

Aus der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktorin: Prof. Dr. med. Claudia Bausewein

Achtsamkeit als Wirkfaktor in der Evaluation einer Interventions- gruppe für Angehörige von Palliativpatienten

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Dipl.-Psych. Dipl.-Theol. Monika Kögler
aus Titting
(Landkreis Eichstätt)

2013

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: PD Dr. rer. biol. hum. Martin Fegg
Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Christian Kupatt
PD Dr. med. Daniela Eser-Valeri
Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR
Tag der mündlichen Prüfung: 20.06.2013

Zusammenfassung

Hintergrund

Palliativmedizin hat gemäß der WHO-Definition die Aufgabe, auch die Lebensqualität der Familien von Patienten mit unheilbaren Erkrankungen zu verbessern. Angehörige von Palliativpatienten sind in der Zeit der Pflege und nach dem Tod des Patienten stark belastet. Daher wurde am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München-Großhadern, ein psychotherapeutisches Gruppenangebot („Existenziell Behaviorale Therapie“, EBT) zur Prävention von Belastungs- und komplizierten Trauerreaktionen sowie zur Verbesserung der Lebensqualität dieser Zielgruppe konzipiert. Die Gruppen wurden von Verhaltenstherapeuten geleitet, die anhand eines Behandlungsmanuals geschult und supervidiert wurden. Achtsamkeit, ein ursprünglich aus der buddhistischen Meditation kommendes Konzept, war ein wesentliches Element der Intervention, in Form von Psychoedukation und kurzen formellen (zehn Minuten Aufmerksamkeitslenkung auf den Atem) sowie informellen (bewusste Aufmerksamkeit bei Alltagstätigkeiten) Übungen. Die Studie wurde von der Deutschen Krebshilfe e.V. finanziert.

Fragestellungen und Methodik

Das Gruppenangebot wurde in einem Mixed-Methods Ansatz speziell hinsichtlich der Wirkung von Achtsamkeit evaluiert. Mit quantitativer Methodik (Selbstbeurteilungsfragebögen vor und nach der Intervention sowie Katamnesen nach drei und zwölf Monaten) wurde der Zusammenhang zwischen Achtsamkeit (CAMS-R sowie Items zu Facetten von Achtsamkeit) und Symptombelastung (BSI), Lebensqualität (WHOQOL-BREF und Numerische Rating Skala), Lebenszufriedenheit (SWLS) und Lebenssinn (SMiLE) überprüft. Ebenso wurde Achtsamkeit als Prädiktor von Veränderung dieser Zielgrößen untersucht. Überprüft wurde ferner, ob der Interventionseffekt durch Achtsamkeit vermittelt war, ob das Konzept von den Teilnehmern als hilfreich erlebt wurde und welche Auswirkungen formelle und informelle Achtsamkeitsübungen hatten.

Mit qualitativer Methodik wurde das subjektive Erleben der Intervention und ihrer Auswirkungen auf den Trauerprozess bei Teilnehmern untersucht, die ihren Part-

ner verloren hatten. Dazu wurden 19 problemzentrierte, halbstrukturierte Interviews durchgeführt (16 ein Jahr und 3 drei Monate nach der Intervention) und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse

Im Zeitraum von Juni 2008 bis Juni 2010 fanden insgesamt zehn geschlossene EBT-Gruppen mit ca. sieben Teilnehmern an jeweils sechs Terminen statt. In die quantitative Studie wurden 130 Angehörige von Palliativpatienten eingeschlossen. Zu Beginn der Intervention waren über zwei Drittel (71.6%) der Teilnehmer Hinterbliebene, die anderen betreuende Angehörige. Hohe Korrelationen wurden gefunden zwischen Achtsamkeit und geringerer Symptombelastung (BSI; $r=-.51$, $p<.001$) ebenso wie mit höherer Lebenszufriedenheit (SWLS; $r=.52$, $p<.001$) und Lebensqualität (WHOQOL-BREF, $r=.60$, $p<.001$). Höhere Achtsamkeit zu Beginn der Intervention war ein Prädiktor von Verbesserung von allgemeiner Symptombelastung, von Erhöhung von Lebenssinn (SMiLE) und Lebensqualität (Numerische Rating Skala) drei Monate nach der Intervention. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein langfristiger Interventionseffekt durch die psychotherapeutische Unterstützungsgruppe (über zwölf Monate) auf eine Veränderung von Achtsamkeit zurückzuführen ist. Auswirkungen der Häufigkeit der Durchführung von Achtsamkeitsübungen auf Lebensqualität und Lebenssinn konnten festgestellt werden.

Fast alle Interviewpartner nannten soziale Unterstützung durch Menschen mit einem ähnlichen Schicksal als große Hilfe im Trauerprozess. Zusätzlich wurden spezielle Bewältigungsstrategien als hilfreich genannt, die unter dem Begriff ‚Selbstregulation‘ zusammengefasst werden können. Als unterstützend wurden insbesondere Strategien zur Emotionsregulation hervorgehoben, die in Verbindung mit Achtsamkeit und Akzeptanz gesetzt werden können, etwa das Bewusstsein, dass Gedanken und Gefühle kommen und gehen, und die Fähigkeit, kreisende Gedanken zu stoppen und sich auf positive Aspekte zu fokussieren.

Das in der Intervention explizit vorgestellte Konzept Achtsamkeit wurde insgesamt von den Teilnehmenden positiv aufgenommen und vor allem im Sinn von ‚Auf-sich-selbst-Achten‘ (Selbstfürsorge) verstanden.

Schlussfolgerung

Achtsamkeit ist eine viel versprechende Möglichkeit, Angehörige von Palliativpatienten während der Pflege- und Trauerphase zu unterstützen. Die in der qualitativen Befragung gefundene Bedeutung von sozialer Unterstützung und Gruppenzusammenhalt (Kohäsion) steht im Einklang mit qualitativen Evaluationen anderer Unterstützungsangebote. Mit Achtsamkeit und Akzeptanz verbundene Strategien der Selbstregulation werden in den Interviews häufig als hilfreich genannt und stehen im Einklang mit modernen Trauertheorien. Weitere Forschung ist nötig hinsichtlich der optimalen Unterstützung von Angehörigen und einer für diese Zielgruppe angemessenen Psychoedukation zu und Übung von Achtsamkeit.

INHALTSVERZEICHNIS

1	HINTERGRUND	8
1.1	Unterstützungsangebote für Angehörige von Palliativpatienten	8
1.1.1	Angebote für Pflegende	10
1.1.2	Angebote in der Trauerzeit	13
1.2	Psychotherapeutisches Unterstützungsangebot für Angehörige	14
1.2.1	Achtsamkeit	15
1.2.2	Werte und Commitment	21
1.2.3	Stärkung von Ressourcen	23
1.2.4	Ablauf der Gruppenintervention	25
1.3	Evaluation des Unterstützungsangebotes	29
2	QUANTITATIVE STUDIE ZU ACHTSAMKEIT ALS WIRKFAKTOR	31
2.1	Methode der quantitativen Studie zu Achtsamkeit als Wirkfaktor	32
2.1.1	Design	32
2.1.2	Gruppenintervention	33
2.1.3	Fragebögen	34
2.1.4	Statistische Auswertungen	40
2.2	Ergebnisse der quantitativen Studie	42
2.2.1	Stichprobe	42
2.2.2	Partialkorrelationen mit Achtsamkeit	44
2.2.3	Achtsamkeit als Prädiktor von Veränderung	46
2.2.4	Vermittlung des Interventionseffekts durch Achtsamkeit	48
2.2.5	Subjektive Einschätzung von Achtsamkeit	53
2.2.6	Auswirkung von formeller und informeller Praxis	56
2.3	Diskussion der quantitativen Studie	59

3	QUALITATIVE EVALUATION	63
3.1	Methode der qualitativen Studie	63
3.1.1	Design	63
3.1.2	Interviewpartner	64
3.1.3	Interviewdurchführung	66
3.1.4	Auswertung der Interviews	67
3.2	Ergebnisse der qualitativen Studie	68
3.3	Diskussion der qualitativen Studie	83
3.3.1	Bedeutung von sozialer Unterstützung	83
3.3.2	Geeignetes Setting	84
3.3.3	Achtsamkeit im Trauerprozess	85
3.3.4	Fokus auf das Positive und die Zukunft	86
3.3.5	Begrenzungen und weitere Forschung	87
4	ZUSAMMENFASSENDES FAZIT	89
5	ANHANG	93
5.1	Anhang 1: Achtsamkeitsfragebogen	93
5.2	Anhang 2: Offene Fragen und Items zur subjektiven Einschätzung	95
5.3	Anhang 3: Information und Einverständniserklärung	97
5.4	Anhang 4: Überblick über die Interviews	98
5.5	Anhang 5: Interviewleitfaden	99
5.6	Anhang 6: Kategorienbildung in Forschungswerkstätten	100
5.7	Anhang 7: Übersicht über das Kategoriensystem	101
6	ÜBERSICHT ÜBER TABELLEN UND ABBILDUNGEN	102
7	LITERATUR	103
8	DANK	115

1 HINTERGRUND

Achtsamkeitsübungen fördern das Gewahrsein im gegenwärtigen Augenblick (1). Das ursprünglich aus buddhistischen Meditationsformen entstammende Konzept ‚Achtsamkeit‘ (engl. mindfulness) wird derzeit zunehmend in psychotherapeutische Ansätze integriert und als hilfreich für Stressbewältigung und Emotionsregulation erkannt (2). Die vorliegende Arbeit untersucht Achtsamkeit im Rahmen einer Gruppenintervention für Angehörige von Palliativpatienten (‚Existentiell Behaviorale Therapie‘, EBT), die am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin in München konzipiert und evaluiert wurde.

Im Folgenden wird nach einem kurzen Überblick zu bestehenden Unterstützungsangeboten das Behandlungsmanual der EBT dargestellt, wobei ausführlich auf das Konzept Achtsamkeit eingegangen wird. Abschließend werden die Zusatzuntersuchungen zu Achtsamkeit als Wirkfaktor, die Thema dieser Untersuchung sind, in den Kontext der Hauptstudie eingeordnet.

1.1 Unterstützungsangebote für Angehörige von Palliativpatienten

Palliativmedizin versteht sich als „die aktive ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht“ (3). Es handelt sich häufig, aber nicht ausschließlich um Tumorpatienten. Das Behandlungsziel ist nicht Heilung (kurativ), sondern die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen: hierbei werden psychische, soziale und spirituelle Probleme von sowohl Patienten als auch Angehörigen in den Blick genommen (4).

Angehörige von Palliativpatienten sind stark belastet, sowohl während der letzten Lebenszeit als auch nach dem Tod des Patienten, sei es durch konkrete Aufgaben - etwa Pflege, Regelung des Nachlasses - als auch durch emotionale Belastungen (5). Daten zu psychischen Erkrankungen deuten darauf hin, dass 30 bis 50 Prozent der pflegenden Angehörigen unter Symptomen von Depressionen, Angststörungen oder Anpassungsstörungen leiden (6). Die psychische Belastung

dauert in der ersten Zeit nach dem Tod des Patienten fort (7). Untersuchungen von Angehörigen in der letzten Lebensphase des Patienten sowie der Trauerphase ergaben, dass deren Belastungen vergleichbar sind (7, 8). Erwachsene Kinder sind - als nächste Angehörige - möglicherweise ebenso belastet wie der Partner des Verstorbenen (7). Eine in Australien durchgeführte Längsschnittuntersuchung deutet auf einen Mangel an emotionaler und psychologischer Unterstützung von Angehörigen insbesondere in der Phase des Übergangs zur Trauer hin (9).

Bei Angehörigen von zu Hause gepflegten Palliativpatienten wurde zwar eine signifikante Abnahme der psychischen Belastung von der Zeit der Pflege bis ein Jahr nach dem Tod des Patienten festgestellt, Schlafstörungen hielten aber an und auch ein Jahr nach dem Tod wurden starke Emotionen, ausgelöst durch Erinnerungen an den Verstorbenen, beschrieben (8). Bei Angehörigen von Hospizpatienten in den USA, die zu mehreren Zeitpunkten (kurz vor, 2, 7 und 13 Monate nach dem Tod) befragt wurden, wurde eine Abnahme der psychischen Belastung über die Zeit festgestellt, nicht wie erwartet zunächst eine weitere Zunahme verbunden mit dem Tod (7). Partner und erwachsene Kinder unterschieden sich in psychischer Belastung und Trauer nicht. Bei weiblichen pflegenden Angehörigen (Ehefrauen und Töchtern) wird eine Zunahme depressiver Symptome berichtet, je näher der Tod rückte (10). Der Übergang von der Pflege zur Trauer bedeutet also möglicherweise eher eine Erleichterung.

Eine Befragung von Angehörigen mehrere Wochen sowie ein Jahr nach dem Tod des Patienten legt nahe, dass professionelle Unterstützung am meisten unmittelbar vor dem Tod des Patienten sowie einige Zeit danach gebraucht würde (11). Dies stimmt mit den Empfehlungen überein, welche die Wichtigkeit der Kontinuität der Hilfe für Angehörige in der Zeit vor und nach dem Tod des Patienten, die Integration der Angebote innerhalb der Hospizlandschaft und den Einbezug von Ehrenamtlichen betonen (12). Im ersten Jahr nach dem Tod nahmen 30 Prozent der 161 befragten pflegenden Angehörigen von Hospizpatienten in den USA Unterstützung in Anspruch, wobei die meisten von diesen (88%) in den ersten sechs Monaten Hilfe suchten (13).

Es wird vermutet, dass Trauer nach chronischer Krankheit sich von Trauer nach einem plötzlichen Todesfall unterscheidet, auch wenn es bisher nur wenig Forschung zu den spezifischen Bedürfnissen von trauernden Angehörigen gibt (14). Retrospektiv berichten Angehörige, dass Schwierigkeiten, Gefühle auszudrücken, oder unbefriedigende informelle oder formelle Unterstützung während der Pflegezeit den Trauerprozess negativ beeinflussten, während eine Haltung von Akzeptanz Krankheit und Tod gegenüber, sich auf den Verlust vorbereitet zu fühlen, und soziale Unterstützung als hilfreich erlebt wurden (15). Die meisten Angehörigen kommen auch ohne professionelle Unterstützung mit der Situation einigermaßen gut zurecht (16, 17) und sehen den Tod sogar als erleichterndes Ende des Leidens des Patienten und fordernder Pflegeaufgaben (18). Viele von ihnen sind möglicherweise ohne professionelle Unterstützung in der Lage, den Tod zu akzeptieren und neue Ziele im Leben zu finden (19). Jedoch gibt es bestimmte Risikogruppen. Ein vermeidender Bewältigungsstil und negative Einstellungen wurden beispielsweise als Prädiktoren für schlechtere psychische Anpassung nachgewiesen (6, 17).

Unterstützung für Angehörige hinsichtlich ihrer psychologischen, sozialen und spirituellen Probleme, sowohl in der Zeit der Krankheit als auch in der Trauerzeit, ist ein zentrales Element in der Definition von Palliativmedizin (4). Es gibt bisher nur wenige spezifische Interventionen für Angehörige in der späten Palliativzeit oder kurz nach dem Tod des Patienten. Neben individueller Beratung und anderen Unterstützungsformen wie Massage (20) werden insbesondere unterschiedliche Formen von zeitlich begrenzten Gruppen angeboten. Die meisten setzen in der Zeit der kurativen Behandlung ein, in der das Behandlungsziel Heilung ist.

1.1.1 Angebote für Pflegende

Harding und Higginson geben einen Überblick über insgesamt 22 Angebote für Angehörige von Krebspatienten (21), von denen nur sechs evaluiert wurden, zwei in einer randomisiert-kontrollierten Studie. Hudson und Kollegen identifizierten in einer späteren Übersichtsarbeit 14 Studien aus den vergangenen 10 Jahren, darunter fünf randomisiert-kontrollierte, von denen vier positive Effekte der Interventi-

on nachwiesen (22). Auch ein aktueller Cochrane Review (11 randomisiert-kontrollierte Studien, davon 9, die sich direkt an Angehörige richten) deutet darauf hin, dass psychologische Unterstützung für Angehörige psychische Belastung reduzieren kann, auch wenn methodische Mängel kritisiert werden und die untersuchten Interventionen sehr heterogen sind (23).

Nur wenige Angebote werden für die palliative Krankheitsphase angeboten, diese vor allem im ambulanten Setting in einer möglichst frühen Phase vor einer stationären Palliativ- oder Hospizversorgung. Die Gruppeninhalte sind meist psychoedukativ, etwa zur Rolle der Pflegenden, verfügbaren Unterstützungsangeboten, Strategien für Selbstfürsorge und Patientenversorgung, Strategien im Umgang mit dem Lebensende und Trauer (24, 25); zu Erfahrungen als Pflegende, praktischen Angelegenheiten (Finanzen, Soziales, Beruf), Akzeptanz der Begrenztheit des Lebens, Sinn und Trauer (26). Die beschriebenen Interventionen finden in geschlossenen Gruppen - d.h. mit den jeweils gleichen Teilnehmenden bei allen Treffen - und mit einer klaren zeitlichen Begrenzung von wenigen, kurzen (1,5 bis 2 Stunden) Treffen statt.

Etwas ausführlicher dargestellt werden sollen Angebote, die (auch) mit qualitativer Methodik evaluiert wurden. Die Kurzzeit-Gruppe, die Harding und Kollegen (27, 28) entwickelten, ist ein Angebot für Angehörige von Patienten, die in London mit Unterstützung von ambulanten Palliativdiensten zu Hause gepflegt wurden. Es fanden 6 Treffen zu je 90 Minuten in wöchentlichem Abstand statt, die Teilnehmerzahl war auf 12 begrenzt. Dabei wurde patientenbezogene Psychoedukation mit Austausch und sozialer Unterstützung kombiniert. Die Gruppe wurde von einem Moderator geleitet, wobei zusätzlich zu einigen Sitzungen Referenten eingeladen wurden, die für 30-40 Minuten Informationen z.B. zu finanzieller Unterstützung, Pflege oder Aromatherapie gaben. Angesichts der hohen Ambivalenz der Pflegenden, etwas für sich selbst zu tun (29), wurden Informationen, wie sie bessere Pflegende sein können, als Anknüpfungspunkt genutzt.

In qualitativen Interviews wurde die Gruppe von den Teilnehmenden als subjektiv hilfreich beschrieben, sowohl hinsichtlich der praktischen als auch der emotionalen Unterstützung durch die Gruppe. Als besonders wichtig wurde hervorgehoben, mit

Menschen zusammen zu sein, welche die eigenen Erfahrungen verstehen. In der quantitativen Evaluation konnten die erwarteten Effekte auf die psychische Belastung nicht nachgewiesen werden.

Eine in Schweden durchgeführte Unterstützungsgruppe richtete sich an Angehörige, die einen Krebspatienten in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium zu Hause pflegten und von einem ambulanten Palliativdienst betreut wurden (30). Inhaltlich umfasste die Intervention vor allem Psychoedukation zu psychischen und körperlichen Auswirkungen der Krebsdiagnose des Patienten und ging nicht auf die Situation der Pflegenden ein. Neben dem Gruppenleiter waren teilweise Ärzte und Pflegende anwesend. In der rein qualitativen Evaluation wurde der Austausch von ähnlichen Erfahrungen als besonders hilfreich genannt.

Ebenfalls in Schweden wurde für Angehörige von Palliativpatienten im stationären Setting ein Unterstützungsprogramm konzipiert (31). Die Gruppe traf sich sechs Wochen lang für 90 Minuten pro Woche auf Station, jedes Treffen hatte ein spezifisches Thema mit einem eingeladenen Experten. Themen waren allgemeine Informationen zu Palliative Care, Ernährung, praktische Probleme, Krisenmanagement, Physio- und Ergotherapie, aber auch existentielle Fragen und eigene Ressourcen. In der qualitativen Evaluation waren Themen zentral, die unter dem Oberbegriff ‚Sicherheit‘ zusammengefasst wurden, u.a. Verständnis für die Erkrankung, Zugehörigkeitsgefühl aufgrund ähnlicher Erfahrungen, Teilhabe an der Versorgung durch Kontakt zu den professionellen Helfern, Ausruhen-Dürfen und Kraft-Tanken. Die dargestellten Angebote bestanden vor allem aus einer Kombination von Vermittlung konkreter Inhalte und Raum für Austausch. Auch wenn teilweise auf Selbstfürsorge der Pflegenden eingegangen wurde, handelte es sich durchweg nicht um psychotherapeutische Gruppen, sondern um problemspezifische Gesprächskreise für Betroffene, die keine psychotherapeutische Zielsetzung verfolgen und nicht von ausgebildeten Psychotherapeuten geleitet werden (32).

Interessanterweise wird in qualitativen Auswertungen immer wieder als Haupt-Benefit hervorgehoben, mit Menschen in ähnlichen Situationen in Kontakt zu sein, welche die eigenen Erfahrungen verstehen, und voneinander zu lernen (27, 30, 31, 33). Auch Teilnehmende an Selbsthilfegruppen für Trauernde schätzen diese als

einen Ort, wo sie soziale Unterstützung erhalten und sich, ohne beurteilt zu werden, austauschen können (34).

1.1.2 Angebote in der Trauerzeit

Für Angehörige von Palliativpatienten haben Kissane und Kollegen ein familientherapeutisches Angebot entwickelt (35), das bereits während der Zeit der Palliativversorgung beginnt und in der Trauerzeit fortgeführt wird. Es richtet sich an Risikofamilien, um pathologische Trauerreaktionen zu verhindern. Es wird jeweils über einen längeren Zeitraum (6 bis 18 Monate) mit mehreren Angehörigen einer einzelnen Familie gearbeitet.

Bei erwachsenen Trauernden (insbesondere Witwern und Witwen) haben bisherige Studien kaum positive Effekte für Gruppeninterventionen nachweisen können, die für alle Betroffenen offen sind, ohne dass bestimmte Risikogruppen selektiert werden (36-39). Schut und Kollegen (36) haben die Effekte von 12 Interventionen der Primärprävention für Witwen und Witwer im Überblick dargestellt. Dabei handelt es sich vorwiegend um Gruppeninterventionen, einige mehr mit Selbsthilfe-, andere mehr mit Psychotherapiecharakter. Die Interventionen waren in einem unterschiedlichen Zeitraum nach dem Tod angesetzt (teilweise kurz nach dem Tod als Krisenintervention, teilweise lag der Tod des Angehörigen im Schnitt schon mehrere Monate oder Jahre zurück). Obwohl es sich ausschließlich um Studien mit Kontrollgruppen handelt, werden erhebliche methodische Probleme kritisiert (z.B. nur geringe Teilnahmequote und unregelmäßige Teilnahme).

Insgesamt scheinen nur wenige Trauernde spezielle Gruppen zu besuchen (34). Die berichteten Effekte waren insgesamt niedrig, positive Effekte waren nur von kurzer Dauer, teilweise waren sogar negative Effekte zu beobachten (36). Auch Studien zur Sekundärprävention für besondere Risikogruppen (z.B. hohe Belastung, traumatischer Verlust, Verlust eines Kindes) zeigten häufig nur mäßige Effekte und nur zeitweilige Verbesserung. Effekte fand man insbesondere bei Studien, in denen die Teilnehmer durch vorheriges Screening ausgewählt wurden, die besten Ergebnisse bei Studien mit Personen, die bereits eine pathologische (komplizierte) Trauerreaktion entwickelt haben.

Nach Schut und Kollegen (36) sind frühe Interventionen möglicherweise deshalb ungünstig, weil die Trauer erst einmal Zeit brauche, ihren natürlichen Lauf zu nehmen, und frühe Interventionen sogar mit der Unterstützung durch das natürliche soziale Umfeld interferieren könnten, das sich dann mehr zurückziehe. Zu frühe Hilfe von außen könne die Bewältigung aus eigener Kraft behindern.

Insgesamt besteht ein Mangel an evaluierten Angeboten für Angehörige von Palliativpatienten. Es fehlt Wissen um die optimale Unterstützung von Angehörigen in der Pflege- und Trauerzeit und insbesondere in Bezug auf die den Angeboten zugrunde liegenden Wirkmechanismen.

1.2 Psychotherapeutisches Unterstützungsangebot für Angehörige

Am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München-Großhadern, wurde die sog. ‚Existentiell Behaviorale Therapie‘ (EBT) für Angehörige entwickelt. Sie hatte das Ziel, psychischer Belastung und komplizierten Trauerverläufen bei Angehörigen von Palliativpatienten präventiv vorzubeugen, die mit dem bevorstehenden oder kürzlich eingetretenen Verlust eines nahen Menschen konfrontiert sind. Im Unterschied zu anderen Unterstützungsangeboten liegt der Fokus auf psychotherapeutischer Unterstützung. Die Gruppen werden von ausgebildeten Psychotherapeuten geleitet.

Das Behandlungsmanual basiert auf der so genannten ‚dritten Welle‘ der kognitiven Verhaltenstherapie, nach den Wellen der klassischen behavioralen Methoden und der kognitiven Wende (40). Der ‚dritten Welle‘ zugerechnet werden Ansätze wie die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT, Linehan) (41), die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT, Hayes) (42), die achtsamkeitsbasierte kognitive Depressionstherapie (MBCT) (43) oder die Strategisch Behaviorale Therapie (SBT, Sulz) (44). Ihnen gemeinsam ist die Ergänzung von veränderungsorientierten Methoden durch akzeptanzorientierte Strategien. Es werden Ansätze anderer Traditionen (z.B. humanistische Therapie) integriert und Themen wie Achtsamkeit und Akzeptanz, Emotionen, therapeutische Beziehung und Werte aufgegriffen.

Wichtige Konzepte, die auch in der von uns entwickelten Gruppenintervention im Vordergrund stehen, sind Achtsamkeit und Akzeptanz, Orientierung an persönli-

chen Werten und Ressourcenstärkung. Basierend auf diesen Ansätzen wurde in unserer Arbeitsgruppe ein Therapiemanual entwickelt. Die theoretischen Grundlagen, auf denen die Interventionen basieren, sollen im Folgenden im Überblick dargestellt werden, wobei ausführlicher auf das Konzept Achtsamkeit eingegangen wird.

1.2.1 Achtsamkeit

Achtsamkeit ist ein ursprünglich aus buddhistischer Lehre und Meditation stammendes Konzept. Häufig zitiert wird Kabat-Zinns Definition von Achtsamkeit als „das Bewusstsein, das entsteht, indem man der sich entfaltenden Erfahrung von einem Moment zum anderen bewusst seine Aufmerksamkeit widmet, und zwar im gegenwärtigen Augenblick und ohne dabei ein Urteil zu fällen“¹ (45, 46). Es besteht bisher kein Konsens über eine operationale Definition von Achtsamkeit. Eine Autorengruppe hat ein Zwei-Komponenten-Modell vorgeschlagen, bestehend aus (a) einer Form der Regulation der Aufmerksamkeit, die auf die unmittelbare Erfahrung gerichtet ist, verbunden mit (b) einer Haltung von Neugier, Offenheit und Akzeptanz (47).

Mit Achtsamkeit wird Unterschiedliches bezeichnet – sowohl eine generelle Disposition, im täglichen Leben achtsam zu sein, im Sinn einer Persönlichkeitseigenschaft (trait) als auch eine momentane Bewusstseinsqualität als Zustand (state), die schwieriger zu messen ist (48). Achtsamkeit als Bewusstseinsqualität kann durch bestimmte Techniken geübt werden. In einer buddhistischen Übungsanweisung ist vom ‚reinen Beobachten‘ die Rede, d.h. dem unabgelenkten Beobachten der äußeren und inneren Erfahrung in jedem Augenblick, ohne zu bewerten (49). Eingübt wird Achtsamkeit in formeller Meditation, aber auch beim bewussten Ausführen von Alltagstätigkeiten (informelle Achtsamkeitspraxis).

¹ Englischer Originaltext: "An operational working definition of mindfulness is: the awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally to the unfolding of experience moment by moment." Deutsche Übersetzung übernommen von Bohus & Huppertz, 2006.

Als Objekt der Meditation steht in Buddhas Lehrrede von den ‚Grundlagen der Achtsamkeit‘ der Körper, v.a. die Atmung, im Vordergrund, weitere Objekte sind Gefühle, Geisteszustände (z.B. Zerstreuung) und Geistobjekte (49). Die Beschreibung und Operationalisierung der mit Meditation verbundenen Bewusstseinsprozesse stellt sich als nicht trivial heraus (47, 48).

Hilfreich erscheint eine Unterscheidung zwischen Konzentrationsmeditation, in der Störungen nur registriert werden, um sofort zum Atem (oder einem anderen Objekt) zurückzukehren, und der Einsichtsmeditation auf die sich die therapeutisch genutzte Achtsamkeit vor allem bezieht (teilweise wird synonym von Achtsamkeitsmeditation gesprochen): Es werden alle Ereignisse (Sinnesempfindungen, Gedanken, Gefühle) betrachtet, wie sie von Moment zu Moment im Feld des Gewahrseins entstehen und vergehen, ohne zu bewerten (49).

Dieser Unterscheidung zwischen Konzentration und Achtsamkeit scheint die von einigen Autoren getroffene Differenzierung zwischen fokussierter und weiter Achtsamkeit bzw. zwischen Aufmerksamkeit und Gewahrsein, einem engen Fokus und einer weitwinkligen Einstellung des Bewusstseins zu entsprechen (50). Dabei sind die beiden Qualitäten eng verzahnt und bedingen sich gegenseitig, sie werden als Kontinuum bzw. als Vordergrund-Hintergrund-Phänomen beschrieben. Ein gewisses Maß an fokussierter Achtsamkeit scheint als Basis für weite Achtsamkeit nötig, um den Geist zunächst zu sammeln und zur Ruhe zu bringen und es überhaupt zu ermöglichen, eine Weile bei der Übung zu bleiben (48, 51). Im Folgenden soll ein Überblick über achtsamkeitsbasierte Therapieverfahren, vermutete Wirkmechanismen und deren neuronalen Korrelate gegeben werden.

