



**FRIEDRICH-SCHILLER-
UNIVERSITÄT
JENA**

**Die Wirkung des Hinterfragens dysfunktionaler Kognitionen auf
Stresserleben, Emotionsregulation und Wohlbefinden**

Eine Untersuchung der Wirksamkeit der Inquiry-Based Stress Reduction Methode

Masterarbeit

eingereicht von

Juliane Korittnik

Matrikelnummer: 100335

im Studiengang „Psychologie in Arbeit, Bildung und Gesellschaft“

vorgelegt an der

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Abteilung Forschungssynthese, Intervention und Evaluation

Erstgutachterin: Dr. Constance Karing

Zweitgutachter: Sebastian Lutterbach

Jena, 08.08.2021

Zusammenfassung

Sowohl Stress als auch Defizite in der Emotionsregulation gehen mit einem höheren Risiko für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen einher (Berenbaum et al. 2003; Segerstrom und Miller 2004), wohingegen Wohlbefinden einen wesentlichen Faktor für die Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit darstellt (WHO 2019). Stress und unangenehmen Emotionen liegen häufig dysfunktionale Kognitionen zugrunde (Beck 2017). Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss des Hinterfragens dysfunktionaler Kognitionen mittels Inquiry-Based Stress Reduction (kurz: IBSR) auf Stresserleben, Emotionsregulation und Wohlbefinden. Bisherige Studien zur IBSR-Methode zeigen unter anderem eine längerfristige Wirkung auf die Reduktion des Stresserlebens (z. B. Nye 2011), die Verringerung von Angstsymptomen (z. B. Krispenz und Dickhäuser 2018) und die Steigerung des Wohlbefindens (z. B. Smernoff et al. 2019). Mit dieser Arbeit soll die Wirksamkeitsforschung zur IBSR-Methode erweitert werden, indem die Ergebnisse bisheriger Studien repliziert und darüber hinaus die Wirkung auf konkrete Emotionsregulationsstrategien untersucht werden. In zwei Interventionsstudien mit nicht-klinischen Stichproben wurden in einem quasi-experimentellen Design Daten zu drei Messzeitpunkten erhoben. Studie 1 bezieht sich auf mehrtägige IBSR-Präsenzseminare (N = 54), Studie 2 auf einen zweistündigen IBSR-Online-Workshop (N = 84). Untersucht wurden Effekte auf die Emotionsregulationsstrategien Kognitive Neubewertung, Akzeptanz und Grübeln, auf Stresserleben, emotionale Erschöpfung, Angst- und depressive Symptome sowie auf innere Ruhe, Stimmung und Lebenszufriedenheit. In Studie 1 zeigen die Ergebnisse eine Reduktion des Stresserlebens und der emotionalen Erschöpfung, eine Verringerung von Angst- und depressiven Symptomen, eine Verbesserung der Emotionsregulation sowie eine Steigerung der Stimmung als affektive Dimension des subjektiven Wohlbefindens. Darüber hinaus ließen sich mittelfristige Effekte für kognitive Neubewertung und emotionale Erschöpfung feststellen. Zudem wurde ein Zusammenhang der

Wirksamkeit der IBSR-Interventionen mit der Meditationserfahrung der Teilnehmenden festgestellt. In Studie 2 konnten mittelfristig eine Abnahme des Grübelns und eine Steigerung der Akzeptanz nachgewiesen werden. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass das Hinterfragen dysfunktionaler Kognitionen mit der IBSR-Methode geeignet ist, das Stresserleben zu reduzieren und die Emotionsregulationsstrategien Kognitive Neubewertung und Akzeptanz zu verbessern.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Theorie und Forschungsstand	8
2.1	Stress	9
2.1.1	Stress- und Emotionserleben	10
2.1.2	Kognitives Modell nach Beck	12
2.2	Emotionsregulation	13
2.2.1	Emotionsregulationsstrategien	14
2.2.2	Kognitive Neubewertung als Emotionsregulationsstrategie	15
2.2.3	Akzeptanz als Emotionsregulationsstrategie	16
2.3	Subjektives Wohlbefinden	17
2.4	Interventionen	18
2.5	Inquiry-Based Stress Reduction	23
2.5.1	Entstehung der IBSR-Methode	23
2.5.2	Identifikation dysfunktionaler Kognitionen	24
2.5.3	Überprüfung dysfunktionaler Kognitionen	28
2.5.3.1	Die vier Fragen	28
2.5.3.2	Die Umkehrungen.	31
2.5.4	Bisherige Forschung zur IBSR-Methode	32
2.5.4.1	Reduktion des Stresserlebens	35
2.5.4.2	Verbesserung der Emotionsregulation.	36
2.5.4.3	Steigerung des Wohlbefindens.	37
2.5.4.4	Limitationen bisheriger Forschung	38
2.6	Hypothesen	39
3	Methoden	42
3.1	Stichprobe	42
3.2	Messinstrumente	42
3.3	Datenerhebung	49
3.4	Stichprobenrekrutierung	50
3.5	Versuchsdesign	51
3.6	Datenaufbereitung	52
3.7	Datenanalyse	53

4	Ergebnisse	54
4.1	Deskriptive Analysen	55
4.1.1	Stichprobe Studie 1	55
4.1.2	Stichprobe Studie 2	56
4.2	Wirksamkeitsevaluation der IBSR-Intervention: Studie 1	57
4.2.1	Durchschnittliche Treatmenteffekte	57
4.2.2	Konditionale (bedingte) Effekte	60
4.3	Wirksamkeitsevaluation der IBSR-Intervention: Studie 2	62
4.3.1	Durchschnittliche Treatmenteffekte	62
4.3.2	Konditionale (bedingte) Effekte	62
4.4	Dropout	65
5	Diskussion	68
5.1	Interpretation der Ergebnisse	69
5.2	Praktische Implikationen der Befunde	77
5.3	Limitationen der Studien	79
5.4	Zukünftige Forschung	85
5.5	Fazit	87
	Literaturverzeichnis	88
	Anhang	101
	Anhang A: Arbeitsblatt „Urteile über deinen Nächsten“	102
	Anhang B: Arbeitsblatt „Untersuche eine Überzeugung“	103
	Anhang C: Fragebogen	105
	Anhang D: Studie 1: E-Mail an die Seminarleiter	119
	Anhang E: Studie 1: Infos für die Teilnehmer und Link zum Fragebogen	120
	Anhang F: Studie 1: E-Mail an Kontrollgruppe	121
	Anhang G: Studie 2: Aushang (Interventionsgruppe)	122
	Anhang H: Studie 2: Ausschreibung soziale Netzwerke	123
	Anhang I: Studie 2: E-Mail-Verteiler Psychologie	124
	Eidesstattliche Erklärung	126

1 Einleitung

Während in einer immer komplexeren Welt das Thema Stress allgegenwärtig ist, spielt das Regulieren von Emotionen für ein glückliches und gesundes Leben eine bedeutsame Rolle. Häufig begegnen uns im Alltag Situationen, in denen es wichtig ist, die eigenen Emotionen zu regulieren – sei es, Emotionen wie Wut, Angst oder Traurigkeit zu mindern oder Freude zu verstärken (Barnow 2018). Dabei sind unangenehme Emotionen meist mit Stress verbunden (Znoj et al. 2008). Stress gilt als Risikofaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung zahlreicher psychischer und körperlicher Erkrankungen (Juster et al. 2010; Segerstrom und Miller 2004). Zudem gehen Defizite in der Emotionsregulation mit einem erhöhten Risiko für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen einher (Barnow et al. 2016; Berenbaum et al. 2003; Mennin und Farach 2007). Wohlbefinden wird in der vorliegenden Arbeit als Gegenspieler zum Stresserleben betrachtet und stellt einen wesentlichen Faktor für die psychische Gesundheit dar (WHO 2019). Die vorliegende Masterarbeit widmet sich der Frage, welchen Effekt das Hinterfragen dysfunktionaler Kognitionen mittels Inquiry-Based Stress Reduction auf Stresserleben, Emotionsregulation und Wohlbefinden hat. Dazu werden im ersten Teil dieser Arbeit zunächst die Begriffe Stress, Emotionsregulation und Wohlbefinden definiert und Erklärungsmodelle für das Stress- und Emotionserleben herangezogen. Aus theoretischer Sicht lässt sich zeigen, dass der Prozess der kognitiven Bewertung maßgeblich an der Entstehung von Stress und Emotionen beteiligt ist (Dael et al. 2012; Lazarus 1966). Zahlreiche empirische Nachweise bestätigen den Zusammenhang von dysfunktionalen Kognitionen und dem Erleben von Stress und unangenehmen Emotionen (Brandstätter et al. 2018; Beck 2017; Lazarus 1966, 1991). Des Weiteren wird ein Überblick über Interventionsansätze sowohl im klinischen als auch im nicht-klinischen Kontext gegeben, deren Fokus auf der Identifikation und der Modifikation dysfunktionaler Überzeugungen liegt. Als Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie wird hierbei die rational-emotive

Verhaltenstherapie (Ellis 2008) vorgestellt. Während Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie überwiegend die rationale Ebene ansprechen und auf die Veränderung dysfunktionaler Überzeugungen durch rationale Einsicht der Irrationalität dysfunktionaler Kognitionen abzielen, legen achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Ansätze ihren Fokus auf die Beziehung zu den Kognitionen, wobei das bewusste Bemerken und Akzeptieren der Kognitionen im Vordergrund steht. Die Forschung zeigt, dass Verfahren der dritten Welle wie Mindfulness-Based Stress Reduction (Kabat-Zinn 2003) und Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Hofmann und Asmundson 2008) das Repertoire in der Verhaltenstherapie wesentlich erweiterten (Hayes 2004) und Therapien zunehmend verbessern können (Voderholzer 2019). Im nächsten Teil der Arbeit wird Inquiry-Based-Stress Reduction¹ (Mitchell und Mitchell 2003) näher beleuchtet, eine von Byron Katie Mitchell² begründete Methode, die das Identifizieren und Überprüfen dysfunktionaler Kognitionen ermöglicht. Wie empirische Untersuchungen zeigen, kann IBSR zur Reduktion des Stresserlebens (Nye 2011), zur Verminderung von chronischem Stress (Krispenz und Dickhäuser 2019), zur Verringerung von Angstsymptomen (Leufke et al. 2013; Krispenz und Dickhäuser 2018, 2019; Smernoff et al. 2015) und zur Steigerung des Wohlbefindens (Luff und Ledingham 2017; Smernoff et al. 2019) beitragen.

Nachfolgend werden die beiden Interventionsstudien zur Effektivität der IBSR-Methode zur Verbesserung der Emotionsregulation, zur Reduktion des Stresserlebens und zur Steigerung des subjektiven Wohlbefindens präsentiert, die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt wurden. Diese beiden Studien bauen auf den Befunden bisheriger Studien zur IBSR-Methode auf. Wesentliche Limitationen einiger vorangegangener Studien liegen unter anderem in einer fehlenden Kontrollgruppe (z. B. Smernoff et al. 2019) und hohen Dropout-

¹ Inquiry-Based Stress Reduction (kurz: IBSR) ist auch bekannt als *The Work of Byron Katie*.

² Byron Kathleen Mitchell wurde geboren als Byron Kathleen Reid und ist als *Byron Katie* bekannt. In der vorliegenden Arbeit wird der Name Byron Katie Mitchell verwendet.

Raten (z. B. Smernoff et al. 2015), wodurch die Interpretierbarkeit stark eingeschränkt wird. Zudem existieren bislang keine Studien, die explizit die Wirksamkeit der IBSR-Methode auf Emotionsregulationsstrategien untersuchen. Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit besteht folglich darin, diese Forschungslücke unter Berücksichtigung der Limitationen vorangegangener Untersuchungen zu schließen und gleichzeitig bisherige Befunde zu replizieren. Die Forschungshypothesen für beide Studien bestehen darin, dass die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe hinsichtlich konkreter Emotionsregulationsstrategien (Grübeln, Kognitive Neubewertung, Akzeptanz), des Stresserlebens und des subjektiven Wohlbefindens eine signifikante Verbesserung zeigt. Eingesetzt wurden der Heidelberger Fragebogen zur Erfassung der Emotionsregulation (H-FERST), die Perceived Stress Scale (PSS), der Gesundheitsfragebogen für Patienten (Ultrakurzform, PHQ-4), das Maslach Burnout Inventory (MBI, deutsche Version), die Skala *Lebenszufriedenheit* (Montada et al. 1983), die Stimmungs-Skala (Bohner et al. 1991) und die Skala *Innere Ruhe* des Fragebogens Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM). In Studie 1 wurden Daten in mehrtägigen IBSR-Präsenzseminaren, in Studie 2 in einem zweistündigen IBSR-Online-Workshop erhoben. Nach der Präsentation des methodischen Vorgehens werden im nächsten Teil der Arbeit die Ergebnisse der beiden Interventionsstudien zusammengefasst und interpretiert sowie Limitationen diskutiert. Abschließend sollen aus den Ergebnissen praktische Implikationen abgeleitet und ein Ausblick für zukünftige Forschung gegeben werden.

2 Theorie und Forschungsstand

Im Folgenden werden zunächst die Begriffe Stresserleben, Emotionsregulation und Wohlbefinden definiert. Des Weiteren werden Interventionsansätze vorgestellt, die mit der Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Kognitionen einhergehen. Diese werden im

Zusammenhang mit Wirkmechanismen in Bezug auf Stresserleben und Emotionsregulation präsentiert. Anschließend wird näher auf die IBSR-Methode eingegangen und ein Überblick über den Forschungsstand zur IBSR-Methode gegeben. Es folgt die theoriegeleitete Ableitung der Hypothesen zur vorliegenden Arbeit.

2.1 Stress

Stress bezeichnet laut Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981) eine psychische und körperliche Aktivierungsreaktion des Organismus auf Reize. Lazarus und Folkman (2008) verstehen Stress als die subjektiv wahrgenommene Diskrepanz zwischen Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten. Stress kann sich sowohl auf körperlicher als auch auf psychischer Ebene äußern und gilt als Risikofaktor für eine Vielzahl physischer und psychischer Erkrankungen (Juster et al. 2010; Segerstrom und Miller 2004). Zahlreiche Untersuchungen zeigen den Zusammenhang zwischen Stress und der Morbidität und Mortalität bei kardiovaskulären Erkrankungen (Dimsdale 2008). Chronischer Stress ist assoziiert mit einem höheren Risiko für körperliche und psychische Erkrankungen wie beispielsweise Hirninfarkt und Depressionen (Schneiderman et al. 2005). Zudem kann chronischer Stress mit unerwünschten gesundheitlichen Folgen einhergehen wie beispielsweise der Beeinträchtigung der Schlafqualität, einem erhöhten Konsum von Alkohol und Nikotin oder einer ungesunden Ernährungsweise (McEwen 2006). Neben akutem und chronischem Stress stehen auch negativ erlebte emotionale Zustände wie Depressivität, Wut und Angst mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen im Zusammenhang (Everson-Rose und Lewis 2005). Zudem zeigen zahlreiche Untersuchungen, dass physische und psychische Störungen stärker mit kumulativem Stress durch Mikrostressoren (daily hassles) zusammenhängen als mit Stress durch große Lebensereignisse (DeLongis et al. 1982; Kanner et al. 1981; Kraaij et al. 2002; Serido et al. 2004). Darüber hinaus stellt Stress eine Gefährdung des Wohlbefindens dar (Lazarus 2006). Bei der Entstehung von Stress spielen Bewertungsprozesse eine wesentliche

Rolle. Lazarus (1966) untersuchte in einer Reihe psychologischer Experimente den Einfluss von Situationseinschätzungen auf das Erleben von Stress, deren Ergebnisse zeigen, dass die subjektive Bewertung entscheidend ist für die Entstehung von Stress und (unangenehmen) Emotionen.

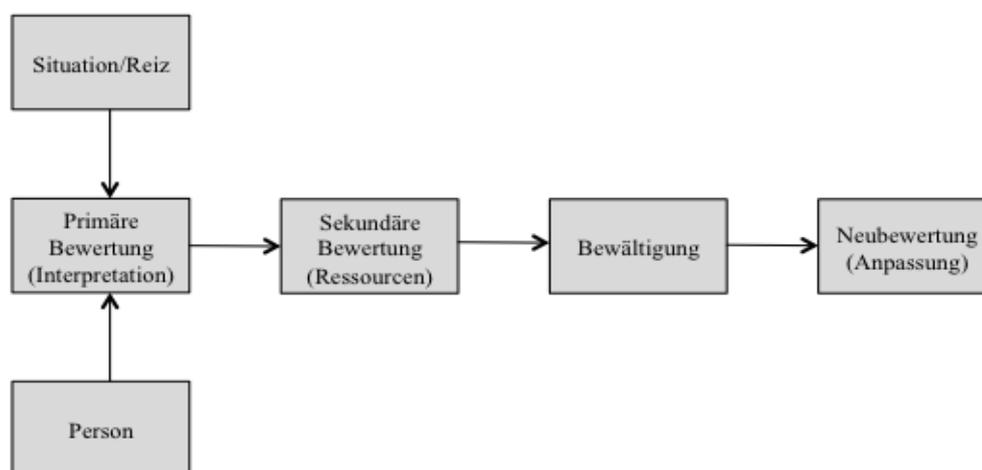
2.1.1 Stress- und Emotionserleben

Die Gedanken über eine Situation beeinflussen unser Erleben und Verhalten maßgeblich (Lazarus 1991). Demnach werden positive Emotionen erlebt, wenn einer Situation eine positive Bewertung gegeben wird und unangenehme Emotionen ausgelöst, wenn eine Situation als bedrohlich für das Wohlergehen eingeschätzt wird. Unangenehme Emotionen wie beispielsweise Angst, Wut und Scham gehen häufig mit Stresserleben einher (Znoj et al. 2008). Zahlreiche Untersuchungen in der Stress- und Emotionsforschung bestätigen, dass die Art der Einschätzung einer Situation oder eines Objektes die Stress- und Emotionsreaktionen wesentlich beeinflusst (Brandstätter et al. 2018; Lazarus 1966, 1991). Wie eine Emotion subjektiv erlebt wird, geht laut Dael et al. (2012) auf den Prozess der kognitiven Bewertung zurück. Kognitive Bewertungstheorien basieren auf der Grundannahme, dass die Einschätzung (appraisal) einer Situation die Grundlage für die Entstehung von Emotionen bildet (Lazarus 1966). Ob eine potenziell emotionsauslösende Situation eine Emotion auslöst, hängt demnach davon ab, wie die Situation bewertet wird (Brandstätter et al. 2018; Lazarus 1966). In Abbildung 1 wird der Prozess der Stress- bzw. Emotionsentstehung vereinfacht dargestellt. Hierbei wird zwischen *primary appraisal* und *secondary appraisal* unterschieden (Lazarus 1991). Negative Emotionen und Stress entstehen als Folge eines zweistufigen Einschätzungsprozesses. Nach einer ersten Einschätzung (Interpretation) dahingehend, ob eine Situation eine positive oder negative Bedeutung für unser Wohlergehen hat (primäre Bewertung), werden in einem zweiten Schritt (sekundäre Bewertung) die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten (Ressourcen) in Betracht gezogen, um den

Anforderungen an die Situation gerecht zu werden (Lazarus 1966, 1991; Brandstätter et al. 2018). Sind adäquate Bewältigungsmöglichkeiten vorhanden, fallen die Entstehung negativer Emotionen und die Stressreaktionen geringer aus (Lazarus 1966). Sobald neue Informationen über die Situation erhalten werden oder sich die Bedürfnislage verändert, erfolgt eine Neubewertung der Situation (reappraisal).

Abbildung 1

Transaktionales Stressmodell in vereinfachter Darstellung im Emotionsentstehungsprozess, in Anlehnung an Lazarus (1966)



Anmerkung: Zweistufige Einschätzung im Emotionsentstehungsprozess

Ob der Bewertung bei der Entstehung von Emotionen eine ursächliche Rolle zukommt, wurde oft in Frage gestellt. Als kritisch betrachtet wurde, dass kognitive Prozesse oftmals langsamer ablaufen als affektive Prozesse und Emotionen auch durch unterschwellig dargebotene, der bewussten Verarbeitung nicht zugängliche, Reize ausgelöst werden können (Brandstätter et al. 2018; Zajonc 1980). Dass kognitive Prozesse langsamer ablaufen als affektive ist dann der Fall, wenn Bewertungen auf bewusster Ebene stattfinden. Demgegenüber stehen Bewertungsprozesse, die automatisch ablaufen. In kognitiven Bewertungstheorien wird

davon ausgegangen, dass Bewertungsprozesse vorwiegend sehr schnell und unwillkürlich sowie ohne bewusste Abwägung ablaufen (Brandstätter et al. 2018). Die Bewertung einer Emotion erfolgt nach Lammers (2011) dahingehend, ob sie als angenehm oder unangenehm empfunden wird. Znoj et al. (2008) berichten von einem engen Zusammenhang zwischen unangenehmen Emotionen und dem Erleben von Stress.

2.1.2 Kognitives Modell nach Beck

Im kognitiven Modell nach Beck (1976) wird davon ausgegangen, dass nicht die konkreten Situationen (A = activating events) selbst, sondern die Bewertungen (B = belief) zu Konsequenzen (C = consequence) auf emotionaler und behavioraler Ebene führen. Emotionen werden demzufolge als Resultat vorangegangener Kognitionen angesehen. Diese Annahme liegt auch der IBSR-Methode zugrunde. Wie das transaktionale Stressmodell nach Lazarus (1966) beruht das ABC-Modell nach Beck (1976) auf der Annahme, dass zwischen einem Reiz bzw. einer Situation und dem emotionalen Erleben automatische Kognitionen liegen. Es wird davon ausgegangen, dass negativ erlebte Emotionen auf dysfunktionalen Kognitionen beruhen (Beck 1976, 2017). Demzufolge wird nicht die Situation an sich, sondern die kognitive Bewertung dieser Situation als belastend empfunden. Diese Bewertung bestimmt Emotionen und Verhalten (Beck et al. 2017). Ein wesentlicher Schritt zur Regulation negativ erlebter Emotionen besteht sowohl in den Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie (Beck 2017; Ellis 2008) als auch in der IBSR-Methode (Mitchell und Mitchell 2003) in der Identifikation dysfunktionaler Kognitionen (vgl. 2.2). Dysfunktionale Denkschemata werden laut Beck (2017) zudem als Erklärungsursache für die Entstehung von Depressionen angesehen und basieren auf einer negativen kognitiven Bewertung über sich selbst (z. B. *Ich bin nicht gut genug*), die Umwelt (z. B. *Er lehnt mich ab*.) oder die Zukunft (z. B. *Ich schaffe das nicht*.). Dabei verstärken sich depressiv betonte Emotionen und belastende Gedanken gegenseitig (Beck et al. 2017).

2.2 Emotionsregulation

Emotionsregulation bezeichnet nach Gross (2002) alle bewussten und unbewussten Prozesse zur Erhöhung, Aufrechterhaltung oder Minderung der Intensität sowohl des subjektiven Erlebens als auch des Ausdrucks von affektiven Zuständen. Eine adäquate Emotionsregulation gilt als ein wesentliches Merkmal psychischer Gesundheit (Gross und Muñoz 1995). Um bereits bestehende Emotionen zu verändern, zu verstärken, zu unterdrücken oder aufrechtzuerhalten, stehen verschiedene Strategien zur Verfügung (Barnow et al. 2016). Die Beeinflussung sowohl positiver als auch negativer affektiver Zustände ist in jede Richtung möglich. Emotionsregulation geht über die bloße Reduktion negativer Emotionen hinaus und schließt je nach Anforderungen der Situation sowohl die Minderung und Steigerung positiver Emotionen als auch die Intensivierung negativer Emotionen mit ein (Brandstätter et al. 2018). Emotionsregulatorische Prozesse können kontrolliert (bewusst) oder automatisch (außerhalb des Bewusstseins) ablaufen (Gross 2014).

Die Forschung zur Emotionsregulation ist multidisziplinär und umfasst klinische und kognitive Psychologie, Persönlichkeits-, Entwicklungs- und Sozialpsychologie sowie kognitive und affektive Neurowissenschaften und Psychophysiologie (Koole 2009). Annahmen, die der Emotionsregulationsforschung zugrunde liegen, reichen von empirischen Befunden zu Stresserleben und Copingstrategien (Lazarus 1993), Selbstregulation (Mischel et al. 1989) und der Bindungsforschung (Bowlby 1969), bis zu empirischen Untersuchungen neurobiologischer Prozesse der Emotionsregulation (Ochsner und Gross 2005), kognitiver Prozesse (Horowitz et al. 1996) und verhaltensbezogener Prozesse (Gross und Levenson 1997; Lazarus 1991). Studien zur Emotionsregulationsforschung widmen sich unter anderem der Wirkungsweise der zielgerichteten und bewussten Reduktion negativ erlebter Emotionen, der Wirkung unterschiedlicher Faktoren auf den Einsatz verschiedener Emotionsregulationsstrategien, den Auswirkungen verschiedener Strategien zur

Emotionsregulation auf die psychische und physische Gesundheit sowie begünstigenden Aspekten zur Regulierung von Emotionen. Zahlreiche Studien zeigen, dass Defizite in der Emotionsregulation mit einem erhöhten Risiko für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen einhergehen (Barnow et al. 2016; Berenbaum et al. 2003; Mennin und Farach 2007). Empirische Untersuchungen konnten einen maßgeblichen Einfluss der Emotionsregulation auf die psychische und physische Gesundheit und auf die Zufriedenheit in Beziehungen bestätigen (Gross und Muñoz 1995; Koole 2009; Sapolsky 2007). Neuere Forschungszweige beschäftigen sich mit dem Einfluss kognitiver Strategien auf die Emotionsregulation, wie z. B. Achtsamkeit.

