das BSI verfügt über exzellente interne Konsistenzen ($0,71 \leq \alpha \leq 0,85$), gute Retest-Reliabilität ($0,68 \leq r \leq 0,91$), hohe Korrelationen zum Originalinstrument SCL-90-R ($0,92 \leq r \leq 0,99$) und gute Konstruktvalidität im Sinne von Skala-Outcome-Korrelationen im Bereich $0,30 \leq r \leq 0,72$ [Franke, 2000].

Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS): Das KIMS [Baer et al., 2004; Ströhle et al., 2010] wurde verwendet, um das Achtsamkeitserleben der Therapeuten mit einem psychometrisch validierten Fragebogen zu erfassen. Dieser basiert auf dem Achtsamkeitskonzept, wie es in der DBT [Linehan, 1993] beschrieben wird und adressiert mit 39 Items, bewertet auf einer 5-stufigen Skala (von 0 bis 4), 4 Aspekte: *Beobachten, Beschreiben, mit Aufmerksamkeit handeln, Akzeptieren ohne Bewertung*. Das KIMS wurde in zahlreichen Studien erfolgreich zur Veränderungsmessung von Achtsamkeit bei Therapeuten und Patienten eingesetzt [Kuyken et al., 2016].

Qualitative Post-Workshop-Interviews: Hier wurden die Therapeuten zu Achtsamkeitserfahrungen befragt. Es wurde genauer erfragt, welche der Übungen (kurze vs. lange Übungen, formelle vs. informelle Übungen) nach dem Workshop mit welcher Intensität praktiziert wurden. Angelehnt an bisherige Studien [Hemantth und Fisher, 2015; Moore, 2008] wurden Fragen gestellt zum generellen Verständnis von Achtsamkeit, zum potenziellen Nutzen des Trainings bezüglich Selbstfürsorge und zur Integration von Achtsamkeit in den eigenen Alltag. Außerdem wurden die Realisierbarkeit von formellen und informellen Übungen sowie der Nutzen der Schulung für die eigene therapeutische Arbeit diskutiert.

Akzeptanz und Durchführbarkeit der Theorie-Praxis-Schnittstelle: Hier wurden Fragen zur globalen Evaluation, Akzeptanz und Durchführbarkeit der Schnittstelle «Schulung, Selbsterfahrung und Einsatz in der Therapie» gestellt. Alle Items sind im Online Supplemental Material gelistet (www.karger.com/?DOI=455163).

Statistische Analysen

Zunächst wurden quantitative Workshop-Analysen durchgeführt. Hier wurden Angaben zur Durchführungintensität formeller und informeller Acht-

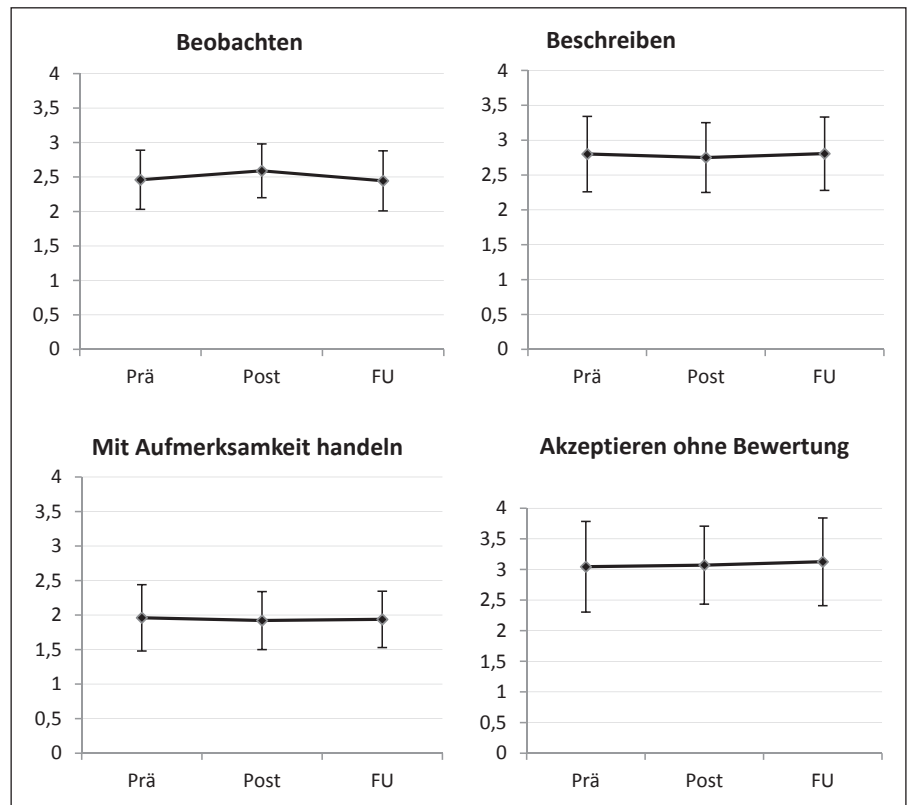


Abb. 1. Mittelwerte der 4 Subskalen des Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) zu den 3 Messzeitpunkten für die 27 TherapeutInnen. Prä = Vor dem Workshop; Post = nach dem 6-wöchigen Selbsterfahrungsintervall; FU = 6 Monate nach dem Post-Zeitpunkt.