1.2.1.1 Achtsamkeitsbasierte Therapieverfahren

Seit Ende der 70er Jahre sind mehrere therapeutische Ansätze entstanden, die Achtsamkeit in unterschiedlicher Weise thematisieren und trainieren. Jon Kabat-Zinn begann 1979 ‚Stressbewältigung durch Achtsamkeit‘ (Mindfulness Based Stress Reduction/MBSR) als komplementärmedizinische Methode für Menschen mit therapieresistenten chronischen Erkrankungen zu lehren. Inhalt des von ihm entwickelten Programms, das durch eigene Erfahrung in Vipassana-Meditation in-

spiziert ist, ist Training in formeller Meditation in Form von achtsamer Körperwahrnehmung (Body-Scan), Sitz- und Gehmeditation sowie Hatha-Yoga, aber auch in informeller Achtsamkeit bei Alltagstätigkeiten (52). Es wird für Menschen in unterschiedlichsten Belastungssituationen angeboten – von chronischen Erkrankungen bis Burnout-Prophylaxe. Erweiterte und modifizierte Varianten gibt es für Menschen mit unterschiedlichen psychischen Störungen, insbesondere in Verbindung mit Elementen kognitiver Verhaltenstherapie zur Rückfallprophylaxe von Depressionen (Mindfulness Based Cognitive Therapy/MBCT) (53). Besonderer Wert wird auf eigene Erfahrung und kontinuierliche Übung der Lehrenden gelegt.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) entwickelte Marsha Linehan Anfang der 80er Jahre vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen mit Meditation (u.a. Zen). Achtsamkeitsübungen werden eingesetzt, um Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (kennzeichnend: Impulsivität und Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Stimmung und Selbstbild) bei der Emotionsregulation zu unterstützen (54). Dabei handelt es sich nicht vorwiegend um formelle Meditationspraxis, sondern umfassender die Übung darin, äußere (Sinneswahrnehmungen) und innere (Gedanken, Gefühle) Prozesse wertfrei wahrzunehmen und zu beschreiben, z.B. „Im Moment habe ich den Gedanken, dass...“ Achtsamkeit ist eines von vier Modulen des Fertigkeitentrainings, bei denen so genannte ‚Was-Modalitäten‘ (Beobachten, Beschreiben, Teilnehmen – im Sinn von uneingeschränkter Konzentration auf eine Tätigkeit) und ‚Wie-Modalitäten‘ (nicht-bewertend, konzentriert und wirkungsvoll) trainiert werden. Der Begriff ‚dialektisch‘ zielt darauf ab, dass Problemverhalten zunächst als gegeben akzeptiert und validiert werden soll, um dann an seiner Veränderung arbeiten zu können.

Ähnlich bietet die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT, Steven Hayes) ein breites Repertoire von Achtsamkeitsübungen an (55). Der Ansatz, der seinen theoretischen Hintergrund in einer psychologischen Theorie von Sprache und Kognition hat, sieht die Ursache vieler Probleme darin, dass wir unsere Gedanken zu wörtlich nehmen, sie mit der Realität verwechseln und verschmelzen (‚Fusion‘), keine Distanz zu ihnen haben und dass wir unangenehme Erfahrungen zu vermeiden versuchen. Therapeutisches Ziel ist demgegenüber Akzeptanz dessen, was ist,

und flexibles Handeln in jedem Augenblick, ausgerichtet an eigenen Werten. Jede Methode, die Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment und eine Haltung von Akzeptanz erhöht, gilt dabei als Achtsamkeits-Methode (56). Es werden zahlreiche Metaphern und Übungen vorgeschlagen, z.B. die Anweisung, sich Körperempfindungen, Gedanken und Gefühle – ohne formelle Meditation - als vorbeifahrende Eisenbahnwaggons vorzustellen oder als Internet Popup-Werbung.

Achtsamkeit als therapeutischer Ansatz wird in den dargestellten Therapieansätzen sowohl als formelle Meditationsübung (v.a. MBSR/MBCT) als auch als eine Vielzahl weiterer Übungen im Alltag (v.a. DBT, ACT) beschrieben. Zahlreiche Metaanalysen und systematische Reviews belegen die Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierten Therapieansätzen (57-63), z.T. auch für spezifische Populationen wie Krebspatienten (64). Dabei scheint Achtsamkeit unspezifisch bei verschiedensten Diagnosen zu wirken (65). Allerdings werden die kleine Zahl an kontrollierten Studien (66) und methodische Schwächen (2, 67), z.B. das Fehlen aktiver Kontrollgruppen, als Kritikpunkte angeführt. Bei multimodalen Interventionen wie DBT und ACT ist unklar, inwieweit die Veränderung auf die Achtsamkeitskomponente rückführbar ist (2), bei ACT wird der methodisch hohe Standard durch die kleinen Stichproben und die Durchführung der Studien durch nur eine Arbeitsgruppe relativiert.

1.2.1.2 Wirkmechanismen von Achtsamkeit und deren neuronale Korrelate

Als Wirkmechanismus von Achtsamkeit wird die innere Distanzierung von Gedanken und Gefühlen vermutet (46, 68, 69). Der Handlungsdruck von Emotionen wird relativiert („Ich bin nicht eine Emotion, ich habe eine Emotion“), die Identifikation mit Gedanken wird gelockert („Gedanken sind keine Tatsachen“), was eine Unterbrechung von aktivierten, sich aufschaukelnden Schemata bewirke.

Emotionsregulation durch Achtsamkeit unterscheidet sich von Unterdrückung von Emotionen ebenso wie von kognitiver Umbewertung. Im Unterschied zu kognitiver Therapie, die Inhalte von Gedanken zu verändern versucht, geht es um bereitwilliges Erleben, ohne zu reagieren (70). Dieser innere Abstand kann zu einer verstärkten Fähigkeit führen, sich bei unangenehmen Gefühlen auf adaptivere Weise

selbst zu regulieren und weniger auf Vermeidungsverhalten und ungesunde Verhaltensweisen (z.B. Alkohol trinken, Fernsehen etc.) auszuweichen. Zudem ermöglicht diese Distanz, sein Handeln aktiver an eigenen Werten auszurichten, statt automatisch zu reagieren (71). Dabei wird hilfreichen Gedanken und Handlungen Energie gegeben, weniger hilfreiche werden nicht weiter verfolgt, was einen feinen Unterschied zu Strategien kognitiver Umbewertung darstellt (70).

Eine veränderte Wahrnehmung des Selbst als sich ständig wandelnder Prozess statt als dauerhaft und statisch beginnt in Ansätzen damit, dass eine Beobachterperspektive gegenüber Bewusstseinsinhalten eingenommen werden kann. Insgesamt kann durch eine Stärkung des ‚inneren Beobachters‘ der automatische Handlungsdruck reduziert und die Möglichkeit zu flexiblen Antworten in jedem Augenblick erweitert werden.

Die damit verbundene verbesserte Fähigkeit, unangenehme Emotionen auszuhalten, statt sie zu vermeiden, ist therapeutisch bedeutsam, da Vermeidungsverhalten als aufrechterhaltende Bedingung vieler psychischer Störungen gilt und Exposition als Therapie der Wahl, z.B. bei Angststörungen oder chronischen Schmerzen.

Mögliche Wirkmechanismen werden mit neurologischen Korrelaten in Verbindung gebracht (72). Entsprechungen zwischen Gehirnaktivität und Veränderung von Aufmerksamkeitsregulation - dem Fokussieren von Aufmerksamkeit auf ein Objekt, ohne auf Ablenkungen zu achten -, verbesserter Wahrnehmung von Körperempfindungen und Emotionsregulation werden gesehen.

Mit Elektroenzephalografie (EEG), die mit hoher zeitlicher Auflösung Spannungsschwankungen an der Kopfoberfläche aufzeichnet, wurden Veränderungen in der Gehirnaktivität - insbesondere erhöhte Alpha- und Theta-Wellen in bestimmten Gehirnregionen - festgestellt, wobei Unterschiede zwischen verschiedenen Meditationstechniken (Konzentration und Achtsamkeit) und zwischen Meditations- und Entspannungstechniken festgestellt wurden, ebenso wie Unterschiede abhängig von der Erfahrung der Meditierenden (73). Die Interpretation der Befunde ist umstritten, und die methodische Qualität der Studien, insbesondere das Fehlen von Längsschnittstudien, wird kritisiert (74, 75).

Bildgebende Verfahren wurden verwendet, um einerseits funktionell Aktivitätsmuster von neuronalen Netzwerken, andererseits strukturelle Veränderungen des Gehirns zu untersuchen. Mit funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) können Strukturen des Gehirns mit hoher räumlicher Auflösung dargestellt werden.

Bei Teilnehmern an einem MBSR-Kurs wurde im Vergleich zur Kontrollgruppe eine verstärkte Aktivierung des linken präfrontalen Cortex gefunden, die mit positiven Emotionen in Verbindung gebracht wird (76, 77). Es zeigte sich, dass auch dispositionelle Achtsamkeit (unabhängig von Meditationspraxis) mit verstärkter präfrontaler kortikaler Regulation und Deaktivierung der Amygdala verbunden ist, was sich möglicherweise in verbesserter Affektregulation auswirkt (78). Die Amygdala (Mandelkern) ist Teil des für Emotionsverarbeitung zuständigen limbischen Systems und nimmt als ‚Angstzentrale‘ eine blitzschnelle Einschätzung einer Situation als gefährlich vor. Der präfrontale Cortex, der mit Aufmerksamkeit und bewusster Handlungsplanung verbunden wird, hemmt die Amygdala, wenn er die Situation als nicht bedrohlich bewertet (79).

Bei erfahrenen Meditierenden (durchschnittlich neun Jahre Meditationspraxis, sechs Stunden wöchentliche Meditation – beides mit einer relativ großen Streuung) wurde im Vergleich zu Kontrollpersonen eine dickere Großhirnrinde in bestimmten Arealen (präfrontaler Cortex, rechte vordere Insula) festgestellt, die mit Aufmerksamkeit und sensorischer Verarbeitung in Verbindung gebracht werden (80).

Die Befunde deuten konsistent auf eine höhere Aktivierung bestimmter Bereiche des präfrontalen und des anterioren cingulären Cortex bei Meditierenden sowie eine geringere Aktivierung der Amygdala hin, die sich möglicherweise langfristig in strukturellen Veränderungen der Großhirnrinde niederschlagen (75). Dies ist therapeutisch relevant, da beispielsweise Depressionen und Angststörungen gerade mit erhöhter limbischer Aktivität und verminderter präfrontaler Aktivität in Verbindung gebracht werden.

Die wissenschaftliche Überprüfung der vermuteten Wirkfaktoren steckt jedoch noch in den Anfängen (81). Weitere Forschung muss die Effekte verschiedener Meditationsformen und unterschiedlicher Dauer der Praxis weiter klären.

1.2.2 Werte und Commitment

Ein weiterer Schwerpunkt des Unterstützungsangebotes für Angehörige von Palliativpatienten ist die Orientierung an persönlichen Werten. Die Selbst-Affirmations-Theorie (82, 83) wie auch die Terror-Management-Theorie (84) und das Meaning Maintenance Model (85) beschreiben, dass Menschen in Krisensituationen danach streben, ihre Selbst-Integrität (im Sinn eines positiven, unbeschädigten Selbstbildes) zu bewahren. Krankheit und Tod eines nahen Angehörigen können die Sicherheit des eigenen Selbst- und Weltgefühls in existentieller Weise erschüttern.

Zur Stressbewältigung greifen Menschen auf Mechanismen zurück, die mehr oder weniger adaptiv sind. Viele Untersuchungen zur Selbst-Affirmations-Theorie haben bestätigt, dass es in Bedrohungssituationen hilfreich ist, eine Balance zwischen unterschiedlichen Lebensbereichen zu schaffen und Quellen von Selbst-Integrität zu aktivieren, die mit Lebensbereichen zu tun haben, die nicht bedroht sind. Angehörige sind oft völlig auf einen Lebensbereich – die Beziehung zum Patienten – und eine Rolle – als Pflegende – eingeengt und vernachlässigen andere Lebensbereiche. Es hat sich jedoch gezeigt, dass Menschen Krisensituationen besser bewältigen, wenn sie mehrere Rollen inne haben (z.B. Familie und Beruf) und dass sie Verluste besser bewältigen, wenn sie mehrere alternative Quellen von Selbst-integrität wie Freundschaften, Hobbys, Religion zur Verfügung haben (86). Zur Stärkung der Selbst-Integrität trägt auch bei, eigene Werte zu reflektieren und sich an ihnen auszurichten (86).

Werte sind das für die Person Wünschbare, Wertvolle und Wichtige. Sie stehen in engem Zusammenhang mit Bedürfnissen, sind positiv besetzt und zeitlich stabil. Dadurch geben sie gerade in Krisensituationen Orientierung, sind wie Leitsterne, an der sich die Person mit ihrem Handeln orientieren kann (87).

Werte können einerseits – im Sinn der Akzeptanz- und Commitment-Therapie – eine Richtung vorgeben, um trotz widriger Umstände und aversiver Gefühle aktiv handeln und innerlich stabil bleiben zu können (42). Zusätzlich erscheint es als zentral, sich im Sinn des Gleichgewichtes von Lebensbereichen in Krisenzeiten

besonders auf vernachlässigte Werte zu fokussieren. Schwartz (88, 89) entwickelte, basierend auf der Wertetheorie von Rokeach (90), ein in interkulturellen Studien weltweit validiertes Zirkumplexmodell der Wertestruktur (91-94). Im Wertemodell haben einander benachbarte Wertedomänen eine größere Ähnlichkeit als einander gegenüberstehende. Die Werte gruppieren sich dabei um zwei gepaarte Kategorien: einerseits die der selbstbezogenen vs. selbsttranszendenten Werte, andererseits die auf Erhalten vs. Verändern ausgerichteten Werte. So ergibt sich eine dialektische Struktur. Eine Balance, ein Sowohl-als-auch anstelle eines Entweder-Oder wird als günstig für eine flexible Bewältigung von Stresssituationen angesehen (87, 95, 96).



Abbildung 1. Zirkumplexmodell der Wertestruktur nach Schwartz (89), Abbildung aus Hauke (2006) (71)

Bei Angehörigen von Palliativpatienten ist zu erwarten, dass sie ihren Schwerpunkt in der Zeit der Sorge für einen schwerstkranken und sterbenden Patienten vor allem in den Bereichen Erhalten (Verpflichtung, Harmonie) und Selbsttranszendenz (Verantwortung, Hilfsbereitschaft) haben, während die Felder Offenheit für Veränderung (Kreativität, Raum für eigene Ziele) und Selbstbezogenheit (Genuss, Erfolg) eher wenig besetzt sind.

Hier kann therapeutisch eine gewisse Balance gefördert und die Erlaubnis gegeben werden, wenn auch nur im Kleinen, eigene Interessen und Bedürfnisse zu berücksichtigen. Diese Balance und Flexibilität ist wesentlich, um Krisensituationen gut bewältigen zu können. Therapeutisch sollte die Einsicht in die Berechtigung beider Pole gefördert und ein achtsamer Umgang mit der Konfliktsituation und damit verbundenen schwierigen Gefühlen unterstützt werden.

Dieser Arbeit an einem neuen Wertegleichgewicht wurde therapeutisch die Arbeit mit der so genannten ‚Überlebensregel‘ zugrunde gelegt (44). Diese geht davon aus, dass Menschen in ihrer Kindheit Überlebensstrategien entwickeln, um ihre Grundbedürfnisse nach z.B. Zugehörigkeit oder Willkommensein zu sichern, dass diese Überlebensstrategien aber in Krisenzeiten im Erwachsenenalter nicht mehr funktional sind und zu einer Einseitigkeit führen können, da sie auch Verbote und Vermeidungsstrategien enthalten, wie z.B. niemals Wut zu äußern.

Die Zeit nach dem Tod des Patienten ist für die Angehörigen, insbesondere für Partner in langjährigen Beziehungen, häufig eine Zeit der Neuorientierung, des Suchens nach eigenen Werten und Zielen. In der therapeutischen Arbeit ist es wichtig, konkrete Ziele zu setzen und sich in ersten kleinen Schritten in die durch Werte vorgegebene Richtung zu bewegen. Dies wurde im Manual der Gruppenintervention in Form von erlebnisorientierten Übungen umgesetzt.

1.2.3 Stärkung von Ressourcen

Der drohende oder eingetretene Verlust eines nahe stehenden Menschen, verbunden mit emotionalen, aber auch praktischen Belastungen ist eine extreme Stresssituation. Therapeutisch wurde daher an der Verbesserung des Bewäl-

tigungsverhaltens und der Aktivierung und Stärkung von Ressourcen im Sinn von inneren Kraftquellen gearbeitet. Als eine wesentliche Ressource kann dabei Lebenssinn gesehen werden – verstanden sowohl als Sinngebung von widrigen Ereignissen wie auch als Erleben von Bereichen, die Halt geben und dem Leben Bedeutung verleihen.

Park und Folkman (97) haben das klassische Stressmodell von Lazarus und Folkman (98) um die Dimension des ‚Meaning-Based Coping‘ erweitert. Wesentlich in dem Stressmodell ist, dass nicht das Ereignis an sich, sondern vielmehr seine subjektive Bewertung (als Schädigung/Verlust, Bedrohung oder aber Herausforderung) ebenso wie die Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten entscheidend für die Stressreaktion ist.

Therapeutisch kann die Bewältigung von belastenden Situationen durch die Stärkung von Ressourcen, verstanden als innere Kraftquellen, unterstützt werden. Die Aktivierung von Ressourcen gilt als einer der wesentlichen Wirkfaktoren für Psychotherapie (99, 100). Neben vorhandenen motivationalen Bereitschaften, Fähigkeiten und Interessen der Patienten können dabei auch Quellen von Lebenssinn und die Fähigkeit, sich diese in Form von konkret erlebten stärkenden Erfahrungen für die Gegenwart verfügbar zu machen, als Ressourcen verstanden werden.

Dazu werden in der Gruppenintervention insbesondere imaginative Verfahren eingesetzt (101, 102). Eine konkrete, stärkende Erfahrung aus der eigenen Erinnerung (die nicht mit dem erkrankten/verstorbenen Angehörigen verknüpft sein soll) wird als innere Kraftquelle in einer Imagination zusammen mit den damit verbundenen positiven Gefühlen wieder erlebt. Dabei ist es wichtig, die Situation mit allen Sinnen (auditiv, visuell, kinästhetisch, olfaktorisch und gustatorisch) wahrzunehmen und sie mit Hilfe eines Ankers für den Alltag verfügbar zu machen. Die angenehmen Empfindungen werden im Sinn klassischer Konditionierung mit einem bestimmten Auslöser (z.B. Gegenstand, Farbe, Körperhaltung) verknüpft.

1.2.4 Ablauf der Gruppenintervention

Für die ‚Existentiell Behaviorale Therapie‘ wurde, zunächst unter dem Arbeitstitel ‚dialektische Gruppenintervention‘, ein Therapiemanual entwickelt, das psychoedukative Elemente, Gruppendiskussionen und erlebnisorientierte Ansätze verbindet. ‚Dialektisch‘ bedeutet einerseits die Anwendung veränderungs- und akzeptanzorientierter Strategien, andererseits die Nutzung des antagonistischen Wertes im Sinne des Wertemodells von Schwartz (95, 96). Ein konflikthafte ‚Entweder-oder‘ wird dabei zu einem verbindenden ‚Sowohl-als-auch‘. Im Sinn existentieller Psychotherapie (103) werden existentielle Gegebenheiten wie Sinn und Tod thematisiert, jedoch innerhalb eines eher verhaltenstherapeutischen Ansatzes. Die Gruppeninhalte sind in Abbildung 2 im Überblick dargestellt.

Abbildung 2. Gruppeninhalte

- | | |
|-------------|--|
| 1. Treffen: | Ankommen, Einführung zu Achtsamkeit (3,5 Std.) |
| 2. Treffen: | Mit schwierigen Gefühlen umgehen (4 S Std.) |
| 3. Treffen: | Kraftquellen für den Alltag (2,5 Std.) |
| 4. Treffen: | Belastung und inneres Gleichgewicht (2,5 Std.) |
| 5. Treffen: | Werte – innere Sinnquellen (2,5 Std.) |
| 6. Treffen: | Neue Schritte, Abschied (3,5 Std.) |

Neben den Inhalten wurde in den Treffen großer Wert auf die Gruppenkohäsion gelegt, die als wichtiger Wirkfaktor von Gruppentherapien gilt (104). Kohäsion – ein unscharfer Begriff – wird dabei nach Yalom definiert als „Attraktivität einer Gruppe für ihre Mitglieder“, wobei hohe Kohäsion dazu führt, dass die Mitglieder sich akzeptiert und zugehörig fühlen (105). Kohäsion kann als Beziehungsnetz zwischen den Teilnehmenden verstanden werden.

Zur Förderung der Gruppenprozesse wurden die ersten beiden Treffen in zeitlich engem Abstand (Freitag früher Abend/Samstag Vormittag) durchgeführt sowie jeweils zu Beginn der Treffen den einzelnen Teilnehmern genügend Zeit gegeben (meist ca. eine Stunde), über ihre aktuelle Situation zu sprechen. Zusätzlich wurde beim zweiten Treffen ein ‚Gruppenmotto‘ (für Untergruppen von jeweils ca. vier Teilnehmern) entwickelt, auf das in den folgenden Treffen Bezug genommen wurde.

Es wurde darauf geachtet, einen angenehmen Rahmen zu schaffen. Zudem wurde Gelegenheit gegeben, der Patienten/verstorbenen Angehörigen durch Teelichter oder Fotos zu gedenken.

Bei den ersten beiden Treffen stand neben dem Ankommen, dem gegenseitigen Kennenlernen und dem Aufbau eines Zusammengehörigkeitsgefühls in der Gruppe das Thema Achtsamkeit im Vordergrund. Achtsamkeit wurde therapeutisch als Hilfe angeboten, sich von kreisenden Gedanken und schmerzlichen Gefühlen zu distanzieren, ihnen etwas von ihrer Macht zu nehmen. Die unterschiedlichen Gefühle (neben Trauer und Schmerz möglicherweise auch Wut, Ärger, Frust, Eifersucht, Neid, Freude, etc.) können wahrgenommen werden, ohne sie zu bewerten und ohne sie verändern oder loswerden zu wollen.

In jeder (auch der folgenden) Gruppensitzungen wurde eine Achtsamkeitsübung durchgeführt: die Aufmerksamkeit sollte immer wieder in die Gegenwart zurück gelenkt werden. Als Grundübung wurde der Atem als Aufmerksamkeitsobjekt und Anker verwendet. Bilder wurden als Hilfestellung angeboten, um sich nicht in Gedanken zu verstricken, sondern sie vorbeiziehen zu lassen, z.B. sich Gedanken wie Wolken am Himmel vorzustellen. Die Teilnehmer wurden angeleitet, diese Übungen täglich zweimal für 10 Minuten zu machen. Als Hilfe für die Übung zu Hause erhielten sie eine CD mit einer Anleitung, die vom jeweiligen Gruppenleiter gesprochen wurde.

Beim dritten Treffen wurde im Sinne der Ressourcenstärkung eine Imaginationsübung angeboten, in der eine stärkende Situation aus der Vergangenheit als eine innere Kraftquelle, bildhaft vorgestellt und noch einmal mit allen Sinnen erlebt wurde. Diese Situation sollte möglichst nicht in Zusammenhang mit dem erkrank-

ten/verstorbenen Angehörigen stehen, da sonst die Gefahr der Vermischung mit leidvollen Gefühlen besteht. Zusätzlich wurden selbstfürsorgliche Aktivitäten thematisiert.

In den drei Treffen am Ende der Intervention ging es vor allem um einen verbesserten Umgang mit Belastungen, Wahrnehmung eigener Gefühle und Bedürfnisse und ein neues Gleichgewicht zwischen selbst- und fremdbezogenen sowie erhaltenden und bewahrenden Werten. Dazu wurde eine vereinfachte Version des Werterades von Schwartz verwendet. In Einzelarbeit innerhalb der Gruppe wurden für jeden Teilnehmer im Sinn der Selbstverpflichtung (Commitment) erste Schritte in Richtung neuer Ziele erarbeitet. Mögliche Hindernisse wurden bereits gedanklich vorweg genommen.

In der letzten Sitzung wurde bewusst der Abschied aus der Gruppe gestaltet, unterstützt durch ein Abschiedsritual. Möglichkeiten einer Weiterführung der Treffen in Eigenregie wurden thematisiert und Hilfestellungen gegeben, ohne dass die Gruppenleiter bei künftigen Treffen anwesend waren.

Die Möglichkeit des Versterbens eines Patienten wurde explizit in die Gruppenstruktur einbezogen. Teilnehmer, die ihren Angehörigen verloren hatten, wurden eingeladen, weiter an den Treffen teilzunehmen, und der Tod wurde im Treffen thematisiert, indem z.B. für den Verstorbenen ein Teelicht angezündet und seiner/ihrer gedacht wurde.

Das in der Projektgruppe entwickelte vorläufige Manual wurde aufgrund der Erfahrungen mit der Pilotgruppe (Februar 2008) angepasst, deren Daten nicht in die Auswertung eingegangen sind. Anhand des Manuals wurden im Zeitraum von Juni 2008 bis Juni 2010 zehn Gruppen mit insgesamt 73 Teilnehmern durchgeführt (vgl. Tabelle 1). Es handelte sich um eine geschlossene Gruppe, d.h. die Zusammensetzung der Teilnehmer blieb vom ersten bis zum letzten Treffen gleich. Die Gruppengröße war auf maximal neun Personen begrenzt.

Geleitet wurde die Intervention von ausgebildeten Verhaltenstherapeuten. Es wurden mehrere Gruppenleiter (aber pro Durchführung jeweils der/die gleiche) eingesetzt, da das Therapieprogramm unabhängig von der Person des Therapeuten sein sollte. Zwei Gruppen wurden jeweils von einem Therapeutinnen-

paar geleitet. Die Zuordnung der Therapeutinnen zu den Gruppen wurde im Vorfeld festgelegt. Es handelte sich um externe Therapeuten, mit mehrjähriger Berufserfahrung (zwischen 3 und 28 Jahren, im Mittel 10 Jahre), die unabhängig von der Evaluations-Arbeitsgruppe waren.

Zu Beginn des Interventionsprogramms (Frühjahr und Sommer 08) sowie zu zwei späteren Terminen (Juni 09 und September 09) fanden Treffen aller Leiterinnen der Gruppen statt, in denen im zeitlichen Umfang von insgesamt 20 Stunden das Vorgehen anhand des Manuals erläutert und mit Videofeedback trainiert wurde. Jeder Gruppenleiter nahm zusätzlich mindestens zwei individuelle Supervisions-sitzungen mit einem der drei Supervisoren wahr, die an der Entwicklung des Manuals beteiligt waren. Die Treatment-Integrität wurde anhand von Videoaufzeichnungen überprüft.

Tabelle 1. Überblick über die Gruppendurchführungen

Gruppe	Zeitraum	Anzahl Teilnehmer	Leitung
DGI 1 - Pilot	Februar 2008	5	Therapeut 1
DGI 2	Juni 2008	8	Therapeut 1
DGI 3	August 2008	6	Therapeutin 2
DGI 4	Oktober 2008	7 (6)	Therapeutinnen 3 ²
DGI 5	Januar 2009	9	Therapeut 4
DGI 6	April 2009	7	Therapeut 5
DGI 7	Juni 2009	8 (7)	Therapeut 4
DGI 8	September 2009	8 (7)	Therapeutin 2
DGI 9	November 2009	5 (4)	Therapeutin 6
DGI 10	Februar 2010	7	Therapeut 5
DGI 11	Juni 2010	8	Therapeutinnen 3

Anmerkungen: Zahlen in Klammern = Anzahl der Teilnehmenden, die in die Auswertung eingingen; Differenzen wegen Teilnahme mehrerer Angehöriger aus einer Familie und Auswahl eines Index-angehörigen (s.u. 2.2.1)

² Gruppe 4 und 11 wurde von 2 Therapeutinnen geleitet.

1.3 Evaluation des Unterstützungsangebotes

Das Forschungsprojekt zur Evaluation des beschriebenen Unterstützungsangebots für Angehörige wurde in der Arbeitsgruppe von PD Dr. Martin Fegg am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin durchgeführt.

In der Hauptstudie, in welche die Untersuchungen dieser Dissertation eingebettet sind, wurde untersucht, ob die Gruppenintervention (EBT) ein anwendbares und wirksames Unterstützungsangebot für Angehörige palliativer Patienten hinsichtlich der Outcome-Parameter Symptombelastung, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit ist und ob sie einer ‚Standard Care‘ in der Unterstützung von Angehörigen palliativer Krebspatienten überlegen ist. Die Angehörigen wurden randomisiert der Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt (106). Die Teilnehmer der Kontrollgruppe konnten alle regulär verfügbaren Unterstützungsangebote wie Einzelgespräche mit Sozialarbeitern, Psychologen und Seelsorgern oder Gruppenangebote mit Ausnahme der EBT nutzen.

Die Teilnehmenden an der Intervention (n=69) profitierten im Vergleich zu einer Standard Care Kontrollgruppe (n=64) im multivariaten Modell hinsichtlich Lebensqualität und Symptombelastung, sogar noch 12 Monate nach Ende der Intervention. Die Ergebnisse der Hauptstudie sind derzeit zur Publikation eingereicht. Im Detail können diese eingesehen werden unter:

www.psychologie-muenchen.de/Downloads/DKH_Abschlussbericht.pdf (106)

Ergänzend zur Hauptstudie sollte als Dissertationsprojekt mit quantitativer bzw. qualitativer Forschungsmethodik spezifisch der Beitrag des Wirkfaktors Achtsamkeit als Teil der Intervention untersucht werden. Die erste, quantitative Studie exploriert das Konzept ‚Achtsamkeit‘ bei Angehörigen von Palliativpatienten, die an der Gruppenintervention teilgenommen haben: der Zusammenhang mit Symptombelastung und Wohlbefinden sowie der Beitrag von Achtsamkeit zum Therapieerfolg sollten genauer untersucht werden. Dabei wurde sowohl der Einfluss einer achtsamen Haltung als Persönlichkeitseigenschaft als auch der Effekt von Übungen einbezogen.

Bei der zweiten Studie handelt es sich um eine qualitative Evaluation des Gruppenangebotes. Da allein der Nachweis von Effekten eines therapeutischen Angebots noch keine Aussage darüber erlaubt, durch welche Mechanismen die Verbesserung zustande kommt, wurde zusätzlich eine qualitative Evaluation der Intervention durchgeführt.

Es ist möglich, dass Veränderungen auf einer subtilen Ebene stattfinden, die durch standardisierte Messverfahren für psychische Belastung und Lebensqualität, wie sie in der quantitativen Studie verwendet werden, nur unzureichend abgebildet werden (21). Beispielsweise wird berichtet, dass Trauernde aufgrund von Trauerbegleitung mehr Sinn in ihrer Erfahrung fanden, während sich trauerbezogene Symptome nur geringfügig veränderten (107). In ähnlicher Weise könnten auch in der Angehörigenstudie Effekte der Intervention übersehen werden, weil sie nicht durch die gewählten Fragebögen abgebildet werden. Schließlich ist aus der quantitativen Evaluation nicht ersichtlich, wie die einzelnen Interventionen, beispielsweise die Achtsamkeitsübungen, von den Teilnehmenden rezipiert werden und welche Auswirkungen auf ihr Leben diese wahrnehmen. Qualitative Methoden sind besonders geeignet, vertieft zu verstehen, wie und durch welche Mechanismen eine Intervention wirkt (108, 109), welche Elemente besonders hilfreich erlebt werden, und sie können dazu beitragen, intersubjektive Variabilität in der Reaktion zu beleuchten (110).

Im Sinn eines Mixed-Methods-Vorgehens wurden halbstrukturierte Interviews mit Gruppenteilnehmern nach Ende der Intervention durchgeführt. Dabei wurde im Sinn eines ‚embedded design‘ (eingebetteten Designs) die qualitative Erhebung in den Rahmen der quantitativen Untersuchung eingebettet. Die qualitativen Daten sollten auch helfen, die quantitativen Ergebnisse zu explorieren und vertieft zu verstehen (111-113).