2.2.1 Emotionsregulationsstrategien

Emotionsregulationsstrategien bezeichnen konkrete Mechanismen, um mit unangenehmen, inadäquaten oder bedrohlichen Emotionen umgehen zu können. Diese Strategien beschreiben automatische, bewusste oder unbewusste Abläufe in der Emotionsregulation (Koole 2009). In einer Meta-Analyse untersuchten Aldao et al. (2010) den Zusammenhang verschiedener Emotionsregulationsstrategien mit Psychopathologie (Angststörungen, depressive Störungen, Essstörungen und substanzgebundene Abhängigkeit). Bisherige Untersuchungen zeigen, dass Regulationsstrategien wie Vermeidung, Suppression und Rumination (Grübeln) eher mit psychischen Erkrankungen einhergehen, während emotionsregulatorische Strategien wie Akzeptanz, kognitive Neubewertung und Problemlösen mit einer besseren psychischen und physischen Gesundheit assoziiert sind (Aldao et al. 2010). Diese Ergebnisse werden bestätigt von zahlreichen weiteren Untersuchungen (Aldao et al. 2015; Butler et al. 2006; Gross 2014, 2015; John und Gross 2004; Webb et al. 2012). Diese Befunde legen eine Kategorisierung emotionsregulatorischer Strategien in *adaptiv* und *maladaptiv* nahe (Barnow und Prüßner 2020). Demzufolge werden kognitive Neubewertung, Akzeptanz und Problemlösen als adaptive Strategien eingeordnet, während Grübeln,

Unterdrückung des emotionalen Ausdrucks und des emotionalen Erlebens sowie Vermeidung als maladaptive Strategien gelten. Jedoch können diese Strategien nicht grundsätzlich als positiv oder negativ kategorisiert werden, da in der Anwendung der einzelnen Strategien der soziale Kontext, das subjektive Erleben und individuelle Vorerfahrungen berücksichtigt werden müssen. So kann das Unterdrücken von Traurigkeit beispielsweise als dysfunktional bei dem Verlust eines nahestehenden Menschen im familiären Kontext und als hilfreich in einem Mitarbeitergespräch im beruflichen Kontext betrachtet werden (Gross 2002; Lammers 2011). Vor dem theoretischen Hintergrund des Stress- und Emotionserlebens im Zusammenhang mit dysfunktionalen Kognitionen und der zunehmenden Relevanz des Konzeptes Akzeptanz in der modernen Verhaltenstherapie werden die beiden Emotionsregulationsstrategien Kognitive Neubewertung und Akzeptanz im Folgenden näher beleuchtet.

2.2.2 Kognitive Neubewertung als Emotionsregulationsstrategie

Die Grundannahme kognitiver Bewertungstheorien besteht darin, dass die kognitive Bewertung einer Situation die Grundlage für die Entstehung von Emotionen bildet (Lazarus 1966). Das emotionsauslösende Potenzial einer Situation wird dadurch beeinflusst, ob die Situation unter Einbezug der aktuell bestehenden Ziele und Bedürfnisse als emotional relevant bewertet wird (Brandstätter et al. 2018). Wird eine potenziell emotionsauslösende Situation mit einer neuen subjektiven Bedeutung verknüpft, wird die Situation infolgedessen anders wahrgenommen. Durch die neue Einschätzung wird der wahrgenommene Emotionsgehalt der Situation verändert. Die Effizienz der kognitiven Neubewertung als Strategie zur Emotionsregulation konnte in zahlreichen Studien in der Stressforschung gezeigt werden (Barnow et al. 2016; Brandstätter et al. 2018). Gross und Kollegen untersuchten an nicht-klinischen Stichproben die Auswirkungen der Anwendung kognitiver Neubewertung als Emotionsregulationsstrategie auf das Erleben positiver und negativer Emotionen und auf die physische und psychische Gesundheit (John und Gross 2004; Ochsner und Gross 2005).

Personen, die kognitive Neubewertung als Emotionsregulationsstrategie öfter verwenden, erleben häufiger positive und seltener negative Emotionen. Außerdem wurden positive Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit der Anwendung kognitiver Neubewertung und Lebenszufriedenheit gefunden. In der vorliegenden Arbeit wird die allgemeine Lebenszufriedenheit als kognitive Komponente des subjektiven Wohlbefindens (dazu 2.3) untersucht. Zudem berichten Gross und John (2003) signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit der Anwendung der kognitiven Neubewertung, wobei weibliche Personen häufiger kognitiv neu bewerten als männliche. Dieser Aspekt sollte in den vorliegenden Interventionsstudien ursprünglich berücksichtigt werden, jedoch wurde diese Überlegung aufgrund des hohen weiblichen Anteils der Stichproben verworfen. Insgesamt zeigen empirische Untersuchungen, dass kognitive Neubewertung negativ mit Psychopathologie korreliert (Aldao et al. 2010). Kritisch anzumerken ist, dass viele der Befunde auf Stichproben mit Studierenden beruhen, weshalb die Ergebnisse möglicherweise nur eingeschränkt generalisiert werden können (Barnow 2012). Eine Annahme in der vorliegenden Forschungsarbeit besteht darin, dass IBSR zu einer verstärkten Anwendung kognitiver Neubewertung als Emotionsregulationsstrategie beiträgt.

2.2.3 Akzeptanz als Emotionsregulationsstrategie

Akzeptanz als Strategie zur Emotionsregulation bezeichnet „das Annehmen der eigenen Emotionen, wie sie aktuell erlebt werden, ohne diese zu bewerten oder zu verurteilen. Dabei werden die damit verbundenen Gefühle, Gedanken und körperlichen Empfindungen erlebt, ohne den Versuch einer Veränderung, Kontrolle oder Vermeidung zu unternehmen“ (Barnow et al. 2016, S. 88).

Studien zeigen Zusammenhänge zwischen Akzeptanz als Emotionsregulationsstrategie und geringerer Depressivität, vermehrt positiven Gefühlen sowie insgesamt eine negative Korrelation mit Psychopathologie (Aldao et al. 2010). Jedoch liegen in Bezug auf eine negative

Assoziation mit Psychopathologie keine konsistenten Befunde bei klinischen Stichproben vor. Die wichtige Rolle der Akzeptanz in der IBSR-Methode spiegelt die Annahme wider, dass Leiden dann entsteht, wenn ein Gedanke geglaubt wird, der mit dem im Widerspruch steht, was ist (Mitchell 2013). In der vorliegenden Arbeit ein positiver Effekt der IBSR-Methode auf Akzeptanz vermutet.

2.3 Subjektives Wohlbefinden

Psychische Gesundheit wird laut WHO (2019) definiert als „ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann“. Psychische Gesundheit stellt dabei eine wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität und Leistungsfähigkeit dar. Je nach wissenschaftlichem Zusammenhang wird Wohlbefinden unterschiedlich operationalisiert. In der vorliegenden Arbeit wird das subjektive Wohlbefinden als Gegenpart zum Stresserleben betrachtet. Das subjektive Wohlbefinden kann als positive kognitive und emotionale Bewertung des eigenen Lebens verstanden werden und beinhaltet nach Dalbert (2002) die Lebenszufriedenheit (kognitive Dimension) und das Stimmungsniveau (affektive Dimension). Vorangegangene Studien zur Wirksamkeit der IBSR-Methode zeigen einen Effekt auf die Steigerung des Wohlbefindens bei nicht-klinischen Stichproben (Mitnik und Lev-Ari 2015; Smernoff et al. 2019), bei in der Beratung tätigen Menschen (Luff und Ledingham 2017), bei therapeutisch tätigen Menschen (van Rhijn et al. 2015) als auch bei Frauen mit Brustkrebs und mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko (Landau et al. 2015, 2016).

In der folgenden Arbeit wird neben der Reduzierung negativer Erlebenszustände (Stresserleben, Angst- und depressive Symptome, emotionale Erschöpfung, Grübeln) untersucht, inwieweit die IBSR-Methode zu einer Verstärkung positiver Aspekte wie Lebenszufriedenheit und Stimmung als Komponenten des subjektiven Wohlbefindens führt. Es

wird angenommen, dass sich die Beschäftigung mit den eigenen Kognitionen und die Überprüfung dysfunktionaler Überzeugungen positiv auf das subjektive Wohlbefinden auswirken. Weiterhin wird vermutet, dass der meditative Aspekt der IBSR-Methode zur Regulierung von körperlichen Erregungszuständen und zur Regulation negativer emotionaler Zustände beiträgt und positive emotionale Prozesse unterstützt. Auf Grundlage dieser Überlegung wird außerdem eine Steigerung der inneren Ruhe vermutet. Innere Ruhe bezeichnet das Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewichts (Schaarschmidt 2006).

2.4 Interventionen

Die Zunahme an stressbedingten psychischen und physischen Erkrankungen führte in den letzten Jahrzehnten zu einer Erweiterung des Spektrums im Bereich Stressmanagement. Sowohl im klinischen als auch im nicht-klinischen (vor allem beruflichen) Kontext werden vielfältige Interventionen zur Reduktion von Stress angeboten wie beispielsweise Stressbewältigungstrainings, Entspannungstechniken, Meditation/Achtsamkeit, Biofeedback, kognitive Verhaltenstherapie und Zeitmanagement (Giga et al. 2003). Sowohl im klinischen als auch im nicht-klinischen Kontext existieren zahlreiche Interventionen, die mit der Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Kognitionen einhergehen. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über kognitive Techniken in der Verhaltenstherapie sowie Verfahren der dritten Welle gegeben als auch kurz auf meditationsbasierte Interventionen im nicht-klinischen Bereich eingegangen. Im klinisch-therapeutischen Bereich beschäftigen sich die kognitive Verhaltenstherapie (Beck 1976, 1991) als auch die rational-emotive Therapie mit dem Identifizieren und Verändern dysfunktionaler Kognitionen (Ellis 2008). Seit einigen Jahren werden darüber hinaus in der Verhaltenstherapie zunehmend Verfahren eingesetzt, die den Fokus auf die Bewusstmachung und die Akzeptanz von Kognitionen legen. Im Folgenden werden die rational-emotive Therapie als Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie sowie

achtsamkeits- bzw. akzeptanzbasierte Verfahren vorgestellt und in Zusammenhang mit der IBSR-Methode gebracht.

Rational-Emotive Therapie. Wie auch das kognitive Modell nach Beck (1976) basiert die rational-emotive Therapie auf der Annahme, dass psychische Erkrankungen aufgrund irrationaler Denkmuster entstehen, die unser Erleben und Verhalten maßgeblich beeinflussen (Ellis 1984). Ellis (2008) erweiterte das ABC-Modell im Rahmen der rational-emotiven Verhaltenstherapie um die Komponenten D (Disputation) und E (Effect). Nachdem Personen negative Konsequenzen wie beispielsweise Stress erlebt haben, erfolgt die Auseinandersetzung mit den irrationalen Überzeugungen (D = Disputation), die zu den Konsequenzen geführt haben. Anschließend erfolgt eine kognitive Umstrukturierung (E = Effect). Wie in der kognitiven Therapie nach Beck (1976, 1991, 2017) liegt der Fokus der rational-emotiven Therapie auf der Identifikation und Änderung dysfunktionaler Gedanken, um eine Veränderung der Emotionen und des Verhaltens zu bewirken. Aus objektiver Sicht wirken diese Gedanken und Überzeugungen stark irrational (Ellis 2008), wodurch die Modifikation dysfunktionaler Kognitionen auf rationalitätsbasierten Ansätzen beruht. Nach der Identifikation belastender irrationaler Überzeugungen werden diese kritisch und im Hinblick auf ihre Logik und empirische Belegbarkeit hinterfragt (Disputation), beispielsweise durch das Erkennen von Widersprüchen. Die Veränderung dysfunktionaler Kognitionen geschieht durch die Erarbeitung von hilfreicherer Kognitionen, die durch die rationale Einsicht der Irrationalität belastender Kognitionen gewonnen wurden und in die Praxis umgesetzt werden sollen (behaviorale Disputation). Es wird davon ausgegangen, dass dies zu emotionaler Einsicht führt. Allerdings berichten Personen, die Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie nutzen, dass sie um die Irrationalität der dysfunktionalen Überzeugungen wissen, sich diese auf der emotionalen Ebene jedoch immer noch wahr anfühlen (Epel et al. 2018; Smernoff et al. 2015, 2019). Dieser Aspekt lässt darauf schließen, dass für die Veränderung dysfunktionaler Kognitionen eine rein

rationale Einsicht der Dysfunktionalität der Überzeugungen nicht ausreicht. Vielmehr wird vor dem Hintergrund theoretischer Überlegungen zum Stress- und Emotionserleben angenommen, dass die erfolgreiche Veränderung belastender Überzeugungen nicht nur auf der rationalen Einsicht der Dysfunktionalität der Kognitionen beruht, sondern auf einem kognitiven Neubewertungsprozess unter Einbezug der emotionalen Komponente basiert.

Während in den Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie (Beck 1976, 1991, 2017; Ellis 2008) die Modifikation dysfunktionaler Kognitionen im Wesentlichen auf der rationalen Einsicht der Dysfunktionalität der Überzeugungen beruht, wird in Verfahren der dritten Welle (z. B. Mindfulness-Based Stress Reduction) als auch in der IBSR-Methode stärker die emotionale Komponente in den Veränderungsprozess integriert. Zudem stellen Achtsamkeit und Akzeptanz wesentliche Bestandteile sowohl der Verfahren der dritten Welle als auch der IBSR-Methode dar. Dabei geht es vielmehr um die Veränderung der Beziehung zu den Kognitionen als um die Veränderung des Inhalts dysfunktionaler Kognitionen.

Verfahren der dritten Welle. In der modernen Verhaltenstherapie wurden in den letzten Jahrzehnten vermehrt Verfahren der dritten Welle wie die von Kabat-Zinn (2003) entwickelte Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction / MBSR) und die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) von Hofmann und Asmundson (2008) integriert (Hayes 2004; Hofmann und Asmundson 2008). Diese Ansätze bauen auf traditionellen verhaltenstherapeutischen Ansätzen auf, während kontextuelle und erlebnisbasierte Prozesse stärker in den Fokus gerückt werden. Klassisch kognitiv-behaviorale Konzepte werden ergänzt durch die stärkere Betonung von Achtsamkeit und Akzeptanz anstelle von Kontrolle und Veränderung inneren Erlebens (Chambers et al. 2009; Eifert 2011). Besondere Aufmerksamkeit wird auf die Beziehung zu den eigenen Kognitionen gelegt mit dem Ziel Gedanken zu bemerken und zu akzeptieren. Nach Chambers et al. (2009) besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen Ansätzen der klassischen Verhaltenstherapie und achtsamkeitsbasierten

Interventionen darin, dass nicht die Veränderung emotionaler Zustände angestrebt wird, sondern die Veränderung der Beziehung zu den (unangenehmen) Emotionen. Des Weiteren liegt ein Schwerpunkt darauf, anwendbare Fähigkeiten zu verstärken (wie Achtsamkeit, Akzeptanz, Commitment) ohne zu pathologisieren. Ein weiterer Unterschied zu klassischen Therapieansätzen besteht darin, dass Therapeuten³ die Methoden bei sich selbst anwenden (Hayes 2004).

Bei klinischen Stichproben zeigen empirische Studien eine Förderung der mentalen Gesundheit durch achtsamkeitsbasierte Interventionen (Guendelmann et al. 2017). ACT mit den Grundelementen Achtsamkeit und Akzeptanz (Hayes 2004) zeigt eine ebenso hohe Wirksamkeit bei psychischen Störungen wie die kognitiv-behaviorale Therapie (A-Tjak et al. 2015) und zudem eine Steigerung der allgemeinen psychischen Gesundheit (Stoffers et al. 2012). Zur Behandlung von depressiven Episoden schlägt die American Psychiatric Association (2010) unter anderem achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie vor. “Mindfulness-based cognitive therapy is a variant of cognitive therapy that encourages patients to pay attention to their thoughts and feelings in the moment and to accept them rather than judging or trying to change or disprove them.” (S. 57)

Meditationsbasierte Interventionen. Im nicht-klinischen Kontext finden meditationsbasierte Interventionen immer häufiger Anwendung. Achtsamkeit als zentrales Konzept meditationsbasierter Interventionen bezeichnet die Ausrichtung auf den gegenwärtigen Moment und wurde in ihrem Wirkmechanismus und ihrer Wirksamkeit in den letzten Jahrzehnten intensiv erforscht. Der am besten erforschteste Ansatz ist Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn (2003). Es existieren bereits zahlreiche Nachweise zur Wirksamkeit von MBSR zur Reduktion von Stress, depressiven Symptomen

³ In der vorliegenden Arbeit wird überwiegend eine geschlechterneutrale Sprache verwendet. Zur besseren Lesbarkeit wird an einigen Stellen die männliche Form verwendet, wobei das generische Maskulinum sich gleichermaßen auf alle Geschlechter bezieht.

und Angstsymptomen bei gesunden Menschen (Chiesa und Serretti 2009; Eberth und Sedlmeier 2012; Kabat-Zinn 2003;; Khoury et al. 2013). Des Weiteren bestätigen zahlreiche Untersuchungen die Wirksamkeit von Meditation auf Emotionsregulation (Guendelmann et al. 2017; Khoury et al. 2017).

Sowohl Achtsamkeit als auch Akzeptanz sind wesentliche Elemente der IBSR-Methode. Achtsamkeit als Komponente zeigt sich in der IBSR-Methode unter anderem darin, dass in einem meditativen Befragungsprozess der Fokus in der Beantwortung der Fragen auf den gegenwärtigen (zu überprüfenden) Moment gelegt wird. Des Weiteren liegt ein Schwerpunkt auf dem bewussten Erleben der Reaktionen auf verschiedenen Ebenen in dem jeweiligen Moment, wodurch neben der kognitiven auch die emotionale, die physische und die behaviorale Ebene einbezogen werden. In der Identifikation der Gedanken spielt Achtsamkeit dahingehend eine wesentliche Rolle, eigene Kognitionen bewusst wahrzunehmen.

Akzeptanz als Komponente in der IBSR-Methode zeigt sich unter anderem in der Annahme, dass Stress dann entsteht, wenn Denken und Realität nicht im Einklang stehen (Mitchell 2013). Das bedeutet im Umkehrschluss, dass innerer Frieden durch die Akzeptanz dessen entsteht, was ist. Hierbei umfasst die *Realität* unter anderem Kognitionen, Emotionen, Situationen, Verhalten und physische Symptome. Als *Stress* wird in der IBSR-Methode jegliche Art von *Leiden* bezeichnet und wird als Folge der sogenannten "*stressful thoughts*" betrachtet.

Während die Wirksamkeit der MBSR-Methode unter anderem durch Meta-Analysen gut erforscht ist, besteht zur IBSR-Methode noch vergleichsweise wenig Forschung. Bisherige Studien zur Wirksamkeit der IBSR-Methode zeigen positive Effekte der IBSR-Methode auf die Reduktion des Stresserlebens, die Verringerung depressiver Symptome, den Rückgang von Angstsymptomen und die Steigerung des Wohlbefindens sowie der Lebenszufriedenheit (vgl. Kapitel 2.5.4). Auf Basis theoretischer Überlegungen und empirischer Befunde werden in der

vorliegenden Arbeit die Annahmen abgeleitet, dass durch das Hinterfragen dysfunktionaler Kognitionen mittels der IBSR-Methode das Stresserleben reduziert, die Emotionsregulation verbessert und das subjektive Wohlbefinden erhöht werden können.

2.5 Inquiry-Based Stress Reduction

Inquiry-Based Stress Reduction (Mitchell und Mitchell 2003) wurde von Byron Kathleen Mitchell, bekannt als Byron Katie, entwickelt und wird auch als *The Work* bezeichnet. Ziel der Methode ist es, belastende Kognitionen zu identifizieren und anhand von vier Fragen und Umkehrungen zu überprüfen. Die primäre Intention liegt nicht in der Modifikation dysfunktionaler Kognitionen, sondern im absichtslosen Hinterfragen der Überzeugungen. Die IBSR-Methode basiert im Unterschied zu klassischen Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie nicht nur auf der rationalen Einsicht der Dysfunktionalität der Kognitionen, sondern eher auf einem kognitiven Neubewertungsprozess durch die Integration der emotionalen Ebene sowie Achtsamkeit und Akzeptanz als wesentliche Komponenten.

2.5.1 Entstehung der IBSR-Methode

Die IBSR-Methode entstand im Jahr 1986 durch die US-Amerikanerin Byron Katie Mitchell. Nachdem Byron Katie Mitchell mehrere Jahre unter schweren Depressionen litt, erlebte sie laut eigenen Aussagen ein Moment der Klarheit, durch den sich ihr gesamtes Leben veränderte. Sie erkannte, dass „Leiden [...] eine freiwillige Entscheidung [ist]“ (Mitchell 2013) und sie „verstand, dass sie litt, wenn sie ihre Gedanken glaubte und dass sie nicht litt, wenn sie diese Gedanken nicht glaubte.“ (Mitchell 2013, S. 2). Die Ursache für ihre Depression bestand für sie nicht länger „[in der] Welt um sie herum, sondern [darin], was sie über die Welt um sie herum glaubte“ (Mitchell 2013, S. 2).

Nach diesem Erlebnis begann Byron Katie Mitchell ihre Gedanken bewusst zu beobachten und sie auf ihren Wahrheitsgehalt zu überprüfen. Ohne akademischen, religiösen, psychologischen oder spirituellen Hintergrund, sondern ausschließlich basierend auf ihren

persönlichen Erfahrungen, entwickelte Byron Katie Mitchell eine Selbstbefragungsmethode, mit der belastende Überzeugungen in einem meditativen Prozess auf ihren Wahrheitsgehalt überprüft werden können und die sie *The Work* nannte.

2.5.2 Identifikation dysfunktionaler Kognitionen

Die Grundannahme der IBSR-Methode besteht darin, dass jedem Stresserleben und jeder unangenehmen Emotion belastende Kognitionen zugrunde liegen. Dies entspricht im Wesentlichen den Annahmen kognitiver Bewertungstheorien (Brandstätter et al. 2018; Dael et al. 2012; Lazarus 1966, 1991). Im Folgenden wird ein Überblick über verschiedene Möglichkeiten gegeben, mit denen die Identifikation belastender Überzeugungen erfolgen kann. Dabei können dysfunktionale Kognitionen grundsätzlich kategorisiert werden in Gedanken über andere Personen und Gedanken, die sich ausschließlich auf die Person selbst beziehen. Eine häufig genutzte Möglichkeit, belastende Kognitionen über andere Personen zu identifizieren, stellt ein standardisiertes Arbeitsblatt dar – das *Arbeitsblatt Urteile-über-deinen-Nächsten* (Anhang A). Weitere Optionen, dysfunktionale Überzeugungen aufzudecken, bieten unter anderem Bedeutungs- und Befürchtungslisten (Heske 2020). Im Folgenden wird das IBSR-Arbeitsblatt genauer vorgestellt sowie kurz auf Bedeutungs- und Befürchtungslisten eingegangen.

Das IBSR-Arbeitsblatt besteht aus sechs Punkten in Form von Fragen, die möglichst in Bezug auf eine konkrete als belastend empfundene Situation ausgefüllt werden. Um belastende Kognitionen zu identifizieren, wird zunächst eine konkrete Situation (falls vorhanden) ausgewählt, die auf irgendeine Art und Weise als stressvoll wahrgenommen wurde. Bei Punkt 1 werden in einem ersten Schritt die Emotionen aufgeschrieben, die in der gewählten Situation erlebt wurden. Diese dienen als Anker, um das innerliche Zurückgehen in die konkrete Situation zu erleichtern und die zugrundeliegenden Gedanken zu identifizieren. Das Arbeitsblatt aus einer meditativen Haltung heraus auszufüllen, erleichtert den Zugang zu den – meist

unbewussten – Überzeugungen. Ist die Situation innerlich sehr präsent (z. B. weil sie gerade stattfindet), kann das IBSR-Arbeitsblatt spontan aus diesem Moment heraus ausgefüllt werden. Nun gilt es sechs Fragen – bezogen auf die konkrete Situation – in Form eines standardisierten Lückentextes zu beantworten. Hier sollen alle Gedanken unzensiert aufgeschrieben werden, wodurch die – oft irrational erscheinenden – unbewussten Überzeugungen ins Bewusstsein gelangen und erfasst werden können. Das IBSR-Arbeitsblatt bietet damit die Möglichkeit, auf umfassende Weise jene dysfunktionalen Kognitionen, welche mit einer emotional als belastend wahrgenommenen Situation assoziiert werden, zu identifizieren. Alternativ kann statt einer konkreten Situation mit einer anderen Person ein bestimmtes Thema mit einer anderen Person betrachtet werden (Heske 2020). Des Weiteren besteht die Möglichkeit, statt einer anderen Person etwas anderes einzusetzen, wie beispielsweise Objekte, den Körper, Emotionen, Symptome, Umstände (z. B. die Jobabsage), Systeme, das Klima oder Institutionen. Im Folgenden werden die sechs Punkte des IBSR-Arbeitsblattes zur Identifikation belastender Überzeugungen dargestellt und die Vorgehensweise des Ausfüllens anhand eines Beispiels verdeutlicht.⁴ Die Anzahl pro Kognitionen, die pro Punkt aufgeschrieben werden, ist dabei nicht vorgegeben.