samkeitsübungen ausgewertet. Zudem wurden über univariate Varianzanalysen (ANOVAs) mit Messwiederholung die Verläufe der Achtsamkeitsintensität auf den Skalen des KIMS für die 3 Zeitpunkte Prä (vor dem Workshop), Post (nach dem 6-wöchigen Selbsterfahrungsintervall) und Follow-up (6 Monate nach Post) analysiert. Bei den qualitativen Analysen orientierten sich die Verfasser an der Methode zur induktiven Kategorienentwicklung von Mayring [2010]. Dabei wurden aus den qualitativen Rückmeldungen der TherapeutInnen inhaltliche Kategorien gebildet, die Antworten zu bestimmten Themen zusammenführen. Um Akzeptanz und Durchführbarkeit der sitzungseinleitenden Übungen mit Achtsamkeitselementen zu überprüfen, wurden Mittelwerte zu sitzungsbezogenen Rückmeldungen aus den ersten 5 Sitzungen aus 36 Studientherapien berechnet. Zur Analyse der klinischen Effektivität des Gesamtprogramms wurden messwiederholte 2 (Behandlungsgruppe: Achtsamkeitsintervention, Routineversorgung) \times 2 (Messzeitpunkt: Probandik, 15. Therapiesitzung) ANOVAs gerechnet. Abhängige Variablen (AVs) waren der BDI-II-Gesamtwert, BSI-GSI sowie die BSI-Subskalen «Depressivität» und «Ängstlichkeit». Über die Routineversorgung hinausgehende klinische Effekte sollten sich in einer Interaktion zwischen Behandlungsgruppe und Messzeitpunkt zeigen. Da die Stichprobengrößen stark ungleich waren, überprüften wir mittels Levene-Test die Varianzhomogenität [Field, 2013]. Bei 8 Tests (4 Outcome-Maße über 2 Messzeitpunkte) war einzig der Vergleich der BDI-II-Fehlervarianzen zum ersten Messzeitpunkt signifikant ($F(1,979) = 4,91; p < 0,05$). Zusätzlich wurden Effektstärken (Cohen's d) bezüglich der Prä-Post-Symptomveränderungen in der Achtsamkeitsgruppe und Referenzstichprobe berechnet. Alle Analysen wurden mit SPSS 22 (IBM, New York, NY, USA) durchgeführt.

Ergebnisse

Quantitative Workshop-Daten

Für das 6-Wochen-Übungsintervall zwischen den Workshops zeigte sich Folgendes: 96,8% der Therapeuten gaben an, Achtsamkeitsübungen im Alltag durchgeführt zu haben. Davon führten

13,3% täglich, 76,7% mindestens einmal wöchentlich und 10,0% weniger als einmal pro Woche Achtsamkeitsübungen durch. Formelle Übungen: 71,4% der Teilnehmer praktizierten regelmäßig formelle Übungen, wobei insgesamt 33,3% diese mindestens einmal wöchentlich und 66,7% diese weniger als einmal pro Woche durchführten. 42,9% übten den Body-Scan, 50,0% die Sitzmeditation, 83,3% den Atemraum und 28,6% die Gehmeditation. Informelle Übungen: 85,7% der Teilnehmer praktizierten regelmäßig informelle Übungen. Dabei führten 25,0% täglich, 66,7% mindestens einmal wöchentlich und 8,3% weniger als einmal pro Woche informelle Achtsamkeitsübungen durch. Insbesondere wurden dabei achtsames Essen, Spazieren und Radfahren praktiziert.

Bezüglich des KIMS zeigten messwiederholte ANOVAs bei der Skala «Beobachten» signifikante Veränderungen ($F(2,25) = 4,33; p \leq 0,05; \eta^2 = 0,27$). Post-Hoc-Analysen zur Skala «Beobachten» zeigten eine signifikante Prä-Post-Zunahme ($t = -2,34; p \leq 0,05; d = 0,30$), gefolgt von einer signifikante Abnahme Post-Follow-up-Abnahme ($t = 2,81; p \leq 0,01; d = 0,36$). Auf allen anderen KIMS-Skalen zeigten sich keine signifikanten Veränderungen (alle $F(2,25) \leq 0,44$; alle $p \geq 0,65; \eta^2 \leq 0,02$). Abbildung 1 zeigt die Verläufe der KIMS-Subskalen zu den 3 Messzeitpunkten.