2 QUANTITATIVE STUDIE ZU ACHTSAMKEIT ALS WIRKFAKTOR

Ziele der Studie waren,

- 1) den Zusammenhang von Achtsamkeit mit Symptombelastung, Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Lebenssinn sowie mit Veränderung dieser Größen zu untersuchen
- 2) zu überprüfen, ob der Interventionseffekt durch Achtsamkeit vermittelt wird (Mediation)
- 3) zu untersuchen, ob Achtsamkeitspraxis von den Teilnehmenden an der Intervention als hilfreich erlebt wurde
- 4) die Auswirkung von formeller und informeller Achtsamkeitspraxis auf Maße von Achtsamkeit und Wohlbefinden zu untersuchen

Mehrere Studien haben einen Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und psychischer Belastung – insbesondere Depression und Angst – sowie Wohlbefinden bei Studierenden und in der Allgemeinbevölkerung gefunden (48, 114, 115). Daher wurde eine solche Korrelation auch in der vorliegenden Studie erwartet (Hypothese 1a). Außerdem wurde angenommen, dass Personen mit höherer Achtsamkeit stärker von der Intervention profitieren (Hypothese 1b), d.h. dass Achtsamkeit ein Prädiktor für Veränderung ist. Hinsichtlich der Frage, wie Achtsamkeit bei Teilnehmern der Kontrollgruppe mit Veränderung von psychischer Belastung und Lebensqualität korreliert, bestand keine gerichtete Hypothese.

Bisher gibt es kaum empirische Studien zu Achtsamkeit bei pflegenden Angehörigen und Trauernden, sondern vor allem Theorieartikel und explorative Studien (116-120). Allerdings berichten MBSR-Studien mit anderen Zielgruppen gesteigerte Achtsamkeit und verbesserte psychische Gesundheit (121) und legen nahe, dass die Veränderungen auf eine Veränderung von Achtsamkeit zurück zu führen ist (122).

Bezüglich der Fragestellungen 2 bis 4 wurden als Hypothesen formuliert, dass

- der Interventionseffekt zumindest teilweise auf Achtsamkeit zurückzuführen ist (Hypothese 2)
- das Konzept Achtsamkeit und die Achtsamkeitspraxis als hilfreich erlebt wurden (Hypothese 3)
- und Achtsamkeitspraxis Auswirkung auf die Veränderung von Achtsamkeit und Wohlbefinden hat (Hypothese 4).

2.1 Methode der quantitativen Studie zu Achtsamkeit als Wirkfaktor

2.1.1 Design

Diese Studie ist Teil einer longitudinalen, randomisiert kontrollierten Studie (RCT), die eine Gruppenintervention (EBT) für Angehörige von Palliativpatienten evaluiert (123). Sie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München genehmigt (Projekt Nr. 120-06). Alle Teilnehmenden wurden über das Vorgehen informiert und eine Einverständniserklärung (informed consent) wurde eingeholt.

Angehörige wurden am Klinikum der Universität München, Standort Großhadern (Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie) und am Städtischen Klinikum München-Harlaching rekrutiert.

Einschlusskriterien waren

- (a) Angehöriger eines Patienten mit einer weit fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankung (palliative Situation)
- (b) Mindestalter von 21 Jahren
- (c) Ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache für Teilnahme am Gruppenprozess und Ausfüllen der Fragebögen
- (d) Keine schwere psychische Erkrankung (v.a. akute schizophrene Psychose, Abhängigkeitserkrankung) oder erhebliche kognitive Beeinträchtigung (v.a. Demenz)

Die Einschätzung wurde durch Psychologinnen in Absprache mit den behandelnden Stationsärzten vorgenommen. Personen, die der Vergleichsgruppe zugeordnet wurden, erhielten keine spezielle zusätzliche Unterstützung, konnten jedoch die regulär verfügbaren Unterstützungsangebote auf den Stationen, z.B. durch Seelsorger, Sozialpädagogen, Psychologen, Kunst- und Musiktherapeuten ebenso wie die allgemein verfügbaren Angebote von Seelsorge, Beratung, Psychotherapie, Trauer- oder Selbsthilfegruppen in vollem Umfang nutzen. Wenn gewünscht, wurden sie bei der Suche nach alternativen Angeboten unterstützt. Die Nutzung anderer Angebote wurde erhoben und als Kovariable in die Analysen einbezogen.

2.1.2 Gruppenintervention

Die Gruppenintervention (etwa sieben Teilnehmer pro Durchführung, ausführlich s.o. 1.2) begann mit zwei aufeinander folgenden Halbtagen, gefolgt von vier wöchentlich stattfindenden Treffen (insgesamt 22 Stunden). Die Gruppen wurden von anhand des Behandlungsmanuals geschulten Psychotherapeuten geleitet, die Erfahrung mit Achtsamkeitspraxis hatten. Neben Psychoedukation und Übungen zu Achtsamkeit beinhaltete die Intervention Raum für freien Austausch, Strategien zur Orientierung an persönlichen Werten und Stärkung von Ressourcen.

Information zu Achtsamkeit wurde während der ersten zwei Treffen gegeben. Jede Sitzung beinhaltete kurze (ca. 10 Min.) formelle Achtsamkeitsübungen, insbesondere auf den Atem zu achten, alle Gedanken, Gefühle und Empfindungen zu registrieren, ohne sich darin zu verstricken und wieder zum Atem zurückzukehren. Die Teilnehmer erhielten für das Üben zu Hause CDs mit den Übungen, die während der Sitzungen aufgenommen wurden. Es wurde eine tägliche Übung von zweimal 10 Minuten täglich empfohlen, ebenso wie bestimmte Alltagstätigkeiten achtsam auszuführen, etwa die Zähne zu putzen oder zu kochen.

2.1.3 Fragebögen

Es wurden Fragebögen zur Selbsteinschätzung zu mehreren Messzeitpunkten erhoben, vor (T1) und nach der Intervention (T2, etwa fünf Wochen nach T1) sowie zu Katamnesen drei (T3) und zwölf (T4) Monate nach der Intervention.

2.1.3.1 Achtsamkeit: Cognitive and Affective Mindfulness Scale-R (CAMS-R)

Achtsamkeit wurde mit der Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R, (114, 124)) erhoben. Es handelt sich um einen kurzen (12 Items) Fragebogen, der sich durch eine breite Konzeptualisierung von Achtsamkeit auszeichnet. Die sprachlichen Formulierungen sind für Personen ohne Meditationserfahrung verständlich. Der CAMS-R besteht aus vier Kategorien, die theoretisch aus Achtsamkeitsdefinitionen abgeleitet wurden: die Fähigkeit, Aufmerksamkeit zu regulieren, der Fokus auf das gegenwärtige oder unmittelbare Erleben, ein Bewusstsein des Erlebens und eine Haltung der Akzeptanz oder des Nicht-Urteilens gegenüber dem Erleben. Ausgewertet wird jedoch nur der Summenwert. Die Items werden auf einer Skala von 1 (,selten/überhaupt nicht') bis 4 (,fast immer') eingeschätzt.

Validiert wurde der Fragebogen anhand von amerikanischen Studierendenstichproben, Normwerte und Werte für deutsche Stichproben liegen nicht vor. Es wird eine akzeptable interne Konsistenz (Cronbachs Alpha =.74 bis .85) berichtet. Die konvergente Validität wurde mit anderen Achtsamkeitsfragebögen (Mindful Attention Awareness Scale, Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit), konvergente und divergente Validität mit unterschiedlichen Emotionsregulations- und Problemlösungsstilen überprüft.

Zusätzlich wurden in den Achtsamkeitsfragebogen Items integriert, die dem Fragebogen zu den Fünf Facetten der Achtsamkeit entnommen wurden (125): ,nicht reagieren' (auf innere Erfahrung), ,beobachten', ,bewusst handeln', ,beschreiben', ,nicht urteilen'. Diese Facetten wurden faktorenanalytisch aus einem Pool aus fünf Achtsamkeitsfragebögen gefunden. Außer dem CAMS-R wurden die Mindful Attention Awareness Scale (MAAS, (48)), der Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit

(FFA, (115, 126), das Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS, (127)) und der Mindfulness Questionnaire (MQ) in die Faktorenanalyse einbezogen. In der vorliegenden Studie wurden jeweils die drei Items mit den höchsten Faktorladungen hinzugenommen. Der verwendete Achtsamkeitsfragebogen ist im Anhang (siehe 5.1) abgedruckt.

2.1.3.2 Symptombelastung: Brief Symptom Inventory (BSI)

Die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome wurde mit Hilfe des Brief Symptom Inventory (BSI, (128)) erhoben. Es handelt sich um eine 53 Items umfassende Kurzform der weit verbreiteten Symptomcheckliste SCL-90-R (129).

In dem Selbstbeurteilungsfragebogen werden psychische Beschwerden während der letzten sieben Tage auf einer fünfstufigen Likert-Skala (0 = ‚überhaupt nicht‘ bis 4 = ‚sehr stark‘) eingeschätzt. Die Items sind neun Skalen zugeordnet: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Vier zusätzliche Items fragen unspezifische Beschwerden ab (Appetit, Einschlafschwierigkeiten, Gedanken an den Tod/Suizid, Schuldgefühle).

Es können drei globale Kennwerte errechnet werden, wobei der GSI (Global Severity Index) die Intensität der empfundenen Belastung bei allen 53 Items erfasst. Als Indikatoren für die Symptombelastung wurden in der vorliegenden Studie neben dem GSI die Unterskalen Somatisierung, Angst und Depression herangezogen. Zur Auswertung wurden die Rohwerte für den GSI und die drei verwendeten Unterskalen jeweils in T-Werte transformiert, welche Geschlechtsunterschiede berücksichtigen. Ein Proband gilt als psychisch auffällig, wenn der GSI größer oder gleich 63 ist oder die T-Werte bei mindestens zwei Skalen größer oder gleich 63 sind.

Für die deutsche Fassung liegen nicht-repräsentative Normstichproben von gesunden Erwachsenen (N=600) und Studierenden (N=589) sowie klinische Stichproben unterschiedlicher Patientengruppen vor. Für die deutsche Normstichprobe der Erwachsenen wurde eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) des GSI von

.92 ermittelt. Für die Einzelskalen sind die internen Konsistenzen bei dieser Stichprobe teilweise gering, lagen aber für die verwendeten Skalen Depression (.72), Angst (.62) und Somatisierung (.63) noch im akzeptablen Bereich. Für die Stichproben aus den USA (Normstichprobe, Studierende) werden deutlich höhere Werte berichtet.

Für eine Teilstichprobe der deutschen Normstichproben (jeweils N=70) wurden Test-Retest-Reliabilitäten nach einer Woche berechnet, in der Stichprobe der gesunden Erwachsenen lag die Reliabilität bei .93 für den GSI (.83 Somatisierung, .92 Depression, .88 Angst).

Hinsichtlich der Validität zeigten sich in der amerikanischen Stichprobe der ambulanten Psychotherapiepatienten sehr hohe Korrelationen zwischen dem BSI und dem SCL-90-R (von .92 bis .99), darüber hinaus konnte die Skalenstruktur faktorenanalytisch belegt werden. Im deutschen Sprachraum wurde die diskriminante und konvergente Validität hinsichtlich Persönlichkeitseigenschaften, Krankheitsverarbeitung, Zusammenhang mit sozialer Unterstützung und Lebensqualität untersucht. Der BSI wurde für unterschiedlichste Populationen (u.a. Krebspatienten und ihre Angehörigen) eingesetzt und ist geeignet, Effekte psychotherapeutischer Interventionen abzubilden.

2.1.3.3 Lebensqualität (QoL): Numerische Rating Skala

Die Teilnehmer beantworteten die Frage: „Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität im Moment ein?“ auf einer numerischen Ratingskala (NRS, 11 Stufen von 0 ‚könnte nicht schlechter sein‘ bis 10 ‚könnte nicht besser sein‘). Einzelitems zur Erhebung der Lebensqualität werden insbesondere bei Krebspatienten häufig eingesetzt und haben sich im Vergleich zu Erhebungen mit mehreren Items als reliabel und valide erwiesen (130, 131). Neben ihrer Kürze haben sie den Vorteil, dass sie den Befragten offen lassen, Lebensqualität individuell zu verstehen.

2.1.3.4 Lebensqualität: WHOQOL-BREF (WHOQOL)

Zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität wurde der WHOQOL-BREF, eine 26 Items umfassende Kurzform des Lebensqualitätsfragebogens WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment) eingesetzt (2).

Grundlage der Instrumente ist die Definition von Lebensqualität als die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen. Bei der Entwicklung waren 14 verschiedene Forschungszentren aus unterschiedlichen Kulturkreisen beteiligt. Die aus den Arbeitsgruppen resultierenden 24 Facetten von Lebensqualität werden im WHOQOL-100 mit je vier Items abgefragt, die in einer Pilotstudie mit 4.800 Personen aus einem Itempool von 236 Items aufgrund ihrer psychometrischen Eigenschaften ausgewählt wurden. Vier weitere Items dienen der Globalbeurteilung der Lebensqualität. Die Kurzform WHOQOL-BREF umfasst 26 Items, welche zu vier Dimensionen zusammengefasst wurden: ‚Physisches Wohlbefinden‘ (7 Items), ‚Psychisches Wohlbefinden‘ (6 Items), ‚Soziale Beziehungen‘ (3 Items) und ‚Umwelt‘ (8 Items). Die Items werden jeweils auf einer Skala von 1 (‚sehr schlecht/überhaupt nicht/sehr unzufrieden/niemals‘) bis 5 (‚sehr gut/äußerst/völlig/sehr zufrieden/immer‘) eingeschätzt. In der vorliegenden Studie wurde ein Gesamtwert über alle 26 Items (Mittelwert, skaliert von 0 bis 100) herangezogen.

Die psychometrischen Eigenschaften der deutschsprachigen Version des WHO-BREF wurden mit einer Stichprobe von über 2000 Personen (Patienten und Allgemeinbevölkerung) überprüft. Die interne Konsistenz der vier Domänen des WHOQOL-BREF liegt für die Allgemeinbevölkerung bei .77 bis .87. Die diskriminante Validität konnte in Bezug auf gesunde Personen versus Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gezeigt werden, ebenso diskriminiert das Verfahren zwischen Personen mit physischen und psychischen Erkrankungen.

2.1.3.5 Lebenszufriedenheit: Satisfaction with Life Scale (SWLS)

Die Satisfaction with Life Scale ist ein weit verbreitetes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der globalen Lebenszufriedenheit, ohne zwischen verschiedenen Domänen zu differenzieren. Hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens kann auf theoretischer Ebene zwischen einer emotional-affektiven Komponente sowie einer kognitiv-evaluativen Komponente unterschieden werden. Letztere umfasst einerseits die globale, andererseits die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit (132). Die SWLS dient ausschließlich der Selbstbeurteilung der globalen Lebenszufriedenheit. Ein Beispielitem ist: „In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.“ Die Items werden jeweils auf einer Skala von 1 (‚stimme überhaupt nicht zu‘) bis 7 (‚stimme völlig zu‘) eingeschätzt.

Für die Originalfassung wird eine hohe interne Konsistenz und eine Retest-Reliabilität von .58 über vier Jahre berichtet. Für deutsche Version von Sölva et al. (133) wurde ebenfalls eine sehr hohe interne Konsistenz gefunden, in einer repräsentativen Stichprobe betrug Cronbachs Alpha .92 (134), ebenso wie eine gute Retest-Reliabilität von .74 über vier Monate (132). Die Skala weist zufriedenstellende konvergente (mit dem Life-Satisfaction Index A) und diskriminante Validitätswerte (u.a. zu emotionalem Wohlbefinden, Optimismus und Selbstwörterleben) auf (132, 133). Mittlere Korrelationen wurden auch mit (geringerer) Depressivität und sozialer Unterstützung gefunden (134). Aus einer deutschen Repräsentativstichprobe liegen Normwerte (für Männer, Frauen, unterschiedliche Altersgruppen) vor. Die mittlere Lebenszufriedenheit betrug 24.88 ± 6.26 . Um mögliche Verzerrungen aufgrund fehlender Werte zu vermeiden, wurden in der vorliegenden Studie zur statistischen Berechnung jeweils Mittelwerte über alle 5 Items anstelle des Summenscores verwendet, so dass die entsprechenden Werte mit 5 multipliziert werden müssen, um sie mit Werten aus anderen Stichproben zu vergleichen.

2.1.3.6 Lebenssinn: Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE)

Individuell erfahrener Lebenssinn wurde mit dem Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE) erhoben (135). Die Befragten werden bei diesem idiographischen Verfahren gebeten, Bereiche zu nennen, die ihrem Leben Sinn geben und die aktuelle Wichtigkeit (0 ‚nicht wichtig‘ bis 7 ‚äußerst wichtig‘) und Zufriedenheit (-3 ‚sehr unzufrieden‘ bis +3 ‚sehr zufrieden‘) mit diesen Bereichen einzuschätzen. Ein gewichteter Zufriedenheitsindex (Range 0-100) wird berechnet als Maß für den Gesamt-Lebenssinn. Der SMiLE hat gute psychometrische Eigenschaften (136): In einer Studierendenstichprobe wurde eine Test-Retest Reliabilität des SMiLE-Gesamtwerts von $r=.72$ gefunden. Konvergente Validität wurde mit dem Purpose in Life Test (PIL), der Self-Transcendence Scale (STS), dem Idler Index of Religiosity (IIR), Subskala private Religiosität und einer Numerischen Ratingskala zu Lebenssinn überprüft. Normwerte liegen für eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe ($n=1004$) vor (136). Anhand von Clusteranalysen wurden 13 Bereiche von Lebenssinn gefunden: Familie, Partnerschaft, Freunde, Beruf, Freizeit, Haus, Spiritualität, Gesundheit, Zufriedenheit, Finanzen, Natur, Hedonismus, Soziales Engagement (135). Der SMiLE wurde bisher unter anderem bei Krebspatienten (137), ALS-Patienten (138) und Palliativpatienten (139) angewendet.

2.1.3.7 Weitere Items und Fragen

Teilnehmende beantworteten Fragen dazu, wie hilfreich (Range 0 ‚überhaupt nicht‘ bis 4 ‚sehr hilfreich‘) sie Achtsamkeitsübungen einschätzen und wie häufig (mal pro Woche) sie (formelle) Achtsamkeitsübungen machten bzw. eine Tätigkeit mit voller Aufmerksamkeit ausführten. Außerdem wurden offene Fragen dazu gestellt, was aus den Sitzungen besonders in Erinnerung geblieben ist und welche Elemente sie in den Alltag übernommen haben (vgl. 5.2 Anhang 2).

Bei Teilnehmern in der Interventions- und Kontrollgruppe wurde zu T2 und T3 erfragt, wie häufig in den letzten 4 Wochen längere Gespräche mit Freunden, Familienangehörigen oder Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen (Seelsorger, Arzt, Psychologe etc.) geführt wurden, ob sie in dieser Zeit an Trauer- oder Selbst-

hilfegruppen teilgenommen hätten und ob und seit wann sie sich psychotherapeutischer Behandlung befänden.

2.1.4 Statistische Auswertungen

Zwischen Achtsamkeit und Maßen von psychischer Belastung und Wohlbefinden wurden partielle, alters- und geschlechtsadjustierte Pearson-Korrelationen berechnet.

Um den Einfluss von Achtsamkeit als Persönlichkeitseigenschaft (erhoben zu T1) auf die Veränderung von psychischer Belastung, Lebensqualität, Lebenssinn und Lebenszufriedenheit (Outcomes, erhoben zu T2, T3 und T4) zu untersuchen, wurden lineare Modelle (Kovarianzanalysen, ANCOVA) angewendet. Gegenüber anderen Verfahren der Veränderungsmessung bei randomisiert-kontrollierten Studien hat die Kovarianzanalyse mit einer Adjustierung für die Baseline-Werte den Vorteil, dass die Gefahr der Regression zur Mitte nicht besteht, zudem ist die statistische Power höher (140).

Als Prädiktoren wurden die Gruppenzugehörigkeit (Intervention ja/nein), das Ausmaß der Achtsamkeit vor der Intervention (CAMS-R, T1) sowie der Prä-Wert (vor der Intervention) der jeweiligen Zielgröße einbezogen. Außerdem wurde die Interaktion zwischen Achtsamkeit und Teilnahme an der Intervention in das Modell aufgenommen.

Der Interventionseffekt wurde ebenfalls mit linearen Modellen getestet. Prädiktoren waren T1-Werte der jeweiligen Outcomes und Teilnahme an der Intervention (ja/nein) (ausführlich in (123)). Um die Vermittlung des Interventionseffekts durch Achtsamkeit (Mediation) zu überprüfen, wurde zusätzlich Achtsamkeit (Differenz zwischen T1 und T2/T3/T4) in die Modelle einbezogen.

Für die Interventionsgruppe wurde der Effekt von Achtsamkeitspraxis auf Outcomes (Ausmaß von Achtsamkeit, Symptombelastung, Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Lebenssinn, jeweils zu T2) untersucht, indem die Häufigkeit von formeller bzw. informeller Praxis (dichotom, Split beim 75%-Quartil) der Outcomes als Kovariablen in die Modelle einbezogen wurden.

In alle Modelle wurden zusätzlich als Kovariablen allgemeine Größen eingeschlossen, für die von einem Effekt ausgegangen werden kann: Alter (metrisch), Geschlecht, Beziehung zum Patienten (Patient ist Partner oder Kind vs. Patient ist Elternteil oder sonstige Beziehung), Todeszeitpunkt (3-stufig: Patient ist a) mehr als 6 Wochen vor Interventionsbeginn, b) bis zu 6 Wochen vor Interventionsbeginn oder während der Intervention, bzw. c) nach Ende der Intervention verstorben bzw. lebt noch) und Nutzung anderer Unterstützungsangebote, erhoben zum Zeitpunkt T2 (Nein/Ja = in den vergangenen 4 Wochen mindestens eines der folgenden Angebote mindestens zweimal: Gespräche mit Seelsorger, Psychologen, Teilnahme an Trauergruppe, Teilnahme an Selbsthilfegruppe, Psychotherapie).

Die Voraussetzung der bedingten Normalverteilung der Zielgrößen für die verwendeten Verfahren wurde anhand der Residuen überprüft. Als Outcomes wurden weitgehend dieselben Größen wie in der Hauptstudie verwendet, nämlich die Hauptoutcomes Depressivität, Angst und Somatisierung (BSI), Lebensqualität (QoL und WHOQOL) und Lebenszufriedenheit (SWLS). Zusätzlich (bei der Analyse der Auswirkung der Häufigkeit der Praxis anstelle der Unterskalen) wurde der Globale Index GSI des BSI verwendet, außerdem explorativ bei einigen Fragestellungen (Korrelationen, Auswirkung von Praxis) Lebenssinn (SMiLE) als Outcome.

Die statistischen Auswertungen wurden in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Beratungslabor, Institut für Statistik der Ludwig-Maximilians-Universität München, (Prof. Dr. Helmut Küchenhoff, Dipl.-Stat. Veronika Fensterer) durchgeführt. Es wurde die Software SPSS 18 für Windows verwendet. Das Signifikanzniveau für alle Tests wurde auf $\alpha=.05$ festgelegt und in der Regel wurden zweiseitige Tests durchgeführt. Wegen der explorativen Natur der Studie und um adäquate statistische Power (Teststärke) zu erhalten, wurde keine Korrektur für Alphafehlerkumulierung angewendet.

2.2 Ergebnisse der quantitativen Studie

2.2.1 Stichprobe

Angehörige von 1175 Patienten wurden in den Jahren 2008 bis 2010 angesprochen, 160 Personen (13.6%) stimmten der Teilnahme an der Studie zu. Diese wurden randomisiert der Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt (123).

Aufgrund früher Dropouts vor Abschluss der Intervention (11 in Interventionsgruppe, davon 7 bereits vor Start; 12 in Kontrollgruppe) und unvollständig ausgefüllter Fragebögen, die eine Auswertung nicht erlaubten (1 in Interventions-, 3 in Kontrollgruppe) reduzierte sich die Stichprobe für die Hauptstudie auf 133 Personen, davon 69 in Interventions-, 64 in Kontrollgruppe (106).

Es fanden zehn Interventionsgruppen mit jeweils 7.3 ± 1.1 Teilnehmern statt (vgl. 1.2.4, Tabelle 1). In drei Fällen nahmen zwei Angehörige eines Patienten an der Studie teil – allerdings nicht an derselben Unterstützungsgruppe, dies war im Studienprotokoll ausgeschlossen. Um die Unabhängigkeit der Daten zu gewährleisten, wurde jeweils zufällig ein Indexangehöriger ausgewählt, der in die Datenauswertung einging. Da zudem bei einer Person die Fragebögen zu Beginn der Gruppe so unvollständig waren, dass sie nicht verwendet werden konnten, wurden für die Hauptstudie Daten von 69 (statt 73, s.o. 1.2.4) Teilnehmenden an der Intervention ausgewertet.

Für die Ergänzungsstudie zur Wirkung von Achtsamkeit konnten Daten von 130 Personen, zu denen zum Zeitpunkt T1 keiner der für diese Studie relevanten Fragebögen (insbesondere Achtsamkeitsfragebogen) vollständig fehlte, verwendet werden. Auch hier ging – bei Teilnahme mehrerer Angehöriger pro Patient - jeweils nur der zufällig ausgewählte Indexangehörige in die Auswertung ein. Fehlende Werte auf Itemebene wurden nicht ersetzt, sondern die vorhandenen Daten für die Berechnung der Mittelwerte verwendet. Tabelle 2 gibt einen Überblick über soziodemographische Daten.

Tabelle 2. Soziodemografische Daten

	Intervention (n=73)	Kontrolle (n=57)	Gesamtstichprobe (n=130)
Alter (in Jahren): M±SD	54.5±13.6	54.0±13.2	54.3±13.4
Geschlecht, weiblich: % (n)	72.6% (53)	68.4% (39)	70.8% (92)
Der Patient ist: % (n)			
Partner	58.9% (43)	64.9% (37)	61.5% (80)
Elternteil	26.0% (19)	28.1% (16)	26.9% (35)
Kind	2.7% (2)	3.5% (2)	3.1% (4)
Sonstiges	12.4% (9)	3.5% (2)	8.5% (11)
Höchster Abschluss: % (n)			
Grund- oder Hauptschule	24.7% (18)	15.8% (9)	20.8% (27)
Mittlere Reife oder Abitur	45.2% (33)	42.1% (24)	43.8% (57)
Universität	24.7% (18)	40.4% (23)	31.5% (41)
Sonstiges	5.4% (4)	1.7% (1)	3.9% (5)
Todeszeitpunkt: % (n)			
> 6 Wochen vor T1	38.4% (28)	54.4% (31)	45.4% (59)
≤ 6 Wochen vor T1 bis T2	41.1% (30)	22.8% (13)	33.1% (43)
<i>Zwischen T1 und T2</i>	6.8% (5)	7% (4)	6.9% (9)
Nach T2	20.5% (15)	22.8% (13)	21.5% (28)
Nutzung anderer psychosozialer Angebote (zu T2): % (n)	28.8% (21)	21.1% (12)	33 (25.4%)
Diagnose des Patienten: % (n)			
Krebs	80.8% (59)	80.7% (46)	80.8% (105)
Neurologische Erkrankung	13.7% (10)	15.8% (9)	14.6% (19)
Sonstige	5.5% (4)	3.5% (2)	4.6% (6)

2.2.2 Partialkorrelationen mit Achtsamkeit

In Tabelle 3 sind deskriptive Werte für die Achtsamkeitsskalen dargestellt. Die Werte für den CAMS-R lagen in einem ähnlichen Bereich wie bei Studierendenstichproben, die zur Validierung des Fragebogens verwendet wurden (114).

Tabelle 3. Deskriptive Werte der Achtsamkeitsskalen zu T1

Outcome	Intervention/ Kontrolle	n	M±SD	T	df	p
CAMS-R	Intervention	57	2.69±0.41	1.05	128	ns
	Kontrolle	73	2.60±0.50			
Bewusst handeln	Intervention	56	2.33±0.63	-0.22	126	ns
	Kontrolle	72	2.36±0.71			
Beobachten	Intervention	57	2.48±0.66	0.21	127	ns
	Kontrolle	72	2.45±0.59			
Nicht urteilen	Intervention	57	2.71±0.61	-0.53	127	ns
	Kontrolle	72	2.76±0.63			
Nicht reagieren	Intervention	57	2.64±0.58	0.05	128	ns
	Kontrolle	73	2.63±0.60			
Beschreiben	Intervention	57	2.87±0.67	0.70	128	ns
	Kontrolle	73	2.79±0.68			

Korrelationen zwischen Achtsamkeit (CAMS-R sowie Facetten) und Maßen von psychischer Belastung (BSI: GSI und Unterskalen Depression, Angst und Somatisierung) und Wohlbefinden (Lebensqualität QoL NRS, Lebenszufriedenheit: SWLS und Lebenssinn: SMiLE) zum Zeitpunkt T1 vor der Intervention wurden berechnet (vgl. Tabelle 4). Dabei wurde für Alter und Geschlecht kontrolliert, weil diese Variablen mit Achtsamkeit korrelierten: Je älter die Teilnehmenden waren, desto höher war ihre Achtsamkeit (CAMS-R, $r=.32$, $p<.001$). Die 38 Männer (2.84 ± 0.49) hatten höhere Achtsamkeitswerte im Vergleich zu den 92 Frauen (2.56 ± 0.43 ; $t=-3.23$, $df=128$, $p<.01$).

Wie erwartet (Hypothese 1) fanden wir signifikante negative Korrelationen zwischen Achtsamkeit (CAMS-R) und Symptombelastung, positive Korrelationen mit Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und Lebenssinn. Bezüglich der Unter Aspekte von Achtsamkeit zeigten sich Korrelationen ähnlicher Höhe bei ‚bewusst handeln‘, ‚nicht urteilen‘ und ‚nicht reagieren‘, geringer waren die Zusammenhänge bei ‚beschreiben‘ und kaum vorhanden bei ‚beobachten‘. Lebenssinn korrelierte nur mit ‚nicht reagieren‘ und ‚beschreiben‘.

Korrelationen zwischen Unter Aspekten (Facetten) von Achtsamkeit ($r=.28-.45$, alle $p < .01$) sowie zwischen CAMS-R und Facetten von Achtsamkeit ($r=.39-.59$, alle $p < .001$) waren mittel bis groß, mit Ausnahme von ‚beobachten‘. Explorative Analysen zeigten Korrelationen in ähnlicher Höhe für die Subgruppe von trauernden Angehörigen, wenn der Patient zum Zeitpunkt T1 bereits verstorben war ($n=93$).