Punkt 1. In dieser Situation: Wer ärgert dich, verwirrt dich, verletzt dich, macht dich traurig oder enttäuscht dich – und warum?

Ich bin wütend auf Ben, weil er mich respektlos behandelt.

Punkt 2. In dieser Situation: Wie willst du, dass er/sie sich ändert? Was willst du, dass er/sie tut?

Ich will, dass Ben mich wertschätzt. | Ich will, dass Ben meine Bedürfnisse ernst nimmt.

Punkt 3. In dieser Situation: Welchen Rat würdest du ihm/ihr anbieten?

Ben sollte sich in meine Lage hineinversetzen. | Ben sollte innehalten.

⁴ Das IBSR-Arbeitsblatt wird exemplarisch ausgefüllt und entspricht nicht den Originalaussagen eines Probanden. Alle hervorgehobenen Textstellen entsprechen den Lücken auf dem Arbeitsblatt.

Punkt 4. Damit du in dieser Situation glücklich sein kannst: Was brauchst du, dass er/sie denkt, sagt, fühlt oder tut?

Ich brauche von Ben, dass er mich liebt. | Ich brauche von Ben, dass er mich annimmt, wie ich bin.

Punkt 5. Was denkst du über ihn/sie in dieser Situation? Erstelle eine Liste. (Es ist in Ordnung, kleinlich und beurteilend zu sein.)

Ben ist respektlos, herablassend, gemein, egoistisch, unsensibel, unbewusst.

Punkt 6. Was ist es bezüglich dieser Person und dieser Situation, das du nie wieder erleben willst?

Ich will nie wieder erleben, dass Ben mich so respektlos behandelt.

Eine weitere Möglichkeit, Grundüberzeugungen zu identifizieren, stellt die sogenannte *Bedeutungsliste* dar (Heske 2020). Zunächst wird ein Gedanke gewählt, der emotional als belastend erlebt wird, wie beispielsweise: Mein Partner hat mich verlassen. | Ich habe wenig Geld. | Ich bin Single (obwohl ich eine Beziehung möchte). | Ich habe meinen Job verloren. Anschließend wird der Wortlaut des gewählten Gedankens ergänzt durch „... und das bedeutet, dass ...“. Wie auch beim Ausfüllen des IBSR-Arbeitsblattes gilt die Empfehlung, sich beim Schreiben der Liste innerlich in die Situation zu begeben und möglichst die Emotionen zu erleben, die mit der Situation verknüpft sind. Auf diese Weise kann ein breites Spektrum der, zumeist unbewussten, zugrundeliegenden Überzeugungen und der mit dieser Situation in Verbindung stehenden Bedeutungen ins Bewusstsein gebracht und erfasst werden. Die folgende Bedeutungsliste dient als Beispiel⁵:

Mein Partner hat mich verlassen und das bedeutet, dass:

- Ich werde nie wieder glücklich sein.

⁵ Die grammatikalisch logische Vollendung der Sätze (z. B. *Mein Partner hat mich verlassen und das bedeutet, dass ich nie wieder glücklich sein werde*) wird übersprungen und die Sätze werden zu Aussagesätzen umformuliert, um sie später überprüfen zu können.

- Ohne ihn kann ich nicht leben.
- Mit mir stimmt was nicht.
- Ich bin nicht beziehungsfähig.
- Ich bin nicht in der Lage, eine glückliche Beziehung zu führen.

Eine andere Möglichkeit, belastende Überzeugungen zu identifizieren, stellt die Befürchtungsliste dar. Anhand dieser können Befürchtungen über zukünftige Ereignisse identifiziert werden. Ein kurzes Beispiel soll dies demonstrieren: Eine Person hat Angst, in einer bestimmten Situation vor einer Gruppe zu sprechen. Mit der Frage *Was befürchtest du, könnte geschehen, wenn du in dieser Situation vor der Gruppe sprichst?* können beispielsweise Gedanken auftauchen wie: Die anderen werden mich auslachen. | Ich werde mich blamieren. | Ich werde einen Black-Out haben.

Eine weitere Möglichkeit, belastende Kognitionen zu identifizieren, besteht darin, alle Gedanken aufzuschreiben, die mit einem bestimmten Thema oder einer Situation in Verbindung gebracht werden. Häufig treten nicht nur Gedanken über andere Personen, sondern auch Gedanken über sich selbst auf. Dysfunktionale Überzeugungen über sich selbst sind beispielsweise: Ich bin nicht gut genug. | Mit mir stimmt was nicht. | Ich schaffe das nicht. | Ich kann das nicht. | Ich sollte anders (schlanker / jünger / intelligenter / usw.) sein.

Des Weiteren kann das Identifizieren belastender Kognitionen mithilfe von anderen Listen erfolgen, die durch gezielte Fragen die Bewusstmachung zugrundeliegender Überzeugungen unterstützen. Eine häufig genutzte Möglichkeit bietet die Erstellung einer Liste, beispielsweise mit der Überschrift *Es wäre schlimm, wenn...* oder *Welche Gedanken muss ich glauben, um so zu handeln?*

In der vorliegenden Arbeit erfolgte die Identifikation der Gedanken in Studie 1 aus einer Kombination der vorgestellten Möglichkeiten, während in Studie 2 ein Gedanke vorgegeben

wurde (*Ich bin nicht gut genug*), zu dem die Teilnehmenden eine Situation finden sollten, in der dieser Gedanke bewusst oder unbewusst geglaubt wurde.

2.5.3 Überprüfung dysfunktionaler Kognitionen

Nach der Identifikation der belastenden Kognitionen wird ein Gedanke in einem meditativen Prozess mithilfe von standardisierten Fragen und den sogenannten Umkehrungen systematisch überprüft. Der Fokus liegt nicht auf der rationalen Beantwortung der Fragen oder einem Überlegen der Antworten, sondern auf der spontan auftauchenden, intuitiven Antwort. Die Durchführung des Überprüfungsprozesses kann mündlich oder schriftlich und sowohl in Begleitung als auch für sich selbst erfolgen. Für die schriftliche Selbstbegleitung kann ein standardisiertes Arbeitsblatt (*Arbeitsblatt Untersuchung eine Überzeugung*) genutzt werden (Anhang B).

In Studie 1 fand die Überprüfung verschiedener Gedanken in unterschiedlichen Modalitäten statt (mündlich mit Begleitung zu zweit oder in einer Gruppe, schriftlich für sich selbst) und variierte in den Seminaren. Der Anteil der schriftlich oder mündlich durchgeführten Work-Prozesse in den einzelnen Seminaren wurde nicht erhoben.

In Studie 2, in der ein zweistündiger Online-Workshop durchgeführt wurde, erfolgte die Überprüfung des Gedankens „*Ich bin nicht gut genug*“ in der Gruppe, während die Workshopleiterin (die Autorin) die Fragen stellte und jeder in der Gruppe die eigenen Antworten für sich fand und gegebenenfalls laut aussprach. Des Weiteren wurde im Online-Workshop ein freiwilliger Teilnehmer vor der Gruppe mit der Work durch einen Satz eines selbst gewählten Themas begleitet.

2.5.3.1 Die vier Fragen. Der Prozess der Gedankenüberprüfung erfolgt anhand von vier Hauptfragen, die optional durch entsprechende Unterfragen ergänzt werden (Mitchell und Mitchell 2003). Jede belastende identifizierte Überzeugung kann mit diesen vier Fragen untersucht werden. Die Beantwortung der Fragen erfolgt aus der ausgewählten Situation

heraus, das bedeutet, sich innerlich in die Situation zu begeben, in der dieser Gedanke auftaucht. Die beiden ersten IBSR-Fragen weisen ein dichotomes Antwortformat auf (*ja* oder *nein*), wohingegen Frage 3 und 4 sowie die meisten Unterfragen ein offenes Antwortformat vorweisen. Die vier Fragen werden an dem Gedanken veranschaulicht, der in Studie 2 untersucht wurde (*Ich bin nicht gut genug*). Um den Prozess des meditativen Einlassens auf die Fragen zu unterstützen, kann eine mögliche Einleitung in den Befragungsprozess lauten:

The Work ist ein meditativer Prozess. [...] [Ich] lade dich ein, die jeweilige Frage zu hören, sie wörtlich zu nehmen, innezuhalten und zu bemerken, welche Antwort in dir auftaucht. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Vertraue einfach der Antwort, die sich in dir zeigt.

(Heske 2020, S. 14)

Der begleitete IBSR-Prozess in Studie 2 wurde mit dieser Einleitung begonnen. Mit jeder Frage, die gestellt wird, erfolgt die Erinnerung an die Situation mit wenigen Stichworten (z. B. „Mittwochabend im Wohnzimmer“) und die Wiederholung des zu überprüfenden Gedankens.

Gedanke, der überprüft wird: *Ich bin nicht gut genug.*

Frage 1: Ist das wahr?

„Ja.“⁶

Frage 2: Kannst du mit absoluter Sicherheit wissen, dass das wahr ist?

„Nein.“

Frage 3: Wie reagierst du, wenn du diesen Gedanken glaubst?

„*Ich fühle mich schwer und traurig, einsam und verloren. Meine Atmung ist ganz flach, meine Schultern hängen. Ich fühle mich gelähmt. Ich versinke in einem Loch aus*

⁶ Die Antworten werden exemplarisch dargestellt und wurden dem *Praxisbuch für The Work nach Byron Katie* entnommen (Heske 2020). Die Antworten entsprechen nicht den Originalaussagen eines Probanden aus Studie 2.

Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit. Ich bin wütend auf ihn. Ich fühle mich bedürftig. Es fühlt sich alles scheußlich an. Ich fühle mich abgelehnt und abhängig von ihm.“

Frage 4: Wer wärst du ohne den Gedanken?

„Ich wäre innerlich ruhiger, freier. Da ist kein Drama mehr. Ich spüre meine Liebe zu ihm, meine Lebenslust.“

Die 4. Frage ermöglicht es, die gewählte Situation zu erleben, wenn der Gedanke nicht auftauchen würde. Um dieses Erleben zu erleichtern, können entsprechende Unterfragen ergänzt werden, z. B.: *Stell dir vor, der Gedanke könnte nicht auftauchen. Wer wärst du ohne den Gedanken?*

Ergänzend können in Frage 3 entsprechende Unterfragen gestellt werden, die die Bewusstmachung der Konsequenzen der belastenden Überzeugung auf emotionaler, physischer und behavioraler Ebene unterstützen.⁷ Mögliche Unterfragen sind:

- a) Welche Gefühle tauchen auf, wenn du diesen Gedanken glaubst?
- b) Wo spürst du es im Körper, wenn du diesen Gedanken glaubst?
- c) Welche Bilder aus der Vergangenheit oder der Zukunft siehst du, wenn du diesen Gedanken glaubst?
- d) Wie behandelst du sie/ihn, wenn du diesen Gedanken glaubst? Und wie fühlt sich das für dich an, sie/ihn so zu behandeln?
- e) Wie gehst du mit dir selbst um, wenn du diesen Gedanken glaubst? Wie fühlt es sich für dich an, so mit dir umzugehen?
- f) Was benutzt du, um dich von diesem Schmerz abzulenken, der mit diesem Gedanken verbunden ist? Zeigen sich Zwänge oder Süchte, wenn du diesen Gedanken glaubst (z. B. Alkohol, Drogen, Handy, Shopping, Essen, Sex, Internet)?

⁷ Diese Übersicht der Unterfragen ist nicht vollständig und dient lediglich der Veranschaulichung möglicher Unterfragen für Frage 3. Die Auswahl enthält sowohl Unterfragen aus dem Praxisbuch für The Work (Heske 2020) als auch aus dem Arbeitsblatt „Untersuche eine Überzeugung“.

- g) Bringt dieser Gedanke Frieden oder Stress in dein Leben?
- h) Öffnet oder schließt der Gedanke dein Herz?
- i) Wozu bist du nicht in der Lage, wenn du diesen Gedanken glaubst?

Der Einsatz dieser oder weiterer Unterfragen in Studie 1 wurde bestimmt durch die jeweiligen Seminarleiter bzw. durch die Seminarteilnehmenden in ihren (Selbst-) Begleitungen während der Seminare. In Studie 2 wurden die Unterfragen a), b), g) und i) verwendet.

2.5.3.2 Die Umkehrungen. Bei der Überprüfung eines dysfunktionalen Gedankens folgen nach den Fragen die sogenannten Umkehrungen. Bei den Umkehrungen wird der ursprüngliche Gedanke in verschiedenen Varianten ins Gegenteil gekehrt. Der Wahrheitsgehalt einer Umkehrung wird im Wesentlichen einerseits auf der emotionalen Ebene geprüft, indem der gegenteilig formulierte Satz erlebt wird und andererseits auf der kognitiven Ebene überprüft, indem Beispiele für den Wahrheitsgehalt der jeweiligen Umkehrung gefunden werden. Dieser Schritt unterstützt einerseits die Bewusstwerdung, dass der ursprüngliche Gedanke nicht der absoluten Wahrheit entspricht und andererseits die Entdeckung neuer, bislang nicht bewusst wahrgenommener Perspektiven. Dabei liegt die Intention nicht darin, etwas anderes zu glauben, sondern lediglich „eine Alternative zu dem zu erforschen, was [...] bisher geglaubt [wurde]“ (Heske 2020, S. 75). Je nach Syntax des ursprünglichen Gedankens sind eine, zwei oder drei und manchmal noch weitere Umkehrungen möglich. Nachfolgend wird die Bildung der Umkehrungen anhand eines Beispiels demonstriert. Der überprüfte Gedanke lautet:

„Ich will, dass er mich wertschätzt.“

Bei diesem Gedanken existieren drei Basis-Umkehrungen. Der Gedanke kann zu sich selbst, zur anderen Person und ins Gegenteil umgekehrt werden.

- **Umkehrung zu sich selbst: „Ich will, dass *ich* mich wertschätze.“**

Bei dieser Umkehrung werden meist alle Personalpronomen ersetzt durch *ich*, *mein* oder *mir*. Zunächst soll die Umkehrung innerlich erlebt werden (emotionale Ebene). Nachfolgend sollen Beispiele für die Validität dieser Aussage gefunden werden (kognitive Ebene). Mögliche Fragen, die das Finden der Beispiele erleichtern, lauten: Wie könnte diese Umkehrung Sinn ergeben für dich? Wie könnte diese Umkehrung auch wahr sein?

Beispiel 1: *Ja, das stimmt absolut. Ich tue das in dieser Situation nämlich nicht.*

Beispiel 2: *Wenn ich mich selbst wertschätze, fühlt sich das viel besser an.*

Beispiel 3: *Wenn ich mich selbst wertschätze, bin ich von der Wertschätzung der anderen Person nicht abhängig.*

- **Umkehrung zur anderen Person:** „Ich will, dass *ich ihn* wertschätze.“
- **Umkehrung ins Gegenteil:** „Ich will *nicht*, dass er mich wertschätzt.“

Wie für die erste Umkehrung beschrieben, erfolgt die Überprüfung der Validität der beiden weiteren Umkehrungen ebenfalls durch das Kontemplieren über die jeweilige Umkehrung sowie das Finden von Beispielen.

2.5.4 Bisherige Forschung zur IBSR-Methode

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über wissenschaftliche Untersuchungen gegeben, die sich mit der Erforschung der Wirksamkeit der IBSR-Methode beschäftigen. Anschließend werden Studien in Bezug auf Stresserleben, Emotionsregulation und Wohlbefinden genauer betrachtet.

Es existieren bereits empirische Nachweise sowohl mit klinischen als auch mit nicht-klinischen Stichproben. Dass sich das subjektive Stresserleben mittels einer IBSR-Intervention längerfristig reduzieren lässt, zeigte erstmals Nye (2011) mit einer nicht-klinischen Stichprobe. Forschung zur Wirksamkeit der IBSR-Methode mit explizitem Bezug auf Emotionsregulation gibt es bislang noch nicht. Allerdings existieren eine Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen zur Wirksamkeit der IBSR-Methode zur Verringerung von Angstsymptomen (Leufke et al.

2013; Krispenz und Dickhäuser 2018, 2019; Krispenz et al. 2019b; Smernoff et al. 2015), insbesondere bei Prüfungsangst (Krispenz 2019a; Krispenz et al. 2019b) und Angst im Zusammenhang mit Stress (Krispenz und Dickhäuser 2019). Die Ergebnisse zeigen, dass eine Reduktion von Angstsymptomen durch die Anwendung der IBSR-Methode möglich ist. Untersuchungen zur Wirksamkeit der IBSR-Methode zeigen, dass IBSR ein hilfreiches Tool für in der Beratung tätige Menschen (Luff und Ledingham 2017) und Therapeuten (van Rhijn et al. 2015) sowohl im persönlichen Leben als auch in ihrer beruflichen Praxis sein kann. Die Ergebnisse der Untersuchung von Luff und Ledingham (2017) demonstrieren, dass die Anwendung von IBSR in der Beratung tätige Menschen unterstützte, ihr Wohlbefinden zu stärken und sie vor Burnout zu schützen. Als ein wirksames Tool zur Selbstfürsorge förderte IBSR das Selbstbewusstsein und die Selbstannahme der Probanden und erhöhte sowohl die Akzeptanz den Klienten gegenüber als auch die kognitive Flexibilität und das metakognitive Bewusstsein. Zudem wurde eine Verbesserung der therapeutischen Allianz berichtet. Befunde zeigen, dass die Identifikation und die Überprüfung dysfunktionaler Überzeugungen mittels IBSR das psychische Wohlbefinden steigern und die mentale Gesundheit von Therapeuten verbessern kann (van Rhijn et al. 2015).

Es existieren bereits mehrere Studien, die die Wirksamkeit der IBSR-Methode in Bezug auf die Verringerung psychopathologischer Symptome gesunder Personen untersuchten (Leufke et al. 2013; Smernoff et al. 2015. 2019). Die Ergebnisse zeigen nicht nur eine Reduktion psychopathologischer Symptome wie Depressivität, Ängstlichkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Aggressivität, Feindseligkeit, Zwanghaftigkeit, Paranoides Denken und Psychotizismus (Leufke 2013), sondern auch eine Steigerung des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit sowie eine Erhöhung des subjektiven, von äußeren Umständen unabhängigen Glücksempfindens (Smernoff et al. 2019). In einer Pilotstudie mit einer nicht-klinischen Stichprobe von Mitnik und Lev-Ari (2015) ließen sich sowohl eine Zunahme der

Lebenszufriedenheit als auch eine Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens, des Selbstwertgefühls und des Kohärenzgefühls feststellen.

Im pädagogischen Bereich untersuchten Schnaider-Levi et al. (2017) die Wirkung der IBSR-Methode bei Lehrern im Zusammenhang mit der hohen emotionalen Belastung ihrer beruflichen Tätigkeit und dem damit verbundenen erhöhten Burnout-Risiko. Die Probanden berichteten vor der Intervention von einer hohen psychischen Belastung einerseits durch wiederkehrende herausfordernde Interaktionen mit Schülern, Eltern, Kollegen und dem Bildungssystem, sowie andererseits durch den ideologischen Anspruch, den hohen Erwartungen an die Bildungsvermittlung gerecht zu werden. Nach der IBSR-Intervention berichteten die Teilnehmenden von einem Gefühl der Zentriertheit, einer höheren Akzeptanz der Realität gegenüber, einer Verbesserung der Fähigkeit Grenzen zu setzen sowie einer höheren Flexibilität des Denkens und einer Stärkung des Selbstbewusstseins. Diese Verbesserungen unterstützten sie dabei, mit der Komplexität und der Dynamik ihres Berufs besser umgehen zu können.

Weitere Studien zeigen positive Effekte der IBSR-Methode bei Frauen mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko (Landau et al. 2015, 2016) und bei Frauen nach einer Brustkrebserkrankung (Lev-Ari et al. 2013). Zudem wurde die IBSR-Methode bereits zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit HIV eingesetzt, indem selbstverurteilende Glaubenssätze, die mit Scham, Selbstbeschuldigung und Selbststigmatisierung verbunden sind, mit der IBSR-Methode identifiziert und hinterfragt wurden (France et al. 2015; Ferris France et al. 2019). Eine Untersuchung von Huber et al. (2019) fokussierte die Selbststigmatisierung von Sexarbeiterinnen in Vietnam. Durch die Anwendung der IBSR-Methode konnten negative Grundüberzeugungen, die mit Scham, Schuld und Selbstverurteilung verbunden sind und die eine Inanspruchnahme medizinischer Versorgung erschweren, identifiziert und überprüft werden.

2.5.4.1 Reduktion des Stresserlebens. Im Folgenden werden Studien vorgestellt, die die Wirksamkeit der IBSR-Methode im Zusammenhang mit der Reduktion des Stresserlebens untersuchten. In einer ersten Studie zur Wirksamkeit der IBSR-Methode untersuchte Nye (2011) in einer randomisierten Studie mit einer nicht-klinischen Stichprobe (N = 91) die Wirkung einer 6-wöchigen IBSR-Intervention auf das subjektiv erlebte Stressempfinden. Die Probanden wurden zufällig einer Interventions- und Kontrollgruppe (Wartekontrollgruppe) zugewiesen und befanden sich nicht in therapeutischer Behandlung. Sie wiesen keine Erfahrung mit IBSR auf. Die 6-wöchige Intervention beinhaltete einen sechsstündigen Workshop und wöchentliche Treffen mit einer Dauer von zwei Stunden. Die Teilnehmenden wurden zusätzlich angewiesen, IBSR zu zweit zu praktizieren und gemeinsam zu üben. Nach der 6-wöchigen Intervention berichteten die Teilnehmenden von ihren Erfahrungen mit der IBSR-Methode in einem Interview. Während der sechswöchigen Follow-Up-Phase wurden die Teilnehmenden bestärkt, die IBSR-Verabredungen zu zweit weiterhin durchzuführen. Die längsschnittlich angelegte Forschungsstudie umfasste drei Messzeitpunkte. Vor der Intervention (Prä-Test), unmittelbar nach der Intervention (Post-Test) und sechs Wochen nach Abschluss des Programms (Follow-Up) erfolgte die Erfassung des subjektiven Stressempfindens mittels der Perceived Stress Scale, die 14 Items umfasste. Zudem wurde zu allen drei Messzeitpunkten die Akzeptanz von psychischen Symptomen durch den Acceptance and Action Questionnaire erhoben und die Lebenszufriedenheit mit der Satisfaction of Life Scale erfasst. Die Erfassung aktueller Angst erfolgte mittels des State-Trait Anxiety Inventory. Anhand des NEO-FFI Fragebogens wurde der Einfluss der Faktoren *Offenheit für Erfahrungen* und *Gewissenhaftigkeit* ermittelt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich das subjektiv wahrgenommene Stressempfinden durch die Anwendung der IBSR-Methode längerfristig reduzieren ließ. Der Faktor *Offenheit für Erfahrungen* wies einen erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse auf, weshalb dieser in der vorliegenden Forschungsarbeit als Kovariate berücksichtigt wird.

Krispenz und Dickhäuser (2019) untersuchten die Wirksamkeit der IBSR-Methode in Bezug auf chronischen Stress und Ängstlichkeit. Die Studie umfasste ein quasi-experimentelles Studiendesign mit einer nicht-klinischen Stichprobe (N = 199). Chronischer Stress der Studienteilnehmenden wurde mit der deutschen Fassung des Trierer Inventory of Chronic Stress vor und drei Monate nach einer 9-tägigen IBSR-Intervention erfasst. Ängstlichkeit wurde mit der deutschen Fassung der State-Trait Anxiety Inventory Form X2 ebenfalls zu beiden Messzeitpunkten erhoben. Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Verringerung chronischen Stressses als auch eine Reduktion von Ängstlichkeit. Des Weiteren berichten van Rhijn et al. (2015) in ihrer Untersuchung zur Wirksamkeit der IBSR-Methode von einer Stressreduktion, der Verminderung der psychischen Belastung und der Steigerung des psychischen Wohlbefindens bei in der Therapie arbeitenden Menschen, weshalb sie unter Einbezug vorangegangener empirischer Nachweise vorschlagen, die IBSR-Methode in der therapeutischen Arbeit einzusetzen.