Qualitative Workshop-Daten

Die Kategorien der qualitativen Interviewdaten zusammen mit Antwortbeispielen sind in Tabelle 1 veranschaulicht. Hier zeigte sich, dass die Therapeuten generell von den Übungen profitierten. Insgesamt waren positive Effekte bezüglich eines besseren Verständnisses des Achtsamkeitskonzepts sowie bezüglich der Integration von Achtsamkeit in den eigenen Alltag zu verzeichnen. Wie

Tab. 1. Qualitative Rückmeldungen der Therapeuten zum Achtsamkeits-Workshop und 6-Wochen-Übungsintervall mit Nachbesprechung

Kategorie	Beispiele
Globale Workshop-Evaluation	<p>«Sehr positiv – gab einem die Möglichkeit, die Übungen «am eigenen Leib» zu erfahren.»</p> <p>«Insgesamt eher positiv, wenn manchmal auch lästig, an die «Hausaufgaben» zu denken.»</p> <p>«... Wertvoll war außerdem, dass wir nochmal Übungen und Erfahrungen nachbesprochen haben. Da konnte man sich wertvolle Tipps und Fragen mitnehmen für die eigene Nachbesprechung mit den Patienten.»</p>
Achtsamkeitsprinzip verstehen	<p>«Der Workshop und das Übungsintervall haben mir geholfen, mehr auf den Moment zu achten sowie Eindrücke und Gedanken erstmal weniger zu bewerten.»</p> <p>«Ich habe erst dadurch verstanden, dass es nicht nur bedeutet, im Hier und Jetzt zu sein und angenehme Aktivitäten durchzuführen oder eben schöne Dinge zu beobachten, sondern tatsächlich auch wertfrei das anzunehmen, was gerade ist, sei es Regen, Schmerzen, ...»</p> <p>«Es hat mich bewusster werden lassen, wie oft man im Autopilot ist oder gleich bewertet und dazu geführt, dass ich selbst häufiger ausprobieren, mehr im Hier und Jetzt zu bleiben und Aufgaben bewusst zu machen bzw. eigene Gefühle mehr zu akzeptieren.»</p> <p>«Ich habe verstanden, dass ein akzeptierender Umgang auch mit unangenehmen Situationen relevant ist.»</p>
Auseinandersetzung mit Achtsamkeit im Alltag	<p>«Ich versuche, mich mehr auf das Hier und Jetzt zu fokussieren und Dinge bewusster wahrzunehmen. Das gelingt mir aktuell vor allem bei angenehmen Dingen.»</p> <p>«Ich übe den akzeptierenden Umgang – wenn angebracht, auch mit unangenehmen Situationen.»</p> <p>«... Darüber hinaus habe ich Achtsamkeitsübungen in den Alltag integriert.»</p>
Formelle Achtsamkeitspraxis	<p>«Ich habe am häufigsten kurze formelle Übungen (Atemraum usw.) gemacht und konnte mich gut darauf einlassen, ließ sich auch am besten in den Alltag integrieren, weil sie nicht so lange gedauert haben. Lange Übungen wie z.B. Body-Scan fand ich schwieriger in den Alltag zu integrieren.»</p> <p>«Ich habe kurze formelle Übungen (Atemraum usw.) am meisten geübt. Es war einfach, dies in einen stressigen Alltag zu integrieren, und hat geholfen, alles zu entschleunigen und im Stress innezuhalten.»</p> <p>«Die langen Sitzmeditationen und Body-Scan fand ich schwierig und anstrengend. Besser konnte ich mich auf kurze Hier-und-Jetzt-Übungen wie Atemraum und die Studienübung einlassen.»</p>
Informelle Achtsamkeitspraxis	<p>«Informelle Übungen habe ich täglich praktiziert. Dabei hat mir der direkte Bezug zu dem, was ich gerade ohnehin im Alltag machen muss, besonders gefallen.»</p> <p>«Auf informelle Übungen – wie mit allen Sinnen wahrnehmen oder einfach bei Tätigkeiten im Alltag auf Körperhaltung achten – konnte ich mich besonders gut einlassen. Habe Sie vor allem morgens beim Aufstehen durchgeführt.»</p> <p>«Ich kann mich besonders gut auf informelle Übungen einlassen – wie z.B. achtsam Zähne putzen oder abwaschen. Das ist auch besser in den vollen Alltag zu integrieren als lange formelle Übungen.»</p>

oben quantitativ skizziert, wurden von den Therapeuten am häufigsten informelle Übungen durchgeführt. Auch kurze formelle Übungen (z.B. Atemraum) fanden Einzug in den Alltag. Lange formelle Übungen (z.B. Body-Scan) wurden seltener praktiziert. Das Festlegen bestimmter Übungsräume (z.B. im Bad) und Übungszeiten (z.B. auf dem Weg zu Arbeit) erleichterte die Umsetzung.

Als Erinnerungstütze wurde es als hilfreich erlebt, die Beschreibung der ausgewählten Übung gut sichtbar (z.B. auf dem Küchentisch oder am Kühlschrank) zu positionieren. Die Kopplung an andere Routinetätigkeiten (z.B. nach dem Zähneputzen) war eine weitere Hilfe bei der Integration in den Alltag.