Tabelle 4. Korrelationen zwischen Achtsamkeit und psychischer Gesundheit (T1, kontrolliert für Alter und Geschlecht

	CAMS-R	Bewusst handeln	Beobachten	Nicht urteilen	Nicht reagieren	Beschreiben
BSI (GSI) ($n=128-130$)	-.51**	-.52**	.07	-.46**	-.42**	-.34**
Depression ($n=128-130$)	-.46**	-.44**	-.11	-.32**	-.36**	-.27**
Angst ($n=128-130$)	-.38**	-.41**	.01	-.26**	-.36**	-.19*
Somatisierung ($n=128-130$)	-.35**	-.31**	.07	-.21*	-.23**	-.02
QoL ($n=128-130$)	.25**	.31**	.18*	.16	.28**	<.01
WHOQOL ($n=128-130$)	.60**	.57**	.16	.29**	.41**	.30**
SWLS ($n=128-130$)	.52**	.42**	.15*	.25**	.33**	.29**
SMILE ($n=117-119$)	.29**	.08	.01	.05	.25**	.23*

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$

2.2.3 Achtsamkeit als Prädiktor von Veränderung

Es wurde untersucht, ob Achtsamkeit, gemessen mit dem CAMS-R zum Zeitpunkt T1 vor der Intervention, als Persönlichkeitseigenschaft einen Einfluss auf die Veränderung der Outcomemaße hat. Außerdem wurde untersucht, ob eine Wechselwirkung (Interaktion) zwischen Achtsamkeit und der Intervention besteht, d.h. ob beispielsweise Personen, die bereits vor der Intervention höhere dispositionelle Achtsamkeit haben, stärker von dieser profitieren. Nur wenn keine Interaktion vorliegt, können Haupteffekte, in diesem Fall der Effekt von Achtsamkeit auf die Veränderung bei allen Teilnehmenden, interpretiert werden.

Wir fanden keinen Interaktionseffekt zwischen Achtsamkeit (T1) und Teilnahme an der Intervention. Vielmehr war Achtsamkeit Prädiktor für Verbesserung für alle Angehörigen. Die Effekte (B-Werte) in Tabelle 5 bedeuten, dass beispielsweise die psychische Belastung zum Zeitpunkt T2 um 4.16 (Range 0-100) Punkte geringer ist, wenn Achtsamkeit zum Zeitpunkt T1 einen Punkt (Range 1-4) höher ist (kontrolliert für psychische Belastung zu T1 and Teilnahme an der Intervention). In ähnlicher Weise ist QoL zu T3 1.12 (von 10) Einheiten höher für eine Person, deren Achtsamkeit zu T1 einen Punkt (Range 1-4) höher ist (kontrolliert für QoL zu T1 und Teilnahme an der Intervention). Wie erwartet war Achtsamkeit also ein Prädiktor von Veränderung bei Teilnehmern an der Intervention (Hypothese 1b), ebenso korrelierte aber auch in der Kontrollgruppe höhere Achtsamkeit mit einer stärkeren Veränderung.

Tabelle 5. Achtsamkeit (T1) als Prädiktor von Veränderung

Outcome	n	M±SD	M±SD	B	KI (B)		p	Eta ²
		Prä (T1)	Post (T2)		Untere	Obere		
BSI (GSI)	124	65.67±10.74	63.03±11.72	-4.16	-7.61	-0.71	.02*	.05
QoL	123	4.04±1.92	5.22±2.13	0.71	-0.04	1.47	.06	.03
WHOQOL	124	62.46±11.86	65.72±11.72	1.75	-1.92	5.42	.35	.01
SWLS	124	3.76±1.22	4.10±1.20	.10	-0.29	0.50	.61	<.01
SMILE	111	67.61±17.97	70.33±17.93	5.75	-1.26	12.76	.11	.03
		Prä (T1)	Follow-up (T3)		Untere	Obere		
BSI (GSI)	123	65.69±10.82	62.87±11.18	-5.25	-9.12	-1.35	.01**	.06
QoL	121	4.05±1.93	5.43±1.97	1.12	0.31	1.93	.01**	.06
WHOQOL	123	62.58±11.86	66.52±13.43	-0.82	-6.18	4.55	.76	<.01
SWLS	123	3.75±1.21	4.09±1.30	0.38	-0.09	0.84	.11	.02
SMILE	105	68.14±17.45	69.80±20.11	10.40	0.58	20.22	.04*	.04
		Prä (T1)	Follow-up (T4)		Untere	Obere		
BSI (GSI)	121	65.67±10.76	60.04±11.19	-2.19	-6.69	2.32	.34	.01
QoL	118	4.06±1.19	6.13±2.08	0.62	-0.26	1.49	.16	.02
WHOQOL	121	62.61±11.99	69.42±12.42	-0.05	-5.23	5.16	.99	<.01
SWLS	121	3.76±1.21	4.32±1.18	0.22	-0,25	0.69	.35	.01
SMILE	109	67.18±17.86	71.79±17.35	11.42	4.68	18.16	<.01**	.10

Anmerkungen: *p<.05; **p<.01; B=Regressionskoeffizient, KI(B)=Konfidenzintervall für B; Kovariablen: Achtsamkeit zu T1, Teilnahme an der Intervention (Ja/Nein), T1-Werte des Outcomes, Alter, Geschlecht, Beziehung zum Patienten, Todeszeitpunkt, Nutzung anderer Unterstützungsangebote

2.2.4 Vermittlung des Interventionseffekts durch Achtsamkeit

Es wurde überprüft, ob der Interventionseffekt durch Achtsamkeit vermittelt wird. Voraussetzung ist, dass einerseits ein Interventionseffekt vorliegt, der in der Hauptstudie überprüft wurde. Hinsichtlich des Interventionseffekts zeigte sich, dass sich nur langfristig - von T1 zu T4 - Achtsamkeit signifikant mehr in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe veränderte ($p=.02$, siehe Tabelle 6). Im Prä-Post-Vergleich zeigte sich nur eine Tendenz, im Prä-3-Monats-Katamnese-Vergleich kein signifikanter Effekt der Intervention auf Achtsamkeit, wodurch sich für diesen Messzeitpunkt eine weitere Überprüfung der Mediation erübrigte.

Tabelle 6. Achtsamkeit (CAMS-R) als Outcomevariable

		M±SD	M±SD	B	KI(B)		p	Eta²
	n	Prä (T1)	Post (T2)		Untere	Obere		
Intervention	67	2.62±0.49	2.72±0.51					
Kontrolle	57	2.69±0.41	2.65±0.43	-0.13	-0.26	0.01	.07	0.03
		Prä (T1)	Follow-up (T3)					
Intervention	68	2.6±0.5	2.7±0.5					
Kontrolle	55	2.7±0.4	2.6±0.4	-0.09	-0.23	0.05	.20	0.01
		Prä (T1)	Follow-up (T4)					
Intervention	67	2.6±0.5	2.8±0.5					
Kontrolle	54	2.7±0.4	2.7±0.5	-0.19	-0.34	-0.03	.02*	0.05

Anmerkungen: * $p<.05$, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, B=Regressionskoeffizient, KI=Konfidenzintervall für B, p=Irrtumswahrscheinlichkeit, Eta²=Effektstärke

Andererseits muss als Voraussetzung des Mediationseffekts ein Effekt von Achtsamkeit (Differenzwert zwischen zwei Messzeitpunkten) auf die Zielgrößen vorliegen. Für den Zeitpunkt T1 ist dieser Effekt für Somatisierung, Depression, Angst und Lebensqualität (WHOQOL) vorhanden (vgl. Tabelle 7). Für den Zeitpunkt T4 leistet die Differenz des Achtsamkeitswertes für alle Outcomes mit Ausnahme von Lebenssinn einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Verbesserung (alle $ps\leq.01$, vgl. Tabelle 8).

Tabelle 7. Einfluss von Achtsamkeit (Differenz T1-T2) auf die Zielgrößen (N=123)

Parameter	B	KI		p	Eta ²
		Untere	Obere		
BSI (GSI)	-5.69	-8.76	11.84	.85	<.01
Somatisierung	-5.74	-9.43	-2.05	<.01**	.08
Depression	-4.22	-7.56	-0.89	.01**	.05
Angst	-4.74	-8.98	-0.51	.03*	.04
QoL	0.39	-0.42	1.21	.34	.01
WHOQOL	5.53	2.43	8.63	<.01**	.10
SWLS	0.21	-0.16	0.58	.26	.01
SMiLE	4.06	-3.05	11.17	.26	.01

Tabelle 8. Einfluss von Achtsamkeit (Differenz T1-T4) auf die Zielgrößen (N=118)

Parameter	B	KI		p	Eta ²
		Untere	Obere		
BSI (GSI)	-7.89	-11.24	-4.55	<.01**	.17
Somatisierung	-5.89	-9.76	-2.02	<.01**	.08
Depression	-7.64	-10.91	-4.37	<.01**	.17
Angst	-5.29	-9.25	-1.32	<.01**	.06
QoL	1.37	0.59	2.14	<.01**	.10
WHOQOL	10.89	7.33	14.46	<.01**	.25
SWLS	0.53	0.15	0.92	<.01**	.06
SMiLE	4.03	-2.41	10.47	.21	.02

Anmerkungen: **p<.01, B=Regressionskoeffizient, KI=Konfidenzintervall für B, p=Irrtumswahrscheinlichkeit, Eta²=Effektstärke; Kovariablen: Alter, Geschlecht, Beziehung zum Patient. Todeszeitpunkt und Nutzung anderer Unterstützungsangebote wurden als Kontrollvariablen in die Analyse eingeschlossen.

Zur Überprüfung der Mediation wurde die Differenz der Achtsamkeitswerte (T1-T2 bzw. T1-T4) in das lineare Modell, mit dem der Interventionseffekt überprüft wurde, einbezogen. Hinsichtlich des kurzfristigen Effekts (T1-T2) verschwand der tendenzielle Interventionseffekt auf Depression, wenn die Differenz der Achtsamkeitswerte hinzugenommen wurde, für die anderen Variablen war der Interventionseffekt nach Hinzunahme der Achtsamkeits-Differenz zwar etwas kleiner, aber immer noch signifikant (s. Vergleich der Zeilen ‚Intervention‘ mit ‚Intervention+CAMSDiffT4‘ in Tabelle 9).

Langfristig (T1-T4) verringerte sich der Interventionseffekt auf Depression, ebenso die tendenziellen Interventionseffekte auf Lebensqualität (WHOQOL) und Lebenszufriedenheit, wenn die Differenz des Achtsamkeitswertes zum Modell hinzugefügt wurde (s. Vergleich der Zeilen ‚Intervention‘ mit ‚Intervention+CAMSDiffT4‘ in Tabelle 10). Zusätzlich wurde in der letzten Zeile der Tabellen 9 und 10 jeweils der Effekt der Achtsamkeitsdifferenz angegeben (Unterschied zum Modell in den beiden vorausgegangenen Tabellen: Dort wurde die Intervention nicht als Kovariable einbezogen).

Der langfristige Interventionseffekt über ein Jahr kann also möglicherweise auf eine Veränderung von Achtsamkeit zurückgeführt werden, während dieser Zusammenhang für den mittelfristigen (3-Monate) Effekt nicht und für den kurzfristigen kaum nachgewiesen werden konnte. Hypothese 2 konnte damit nur teilweise bestätigt werden.

Tabelle 9. Vermittlung des kurzfristigen (T1-T2) Interventionseffekts durch Achtsamkeit (N=123)

Outcome		B	KI(B)		p	Eta ²
			Untere	Obere		
Somatisierung	Intervention	0.39	-2.53	3.31	.79	0
	Intervention + CAMS	-0.67	-3.68	2.35	.66	0
	DiffT2					
	CAMS DiffT2	-5.90	-9.68	-2.12	.00**	0.08
Depression	Intervention	2.36	-0.39	5.10	.09	0.02
	Intervention + CAMS	1.56	-1.15	4.27	.26	0.01
	DiffT2					
	CAMS DiffT2	-3.85	-7.25	-0.46	.03*	0.04
Angst	Intervention	4.59	1.34	7.85	<.01**	0.06
	Intervention + CAMS	4.68	1.29	8.07	.01*	0.06
	DiffT2					
	CAMS DiffT2	-3.61	-7.81	0.59	.09	0.03
WHOQOL	Intervention	-3.68	-6.34	-1.02	<.01**	0.06
	Intervention + CAMS	-2.56	-5.04	-0.07	.04*	0.04
	DiffT2					
	CAMS DiffT2	4.92	1.80	8.04	<.01**	0.08

Anmerkungen: *p<.05, **p<.01, B=Regressionskoeffizient, KI=Konfidenzintervall für B, p=Irrtumswahrscheinlichkeit, Eta²=Effektstärke; CAMS DiffT2 = CAMS-R zu T2 – CAMS-R zu T1; Kovariablen: Teilnahme an der Intervention (Ja/Nein), T1-Werte des Outcomes, Alter, Geschlecht, Beziehung zum Patienten, Todeszeitpunkt, Nutzung anderer Unterstützungsangebote

Tabelle 10. Vermittlung des langfristigen (T1-T4) Interventionseffekts durch Achtsamkeit (N=118)

Outcome		B	KI(B)		p	Eta ²
			Untere	Obere		
BSI	Intervention	1.84	-1.34	5.01	.29	.01
	Intervention + CAMS DiffT4	.24	-2.90	3.37	.88	.01
	CAMS DiffT4	-7.84	-11.29	-4.39	<.01**	.16
Somatisierung	Intervention	-0.54	-4.05	2.97	.76	<.01
	Intervention + CAMS DiffT4	-2.14	-5.79	1.50	.25	.01
	CAMS DiffT4	-6.46	-10.44	-2.47	<.01**	.09
Depression	Intervention	3.27	0.15	6.39	.04*	.04
	Intervention + CAMS DiffT4	1.57	-1.51	4.64	.32	.01
	CAMS DiffT4	-7.24	-10.60	-3.88	<.01**	.14
Angst	Intervention	1.44	-2.26	5.13	.44	.01
	Intervention + CAMS DiffT4	-0.45	-4.19	3.29	.81	.00
	CAMS DiffT4	-5.39	-9.46	-1.31	.01**	.06
QoL	Intervention	-1.18	-1.90	-0.45	<.01**	.08
	Intervention + CAMS DiffT4	-0.75	-1.47	-0.02	.04*	.04
	CAMS DiffT4	1.18	0.40	1.96	<.01**	.08
WHOQOL	Intervention	-3.60	-7.32	0.11	.06	.03
	Intervention + CAMS DiffT4	-0.71	-4.02	2.60	.67	<.01
	CAMS DiffT4	10.71	7.02	14.39	<.01**	.24
SWLS	Intervention	-0.31	-0.68	0.06	.09	.02
	Intervention + CAMS DiffT4	-0.13	-0.48	0.23	.47	<.01
	CAMS DiffT4	0.50	0.10	0.90	.01**	.05
SMiLE	Intervention	0.54	-5.15	6.22	.85	0.54
	Intervention + CAMS DiffT4	1.33	-4.62	7.27	.66	1.33
	CAMS DiffT4	4.41	-2.27	11.09	.19	4.41

Anmerkungen: *p<.05, **p<.01, B=Regressionskoeffizient, KI=Konfidenzintervall für B, p=Irrtumswahrscheinlichkeit, Eta²=Effektstärke; CAMS DiffT4 = CAMS-R zu T4 – CAMS-R zu T1; Kovariablen: Teilnahme an der Intervention (Ja/Nein), T1-Werte des Outcomes, Alter, Geschlecht, Beziehung zum Patienten, Todeszeitpunkt, Nutzung anderer Unterstützungsangebote

2.2.5 Subjektive Einschätzung von Achtsamkeit

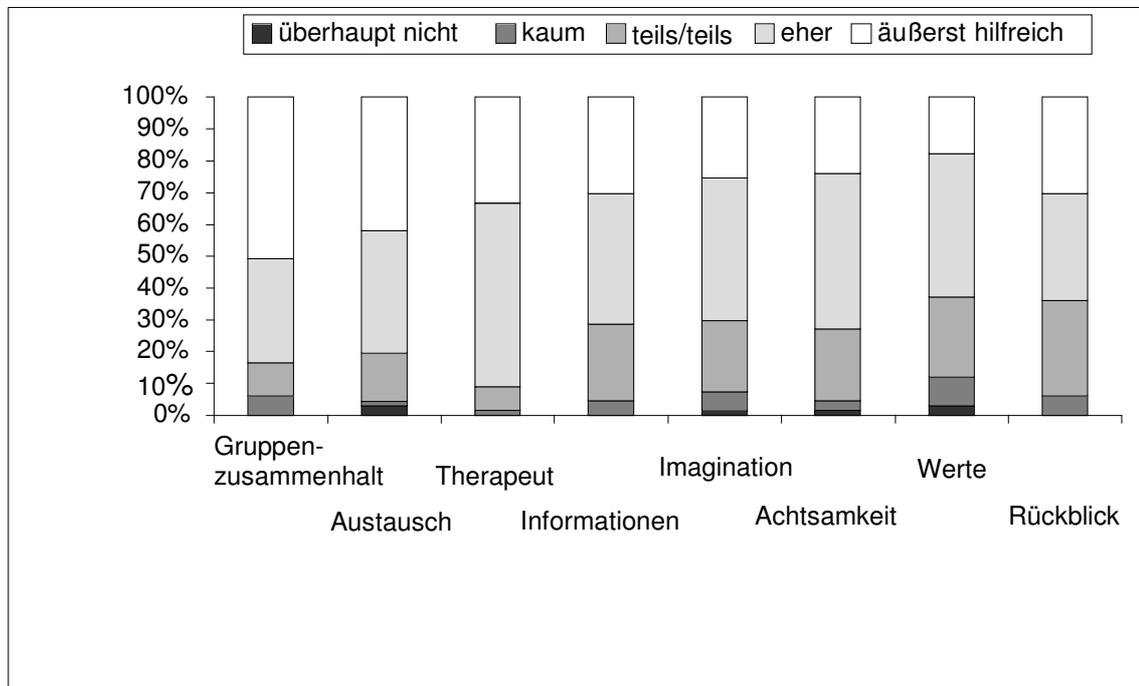
Gruppenelemente und -wirkfaktoren wurden auf einer Skala von 0 ‚überhaupt nicht hilfreich‘ bis 4 ‚äußerst hilfreich‘ eingeschätzt. Die meisten Elemente erreichten Werte im Bereich von 3 ‚eher hilfreich‘, wobei der Gruppenzusammenhalt und der Therapeut als unspezifische Wirkfaktoren am höchsten eingeschätzt wurden (siehe Tabelle 11 und Abbildung 3). Die Werte nahmen von Post zur 3-Monats-Katamnese mit Ausnahme von ‚Austausch‘ leicht ab.

Teilnehmende an der Intervention schätzten Achtsamkeit als sehr hilfreich ein (T2: 3.12 ± 0.89 , $n=67$; T3: 2.90 ± 0.86 $n=66$; Range 0-4), in einem ähnlichen Bereich lag auch die Einschätzung anderer Gruppenelemente wie die Arbeit an Werten.

Tabelle 11. Einschätzung von Gruppenelementen

	Post (T2)			3-Monats-Katamnese (T3)		
	n	M	SD	n	M	SD
Gruppenzusammenhalt	66	3.6	0.6	67	3.3	0.9
Therapeut	67	3.4	0.7	66	3.2	0.7
Informationen	66	3.1	0.9	66	2.9	0.9
Achtsamkeit	67	3.1	0.9	66	2.9	0.9
Austausch	67	3.1	0.8	67	3.2	0.9
Imagination	67	3.0	0.9	67	2.8	0.9
Arbeit an Werten	66	2.9	1.0	67	2.6	1.0
Rückblick auf Lebenszeit	66	2.8	1.1	66	2.9	0.9
Gruppenmotto	67	2.8	0.9	65	2.5	0.9

Abbildung 3. Subjektive Einschätzung der Gruppenelemente (3-Monats-Katamnese: N 65 bis 67)



Nach Ende der Intervention (T2) und drei Monate später (T3) wurden jeweils zwei offene Fragen an den Anfang der Fragebögen gestellt, um den Teilnehmern an der Intervention die Gelegenheit zu geben, sich ausführlicher und in ihren eigenen Worten zu äußern. Die offenen Fragen wurden mit Hilfe der Software MaxQDA (Version 2007) inhaltsanalytisch ausgewertet. Wiederkehrende Themen wurden zu übergeordneten Kategorien zusammengefasst.

52 Personen antworteten auf die Frage „Das habe ich in meinen Alltag übernommen“ zum Zeitpunkt T2. 67.3% von diesen nannten explizit Achtsamkeit (das Konzept generell oder Achtsamkeitsübungen) als Kernelement, das sie in ihren Alltag übernommen hätten. Zum Zeitpunkt T3 machten nur noch 31 Personen Angaben, wobei 51.6% von ihnen die Bedeutung von Achtsamkeit erwähnten. Für T4 waren die entsprechenden Items nicht im Fragebogen enthalten.

Über zwei Drittel der Antworten bezogen sich jeweils auf das Thema Achtsamkeit, besonders häufig wurden Achtsamkeitsübungen genannt, von manchen auch als Aufmerksamkeitsübung, Atemübung, Entspannung oder Meditation bezeichnet. Dabei ging aus den Antworten hervor, dass Achtsamkeit auch assoziiert wurde mit ‚achtsam mit sich umgehen‘, ‚auf sich achten‘ im Sinn von Selbstfürsorge, was auch als ‚gut zu sich selber sein‘ und ‚auf meine eigenen Bedürfnisse einzugehen‘ angesprochen wurde.

Häufig thematisiert wurde das Thema Umgang mit Gefühlen, etwa:

- Gefühle zu akzeptieren und nicht zu verdrängen.
- Zu wissen, dass ich traurig sein darf.
- Negative Gedanken und Gefühle zuzulassen und nicht zu bewerten, und vorbeiziehen zu lassen.

Die Ausrichtung an Werten und das Bemühen um ein Wertegleichgewicht wurden einige Male erwähnt ebenso wie die Ausrichtung an neuen Zielen, vermehrt drei Monate nach der Intervention:

- Es geht weiter, und das anders, aber nicht schlechter.
- An meine Zukunft denken.
- Dem Verlorenen einen guten inneren Platz geben/sich an die neue Lebenssituation anpassen/mit Erinnerungen weiterleben.
- Akzeptanz des Geschehenen. Neue Ziele festlegen.

Mehrmals wurden Ressourcen thematisiert als Kraftquelle, Lichtblicke, Dinge, die Freude bereiten oder Stärkung, teilweise mit explizitem Verweis auf die in der Intervention eingeübte Imaginationsübung.

Insgesamt deuten die quantitativen und qualitativen Ergebnisse darauf hin, dass das Konzept Achtsamkeit und die Achtsamkeitspraxis von den Teilnehmenden wie erwartet als hilfreich erlebt wurden (Hypothese 3).

2.2.6 Auswirkung von formeller und informeller Praxis

Teilnehmende an der Intervention wurden gefragt, wie häufig (pro Woche) sie Achtsamkeit für mindestens 5 Minuten geübt hatten. Zum Zeitpunkt T2 berichteten Teilnehmer, dass sie formelle Achtsamkeit 3.42 ± 3.76 mal pro Woche informelle Achtsamkeit 5.61 ± 9.16 mal pro Woche geübt hätten. Es gab eine signifikante Abnahme formeller Übung zwischen T2 und T3 (1.99 ± 2.83 ; $t=3.70$, $df=63$, $p<.01$), dies betraf aber nicht informelle Übung, die zu T3 immer noch 4.75 ± 8.95 betrug. Die Streuungen waren jeweils sehr hoch. Die Häufigkeit der Achtsamkeitspraxis korrelierte damit, als wie hilfreich die Teilnehmenden sie einschätzten (formelle Übung: $r=.40$, $p<.01$; informelle Übung: $r=.21$, $p=.10$).

Es wurde in der Interventionsgruppe das Quartil (25%) der Teilnehmenden, die am häufigsten praktizierten (formelle Übung: ≥ 5 Mal pro Woche, informelle Übung: ≥ 7 Mal pro Woche) mit den restlichen 75% verglichen (Tabelle 11). Formelle (aber nicht informelle) Übung hatte eine signifikante Auswirkung auf die Veränderung von Achtsamkeit, informelle (aber nicht formelle) Praxis zeigte einen Zusammenhang mit einer Zunahme von Lebensqualität (QoL) und Lebenszufriedenheit. Lebenssinn wurde sowohl durch formelle als auch informelle Praxis beeinflusst. Hypothese 4 wurde damit teilweise bestätigt.

Abbildung 4 zeigt, dass Teilnehmer mit regelmäßiger formeller Achtsamkeitspraxis (≥ 5 Mal/Woche) eine größere Zunahme an Achtsamkeit hatten als Personen mit weniger Übung.

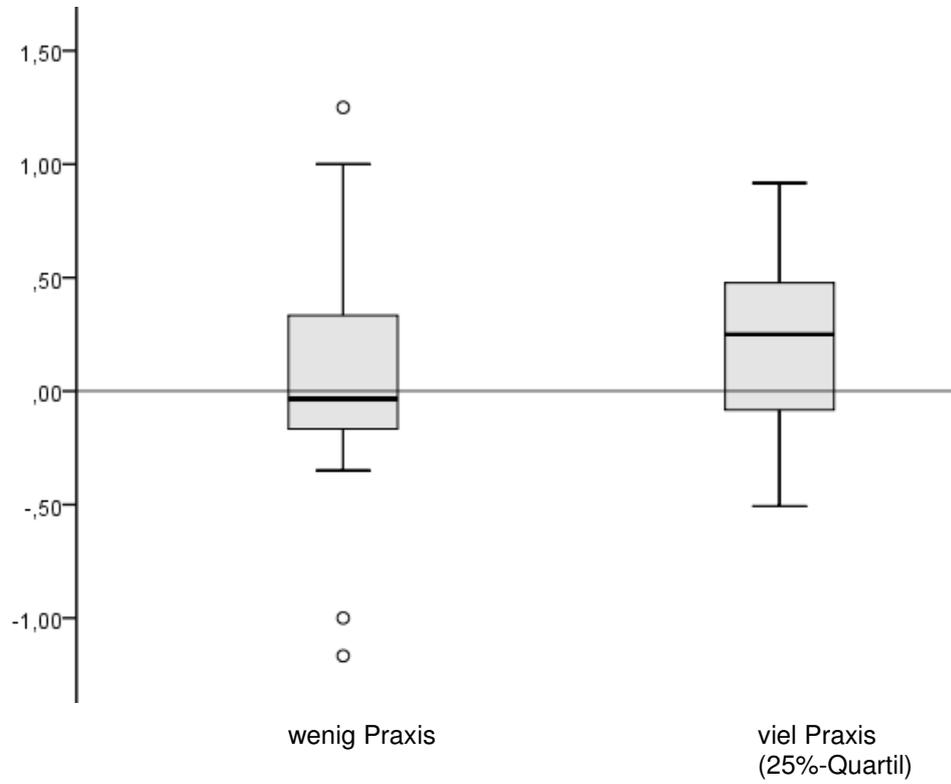
Tabelle 12. Auswirkung von Achtsamkeitspraxis

			M±SD (T1)	M±SD (T2)	B	KI (B)		p	Eta ²
						Untere	Obere		
CAMS-R	FP ≥ 5	18	2.67±0.52	2.87±0.52					
	FP < 5	48	2.61±0.50	2.66±0.51	-0.27	-0.05	-0.01	.02*	.10
	IP ≥ 7	17	2.79±0.49	2.75±0.59					
	IP < 7	45	2.54±0.49	2.72±0.48	.08	-0.17	0.34	.52	.01
GSI	FP ≥ 5	18	63.39±11	59.22±11.56					
	FP < 5	48	67.14±11.31	63.63±12.68	2.50	-1.92	6.91	.26	.02
	IP ≥ 7	17	64.74±11.58	60.94±13.52					
	IP < 7	45	66.64±11.20	62.32±11.97	.76	-4.05	5.57	.75	<.01
QoL	FP ≥ 5	18	4.11±2.11	6.14±2.04					
	FP < 5	48	3.76±1.67	5.45±2.02	-0.57	-1.58	0.44	.26	.02
	IP ≥ 7	17	3.38±1.92	6.03±2.08					
	IP < 7	45	3.89±1.72	5.39±1.96	-1.08	-2.13	-0.03	.05*	.07
WHOQOL	FP ≥ 5	18	62.03±12.98	68.61±12.70					
	FP < 5	48	62.35±10.85	66.52±11.82	-2.92	-6.75	0.91	.13	.04
	IP ≥ 7	17	64.88±12.91	71.00±13.49					
	IP < 7	45	60.89±10.99	65.61±11.11	-1.23	-5.40	2.80	.53	.01
SWLS	FP ≥ 5	18	3.73±1.44	4.34±1.30					
	FP < 5	48	3.74±1.10	4.16±1.13	-0.25	-0.73	0.23	.30	.02
	IP ≥ 7	17	3.80±1.25	4.61±1.16					
	IP < 7	45	3.71±1.17	4.09±1.11	-0.51	-1.01	-0.02	.04*	.08
SMILE	FP ≥ 5	17	62.96±16.27	77.03±12.23					
	FP < 5	45	71.42±15.66	71.77±17.29	-9.12	-17.36	-0.89	.03*	.09
	IP ≥ 7	17	68.29±14.85	78.92±9.65					
	IP < 7	45	68.72±17.38	71.26±16.66	-7.13	-14.36	0.10	.05*	.08

Anmerkungen: *p<.05, **p<.01, FP=formelle Praxis, IP=informelle Praxis, B=Regressionskoeffizient, KI=Konfidenzintervall für B, Eta²=Effektstärke; Weitere Kovariablen: Teilnahme an der Intervention (Ja/Nein), T1-Werte des Outcomes, Alter, Geschlecht, Beziehung zum Patienten, Todeszeitpunkt, Nutzung anderer Unterstützungsangebote

Abbildung 4. Auswirkung von formeller Achtsamkeitsübung (T1/T2)

Veränderung
CAMS-R T1-T2



2.3 Diskussion der quantitativen Studie

Achtsamkeit bei Angehörigen von Palliativpatienten korreliert signifikant mit höherer Lebenszufriedenheit, Lebensqualität, mehr Lebenssinn und geringerer Symptombelastung, womit Hypothese 1a bestätigt wird. Unsere Ergebnisse stehen im Einklang mit Befunden anderer Studien, die Korrelationen von Achtsamkeit mit höherem Wohlbefinden und geringerem Neurotizismus sowie maladaptiver Emotionsregulation (Grübeln und Vermeidung) berichten (117, 141). Der CAMS-R korreliert beispielsweise signifikant mit geringerer Belastung, gemessen mit Subskalen des Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire (MASQ), und höherem Wohlbefinden, erhoben mit Ryff's Skala zu psychischem Wohlbefinden (114). Die Skala MAAS (Mindful Attention Awareness Scale) korreliert beispielsweise negativ mit Depression (BDI, CES-D) und Angst (STAI, POMS) (48). Insbesondere für Aspekte von Akzeptanz (akzeptieren, nicht reagieren, nicht urteilen) wurde ein Zusammenhang mit geringerer psychischer Belastung gefunden (125, 127, 142).