2.5.4.2 Verbesserung der Emotionsregulation. Forschung zur Wirksamkeit der IBSR-Methode, die sich explizit auf die Verbesserung der Emotionsregulation bezieht, existiert bislang noch nicht. Allerdings liegen Studien zur IBSR-Methode vor, die eine Reduktion von Angstsymptomen und anderen (psychopathologischen) Symptomen in den Fokus rückten oder den Zusammenhang zwischen Stress und Angst betrachteten. Es existieren mehrere Nachweise zur Wirksamkeit der IBSR-Methode in Bezug auf Angst (Krispenz 2019a; Krispenz und Dickhäuser 2018, 2019; Krispenz et al. 2019b). Die Ergebnisse zeigen, dass die IBSR-Methode auch zur Reduktion von Prüfungsangst eingesetzt werden kann. Zudem trug die IBSR-Methode dazu bei, Prokrastinationsverhalten als unerwünschte Folge von Prüfungsangst zu vermindern (Krispenz 2019a; Krispenz et al. 2019b). Wie die Ergebnisse bisheriger empirischer Untersuchungen demonstrieren, können Angstsymptome mit IBSR effektiv vermindert werden.

Smernoff et al. (2019) untersuchten die Wirksamkeit der IBSR-Methode in Bezug auf psychische Gesundheit und Wohlbefinden in einer nicht-klinischen Stichprobe (N = 97). Die IBSR-Intervention bestand aus der täglichen Anwendung der IBSR-Methode über einen Zeitraum von 28 Tagen. Die Ergebnisse zeigen unter anderem eine Verminderung von Ärger (gemessen mit dem State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)) und einem Rückgang von Angstsymptomen (gemessen mit dem State-Trait Anxiety Inventory (STAI)).

2.5.4.3 Steigerung des Wohlbefindens. Die Untersuchung von Smernoff et al. (2019) zur Wirksamkeit der IBSR-Methode in Bezug auf psychische Gesundheit und Wohlbefinden mit einer nicht-klinischen Stichprobe (N = 97) zeigt neben der Verbesserung der psychischen Gesundheit gesunder Personen zudem eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität (gemessen mit Quality of Life Inventory (QOLI)) und eine Zunahme des subjektiven Glücksempfindens (gemessen mit der Subjective Happiness Scale (SHS)). Die Daten wurden zu zwei Messzeitpunkten (vor und nach der 28-tägigen IBSR-Intervention) erhoben. Durch die fehlende Follow-Up-Messung kann jedoch nur von kurzfristigen Effekten gesprochen werden. Mitnik und Lev-Ari (2015) untersuchten die Wirksamkeit der IBSR-Methode in einer neuntägigen IBSR-Intervention in einer nicht-klinischen Stichprobe (N = 58) und fanden unter anderem eine signifikante Verbesserung der Lebenszufriedenheit und des allgemeinen Wohlbefindens.

Empirische Nachweise zeigen eine signifikante Verbesserung des psychischen und physischen Wohlbefindens durch die regelmäßige Anwendung der IBSR-Methode sowohl bei Frauen, die bereits eine Brustkrebserkrankung überlebten (Lev-Ari et al. 2013) als auch bei Frauen, die aufgrund einer genetischen Disposition einem erhöhten Risiko an Brustkrebs zu erkranken, ausgesetzt sind (Landau et al. 2015, 2016). Zudem ließ sich in diesen Studien eine erhebliche Verbesserung der Schlafqualität, des Müdigkeitsgrades sowie des Wohlbefindens im sozialen und familiären Bereich nachweisen. Ebenso konnte ein positiver Effekt der IBSR-

Methode auf das Wohlbefinden bei in der Beratung tätigen Menschen (Luff und Ledingham 2017) und Therapeuten (van Rhijn et al. 2015) sowohl im persönlichen Leben als auch in ihrer beruflichen Praxis gezeigt werden.

2.5.4.4 Limitationen bisheriger Forschung. Die aufgeführten Untersuchungen zur Wirksamkeit der IBSR-Methode zeigen, dass die Anwendung der IBSR-Methode in verschiedenen Bereichen positive Veränderungen bewirken kann. Einige Studien weisen jedoch zum Teil erhebliche Limitationen auf wie z. B. eine fehlende Kontrollgruppe (Leufke et al. 2013; Mitnik und Lev-Ari 2015; Smernoff et al. 2015; Smernoff et al. 2019), hohe Dropout-Raten (38 %: Leufke et al. 2013; 48 %: Smernoff et al. 2015) oder eine geringe Größe der Untersuchungsgruppen (Nye 2011). Als Grund für die hohen Dropout-Raten vermuten die Autoren die postalische Zustellung der Fragebögen, so dass die Studienteilnehmenden die ausgefüllten Fragebögen per Post zurücksenden mussten.

Die Planung der vorliegenden Interventionsstudien erfolgte unter Berücksichtigung der Limitationen bestehender Forschung. Aufgrund dessen wurden beide Studien unter Einbezug einer Kontrollgruppe durchgeführt. Zudem wurde bei der Rekrutierung der Probanden eine Größe von mindestens 30 Probanden pro Untersuchungsgruppe angestrebt. Um einer hohen Dropout-Rate entgegenzuwirken, wurde das Format der Online-Befragung, nicht einer postalischen Erhebung, gewählt. Zudem wurde in Studie 2 Psychologiestudierenden die Möglichkeit gegeben, sich Versuchspersonenstunden anrechnen zu lassen, sofern alle Fragebögen ausgefüllt wurden. Außerdem wurden die Studienteilnehmenden (bzw. die Seminarleiter) mehrmals per E-Mail erinnert, die Online-Fragebögen auszufüllen.

Weiterhin gilt zu beachten, dass die Interventionen in einigen vorangegangenen Studien (Leufke et al. 2013; Smernoff et al. 2015; Smernoff et al. 2019; Mitnik und Lev-Ari 2015) von der Begründerin der IBSR-Methode Byron Katie Mitchell selbst durchgeführt wurden. Byron Katie Mitchell erlangte als Autorin zahlreicher Bücher über die IBSR-Methode und ihre

Aktivität in den sozialen Medien einen hohen Bekanntheitsgrad. Möglicherweise können die Effekte bisheriger Studien daher nicht (ausschließlich) durch IBSR-Methode selbst erklärt werden, sondern (auch) durch die interventionsleitende Person. Um diesen Effekt auszuschließen, wurden in Studie 1 Daten aus Seminaren unterschiedlicher Seminarleiter erhoben. Die Seminarleiter sind alle vom vt^w⁸ anerkannte Coaches oder Lehrcoaches für The Work of Byron Katie.

2.6 Hypothesen

Die im Folgenden aufgestellten Hypothesen beziehen sich sowohl auf Studie 1 (mehrtägiges Präsenzseminar) als auch auf Studie 2 (Online-Workshop). Beide Studien beziehen sich auf nicht-klinische Stichproben. Da bislang eher wenig Forschung zur Wirksamkeit der IBSR-Methode vorhanden ist, wurden Daten zu möglichst vielen Variablen erhoben. Die nachfolgend formulierten Hypothesen wurden zum einen theoriegeleitet, zum anderen vor dem Hintergrund des Forschungsstandes zur IBSR-Methode entwickelt, um das Spektrum der Untersuchungen über die Wirksamkeit der IBSR-Methode zu erweitern. Alle Annahmen beziehen sich sowohl auf kurzfristige (Vergleich Prätest und Posttest) als auch mittelfristige Effekte (Vergleich Prätest und Follow-Up-Messung) und beziehen sich auf ein Signifikanzniveau von $p < .05$. Die Variablen wurden in drei Blöcke zusammengefasst: Block 1 = Emotionsregulationsstrategien; Block 2 = Stresserleben, emotionale Erschöpfung, Angst- und depressive Symptome; Block 3 = innere Ruhe, Stimmung, Lebenszufriedenheit. Ein weiterer Block bezieht sich auf Kovariaten und den Vergleich zwischen beiden Studien (Block 4).

⁸ Der vt^w (Verband für The Work of Byron Katie e. V.) ist ein eingetragener Verein im deutschsprachigen Raum, der Menschen, die an The Work interessiert sind, ein Forum für Information, Austausch und Vernetzung bietet.

Block 1: Emotionsregulationsstrategien Kognitive Neubewertung, Akzeptanz, Grübeln

In Anlehnung an die vorgestellten Emotionsregulationsstrategien wird angenommen, dass durch die Anwendung der IBSR-Methode eine signifikante Verbesserung der Emotionsregulation ($p < .05$) in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe vorliegt, gemessen durch den Heidelberger Fragebogen zur Erfassung von Emotionsregulation (H-FERST):

Hypothese A1: Durch die Anwendung der IBSR-Methode liegt eine signifikante Verringerung von Rumination (Grübeln) vor.

Hypothese A2: Durch die Anwendung der IBSR-Methode liegt ein signifikanter höherer Einsatz der Emotionsregulationsstrategie *Kognitive Neubewertung* vor.

Hypothese A3: Durch die Anwendung der IBSR-Methode liegt ein signifikanter höherer Einsatz der Emotionsregulationsstrategie *Akzeptanz* vor.

Block 2: Stresserleben, emotionale Erschöpfung, Angst- und depressive Symptome

In Anlehnung an empirische Untersuchungen, die das Stress reduzierende Potenzial der IBSR-Methode aufzeigen (Lev-Ari et al. 2013; Smernoff et al. 2015; Smernoff et al. 2019; van Rhijn et al. 2015; Krispenz; Krispenz und Dickhäuser 2019) (Kap. 0) wird die Wirksamkeit der IBSR-Methode in Bezug auf Stresserleben, Angst- und depressive Symptome und emotionale Erschöpfung untersucht.

Hypothese B1: Das Stresserleben verringert sich signifikant durch die Anwendung der IBSR-Methode.

Hypothese B2: Die Anwendung der IBSR-Methode führt zu einer Verringerung von Angst- und depressiven Symptomen.

Hypothese B3: Durch die Anwendung der IBSR-Methode wird die emotionale Erschöpfung vermindert.

Block 3: Innere Ruhe, Stimmung, Lebenszufriedenheit

Vorangegangene Forschungsergebnisse zeigen eine Erhöhung der Lebenszufriedenheit und eine Steigerung des Wohlbefindens durch die Anwendung der IBSR-Methode (Mitnik und Lev-Ari 2015; Smernoff et al. 2019). Es wird angenommen, dass das Hinterfragen dysfunktionaler Kognitionen mit der IBSR-Methode positive psychische Aspekte verstärkt.

Hypothese C1: Die Anwendung der IBSR-Methode geht mit einer signifikanten Steigerung der inneren Ruhe einher.

Hypothese C2: Durch die Anwendung der IBSR-Methode verbessert sich die Stimmung (= affektive Komponente des subjektiven Wohlbefindens) signifikant.

Hypothese C3: Durch die Anwendung der IBSR-Methode verbessert sich die Lebenszufriedenheit (= kognitive Komponente des subjektiven Wohlbefindens) signifikant.

Block 4: Kovariaten, Effektunterschiede zwischen Studie 1 und 2

Es wird angenommen, dass die Effekte der Wirksamkeit beeinflusst werden durch Meditationserfahrung und Offenheit für Erfahrung. Die Ergebnisse der Untersuchung der Wirksamkeit der IBSR-Methode von Nye (2011) zeigen einen Einfluss der Persönlichkeitsdimension Offenheit für Erfahrungen auf die Wirksamkeit der IBSR-Methode in Bezug auf Stresserleben, Lebenszufriedenheit und Angst- und depressive Symptome.

Hypothese D1: Die Effekte der IBSR-Methode sind größer, wenn bereits Meditationserfahrung besteht.

Hypothese D2: Die Effekte der IBSR-Methode sind größer, je höher das Persönlichkeitsmerkmal *Offenheit für Erfahrungen* ausgeprägt ist.

Hypothese D3: Es wird angenommen, dass die Effekte in Studie 1 (mehrtägiges Präsenzseminar) größer sind als in Studie 2 (zweistündiger Online-Workshop),

begründet durch die intensivere und längere Anwendung der IBSR-Methode in Studie 1.

3 Methoden

Die vorliegende Arbeit umfasst zwei Interventionsstudien. Die Fragestellung der Arbeit bezieht sich auf beide Studien. Für die empirische Untersuchung der Fragestellung wurde ein quasi-experimentelles Studiendesign gewählt. Im Folgenden werden Stichprobe, Messinstrumente, Datenerhebung und die empirische Umsetzung beider Interventionsstudien vorgestellt.

3.1 Stichprobe

Studie 1: Mehrtägiges Präsenzseminar. An der Befragung nahmen $N = 54$ Personen im Alter zwischen 25 und 71 Jahren ($M = 49.08$ Jahre, $SD = 10.706$ Jahre) teil, von denen 81.5 % weiblich waren. Davon besuchten $N = 23$ Personen ein mehrtägiges, deutschsprachiges The-Work-Seminar im Zeitraum von Januar bis April 2019. Die Stichprobe besteht überwiegend aus Beschäftigten.

Studie 2: Online-Workshop. Die Stichprobe besteht aus $N = 84$ Personen zwischen 18 und 52 Jahren ($M = 23.37$ Jahre, $SD = 6.727$), von denen 84.5% weiblich waren. Die Stichprobe besteht überwiegend aus Psychologiestudierenden der Universität Jena (82.9 %), von denen die meisten Psychologie im Hauptfach (76.5 % der Psychologiestudierenden) studierten.

3.2 Messinstrumente

Zur Erfassung der relevanten Variablen wurde ein Fragenkatalog erstellt, der sich aus verschiedenen Skalen bereits bestehender Fragebögen zusammensetzt und online ausgefüllt wurde (Anhang C). Zu allen drei Zeitpunkten wurden soziodemographische Angaben (Alter und Geschlecht) erfasst. In Studie 2 wurden zudem der Studiengang und das aktuelle Semester erhoben. Zudem beinhaltete der Prätest Fragen zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen,

die durch den BFI-S erhoben wurden. Im Folgenden werden alle Messinstrumente vorgestellt und die Reliabilitätswerte (Cronbachs Alpha) für jeden Messzeitpunkt angegeben.

Big-Five-Inventory SOEP (BFI-S). Das Big-Five-Inventory SOEP (BFI-S) von Schupp und Gerlitz (2008) ist eine gut validierte Kurzsкала, die durch Selbstbericht mit insgesamt 15 Items die Persönlichkeitsdimensionen der Big Five erfasst: Neurotizismus (z. B. „Ich bin jemand, der leicht nervös wird.“), Extraversion (z. B. „Ich bin jemand, der aus sich herausgehen kann, gesellig ist.“), Offenheit (z. B. „Ich bin jemand, der originell ist, neue Ideen einbringt.“), Gewissenhaftigkeit (z. B. „Ich bin jemand, der gründlich arbeitet.“) und Verträglichkeit (z. B. „Ich bin jemand, der rücksichtsvoll und freundlich mit anderen umgeht.“). Das BFI-S basiert auf dem Big Five Inventory (BFI) von John et al. (1991), welches auf dem weit verbreiteten und akzeptierten Modell der Persönlichkeit, dem Fünf-Faktoren-Modell (De Raad 2000; Goldberg 1990; John et al. 2008) beruht. Das Antwortformat für alle Items besteht für jede der fünf Skalen des BFI-S aus einer 7-stufigen Likert-Skala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 7 (trifft voll zu).

Die Reliabilität für die Skala *Offenheit für Erfahrungen* liegt mit $\alpha = .553$ (Studie 1) und $\alpha = .582$ (Studie 2) im niedrigen Bereich. In Studie 1 würde die Entfernung des Items „Ich bin jemand, der originell ist, neue Ideen einbringt“ zu einer Erhöhung der Reliabilität um .05 auf $\alpha = .603$ führen. Das Item wurde dennoch in der Skala beibehalten. Einerseits würde die Entfernung dieses Items in Studie 2 nicht zu einer Erhöhung der internen Konsistenz führen, andererseits umfasst die Skala insgesamt nur 3 Items, wodurch die interne Konsistenz mit $.05 < \alpha < .06$ als relativ hoch einzustufen ist. Der geringere Wert der internen Konsistenz in Studie 1 im Vergleich zu Studie 2 kann zudem auf die geringere Stichprobengröße in Studie 1 zurückzuführen sein. In einer Untersuchung der Reliabilität des BFI-S in einer Stichprobe von $N = 598$ kamen Hahn et al. (2012) mit $\alpha = .58$ für die Skala *Offenheit für Erfahrungen* zu vergleichbaren Werten der internen Konsistenz.

Heidelberger Fragebogen zur Erfassung der Emotionsregulation (H-FERST). Der H-FERST ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung individueller Strategien zur Emotionsregulation. Er umfasst 47 Items zur Erfassung von neun Strategien zur Emotionsregulation, davon sieben spezifische Emotionsregulationsstrategien (Rumination, Neubewertung, Akzeptanz, Problemlösen, Unterdrückung des emotionalen Ausdrucks, Unterdrückung des emotionalen Erlebens, Vermeidung) und zwei verhaltensorientierte Strategien (Aktivität / soziale Unterstützung und Ablenkung). Auf einer 5-stufigen Likert-Skala schätzen die Befragten ein, inwieweit die jeweiligen Aussagen typischerweise auf sie zutreffen (1 = trifft gar nicht zu; 5 = trifft zu). Zur Auswertung der einzelnen Strategien zur Emotionsregulation werden Summenwerte der Items gebildet. Erste Ergebnisse der Normierungsstichprobe zeigen bei den spezifischen Strategien eine gute interne Konsistenz mit $\alpha > .81$ (Holl et al. 2017). Des Weiteren ließen sich zwei übergeordnete Faktoren für adaptive Strategien (Neubewertung, Akzeptanz, Problemlösen, Aktivität / soziale Unterstützung) und maladaptive Strategien (Rumination, Vermeidung, z. T. Ablenkung) extrahieren. Ein dritter Faktor besteht aus den beiden Strategien *Unterdrückung des emotionalen Erlebens* und *Unterdrückung des emotionalen Ausdrucks*). In der vorliegenden Untersuchung werden die spezifischen Emotionsregulationsstrategien *Kognitive Neubewertung*, *Akzeptanz* und *Rumination* fokussiert. Aus jeweils vier Items bestehen die Skalen *Rumination* (z. B. „Wenn ich negative Gefühle habe, grübele ich häufiger darüber nach, warum ich mich so fühle“) und *Kognitive Neubewertung* (z. B. „Wenn ich mich schlecht fühle, versuche ich die guten Aspekte einer Situation zu erkennen“), während die Skala *Akzeptanz* drei Items (z. B. „Wenn ich etwas nicht ändern kann, akzeptiere ich die Situation so, wie sie ist.“) umfasst.

Die Reliabilitätswerte für Rumination, Kognitive Neubewertung und Akzeptanz für alle drei Messzeitpunkte können Tabelle 1 entnommen werden. Die Reliabilität für die Skala *Rumination* in Studie 1 ist mit $.677 < \alpha < .832$ sehr verschieden zu den einzelnen

Messzeitpunkten und als fragwürdig bis hoch einzustufen, in Studie 2 mit $.586 < \alpha < .699$ als niedrig. In Studie 2 ist die Trennschärfe des Items „Nach emotionalen Erlebnissen/Situationen

Tabelle 1

Reliabilität (Cronbachs Alpha) der Skalen Rumination, Neubewertung und Akzeptanz

	Studie 1 (Präsenz)		
	Rumination	Kognitive Neubewertung	Akzeptanz
T1	.803	.910	.888
T2	.832	.841	.775
T3	.677	.862	.814
Studie 2 (Online)			
T1	.586	.809	.726
T2	.651	.880	.811
T3	.699	.860	.574

Anmerkung. T1 = Prätest, T2 = Posttest; T3 = Follow-Up-Messung

denke ich intensiv darüber nach, was ich in der Situation getan und gesagt habe, um meine Gefühle besser zu verstehen“ der Skala Rumination zum ersten Messzeitpunkt mit $\alpha = 0.586$ als niedrig einzustufen. Durch Entfernung dieses Items hätte die interne Konsistenz um .035 auf $\alpha = .621$ verbessert werden können. Da sich bei einer Entfernung des Items Cronbachs Alpha zum zweiten und dritten Messzeitpunkt nicht erhöhen würde, wurde das Item in der Skala beibehalten. Für *Kognitive Neubewertung* liegen die Reliabilitätswerte in Studie 1 mit $.841 < \alpha < .910$ im hohen bis sehr hohen Bereich. In Studie 2 konnte mit $.809 < \alpha < .880$ eine hohe Messgenauigkeit festgestellt werden. Die Reliabilität für die Skala Akzeptanz liegt in Studie 1

im akzeptablen bis hohen Bereich ($.775 < \alpha < .888$). In Studie 2 sind die Reliabilitätswerte zu den einzelnen Messzeitpunkten sehr unterschiedlich und reichen von niedrig zum dritten Messzeitpunkt ($\alpha = .574$) bis hoch zum zweiten Messzeitpunkt ($\alpha = .811$).

Perceived Stress Scale (PSS; Kurzversion). Die Perceived Stress Scale (Cohen et al. 1983) ist ein fundiertes, aus 14 Items bestehendes, Instrument zur Erfassung von subjektivem Stresserleben, welches sich in die beiden Teilbereiche *Wahrgenommene Hilflosigkeit* und *Wahrgenommene Selbstwirksamkeit* untergliedert. Die für die vorliegende Untersuchung verwendete Kurzversion der PSS umfasst vier Items, mit denen subjektiv erlebter Stress in den vergangenen zwei Wochen erfragt wird. Darunter beziehen sich zwei Items auf die Subskala *Wahrgenommene Hilflosigkeit* (z. B. „Wie häufig hatten Sie das Gefühl, dass Sie nicht dazu in der Lage sind, die wichtigen Dinge in Ihrem Leben zu kontrollieren?“) und zwei Items auf die Subskala *Wahrgenommene Selbstwirksamkeit* (z. B. „Wie häufig waren Sie zuversichtlich, dass Sie in der Lage sind, Ihre persönlichen Probleme zu lösen?“). Das Antwortformat für alle Items besteht aus einer 5-stufigen Likert-Skala (*nie* bis *sehr oft*). Die Reliabilität der PSS liegt in Studie 1 mit $.782 < \alpha < .881$ im akzeptablen bis hohen Bereich, in Studie 2 mit $.824 < \alpha < .850$ im hohen Bereich.

Patient-Health-Questionnaire-4 (PHQ-4). Der PHQ-4 ist ein Selbstauskunftsfragebogen zur Erfassung von Depressivität und Angst, der auf dem Patient-Health-Questionnaire-9 (PHQ-D) basiert. Der PHQ-4 besteht aus zwei Subskalen - den ersten beiden Fragen des PHQ-9 (bekannt als PHQ-2) und den ersten beiden Fragen des GAD-7 (bekannt als GAD-2). Durch den PHQ-2 werden die beiden diagnostischen Kernkriterien für depressive Störungen nach DSM-IV (Minderung des Antriebs, gedrückte Stimmung) erfragt, durch den GAD-2 die Kernkriterien für generalisierte Angststörungen nach DSM-IV (innere Spannung, Befürchtungen) erfasst. Die Reliabilität des PHQ-4 ist in Studie 1 für die ersten beiden

Messzeitpunkte als hoch einzustufen (T1: $\alpha = .892$, T2: $\alpha = .861$)⁹. Für den dritten Messzeitpunkt ergibt sich mit einem Reliabilitätswert von $\alpha = .665$ eine fragwürdige Messgenauigkeit. In Studie 2 liegt die Reliabilität mit $.843 < \alpha < .859$ im hohen Bereich.

Subjektives Wohlbefinden. Das subjektive Wohlbefinden wird durch beiden Skalen *Allgemeine Lebenszufriedenheit* von Montada et al. (1983) und *Allgemeine Stimmung* der Stimmungs-Skala (Bohner et al. 1991) erfasst.

Lebenszufriedenheit (Montada, L.; Schmitt, M.; Dalbert, C. 1983). Das von Montada et al. (1983) konstruierte Instrument zur Erfassung der Lebenszufriedenheit besteht aus den beiden Skalen *Allgemeine Lebenszufriedenheit* und *Privilegspezifische Lebenszufriedenheit*. In der vorliegenden Untersuchung wurden sieben von acht Items der Skala *Allgemeine Lebenszufriedenheit* verwendet (z. B. „Ich bin mit meiner Lebenssituation zufrieden.“; „Ich glaube, dass mir die Zeit noch einige interessante und erfreuliche Dinge bringen wird.“). Auf einer 5-stufigen Likert-Skala schätzten die Befragten ein, inwieweit die Aussagen auf sie zutreffen (1 = stimmt überhaupt nicht; 5 = stimmt genau).

In Studie 1 ergaben sich für die Lebenszufriedenheit bei allen drei Messzeitpunkten exzellente Reliabilitätswerte ($.936 < \alpha < .951$). Eine hohe bis exzellente Messgenauigkeit zeigt die Reliabilitätsanalyse in Studie 2 ($.865 < \alpha < .905$).

Stimmungs-Skala (StS). Die Stimmungs-Skala von Bohner et al. (1991) als deutschsprachige Version des Mood-Surveys dient der Erfassung des habituellen Befindens einer Person. Sie besteht aus den beiden Skalen *Allgemeine Stimmung* und *Stimmungsschwankungen*. In der vorliegenden Untersuchung wird die sechs Items umfassende Skala *Allgemeine Stimmung* eingesetzt, durch die gemessen wird, ob sich eine Person in einer gehobenen oder gedrückten Stimmung befindet (z. B. „Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.“;

⁹ T1 = 1. Messzeitpunkt; T2 = 2. Messzeitpunkt

„Ich halte mich für eine glückliche Person.“). Das Antwortformat besteht aus einer 5-stufigen Likert-Skala (1 = stimmt überhaupt nicht; 5 = stimmt genau).