Abb. 2. «Evaluation» des Gesamtprogramms: Evaluation der Kombination «Schulung, Selbsterfahrung und Einsatz in der Therapie» sowie Evaluation der Vorbereitung der Übung durch Schulung und Selbsterfahrung, «Akzeptanz» und «Durchführbarkeit» der sitzungseinleitenden Übung mit Achtsamkeits-elementen. Die

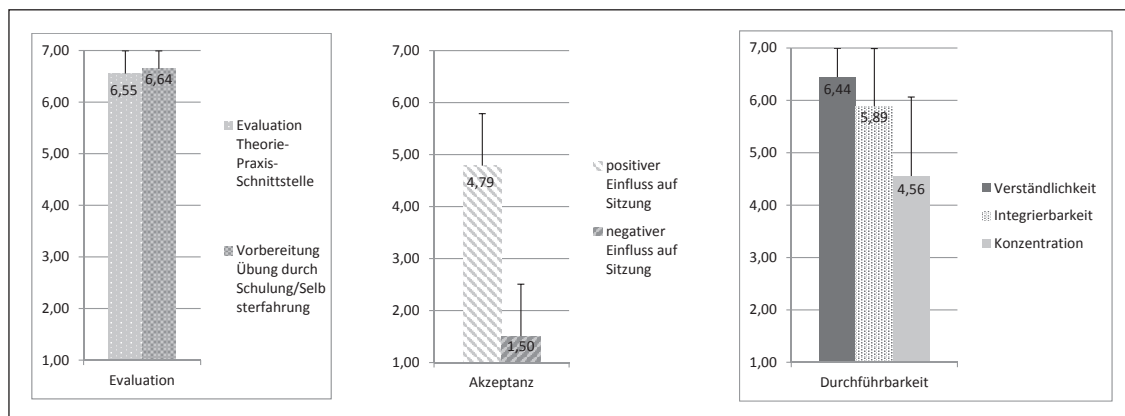


Abbildung zeigt die Mittelwerte zu den Rückmeldungen der Therapeuten aus den ersten 5 Sitzungen aus 36 Studientherapien.

Tab. 2. Mittelwerte und Standardabweichungen der Outcome-Maße bei der Probatorik und nach der 15. Therapiesitzung; Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung

Maße	Routine			Achtsamkeit			Interaktion	
	P0	T15	d	P0	T15	d	F	p
BDI-II	21,72 (12,06)	15,96 (12,16)	0,48	25,17 (9,21)	19,32 (10,26)	0,60	<1	0,96
BSI-GSI	1,12 (0,70)	0,87 (0,68)	0,36	1,07 (0,49)	0,97 (0,56)	0,19	1,64	0,20
BSI-Depr	66,02 (11,65)	61,41 (12,49)	0,38	67,61 (10,69)	64,22 (11,10)	0,31	<1	0,56
BSI-Angst	64,01 (12,50)	59,45 (13,01)	0,36	65,52 (10,31)	61,48 (9,73)	0,40	<1	0,83

P0 = erste probatorische Sitzung; d = Cohen's d der Prä-Post-Symptomreduktion; BDI-II = Beck Depression Inventory II; BSI-GSI = Global Severity Index des Brief Symptom Inventoy (BSI); BSI-Depr = BSI-Subskala «Depressivität»; BSI-Angst = BSI-Subskala «Ängstlichkeit».

Evaluation des Gesamtprogramms

Das Theorie-Praxis-Netzwerk wurde von den Therapeuten generell positiv bewertet. Die Kombination aus Schulung, Selbsterfahrung und darauf aufbauender Therapieintervention wurde als sinnvoll erlebt. Akzeptanz und Durchführbarkeit der sitzungseinleitenden Übung wurden ebenso positiv eingeschätzt. Abbildung 2 zeigt dazu die Mittelwerte von Rückmeldungen aus den ersten 5 Sitzungen aus 36 Studientherapien.

Im Folgeschritt wurde die klinische Effektivität des Programms durch den Vergleich mit Routinedaten analysiert. Dabei ergaben sich in den 2 x 2 ANOVAs signifikante Haupteffekte des Faktors «Messzeitpunkt» für den BDI-II-Gesamtwert (F(1,979) = 32,40; p < 0,01; $\mu^2 = 0,03$), den BSI-GSI (F(1,944) = 8,96; p < 0,01; $\mu^2 = 0,01$), die BSI-Subskala «Depressivität» (F(1,944) = 14,50; p < 0,01; $\mu^2 = 0,02$) und die BSI-Subskala «Ängstlichkeit» (F(1,944) = 12,92; p < 0,01; $\mu^2 = 0,01$). Für den Faktor «Behandlungsgruppe» konnte kein Haupteffekt beobachtet werden (alle F ≤ 2,14; alle p ≥ 0,14; alle $\mu^2 \leq 0,01$). Hypothesenkonträr war bei keinem der 4 Outcome-Maße die Interaktion aus Behandlungsgruppe und Messzeitpunkt signifikant (alle F ≤ 1,64; alle p ≥ 0,20; alle $\mu^2 \leq 0,01$). Dies spiegelt sich in vergleichbaren Effektstärken der Symptomreduktion bei Achtsamkeits- und Routinedaten wider (Tab. 2).