Hinsichtlich der Unter Aspekte von Achtsamkeit fanden wir einen negativen Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und ‚beschreiben‘, ‚bewusst handeln‘, ‚nicht reagieren‘ und ‚nicht urteilen‘, jedoch nicht mit ‚beobachten‘. Auch dies entspricht Ergebnissen anderer Studien. Baer stellt die Hypothese auf, dass das Beobachten innerer Erlebnisse nur zusammen mit einer akzeptierenden Haltung adaptiv ist, wie sie durch Meditationspraxis geübt wird und deshalb Unterschiede zwischen Personen mit unterschiedlich intensiver Meditationspraxis bestehen (125, 127).

Achtsamkeit wird als trait-ähnliche Persönlichkeitseigenschaft ebenso wie als momentaner Zustand aufgefasst. Bezüglich Achtsamkeit als Persönlichkeitseigenschaft hat sich in unserer Studie gezeigt, dass Achtsamkeit zu Beginn der Intervention ein Prädiktor für Veränderung ist, womit Hypothese 1b als bestätigt gesehen werden kann, dass Personen mit höherer Achtsamkeit mehr von der Intervention profitieren. Dies gilt aber nicht nur für die Teilnehmenden an der Intervention, sondern auch für die Kontrollpersonen. Der Effekt war am deutlichsten in der 3-Monats-Katamnese. Es wurde vermutet, dass Personen mit mehr Meditationspra-

xis von achtsamkeitsbasierten Interventionen deutlicher profitieren (143). Unsere Studie deutet jedoch darauf hin, dass Personen mit höherer Trait-Achtsamkeit sich generell besser von Belastungen erholen, unabhängig von einer spezifischen Intervention.

Bezogen auf die Veränderung von Achtsamkeit durch die psychotherapeutische Intervention (State-Aspekt) fanden wir nur einen kleinen Effekt der Intervention auf Achtsamkeit. Allerdings erscheint der langfristige Effekt (ein Jahr nach der Intervention) auf Depression und Lebensqualität durch Achtsamkeit vermittelt. Dieser Effekt muss vorsichtig interpretiert werden wegen der hohen Korrelation zwischen Achtsamkeit und Maßen von psychischer Belastung und Wohlbefinden (vgl. 2.2.2). Hypothese 2, dass der Interventionseffekt durch Achtsamkeit vermittelt wird, kann also teilweise als bestätigt gesehen werden. Andere Studien zu achtsamkeitsbasierten Interventionen, die den CAMS-R verwenden, berichten Zusammenhänge zwischen Zunahme von Achtsamkeit und Verbesserung psychischer Gesundheit (121) und legen nahe, dass Interventionseffekte (MBSR) aus Veränderungen der Achtsamkeit resultieren (122).

Teilnehmer an der Intervention beurteilten Achtsamkeit als sehr positiv und übertrugen sowohl das Konzept als auch die Übung in ihren Alltag, was Hypothese 3 (Achtsamkeit wird als hilfreich erlebt) bestätigt. Das Konzept Achtsamkeit scheint von Angehörigen während der Zeit der Pflege und in der Zeit der Trauer gut angenommen zu werden (116, 118), jedoch ist es möglicherweise schwierig, in dieser Situation eine regelmäßige Praxis einzuüben (117).

Die Subgruppe von Teilnehmenden an der Intervention mit der meisten formellen Achtsamkeitspraxis zeigten eine stärkere Zunahme von Achtsamkeit und Lebenssinn im Vergleich zu den übrigen, die Teilnehmenden mit der meisten informellen Praxis zeigten eine stärkere Zunahme von Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und Lebenssinn. Dies spricht für Hypothese 4: Achtsamkeitspraxis hat Auswirkung auf die Veränderung von Achtsamkeit und Wohlbefinden. Insgesamt ist auch in dieser Gruppe der ‚viel Praktizierenden‘ die Intensität der Übung relativ gering und die Streuung hoch.

Zur Erklärung dieser Befunde bedarf es weiterer Forschung. Formelle Praxis verstärkt möglicherweise die Fähigkeit, sich auf den gegenwärtigen Moment zu fokussieren, was durch den CAMS-R gemessen wird, während Ausführen von Alltagstätigkeiten mit voller Aufmerksamkeit möglicherweise ein Charakteristikum von Lebensqualität und Lebenszufriedenheit ist.

Der Forschungsstand hinsichtlich der Bedeutung von Häufigkeit und Dauer von formeller und informeller Praxis ist inkonsistent. Einerseits wurden Auswirkungen auf Wohlbefinden nur für formelle, aber nicht für informelle Praxis gefunden (144), andererseits wurden Schlaf und Stress nur durch informelle Praxis verbessert (121, 145). Widersprüchlichkeiten könnten auch auf Probleme in der Messung der Achtsamkeitsübung zurück zu führen sein.

Es gibt einige Begrenzungen unserer Studie. Vor allem ist die Heterogenität der Stichprobe problematisch, die sowohl aus trauernden als auch aus pflegenden Angehörigen besteht, und zudem in ihrer Beziehung zum Patienten und in der Diagnose des Patienten unterschiedlich waren. Diese Unterschiedlichkeit beeinträchtigt möglicherweise die Generalisierbarkeit unserer Ergebnisse. Andererseits ist eine Stichprobe, die der klinischen Realität entspricht, möglicherweise vorteilhaft hinsichtlich der Übertragung der Ergebnisse in die klinische Praxis. Bezüglich der Befunde zu den Zusammenhängen zwischen Achtsamkeit und Maßen von psychischer Gesundheit bei Angehörigen ist anzumerken, dass die Stichprobe nicht repräsentativ für Angehörige von Palliativpatienten ist, sondern nur aus Personen bestand, die zugestimmt hatten, an einer randomisiert-kontrollierten Studie teilzunehmen, die eine Gruppenintervention (EBT) evaluiert.

Die psychometrischen Eigenschaften des CAMS-R wurden bisher nur anhand von Studierendenstichproben überprüft. Dem Fragebogen wurde der Vorzug vor besser validierten Verfahren gegeben, da die Items auch für Nicht-Meditierende verständlich sind und einer der Autoren sich mit Achtsamkeit im Kontext von Trauer und der therapeutischen Arbeit mit Trauernden beschäftigte (146). Möglicherweise ist der CAMS-R nicht ausreichend änderungssensitiv, um Achtsamkeit als Bewusstseinszustand zu messen. Vielmehr wären multimodale Methoden wünschenswert, etwa Experience Sampling in Echtzeit, unterstützt durch tragbare

Computer (PDAs, Smartphones) (48, 147). Auch um die Auswirkungen von Praxis zu erforschen, wären verfeinerte Methoden sinnvoll, etwa detaillierte Tagebuchaufzeichnungen anstelle von retrospektiver Einschätzung. Aufwändige Datenerhebung ist jedoch bei der Stichprobe von Angehörigen von Palliativpatienten sowohl aus praktischen als auch ethischen Gründen schwer zu realisieren und stellt möglicherweise eine nicht zumutbare Belastung dar.

Aufgrund der genannten Begrenzungen können die Befunde zur Auswirkung von formeller und informeller Meditationspraxis nur explorativ gewertet werden. Um Veränderungen in Achtsamkeit als grundlegende Haltung und Persönlichkeitseigenschaft zu erreichen, ist möglicherweise ein intensiveres Achtsamkeitstraining erforderlich (148). In MBSR Kursen werden etwa 45 Minuten tägliche Praxis empfohlen (52). Wada und Park (119) äußern jedoch Bedenken, ob für Trauernde intensive Meditationspraxis möglich ist. Mitgefühl mit anderen, die ein ähnliches Schicksal teilen, ebenso wie Mitgefühl mit sich selbst mögen ein wichtiger Wirkmechanismus sein, der mit Achtsamkeit eng verknüpft ist (149).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Konzept ‚Achtsamkeit‘ von Angehörigen von Palliativpatienten gut angenommen wurde, sowohl in der Pflege als auch in der Trauerzeit. Weitere Forschung ist jedoch nötig zu den zu Grunde liegenden Wirkmechanismen, der optimalen Dosis, Häufigkeit und Art von Achtsamkeitsübung, um Wohlbefinden von Angehörigen zu fördern und psychische Belastung zu reduzieren. Qualitative Methoden könnten einen besseren Einblick geben, wie Teilnehmende das Konzept ‚Achtsamkeit‘ verstanden haben, was genau für sie hilfreich war und wie ihre Achtsamkeitspraxis im Alltag ausgesehen hat.

3 QUALITATIVE EVALUATION

Die Hauptfragestellung der qualitativen Untersuchung lautet: Was wurde von den Teilnehmern an der Gruppenunterstützung (EBT) für Angehörige von Palliativpatienten als hilfreich im Trauerprozess erlebt, insbesondere bezogen auf die Inhalte der Intervention?

Im Detail wurde gefragt:

- Welche Elemente der Intervention werden von den Teilnehmenden subjektiv als hilfreich betrachtet?
- Wie haben die Teilnehmenden die vorgestellten Inhalte in ihren Alltag umgesetzt?
- Sind Auswirkungen der Gruppenintervention auf den Trauerprozess erkennbar?
- Wie wurden Konzepte wie ‚Achtsamkeit‘ verstanden und angewendet?

3.1 Methode der qualitativen Studie

3.1.1 Design

In einem Mixed-Methods-Design war die Interview-Studie in die randomisiert-kontrollierte Studie zur Evaluation der ‚Existentiell Behavioralen Therapie‘ für Angehörige von Palliativpatienten eingebettet (113). Es wurden halbstrukturierte, problemzentrierte Interviews (150) mit Teilnehmern an der EBT durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Studie wurde von der Ethikkommission der LMU genehmigt. Alle Interviewpartner gaben nach Aufklärung über die Studie ihre Einwilligung zur Teilnahme, und ihnen wurde Anonymität zugesichert (Information zur Einwilligungserklärung vgl. Anhang 3).

3.1.2 Interviewpartner

Es galten dieselben Ein- und Ausschlusskriterien wie für die randomisiert-kontrollierte Hauptstudie (s. 2.1.1). Im Rahmen der qualitativen Studie wurden nur Teilnehmende an der Gruppenintervention (randomisiert zugeteilt) interviewt. Der Vergleichbarkeit der Interviews wegen wurden zudem nur Angehörige befragt, deren Partner/Partnerin verstorben war, da angenommen wurde, dass sich die Trauer um einen Partner von der Trauer um einen anderen Angehörigen (v.a. Elternteil, Kind) in der Intensität und auch in den damit verbundenen Themen unterscheidet. Als Zeitpunkt der Befragung wurde zunächst ein Jahr nach der Intervention festgelegt, um eine Aussage über die Langzeitwirkung zu erhalten. Es wurden – nach zwei Pilotinterviews im Jahr 2009 - alle Personen nach ihrer Einwilligung zur Teilnahme gefragt, für die im Jahr 2010 diese Kriterien (1 Jahr nach Intervention, Patient war Partner) zutrafen. Drei weitere Interviews wurden zum Vergleich mit Personen geführt, bei denen die Teilnahme an der Intervention erst ca. 3 Monate zurück lag (alle aus einer Gruppe).

Potentielle Interviewpartner wurden von den Interviewern telefonisch nach ihrer Bereitschaft zu einem Interview gefragt, und es wurde ein Interviewtermin vereinbart. Die Interviews fanden je nach Präferenz der Befragten in den Räumen des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin München oder bei diesen zu Hause statt.

In die vorliegende Auswertung gingen insgesamt 19 Interviews ein (vgl. Tabelle 13). Von zwei weiteren Interviews, die geführt wurden, liegen keine vollständigen Transkripte vor - einmal stimmte der Interviewpartner der Tonbandaufzeichnung nicht zu, beim anderen ging die Audiodatei aus technischen Gründen verloren, nachdem erst ein grobes Transkript angefertigt worden war.

Zwei Pilotinterviews wurden im Jahr 2009 mit Teilnehmern der ersten Angehörigen-Unterstützungs-Gruppe (nach der Pilotgruppe) geführt. Der Interviewleitfaden wurde nach diesen beiden Interviews verfeinert und im Verlauf der weiteren Interviews noch geringfügig erweitert. 17 Interviews wurden im Jahr 2010 mit Teilnehmern an sechs Interventionsgruppen geführt. Fünf Personen konnten im für das In-

interview angestrebten Zeitraum nicht erreicht werden oder lehnten die Teilnahme ab.

Tabelle 13 gibt einen Überblick über die Interviewten: 55% (11 Personen) waren weiblich, ihr mittleres Alter war $57,3 \pm 9,7$ Jahre (Range 38 – 78). 75% (15 Personen) haben ihren Partner wegen Krebs verloren, zwei Patienten hatten ALS (Amyotrophe Lateralsklerose) und drei andere chronische Erkrankungen (Demenz, COPD Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, hypoxischer Hirnschaden).

Tabelle 13. Überblick über die Interviews

Interview	Interviewer	Gruppe (Nummer)	Monate seit dem Tod	Geschlecht	Alter (Jahre)
A	MK	2.	15.2	m	69
B	MK	2.	12.9	w	57
C	MK	3.	8.4	w	56
D	MK	3.	18.4	m	68
E	MK	3.	18.9	w	61
F	MK	4.	15.6	m	44
G	MK	4.	16.1	w	58
H	MK	5.	13.1	m	62
I	JB	6.	13.2	w	38
J	MK	7.	13.2	w	54
K	JB	7.	12.9	m	64
L	JB	7.	13.3	w	60
M	MK	7.	13.4	w	78
N	JB	8.	12.8	w	46
O	MK	8.	13.0	w	61
P	MK	8.	12.4	m	55
Q	JB	10.	2.8	m	49
R	JB	10.	2.4	w	46
S	JB	10.	3.1	m	63

Anmerkungen: MK=Monika Kögler, JB=Jürgen Brandl, m=männlich, w=weiblich; grau unterlegt: Interviews nach ca. 3 Monaten

3.1.3 Interviewdurchführung

Es wurden problemzentrierte Interviews anhand eines Interviewleitfadens durchgeführt; diese haben den Vorteil, dass sie möglichst große Offenheit für die Sicht der Befragten, deren Perspektiven und Erfahrungen mit Fokussierung auf die Forschungsfrage kombinieren (150). Der Interviewleitfaden in seiner Endfassung ist im Anhang (vgl. Anhang 5) abgedruckt. Eine vorformulierte Einleitungsfrage diente dazu, das Gespräch auf das zu untersuchende Problem zu zentrieren und gleichzeitig die Interviewpartnerin zu einer möglichst freien Erzählung anzuregen: *„Seit der Angehörigen-Unterstützungs-Gruppe ist jetzt schon über ein Jahr (bzw. sind jetzt ungefähr drei Monate) vergangen. Mich interessiert, wie Sie die Gruppe erlebt haben und wie es Ihnen seitdem ergangen ist.“*

Dabei sollten einerseits die Befragten zu einer möglichst freien Darstellung ihrer subjektiven Problemsicht angeregt werden, andererseits nutzte der Interviewer sein Vorwissen für gezielte Fragen und Klärungen. Zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews wurden weitere Themenbereiche und Frageideen zur Einleitung im Leitfaden festgelegt, der während des Interviews als Gedächtnisstütze diente und zur Überprüfung, inwieweit die einzelnen Themen bereits angesprochen wurden (151). Die Fragen bezogen sich auf das Alltagsleben, den Umgang mit Trauer, die Wirkung der Gruppe und insbesondere der Achtsamkeitsübungen.

Die Interviews wurden von zwei Interviewern durchgeführt: 12 Personen befragte Monika Kögler (MK), die als Projektmitarbeiterin den Interviewpartnern teilweise bekannt und an der Organisation, nicht aber an der inhaltlichen Durchführung der Angehörigen-Unterstützungs-Gruppen beteiligt war. Um Effekte der Person des Interviewers und seiner Verwobenheit in das Projekt zu nivellieren, wurden sieben weitere Interviews von Jürgen Brandl (JB) durchgeführt, der im Rahmen der Interviewstudie seine psychologische Diplomarbeit anfertigte, ansonsten aber nicht in das Projekt involviert war.

Die Interviews dauerten zwischen 36 und 150 Minuten, im Schnitt 73 ± 30 Minuten. In Postskripten wurden unmittelbar nach dem Interview Besonderheiten des Interviews und der Interviewdurchführung festgehalten.

3.1.4 Auswertung der Interviews

Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und vollständig transkribiert anhand eines einfachen Transkriptionssystems, das vor allem auf den Inhalt der Texte Wert legte. Dialekt wurde nicht verschriftlicht, Sprache und Interpunktion wurden leicht geglättet und an das Schriftdeutsch angenähert (152). Alle Transkripte wurden vom jeweiligen Interviewer noch einmal anhand der Audiodateien überprüft, Namen und Ortsbezeichnungen wurden anonymisiert. Im Rahmen der Auswertung wurde für jedes Interview eine stichpunktartige Zusammenfassung der wesentlichen Inhalte angefertigt.

Die Auswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse (153). Kategorien wurden in einem induktiv-deduktiven Wechselprozess herausgearbeitet (153-155). Die Kategorienbildung begann bereits während der Interviewdurchführung und wurde durch die Software MaxQDA (Version 10) unterstützt (152). Hinsichtlich der Kategorienbildung wurde dieses Vorgehen kombiniert mit Strategien der Grounded Theory (156):

Es wurden Sinneinheiten abstrahiert, die jeweils mit einem Code als einer Art sprachlichem Etikett versehen und in übergeordnete Kategorien (abstraktere Konzepte) integriert wurden. Insgesamt wurde ein vorwiegend deskriptiver und zurückhaltend interpretativer Ansatz gewählt: Kategorien wurden vor allem auf der Ebene der Oberflächenbedeutung der Texte gebildet (109).

Eine vorläufige Liste von Kategorien wurde basierend auf dem Interviewleitfaden und auf dem unabhängigen Kodieren der Transkripte zweier erster Interviews durch zwei Kodierer (MK und JB) formuliert. Mit Hilfe von Mindmaps und Moderationstechnik wurden die Codes sortiert und in Beziehung gesetzt. Dieses vorläufige Kategoriensystem wurde in einer Forschungswerkstatt mit anderen qualitativ Forschenden, die mit der Interventionsstudie und dem Interviewmaterial nicht vertraut waren, anhand eines weiteren Interviewtranskripts validiert (vgl. Anhang 6). Operationale Definitionen für Kategorien und Codes wurden festgelegt, wobei auf psychologische Terminologie und Theorie zurückgegriffen wurde.

Insgesamt 12 der Interviews wurden anschließend von zwei Kodierern unabhängig ausgewertet (MK and JB). Abschnitte, die nicht in das vorläufige Kategoriensystem eingeordnet werden konnten, wurden mit einem neuen Code versehen. Unterschiedliche Auffassungen wurden diskutiert, bis ein Konsens erreicht wurde (konsensuelles Kodieren). Das gefundene Kategoriensystem wurde in einer weiteren Forschungswerkstatt mit anderen qualitativ Forschenden diskutiert. Abschließend wurden die vier restlichen Interviews kodiert und eine Endversion des Kategoriensystems erstellt (MK). Im Forschungsprozess holten wir Beratung bei Prof. Angelika Pöferl, Department Sozial- und Kulturwissenschaften, Hochschule Fulda (Früher Institut für Soziologie, LMU München) ein.

3.2 Ergebnisse der qualitativen Studie

Bei der Auswertung der qualitativen Interviews hinsichtlich der Fragestellung, was von den Teilnehmenden an der Gruppenintervention als hilfreich erlebt wurde, legten wir den Schwerpunkt auf Hilfreiches, das weitgehend von den Einzelnen bzw. durch eine Intervention beeinflussbar schien. Wir fassten die Ergebnisse in den beiden Hauptkategorien ‚Soziale Unterstützung‘ und ‚Selbstregulation‘ zusammen, die jeweils zwei weitere Ebenen von Subkategorien beinhalten (vgl. Abbildung 5 und Anhang 7).

Die Kategorien auf allen drei Ebenen werden im Folgenden inhaltlich beschrieben und die Unterkategorien mit ausgewählten Textstellen belegt (in Klammern: Buchstabe des entsprechenden Interviews). Zusätzlich gibt die Tabelle in Anhang 4 einen Überblick über die Hauptthemen der einzelnen Interviews. Dabei sind jeweils nur die Aspekte eingetragen, die in den Interviews eine wesentliche Rolle spielten. Zusätzlich wurden unter ‚Rahmenbedingungen des Lebens‘ Aussagen zusammengefasst, die sich auf hilfreich erlebte Hintergrundbedingungen beziehen, welche nicht so leicht durch eine Intervention änderbar erschienen. Diese werden im Folgenden nicht ausführlich beschrieben, sind aber in Abbildung 5 stichpunktartig aufgeführt. Es ist zu erwarten, dass diese mitbestimmen, was von den Teilnehmenden an der Intervention als hilfreich erlebt wird. Insbesondere zählt dazu das soziale Netz aus Familie, Freunden und Bekannten. Daher wurde - um einen möglichen

Zusammenhang mit den Hauptkategorien abzubilden - jedes Interview hinsichtlich des verfügbaren sozialen Netzes eingestuft (mit +, 0, und -, siehe Anhang 4).

Abbildung 5. Übersicht Kategoriensystem: Hilfreich für den Trauerprozess

A Soziale Unterstützung: *Positive Aspekte des Kontakts mit anderen Personen in einer ähnlichen Lebenssituation*

- A 1 Selbstöffnung
 - A 1.1 Zeigen von Gefühlen
 - A 1.2 Sprechen über den Tod
 - A 1.3 Zusammengehörigkeitsgefühl
 - A 1.4 Verstandenwerden
- A 2 Vergleich mit anderen
 - A 2.1 Austausch über die Bewältigung
 - A 2.2 Relativierung des eigenen Leids
 - A 2.3 Normalität des Erlebens
- A 3 Organisatorische Rahmenbedingungen
 - A 3.1 Homogenität und Heterogenität
 - A 3.2 Kontext Palliative Care
 - A 3.3 Längerfristiges Setting

B Selbstregulation: Bewältigungsstrategien, um seinen Impulsen, Gedanken und Gefühlen nicht hilflos ausgeliefert zu sein

- B 1 Achtsamkeit und Akzeptanz
 - B 1.1 Zustimmende Haltung zur Situation
 - B 1.2 Distanzierung von kreisenden Gedanken
 - B 1.3 Zulassen von Emotionen
- B 2 Fokus auf Positives
 - B 2.1 Positive Bewertung des Sterbeprozesses
 - B 2.2 Erinnerung an schöne Erlebnisse
 - B 2.3 Suche nach Kraftquellen in der Gegenwart
- B 3 Orientierung an neuen Zielen
 - B 3.1 Bewusste Aktivität
 - B 3.2 Gestalten eines eigenständigen Lebens
 - B 3.3 Selbstfürsorge

Rahmenbedingungen des Lebens: Hintergrundbedingungen, die mit bestimmen, was als besonders hilfreich erlebt wird

- Soziales Netz
 - Art des Abschieds vom Verstorbenen
 - Qualität der Beziehung mit dem Verstorbenen (vor dessen Tod)
 - Aufgaben im Leben (v.a. Berufstätigkeit, Verantwortung für Kinder)
 - Andere professionelle Unterstützung
-

A Soziale Unterstützung

In der Kategorie ‚soziale Unterstützung‘ haben wir positive Aspekte des Kontakts speziell mit Personen in einer ähnlichen Lebenssituation zusammengefasst. Bedingt durch den Kontext der Interviews betraf dies vor allem den Kontakt mit anderen Teilnehmenden an der Gruppenintervention. Neben dem Aspekt der sozialen Integration (Gefühl der Zugehörigkeit) wird darunter emotionale, kognitive und praktische Hilfe verstanden (157).

Sehr häufig wurde in den Interviews die Formulierung gewählt, „nicht alleine zu sein“ mit seinem Schicksal oder „nicht allein da zu stehen“, auch bezogen auf Alltagskontakte und andere professionelle Angebote (v.a. Trauergruppen). Mehrfach wurden die Gleichheit oder Ähnlichkeit der Teilnehmenden betont, Parallelen im Erleben oder die Verbundenheit durch das ähnliche Schicksal hervorgehoben. Bei einigen stand mehr der emotionale Aspekt eines Raumes für Selbstöffnung, bei anderen mehr kognitiv-praktisch der Vergleich mit anderen mit einem ähnlichen Schicksal im Vordergrund. Praxisrelevant sind besonders auch Aussagen über günstige Rahmenbedingungen für die gegenseitige Unterstützung.

A 1 Selbstöffnung

Viele Befragte beschrieben eine Atmosphäre der Offenheit und des Vertrauens, in der sie über sich selbst sprechen konnten. ‚Selbstöffnung‘ haben wir als das Mitteilen von persönlichen, intimen Inhalten, von Gedanken und Gefühlen verstanden.

A 1.1 Zeigen von Gefühlen

Die Interventionsgruppe wurde als sicherer Ort erlebt, an dem eine Atmosphäre des Vertrauens und der Offenheit herrschte, in der es möglich war, Gefühle von Trauer oder Wut zu äußern, ohne sich zurückhalten oder besonders darstellen zu müssen: *„Dadurch, dass die Leute auch so offen waren und auch so erzählt haben, hab ich mich sehr aufgehoben gefühlt. Also es war schon so, dass du sagen kannst, O.K., da kannst du jetzt weinen, da kannst du mal sagen, pah, ich bin sauer, weil er weg ist oder sonst irgendwas.“* (R)

Ein Teilnehmer bezeichnete es als wichtig im Kontakt mit anderen Trauernden, dass *„dadurch, dass wir alle im selben Boot sitzen, wir uns gegenseitig nicht verstecken brauchten, nix vorspielen brauchten“* (F).

A 1.2 Sprechen über den Tod

Für einige Interviewpartner war es wesentlich, über Krankheitszeit, Sterben, den Verstorbenen und ihre Trauer sprechen zu können – Themen, die sie teilweise vorher verdrängt hatten: *„Ich habe mein Leid erzählt und die haben mir ihr Leid erzählt und jede hat geweint. [...] Jeder hat das gut getan wahrscheinlich, dass sie das raus reden hat können.“* (M)

Das Bedürfnis nach wiederholten Erzählungen schien bei vielen im Privatleben nicht befriedigt, entweder weil sie nur wenige soziale Kontakte hatten oder weil ihr Umfeld es nicht ertrug: *„Ich darf in der Öffentlichkeit nicht über diesen Tod sprechen. [...] Es ist Tabuthema, es ist schon lange her und jetzt reicht es schon wieder.“* (R)

Von wenigen Interviewpartnern wurde es auch als belastend erlebt, zusätzlich zu seinem eigenen noch das Leid der anderen mit anzuhören oder immer wieder mit ihrem eigenen Schmerz konfrontiert zu werden. Letztlich sahen die meisten es dennoch als hilfreich an: *„Bei jeder Gruppenzusammenkunft wühlt einen das wieder auf. Aber wahrscheinlich muss es so sein, wenn man drüber reden kann, ist es doch leichter, als wenn man das so in sich rein frisst.“* (S)

A 1.3 Zusammengehörigkeitsgefühl

Das Zusammengehörigkeitsgefühl steht in enger Verbindung mit dem Konzept der ‚Gruppenkohäsion‘. Darunter haben wir den inneren Zusammenhalt oder das Beziehungsnetz zwischen den Teilnehmenden verstanden, das dazu führte, dass die einzelnen sich akzeptiert und zugehörig fühlten (158). Eine Teilnehmerin sprach von einem *„Faden, der uns eigentlich schon von Anfang an verbunden hat“* (O).

Mehrere fühlten sich in diesem Beziehungsnetz *„aufgehoben“* (E, L, O, R), *„eingebunden“* (E, L), *„aufgefangen“* (C, J). Als Grundlage dafür wurde mehrfach gegenseitige Sympathie genannt, man habe sich gut verstanden, gut zusammen gepasst, sei eine homogene Gruppe gewesen.

A 1.4 Verstandenwerden

Viele der Befragten äußerten, wie wichtig es für sie war, sich von anderen vom Tod eines Partners „Betroffenen“ verstanden zu fühlen, da nur diese nachempfinden könnten, wie es ihnen gehe. Ein Teilnehmer brachte es so auf den Punkt: *„Wenn jemand das selber passiert ist, der kann sich rein versetzen. Da braucht es gar nicht viele Worte.“* (F)

A 2 Vergleich mit Menschen in einer ähnlichen Situation

Der Vergleich mit anderen nahm breiten Raum in den Interviews ein, häufig auch implizit dadurch, dass die Befragten von anderen Interventionsteilnehmern erzählten. Dabei wurden häufig Unterschiede thematisiert (Männer/Frauen, Beziehung zum Verstorbenen, Zeit seit dem Tod), die unterschiedlich bewertet wurden.

A 2.1 Austausch über die Bewältigung

Viele Interviewpartner äußerten sich darüber, wie sie voneinander und miteinander lernten, indem sie sich über ihre Bewältigungsstrategien austauschten. Für einige ging es vor allem um gegenseitige Ratschläge zu praktischen Fragen wie den Umgang mit den Dingen des Verstorbenen, die Gestaltung von Weihnachten oder das Aussuchen des Grabsteins. Für andere stand besonders die gegenseitige Motivation im Vordergrund, sich durch die Bewältigungsstrategien anderer angespornt zu fühlen: *„Man ist ja auch in einer Klasse nicht allein, man macht zusammen diese ganzen Unterrichtsstoffe, Materialien und sonst was. Und da denk ich auch, man merkt einfach: Ja, die schafft das so und so und die schafft das auch, dann schaff ich das doch genauso.“* (O)

Der Vergleich zwischen Menschen in unterschiedlichen Phasen der Bewältigung hatte sowohl für die eher ‚Gebenden‘, die im Trauerprozess schon ‚weiter‘ waren, als auch für die eher ‚Nehmenden‘ einen positiven Effekt. Ein Befragter, bei dem der Tod der Partnerin unmittelbar bevorstand, meinte, ihn habe *„dieses Mitfühlen mit den anderen in der Gruppe [...] vorausschauend ein bisschen schon auf das vorbereitet [...], was mir dann auch bevorstand.“* (H) Andere fühlten sich erinnert an

ihre frühere Situation und konnten rückblickend würdigen, was sie schon bewältigt hatten oder erlebten es als befriedigend, dass sie „*auch den anderen etwas geben*“ (G) konnten.