Für die Stimmungs-Skala ergab die Reliabilitätsanalyse in beiden Studien eine hohe bis exzellente Messgenauigkeit ($.876 < \alpha < .916$). In Studie 1 hätte die Entfernung des sechsten Items zum dritten Messzeitpunkt zu einer Erhöhung der Reliabilität um .015 auf $\alpha = .931$ geführt.

Die beiden Skalen *Allgemeine Lebenszufriedenheit* und *Allgemeine Stimmung* der Stimmungs-Skala dienen zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens in Anlehnung an die Habituelle subjektive Wohlbefindensskala nach Dalbert (2002). Für beide Skalen zusammen (Subjektives Wohlbefinden) liegt die Reliabilität in beiden Studien im hohen Bereich ($.922 < \alpha < .963$).

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM), Skala Innere Ruhe. AVEM (Schaarschmidt und Fischer 2003) ist ein mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Verfahren und dient als Selbsteinschätzungsfragebogen der Erhebung relativ stabiler Verhaltens- und Erlebensmerkmale im beruflichen Kontext. Arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben wird in elf Dimensionen erfasst. In der vorliegenden Arbeit wird die Dimension *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit* betrachtet, die sich auf das Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewichts bezieht. Diese beinhaltet vier Items: „Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe“; „Ich glaube, dass ich ziemlich hektisch bin.“; „Ich kann mich in fast allen Situationen ruhig und bedächtig verhalten.“ und „Hektik und Aufregung um mich herum lassen mich kalt.“ Das Antwortformat besteht aus einer 5-stufigen Likert-Skala von *trifft völlig zu* bis *trifft überhaupt nicht zu*.

Mit Reliabilitätswerten von $.829 < \alpha < .849$ ließ sich in Studie 1 eine hohe Messgenauigkeit für die Skala *Innere Ruhe* feststellen. In Studie 2 liegt die Reliabilität mit $.749 < \alpha < .799$ für alle drei Messzeitpunkte im akzeptablen Bereich. In Studie 1 hätte die

Reliabilität zum ersten Messzeitpunkt um .041 auf $\alpha = .876$ durch Entfernung des Items 2 verbessert werden können.

3.3 Datenerhebung

Die Befragung erfolgte online im Zeitraum von Ende Dezember 2018 (erster Messzeitpunkt) bis Mitte Juli 2019 (dritter Messzeitpunkt) über die Befragungssoftware SoSci Survey. Ein Grund für die Wahl dieser Methode bestand darin, dass eine elektronische Datenerhebung effizienter, kostengünstiger und ökologischer als eine Befragung mit gedruckten Fragebögen ist. Zudem ist sie in der Auswertung weniger fehleranfällig. Die Durchführung einer Onlinebefragung ermöglicht zudem die Zusicherung des Datenschutzes und der Anonymität, was angesichts der zum Teil sehr persönlichen Fragen von hoher Bedeutung für die Teilnehmenden ist. Dennoch bestand die Möglichkeit für die Seminarleiter, die Befragung in papierhafter Version durchzuführen, jedoch wurde diese letztlich nicht genutzt. Zunächst wurden die für die Untersuchung relevanten Fragen zur Onlineumfrage programmiert. Die Begrüßungsseite enthielt Informationen über das Thema der Studie und der Zusicherung des vertraulichen und anonymen Umgangs mit den Daten. Zudem wurde auf die Wichtigkeit vollständiger Angaben zur Verwertung der Daten hingewiesen. Auf der letzten Seite wurde um die Angabe der E-Mail-Adresse gebeten, um den Link zum zweiten und dritten Fragebogen zu versenden. Angestrebt wurde pro Studie eine Stichprobengröße von mindestens 60 Teilnehmenden (in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe je 30 Personen). Da im vorliegenden quasi-experimentellen Studiendesign vor Beginn der Intervention nicht jedes Merkmal in den Interventions- und Kontrollgruppen die gleichen Verteilungen aufweist, ist es von zentraler Bedeutung, potenziell konfundierende Merkmale zu erheben. Als mögliche konfundierende Merkmale wurden Alter, Geschlecht, Persönlichkeitsmerkmale und Meditationserfahrung in den Fragebogen aufgenommen.

3.4 Stichprobenrekrutierung

Studie 1: Mehrtägiges Präsenzseminar. Um Teilnehmende für die Interventionsgruppe der Studie zu gewinnen, wurden über die Internetseite des vtw (Verband für The Work of Byron Katie e. V.) Coaches für The Work of Byron Katie ausfindig gemacht, die im Zeitraum von Januar bis April 2019 mehrtägige The-Work-Seminare anboten. Insgesamt wurden 16 Seminarleiter per E-Mail kontaktiert und gefragt, ob sie bereit wären, die Studie zu unterstützen, indem sie den Online-Fragebogen an ihre Seminarteilnehmer weiterleiten würden (Anhang D). Sollten die Seminarleiter statt eines Online-Fragebogens potenziell papierhafte Bögen vorziehen, bestand auch die Möglichkeit, die Befragung papierhaft durchzuführen. Sowohl die Teilnahme der Seminarleiter als auch der Seminarteilnehmer an der vorliegenden Studie erfolgte unentgeltlich und auf freiwilliger Basis. Die Teilnahme der Seminarteilnehmer an einem The-Work-Seminar erfolgte ebenfalls freiwillig. Seminarleiter wurden zur Teilnahme an der Studie motiviert, indem darauf hingewiesen wurde, dass mit dieser Studie ein Beitrag zur Erforschung der Wirksamkeit der IBSR-Methode geleistet wird. Sowohl Seminarleiter als auch Seminarteilnehmer wurden auf die Möglichkeit hingewiesen, die Ergebnisse nach Fertigstellung der Studie erhalten zu können. Die Seminardauer lag zwischen drei und sieben Tagen. Acht Seminarleiter erklärten sich bereit, die Weiterverbreitung der Umfrage zu unterstützen, indem sie eine E-Mail mit Informationen und dem Link zum ersten Fragebogen (Anhang E) an die Seminarteilnehmer weiterleiten bzw. den Fragebogen in papierhafter Version ihren Seminarteilnehmern aushändigen würden. Davon meldeten fünf Seminarleiter zurück, die Fragebögen an ihre Seminarteilnehmer verschickt zu haben. Eine Seminarleiterin wollte die Befragung in der papierhaften Fragebogenversion durchführen, allerdings konnte das Ausfüllen der Fragebögen aufgrund des fehlenden zeitlichen Rahmens im Seminar nicht stattfinden. Die Kontrollgruppe besteht aus Beschäftigten aus dem weiteren Bekanntenkreis der

Autorin, die auf freiwilliger Basis an der Befragung teilnahmen. Diese wurden per E-Mail kontaktiert (Anhang F).

Studie 2: Online-Workshop. Die Rekrutierung der Probanden für die Teilnahme an dem Online-Workshop erfolgte über Aushänge im öffentlichen Raum der Stadt Jena (Anhang G) soziale Netzwerke (Facebook; Anhang H) und per E-Mail (Anhang I) über zwei Verteiler: In einem Verteiler befinden sich überwiegend Psychologiestudierende der Universität Jena, die an der Teilnahme psychologischer Studien interessiert sind und im anderen Verteiler werden Psychologiestudierende der Universität Jena über Angebote und Veranstaltungen außerhalb des Psychologiestudiums informiert. Durch die Vergabe von Versuchspersonenstunden wurden Anreize zur Studienteilnahme für Psychologiestudierende im Bachelorstudium geschaffen. Die Aushänge im Zentrum der Stadt Jena wiesen auf die Gelegenheit hin, The Work als eine Methode, die Stress reduzierend wirken kann, kostenfrei auszuprobieren. Die Kontrollgruppe wurde rekrutiert über die beiden oben beschriebenen E-Mail-Verteiler. Insgesamt meldeten sich 51 Personen per E-Mail für den Online-Workshop an (Interventionsgruppe). 77 Personen teilten ihre Bereitschaft mit, an einer Online-Befragung zum Thema Stress teilzunehmen (Kontrollgruppe). Die zweistündigen Online-Workshops fanden im Zeitraum von Anfang Januar bis Mitte Februar 2019 statt.

3.5 Versuchsdesign

In beiden Studien erfolgte die Durchführung in Form eines Prä-/Postkontrollgruppendesigns mit Follow-Up-Erhebung in einem quasi-experimentellen Untersuchungsdesign. In Studie 1 bestand die Interventionsgruppe aus Teilnehmenden verschiedener mehrtägiger The-Work-Seminare im deutschsprachigen Raum. Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention. Die Zuweisung zu den Gruppen erfolgte nicht randomisiert, sondern durch Selbstselektion. In Studie 2 nahm die Interventionsgruppe an

einem zweistündigen Online-Workshop teil, während die Kontrollgruppe keine Intervention erhielt.

3.6 Datenaufbereitung

Nach Beendigung der Online-Umfrage Mitte Juli 2019 wurden die Daten von SoSci Survey in eine SPSS-Datei exportiert. Die Datenaufbereitung erfolgte für beide Studien mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 25, die Datenauswertung mit EffectLite v.3.1.2 für MPlus (Steyer und Partchev 2008). Zunächst wurden die Daten im Hinblick auf Plausibilität der Angaben überprüft. Angaben zu Alter, Dauer der Meditationserfahrung oder dem aktuellen Studiensemester dienten dazu, Ungereimtheiten zu identifizieren. Fälle mit fehlendem Personencode wurden ausgeschlossen, da andernfalls keine eindeutige Zuordnung der Fälle möglich gewesen wäre. Probanden, die nur den ersten Fragebogen ausgefüllt oder die Befragung vorzeitig abgebrochen haben, wurden ebenfalls aus den Berechnungen ausgeschlossen (dazu 4.4). Mit der Umkodierung negativ gepolter Items wurde die Skalenpolung vereinheitlicht. Die Daten wurden bereinigt, teilweise zusammengefasst und in Fragebogen-Skalenwerte umgerechnet. Da der Fragebogen bis auf die demographischen Daten so programmiert war, dass keine Frage ausgelassen werden durfte, ließ sich ein kompletter Datensatz ohne fehlende Werte gewinnen, sofern die Fragebögen bis zum Ende ausgefüllt wurden.

Zur Prüfung der Normalverteilung wurde in beiden Studien für alle relevanten Variablen der Shapiro-Wilk-Test für jeden der drei Messzeitpunkte durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen bei fast allen Variablen normalverteilte Daten. Abweichungen von der Normalverteilung bestehen bei der Variable *Angst- und depressive Symptome* (PHQ-4) in beiden Studien zu allen Messzeitpunkten sowie bei einigen anderen Variablen zu einzelnen Messzeitpunkten.

Personencodes, die nicht einheitlich angegeben waren (z. B., indem einzelne Ziffern oder Buchstaben des Personencodes zwischen zwei Messzeitpunkten variierten), wurden in den gleichen Personencode umgewandelt, sofern es sinnvoll und plausibel erschien, dass es sich tatsächlich um die gleiche Person handelte.

3.7 Datenanalyse

Deskriptive Analysen wurden mit IBM SPSS Statistics 25 erstellt. Zur Auswertung der Wirksamkeit der IBSR-Intervention wurde das Programm EffectLite v.3.1.2 für MPlus (Steyer und Partchev 2008) verwendet. Da ein quasi-experimentelles Studiendesign vorliegt und demzufolge die Zuweisung zu den Interventions- und Kontrollgruppen nicht randomisiert, sondern durch Selbstselektion erfolgte, wurden die Berechnungen mit einer generalisierten Kovarianzanalyse (g-ANCOVA) in EffectLite durchgeführt. Eine entscheidende Rolle spielt die Erhebung möglicher konfundierender Merkmale, um sie in der statistischen Auswertung adäquat zu berücksichtigen (Kirchmann und Steyer 2012). Ein bedeutender Vorteil einer g-ANCOVA gegenüber traditionellen statistischen Verfahren, wie ANOVA oder ANCOVA liegt darin, dass Interaktionen zwischen Kovariaten und Behandlungsgruppen zugelassen werden. Des Weiteren können neben der Berechnung von Treatmenteffekten für die Gesamtpopulation bedingte Treatmenteffekte geschätzt werden. Zudem erfordert die g-ANCOVA mittels EffectLite keine Varianzhomogenität zwischen den Gruppen als notwendige Bedingung für die Validität der Inferenzstatistiken. EffectLite in MPlus ermöglicht darüber hinaus die Analyse von durchschnittlichen und konditionalen Effekten unter Einbezug mehrerer Kovariaten.

In der vorliegenden Untersuchung wird für jede Interventionsstudie getestet, ob ein durchschnittlicher Treatmenteffekt vorliegt. Hierbei handelt es sich um einen Trainingseffekt in der Gesamtpopulation (Steyer und Partchev 2008), das heißt um einen Effekt der IBSR-Methode für alle Personen. Zum anderen werden konditionale Effekte berechnet, das heißt

Interaktionen zwischen Treatment und Kovariaten (Prätestwert, Alter, Meditationserfahrung, Offenheit für Erfahrungen). Demnach wird untersucht, ob Effektunterschiede durch den Einfluss anderer Faktoren zustande kommen. Die Datenanalyse erfolgte separat für Veränderungen zwischen Prä- und Posttest sowie zwischen Prätest und Follow-Up-Test. Fehlende Werte wurden mittels der Full-Information-Maximum-Likelihood-Methode (FIML) geschätzt.

In die generalisierte Kovarianzanalyse wurden jeweils alle Variablen eines Blocks gemeinsam aufgenommen. Die drei Blöcke wurden theoriegeleitet gebildet, unter anderem basierend auf dem transaktionalen Stressmodell nach Lazarus (1966, 1991):

- Block 1: Emotionsregulation: Grübeln, Kognitive Neubewertung, Akzeptanz
- Block 2: Stresserleben, Angst- und depressive Symptome, Emotionale Erschöpfung
- Block 3: Innere Ruhe, Stimmung, Lebenszufriedenheit

Zunächst wurde für jeden Block unter Einbezug aller jeweiligen Variablen in einer simultanen Analyse untersucht, ob Effekte vorliegen. Im Hinblick auf eine allgemeine Untersuchung der Wirksamkeit der IBSR-Intervention wurde geprüft, ob durchschnittliche Treatmenteffekte bestehen. Aufgrund der gerichteten Hypothesen erfolgte eine einseitige Hypothesentestung. Für beide Studien wurden in einer g-ANCOVA neben durchschnittlichen Treatmenteffekten auch konditionale Effekte berechnet. Die Berechnung der konditionalen Effekte für die Kovariaten *Prätestwert* und *Alter* erfolgte mit zweiseitiger Hypothesentestung, für die Kovariaten *Meditationserfahrung* und *Offenheit für Erfahrung* wurde aufgrund der gerichteten Hypothesen einseitig getestet.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung dargelegt. Die Beschreibung der Stichprobe und die Ergebnisse der statistischen Analysen erfolgen anhand

statistischer Kennwerte und werden in Tabellen veranschaulicht. Die Daten basieren auf Selbstberichtsdaten. Als signifikant wurde ein Ergebnis angesehen, wenn das Signifikanzniveau von .05 unterschritten wurde ($p < .05$).

4.1 Deskriptive Analysen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der deskriptiven Analysen dargelegt. Die Berechnung der deskriptiven Analysen erfolgte mit IBM SPSS Statistics 25.

4.1.1 Stichprobe Studie 1

Die Stichprobe in Studie 1 bestand aus $N = 54$ Personen, von denen 23 Personen an einem mehrtägigen, deutschsprachigen The-Work-Seminar im Zeitraum von Januar bis April 2019 teilnahmen.

Alter. In der Gesamtstichprobe ($N = 54$) lag das Alter der Befragten zwischen 25 und 71 Jahren ($M = 49.08$ Jahre, $SD = 10.706$ Jahre). In der Interventionsgruppe betrug das Alter der Teilnehmenden zwischen 27 und 66 Jahren ($M = 49.3$ Jahre, $SD = 9.627$ Jahre). Das Alter der Befragten in der Kontrollgruppe lag zwischen 25 und 71 Jahren ($M = 48.9$ Jahre, $SD = 11.624$ Jahre). Ein t-Test ergab, dass sich die Untersuchungsgruppen hinsichtlich des Alters nicht signifikant voneinander unterschieden.

Geschlecht. Von den 54 Personen waren 81.5 % weiblich. In der Interventionsgruppe betrug der Anteil weiblicher Probanden 95.7 %, in der Kontrollgruppe 71 %. Bezüglich des Geschlechterverhältnisses befanden sich in der Interventionsgruppe signifikant mehr Frauen als in der Kontrollgruppe.

In der Interventionsgruppe ($N = 23$) berichteten 82.6 % der Befragten, dass sie bereits Meditationserfahrung besitzen, in der Kontrollgruppe ($N = 31$) 22.6 %. Damit unterschied sich die Meditationserfahrung der Teilnehmenden in beiden Gruppen signifikant voneinander. Zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe lagen zu Beginn der Studie keine signifikanten Unterschiede in der Persönlichkeitsdimension *Offenheit für Erfahrungen* und in den

Prätestwerten vor. Der einzige signifikante Unterschied bestand in der Lebenszufriedenheit, wonach die Personen aus der Interventionsgruppe mit ihrem Leben weniger zufrieden waren als die Personen in der Kontrollgruppe.

4.1.2 Stichprobe Studie 2

An der Befragung nahmen $N = 84$ Personen teil (IG: $N = 56$; KG: $N = 28$)¹⁰. Die Stichprobe bestand überwiegend aus Psychologiestudierenden der Universität Jena, von denen 76.5 % Psychologie im Hauptfach studierten (= 63.5 % der Gesamtstichprobe). In der Interventionsgruppe befanden sich 46.4% der Befragten im 1. bis 6. Semester ihres Studiums. Drei Personen gaben an, dass sie ihr Studium beendet haben oder sich nicht (mehr) im Studium befinden. In der Kontrollgruppe gaben alle Personen an, dass sie sich im Studium befinden, davon 66.1% im ersten Semester. Die Befragten der Kontrollgruppe waren höchstens im fünften Semester ihres Studiums. In Studie 2 hatte niemand bislang an einem IBSR-Training teilgenommen. Es gaben einige der Befragten an, im Rahmen ihres Studiums bereits Studieninhalte zu folgenden Themen erhalten zu haben: Achtsamkeit (IG: 39.3 %; KG: 29.8 %), Entspannungsverfahren (IG: 28.6 %; KG: 23.2 %), Stressbewältigung (IG: 25.0 %; KG: 26.8 %), Kognitive Strategien (IG: 21.4 %; KG: 19.6 %). Keines dieser Themen in ihrem Studium behandelt hatten 35.7 % der Interventionsgruppe und 53.6 % der Kontrollgruppe. Des Weiteren gaben einige Probanden an, bereits an folgenden Trainings teilgenommen zu haben: Achtsamkeitskurs (IG: 25 %; KG: 1.8 %), Entspannungsverfahren wie z. B. Yoga, Autogenes Training, Meditation, Qigong, Tai-Chi, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (IG: 42.9 %; KG: 25.0 %), Stressbewältigungstrainings (IG: 3.6 %; KG: 5.4 %), Training kognitiver Strategien (IG: 3.6 %; KG: 1.8 %). An keinem dieser Trainings teilgenommen hatten bislang 35.7 % in der Interventionsgruppe und 67.9 % in der Kontrollgruppe.

¹⁰ IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe

Alter. In der Gesamtstichprobe ($N = 84$) betrug das Alter zwischen 18 und 52 Jahren ($M = 23.37$ Jahre, $SD = 6.7$). In der Interventionsgruppe ($N = 28$) lag das Alter der Befragten zwischen 19 und 52 Jahren ($M = 28.21$ Jahre, $SD = 8.539$ Jahre), in der Kontrollgruppe ($N = 56$) zwischen 18 und 41 Jahren ($M = 20.95$ Jahre, $SD = 3.816$ Jahre). Damit waren die Teilnehmenden der Interventionsgruppe signifikant älter als die der Kontrollgruppe.

Geschlecht. Der Anteil der weiblichen Befragten betrug insgesamt 84.5 % (Interventionsgruppe: 82.1%, Kontrollgruppe: 85.7%). Damit nahmen signifikant mehr weibliche Personen an der Studie teil, wobei sich der Anteil der weiblichen Probanden zwischen den Gruppen nicht signifikant voneinander unterschied.

Zwischen den Gruppen lagen signifikante Unterschiede in der Meditationserfahrung vor, wonach 57.1% der Befragten der Interventionsgruppe und 19.6% der Kontrollgruppe angaben, dass sie bereits Meditationserfahrung besitzen. Sowohl in der Persönlichkeitsdimension *Offenheit für Erfahrungen* als auch in den Prätestwerten lagen zu Beginn der Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe vor.

4.2 Wirksamkeitsevaluation der IBSR-Intervention: Studie 1

Eine zentrale Forschungsfrage besteht darin, ob Treatmenteffekte (durchschnittliche und bedingte Treatmenteffekte) vorliegen. In Studie 1 ließen sich mittels der generalisierten Kovarianzanalyse in EffectLite für alle abhängigen Variablen entsprechend der drei Blöcke sowohl für den Prä-Post- als auch für den Prä-Follow-Up-Vergleich Treatmenteffekte feststellen.

4.2.1 Durchschnittliche Treatmenteffekte

Durchschnittliche Effekte und deren Effektstärken sowohl für den Prä-Post-Vergleich als auch für den Prä-Follow-Up-Vergleich können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2

Durchschnittliche Treatmenteffekte für Prä-Post und Prä-Follow-Up-Vergleich (Studie 1)

	Interventionsgruppe				Kontrollgruppe				Durchschnittliche Treatmenteffekte			
	Prätest	Posttest	Follow-Up	Prätest	Posttest	Follow-Up	Prä-Post-Vergleich	Prä-Follow-Up-Vergleich	Effekt E (g1)	d	Effekt E (g1)	d
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	Effekt E (g1) (SE)	Effekt E (g1) (SE)	(SE)	d	(SE)	d
Block 1 ER-Strategien												
Grübeln	3.42 (0.80)	3.35 (0.80)	3.41 (0.67)	3.46 (0.95)	3.65 (0.97)	3.40 (0.60)	-0.30 (0.24)	-0.31	0.01 (0.18)	0.02		
Kognitive Neubewertung	3.73 (0.76)	3.79 (0.65)	3.93 (0.56)	3.46 (0.83)	3.41 (0.81)	3.48 (0.75)	0.38* (0.18)	0.47	0.46* (0.17)	0.61		
Akzeptanz	3.39 (0.81)	3.56 (0.70)	3.53 (0.73)	3.48 (0.93)	3.20 (0.78)	3.68 (0.86)	0.36* (0.22)	0.46	-0.15 (0.19)	-0.18		
Block 2												
Stresserleben	2.44 (0.75)	2.01 (0.67)	2.09 (0.70)	2.26 (0.80)	2.33 (0.75)	2.29 (0.75)	-0.32* (0.15)	-0.43	-0.20 (0.22)	-0.27		
Angst / Depression	1.70 (0.50)	1.51 (0.54)	1.68 (0.39)	1.73 (0.69)	1.69 (0.58)	1.62 (0.44)	-0.18* (0.10)	-0.31	0.06 (0.11)	0.13		
Emotionale Erschöpfung	2.05 (0.83)	1.95 (0.67)	1.72 (0.51)	2.28 (0.69)	2.26 (0.67)	2.23 (0.67)	-0.31* (0.11)	-0.46	-0.52* (0.15)	-0.78		
Block 3												
Innere Ruhe	3.61 (0.17)	3.94 (0.79)	3.87 (0.73)	3.77 (0.16)	3.66 (0.88)	3.79 (0.79)	0.28 (0.20)	0.32	0.08 (0.14)	0.10		
Stimmung	3.91 (0.22)	4.66 (0.86)	4.48 (0.96)	4.41 (0.16)	4.06 (0.93)	4.30 (1.04)	0.60* (0.23)	0.65	0.18 (0.23)	0.17		
Lebenszufriedenheit	4.35 (0.20)	5.00 (0.84)	4.60 (1.04)	4.90 (0.17)	4.61 (0.96)	4.74 (0.96)	0.39 (0.24)	0.40	-0.14 (0.27)	-0.15		

Anmerkungen: *p < 0.05; IG: n = 23, KG: n = 31; d = Effektstärke. Bei den Posttest- und Follow-Up-Werten handelt es sich um adjustierte Mittelwerte (hinsichtlich der

Kovariaten). In allen drei Blöcken bedeuten höhere Werte eine höhere Ausprägung des Merkmals. Bei den Skalen Grübeln, Stresserleben, Angst / Depression und Emotionale Erschöpfung entsprechen negative durchschnittliche Treatmenteffekte einem positiven Interventionseffekt.

Durchschnittliche Effekte für Prä-Post-Vergleich. Für Emotionsregulation, Stresserleben, Angst- und depressive Symptome, emotionale Erschöpfung und Stimmung ergaben sich kurzfristige Effekte. Nach Fritz et al. (2011) liegen die Effektgrößen im geringen ($d = -0.31$ für Angst- und depressive Symptome) bis mittleren Bereich ($d = 0.65$ für Stimmung).