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden Achtsamkeits-Workshops mit Selbsterfahrungsintervallen sowie darauf aufbauende standar-

disierte sitzungseinleitende Übungen unter Routinebedingungen der therapeutischen Ausbildung auf Akzeptanz, Durchführbarkeit und klinische Effektivität überprüft. Die Analyse erfolgte sowohl qualitativ als auch quantitativ.

Achtsamkeits-Workshop

Bei der quantitativen Erfassung von Veränderungen des Achtsamkeitsniveaus über das KIMS zeigten sich keine Effekte. Nur bei der Skala «Beobachten» war eine signifikante Prä-Post-Zunahme zu verzeichnen. Inhaltlich ist es durchaus plausibel, dass die Therapeuten eine signifikante Zunahme im achtsamen Beobachten zeigten. Die in den Workshops vermittelten Übungen (Body-Scan, Atemraum, informelle Übungen) haben einen prinzipiellen Fokus auf das Beobachten von körperlichen und psychischen Empfindungen. Die Zunahme war jedoch nicht stabil und sank zum 6-Monats-Follow-up wieder signifikant auf das Prä-Workshop-Niveau. Auf den anderen Subskalen zeigten sich keine signifikanten Effekte. Insgesamt ergab sich also, konsistent zur oben erläuterten Forschungsliteratur zu Achtsamkeitsprogrammen bei Ausbildungstherapeuten [z.B. Hemanth und Fisher, 2015; Hopkins und Proeve, 2013], keine quantitative Zunahme des Achtsamkeitsniveaus der Therapeuten unter Bedingungen der Routineausbildung. Folgende Hypothesen könnten dieses Phänomen erklären: Zum einen könnte es sein, dass standardisierte quantitative Instrumente wie das KIMS nicht sensitiv genug sind, um feine Veränderung im Achtsamkeitserleben zu identifizieren [Moore, 2008]. Zum anderen wurde die Achtsamkeits-schulung unter Routinebedingungen der therapeutischen Ausbil-

dung mit ihren vielfältigen weiteren Aufgaben (weitere Workshops und therapeutische Tätigkeiten im Rahmen der Ausbildung usw.) durchgeführt. Damit blieb nicht die Möglichkeit zu einer hohen Intensität an Achtsamkeitspraxis wie in strukturierten MBCT-Programmen (täglich 45 min üben), was zum Fehlen quantitativer Effekte beigetragen haben könnte [Moore, 2008; Segal et al., 2015]. Für zukünftige Studien könnte eine höhere Praxisintensität, bei der die Therapeuten täglich feste Übungsintervalle durchführen und Tagesprotokolle ausfüllen müssen, sinnvoll sein.

Allerdings äußerten die Therapeuten qualitativ eine Reihe von subjektiv positiven Einflüssen der Achtsamkeitsübungen auf ihren Alltag: Die Workshops halfen, das Achtsamkeitsprinzip besser zu verstehen und regten dazu an, sich im eigenen Alltag selbst mit Achtsamkeit stärker auseinanderzusetzen. Insbesondere wurden kurze formelle Übungen (z.B. Atemraum) und informelle Übungen verstärkt umgesetzt und ein subjektiv positiver Einfluss auf den Alltag erlebt. Informelle Übungen, die an eigene angenehme Tätigkeiten (z.B. achtsamer Spaziergang, Mittagspause usw.) gekoppelt waren, wurden als am hilfreichsten erlebt und am intensivsten praktiziert. Diese Befunde ähneln denen aus anderen Studien, die ebenfalls weniger standardisierte Achtsamkeitsprogramme unter Routinebedingungen untersucht haben [Hemant und Fisher, 2015; Moore, 2008]: Auch hier zeigten sich, wie oben ausführlicher beschrieben, quantitativ keine Zunahme der Achtsamkeit, aber qualitativ positive Entwicklungen. Es lässt sich also vorsichtig konstatieren: Komplexe strukturierte Programme (MBCT und MBSR) führen zu quantitativer Intensivierung von Achtsamkeit bei Ausbildungstherapeuten [Hopkins und Proeve, 2013; Rimes und Wingrove, 2011], während weniger standardisierte Achtsamkeitsprogramme unter Bedingungen der Routineausbildung zwar keine stabilen quantitativen Effekte zeigen, sich aber qualitativ positiv auf das Achtsamkeitserleben der Therapeuten auswirken [Hemant und Fisher, 2015; Moore, 2008].

Ableitend aus den qualitativen Befragungen zu den Workshops aus unserer Studie lässt sich außerdem folgende vorsichtige Empfehlung formulieren: Unter Routinebedingungen der Therapieausbildung scheinen kurze formelle Achtsamkeitsübungen von Ausbildungstherapeuten mit wenig Achtsamkeitserfahrung besser angenommen zu werden als lange, ausführliche Achtsamkeitsübungen. Außerdem werden informelle Übungen, die direkt in den Alltag integriert werden können, mit erhöhter Häufigkeit tatsächlich praktiziert. Dabei scheint es relevant zu sein, die informellen Achtsamkeitsübungen an subjektiv positiv bewertete Handlungen zu koppeln. Somit könnte Folgendes als Empfehlung für zukünftige Arbeiten zur direkten Integration von Achtsamkeit in die Ausbildungstherapie vorsichtig angedacht werden: Informelle Achtsamkeitsübungen sollten zunächst so gestaltet werden, dass Therapeuten sich persönlich positive Situation auswählen und diese unter achtsamer Perspektive gezielt aufsuchen. Zusätzlich könnten kurze tägliche Übungen (z.B. Atemraum) hilfreich sein. Dies erscheint unter der hohen Zeitdichte einer Routineausbildung als sinnvoller Weg, Achtsamkeit zu integrieren.