A 2.2 Relativierung des eigenen Leidens

Einige Interviewpartner verglichen sich mit anderen, denen es genauso schlecht oder sogar noch schlechter im Vergleich zu ihnen selbst ging und erlebten dies als positiv für ihr Wohlbefinden und Hilfe gegen Selbstmitleid:

„Deshalb hatte ich nie das Gefühl, dass ich jetzt irgendwas Besonderes bin. Und dass nur mir da jetzt das Schicksal so übel mitspielt. Ich will ja jetzt nicht so tun, als [...] gäbe es nicht immer wieder Anfälle von Selbstmitleid, aber das zu hören, was da gleichaltrige, jüngere, viel jüngere, bisschen ältere Menschen schon alles an Schrecklichem erlebt hatten, oder gerade dabei waren zu erleben, hat mir wirklich geholfen. Jetzt im Sinne einer, ja vielleicht Relativierung.“ (H)

A 2.3 Normalität des Erlebens

Einige der Befragten fühlten sich deutlich entlastet dadurch, dass sie feststellten, dass andere dasselbe erlebten oder erlebt hatten wie sie selbst. Im Kontakt mit anderen Menschen in derselben Lebenssituation fühlten sie sich als normal und nicht wie sonst im Alltag als „*der Exot, der Sonderling*“ (N). Der Kontakt zu Leuten, die „*live dabei*“ (R) waren, sei hilfreicher als ein Psychologe gewesen, der sage, die Reaktion sei normal, denn: „*Wenn du merkst, dass andere genauso denken, dann weißt du, aha, du drehst doch nicht durch, es ist ganz normal, dass das so ist.*“ (Q)

Die Bestätigung der Normalität betraf besonders als unangemessen erlebte Trauerreaktionen, das überraschend positive Erleben der letzten Krankheitszeit des Patienten und Schuldgefühle. Mehrere hat es „*beruhigt*“ (B, G, O) oder in ihrer Haltung „*bestärkt*“ (O), dass auch andere in der letzten Lebenszeit des Patienten den Gedanken hatten „*Hoffentlich ist es bald vorbei.*“ (B). Auch die bei anderen miterlebte Wut auf das Schicksal oder den Verstorbenen und Zweifel, genug getan zu haben, wirkten entlastend. Eine Frau berichtet, es habe sich herausgestellt: „*Jeder*

hat das irgendwo. ‚Hast du mit deinem Partner alles früher richtig gemacht? Hättest Du das nicht anders machen können?‘“ (A)

A 3 Organisatorische Rahmenbedingungen

Aus der Wichtigkeit der sozialen Unterstützung in Form von Selbstoffenbarung und Vergleich zu Anderen ergeben sich bestimmte organisatorische Bedingungen für eine Unterstützungsgruppe für Angehörige dieser Art. Bestimmte Faktoren wurden teilweise direkt von den Befragten angesprochen.

A 3.1 Homogenität und Heterogenität

Was die Homogenität der Gruppenzusammensetzung betrifft, schien eine Mischung aus Gemeinsamkeiten und Unterschieden von den Befragten als positiv erlebt zu werden, um voneinander zu lernen: *„Da war ein Witwer dabei in dieser Gruppe. Was der so erzählt hat, zwei Söhne, auch Elektroingenieur wie ich. Du, da habe ich ganz fasziniert zugehört, weil das war mein Leben in zehn Jahren, wo der Tod der Frau zehn Jahre später eintrat.“ (F)*

Unterschiedlichkeit wurde tendenziell hilfreich oder zumindest nicht störend erlebt zwischen Männern und Frauen, Menschen unterschiedlichen Alters, in unterschiedlichen Phasen der Trauer. Ähnlichkeit wurde in Bezug auf die Art und Qualität der Beziehung zum Verstorbenen und auf den Lebenskontext – Berufstätigkeit, Kinder – als positiv hervorgehoben.

A 3.2 Kontext Palliative Care

Eine Teilnehmerin beschrieb es explizit als hilfreich, dass das Angebot im Kontext der Palliativversorgung stattfand und die Teilnehmenden sich über die gemeinsame Erfahrung vielfach längerer Krankheit austauschen konnten: *„Weil ich denke, [...] wenn ein Angehöriger auf der Palliativstation stirbt, das ist wirklich was anderes wie einfach Sonstiges, weil halt einfach so viel voran gegangen ist.“ (J)*

Die enge Verzahnung mit der Palliativversorgung wurde mehrfach positiv hervorgehoben: *„Ich verbinde hier mit diesem Haus und mit dieser Palliativstation eigentlich angenehme Erinnerungen. [...] Und für mich war es noch mal eine Fortsetzung von dem Ganzen, in dieser Angehörigengruppe zu sein.“ (G)*

Die Gruppentreffen fanden in Räumen einer Klinik statt, in der viele der Angehörigen der Befragten behandelt wurden oder sogar verstarben. Einige Befragte empfanden es als belastend, an diesen Ort zurückzukommen: *„Schon alleine der Weg dorthin: Ich bin zwar nicht mehr durchs Klinikum gegangen [...] aber allein die Sauerstofftanks [...] Die Frau war fast zwei Jahre vom Sauerstoff abhängig und Sie sehen, da wühlt das halt alles wieder auf“* (S) Möglicherweise wäre ein neutraler Ort für diese Interviewpartnerin geeigneter gewesen.

A 3.3 Längerfristiges Setting

Es bestand ein großer Wunsch nach weitergehenden Kontakten in einem längerfristigen Setting. Teilnehmer von mehreren Interventionsgruppen (4 der 7, an denen die Befragten teilgenommen hatten) trafen sich auch nach der Intervention weiter im privaten Rahmen und einige berichteten, der Austausch sei nach der ‚offiziellen‘ Intervention noch intensiver geworden. Ein Mann schlug vor, an deren Ende auf weiterführende Angebote für spezielle Themen (z.B. Eltern mit Kindern) zu verweisen, eine Frau hat sich im Anschluss eine längerfristige Trauergruppe gesucht.

B Selbstregulation

Unter ‚Selbstregulation‘ haben wir alle Äußerungen darüber zusammengefasst, was jemand selbst unternimmt, um Herr/Herrin der Lage zu bleiben und seinen Impulsen, Gedanken und Gefühlen nicht hilflos ausgeliefert zu sein. Dabei handelt es sich um mehr oder weniger bewusste Bewältigungsstrategien auf der Ebene von Gedanken, Emotionen und Verhalten (159). Für einige Befragte war es im Kontext der Intervention wichtig, bestimmte Informationen und Techniken als eine Art *„Fundament“* (F), *„Rüstzeug“* (E) oder *„Handwerkszeug“* (Q), mit zu bekommen.

B 1 Achtsamkeit und Akzeptanz

Akzeptanz wurde von uns definiert als eine zustimmende Haltung zu einer Situation und die Bereitschaft, – auch unangenehme – Gefühle und Gedanken zuzulassen. Akzeptanz geht darüber hinaus, lediglich zu realisieren, dass die verstorbene Person nicht mehr wiederkehren wird, oder sich resignierend mit der Situation abzufinden und sie passiv hinzunehmen.

Achtsamkeit haben wir als ein bewusstes Lenken der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Augenblick verstanden, das Wahrnehmen von Empfindungen und Gefühlen in der Gegenwart und in einer wohlwollend-akzeptierenden Haltung – statt mit den Gedanken um Vergangenes und Zukünftiges zu kreisen.

B 1.1 Zustimmende Haltung zur Situation

Mehrere Interviewpartner schilderten es als hilfreich, sich selbst immer wieder dazu zu ermutigen, die Situation des Todes des Partners und des eigenen Alleinseins anzunehmen: *„Das war jetzt so ein bisschen meine Erfahrung: Je eher man die Situation so annimmt, wie sie ist, und nicht sagt: ‚Was wäre wenn?‘ oder ‚Was wäre anders?‘, desto leichter tut man sich. Und die Situation selber habe ich nie in Frage gestellt. Ich habe gesagt: ‚Das ist jetzt so, ich kann es nicht ändern, ich muss jetzt das Beste daraus machen.‘“* (F)

Viele Befragte bezeichneten das Grübeln darüber, ob sie etwas hätten anders machen können, als fruchtlos und rangen um die Akzeptanz der eigenen Grenzen – nicht in der Lage gewesen zu sein, mehr für den Partner zu tun, in der Beziehung Fehler gemacht zu haben. Eine Frau sprach beispielsweise davon, *„dass man da kein schlechtes Gewissen haben braucht. Alle haben dann Schuldgefühle. Ob sie nicht was machen können. Und hadern mit sich selber immer so: Habe ich alles richtig gemacht?“* (S)

Einige nahmen die jetzige neue Lebenssituation positiv an und blickten zuversichtlich in einen neuen Lebensabschnitt: *„Man merkt, man hat ja eigentlich mit der zweiten Hälfte recht angenehme Zeit gehabt, die man halt nicht vergessen darf. Und jetzt muss man schauen, weil man will ja, dass es weiter geht, dass man alleine diese angenehme Zeit weiter führt, soweit es geht.“* (P)

Möglicherweise wächst die Zustimmung zur Situation im Verlauf des Trauerprozesses. Ein Interviewpartner, bei dem erst 3 Monate seit dem Tod vergangen waren, sagte: *„Also bewertungslos hinnehmen kannst du es eigentlich nicht. [...] Du hast immer im Hinterkopf: Du hättest das besser machen können oder anders machen können.“* (S).

B 1.2 Distanzierung von kreisenden Gedanken

Einige Interviewpartner sprachen davon, wie wichtig es sei, Grübeln und kreisende Gedanken zu stoppen, vielfach ausgedrückt in Bildern wie *„nicht in der Abwärtsspirale nach unten gehen“* (F) oder *„das Karussell anhalten“* (G).

Bei einigen klang es mehr nach der verhaltenstherapeutischen Gedankenstopp-Technik (160), die nicht Inhalt des Therapiemanuals war. Für andere war Ablenkung durch Fernsehen, Unterwegssein oder Arbeit hilfreich. Nur wenige erwähnten explizit Achtsamkeitsübungen als Hilfe, Gedanken wahrzunehmen, aber sich nicht mit ihnen zu identifizieren: *„Wie Meditation ist das. [...] Und das Wichtige ist, dass man nicht an diesen schlechten Gedanken oder was halten soll, sondern einfach dass sie da sind, dass das auch O.K. ist, aber dass man auch wieder rauskommt.“* (E). Oder: *„Ich gehe jetzt mal einen Schritt zur Seite und gucke mir an, was da eigentlich ist. Was mich jetzt so reagieren lässt.“* (N)

Einige sprachen davon, dass es hilfreich sei, im Augenblick zu sein: *„Der Schwerpunkt ist nach wie vor dieser Achtsamkeitsgedanke, den ich hier mitgenommen habe. [...] Dass ich mich mehr auf das Jetzt konzentriere [...] ohne dass da die Gedanken kommen ‚Ja schön wäre, wenn du jetzt nicht alleine gewesen wärst.‘“* (A) Dabei unterstütze das bewusste Wahrnehmen der Natur und des Körpers: *„Bewusst wahrzunehmen, ‚was rieche ich, was sehe ich, was spüre ich, wie gehe ich, wie schnauf ich?‘ Holt mich einfach raus aus diesem Hamsterrad. [...] Die Haare einer Distel [...], wie sich diese Laubbäume in diesem brettglatten Wasser spiegeln“* (N)

Formelle Achtsamkeitsübungen, wie sie in der Intervention eingeübt wurden, wurden von den Teilnehmern vielfach nach ihren Bedürfnissen abgewandelt und nach Bedarf (statt einer regelmäßigen Praxis) eingesetzt. Der Begriff ‚Achtsamkeit‘ er-

scheint wenig eingängig, manche Befragte sprachen von „*Aufmerksamkeitsübungen*“ oder „*Entspannungsübungen*“. Einige bezeichneten sich „*ruhiger und gesammelter*“ (H) aufgrund der Übungen, viele beschrieben, dass sie, wenn sie nicht einschlafen könnten oder nachts aufwachten, auf ihren Atem achteten.

B 1.3 Zulassen von Emotionen

Viele Interviewpartner beschrieben es als hilfreich, das Kommen und Gehen der unterschiedlichen Gefühle zuzulassen, die vielfach ausgelöst wurden durch Erinnerungen an den Verstorbenen. Manche berichteten, dass sie sich Erinnerungen bewusst aussetzten, indem sie Dinge unternähmen, die sie gemeinsam mit dem Verstorbenen getan hätten, an Orte fahren würden, an denen sie gemeinsam gewesen seien, die Dinge der Verstorbenen aussortierten, vom verstorbenen Partner sprechen würden oder Fotos anschauten: *„Ich muss also da hinfahren, wo wir schöne Sachen erlebt haben. Da bin ich dann zwar traurig, aber ich habe einfach das Gefühl, ich brauche das, dass ich noch mal nachschaue: Aha, da haben wir das gemacht, da haben wir jenes gemacht.“* (I)

Viele der Befragten sprachen von einer großen Bandbreite von Gefühlen, vor allem Trauer und Wut, aber auch Freude, und davon, dass es helfe, um die Wechselhaftigkeit der Gefühle im Trauerprozess zu wissen: *„Dann hat man aber ein schlechtes Gewissen, weil es einem sehr gut geht. Darf ich überhaupt schon lachen oder sonst irgendwas? [...] Es ist so eine Berg-und-Tal-Fahrt gerade. [...] Ist schwierig, damit umzugehen, weil man manchmal denkt: ‚Ja, sag mal, ich dachte jetzt geht es wieder aufwärts?‘ Aber dann geht es wieder weit runter. Haben wir aber auch in der Gruppe gelernt: Es ist einfach so.“* (R)

Für einige war eine wesentliche Halt gebende Information, die sich in der eigenen Erfahrung bestätigte, dass verschiedenste Gefühle in Wellen kommen und wieder gehen können: *„Es kommt dann manchmal so ein Gefühl, das mich drückt. Ich weiß aber aus dem Gespräch: Das geht wieder weg. Und das stimmt. [...] Ich finde, das ist etwas, an dem ich mich halten kann.“* (A)

Dass es hilfreicher ist, Gefühle kommen und gehen zu lassen, statt dagegen anzukämpfen, drückt eine Frau folgendermaßen aus: *„Ich weiß mittlerweile, die Traurig-*

keit vergeht auch wieder und ich brauche auch nicht dagegen kämpfen, sondern das ist halt dann einfach so. [...] Und ich habe selbst schon gemerkt, wenn ich dagegen ankämpfe oder das wegschieben möchte oder wegdrängen möchte, dann ist das schlecht. Dann dauert der Zustand erst einmal viel, viel länger und mir geht's dann deswegen nicht unbedingt besser.“ (G)

B 2 Fokus auf Positives

Einige schilderten, dass sie bewusst den Blick auf Positives – in der Vergangenheit oder Gegenwart – lenkten, wenn sie in Grübeleien oder gedrückte Stimmung abzurutschen drohten und mehrere nannten die Intervention als Anstoß dafür.

B 2.1 Positive Bewertung des Sterbeprozesses

Vielfach wurde von den Befragten das Gute im Schlimmen gesehen, z.B. dass die Art und der Zeitpunkt des Sterbens gut waren und der Tod eine Erlösung für den Patienten gewesen sei, *„dass es dem anderen ja jetzt eigentlich viel besser geht“* (J), er ärztlich und pflegerisch gut versorgt gewesen sei und keine Schmerzen habe leiden müssen, dass es eine Befriedigung sei, sein Mögliches für ihn getan zu haben, und dass rückblickend sogar die Krankheitszeit *„eigentlich auch eine gute Zeit“* (C) gewesen sei. Eine Befragte sagt: *„Es hat nicht nur negative Dinge, wenn man so was erlebt. Ich lebe auch jetzt anders als vorher, weil man manche Dinge viel bewusster wahrnimmt.“* (O).

B 2.2 Erinnerung an schöne Erlebnisse

Die Erinnerung an schöne Erlebnisse stand in den Interviews in Verbindung mit der Distanzierung von kreisenden Gedanken. Ein Interviewpartner sprach davon, *„dass man wirklich, wenn man drohte abzurutschen oder wenn man wirklich einmal nicht so gut drauf war, dann Stopp! und versucht hat, sich wieder an das Positive, an das Schöne zu erinnern.“* (F)

Eine andere Interviewpartnerin berichtete, dass es ihr helfe, *„besonders diese positiven Erinnerungen rauszukramen oder bei denen dann länger zu verweilen“* (J). Diese schönen Erlebnisse könnten unabhängig vom Partner sein. Viele erinnerten

sich aber auch an gemeinsame schöne Zeiten – was sie gemeinsam erreicht und aufgebaut hätten, an gemeinsame Urlaube und Erlebnisse.

B 2.3 Suchen von Kraftquellen in der Gegenwart

Kraftquellen wurden von uns definiert im Sinn von Quellen von Freude und Sinn im Leben. Besonders häufig genannt wurden in den Interviews Erlebnisse mit (kleinen) Kindern und Enkelkindern: *„Da waren wir im Badeurlaub. Das war schön und toll. Mit den Kindern im Wasser. Und Opi hin, und Opi her [...] ist dann schon sehr schön. Und von dem schöpfe ich irgendwo Kraft.“* (D)

Mehrere Interviewpartner erlebten Bewegung in der Natur als Quelle von „Energie und Ruhe“ (J): *„Wald ist Ruhe, Wald ist Riechen, Wald ist Entspannen, ist Luft Tanken, ist Gehen, Bewegung für mich, schöne Dinge sehen, ja, es gibt mir halt was.“* (O) Eine Interviewpartnerin schilderte, wie sie sich einen Fotoapparat gekauft habe, um bewusst in der Natur schöne Dinge zu sehen: *„Einfach durch die Linse zu gucken: Wo sind schöne Sachen? Ja, dass man nicht alles immer nur negativ sieht.“* (N)

Für einige waren Stille und Rückzug Möglichkeiten zum Auftanken, teilweise verbunden mit Spiritualität: *„Und auch dieses Kloster tut mir sehr gut. Auch von den ganzen Gebetszeiten her, und von auch von den Angeboten [...] und das ist so meine Oase.“* (G) Einzelne erwähnten den Kontakt mit Haustieren und Gartenarbeit, kreative Tätigkeiten (Heimwerken, Malen) sowie soziale Kontakte mit Freunden und Genussmomente als Ressourcen, andere schätzten sich glücklich wegen der finanziellen Sicherheit und z.B. der Möglichkeit zu reisen.

B 3 Orientierung an neuen Zielen

Für viele Befragte war es wichtig, bewusst eine neue Lebensphase mit neuen Aktivitäten und Ausrichtung an eigenen Zielen zu beginnen. Einige Befragte sprachen von Schritten ins Neuland, wobei sie sich teilweise auf Übungen der Intervention bezogen, eine Interviewpartnerin verwies z.B. darauf, dass *„ich eigentlich mit der Gruppe beschlossen habe, ich möchte schon wieder nach vorne schauen und nicht da hinten irgendwo sitzen bleiben“* (R). Die Orientierung an neuen Zielen ge-

winnt im Verlauf des Trauerprozesses an Bedeutung gewinnt: bei den Interviews, die 3 Monate nach der Intervention durchgeführt wurden, hat dieses Thema deutlich weniger Bedeutung als bei den späteren Interviews (vgl. Übersichtstabelle in Anhang 4). Dieser Zusammenhang ist nahe liegend, aber aufgrund der kleinen Zahl der frühen Interviews nur explorativer Natur.

B 3.1 Gestalten eines eigenständigen Lebens

Eine wichtige Aufgabe für viele war, ein eigenständiges Leben ohne den Partner zu gestalten, wie zwei Befragte es ausdrücken, *„ein Leben mit mir alleine versuchen hinzukriegen.“* (L) oder *„mit der Erinnerung an den Tod, aber sein eigenes Leben leben“* (G).

Der Beginn des neuen Lebensabschnitts heißt auch ein Loslassen des alten Lebens mit dem Partner: *„Diese Zeit, die ich mit meinem Mann verbracht habe, das ist für mich der eine Teil, und jetzt ist mein Leben eben ein anderer Teil. Und ich habe mit meinem Mann sehr gut zusammen gelebt, über 36 Jahre lang.“* (C)

Teilweise wurden auch die positiven Seiten des Alleinlebens hervorgehoben: *„Ich kann tun und lassen, was ich will, und wenn mir einfällt, ich fahr heute weg für drei Tage, dann fahr ich halt einfach. [...] Weil ich muss dazu sagen, ich habe sehr früh geheiratet, mit 19 Jahren, und hatte eigentlich nie eine Zeit, in der ich wirklich alleine gelebt habe. Und das hol ich scheinbar jetzt irgendwie alles nach.“* (G).

Einige erwähnten Rituale als hilfreich, die häufig mit einer fortgesetzten Beziehung zur Verstorbenen zu tun haben, z.B. regelmäßig auf den Friedhof zu gehen. Eine Frau erzählt, sie nehme einen guten Schnaps *„zum Beispiel zu seinem Geburtstag und zu seinem Todestag auf das Grab [...] und ein Stamperl bekommt auch wirklich er. Das schützte ich in die Erde.“* (N) Die Suche nach neuen Ritualen macht aber auch deutlich, dass ein neuer Lebensabschnitt ohne den Verstorbenen begonnen hat: *„Beim Christbaumschmücken habe ich schon langsam das Gefühl gehabt, da gehen wir jetzt neue Wege. [...] Durchbrechen dieser alten Rituale.“* (F).

B 3.2 Bewusste Aktivität

Bewusste Aktivität haben wir definiert als aktives Gegensteuern gegen Rückzugstendenzen und dysfunktionale Gedanken und Verhaltensweisen, verbunden mit konkreten Aktivitäten. Einige Befragte sprachen von Austreten aus dem Stillstand und Schritten nach vorn, nicht abzugleiten in eine Opferrolle, sich nicht hängen zu lassen, häufig verbunden mit Selbstgesprächen: *„Und hab mir selber quasi ver-schrieben, dass ich eben raus muss. Nicht im Sinne von Weglaufen, aber halt im Sinne von Nicht-Einigeln.“* (H)

Einerseits intensivierten die Befragten früher, teilweise noch vor der Partnerschaft, praktizierte Tätigkeiten. Andererseits probierten sie Neues aus, vom Lernen einer neuen Fremdsprache bis zu handwerklichen Hobbys. Eine Haltung der Neugier und Offenheit wurde mehrfach als hilfreich beschrieben. Nützlich sei gewesen *„Denkanstöße, Beispiele und Ideen“* (E) zu sammeln.

Dabei half es dem einen, etwas zu tun, *„was ich alleine normal nie gemacht hätte, aber wo mich meine Frau normalerweise hingebracht hat“* (F), z.B. in Ausstellungen zu gehen. Eine andere pflegte dagegen bewusst gemeinsame sportliche Hobbys nicht weiter, sondern sucht neue Aktivitäten. Mehrere haben eine soziale Aufgabe, z.B. als Hospizhelferin, übernommen oder planen dies, um der schmerzlichen Erfahrung einen Sinn zu geben.

B 3.3 Selbstfürsorge

Das Leben nach dem Tod eines Partners, der vorher häufig längere Zeit pflegebedürftig war, bedeutete für viele auch wieder mehr Selbstfürsorge, im Sinn von achtsam mit seinen Gefühlen, Bedürfnissen und Energiereserven umzugehen: *„Erst bist du praktisch Hausfrau, Mutter und Ehefrau, dann bist du Krankenschwester, du hast ja eigentlich immer so eine Rolle. [...] Also mit einem Schlag sind diese Rollen ziemlich weg gefallen, und dann lernt man erst einmal seine eigenen Bedürfnisse wieder kennen, sage ich jetzt mal.“* (J).

Achtsamkeit wurde von den Interviewpartnern - aufgrund der Alltagsbedeutung des deutschen Begriffs – häufig als ‚auf sich achten‘ verstanden und in Verbindung gebracht mit Selbstfürsorge im Sinn von ‚auf sich schauen‘, ‚für sich sorgen‘. Es ist

die Rede von „achtsam sein, auf sich hören, was würde dir jetzt gut tun?“ (G): „Ich glaub, das hat auch ganz viel mit dieser Achtsamkeitsübung zu tun, dass man eigentlich auch mal merken sollte, du bist ja auch noch da.“ (R)

3.3 Diskussion der qualitativen Studie

Die vorliegende Studie gibt einen differenzierten Überblick über Faktoren, die Angehörige von Palliativpatienten, die an der EBT teilgenommen haben, als hilfreich im Trauerprozess erlebten. Die Ergebnisse sollen im Folgenden mit anderen Forschungsergebnissen und psychologischen Theorien in Beziehung gesetzt werden.

3.3.1 Bedeutung von sozialer Unterstützung

Der unspezifische Faktor der sozialen Unterstützung durch andere Menschen mit einem ähnlichen Schicksal war für die meisten Befragten am Bedeutsamsten, sei es in seinen emotionalen (Selbstöffnung) oder eher kognitiven und praktischen (Vergleich mit anderen) Aspekten. Dies steht im Einklang mit anderen Studien zu Gruppeninterventionen. Trauernde berichten, das Zusammensein mit anderen mildere das Gefühl, allein zu sein nach dem Tod eines geliebten Menschen. Sie könnten anderen Trauernden gegenüber offener sprechen, da Freunde und Familie die wiederholten Erzählungen oft nicht mehr hören wollten (34).

Ebenso wurde gegenseitiger Austausch mit Menschen in ähnlichen Situationen in anderen Forschungsarbeiten zu Unterstützungsangeboten für Angehörige als wichtigster Aspekt gesehen. Menschen scheinen vom Vergleich mit anderen, denen es schlechter geht, ebenso zu profitieren wie vom Vergleich mit denen, die bereits einen Schritt weiter sind (30, 33).

Solche sozialen Vergleichsprozesse können vor dem Hintergrund der Theorie von Festinger (161) verstanden werden, der davon ausgeht, dass Menschen dazu tendieren, sich mit ähnlichen Personen zu vergleichen, dass aber „Vergleiche nach oben“, z.B. mit Personen mit besseren Coping-Fähigkeiten, motivieren können und „Vergleiche nach unten“ den Selbstwert stabilisieren.

Möglicherweise war soziale Unterstützung am wichtigsten für jene, die kein tragfähiges soziales Netz haben, worauf die – mit Vorsicht zu interpretierende - Über-

sicht (vgl. Anhang 4) hindeutet. Gefühle von Einsamkeit - allein zu sein ohne den Partner - scheinen abgemildert zu werden durch die Erfahrung der Gemeinsamkeit mit anderen Trauernden - nicht alleine zu sein mit seinem Schicksal.

Eine Erhebung zu sozialer Unterstützung bei trauernden Angehörigen von Palliativpatienten zeigte, dass die meisten ausreichend Hilfe in ihrem privaten Umfeld fanden. Viele erlebten es hilfreich, mit jemandem in ihrem Bekanntenkreis zu sprechen, der Ähnliches erlebt hatte, weil sie sich ohne viele Worte verstanden fühlten. Nur wenige besuchten organisierte Gruppen (11, 162).

Selbst qualitative Evaluationen von achtsamkeitsbasierten Interventionen, die in einem deutlich höheren Maß als die hier beschriebene Intervention aus Einübung formeller Meditation besteht, berichten unspezifische Gruppeneffekte wie die Normalisierung des eigenen Erlebens (110, 163-165). Die Bedeutung unspezifischer Faktoren in der Gruppentherapie, insbesondere Gruppenkohäsion, scheint eine Parallele zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Einzeltherapie darzustellen (158, 166).

3.3.2 Geeignetes Setting

Eine gewisse Unklarheit bleibt bezüglich des optimalen Settings für eine Intervention für Angehörige von Palliativpatienten, sowohl in unserer Studie als auch in der Literatur. Auf der einen Seite wird Homogenität, etwa bezüglich der Art des Verlustes, der Krankheit des Patienten, der Beziehung zum Patienten oder des Alters der Teilnehmer empfohlen, um den Gruppenzusammenhalt zu fördern (167). Auf der anderen Seite wird berichtet, dass Unterschiede in ebendiesen Aspekten keine bedeutende Rolle für die Teilnehmer gespielt hätten (31). Die gemischte Zusammensetzung der Gruppe aus Personen, die vor (antizipatorisch) und nach dem Tod eines nahen Menschen trauerten, ist möglicherweise problematisch, selbst wenn Ähnlichkeiten beider Formen von Trauer in der Literatur berichtet werden (168). Allerdings handelt es sich um eine der klinischen Realität entsprechende Stichprobe, was Vorteile für den Transfer in die Praxis hat.

Es fehlt Evidenz zur Wirksamkeit von frühen präventiven Interventionen, die für alle Trauernden offen sind (36), während andererseits berichtet wird, dass Angebote

für Trauernde im Kontext der Palliative Care insbesondere in den ersten sechs Monaten nach dem Verlust genutzt werden (13) und Kontinuität von Hilfe vor und nach dem Tod empfohlen wird (12). Zeitlich begrenzte Unterstützungsangebote sind möglicherweise ein guter Einstieg in die Auseinandersetzung mit der Trauer (167), aber in unserer Studie fanden wir, dass viele Teilnehmer eine längerfristige Begleitung wünschen.

3.3.3 Achtsamkeit im Trauerprozess

Einige Interviewpartner sagten, dass folgende Information und Erfahrung ihnen am meisten geholfen hätten: Schmerzhaftes Gefühl kommen und gehen im Trauerprozess, und es ist gut, sie zuzulassen. Das Zulassen von Gefühlen wird in der Verhaltenstherapie generell und in der Trauerbegleitung speziell als günstig bewertet, steht aber in besonders engem Zusammenhang mit achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Ansätzen, wobei die innere Distanz helfen kann, auf den ‚Wellen der Trauer zu reiten‘ und nicht von ihnen überwältigt zu werden (146, S. 9). Diese Information wurde teilweise aus der Interventionsgruppe übernommen, teilweise stammte sie aus anderen Quellen. Sie wurde beschrieben als übermitteltes Wissen, das in der eigenen Erfahrung bestätigt wurde.

In Evaluationen achtsamkeitsbasierter Therapien mit mehr formeller Meditationsübung wurden ähnliche Effekte der Fokussierung auf den Augenblick, der Distanzierung von kreisenden Gedanken und des Umgangs mit schwierigen Gefühlen berichtet wie in unserer Studie (110, 163, 164, 169). Allerdings wurden von den Befragten formelle Achtsamkeitsübungen nur in geringem Maß in den Alltag integriert. Einige allerdings konzentrierten sich auf ihren Atem, um zu entspannen, insbesondere wenn sie Schwierigkeiten hatten, einzuschlafen – mehr im Sinn einer Ruhemeditation als der Einsicht in die Veränderlichkeit von Gedanken und Gefühlen, wie es Ziel der Achtsamkeitsmeditation ist (49). Mehrere berichteten, dass es ihnen schwer fiel, genügend Konzentration für die Übungen aufzubringen, was sich mit dem Hinweis deckt, dass strenge Meditationspraxis für Trauernde weniger geeignet sei (119). Der Begriff ‚Achtsamkeit‘ wurde von den Interviewpartnern häufig auch als ‚auf sich selbst achten‘ im Sinn von Selbstfürsorge verstanden.

3.3.4 Fokus auf das Positive und die Zukunft

In der Sprache kognitiver Verhaltenstherapie könnten Kraftquellen als positive Aktivitäten zur Verbesserung der Stimmung verstanden werden. Dabei wird besonders häufig auf die in der Gruppe geübte Imaginationsübung zu einer stärkenden Erfahrung Bezug genommen. Die von den Befragten genannten Ressourcen – es wurden insbesondere Kinder, Natur, Spiritualität genannt - decken sich inhaltlich stark mit den Bereichen von Lebenssinn, die mit dem Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE) gefunden wurden (136).