In Block 1 wurden Effekte für die Skalen Kognitive Neubewertung und Akzeptanz gefunden. Demnach verbesserten sich diese beiden Strategien der Emotionsregulation infolge der Intervention signifikant. Die Effektstärken liegen mit $d = 0.47$ (Kognitive Neubewertung) und $d = 0.46$ (Akzeptanz) im geringen Bereich. Für die Skala Grübeln zeigte sich kein signifikanter Effekt.

In Block 2 ließ sich für alle drei Variablen Effekte feststellen (Stresserleben: $d = -0.43$; Angst- und depressive Symptome: $d = -0.31$; emotionale Erschöpfung: $d = -0.46$). Demnach verringerten sich das Stresserleben, Angst- und depressive Symptome sowie die emotionale Erschöpfung infolge der Intervention signifikant. Die Effektgrößen liegen in geringer Höhe.

In Block 3 zeigte sich ein mittelgroßer Effekt für die Skala Stimmung ($d = 0.65$), wonach sich die Stimmung infolge der IBSR-Intervention signifikant verbesserte. Für die innere Ruhe und Lebenszufriedenheit ergaben sich keine signifikanten Treatmenteffekte.

Durchschnittliche Effekte für Prä-Follow-Up-Vergleich. Eine mittelfristige Wirksamkeit der IBSR-Intervention ließ sich für kognitive Neubewertung und emotionale Erschöpfung feststellen. Infolge der Intervention nahm der Einsatz der Emotionsregulationsstrategie Kognitive Neubewertung signifikant zu, die emotionale Erschöpfung verringerte sich signifikant. Im Gegensatz zum Prä-Post-Vergleich zeigten sich in der Follow-Up-Messung weder für Akzeptanz, Stresserleben, Angst- und depressive Symptome noch für Stimmung signifikante Treatmenteffekte. Der stärkste Effekt ergab sich für emotionale Erschöpfung ($d = -0.78$). Der Effekt für kognitive Neubewertung lag mit $d = 0.61$ ebenfalls im mittleren Bereich. Verglichen mit dem jeweiligen Effekt im Prä-Post-Vergleich sind diese Effekte im

Prä-Follow-Up-Vergleich größer. Auswirkungen auf die Emotionsregulationsstrategien Grübeln und Akzeptanz sowie auf Stresserleben, Angst- und depressive Symptome, innere Ruhe, Stimmung und Lebenszufriedenheit zeigten sich nicht. Die Werte in Stresserleben, emotionaler Erschöpfung und Angst- und depressiven Symptomen in der Kontrollgruppe blieben über die Zeit stabil.

4.2.2 *Konditionale (bedingte) Effekte*

Für die Kovariaten Prättestwert, Alter, Meditationserfahrung und Offenheit für Erfahrungen konnten signifikante Kovariaten-Treatment-Interaktionseffekte festgestellt werden.

Meditationserfahrung. Für Meditationserfahrung ergaben sich einige signifikante kurz- als auch mittelfristige konditionale Effekte. So ließ sich zeigen, dass Personen, die vor der Intervention bereits Meditationserfahrung besaßen, hinsichtlich Grübeln, Akzeptanz, Stresserleben, innerer Ruhe und Lebenszufriedenheit mehr von der Intervention profitierten als Personen ohne Meditationserfahrung.

Hinsichtlich der Emotionsregulation nahm das Grübeln bei Personen mit Meditationserfahrung infolge der Intervention sowohl kurzfristig ($\gamma_{11t1-t2} = -0.90$, $SE = 0.47$) als auch mittelfristig ($\gamma_{11t1-t3} = -0.98$, $SE = 0.35$) signifikant stärker ab als bei Personen ohne Meditationserfahrung. Ein kurzfristiger Effekt ließ sich auch für Akzeptanz ($\gamma_{11t1-t2} = 1.08$, $SE = 0.41$) feststellen. Das Stresserleben ($\gamma_{11t1-t2} = -0.69$, $SE = 0.27$) nahm bei Personen mit Meditationserfahrung signifikant stärker ab. Dieser Effekt konnte mittelfristig jedoch nicht nachgewiesen werden. Des Weiteren ließ sich für innere Ruhe ($\gamma_{11t1-t3} = 0.57$, $SE = 0.28$) und Lebenszufriedenheit ($\gamma_{11t1-t3} = 0.85$, $SE = 0.49$) zeigen, dass Personen mit Meditationserfahrung mittelfristig mehr von der Intervention profitierten.

Alter. Für Alter ergaben sich nur wenige signifikante konditionale Trainingseffekte. Für Angst- und depressive Symptome ($\gamma_{11t1-t3} = -0.02$, $SE = 0.01$) ließ sich zeigen, dass ältere

Personen mittelfristig mehr von der IBSR-Intervention profitierten. Ein weiterer Effekt ließ sich für Stimmung feststellen ($\gamma_{11t1-t2} = -0.04$, $SE = 0.02$), wonach ältere Personen stärker von der Intervention profitierten. Dieser Effekt ließ sich nur kurzfristig und nicht in der Follow-Up-Messung nachweisen. Hinsichtlich der Emotionsregulationsstrategien ließen sich keine konditionalen Effekte feststellen.

Offenheit für Erfahrungen. Für die Persönlichkeitsdimension Offenheit für Erfahrungen ergaben sich lediglich signifikante konditionale Effekte für die Emotionsregulationsstrategien kognitive Neubewertung und Grübeln. Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit einem höheren Wert in Offenheit für Erfahrungen hinsichtlich kognitiver Neubewertung ($\gamma_{11t1-t2} = 0.24$, $SE = 0.15$) kurzfristig und hinsichtlich Grübeln ($\gamma_{11t1-t3} = -0.36$, $SE = 0.16$) mittelfristig stärker von der Intervention profitierten.

Prätestwert. Für jeden Block ging jeder Prätestwert aller Variablen des jeweiligen Blockes in die Berechnung ein, das heißt in der Berechnung der konditionalen Effekte für die Variablen Grübeln, kognitive Neubewertung und Akzeptanz wurden die jeweiligen Prätestwerte in der Berechnung als Kovariaten berücksichtigt. Im zweiten Block gingen die Prätestwerte der Variablen Stresserleben, Angst- und depressive Symptome und emotionale Erschöpfung in die Berechnungen ein und im dritten Block die Prätestwerte für innere Ruhe, Stimmung und Lebenszufriedenheit. Insgesamt ergaben sich nur wenige signifikante konditionale Trainingseffekte. So ließ sich hinsichtlich der Emotionsregulation lediglich für Grübeln ($\gamma_{11t1-t3} = 0.69$, $SE = 0.21$) zeigen, dass Personen mit höheren Prätestwerten in der Skala Grübeln mittelfristig signifikant höhere Werte in Akzeptanz aufwiesen.

Für emotionale Erschöpfung ($\gamma_{11t1-t3} = -0.53$, $SE = 0.26$) ließ sich feststellen, dass Personen mit höheren Prätestwerten stärker von der Intervention profitierten, wonach sich die emotionale Erschöpfung mittelfristig signifikant reduzierte. Für Stresserleben ($\gamma_{11t1-t2} = -0.47$, $SE = 0.21$) zeigte sich, dass Personen mit höheren Prätestwerten hinsichtlich des Stresserlebens

kurzfristig stärker von der Intervention profitierten. Dieser Effekt ließ sich jedoch nicht zur Follow-Up-Messung feststellen. Für innere Ruhe, Stimmung und Lebenszufriedenheit zeigten sich keine konditionalen Effekte.

4.3 Wirksamkeitsevaluation der IBSR-Intervention: Studie 2

Ein zentrales Forschungsanliegen besteht darin, zu untersuchen, ob Treatmenteffekte (durchschnittliche und bedingte Treatmenteffekte) vorliegen. Die generalisierte Kovarianzanalyse in EffectLite für alle abhängigen Variablen entsprechend der drei Blöcke ergibt, dass in Studie 2 Treatmenteffekte für den Prä-Follow-Up-Vergleich vorliegen.

4.3.1 Durchschnittliche Treatmenteffekte

Durchschnittliche Effekte und deren Effektstärken sowohl für den Prä-Post- als auch für den Prä-Follow-Up-Vergleich sind in Tabelle 3 abgebildet. Es zeigten sich lediglich wenige durchschnittliche Effekte für den Prä-Follow-Up-Vergleich. Es ließen sich keine Treatmenteffekte für den Prä-Post-Vergleich feststellen.

Durchschnittliche Effekte für Prä-Follow-Up-Vergleich. In Block 1 ergaben sich für die beiden Skalen Grübeln und Akzeptanz mittelfristige Effekte. Demnach verringerte sich die Emotionsregulationsstrategie Grübeln infolge der Intervention signifikant, während die Akzeptanz als Emotionsregulationsstrategie signifikant zunahm. Der Effekt für Grübeln liegt mit $d = -1.36$ im mittleren Bereich, für Akzeptanz konnte ein geringer Effekt ($d = 0.45$) festgestellt werden. Auswirkungen auf die kognitive Neubewertung, das Stresserleben, Angst- und depressive Symptome, emotionale Erschöpfung, innere Ruhe, Stimmung und Lebenszufriedenheit konnten nicht festgestellt werden.

4.3.2 Konditionale (bedingte) Effekte

Insgesamt ergaben sich wenige signifikante konditionale Effekte für alle untersuchten Kovariaten Meditationserfahrung, Alter, Offenheit für Erfahrungen und Prätestwert.

Tabelle 3

Durchschnittliche Treatmenteffekte für Prä-Post und Prä-Follow-Up-Vergleich (Studie 2)

	Interventionsgruppe				Kontrollgruppe				Durchschnittliche Treatmenteffekte			
	Prätest	Posttest	Follow-Up	Prätest	Posttest	Follow-Up	Prä-Post-Vergleich	Prä-Follow-Up-Vergleich	Effekt E (gI)	d	Effekt E (gI)	d
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	Effekt E (gI) (SE)	Effekt E (gI) (SE)	d	Effekt E (gI) (SE)	d	
Block 1 ER-Strategien												
Grübeln	3.70 (0.62)	3.90 (0.63)	3.38 (0.76)	3.90 (0.64)	3.82 (0.67)	4.05 (0.50)	-0.01 (0.14)	-0.68* (0.15)	-0.01	-0.68* (0.15)	-1.36	
Kognitive Neubewertung	3.36 (0.74)	3.26 (0.78)	3.37 (0.73)	3.10 (0.79)	3.16 (0.82)	3.30 (0.82)	0.10 (0.13)	0.07 (0.18)	0.12	0.07 (0.18)	0.09	
Akzeptanz	3.10 (0.76)	3.38 (0.74)	3.62 (0.62)	3.09 (0.82)	3.24 (0.85)	3.35 (0.60)	0.14 (0.15)	0.27* (0.16)	0.16	0.27* (0.16)	0.45	
Block 2												
Stresserleben	2.68 (0.95)	2.67 (0.66)	2.36 (0.72)	2.65 (0.85)	2.72 (0.77)	2.40 (0.85)	-0.05 (0.14)	-0.04 (0.22)	-0.06	-0.04 (0.22)	-0.04	
Angst / Depression	1.86 (0.62)	2.07 (0.66)	1.93 (0.68)	1.96 (0.72)	1.98 (0.71)	1.80 (0.74)	0.10 (0.12)	0.13 (0.20)	0.14	0.13 (0.20)	0.17	
Emotionale Erschöpfung	2.25 (0.62)	2.49 (0.56)	2.29 (0.65)	2.39 (0.74)	2.31 (0.62)	2.07 (0.67)	0.18 (0.12)	0.23 (0.17)	0.29	0.23 (0.17)	0.34	
Block 3												
Innere Ruhe	2.84 (0.70)	2.93 (0.76)	3.14 (0.59)	2.98 (0.74)	3.01 (0.70)	3.03 (0.77)	-0.08 (0.13)	0.12 (0.16)	-0.12	0.12 (0.16)	0.15	
Stimmung	3.23 (0.77)	3.36 (0.79)	3.47 (0.78)	3.30 (0.78)	3.32 (0.80)	3.26 (0.76)	0.04 (0.10)	0.21 (0.16)	0.06	0.21 (0.16)	0.28	
Lebenszufriedenheit	4.70 (0.58)	4.62 (0.60)	4.81 (0.60)	4.44 (0.93)	4.50 (0.91)	4.70 (0.88)	0.13 (0.11)	0.11 (0.20)	0.14	0.11 (0.20)	0.13	

Anmerkungen: *p < 0.05; IG: n = 28, KG: n = 56; d = Effektstärke. Bei den Posttest- und Follow-Up-Werten handelt es sich um adjustierte Mittelwerte (hinsichtlich der Kovariaten). In allen drei Blöcken bedeuten höhere Werte eine höhere Ausprägung des Merkmals. Bei den Skalen Grübeln, Stresserleben, Angst / Depression und Emotionale Erschöpfung entsprechen negative durchschnittliche Treatmenteffekte einem positiven Interventionseffekt.

Meditationserfahrung. Hinsichtlich des subjektiven Stresserlebens ließ sich zeigen, dass Menschen mit Meditationserfahrung stärker von der Intervention profitieren als Personen ohne Meditationserfahrung ($\gamma_{11t1-t2} = -0.46$, $SE = 0.25$). Dieser Effekt zeigte sich jedoch nur kurzfristig.

Alter. Für Alter ließ sich lediglich ein konditionaler Effekt für Lebenszufriedenheit in der Follow-Up-Messung feststellen. Es zeigte sich, dass die Lebenszufriedenheit durch die Intervention mittelfristig stärker zunahm bei jüngeren Personen ($\gamma_{11t1-t3} = -0.07$, $SE = 0.03$).

Offenheit für Erfahrungen. Für die Persönlichkeitsdimension Offenheit für Erfahrungen ließen sich nur wenige signifikante konditionale Effekte nachweisen. Für die Emotionsregulationsstrategie Akzeptanz ließ sich feststellen, dass Personen mit niedrigen Werten in Offenheit für Erfahrungen mehr von der Intervention profitieren als offenere Personen ($\gamma_{11t1-t2} = -0.28$, $SE = 0.14$). Dieser Effekt ließ sich nur kurzfristig feststellen. Für das Stresserleben zeigt sich, dass Personen mit niedrigeren Werten in Offenheit für Erfahrungen mehr von der Intervention profitierten ($\gamma_{11t1-t2} = 0.34$, $SE = 0.13$). Dieser Effekt zeigte sich ebenfalls nur kurzfristig. Für Lebenszufriedenheit ließ sich zeigen, dass offenere Personen mittelfristig mehr von der Intervention profitierten ($\gamma_{11t1-t3} = 0.38$, $SE = 0.18$). Dieser Effekt ließ sich nur in der Follow-Up-Messung nachweisen.

Prätestwert. In Block 1 ergaben sich wenige konditionale Effekte in allen drei untersuchten Emotionsregulationsstrategien. Bei höheren Prätestwerten in Akzeptanz ließ sich eine höhere Wirksamkeit der Intervention kurzfristig hinsichtlich Kognitiver Neubewertung ($\gamma_{11t1-t2} = 0.42$, $SE = 0.14$) und mittelfristig für Akzeptanz ($\gamma_{11t1-t3} = 0.38$, $SE = 0.17$) feststellen. Demzufolge profitierten Personen mit höheren Vortestwerten in Akzeptanz mehr von der Intervention. Des Weiteren zeigte sich, dass Personen mit höheren Werten in Grübeln mittelfristig höhere Werte in Grübeln aufwiesen ($\gamma_{11t1-t3} = 0.48$, $SE = 0.21$).

In Block 2 konnten einige konditionale Effekte für die Prätestwerte Angst- und depressive Symptome und Stresserleben gefunden werden. Es ließ sich feststellen, dass Personen mit geringeren Vortestwerten in Angst- und depressiven Symptomen hinsichtlich des Stresserlebens ($\gamma_{11t1-t2} = 1.17$, $SE = 0.45$; $\gamma_{11t1-t3} = 0.62$, $SE = 0.24$) und den Angst- und depressiven Symptomen ($\gamma_{11t1-t2} = 0.53$, $SE = 0.22$) stärker von der Intervention profitierten. Die Auswirkung auf Angst- und depressive Symptome ließ sich nur kurzfristig, und nicht in der Follow-Up-Messung zeigen. Zudem konnten konditionale Effekte für die Prätestwerte in Stresserleben festgestellt werden. Demzufolge profitierten Personen mit höheren Vortestwerten stärker von der Intervention, indem sich sowohl das Stresserleben ($\gamma_{11t1-t2} = -0.64$, $SE = 0.20$; $\gamma_{11t1-t3} = -1.00$, $SE = 0.36$) als auch Angst- und depressive Symptome ($\gamma_{11t1-t2} = -0.50$, $SE = 0.19$) signifikant verringerten, wobei sich der Effekt auf Angst- und depressive Symptome nur kurzfristig, und nicht in der Follow-Up-Messung zeigte.

In Block 3 ergaben sich konditionale Effekte für die Prätestwerte Innere Ruhe und Lebenszufriedenheit. Mittelfristig profitierten Personen in Bezug auf innere Ruhe stärker von der Intervention, wenn sie vorher höhere Werte in Lebenszufriedenheit aufwiesen ($\gamma_{11t1-t3} = 0.63$, $SE = 0.31$). Des Weiteren nahm die innere Ruhe bei Personen mit geringen Vortestwerten in innerer Ruhe durch die Intervention mittelfristig signifikant stärker zu als bei Personen mit hohen Vortestwerten ($\gamma_{11t1-t3} = -0.38$, $SE = 0.18$). Ein weiterer Effekt für innere Ruhe zeigte sich dahingehend, dass sich die Stimmung bei Personen mit geringen Vortestwerten in innerer Ruhe mittelfristig stärker verbesserte als bei Personen, die vor der Intervention höhere Werte in innerer Ruhe angaben ($\gamma_{11t1-t3} = -0.36$, $SE = 0.18$).

4.4 Dropout

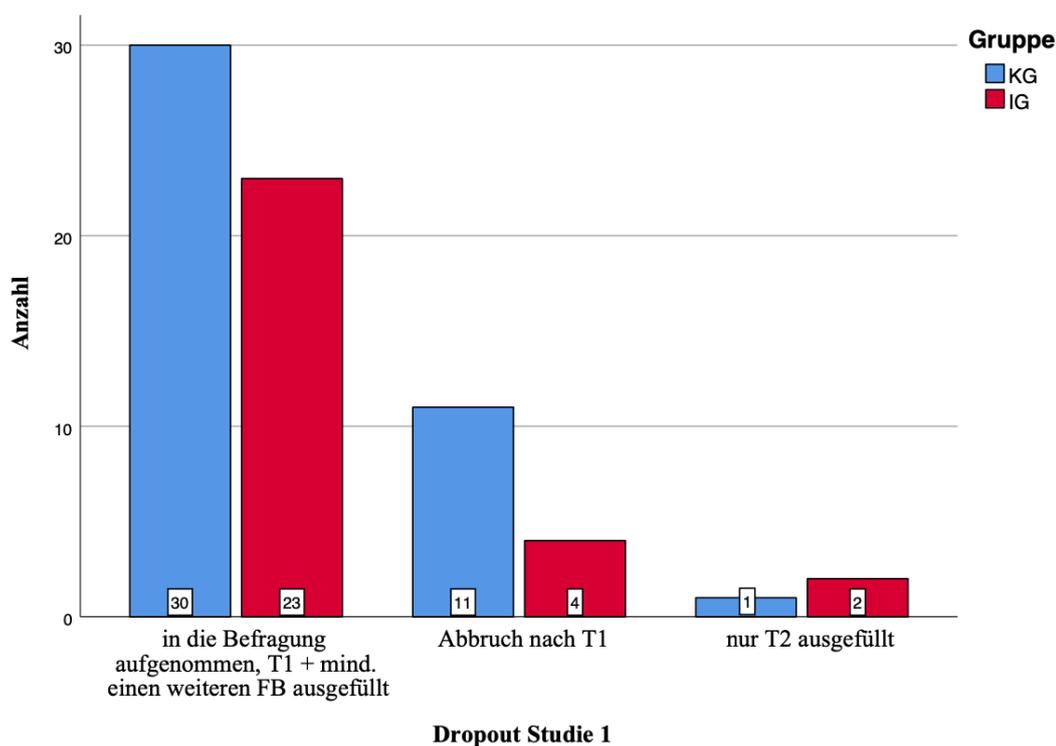
Ausgeschlossen wurden Fälle mit fehlendem Personencode, Personen, die keinen oder nur einen Fragebogen ausgefüllt haben und Personen, die nur den zweiten und dritten Fragebogen ausgefüllt haben. Manche Personencodes, die nicht einheitlich angegeben waren,

konnten dennoch zugeordnet und vereinheitlicht werden, wenn es sinnvoll und plausibel erschien, dass es sich wirklich um die gleiche Person handelte. Diese Fälle blieben in der Berechnung enthalten.

Studie 1. In Studie 1 gaben alle Personen einen Personencode an und alle erfassten Personen füllten mindestens einen Fragebogen aus. Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Dropout-Raten über den Studienzeitraum hinweg. Es beteiligten sich insgesamt $N = 71$ Personen (IG: $N = 29$; KG: $N = 42$) an der Befragung.

Abbildung 2

Dropout-Raten über den Studienzeitraum hinweg: Studie 1.



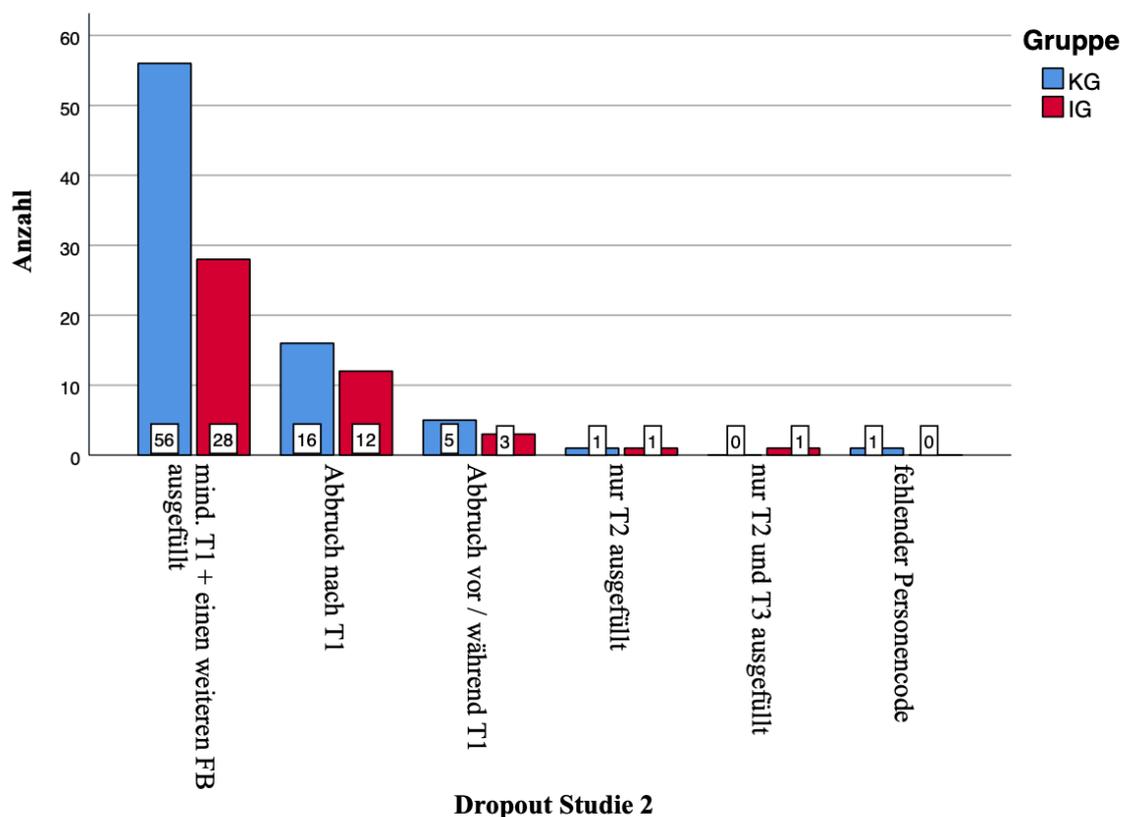
Anmerkung: FB = Fragebogen; T1 = Fragebogen zum 1. Messzeitpunkt, T2 = Fragebogen zum 2. Messzeitpunkt; Teilnehmende, die mindestens T1 und einen weiteren Fragebogen vollständig ausfüllten, wurden in die Berechnung aufgenommen.

In die Berechnung einbezogen wurden Personen, die mindestens den ersten Fragebogen und einen Fragebogen zu einem weiteren Zeitpunkt ausgefüllt haben; das heißt, die entweder alle drei Fragebögen vollständig ausgefüllt haben (IG: N = 18; KG: 22), die T1 und T2 ausgefüllt haben (IG: N = 4; KG: N = 7) und die T1 und T3 ausgefüllt haben (IG: N = 1; KG: N = 1). Von der Berechnung ausgeschlossen wurden insgesamt 18 Personen, von denen 15 Personen (IG: N = 4; KG: N = 11) die Befragung nach dem Ausfüllen des ersten Fragebogens abbrachen und drei Personen (IG: N = 2; KG: N = 1) nur den zweiten Fragebogen ausfüllten. Die endgültige Stichprobe umfasste demnach N = 53 Personen (IG: N = 23; KG: N = 30). Die Dropout-Rate in Studie 1 beträgt insgesamt 25 %.