Sitzungseinleitende Übung und Effektivität des Achtsamkeitsprogramms

Im nächsten Schritt wurde die Theorie-Praxis-Schnittstelle auf Akzeptanz, Durchführbarkeit und Effektivität überprüft. Nach den Angaben der Therapeuten bereiteten Workshop und Selbsterfahrungsintervall angemessen auf die sitzungseinleitende Übung vor. Alle relevanten Bausteine der Übung wurden dort adäquat vermittelt. Die Vermittlung von Achtsamkeit über Schulung, Selbsterfahrung und Einsatz in der Therapie wurde positiv bewertet: Der Einsatz der standardisierten Sitzungseinleitungen wurde als sinnvolle Konsequenz zu den Achtsamkeitsschulungen wahrgenommen. Laut den Rückmeldungen der Therapeuten haben die Workshops damit einen expliziten therapeutischen Sinn. Sie dienen nicht nur als Übungseinheit, sondern schaffen praktische Schnittstellen zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung, indem die dort gelernten Interventionen direkt in die darauf folgende therapeutische Arbeit integriert werden [Mander et al., 2015a]. Die Übung selbst wurde als gut verständlich und gut in die Therapiesitzungen integrierbar erlebt. Es wurden positive Effekte auf die Sitzung wahrgenommen. Keiner der Therapeuten erlebte negative Einflüsse auf die Therapiesitzungen.

Um die klinische Effektivität des Theorie-Praxis-Netzwerks zu untersuchen, wurde die Symptomreduktion in früher Therapiephase mit einer großen Referenzstichprobe aus der Routinetherapie des ZPP Heidelberg verglichen. Dabei zeigte sich in beiden Gruppen eine signifikante Abnahme der Symptombelastung, die sich in größtenteils mittleren Effektstärken ($0,19 \leq d \leq 0,60$) widerspiegelte. Die fehlenden Interaktionen zwischen Messzeitpunkt und Behandlungsgruppe demonstrierten allerdings, dass sich diese Abnahme hypothesenkonträr nicht zwischen Achtsamkeitsgruppe und Routinetherapie unterschied. Allerdings war die Stichprobe der Achtsamkeitstherapien relativ klein, und es wurden nur Prä-Post-Befunde der frühen Therapiephase analysiert. Um potenzielle Effekte klarer zu identifizieren, ist weitere Forschung relevant. Dabei scheint ein hochaufgelöstes Design mit sitzungsbasierten Messzeitpunkten bei größeren Stichproben angebracht. Insgesamt legen die Befunde folgende vorsichtige Schlussfolgerung nahe: Die Akzeptanz und Durchführbarkeit von Theorie-Praxis-Netzwerken ist hoch, eine weitere Untersuchung von Vernetzungen der theoretischen und praktischen verhaltenstherapeutischen Ausbildung erscheint sinnvoll. Die am Beispiel von Achtsamkeit durchgeführte Untersuchung zeigte jedoch keine klinischen Effekte. Somit sollten in zukünftigen Forschungsprojekten auch andere relevante Ausbildungsbausteine (z.B. PMR, Compassion, soziale Kompetenz) in Form solcher Netzwerke wissenschaftlich untersucht werden. Zusätzlich zu positiven Durchführbarkeits- und Akzeptanzeffekten, wie in der hier beschriebenen Studie, könnten dann auch klinisch relevante Effekte identifizierbar sein.

Limitationen der Studie

Erstens sollten zukünftige Studien die Schnittstelle «Schulung, Selbsterfahrung und Einsatz in der Therapie» durch einen direkten Vergleich verschiedener Interventionsmethoden untersuchen. So wäre es denkbar, eine Gruppe in Bezug auf Achtsamkeit, die andere