Die Fokussierung auf Positives steht teilweise im Zusammenhang mit dem Stoppen von Grübeln. Dies widerspricht nicht der Wichtigkeit von Akzeptanz, da Grübeln oft dazu dient, unangenehme Gefühle zu vermeiden und keineswegs aktive Konfrontation bedeutet (170). Andererseits gehen neuere Trauertheorien davon aus, dass es für Trauernde zwei Aufgaben gibt, verlustorientierte und wiederherstellungsorientierte, zwischen denen sie oszillieren, einmal z.B. ‚Trauerarbeit‘ leisten und sich mit Schmerz auseinandersetzen (verlustorientiert), ein anderes Mal neue Projekte in Angriff nehmen (wiederherstellungsorientiert). Wichtig seien jeweils ‚Auszeiten‘ von diesen beiden Aufgaben, der Wechsel zwischen Konfrontation und Vermeidung (171).

Die meisten der Interviewpartner erzählten ein Jahr nach der Intervention von Schritten in ein neues Leben. Gleichzeitig beschrieben einige, dass die Bindung an den Verstorbenen fortbesteht. Alter und Geschlecht der Befragten spielen hier möglicherweise eine Rolle: Jüngeren Menschen fällt eine neue Zukunftsperspektive leichter, Frauen planen häufig ehrenamtliches Engagement. Der Beginn eines neuen, eigenen Lebens scheint auch in engem Bezug zu Akzeptanz des Todes zu stehen und diese mit der Zeit zusammen zu hängen, die seit dem Tod vergangen ist. Es fällt auf, dass der Aspekt des Akzeptierens der unabänderlichen Situation ebenso wie Schritte in ein neues Leben bei den drei Interviews drei Monate nach der Intervention (s.o. 3.1.2), bei denen das Versterben erst kürzer zurücklag, weniger Bedeutung hat. Diese Ergebnisse sind angesichts der geringen Anzahl der Interviews allerdings explorativer Natur.

Insgesamt recht ähnliche Bewältigungsstrategien wie in der vorliegenden Studie wurden in anderen qualitativen Studien mit Trauernden aus dem Palliativkontext gefunden: Genannt werden die Akzeptanz des Todes und Orientierung an neuen Zielen, teilweise geprägt von sozialem Engagement (19) oder in die Zukunft zu blicken statt zu grübeln (9) ebenso wie die in Ritualen fortdauernde Beziehung zum Verstorbenen (9, 19). Ebenso entsprechen die Ergebnisse den vier Traueraufgaben nach Worden, die nicht als linearer, sondern als zyklischer Prozess zu verstehen sind und zu denen neben Akzeptanz des Todes und dem Durchleiden des Schmerzes ebenso gehört, ein neues eigenes Leben und eine neue Beziehung zum Verstorbenen aufzubauen (172).

3.3.5 Begrenzungen und weitere Forschung

Da die Interviewer mit dem theoretischen Hintergrund der Gruppenintervention vertraut waren, spiegelt sich die Terminologie des Behandlungskonzepts auch in den Kategorien wider (zum Beispiel ‚Achtsamkeit und Akzeptanz‘). Als Problem stellt sich die soziale Erwünschtheit dar: Die Befragten haben möglicherweise erzählt, wovon sie glaubten, dass die Interviewer es hören wollen. Es konnten jedoch diesbezüglich keine Unterschiede zwischen Settings der Interviews und den beiden Interviewern festgestellt werden, die in unterschiedlicher Nähe zum Projekt standen. Die Befragten äußerten sich teilweise durchaus kritisch, z.B. was die Heterogenität der Gruppe und die geringe Anzahl der Treffen betraf, was darauf schließen lassen könnte, dass sie auch in anderen Bereichen die jeweils für sie relevanten Auffassungen zum Ausdruck gebracht haben.

Es ist schwer zu trennen, welchen Beitrag zur Prävention psychischer Störungen und komplizierter Trauerverläufe die Intervention und welchen andere Faktoren im Leben der Befragten geleistet haben, zumal nur Teilnehmende an der Intervention befragt wurden. Mehrere Interviewpartner haben in einer Einzeltherapie oder Seelsorge Unterstützung gesucht, waren in weiteren Angehörigen- oder Trauergruppen, zitierten hilfreiche Literatur und schilderten unterstützende Gespräche im privaten Umfeld von Familie, Freundes- und Bekanntenkreis.

Es ist auch möglich, dass Personen mit von vorneherein günstigeren Bewältigungsstrategien – unabhängig von einer Intervention – diese auch in der Trauerzeit anwenden und so leichter den Verlust akzeptieren und verarbeiten und neue Perspektiven entwickeln können. Um den spezifischen Anteil noch besser zu verstehen, wären zusätzliche Interviews mit trauernden Angehörigen aus der Kontrollgruppe der randomisierten Studie und zusätzlich mit solchen Personen sinnvoll, die an der Intervention nicht teilnehmen wollten, um deren Bewältigungsstrategien mit denen der Teilnehmenden an der Interventionsgruppe zu vergleichen.

Die Ergebnisse der qualitativen Studie sind nicht repräsentativ, zeigen aber die Sicht der Teilnehmenden auf. Diese können als Hypothesen gesehen werden, die in weiteren qualitativen und quantitativen Studien überprüft und vertieft werden können.

Insgesamt wurde die EBT von den Teilnehmenden als sehr hilfreich betrachtet, da sie eine Brücke von der Palliativversorgung in die Zeit der Trauer schlug. Das Material weist auf typische Wahrnehmungen hin, die in weiterer Forschung überprüft werden sollten. Mehr Verständnis über ein optimales Setting (Zeitpunkt des Beginns, Dauer, Einzelbegleitung/Gruppe, Gruppenzusammensetzung) von Angehörigen von Palliativpatienten generell ist ebenso nötig wie hinsichtlich spezifischer Inhalte, etwa angemessener Formen von Achtsamkeitspraxis für Trauernde.

4 ZUSAMMENFASSENDES FAZIT

Achtsamkeit wurde von trauernden Angehörigen als hilfreiches Konzept benannt, dies zeigte sich im Rahmen der Evaluation eines Unterstützungsangebots für Angehörige (EBT) ebenso in der Befragung mit Hilfe von Fragebögen wie in Interviews. Die quantitativen Befunde, dass der Effekt der ‚Existentiell Behavioralen Therapie‘ teilweise auf eine Veränderung der Achtsamkeit zurückzuführen ist und dass Achtsamkeitspraxis Auswirkungen auf Maße von Achtsamkeit und Wohlbefinden hat, haben explorativen Charakter.

Das in Interviews geäußerte subjektive Erleben der Teilnehmenden kann helfen zu verstehen, was Achtsamkeit als möglichen Wirkfaktor auszeichnet. Die Aussagen dazu, was von den Teilnehmenden als hilfreich empfunden wurde, werden im Folgenden in Bezug zum Konzept ‚Achtsamkeit‘ gesetzt.

Besonders hervorgehoben wurde von den Befragten die Einstellung, das Gegebene hinzunehmen und die Situation des Verlustes zu akzeptieren. Psychoedukative Inhalte zum akzeptierenden Umgang mit Gefühlen wurden als hilfreich und im Einklang mit der eigenen Erfahrung stehend erlebt: Unterschiedliche Emotionen – insbesondere Trauer und Wut, aber auch Freude etc. – kommen und gehen vorüber, werden aushaltbar, wenn sie zugelassen werden. In diesem Sinn erwies es sich als günstig ist, Gefühle zuzulassen, ohne sich in Grübeleien zu verstricken.

Auch andere therapeutische Ansätze gehen in ähnlicher Weise davon aus, dass durch den Versuch, Schmerz zu vermeiden und das eigene Erleben zu kontrollieren, mehr Schmerz entsteht, während im direkten Kontakt mit dem Erleben nicht aushaltbar geglaubte Emotionen leichter ertragbar werden. Die Verhaltenstherapie verwendet beispielsweise die Exposition, die Konfrontation mit einem Angst auslösenden Reiz. In der Gestalttherapie ist die Rede von ‚Awareness‘ (Gewahrsein) (173) und der paradoxen Theorie der Veränderung (174), d.h. dass Akzeptanz eine notwendige Basis für Veränderung bildet.

Neben den Themen Achtsamkeit und Akzeptanz wurden in den Interviews weitere Themen als wesentliche Wirkfaktoren der Intervention genannt. Dies ist unter den Strategien zur Selbstregulation vor allem der Fokus auf Positives und die Orientie-

nung an neuen Zielen. Vordergründig mag der bewusste Blick auf Hilfreiches und nach vorn im Widerspruch zur Akzeptanz des Gegebenen stehen. Allerdings kann die erhöhte Bewusstheit für mentale Prozesse dabei helfen, maladaptive Gedanken zu stoppen und adaptive zu fördern (51).

Achtsamkeit wurde von den Interviewpartnern selbst aufgrund der sprachlichen Nähe in Beziehung zu Selbstfürsorge gebracht, sie sprachen oft von ‚auf sich achten‘. Dies unterscheidet sich auf den ersten Blick von der vorgestellten Definition von Achtsamkeit (englisch: Mindfulness) als umfassendes Gewahrsein. Achtsamkeit, verstanden als „Grundhaltung größtmöglicher positiv gefärbter Aufmerksamkeit auf sich selbst“ (175, S. 82), wird allerdings in psychotherapeutischen Konzepten als Grundlage für positive Selbstzuwendung verstanden. Selbstfürsorge, d.h. für Grundbedürfnisse wie Essen oder Schlafen zu sorgen oder Zeit für Aktivitäten einzuplanen, die Kraft geben, ist ein therapeutisches Basiskonzept (175) und scheint ganz besonders für Menschen relevant, die lange Zeit ihre eigenen Bedürfnisse zurück gestellt haben, um einen Angehörigen pflegen, oder die in einer akuten Krise – wie nach dem Verlust eines nahen Menschen – sind, in der sich gewohnte Routinen ändern.

Die in den Interviews deutlich hervor tretende Bedeutung des Kontakts mit Menschen in einer ähnlichen Lebenssituation könnte mit dem Konzept des Mitgefühls – mit sich selbst und anderen Menschen – in Verbindung gesehen werden. Mitgefühl mit sich selbst (self-compassion) steht auch in Zusammenhang mit Achtsamkeit, für die eine nicht-wertende Haltung der Offenheit wesentlich ist (45): Eine Definition beinhaltet neben Achtsamkeit als weitere Aspekte Freundlichkeit sich selbst gegenüber und eine Sicht von Schwierigkeiten als Teil des menschlichen Lebens (149). Es wird sogar vermutet, dass Veränderungen durch achtsamkeitsbasierte Interventionen auf gesteigertes Mitgefühl sich selbst gegenüber zurück zu führen sein könnten (149, 176-178).

Viele der als hilfreich im Trauerprozess genannte Aspekte – etwa die verbesserte Emotionsregulation und Distanzierung von grüblerischen Gedanken, verbunden mit einem Fokus auf das Positive ebenso wie die bessere Selbstfürsorge (vgl. Übersicht in Anhang 7) – können mit dem Konzept Achtsamkeit in Verbindung ge-

bracht werden. In anderen therapeutischen Ansätzen würden vermutlich ähnliche Phänomene mit anderen Worten beschrieben. Als Hauptwirkfaktor erscheint – wie auch aus Studien zur Einzeltherapie bekannt – die persönliche Beziehung in der Gruppe in Form des Zusammenhalts der Teilnehmenden (158, 166).

Es stellt sich die Frage, welche Form und Intensität von Achtsamkeitspraxis für Trauernde hilfreich ist. Um Kontakt mit dem gegenwärtigen Augenblick herzustellen, ist Meditationspraxis nicht der einzige Weg. In der Akzeptanz- und Commitment-Therapie wird mit Hilfe von Bildern und Metaphern (z.B. Gedanken auf Blätter legen, die in einem Bach vorübertreiben) geübt, im Hier und Jetzt präsent zu sein, um den eigenen Werten entsprechend zu leben (179). Auch solche Übungen könnten hilfreich für Angehörige sein. Achtsamkeitsübungen wurden von den Teilnehmenden sehr unterschiedlich verstanden – als Entspannung, Atemtherapie, Autosuggestion. Hier scheint wiederholte Klärung durch Therapeuten erforderlich, die eine fundierte eigene Erfahrung mit Achtsamkeitspraxis haben. Allerdings ist es auch zu würdigen, wenn die Teilnehmenden aus dem Vermittelten eigene hilfreiche Strategien weiterentwickeln, etwa auf den Atem zu achten um zur Ruhe zu kommen und besser einschlafen zu können.

Insgesamt war Häufigkeit der Übung relativ gering. Am Ende unserer Intervention gaben Teilnehmer an, im Schnitt knapp vier Mal wöchentlich eine Übung von mindestens fünf Minuten durchzuführen und auch in den Interviews wurden Schwierigkeiten mit regelmäßiger Übung häufig angesprochen. Kumar (146) empfiehlt Trauernden Übungen von 10-15 Minuten mindestens dreimal täglich. Die Teilnehmenden wurden auch in unserer Intervention angeregt, zweimal täglich formelle Achtsamkeitsübungen von 10 Minuten durchzuführen, was bereits deutlich weniger ist als in reinen Achtsamkeitstrainings. Bei Kursen, die auf dem Konzept der MBSR (Achtsamkeitsbasierte Stressbewältigung) basieren, werden etwa 45-60 Minuten tägliche Praxis über 8 Wochen hin empfohlen.

Auch Wada und Park (119) äußern Bedenken, ob für Trauernde intensive Meditationspraxis praktikabel ist. Übungen, welche die Aufmerksamkeit auf den Körper lenken (Body Scan: mit der Aufmerksamkeit durch den Körper wandern, Gehmeditation, Yoga) könnten hilfreicher sein als stilles Sitzen, informelle Achtsamkeits-

übungen – d.h. Alltagstätigkeiten wie Kochen oder Aufräumen mit voller Aufmerksamkeit zu tun – hilfreicher als formelle Atembetrachtung. Auch Wahrnehmungsübungen in der Natur könnten für Trauernde hilfreich sein, wobei die Aufmerksamkeit nach außen statt nach innen gerichtet wird. Äußere Achtsamkeit (bewusstes Wahrnehmen mit den Sinnen) wird insbesondere in der Dialektisch Behavioralen Therapie (54) zusätzlich zur inneren, auf inneres Erleben gerichteten, Achtsamkeit eingeübt.

Möglicherweise ist es schwer, Achtsamkeitspraxis in der Zeit der Trauer neu aufzubauen – während eine bereits etablierte Praxis in stürmischen Zeiten hilfreich sein könnte. Achtsamkeit ist eventuell nicht für jeden und zu jeder Zeit hilfreich, sondern z.B. in der Phase akuter Trauer kann auch Ablenkung eine günstige Strategie sein (119). Zu beachten ist, dass Teilnehmer vor der Intervention großteils keine Erfahrung mit Achtsamkeit hatten.

Die vorliegende Studie leistet einen Beitrag zur Frage, in welchem Setting und in welchen Phasen Angehörige von Palliativpatienten optimal unterstützt werden können und welche Rolle dabei das Konzept Achtsamkeit in Form von konkreten Übungen und psychoedukativen Inhalten spielen kann. Zusammenfassend können aus den Ergebnissen folgende Empfehlungen abgeleitet werden:

- Im Trauerprozess hilfreich ist Psychoedukation hinsichtlich einer akzeptierenden Haltung gegenüber häufig vermiedenen Emotionen wie Trauer und Wut.
- Selbstfürsorge – fürsorglich mit sich selbst umzugehen – ist wesentlich zur Regeneration für Angehörige, die vielfach über längere Zeit ihre eigenen Bedürfnisse zurück gestellt haben, um für ein krankes Familienmitglied zu sorgen.
- Der Austausch mit Personen mit einem ähnlichen Schicksal kann Mitgefühl mit sich selbst und ein Erleben von Verbundenheit ermöglichen.
- Übungen zum bewussten Wahrnehmen mit allen Sinnen, z.B. in der Natur, und bewusstes Ausführen von Alltagstätigkeiten sind für viele Trauernde leichter umzusetzen als stille Meditation im Sitzen.

5 ANHANG

5.1 Anhang 1: Achtsamkeitsfragebogen

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Aussagen. Bitte schätzen Sie für jede dieser Aussage ein, wie zutreffend sie für Sie ist.

	Facetten		Selten/ überhaupt nicht	Manchmal	Oft	Fast immer
1.		Es fällt mir leicht, mich auf das zu konzentrieren, was ich gerade tue.	1	2	3	4
2.		Ich bin gedanklich intensiv mit der Zukunft beschäftigt.	1	2	3	4
3.		Ich kann emotionalen Schmerz tolerieren.	1	2	3	4
4.		Ich kann Dinge akzeptieren, die ich nicht ändern kann.	1	2	3	4
5.	D	Normalerweise kann ich ziemlich genau beschreiben, wie ich mich im Moment fühle.	1	2	3	4
6.		Ich bin leicht abgelenkt.	1	2	3	4
7.		Ich bin gedanklich intensiv mit der Vergangenheit beschäftigt.	1	2	3	4
8.		Es ist leicht für mich, meine Gefühle und Gedanken zu beobachten.	1	2	3	4
9.		Ich versuche, meine Gedanken wahrzunehmen, ohne sie zu bewerten.	1	2	3	4
10.		Ich kann die Gedanken und Gefühle, die ich habe, akzeptieren.	1	2	3	4
11.		Ich kann mich auf den Augenblick konzentrieren.	1	2	3	4
12.		Ich bin in der Lage, über lange Zeit sehr aufmerksam bei einer einzelnen Sache zu sein.	1	2	3	4
			Fast nie	Sehr selten	Relativ oft	Fast immer
13.	NR	Ich nehme meine Gefühle wahr, ohne auf sie reagieren zu müssen.	1	2	3	4
14.	NR	In schwierigen Situationen kann ich innehalten.	1	2	3	4
15.	NR	Ich beobachte meine Gefühle, ohne mich in ihnen zu verlieren.	1	2	3	4

			Fast immer	Sehr häufig	Eher häufig	Eher selten	Sehr selten	Fast nie
16.	A	Es sieht so aus, als würde ich „automatisch funktionieren“ ohne viel Bewusstsein für das, was ich tue.	1	2	3	4	5	6
17.	A	Ich hetze durch Aktivitäten, ohne wirklich aufmerksam für sie zu sein.	1	2	3	4	5	6
18.	A	Ich merke, wie ich Dinge tue, ohne auf sie zu achten.	1	2	3	4	5	6
			Nie oder sehr selten	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft oder immer	
19.	D	Es fällt mir schwer, das, was ich denke, in Worte zu fassen.	1	2	3	4	5	
20.	N J	Ich sage mir, dass ich nicht so denken sollte, wie ich denke.	1	2	3	4	5	
21.	B	Wenn ich gehe, dann nehme ich ganz bewusst wahr, wie sich die Bewegungen meines Körpers anfühlen.	1	2	3	4	5	
22.	D	Ich habe Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden, um meine Gefühle auszudrücken.	1	2	3	4	5	
23.	B	Ich achte auf Geräusche wie beispielsweise das Ticken von Uhren, Vogelzwitschern oder das Geräusch vorüberfahrender Autos.	1	2	3	4	5	
24.	N J	Ich urteile darüber, ob meine Gedanken gut oder schlecht sind.	1	2	3	4	5	
25.	B	Ich achte auf Empfindungen wie zum Beispiel Wind in meinem Haar oder Sonnenschein auf meinem Gesicht.	1	2	3	4	5	
26.	N J	Ich denke, dass manche meiner Gefühle schlecht oder unangebracht sind, und dass ich sie nicht haben sollte.	1	2	3	4	5	

Zuordnung zu 5 Facetten (180):

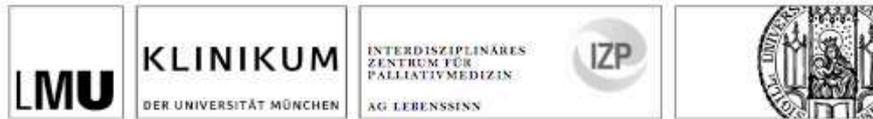
- B Beobachten/Bewusst wahrnehmen (Observe)
- D Gefühle und Gedanken beschreiben (Describe)
- A Aufmerksamkeit/ Bewusst handeln (Act aware)
- NJ Nicht urteilen (Non-Judgement)
- NR Nicht reagieren (Non-React)

5.2 Anhang 2: Offene Fragen und Items zur subjektiven Einschätzung

Das ist mir aus der Angehörigen-Unterstützungs-Gruppe besonders in Erinnerung geblieben:					
Das habe ich in meinen Alltag übernommen:					
Wie hilfreich waren rückblickend folgende Elemente der Angehörigen-Unterstützungs-Gruppe für Sie?	Überhaupt nicht hilfreich	Kaum hilfreich	Teils/ teils	Eher hilfreich	Äußerst hilfreich
1. Anregungen des Therapeuten/ der Therapeutin	0	1	2	3	4
2. Gruppenzusammenhalt	0	1	2	3	4
3. Kontakte mit einzelnen aus der Gruppe	0	1	2	3	4
4. Achtsamkeitsübungen	0	1	2	3	4
6. Wertescheibe	0	1	2	3	4
7. Gruppenmotto	0	1	2	3	4
8. Vorstellungsübungen (innere Kraftquelle, schönes Erlebnis)	0	1	2	3	4
10. Informationen (z. B. zu Trauer, Stress)	0	1	2	3	4
11. Rückblick auf gemeinsame Lebenszeit mit Angehörigem/Angehöriger	0	1	2	3	4
12. Austausch mit anderen GruppenteilnehmerInnen	0	1	2	3	4
13. Sonstiges, nämlich :	0	1	2	3	4

Wie häufig haben Sie in den vergangenen Wochen durchschnittlich...	
14. eine Achtsamkeitsübung (mindestens 5 Minuten) durchgeführt?	ca. _____ mal pro Woche
15. etwas so getan, dass Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit ganz dabei waren?	ca. _____ mal pro Woche
16. an die Gruppe gedacht?	ca. _____ mal pro Woche
17. sich in der Vorstellung eine Kraftquelle vergegenwärtigt?	ca. _____ mal pro Woche
18. bewusst etwas getan, das Sie stärkt?	ca. _____ mal pro Woche
21. an die Werte gedacht, die Ihnen besonders wichtig sind.	ca. _____ mal pro Woche
22. etwas für einen Wert getan, den Sie sonst eher vernachlässigen.	ca. _____ mal pro Woche

5.3 Anhang 3: Information und Einverständniserklärung



Klinikum der Universität München – Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Marchionnistr. 11 81337 München

Studienleiter: Dr. Martin Fegg
Telefon: (089) 7095-7941
Telefax: (089) 7095-4838
E-Mail: martin.fegg@med.uni-muenchen.de

INFORMATION ZUR QUALITATIVEN EVALUATION

Dialektische Gruppenintervention (DGI) für Angehörige Schwerkranker

Ansprechpartner: Dr. Martin Fegg Tel. (089) 7095-7941

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

in unserem Forschungsprojekt wird die Wirksamkeit des Unterstützungsangebotes für Angehörige palliativer Krebspatienten wissenschaftlich untersucht. Dazu möchten wir ein Interview mit Ihnen als Teilnehmer des Gruppenangebots durchführen. Das Interview soll auf Tonband aufgezeichnet werden. Bei der Auswertung werden Namen und Ortsangaben so verändert, dass Rückschlüsse auf Ihre Person nicht möglich sind.

Im Rahmen der Untersuchung werden Ihre Daten verschlüsselt (pseudonymisiert), d.h. ohne Bezug zu Ihrer Person aufgezeichnet. Die Zuordnung der Daten erfolgt über einen numerischen Code. Nur der Studienleiter bzw. sein Stellvertreter hat Zugriff zu den Original- und Verschlüsselungsdaten, die voneinander unabhängig aufbewahrt werden. Alle im Rahmen der Untersuchung erhobenen Unterlagen werden am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin fünf Jahre lang aufbewahrt und danach vernichtet. Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet, d.h. es erfolgen keinerlei Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person erlauben. Das Bundesdatenschutzgesetz wird in vollem Umfange berücksichtigt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Datenschutzrichtlinien.

Wir hoffen, dass Sie sich für eine Teilnahme entscheiden und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Dr. Martin Fegg
Projektleiter Lehrstuhl für Palliativmedizin

Prof. Dr. Gian Domenico Borasio

Das Klinikum der Universität München ist eine Anstalt des öffentlichen Rechts –
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin (IZP)
Prof. Dr. Dr. Dr. Thomas Brandt, Direktor der Klinik für Neurologie, Vorstand IZP
Prof. Dr. Wolfgang Härdemann, Direktor der Medizinischen Klinik III, Vorstand IZP
Prof. Dr. Bernd Zwiesler, Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Vorstand IZP
Dr. Anja Beyer, Geschäftsführerin Vorstand IZP (somm.)
Prof. Dr. Gian Domenico Borasio, Lehrstuhl für Palliativmedizin
Bernadette Finkler-Thomsen, MPH, Christophorus Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit, im IZP

öffentlicher Verkehr
U6, 10, 290, 889 oder N41
69 Haltestelle Klinikum Großhadern

5.4 Anhang 4: Überblick über die Interviews

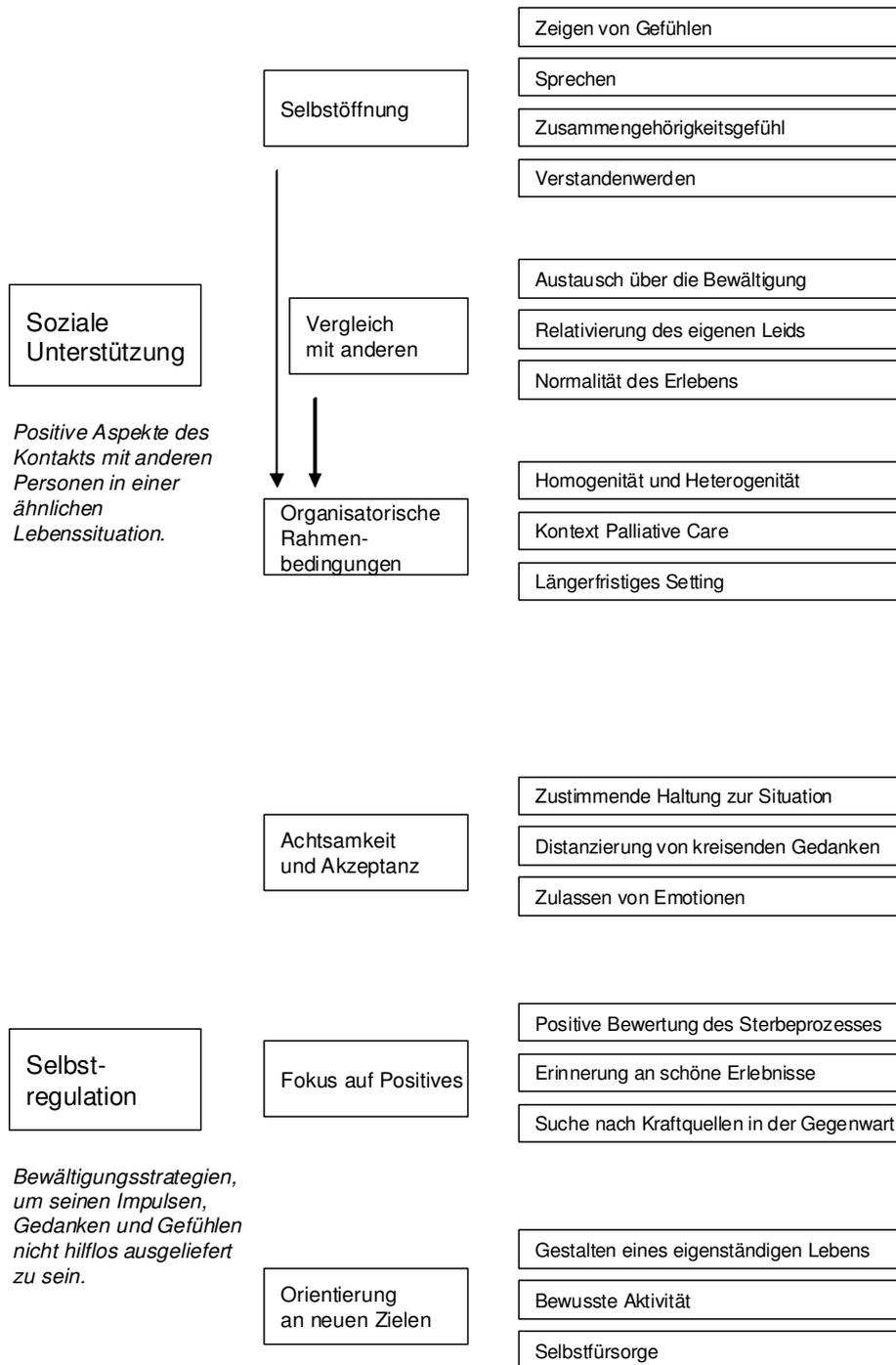
	Intervie- wer	Gruppe	Ge- schlecht	Alter	Soziales Netz	Soziale Unterstützung		Selbstregulation		
						Raum für Selbstöff- nung	Vergleich mit anderen	Akzeptanz	Fokus auf Positives	Schritte in ein neues Leben
A	MK	2.	m	69	+			Gefühle zulassen	Gegenwart	Ja
B	MK	2.	w	57	0	Sprechen & Trauern				Ja
C	MK	3.	w	56	0	Sich aufgehoben fühlen		Nicht Grübeln	Gegenwart	Ja
D	MK	3.	m	68	0		Austausch	Annehmen	Gegenwart, Erinne- rungen	
E	MK	3.	w	61	-	Sich aufgehoben fühlen	Austausch			
F	MK	4.	m	44	+		Austausch	Nicht Grübeln	Gegenwart	Ja
G	MK	4.	w	58	+		Anderen etwas geben können	Gefühle zulassen	Sterben als Erlösung	Ja
H	MK	5.	m	62	+		Relativierung des eige- nen Leids	Nicht Grübeln		Ja
I	JB	6.	w	38	+		Erleben ist normal.		Gutes Sterben	
J	MK	7.	w	54	+		Austausch	Nicht Grübeln	Sterben als Erlösung, Schöne Erinnerungen	Ja
K	JB	7.	m	64	0		Austausch	Nicht Grübeln	Sterben als Erlösung	
L	JB	7.	w	60	-		Austausch, Relativierung		Sterben als Erlösung	
M	MK	7.	w	78	-	Sprechen & Trauern		Resignatives Hinnehmen		
N	JB	8.	w	46	+		Austausch	Annehmen	Gegenwart	Ja
O	MK	8.	w	61	+		Austausch		Sterben als Erlösung	Ja
P	MK	8.	m	55	-			Resignatives Hinnehmen		
Q	JB	10.	m	49	+		Austausch			
R	JB	10.	w	46	0	Sich aufgehoben füh- len, Gefühle zeigen	Erleben ist normal.	Gefühle zulassen		
S	JB	10.	m	63	-		Austausch	Nicht Annehmen	Schöne Erinnerungen	