Studie 2. In Studie 2 beteiligten sich insgesamt N = 124 Personen (IG: N = 45; KG: N = 79) an der Befragung. In die Berechnung aufgenommen wurden Personen, die mindestens den ersten Fragebogen und einen Fragebogen zu einem weiteren Zeitpunkt ausgefüllt haben; das heißt, die entweder alle drei Fragebögen vollständig ausgefüllt haben (IG: N = 23; KG: 40), die T1 und T2 ausgefüllt haben (IG: N = 4; KG: N = 16) oder die T1 und T3 ausgefüllt haben (IG: N = 1). Die Dropout-Raten über den Studienzeitraum hinweg können Abbildung 3 entnommen werden. Von der Berechnung ausgeschlossen wurden N = 28 Personen, da diese nur den ersten Fragebogen ausfüllten (IG: N = 12; KG: N = 16). Weiterhin wurden acht Personen, die den ersten Fragebogen vor oder während der Bearbeitung abbrachen (IG: N = 3; KG: N = 5), zwei Personen, die nur T2 ausfüllten (IG und KG jeweils N = 1) und eine Person (IG), die nur T2 und T3, nicht jedoch T1 ausgefüllt hat. Eine Person aus der Kontrollgruppe wurde aufgrund des fehlenden Personencodes ausgeschlossen. Demnach umfasste die endgültige Stichprobe N = 84 Personen (IG: N = 28; KG: N = 56), wobei die Dropout-Rate demnach 32 % beträgt.

Abbildung 3

Dropout-Raten über den Studienzeitraum hinweg: Studie 2.



Anmerkung: Teilnehmende, die mindestens T1 und einen weiteren Fragebogen vollständig ausfüllten, wurden in die Berechnung aufgenommen.

5 Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersucht die Wirksamkeit der IBSR-Methode auf Emotionsregulation, Stresserleben und Wohlbefinden bei einer nicht-klinischen Stichprobe in zwei unterschiedlichen Interventionsformaten: Studie 1 wurde in einem mehrtägigen Präsenzseminar durchgeführt, Studie 2 in einem zweistündigen Online-Workshop. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden Daten von N = 54 Personen in Studie 1 und N = 84 Personen in Studie 2 im deutschsprachigen Raum via Onlinebefragung erhoben und ausgewertet. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse in Bezug auf die einzelnen

Fragestellungen diskutiert. Es folgen praktische Implikationen der Befunde und eine kritische Auseinandersetzung mit der Methodik sowie ein Ausblick für zukünftige Forschung zur IBSR-Methode.

5.1 Interpretation der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der aufgestellten Hypothesen (Kap. 2.6) im Zusammenhang mit der vorgestellten Theorie und vorangegangener Forschung interpretiert und die einzelnen Fragestellungen beantwortet. Wie in der Fragestellung angenommen ließen sich in Studie 1 Effekte für die Wirksamkeit der IBSR-Methode nachweisen. In Studie 2 ergaben sich mittelfristige Effekte für die Emotionsregulationsstrategien Grübeln und Akzeptanz.

Emotionsregulation. Es wurde angenommen, dass die Anwendung der IBSR-Methode zu einer Verbesserung der Emotionsregulation führt. Die damit verbundenen Annahmen konnten teilweise bestätigt werden. In Hypothese A1 wurde angenommen, dass die Anwendung der IBSR-Methode mit einer signifikanten Verringerung der maladaptiven Emotionsregulationsstrategie Grübeln zusammenhängt. Diese Annahme ließ sich für Studie 1 nicht, für Studie 2 teilweise (mittelfristig) bestätigen. So zeigte sich in Studie 2 ein mittelstarker, mittelfristiger Effekt auf Grübeln, wonach die Teilnehmenden zwei bis drei Monate nach der Intervention signifikant weniger grübelten als vor der Intervention. Eine mögliche Erklärung für diesen Effekt besteht darin, dass die Teilnehmenden die Anwendung der IBSR-Methode nach dem Workshop weiter vertieften. Einige Teilnehmenden nahmen laut eigener Berichte aus Interesse an der Methode teil und wollten diese einmal praktisch für sich selbst ausprobieren. Da dieser Workshop für die meisten Teilnehmenden die erste praktische Erfahrung mit der IBSR-Methode war, könnte dieser erste Kontakt impulsgebend für eine weiterführende, möglicherweise sogar regelmäßige Anwendung der IBSR-Methode gewesen sein und dadurch zu einem reduzierenden Effekt auf Grübeln geführt haben. Dass sich in Studie 1 kein Effekt auf

Grübeln nachweisen ließ, könnte so erklärt werden, dass die intensive Beschäftigung mit den eigenen Kognitionen und Emotionen während des mehrtägigen Präsenzseminars einen längerfristigen Prozess der Bewusstmachung und Auseinandersetzung mit den eigenen Kognitionen und Emotionen bewirkte. Zu erwähnen ist auch der Einfluss der Meditationserfahrung auf die Wirksamkeit der Intervention. So zeigte sich in Studie 1, dass Personen mit Meditationserfahrung hinsichtlich Grübeln stärker von der Intervention profitieren.

Die Annahme, dass die Anwendung der IBSR-Methode zu einem signifikant höheren Einsatz der Emotionsregulationsstrategie Kognitive Neubewertung führt (Hypothese A2), ließ sich für Studie 1 bestätigen, nicht jedoch für Studie 2. Demnach verbesserte sich die kognitive Neubewertung sowohl kurzfristig (geringer Effekt) als auch mittelfristig (mittlerer Effekt) bei den Teilnehmenden des mehrtägigen Präsenzseminars. Dass in Studie 2 kein Effekt nachgewiesen werden konnte, liegt möglicherweise in der geringen Dauer der Anwendung der IBSR-Methode begründet. Dies lässt darauf schließen, dass die IBSR-Methode erst bei längerer oder sogar regelmäßigen Anwendung Verbesserungen in der kognitiven Neubewertung bewirkt. Nach Lazarus (1966) wird einer potenziell emotionsauslösenden Situation eine neue subjektive Bewertung zugeschrieben, wodurch die Situation als verändert wahrgenommen wird. Auf welchen Aspekt die Effektunterschiede zwischen den Studien zurückzuführen sind, lässt sich durch die Studienkonzeption nicht feststellen. Unterschiede in der Konzeption bestanden vor allem in der Dauer der Anwendung (Studie 1: mehrtägig, Studie 2: zwei Stunden) und im Format (Studie 1: Präsenz; Studie 2: online). Des Weiteren liegt keine standardisierte Form der Durchführung der Methode vor, so dass diese zwischen den Seminaren variiert. So könnten die positiven Effekte auf den zusätzlichen Einsatz anderer Elemente wie Meditation oder Tanz in den mehrtägigen Seminaren zurückzuführen sein.

Die Annahme, dass durch die Anwendung der IBSR-Methode ein signifikant höherer Einsatz der Emotionsregulationsstrategie Akzeptanz vorliegt (Hypothese A3) ließ sich teilweise bestätigen. Die Ergebnisse zeigen einen kurzfristigen Effekt in Studie 1 und einen mittelfristigen Effekt in Studie 2. Die nur kurzfristige Wirksamkeit in Studie 1 könnte damit zusammenhängen, dass die Teilnehmenden während des mehrtägigen Seminars eine hohe Akzeptanz spürten. Möglicherweise löste die Beschäftigung mit den eigenen Kognitionen und Emotionen während des Seminars einen Prozess der Bewusstwerdung aus, wodurch die Teilnehmenden in den nachfolgenden Wochen durch erhöhte Selbstreflexion Erkenntnisse über sich selbst gewannen, die nicht nur mit angenehmen Emotionen verbunden waren. Eine andere Erklärung wäre, dass die mittelfristige Wirkung der IBSR-Methode auf Akzeptanz eine regelmäßige Anwendung voraussetzt. Inwieweit die Teilnehmenden die IBSR-Methode nach dem mehrtägigen Seminar anwendeten wurde nicht erhoben.

Stresserleben, Angst- und depressive Symptome, emotionale Erschöpfung. In der vorliegenden Arbeit wurde die Wirksamkeit der IBSR-Methode auf Stresserleben, Angst- und depressive Symptome und emotionale Erschöpfung untersucht.

Die Wirksamkeit der IBSR-Methode auf Stresserleben konnte in Studie 1 bestätigt werden, allerdings ließ sich dieser Effekt nicht mittelfristig nachweisen. Entgegen den Erwartungen ergaben sich in Studie 2 keine Effekte in Bezug auf Stresserleben. Damit kann die Hypothese, dass sich das Stresserleben durch die Anwendung der IBSR-Methode signifikant verringert (Hypothese B1), in Studie 1 für den Prä-Post-Vergleich (kurzfristig), in Studie 2 nicht bestätigt werden. Dahingehend unterstützen die Ergebnisse in Studie 1 die Befunde aus der bisherigen Forschung zur IBSR-Methode in Bezug auf Stresserleben (Nye, 2011), wohingegen im Gegensatz zur Studie von Nye (2011) keine mittelfristigen Effekte gefunden wurden. Hier gilt jedoch zu beachten, dass die Follow-Up-Messung in der Untersuchung von Nye (2011) nach sechs Wochen und in den vorliegenden Interventionsstudien nach acht bis

zwölf Wochen erfolgte. Dennoch scheint die Dauer der Intervention einen erheblichen Einfluss auf den stressreduzierenden Effekt zu haben. Während die Intervention in der Studie von Nye (2011) einen Zeitraum von sechs Wochen umfasste (kurz- und mittelfristiger Effekt) und in Studie 1 der vorliegenden Arbeit drei bis sieben Tage (kurzfristige Effekt) betrug die Dauer der Intervention in Studie 2 zwei Stunden (kein Effekt). Demnach lassen sich vermutlich erst durch eine längere Anwendung der IBSR-Methode über mehrere Tage eine nachhaltige Wirkung auf die Reduktion des Stresserlebens erzielen. In Studie 1 ließ sich zeigen, dass die stressreduzierende Wirkung der IBSR-Methode stärker bei Personen mit Meditationserfahrung ist. Dieser Aspekt könnte darauf hinweisen, für eine effektive Stressreduktion die IBSR-Methode mit Meditation zu verbinden. Möglicherweise können die ausbleibenden Effekte in Studie 2 auch dadurch erklärt werden, dass keine zusätzlichen Meditationselemente angewendet wurden. In der Prätestmessung wies in Studie 1 die Interventionsgruppe höhere Werte im Stresserleben auf als die Kontrollgruppe. Gleichzeitig zeigen die Analysen, dass Personen mit höheren Prätestwerten im Stresserleben stärker von der Intervention profitierten.

Die Annahme, dass die Anwendung der IBSR-Methode zu einer Verringerung von Angst- und depressiven Symptomen führt, kann in Studie 1 bestätigt (kurzfristiger Effekt) und in Studie 2 entgegen den Erwartungen nicht bestätigt werden (Hypothese B2). Die Ergebnisse in Studie 1 unterstützen damit bisherige Befunde, die eine Reduktion psychopathologischer Symptome durch die Anwendung der IBSR-Methode zeigten (Krispenz und Dickhäuser 2019; Leufke et al. 2013; Smernoff et al. 2015). In Studie 1 konnte im Gegensatz zu Krispenz und Dickhäuser (2019) keine mittelfristige Wirkung auf Stresserleben und Angst- und depressive Symptome festgestellt werden. Es ist zu beachten, dass die Interpretation der Ergebnisse einiger vorangegangener Studien aufgrund fehlender Kontrollgruppen (z. B. Leufke et al. 2013) kaum möglich ist, da die gefundenen Effekte aufgrund anderer Faktoren zustande gekommen sein können.

Damit stehen die Ergebnisse in Studie 1 im Einklang mit den theoretischen Annahmen kognitiver Bewertungstheorien zur Stress- und Emotionsentstehung (Brandstätter 2018; Dael 2012; Lazarus 1966, 1991), die postulieren, dass Stress und negativ erlebte Emotionen durch einen kognitiven Bewertungsprozess ausgelöst werden. Aufgrund dessen sollten Stresserleben und Angstsymptome abnehmen, wenn eine kognitive Neubewertung einer als belastend wahrgenommenen Situation stattfindet. Wie die Ergebnisse in Studie 1 zeigen, führt das Hinterfragen dysfunktionaler Kognitionen mit der IBSR-Methode zu einer kognitiven Neubewertung sowie zu einer Reduktion des Stresserlebens und einer Verringerung von Angstsymptomen. Die ausbleibenden Effekte in Studie 2 scheinen mit der geringen Dauer der Intervention von zwei Stunden zusammenzuhängen. Es wird vermutet, dass die Veränderung dysfunktionaler Kognitionen mehr Zeit in Anspruch nimmt.

Gemäß den Erwartungen konnte in Studie 1 die emotionale Erschöpfung durch die Anwendung der IBSR-Methode sowohl kurz- als auch mittelfristig verringert werden (Hypothese B3). Demnach kann Hypothese B3 in Studie 1 bestätigt werden. Damit werden die Ergebnisse einer vorangegangenen Studie von Schnaider-Levi et al. (2017) unterstützt, die eine positive Wirkung der IBSR-Methode bei Lehrern im Zusammenhang mit der hohen emotionalen Belastung in ihrem Beruf und dem damit verbundenen Burnout-Risiko feststellten. Diese Studie weist jedoch hinsichtlich der hohen Homogenität der Stichprobe (eine High School in Israel) und der ausschließlichen Betrachtung kurzfristiger Effekte erhebliche Limitationen auf. Des Weiteren ist durch das qualitative Studiendesign ein Vergleich mit den Ergebnissen der vorliegenden Studien nicht möglich. In Studie 2 ließen sich keine Effekte auf emotionale Erschöpfung feststellen, wodurch Hypothese B3 in Studie 2 widerlegt wird.

Wohlbefinden und innere Ruhe. Nach Dalbert (2002) besteht das subjektive Wohlbefinden aus der Lebenszufriedenheit (= kognitive Dimension) und der Stimmung (= affektive Dimension). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen in Studie 1

einen positiven Effekt der IBSR-Methode auf die Stimmung, wodurch Hypothese C2 bestätigt werden kann. Demnach verbesserte sich die Stimmung der Teilnehmenden durch ein mehrtägiges IBSR-Seminar signifikant. In Studie 2 ließ sich kein Effekt auf die Stimmung feststellen, womit Hypothese C2 nicht bestätigt werden kann.

Die Annahmen, dass die Anwendung der IBSR-Methode eine signifikante Steigerung der inneren Ruhe (Hypothese C1) und der Lebenszufriedenheit (Hypothese C3) bewirkt, konnte in beiden vorliegenden Studien nicht bestätigt werden. Damit stehen die Ergebnisse im Widerspruch zu den Befunden von John und Gross (2004) und Ochsner und Gross (2005), die positive Zusammenhänge zwischen kognitiver Neubewertung als Emotionsregulationsstrategie und Lebenszufriedenheit fanden. Auch die Ergebnisse von Mitnik und Lev-Ari (2015) sowie von Smernoff et al. (2019), die eine Steigerung der Lebenszufriedenheit durch die Anwendung der IBSR-Methode zeigen, können damit nicht bestätigt werden, wobei zu bemerken ist, dass die Aussagekraft beider Studien durch die fehlende Kontrollgruppe gering ist.

In Studie 1 wurden zusätzliche Elemente wie Meditationen, Achtsamkeit, Tanz, Bewegungsübungen in die mehrtägigen Seminare integriert, da viele Seminarleiter IBSR mit Meditation oder anderen Elementen zu verbinden scheinen. Der Einbezug weiterer Elemente wurde nicht erhoben und variierte in den Seminaren vermutlich. Ein Einfluss auf die Effekte in Studie 1 ist denkbar. Aufgrund dessen können keine Aussagen darüber getroffen werden, inwieweit die Effekte auf das reine Hinterfragen dysfunktionaler Kognitionen zurückzuführen sind.

Eine mögliche Erklärung für die Effektunterschiede in den Studien stellt die Einstellung der Teilnehmenden gegenüber der Methode dar. Es ist zu vermuten, dass die Motivation, an der Intervention teilzunehmen, sich in den Studien unterschied. Es ist davon auszugehen, dass die Motivation der Teilnehmenden sowie die Offenheit für die Methode in Studie 1 sehr hoch war. Die Seminarteilnehmenden bezahlten für das Seminar und besuchten das Seminar vermutlich

mit einer gewissen Veränderungserwartung, wohingegen der Workshop in Studie 2 ein kostenloses Angebot darstellte. Möglicherweise bestand bei Psychologiestudierenden ein Anreiz, Versuchspersonenstunden zu erhalten. Eine Skepsis gegenüber der Wirksamkeit der Methode ist nicht auszuschließen. In zukünftigen Studien sollte die Einstellung der Teilnehmenden der Intervention gegenüber erhoben werden.

Kovariaten. Wie die Ergebnisse zeigen, konnte für die Wirksamkeit der IBSR-Intervention ein Zusammenhang mit der Meditationserfahrung der Teilnehmenden gezeigt werden. Für weitere untersuchte Kovariaten (Alter, Offenheit für Erfahrungen, Prätestwert) ließen sich nur wenige konditionale Effekte nachweisen.

Meditationserfahrung. In Studie 1 konnte eine Verstärkung der positiven Veränderungen (Reduktion des Stresserlebens, Verminderung des Grübelns, Erhöhung der Akzeptanz, der inneren Ruhe und der Lebenszufriedenheit) durch vorangegangene Meditationserfahrung nachgewiesen werden, womit Hypothese D1 bestätigt werden kann. In Studie 2 ließ sich der positive Effekt der Meditationserfahrung in Bezug auf die Reduktion des Stresserlebens feststellen, wodurch Hypothese D1 teilweise bestätigt werden kann.

Dies impliziert, dass das Hinterfragen dysfunktionaler Kognitionen mit der IBSR-Methode effektiver ist, wenn bereits Meditationserfahrung besteht. Zudem ist zu vermuten, dass die Effekte größer sind bei einer kombinierten Anwendung von der IBSR-Methode mit Meditation. Es ist denkbar, dass die Effektunterschiede zwischen den vorliegenden Studien auf die Integration von Meditationselementen in Studie 1 zurückzuführen sind.

Offenheit für Erfahrungen. Insgesamt konnten nur wenige und unsystematische Interventionseffekte für Offenheit bestätigt werden, die teilweise widersprüchlich erscheinen. Insgesamt ließen sich entgegen den Erwartungen keine höheren Interventionseffekte für Personen mit höheren Werten in Offenheit für Erfahrung feststellen, wie sich dies in der Studie von Nye (2011) zeigte. Damit kann Hypothese D2 nicht bestätigt werden kann. Während in

Studie 1 Personen mit einem hohen Wert in Offenheit für Erfahrung hinsichtlich der beiden Emotionsregulationsstrategien Kognitive Neubewertung und Grübeln stärker von der Intervention profitierten, zeigte sich in Studie 2 ein gegenteiliger Effekt. Hier profitierten Personen mit niedrigeren Werten in Offenheit für Erfahrung mehr von der Intervention hinsichtlich Akzeptanz und Stresserleben. Angesichts dieser Ergebnisse könnte vermutet werden, dass das Präsenzformat für offenere Menschen geeigneter ist, während das Online-Format für weniger offenere Menschen besser zu funktionieren scheint. Es muss jedoch beachtet werden, dass wesentliche Unterschiede mehrerer Faktoren (Dauer der Intervention, Format Präsenz / Online, Stichprobe) zwischen beiden Studien deren Vergleichbarkeit stark einschränken.

Effektunterschiede Studie 1 und 2. Wie erwartet, wurden in Studie 1 größere Effekte festgestellt werden als in Studie 2, womit Hypothese D3 bestätigt werden kann. In Studie 1 konnte in den meisten beobachteten Variablen (alle Variablen bis auf Grübeln, innere Ruhe und Lebenszufriedenheit) Effekte gefunden werden, während in Studie 2 nur zwei Effekte im Bereich Emotionsregulation (Grübeln und Akzeptanz) nachgewiesen wurden. Hier sei vor allem die sehr kurze Dauer der Intervention in Studie 2 von nur zwei Stunden erwähnt, so dass die Effektunterschiede in der intensiveren und längeren Anwendung der IBSR-Methode in Studie 1 begründet liegen können. Jedoch bestehen zwischen beiden Studien nicht nur Unterschiede in der Dauer der Intervention (mehrtägig vs. zwei Stunden), sondern auch im gewählten Format (Präsenz vs. Online). Hier muss erwähnt werden, dass sowohl Gruppenprozesse als auch zusätzliche Elemente neben IBSR im Präsenzseminar in Studie 1 zu den Effekten beigetragen haben können. Zudem können die Effektunterschiede möglicherweise durch Stichprobenunterschiede erklärt werden.

Dropout. Der Dropout unterscheidet sich zum einen in beiden Studien insofern voneinander, dass die Gründe für den Dropout in Studie 2 stärker variierten als in Studie 1. In

Studie 1 wurden 18 von insgesamt 71 Personen von der Befragung ausgeschlossen, weil entweder die Untersuchung nach dem Ausfüllen des ersten Fragebogens abgebrochen wurde (N = 15) oder nur der zweite Fragebogen ausgefüllt wurde (N = 3). In Studie 2 hingegen kam der Dropout zustande durch Abbruch vor oder während des ersten Fragebogens (N = 8), Abbruch nach Ausfüllen des ersten Fragebogens (N = 28), ausschließliches Ausfüllen des zweiten Fragebogens (N = 2), Ausfüllen des zweiten und dritten Fragebogens (N = 1) oder einen fehlenden Personencode (N = 1). Zum anderen ist die Dropout-Rate in Studie 2 größer als in Studie 1 (Studie 1: 25 %; Studie 2: 32 %). Der Dropout kann insofern positiv auf die Ergebnisse gewirkt haben, dass Personen mit geringer Motivation in Bezug auf die Studienteilnahme nicht weiter an der Befragung teilgenommen haben. Möglicherweise hätten unmotivierte Teilnehmende beim Ausfüllen der Fragebögen weniger gewissenhaft geantwortet.

Bisherige Befunde zur IBSR-Forschung lassen sich durch die Ergebnisse aus Studie 1 überwiegend bestätigen und erweitern. Aufgrund der bestehenden Limitationen können die Ergebnisse jedoch nur eingeschränkt generalisiert werden (dazu 5.3). Die Befunde zeigen eine erste Evidenz.

5.2 Praktische Implikationen der Befunde

Als Hauptursache für Behinderung und dritthäufigste Ursache für die allgemeine Krankheitslast gelten psychische Erkrankungen als eine der größten Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in Europa (WHO 2019). Infolgedessen kommt der Prävention psychischer Erkrankungen und der Förderung der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung eine große Bedeutung zu. In engem Zusammenhang mit der Entstehung psychischer Erkrankungen stehen unter anderem Stress (Juster et al. 2010; Segerstrom und Miller 2004) und Defizite in der Emotionsregulation (Barnow et al. 2016; Berenbaum et al. 2003; Mennin und Farach 2007). Die positive Wirkung kognitiver Neubewertung als Emotionsregulationsstrategie konnte in zahlreichen Studien bestätigt werden (Barnow et al.

2016; Brandstätter et al. 2018). In Anlehnung an die Effektivität kognitiver Neubewertung als Emotionsregulationsstrategie auf die psychische und physische Gesundheit (Aldao et al. 2010; John und Gross 2004; Ochsner und Gross 2005) kann die IBSR-Methode zu einer verstärkten Anwendung kognitiver Neubewertung und damit zur Aufrechterhaltung beziehungsweise zur Verbesserung der psychischen Gesundheit beitragen. Angesichts der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung wird eine intensive Anwendung der IBSR-Methode über mehrere Tage empfohlen, um auch mittelfristig positive Effekte hinsichtlich kognitiver Neubewertung zu erzielen. Dabei scheint eine regelmäßige Praktizierung der IBSR-Methode sinnvoll zu sein, wie vorangegangene Studien bestätigen. So berichtet Nye (2011) von positiven Effekten auf die Reduzierung des Stresserlebens nach einer 28-tägigen Anwendung der IBSR-Methode.

Wie Studie 1 der vorliegenden Arbeit zeigt, konnte die emotionale Erschöpfung bei einer mindestens dreitägigen intensiven Anwendung der IBSR-Methode sowohl kurz- als auch mittelfristig reduziert werden. Dieser Aspekt ist möglicherweise relevant für Menschen in Sozial- und Heilberufen, die einer hohen emotionalen Belastung ausgesetzt sind. IBSR könnte eingesetzt werden, um einer emotionalen Erschöpfung gefährdeter Berufsgruppen vorzubeugen. Gleichzeitig kann die IBSR-Methode durch die Reduktion des Stresserlebens und die Verbesserung der Emotionsregulation zur Förderung der psychischen Gesundheit beitragen und psychischen Erkrankungen präventiv entgegenwirken. Auch bezüglich emotionaler Erschöpfung wird eine regelmäßige Anwendung der IBSR-Methode empfohlen, um die Wahrscheinlichkeit emotionaler Überlastung effektiv zu minimieren und das Burnout-Risiko zu senken.