in PMR oder Compassion zu schulen und Effekte auf klinische Outcomes zu analysieren. Zweitens zeigt das hier untersuchte Theorie-Praxis-Netzwerk keine klinischen Effekte. Möglicherweise ist eine Achtsamkeitsschulung in der Routineausbildung dafür nicht ausreichend und eine wesentlich intensivere Expertenschulung nötig. Zukünftige Forschung sollte dies mit größeren Stichproben genauer untersuchen. Drittens wurde die Studie unter Routinebedingungen der therapeutischen Ausbildung mit ihren vielfältigen weiteren Aufgaben durchgeführt, was die Standardisierung einiger Komponenten erschwerte. Für zukünftige Studien könnte ein stärker strukturiertes Vorgehen, bei dem die Therapeuten feste Übungsintervalle mit täglich kurzen Achtsamkeitsübungen durchführen und obligatorisch Tagesprotokolle ausfüllen müssen, sinnvoll sein. Viertens wird Achtsamkeit von einigen Autoren als «Trait» konzipiert und somit als wenig veränderungssensitiv aufgefasst [Siegling und Petrides, 2014]. Dem ist jedoch entgegenzusetzen, dass in vielen klinischen Studien, auch durch Erfassung von Achtsamkeit mit dem KIMS, relevante Veränderungen in Achtsamkeit gefunden wurden [Kuyken et al., 2016]. Fünftens ist das KIMS primär am DBT-Konzept orientiert, während in der vorliegenden Studie MBCT als Grundlage diente. Alternative Messinstrumente, wie die Mindful Attention and Awareness Scale [Michalak et al., 2008], die stärker auf die Hier-und-Jetzt-Facette von Achtsamkeit im Alltag fokussieren, könnten in dem Kontext Veränderungen stärker reflektieren. Sechstens wurden nur Ausbildungstherapeuten an einem universitären Institut in die Untersuchung eingeschlossen. Die Generalisierung der Befunde auf andere Settings bedarf der Klärung in zukünftiger Forschung. Siebtens wird die Validität der Erfassung von Achtsamkeit mit standardisierten Fragebögen kritisch hinterfragt [Hemant und Fisher, 2015; Moore, 2008]. Insofern war es besonders wichtig, dass die quantitativen Daten dieser Studien mit qualitativen Interviews unterfüttert wurden.

Fazit

Das Ziel dieser Studie war die Evaluation eines Theorie-Praxis-Netzwerks in der verhaltenstherapeutischen Ausbildung. Konkret wurde die Schnittstelle zwischen Schulung, Selbsterfahrung und

Einsatz in der Therapie am Beispiel von Achtsamkeit untersucht. Das hier vorgestellte Achtsamkeitsprogramm zeigte übereinstimmend mit früheren Studien positive qualitative Achtsamkeitserfahrungen. Die Kombination aus curricularen Achtsamkeits-Workshops und darauf aufbauenden standardisierten sitzungseinleitenden Übungen wurde als sinnvoll erlebt, zeigte allerdings keine klinischen Effekte. Zukünftige Forschung sollte solche Theorie-Praxis-Netzwerke in anderen Bereichen (z.B. PMR, Compassion) untersuchen. Zusätzlich zu positiven Durchführbarkeits- und Akzeptanzeffekten könnten dann auch klinisch relevante Effekte identifizierbar sein.

Dank

Die vorliegende Arbeit wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft durch eine Sachbeihilfe an Dr. Johannes Mander (DFG: MA6526/2-1) unterstützt. Wir bedanken uns bei Tara Bahador, Hanna Deflorin, Jana Nußkern, Luise Prüssner, Ivo Ritter und Christina Schober für die intensive Unterstützung der Studie. Unser besonderer Dank gilt den PatientInnen und TherapeutInnen, ohne deren Hilfe diese Untersuchung nicht möglich gewesen wäre.

Ethikvotum

Die lokale Ethikkommission der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften der Universität Heidelberg hat der Studiendurchführung gemäß der aktuellen Fassung der Deklaration von Helsinki zugestimmt. Von allen Patienten und Therapeuten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Online Supplemental Material

Online Supplemental Material To access the supplemental text, please refer to www.karger.com/?DOI=455163.

Online Supplemental Videos To access the supplemental videos, please refer to www.karger.com/?DOI=455163.

Disclosure Statement

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Ahn H-n, Wampold BE: Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Couns Psychol* 2001; 48:251–257.
- Baer RA, Smith GT, Allen KB: Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment* 2004;11:191–206.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK: Beck Depression Inventory Manual. San Antonio, TX, Psychological Corporation, 1996.
- Bell EC, Marcus DK, Goodlad JK: Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *J Consult Clin Psychol* 2013;81:722–736.
- Bohus M: Elfenbeintürme im Treibsand oder: Was macht es so schwierig, Erkenntnisse aus der Forschung in der therapeutischen Praxis umzusetzen? *Verhaltenstherapie* 2015;25:145–155.
- Cigolla F, Brown D: A way of being: bringing mindfulness into individual therapy. *Psychother Res* 2011;21:709–721.
- Dimidjian S, Segal ZV: Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention. *Am Psychol* 2015;70:593–620.
- Dunn R, Callahan JL, Swift JK, Ivanovic M: Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychother Res* 2013;23:78–85.
- Field A: *Discovering Statistics Using SPSS*. London, Sage, 2013.
- Flückiger C, Forrer L, Schnider B, Bättig I, Bodenmann G, Zinbarg RE: A single-blinded, randomized clinical trial of how to implement an evidence-based treatment for generalized anxiety disorder [IMPLEMENT] – effects of three different strategies of implementation. *EBio-Medicine* 2015;3:163–171.
- Franke GH: *Brief Symptom Inventory – Deutsche Fassung*. Göttingen, Beltz, 2000.
- Fydrich T, Abele-Brehm A, Margraf J, Schneider S, Schulte D, Rief W: Schlüsselkompetenzen und lernziele für die Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie; in Heyse V, Giger M (eds): *Erfolgreich in die Zukunft: Schlüsselkompetenzen in Gesundheitsberufen – Konzepte und Praxismodelle für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Heidelberg, Medhochzwei Verlag, 2015, pp 219–236.
- Grepmair L, Mitterlehner F, Loew T, Bachler E, Rother W, Nickel M: Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychother Psychosom* 2007;76:332–338.