Anmerkungen: Soziales Netz: + gute Unterstützung im Umfeld verfügbar, 0 mittlere Unterstützung, - wenig Unterstützung

5.5 Anhang 5: Interviewleitfaden

Erzählaufforderung	Check – wurde das erwähnt?	Konkrete Fragen – bitte an passender Stelle (auch am Ende) in dieser Formulierung stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
<p>Erzählgenerierende Einstiegsfrage <i>Seit der Angehörigen-Unterstützungs-Gruppe ist jetzt schon über ein Jahr vergangen. Mich interessiert, wie Sie die Gruppe erlebt haben und wie es Ihnen seitdem ergangen ist. Bitte erzählen Sie, was für Sie wichtig ist.</i></p>			<p>Nonverbal Pausen aushalten!!</p>
<p>Alltagsleben <i>Erzählen Sie, was Sie an einem Abend machen, wenn Sie allein zu Hause sind.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstfürsorge - Achtsamkeitsübungen - Bewusste Zeit für Trauer - mehrere Dinge gleichzeitig tun - Alltagstätigkeiten achtsam tun - Umgang mit Gedanken - Umgang mit Gefühlen: Zulassen vs. Ablenkung? 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Wie gehen Sie damit um, wenn viele Gedanken Ihnen durch den Kopf gehen?</i> - <i>Wie gehen Sie damit um, wenn schmerzliche Gefühle hochkommen?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie genau machen Sie das (z.B. Kochen)? - Können Sie ein Beispiel nennen? - Können Sie das noch ein wenig ausführlicher beschreiben?
<p>Umgang mit Trauer <i>Erzählen Sie von einer besonders schwierigen Situation in der Trauerzeit.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bewusstsein, dass Gedanken und Gefühle kommen und gehen 		<ul style="list-style-type: none"> - Wie war das für Sie? - Erzählen Sie doch noch ein bisschen darüber. - Und dann?
<p>Wirkung der Gruppe <i>Hat sich die Angehörigengruppe auf Ihr Leben ausgewirkt und wenn ja wie?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gruppenkohäsion - Therapeut - besonders wichtige Inhalte - Achtsamkeit - Neuorientierung (Werte) 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Was war für Sie besonders hilfreich?</i> - <i>Gab es auch etwas, was nicht hilfreich war?</i> - <i>Was wäre in Ihrem Leben anders, wenn Sie nicht teilgenommen hätten?</i> 	
<p>Wirkung der Achtsamkeitsübungen <i>Wie ist es Ihnen mit den Achtsamkeitsübungen ergangen?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfreich/nicht hilfreich - Weiter durchgeführt? - Distanzierung? - Entspannung? 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Was für eine Wirkung hatten die Übungen auf Sie?</i> 	

5.7 Anhang 7: Übersicht über das Kategoriensystem



6 ÜBERSICHT ÜBER TABELLEN UND ABBILDUNGEN

Tabellen

Tabelle 1. Überblick über die Gruppendurchführungen	28
Tabelle 2. Soziodemografische Daten	43
Tabelle 3. Deskriptive Werte der Achtsamkeitsskalen zu T1	44
Tabelle 4. Korrelationen zwischen Achtsamkeit und psychischer Gesundheit	45
Tabelle 5. Achtsamkeit (T1) als Prädiktor von Veränderung	47
Tabelle 6. Achtsamkeit (CAMS-R) als Outcomevariable	48
Tabelle 7. Einfluss von Achtsamkeit (Differenz T1-T2) auf die Zielgrößen	49
Tabelle 8. Einfluss von Achtsamkeit (Differenz T1-T4) auf die Zielgrößen	49
Tabelle 9. Vermittlung des kurzfristigen (T1-T2) Interventionseffekts durch Achtsamkeit	51
Tabelle 10. Vermittlung des langfristigen (T1-T4) Interventionseffekts durch Achtsamkeit	52
Tabelle 11. Einschätzung von Gruppenelementen	53
Tabelle 12. Auswirkung von Achtsamkeitspraxis	57
Tabelle 13. Überblick über die Interviews	65

Abbildungen

Abbildung 1. Zirkumplexmodell der Wertestruktur	22
Abbildung 2. Gruppeninhalte	25
Abbildung 3. Subjektive Einschätzung der Gruppenelemente (3-Monats-Katamnese)	54
Abbildung 4. Auswirkung von formeller Achtsamkeitsübung (T1/T2)	58
Abbildung 5. Übersicht Kategoriensystem: Hilfreich für den Trauerprozess	69

7 LITERATUR

1. Weber AM. Achtsamkeit - ein Begriff zwischen den Welten. Teil Eins - Zur Psychologie buddhistischer Geistesgegenwart. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*. 2009;15(2):71-82.
2. Michalak J, Heidenreich T, Bohus M. Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Gegenwärtiger Forschungsstand und Forschungsentwicklung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 2006;54(4):241-53.
3. Ethikrat D. Definition Palliativmedizin. [01.06.2012]; Available from: <http://www.ethikrat.org/themen/medizin-und-pflege/palliativmedizin/>.
4. WHO. WHO definition of palliative care. [17.12.2010]; Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
5. Glajchen M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *The Journal Of Supportive Oncology*. 2004;2(2):145-55.
6. Pitceathly C, Maguire P. The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *European Journal of Cancer*. 2003;39(11):1517-24.
7. Chentsova-Dutton Y, Shucter S, Hutchin S, Strause L, Burns K, Dunn L, Miller M, Zisook S. Depression and grief reactions in hospice caregivers: From pre-death to 1 year afterwards. *Journal of Affective Disorders*. 2002;69(1-3):53-60.
8. Waldrop DP. Caregiver grief in terminal illness and bereavement: A mixed-methods study. *Health & Social Work*. 2007;32(3):197-206.
9. Grbich C, Parker D, Maddocks I. The emotions and coping strategies of caregivers of family members with a terminal cancer. *Journal of Palliative Care*. 2001;17(1):30-6.
10. Li LW. From caregiving to bereavement: Trajectories of depressive symptoms among wife and daughter caregivers. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2005;60B(4):P190-P8.
11. Benkel I, Wijk H, Molander U. Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliative Medicine*. 2009;23(2):141-9.
12. Field D, Payne S, Relf M, Reid D. Some issues in the provision of adult bereavement support by UK hospices. *Social Science & Medicine*. 2007;64(2):428-38.
13. Cherlin EJ, Barry CL, Prigerson HG, Schulman Green D, Johnson Hurzeler R, Kasl SV, Bradley EH. Bereavement services for family caregivers: How often used, why, and why not. *Journal of Palliative Medicine*. 2007;10(1).
14. Stajduhar K, Funk L, Toye C, Grande G, Aoun S, Todd C. Part 1: Home-based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published quantitative research (1998-2008). *Palliative Medicine*. 2010;24(6):573-93.

15. Dumont I, Dumont S, Mongeau S. End-of-life care and the grieving process: Family caregivers who have experienced the loss of a terminal-phase cancer patient. *Qualitative Health Research*. 2008;18(8):1049-61.
16. Hudson PL. How well do family caregivers cope after caring for a relative with advanced disease and how can health professionals enhance their support? *Journal of Palliative Medicine*. 2006;9(3):694-703.
17. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *The Lancet*. 2007;370(9603):1960-73.
18. Kapari M, Addington-Hall J, Hotopf M. Risk factors for common mental disorder in caregiving and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010;40(6):844-56.
19. Asai M, Fujimori M, Akizuki N, Inagaki M, Matsui Y, Uchitomi Y. Psychological states and coping strategies after bereavement among the spouses of cancer patients: a qualitative study. *Psycho-Oncology*. 2010;19(1):38-45.
20. Cronfalk BS, Ternstedt BM, Strang P. Soft tissue massage: Early intervention for relatives whose family members died in palliative cancer care. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(7-8):1040-8.
21. Harding R, Higginson I. What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliative Medicine*. 2003;17:63 - 74.
22. Hudson PL, Remedios C, Thomas K. A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. *BMC Palliative Care*. 2010;9:17.
23. Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King M. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*. 2011;(6):CD007617.
24. Hudson P, Quinn K, Kristjanson L, Thomas T, Braithwaite M, Fisher J, Cockayne M. Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. *Palliative Medicine*. 2008;22(3):270-80.
25. Hudson P, Thomas T, Quinn K, Cockayne M, Braithwaite M. Teaching family carers about home-based palliative care: Final results from a group education program. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009;38(2):299-308.
26. Kwak J, Salmon JR, Acquaviva KD, Brandt K, Egan KA. Benefits of training family caregivers on experiences of closure during end-of-life care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2007;33(4):434-45.
27. Harding R, Higginson IJ, Leam C, Donaldson N, Pearce A, George R, Robinson V, Taylor L. Evaluation of a short-term group intervention for informal carers of patients attending a home palliative care service. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2004;27(5):396-408.
28. Harding R, Leam C, Pearce A, Taylor E, Higginson IJ. A multi-professional short-term group intervention for informal caregivers of patients using a home palliative care service. *Journal of Palliative Care*. 2002;18(4):275-81.

29. Harding R, Higginson I. Working with ambivalence: informal caregivers of patients at the end of life. *Supportive Care In Cancer*. 2001;9(8):642-5.
30. Witkowski A, Carlsson ME. Support group programme for relatives of terminally ill cancer patients. *Supportive Care In Cancer*. 2004;12(3):168-75.
31. Henriksson A, Andershed B. A support group programme for relatives during the late palliative phase. *International Journal Of Palliative Nursing*. 2007;13(4):175-83.
32. Fiedler P. *Verhaltenstherapie in Gruppen: Psychologische Psychotherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, 2005.
33. Milberg A, Rydstrand K, Helander L, Friedrichsen M. Participants' experiences of a support group intervention for family members during ongoing palliative home care. *Journal of Palliative Care*. 2005;21(4):277-84.
34. Steiner CS. Grief support groups used by few - Are bereavement needs being met? *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*. 2006;2(1):29-53.
35. Kissane DW, McKenzie M, Bloch S, Moskowitz C, McKenzie DP, O'Neill I. Family focused grief therapy: A randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(7).
36. Schut H, Stroebe MS, van den Bout J, Terheggen M. The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, (Hrsg.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001. S. 705-37.
37. Kato PM, Mann T. A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*. 1999;19(3):275-96.
38. Rosner R, Hagl M. Was hilft bei Trauer nach interpersonalen Verlusten? Eine Literaturübersicht zu Behandlungsstudien bei Erwachsenen / Effective interventions after bereavement. A literature review of treatment studies on adults. *PDP Psychodynamische Psychotherapie: Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. 2007;6(1):47-54.
39. Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*. 2008;134(5):648-61.
40. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive Therapies. *Behavior Therapy*. 2004;35:639-65.
41. Linehan M. *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien, 1996.
42. Hayes SC, Smith S. *Get out of your mind and into your life: the new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2005.
43. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY US: Guilford Press, 2002.

44. Sulz SKD, Hauke G, (Hrsg.). *Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). Theorie und Praxis eines innovativen Therapieansatzes*. München: CIP-Medien, 2009.
45. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10(2):144-56.
46. Bohus M, Huppertz M. Wirkmechanismen achtsamkeitsbasierter Psychotherapie / Mechanisms of mindfulness-based psychotherapy. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 2006;54(4):265-76.
47. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Segal ZV, Abbey S, Speca M, Velting D, Devins G. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004;11(3):230-41.
48. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003;84(4):822-48.
49. Nyanaponika. *Geistestraining durch Achtsamkeit. Die buddhistische Satipatthana-Methode*. 5 ed. Stammbach: Beyerlein & Steinschulte, 2007.
50. Huppertz M. *Achtsamkeit. Befreiung zur Gegenwart: Achtsamkeit, Spiritualität und Vernunft in Psychotherapie und Lebenskunst*. Paderborn: Junfermann, 2009.
51. Rappay L, Bystrisky A. Classical mindfulness: an introduction to its theory and practice for clinical application. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009;1172:148-62.
52. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*. 1982;4(1):33-47.
53. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(4):615-23.
54. Linehan M. *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien, 1996.
55. Hayes SC, Luoma J, Bond F, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(1):1-25.
56. Hayes SC, Shenk C. Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004;11(3):249-54.
57. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10(2):125-43.
58. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004;57(1):35-43.
59. Öst LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 2008;46(3):296-321.

60. Ledesma D, Kumano H. Mindfulness-based stress reduction and cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2009;18(6):571–9.
61. Powers MB, Zum Vörde Sive Vörding MB, Emmelkamp PMG. Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2009;78(2):73-80.
62. Pull CB. Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry*. 2009;22(1):55-60.
63. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 2010;78(2):169-83.
64. Matchim Y, Armer J-M. Measuring the psychological impact of mindfulness meditation on health among patients with cancer: A literature review. *Oncology Nursing Forum*. 2007;34(5):1059-66.
65. Baer RA. Mindfulness, assessment, and transdiagnostic processes. *Psychological Inquiry*. 2007;18(4):238-42.
66. Bishop S. What Do We Really Know About Mindfulness-Based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine*. 2002;64:71-84.
67. Toneatto T, Nguyen L. Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2007;52(4):260-6.
68. Hayes SC. Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002;9:101-9.
69. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. 2006;62(3):373-86.
70. Chambers R, Gullone E, Allen NB. Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*. 2009;29(6):560-72.
71. Hauke G. Das Potenzial der dritten Welle der Verhaltenstherapie: Mit Achtsamkeit und Akzeptanz auf dem Weg zu wertorientierter Identität. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*. 2006;11(2):203-30.
72. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*. 2011;6(6):537-59.
73. Dunn BR, Hartigan JA, Mikulas WL. Concentration and mindfulness meditations: Unique forms of consciousness? *Applied Psychophysiology & Biofeedback*. 1999;24(3):147-65.
74. Ivanovski B, Malhi GS. The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta Neuropsychiatrica*. 2007;19(2):76-91.
75. Chiesa A, Brambilla P, Serretti A. Neuro-imaging of mindfulness meditations: Implications for clinical practice. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2011;20(2):205-10.

76. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan J-F. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*. 2003;65(4):564-70.
77. Travis F, Arenander A. EEG asymmetry and mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*. 2004;66(1).
78. Creswell JD, Way BM, Eisenberger NI, Lieberman MD. Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*. 2007;69(6):560-5.
79. Grawe K. *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 2004.
80. Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, Gray JR, Greve DN, Treadway MT, McGarvey M, Quinn BT, Dusek JA, Benson H, Rauch SL, Moore CI, Fischl B. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport: For Rapid Communication of Neuroscience Research*. 2005;16(17):1893-7.
81. Sauer S, Walach H, Kohls N. Gray's Behavioural Inhibition System as a mediator of mindfulness towards well-being. *Personality and Individual Differences*. 2011;50(4):506-11.
82. Steele CM. *The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self*. New York, NY: Psychology Press, 1999.
83. Steele CM, Liu TJ. Dissonance processes as self-affirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983;45(1):5-19.
84. Greenberg J, Solomon S, Pyszczynski T. Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements. *Advances in Experimental Social Psychology*. 1997;29:61-139.
85. Heine S, Proulx T, Vohs K. The meaning maintenance model: On the coherence of social motivations. *Personality and Social Psychology Review*. 2006;10(2):88-110.
86. Sherman D, Cohen G. The psychology of self-defense: Self-affirmation theory. In: Zanna M, (Hrsg.). *Advances in Experimental Social Psychology*. San Diego, CA: Academic Press, 2006. S. 182-242.
87. Hauke G. Vom bedürfnisorientierten zum wertorientierten Menschen. In: Sulz SKD, Hauke G, (Hrsg.). *Strategisch - Behaviorale Therapie SBT - Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes*. München: CIP-Medien, 2009. S. 58-92.
88. Schwartz SH, Bilsky W. Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987;53(3):550-62.
89. Schwartz S. Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In: Zanna M, (Hrsg.). *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press, 1992. S. 1-65.
90. Rokeach M. *The nature of human values*. New York: Free Press, 1973.
91. Schwartz SH, Bilsky W. Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross-cultural replications. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990;58(5):878-91.

92. Schwartz S, Melech G, Lehmann A, Burgess S, Harris M, Owens V. Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2001;32(5):519-42.
93. Smith PB, Peterson MF, Schwartz SH, Ahmad AH, Akande D, Andersen JA, Ayestaran S, Bochner S, Callan V, Davila C, Ekelund B, Francois PH, Graversen G, Harb C, Jesuino J, Kantas A, Karamushka L, Koopman P, Leung K, Kruzela P, Malvezzi S, Mogaji A, Mortazavi S, Munene J, Parry K, Punnett BJ, Radford M, Ropo A, Saiz J, Savage G, Setiadi B, Sorenson R, Szabo E, Teparakul P, Tirmizi A, Tsvetanova S, Viedge C, Wall C, Yanchuk V. Cultural values, sources of guidance, and their relevance to managerial behavior: A 47-nation study. *Journal of Cross Cultural Psychology*. 2002;33(2):188-208.
94. Fontaine JRJ, Poortinga YH, Delbeke L, Schwartz SH. Structural equivalence of the values domain across cultures: Distinguishing sampling fluctuations from meaningful variation. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2008;39(4):345-65.
95. Hauke G. Die Herausforderung starker Dauerbelastungen: Navigation durch wertorientiertes Strategisches Coaching. In: Hauke G, Sulz S, (Hrsg.). *Management vor der Zerreiprobe? Oder: Zukunft durch Coaching*. München: CIP-Medien, 2004.
96. Hauke G. Persnliche Werte in der Psychotherapie. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*. 2001;6(1):5-28.
97. Park CL, Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*. 1997;1(2):115-44.
98. Lazarus RS, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
99. Grawe K. *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe, 1998.
100. Grawe K, Grawe-Gerber M. Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*. 1999;44(2):63-73.
101. Kirn T, Echelmeyer L, Engberding M. *Imagination in der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer, 2009.
102. Reddemann L. *Imagination als heilsame Kraft; Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2001.
103. Yalom I. *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books, 1980.
104. Johnson JE, Burlingame GM, Strauss B, Bormann B. Die therapeutischen Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*. 2008;44(1):52-89.
105. Yalom ID. *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch*. Muenchen: Pfeiffer, 1989.
106. Fegg M, Brandstätter M, Kögler M. Dialektische Gruppenintervention (DGI) fr Angehörige palliativer Krebspatienten. Eine randomisiert-kontrollierte Prventionsstudie. Abschlussbericht. 2012. Available from: www.psychologie-muenchen.de/Downloads/DKH_Abschlussbericht.pdf
107. Mller M. What is the effectiveness of bereavement support and counselling? *European Journal of Palliative Care*. 2009;EAPC Abstracts:30.

108. Flemming K, Adamson J, Atkin K. Improving the effectiveness of interventions in palliative care: the potential role of qualitative research in enhancing evidence from randomized controlled trials. *Palliative Medicine*. 2008;22(2):123-31.
109. Steinhauser KE, Barroso J. Using qualitative methods to explore key questions in palliative care. *Journal of Palliative Medicine*. 2009;12(8):725-30.
110. Mason O, Hargreaves I. A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2001;74:197 - 212.
111. Creswell JW, Plano Clark VL, (Hrsg.). *Designing and conducting mixed methods research*. London: Sage, 2007.
112. Clark VLP, Creswell JW, Green DON, Shope RJ. *Mixing quantitative and qualitative approaches: An introduction to emergent mixed methods research*. New York: Guilford Press, 2008.
113. Hanson WE, Creswell JW, Clark VLP, Petska KS, Creswell JD. Mixed methods research designs in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*. 2005;52(2):224-35.
114. Feldman G, Hayes A, Kumar S, Greeson J, Laurenceau JP. Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2007;29(3):177-90.
115. Walach H, Buchheld N, Bütünmüller V, Kleinknecht N, Schmidt S. Measuring mindfulness -The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*. 2006;40(8):1543-55.
116. McBee L. Mindfulness practice with the frail elderly and their caregivers: Changing the practitioner-patient relationship. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2003;19(4):257-64.
117. Oken BS, Fonareva I, Haas M, Wahbeh H, Lane JB, Zajdel D, Amen A. Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2010;16(10):1031-8.
118. Waelde LC, Thompson L, Gallagher-Thompson D. A pilot study of a yoga and meditation intervention for dementia caregiver stress. *Journal of Clinical Psychology*. 2004;60(6):677-87.
119. Wada K, Park J. Integrating Buddhist psychology into grief counseling. *Death Studies*. 2009;33(7):657-83.
120. Kang HY, Yoo YS. Effects of a bereavement intervention program in middle-aged widows in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2007;21(3):132-40.
121. Dobkin PL, Zhao Q. Increased mindfulness - The active component of the mindfulness-based stress reduction program? *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2011;17(1):22-7.
122. Nyklicek I, Kuijpers KF. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*. 2008;35(3):331-40.
123. Fegg M, Brandstätter M, Kögler M, Hauke G, Rechenberg-Winter P, Fensterer V, Küchenhoff H, Hentrich M, Sehlen S, Borasio GD. Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: a randomised controlled trial. *Psychooncology*. 2013. doi: 10.1002/pon.3260

124. Mitmansgruber H. CAMS-R: unveröffentlichte deutsche Übersetzung. 2007.
125. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13(1):27-45.
126. Buchheld N, Walach H. Mindfulness in Vipassana meditation and psychotherapy: Development of the Freiburg Mindfulness Questionnaire. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*. 2002;50(2):153-72.
127. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*. 2004;11(3):191-206.
128. Franke GH. *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version – Manual*. Göttingen: Beltz Test, 2000.
129. Derogatis L. *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-II for the R(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Townson: Clinical Psychometric Research, 1992.
130. Hauser K, Walsh D. Visual analogue scales and assessment of quality of life in cancer. *The Journal Of Supportive Oncology*. 2008;6(6):277-82.
131. Bush SH, Parsons HA, Palmer JL, Li Z, Chacko R, Bruera E. Single- vs. multiple-item instruments in the assessment of quality of life in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010;39(3):564-71.
132. Schumacher J. SWLS – Satisfaction with Life Scale. In: Schumacher J, Klaiberg A, Brähler E, (Hrsg.). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* Hogrefe, 2003. S. 305-9.
133. Sölva M, Baumann U, Lettner K. Wohlbefinden: Definitionen, Operationalisierungen, empirische Befunde. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*. 1995;3:292-309.
134. Glaesmer H, Grande G, Braehler E, Roth M. The German version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): Psychometric properties, validity, and population-based norms. *European Journal of Psychological Assessment*. 2011;27(2):127-32.
135. Fegg MJ, Kramer M, L'Hoste S, Borasio GD. The Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE): Validation of a new instrument for meaning-in-life research. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2008;35(4):356-64.
136. Fegg M, Kramer M, Bausewein C, Borasio G. Meaning in life in the Federal Republic of Germany: results of a representative survey with the Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE). *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007;5:59.
137. Stiefel F, Krenz S, Zdrojewski K, Stagno D, Fernandez M, Bauer J, Fucina N, Lüthi F, Leyvraz S, Borasio G, Fegg M. Meaning in life assessed with the "Schedule for Meaning in Life Evaluation" (SMiLE): a comparison between a cancer patient and student sample. *Support Care Cancer*. 2008;16:1151-5.
138. Fegg M, Kögler M, Brandstätter M, Jox R, Anneser J, Haarmann-Doetkotte S, Wasner M, Borasio G. Meaning in life in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis* 2010;11(5):469-74.
139. Fegg MJ, Brandstätter M, Kramer M, Kögler M, Haarmann-Doetkotte S, Borasio GD. Meaning in life in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010;40(4):502-9.

140. Vickers AJ, Altman DG. Analysing controlled trials with baseline and follow up measurements. *BMJ*. 2001;323(7321):1123-4.
141. Heidenreich T, Strohle G, Michalak J. Achtsamkeit: Konzeptuelle Aspekte und Ergebnisse zum Freiburger Achtsamkeitsfragebogen / Mindfulness: Conceptual aspects and results of the Freiburg Mindfulness Inventory. *Verhaltenstherapie*. 2006;16(1):33-40.
142. Kohls N, Sauer S, Walach H. Facets of mindfulness - Results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. *Personality and Individual Differences*. 2009;46(2):224-30.
143. Shapiro SL, Brown KW, Thoresen C, Plante TG. The moderation of Mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*. 2011;67(3):267-77.
144. Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*. 2008;31(1):23-33.
145. Shapiro SL, Bootzin RR, Figueredo AJ, Lopez AM, Schwartz GE. The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003;54(1):85-91.
146. Kumar SM. *Grieving mindfully: A compassionate and spiritual guide to coping with loss*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2005.
147. Chiesa A, Malinowski P. Mindfulness-based approaches: Are they all the same? *Journal of Clinical Psychology*. 2011;67(4):404-24.
148. Orzech KM, Shapiro SL, Brown KW, McKay M. Intensive mindfulness training-related changes in cognitive and emotional experience. *The Journal of Positive Psychology*. 2009;4(3):212-22.
149. Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, Earleywine M. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011;25(1):123-30.
150. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. 2000;1(1).
151. Helfferich C, (Hrsg.). *Die Qualität qualitativer Daten*. 2 ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005.
152. Kuckartz U. *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Introduction into computer aided analysis of qualitative data*. Wiesbaden: VS Verlag, 2009.
153. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 11 ed. Weinheim: Beltz, 2010.
154. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277-88.
155. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. 2 ed. Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, 1994.
156. Strauss AL. *Qualitative analysis for social scientists*. New York, NY US: Cambridge University Press, 1987.

157. Williams P, Barclay L, Schmied V. Defining social support in context: A necessary step in improving research, intervention, and practice. *Qualitative Health Research*. 2004;14(7):942-60.
158. Yalom ID, Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy* 5ed. New York, NY US: Basic Books, 2005.
159. Baumeister RF, Vohs KD. *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. New York: Guilford Press, 2004.
160. Tyron GS. Gedankenstopp In: Michael L, Martin H, (Hrsg.). *Verhaltenstherapiemanual*. 7 ed. Berlin: Springer, 2011.
161. Festinger L. A theory of social comparison processes. *Human Relations*. 1954;7(2):117-40.
162. Benkel I, Wijk H, Molander U. Managing grief and relationship roles influence which forms of social support the bereaved needs. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2009;26(4):241-5.
163. Finucane A, Mercer S. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*. 2006;6(1):14.
164. Griffiths K, Camic P, Hutton J. Participant experiences of a mindfulness-based cognitive therapy group for cardiac rehabilitation. *Journal of Health Psychology*. 2009;14(5):675-81.
165. Mackenzie MJ, Carlson LE, Munoz M, Specia M. A qualitative study of self-perceived effects of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) in a psychosocial oncology setting. *Stress and Health*. 2007;23(1):59-69.
166. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2001;38(4):357-61.
167. Schneider RM. Group bereavement support for spouses who are grieving the loss of a partner to cancer. *Social Work with Groups: A Journal of Community and Clinical Practice*. 2006;29(2-3):259-78.
168. Gilliland G, Fleming S. A comparison of spousal anticipatory grief and conventional grief. *Death Studies*. 1998;22(6):541-69.
169. Allen M, Bromley A, Kuyken W, Sonnenberg SJ. Participants' experiences of mindfulness-based cognitive therapy: "It changed me in just about every way possible.". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2009;37(4):413-30.
170. Stroebe M, Boelen PA, Van Den Hout M, Stroebe W, Salemink E, Van Den Bout J. Ruminative coping as avoidance. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*. 2007;257(8):462-72.
171. Stroebe M, Schut H. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A decade on. *Omega: Journal of Death and Dying*. 2010;61(4):273-89.
172. Worden JW. *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. 4 ed. New York, NY US: Springer Publishing, 2009.
173. Doubrawa E. Achtsamkeit und Gestalttherapie. *Psychotherapie im Dialog*. 2006;7(3):263-7.

174. Von Collande C. Psychotherapie und Meditation in der Praxis - komplementär oder alternativ? In: Anderssen-Reuster U, (Hrsg.). *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik Haltung und Methode*. Stuttgart: Schattauer, 2007. S. 47-52.
175. Potreck-Rose F, Jacob G. *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2003.
176. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003;2(3):223-50.
177. Birnie K, Speca M, Carlson LE. Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 2010;26(5):359-71.
178. Hollis-Walker L, Colosimo K. Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*. 2011;50(2):222-7.
179. Luoma JB, Hayes SC, Walser RD. *ACT-Training: Handbuch der Acceptance & Commitment Therapie. Ein Lernprogramm in 10 Schritten*. Paderborn: Junfermann, 2009.
180. Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, Walsh E, Duggan D, Williams J. Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*. 2008;15(3):329-42.

8 DANK

Nicht möglich gewesen wären die Studien ohne die Finanzierung durch die Deutsche Krebshilfe e.V. (Personalmittel, eingeworben von PD Dr. Martin Fegg) und zusätzliche Sachmittel der K.L. Weigand'schen Stiftung, des Curt-Bohnewand-Fonds, der Georg und Traud Gravenshorst-Stiftung. Herr Prof. Dr. Gian Domenico Borasio gab vielfach wertvolle und konstruktiv-kritische Unterstützung.

Dem Projektleiter und Doktorarbeitsbetreuer PD Dr. Martin Fegg, der die Idee für das Unterstützungsangebot hatte, möchte ich ganz besonders danken für die Unterstützung und Ermutigung bei eigenen Ideen. An der Konzeption des Unterstützungsangebots waren Dr. Gernot Hauke als Verhaltenstherapeut und Supervisor, Experte für achtsamkeitsbasierte Therapie, und Petra Rechenberg-Winter als systemische Therapeutin und Supervisorin maßgeblich beteiligt.

Besonders möchte ich meiner Kollegin Monika Brandstätter für viele hilfreiche Diskussionen danken. Inhaltlich sind große Teile dieser Dissertation, die im Rahmen der gemeinsamen Arbeit am Forschungsprojekt entstanden ist, von ihr mitgeprägt. Die Durchführung und Auswertung der qualitativen Interviews zusammen mit Jürgen Brandl hat viel Freude gemacht. Danken möchte ich auch allen Teilnehmern beim „Arbeitskreis Forschung“ und bei den qualitativen Forschungswerkstätten für die hilfreichen Anregungen.

Für die methodische Unterstützung danke ich Veronika Fensterer, Prof. Helmut Küchenhoff und Prof. Angelika Pofel. Für das Korrekturlesen und die hilfreichen Anmerkungen danke ich besonders Katja Kühlmeyer, Stephanie Pletschacher und Konrad Kögler.

Dem Team der Arbeitsgruppe „Psychologie und Psychotherapie“ mit den Diplomandinnen und wissenschaftlichen Hilfskräften möchte ich danken, und ganz besonders den Teams der beteiligten Palliativ- und Strahlentherapiestationen Großhadern und Harlaching sowie den Angehörigen, die sich zur Teilnahme an den Studien bereit erklärt haben.

Schließlich möchte ich meiner Familie und meinen Freunden für den Rückhalt und insbesondere Steffi für die Motivation zum Fertigstellen der Arbeit danken.