- Hautzinger M, Keller F, Kühner C: Das Beck Depressionsinventar II. Deutsche Bearbeitung und Handbuch zum BDI-II. Frankfurt/M., Harcourt Test Services, 2006.
- Hemant P, Fisher P: Clinical psychology trainees' experiences of mindfulness: an interpretive phenomenological analysis. *Mindfulness* 2015;6:1143–1152.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A: The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cog Ther Res* 2012;36:427–440.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D: The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010;78:169–183.
- Hopkins A, Proeve M: Teaching mindfulness-based cognitive therapy to trainee psychologists: qualitative and quantitative effects. *Couns Psychol Quart* 2013;26:115–130.
- Ivanovic M, Swift JK, Callahan JL, Dunn R: A multisite pre/post study of mindfulness training for therapists: the impact on session presence and effectiveness. *J Cog Psychother* 2015;29:331–342.
- Kabat-Zinn J: *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your bBody and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York, NY, Delta Trade Paperback / Bantam Dell, 1990.
- Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, Chapeau MA, Paquin K, Hofmann SG: Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2013;33:763–771.
- Kristeller J, Johnson T: Cultivating loving kindness: a two-stage model of the effects of meditation on empathy, compassion, and altruism. *Zygon* 2005;40:391–407.
- Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, Hayes R, Huijbers M, Ma H, Schweizer S, Segal Z, Speckens A, Teasdale JD, Van Heeringen K, Williams M, Byford S, Byng R, Dalgleish T: Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry* 2016;73:565–574.
- Linehan MM: *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York, NY, Guilford Press, 1993.
- Lutz W, Rubel J: Warum die Psychotherapieforschung in Deutschland ausgebaut werden sollte/könnte/müsste. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2015;65:161–162.
- Mander J, Kroeger P, Heidenreich T, Fluckiger C, Lutz W, Bents H, Barnow S: The Process-Outcome Mindfulness Effects in Trainees (PrOMET) study: protocol of a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Psychol* 2015a;3:25.
- Mander J, Schlarb A, Teufel M, Keller F, Hautzinger M, Zipfel S, Wittorf A, Sammet I: The individual therapy process questionnaire: development and validation of a revised measure to evaluate general change mechanisms in psychotherapy. *Clin Psychol Psychother* 2015b;22:328–345.
- Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Beltz Verlag, 2010.
- McMain S, Newman MG, Segal ZV, DeRubeis RJ: Cognitive behavioral therapy: current status and future research directions. *Psychother Res* 2015;24:1–9.
- Michalak J, Heidenreich T, Ströhle G, Nachtigall C: Mindful Attention and Awareness Scale – Deutsche Version. *Z Klin Psychol Psychother* 2008;37:200–208.
- Michalak J, Heidenreich T, Williams JMG: *Achtsamkeit – Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen, Hogrefe, 2012.
- Moore P: Introducing mindfulness to clinical psychologists in training: an experiential course of brief exercises. *J Clin Psychol Med Settings* 2008;15:331–337.
- Onken LS, Carroll KM, Shoham V, Cuthbert BN, Riddle M: Reenvisioning clinical science: unifying the discipline to improve the public health. *Clin Psychol Sci* 2014;2:22–34.
- Rimes KA, Wingrove J: Pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for trainee clinical psychologists. *Behav Cogn Psychother* 2011;39:235–241.
- Segal Z, Williams JMG, Teasdale JD: *Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression*. Tübingen, DGVT Verlag, 2015.
- Siegling AB, Petrides KV: Measures of trait mindfulness: convergent validity, shared dimensionality, and linkages to the five-factor model. *Front Psychol* 2014;5:1164.
- Soler J, Valdepérez A, Feliu-Soler A, Pascual JC, Portella MJ, Martín-Blanco A, Alvarez E, Pérez V: Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2012;50:150–157.
- Ströhle G, Nachtigall C, Michalak J, Heidenreich T: Die Erfassung von Achtsamkeit als mehrdimensionales Konstrukt. Die deutsche Version des Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D). *Z Klin Psychol Psychother* 2010;39:1–12.
- Tuschen-Caffier B, Hoyer J: Die sogenannte dritte Welle? Evidenzbasiert, nützlich oder überflüssig? *Z Klin Psychol Psychother* 2014;43:279–284.
- Willutzki U, Fydrich T, Strauß B: Aktuelle Entwicklungen in der Psychotherapieausbildung und der Ausbildungsforschung. *Psychotherapeut* 2015;60:353–364.