Sowohl in Anbetracht der Ergebnisse bisheriger Forschung als auch der vorliegenden Studie wird vorgeschlagen, IBSR-Interventionen zur Aufrechterhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit einzusetzen, spezifisch zur Reduzierung des Stresserlebens, zur Senkung emotionaler Erschöpfung, zur Verringerung von Angst- und depressiven Symptomen

und zur Verbesserung der Emotionsregulation durch vermehrte Akzeptanz und kognitive Neubewertung. Gerade in der heutigen Zeit des Multitaskings und den wachsenden Anforderungen im alltäglichen als auch im beruflichen Leben kommt der Prävention psychischer Erkrankungen und emotionaler Belastung eine wichtige Rolle zu.

Wie die Ergebnisse zeigen, profitieren Menschen mit Meditationserfahrung stärker von der Intervention. Dies könnte dafür sprechen, IBSR mit Meditation zu verbinden, z. B. indem einzelne Einheiten einer IBSR-Intervention mit einer Meditation beginnen.

Die IBSR-Methode ist nicht definiert als ein Therapieansatz, sie eignet sich jedoch möglicherweise als zusätzliches Tool für das Hinterfragen von Kognitionen in der Psychotherapie sowie zur Verbesserung der therapeutischen Allianz und zur Steigerung der mentalen Gesundheit der Therapeuten selbst (van Rhijn et al. 2015). So zeigen vorangegangene Studien zur Wirksamkeit IBSR-Methode positive Effekte für in der Beratung tätige Menschen (Luff und Ledingham 2017) und für Therapeuten (van Rhijn et al. 2015) sowohl im persönlichen Leben als auch in ihrer beruflichen Praxis.

5.3 Limitationen der Studien

Eine der größten Limitationen der beiden vorliegenden Studien liegt in den geringen Stichprobengrößen. Es ist denkbar, dass einige Zusammenhänge bei einer größeren Datenmenge deutlicher geworden wären. Eine weitere große Schwäche besteht in der Unterschiedlichkeit der Gruppen, wodurch die Vergleichbarkeit in beiden Studien sowohl zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe als auch zwischen beiden Studien gering ist. Des Weiteren werden nachfolgend auf mögliche Limitationen bezüglich der Datenerhebung, des Untersuchungsdesigns, der Datenanalyse, der IBSR-Methode und des Dropouts eingegangen.

Datenerhebung. Der Prozess der Probandengewinnung für Studie 1 gestaltete sich in Relation zur Anzahl der tatsächlichen Studienteilnehmer als sehr aufwändig. So hing die

Rekrutierung der Probanden nicht nur von deren Bereitwilligkeit zur Teilnahme an der Studie ab, sondern vor allem auch von mehreren Aspekten in Bezug auf die Seminarleiter (zeitliche Kapazitäten, Motivation, Einstellung zu wissenschaftlichen Untersuchungen, persönliches Interesse) und die Rahmenbedingungen der Seminare (mindestens drei Tage, keine Ausbildungsseminare, deutschsprachig, vorgegebener Zeitraum). Von den insgesamt 16 per E-Mail kontaktierten Seminarleitern, die The-Work-Seminare im angegebenen Zeitraum anboten, meldeten fünf zurück, dass sie die Fragebögen weitergeleitet haben. Die relativ geringe Anzahl an Seminarteilnehmern in den ersten Wochen des geplanten Erhebungszeitraumes führte zur Anpassung einiger Kriterien im Hinblick auf die Seminare, deren Erfüllung die Voraussetzung zur Teilnahme an der Untersuchung darstellten. Während zu Beginn der Erhebung ausschließlich fünf- bis siebentägige Seminare ausgewählt wurden, schien es im Verlauf der Erhebung hinsichtlich der Probandengewinnung sinnvoll, zusätzlich Seminare mit einer kürzeren Dauer (jedoch mindestens drei Tage) in die Studie einzubeziehen. Des Weiteren wurde das ursprüngliche Kriterium, keine Ausbildungsseminare in die Studie aufzunehmen, im Laufe der Erhebung aufgehoben. Da es sich bei dem betreffenden Seminar jedoch um einen ersten (nicht aufbauenden) Teil der Ausbildung handelte und der Fokus auf der Anwendung der IBSR-Methode für eigene Prozesse lag, wurde dieses Seminarformat mit einbezogen. Ein möglicher Unterschied zu anderen Seminaren kann in einer größeren Vorerfahrung mit der IBSR-Methode liegen. Zukünftige Forschung könnte sich der Frage widmen, wie Vorerfahrungen mit der IBSR-Methode mit der Wirksamkeit der Methode zusammenhängen. Hieraus ließe sich im Hinblick auf die Implikation ableiten, ob Veränderungen am Anfang schon zu erwarten sind oder ob ein gewisses Maß an Übung und Intensität in der Anwendung der Methode benötigt wird, um positive Veränderungen zu erzielen.

Es wurde darauf geachtet, dass vor der Datenauswertung alle Fälle richtig zur Interventionsgruppe (IG) bzw. der Kontrollgruppe (KG) zugeordnet waren. Da die Befragung anonym erfolgte und im Befragungstool SoSci Survey die E-Mail-Adressen der Teilnehmenden nicht gruppenspezifisch abgespeichert wurden, konnte vor dem Verschicken des Fragebogens zum zweiten und dritten Messzeitpunkt die Gruppenzugehörigkeit (IG bzw. KG) nicht eindeutig nachvollzogen werden. So wurde allen Teilnehmenden der Link zum Fragebogen für die Kontrollgruppe zugeschickt. Da es sich inhaltlich um den gleichen Fragebogen handelte, hatte dies keine Auswirkung auf die Datenerhebung bzw. -auswertung. Jedoch mussten vor der Datenauswertung anhand des angegebenen Personencodes die entsprechenden Fälle von KG in IG umkodiert werden. Dieses Vorgehen betraf nur Studie 1, da die Teilnehmenden in Studie 2 bei der Anmeldung zur Studie ihre E-Mail-Adresse angaben, wodurch eine eindeutige Zuordnung zur entsprechenden Gruppe gewährleistet war. Obwohl bei der Umkodierung auf Genauigkeit und Plausibilität (bei nicht identischen Personencodes) geachtet wurde, besteht bei diesem Vorgehen prinzipiell eine gewisse Fehleranfälligkeit.

In der vorliegenden Untersuchung wurde nicht erfragt, wie regelmäßig die Teilnehmenden Meditation in ihrem Leben anwenden bzw. angewendet haben. Die Variable *Meditationserfahrung* beruht auf der Aussage, ob bereits Meditationserfahrung besteht oder nicht und sagt darüber hinaus nichts über die Häufigkeit und Intensität der Anwendung und die Art der Meditation aus. Zudem wurde in der Follow-Up-Messung nicht erhoben, inwieweit die Teilnehmenden IBSR nach dem Training weiter angewendet haben und das Gelernte in ihrem Alltag umsetzen.

Bezüglich der Erhebungsinstrumente ist der BFI-S (Schupp und Gerlitz 2008) zu nennen, der in der deutschsprachigen Version Angaben zu den Persönlichkeitsdimensionen der Big Five mit dem Wortlaut „*Ich bin jemand, der...*“ erfasst. Diese nicht gendergerechte Formulierung der Items könnte das Antwortverhalten der Teilnehmenden beeinflusst und

möglicherweise das Commitment zum vollständigen Ausfüllen aller drei Fragebögen verringert haben. Zu beachten gilt, dass die Stichprobe beider Studien zu einem Großteil aus weiblichen Personen bestand und ein – wenn auch vermutlich geringer – Anteil der Dropout-Rate auf diese Weise zu erklären sein könnte. Um eine gendergerechte Sprache zu gewährleisten, könnte überprüft werden, inwieweit diese einleitende Formulierung der Items des BFI-S sprachlich angepasst werden kann.

Untersuchungsdesign. Einige Aspekte, die die Durchführung der Studien betreffen, schränken die Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse erheblich ein. Da kein experimentelles Design vorliegt und keine Randomisierung stattfand, ist die Aussagekraft der Studien begrenzt. Statt einer zufälligen Zuweisung zur Interventions- bzw. Kontrollgruppe erfolgte die Zuordnung der Probanden durch Selbstselektion. Interventions- und Kontrollgruppe unterschieden sich vor der Intervention in mehreren Merkmalen, von denen die Outcomevariablen über die Intervention hinaus abhängt. Jedoch wurden relevante Variablen (Alter, Offenheit für Erfahrung, Meditationserfahrung, Prätestwert) kontrolliert, um eine mögliche Konfundierung zu minimieren. Dennoch kann insgesamt aufgrund des quasi-experimentellen Untersuchungsdesigns nicht gewährleistet werden, dass alle Einflussfaktoren hinreichend berücksichtigt wurden.

Weiterhin wird die Aussagekraft der Ergebnisse durch die mangelnde Vergleichbarkeit der Studien eingeschränkt. Die durch die Studienkonzeption bestehenden Unterschiede in wesentlichen Faktoren (Dauer der Intervention, Format Präsenz/Online, Stichprobenmerkmale) lassen einen Vergleich der Studien miteinander sowie eine Erklärung der Effektunterschiede in beiden Studien nur bedingt zu. Die Generalisierbarkeit beider Studien ist darüber hinaus dahingehend begrenzt, dass es sich durch den hohen Anteil weiblicher Personen als auch einen großen Anteil an Psychologiestudierenden in Studie 2 um eine selektive Stichprobe handelt.

Hinsichtlich des Studiendesigns wurde anfangs überlegt, die Kontrollgruppen beider Studien zu einer gemeinsamen Kontrollgruppe zusammenzufassen, da die Stichprobe damit hätte vergrößert werden können, so dass die Untersuchung drei Gruppen umfasst hätte (Interventionsgruppe 1, Interventionsgruppe 2, Kontrollgruppe). Jedoch unterschieden sich die Kontrollgruppen beider Studien in mehreren Merkmalen, unter anderem hinsichtlich der Meditationserfahrung und der Altersverteilung signifikant voneinander, so dass von dieser Überlegung abgesehen wurde. So ist beispielsweise das Alter in Studie 1 (IG: M = 49.3 Jahre; KG: M = 48.9 Jahre) signifikant höher als in Studie 2 (IG: M = 28.21 Jahre; KG: M = 20.95 Jahre).

IBSR-Methode. Die IBSR-Methode wurde ausschließlich auf der Grundlage persönlicher Erfahrungen von Byron Katie Mitchell entwickelt, ohne wissenschaftlich fundierten Hintergrund. Da keine standardisierte Form zur Durchführung der Methode vorliegt, basierten die verschiedenen IBSR-Seminare in Studie 1 dementsprechend nicht auf einem einheitlichen Seminarkonzept. IBSR galt als ein Hauptbestandteil der Seminare, jedoch wurde nicht erhoben, inwieweit zusätzlich andere Elemente wie z. B. Meditation, Tanz oder Bewegungsübungen integriert wurden.

Datenanalyse. Bei der Erstellung des Online-Fragebogens wurde die Option ausgewählt, dass alle Fragen beantwortet werden müssen. Ein Vorteil liegt darin, dass die Datensätze keine fehlenden Werte aufweisen (außer bei Abbruch) und vermieden wird, dass Probanden unabsichtlich eine Frage übersehen. Dem steht allerdings gegenüber, dass Probanden, die den Fragebogen aus einer geringeren Motivation bezogen auf den Studieninhalt ausfüllten, die Fragen möglicherweise nicht gewissenhaft beantworteten. Eine Möglichkeit, Versuchspersonen, die den Fragebogen nicht ernsthaft bearbeiten, zu identifizieren, besteht darin, Kontrollitems zu integrieren. In den Fragebogen der vorliegenden Untersuchung wurden keine Kontrollitems aufgenommen. Dies könnte in zukünftigen Studien berücksichtigt werden.

Personen, die verzerrende Daten liefern könnten, würden in Studie 1 vermutlich eher in der Kontrollgruppe vorkommen, da die Teilnehmenden der Interventionsgruppe ein Interesse an IBSR haben. Da jedoch alle Teilnehmenden freiwillig an der Befragung teilnahmen, ist – wenn überhaupt – eine geringe Verzerrung der Daten zu erwarten. In Studie 2 könnten Datenverzerrungen auftreten bei Personen, die aus der Motivation heraus, Versuchspersonenstunden zu sammeln, an der Befragung teilgenommen haben.

Dropout. Die hohe Dropout-Rate in Studie 2 (32 %) könnte damit erklärt werden, dass die Verbindlichkeit zur Studienteilnahme bei einem kostenlosen Angebot geringer ist. Es haben sich viele Personen (N = 124) gemeldet, die Interesse und Begeisterung zeigten, IBSR auszuprobieren. Einige Teilnehmende füllten den ersten Fragebogen aus und nahmen dennoch nicht an dem Online-Workshop teil. Wie viele Personen dies in der Interventionsgruppe in Studie 2 betrifft, wurde nicht erhoben. Nach dem Ausfüllen des ersten Fragebogens brachen in der Interventionsgruppe vier Personen die Studienteilnahme ab, wobei nicht erfasst wurde, wie viele Personen noch am Workshop teilnahmen. Dass der Online-Workshop kostenlos angeboten wurde, bewirkte möglicherweise ein geringeres Commitment der potenziellen Teilnehmenden, wirklich am Online-Workshop teilzunehmen. Eine Möglichkeit, die Dropout-Rate zu verringern, liegt darin, den Probanden eine Entschädigung in Form von Geld bereitzustellen. Dies könnte jedoch wiederum zur Folge haben, dass Personen aufgrund des materiellen Anreizes an der Studie teilnehmen und sich möglicherweise nicht so gut auf die Methode einlassen würden oder keinen Mehrwert feststellen. Eine andere Option, die dahingehend intuitiv widersprüchlich erscheint, wäre, den Workshop nicht kostenlos anzubieten, womit ein höheres Commitment zu vermuten wäre. Dies könnte zudem höhere Effekte der Methode bewirken, würde jedoch wiederum eine geringere Stichprobengröße nach sich ziehen.

Aufgrund der bestehenden Limitationen kann in den vorliegenden Studien nicht von kausalen Effekten gesprochen werden. Die Studien zeigen eine erste Evidenz.

5.4 Zukünftige Forschung

Interessant wäre zu untersuchen, ob mit IBSR in Online-Seminaren der gleichen Zeitspanne (drei bis sieben Tage) ähnlich große Effekte wie bei Präsenzseminaren erzielt werden können. Gerade im Zuge der zunehmenden Digitalisierung vor dem Hintergrund der Coronavirus-Pandemie (Böhm et al. 2020) ist dieser Aspekt relevant.

Zukünftige Forschung könnte die Wirksamkeit der IBSR-Methode im Zusammenhang mit Vorerfahrungen mit der Methode untersuchen. Bestehen dahingehend Effektunterschiede in Bezug auf verschiedene Variablen (z. B. Stresserleben, emotionale Erschöpfung, psychopathologische Symptome, Emotionsregulation, innere Ruhe)?

Ein weiterer interessanter Forschungsaspekt für zukünftige Untersuchungen besteht darin, welche Variablen die Wirksamkeit der IBSR-Methode beeinflussen. Zukünftige Untersuchungen könnten sich damit beschäftigen, inwieweit die Wirksamkeit der IBSR-Methode mit Gruppeneffekten zusammenhängt. In beiden Studien der vorliegenden Arbeit fand die Intervention im Gruppensetting statt. In zukünftigen Studien könnte betrachtet werden, inwieweit sich die Wirksamkeit der Methode im Einzelsetting vs. Gruppensetting unterscheidet. In Bezug auf das Interventionsformat könnten sich zukünftige Untersuchungen mit der Wirksamkeit der IBSR-Methode bei einer regelmäßigen Anwendung der IBSR-Methode (wöchentliche Anwendung über einen längeren Zeitraum hinweg statt eines mehrtägigen Seminars) beschäftigen. Längsschnittlich erhobene Daten können dabei Aufschluss über mittel- und langfristige Effekte geben.

Des Weiteren sollte der Einfluss von Meditation auf die Wirksamkeit der IBSR-Methode genauer untersucht werden. Dabei sollten verschiedene Aspekte zur vorangegangenen Meditationserfahrung konkret erfasst werden (Regelmäßigkeit, Dauer, Intensität der

Meditation, Art, qualitative Erfahrung mit Meditation). In den vorliegenden Studien wurde lediglich erfragt, ob und wie lange Meditationserfahrung besteht, nicht jedoch die Regelmäßigkeit der Anwendung oder die Art der Meditation. Es könnte außerdem untersucht werden, inwieweit sich verschiedene Meditationstechniken auf den Effekt der IBSR-Methode auswirken und ob sich dieser Aspekt bei verschiedenen Zielgruppen unterscheidet (z. B. hinsichtlich Alter, Beruf, Geschlecht, physische / psychische Erkrankungen). Daraus ließe sich ableiten, inwieweit Meditation und die IBSR-Methode kombiniert werden können, um möglichst hohe Effekte zu erzielen.

Die Untersuchung der Wirksamkeit der IBSR-Methode in verschiedenen Berufsfeldern kann praxisrelevante Implikationen im beruflichen Kontext liefern. In diesem Spektrum könnte unter anderem untersucht werden, wie IBSR-Interventionen die Arbeitszufriedenheit, die wahrgenommene Selbstwirksamkeit, das Commitment zur Arbeitsstelle, Beziehungen im Arbeitskontext und die Führungskompetenz beeinflussen. Zudem könnten im Schulkontext die Beziehungen zwischen Lehrern und Lehrern bzw. Lehrern und Schülern sowie das Arbeits- bzw. Gruppenklima untersucht werden. Eine hohe Relevanz Stress reduzierender Interventionen wird in diesem Bereich vor dem Hintergrund des erhöhten Burnout-Risikos von Lehrern deutlich.

Bislang existieren noch keine empirischen Nachweise zu Kontraindikationen für die IBSR-Methode. Diese könnten zukünftig z. B. im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, untersucht werden.

Wie Menschen mit beanspruchenden Situationen umgehen, beeinflusst deren Gesundheit erheblich (Schaarschmidt und Fischer 2003). In Anlehnung an das transaktionale Stress- und Copingkonzept von Lazarus und Folkman (2008) könnte der Einfluss der IBSR-Methode auf den Einsatz verschiedener Copingstrategien erforscht werden. Studien könnten

untersuchen, inwieweit sich durch die IBSR-Methode Bewältigungsstrategien etablieren oder verbessern lassen, um mit beanspruchenden Situationen adäquat umzugehen.

5.5 Fazit

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass das Hinterfragen dysfunktionaler Kognitionen mittels der IBSR-Methode geeignet ist, Stresserleben, emotionale Erschöpfung sowie Angst- und depressive Symptome zu reduzieren und die Emotionsregulationsstrategien Kognitive Neubewertung und Akzeptanz sowie die Stimmung (als affektive Dimension subjektiven Wohlbefindens) zu verbessern. Mit den vorliegenden Interventionsstudien wurde ein wissenschaftlicher Beitrag zur Wirksamkeitsforschung der IBSR-Methode geleistet.

Literaturverzeichnis

- Aldao, Amelia; Nolen-Hoeksema, Susan; Schweizer, Susanne (2010): Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. In: *Clinical psychology review* 30 (2), S. 217–237. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- Aldao, Amelia; Sheppes, Gal; Gross, James J. (2015): Emotion Regulation Flexibility. In: *Cogn Ther Res* 39 (3), S. 263–278. DOI: 10.1007/s10608-014-9662-4.
- American Psychiatric Association (2010): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition. Online verfügbar unter https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf.
- A-Tjak, J. G. L.; Davis, M. L.; Morina, N.; Powers, M. B.; Smits, J. A. J.; Emmelkamp, P. M. G. (2015): A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. In: *Psychother. Psychosom* 84, S. 30–36.
- Barnow, Sven (2012): Emotionsregulation und Psychopathologie: Ein Überblick. In: *Psychologische Rundschau* 63, S. 111–124. DOI: 10.1026/0033-3042/a000119.
- Barnow, Sven (2018): *Gefühle im Griff!* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Barnow, Sven; Prüßner, Luise (2020): Flexible Emotionsregulation als psychologische Grundlage von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl. In: Hinrich Bents, Miriam Gschwendt und Johannes Mander (Hg.): *Achtsamkeit und Selbstmitgefühl. Anwendungen in der psychotherapeutischen Praxis*. 1. Auflage 2020. Berlin: Springer Berlin; Springer (Psychotherapie: Praxis), S. 17–24.
- Barnow, Sven; Reinelt, Eva; Sauer, Christina (2016): *Emotionsregulation. Manual und Materialien für Trainer und Therapeuten*. Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin

- Heidelberg (Psychotherapie). Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-47774-8.pdf>.
- Beck, Aaron T. (1976): *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, Aaron T. (1991): Cognitive therapy: A 30-year retrospective. In: *American Psychologist* 46, S. 382–389.
- Beck, Aaron T.; Rush, A. John; Shaw, Brian F.; Emery, Gary; Hautzinger, Martin (2017): *Kognitive Therapie der Depression*. 5. Aufl.: Beltz Verlag, Weinheim und Basel. Online verfügbar unter http://www.ciando.com/img/books/extract/3621285687_lp.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2020.
- Berenbaum, Howard; Raghavan, Chitra; Le, Huynh-Nhu; Vernon, Laura L.; Gomez, Jose J. (2003): A taxonomy of emotional disturbances. In: *Clinical Psychology: Science and Practice* 10 (2), S. 206–226. DOI: 10.1093/clipsy.bpg011.
- Böhm, Stephan Alexander; Götz, Tim; Baumgärtner, Miriam K. (2020): social health@work: Eine Studie zur Auswirkung der Digitalisierung der Arbeitswelt auf die Gesundheit der Beschäftigten in Deutschland. In: *BARMER*.
- Bohner, Gerd; Hormuth, Stefan E.; Schwarz, Norbert (1991): Die Stimmungs-Skala: Vorstellung und Validierung einer deutschen Version des "Mood Survey" [Presentation and validation of a German version of the Mood Survey]. In: *Diagnostica* 37 (2), S. 135–148. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/29870468_Die_Stimmungs-Skala_Vorstellung_und_Validierung_einer_deutschen_Version_des_Mood_Survey_Presentation_and_validation_of_a_German_version_of_the_Mood_Survey.
- Bowlby, J. (1969). In: *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*.

Brandstätter, Veronika; Schüler, Julia; Puca, Rosa Maria; Lozo, Ljubica (2018): Motivation und Emotion. Allgemeine Psychologie für Bachelor. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (SpringerLink).

Butler, Emily A.; Wilhelm, Frank H.; Gross, James J. (2006): Respiratory sinus arrhythmia, emotion, and emotion regulation during social interaction. In: *Psychophysiology* 43 (6), S. 612–622. DOI: 10.1111/j.1469-8986.2006.00467.x.

Chambers, R.; Gullone, E.; Allen, N. B. (2009): Mindful emotion regulation: an integrative review. In: *Clin Psychol Rev* 29, S. 560–572.

Chiesa, Alberto; Serretti, Alessandro (2009): Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. In: *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)* 15 (5), S. 593–600. DOI: 10.1089/acm.2008.0495.

Cohen, Sheldon; Kamarck, Tom; Mermelstein, Robin (1983): A Global Measure of Perceived Stress. In: *Journal of health and social behavior* 24 (4), S. 385. DOI: 10.2307/2136404.

Dael, Nele; Mortillaro, Marcello; Scherer, Klaus R. (2012): Emotion expression in body action and posture. In: *Emotion (Washington, D.C.)* 12 (5), S. 1085–1101. DOI: 10.1037/a0025737.

Dalbert, C. (2002): HSWBS - Habituelle subjektive Wohlbefindensskala. Unter Mitarbeit von Leibniz Institut Für Psychologische Information Und Dokumentation (ZPID).

De Raad, B. (2000): The Big Five personality factors. Seattle, WA: Hogrefe.

DeLongis, A.; Coyne, J. C.; Dakof, G.; Folkman, S.; Lazarus, R. S. (1982): Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. In: *Health Psychology* (1), S. 119–136.

Dimsdale, Joel E. (2008): Psychological stress and cardiovascular disease. In: *Journal of the American College of Cardiology* 51 (13), S. 1237–1246. DOI: 10.1016/j.jacc.2007.12.024.

- Eberth, J.; Sedlmeier, P. (2012): The effects of mindfulness meditation: a meta-analysis. In: *Mindfulness* 3, S. 174–189.
- Eifert, Georg H. (2011): Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT). Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe (Fortschritte der Psychotherapie, Band 45).
- Ellis, Albert (1984): The essence of RET. In: *Journal of Rational Emotive Therapy* (2), S. 19–25.
- Ellis, Albert (2008): Grundlagen und Methoden der rational-emotiven Verhaltenstherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (Leben lernen, 26).
- Epel, Naomi; Mitnik, Inbal; Lev-Ari, Shahar (2018): Inquiry Based Well-Being: A Novel Third Wave Approach For Enhancing Well-Being and Quality of Life - Mini Review. In: *JCMAH* 5 (1). DOI: 10.19080/JCMAH.2018.05.555651.
- Everson-Rose, Susan A.; Lewis, Tené T. (2005): Psychosocial factors and cardiovascular diseases. In: *Annual review of public health* 26, S. 469–500. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144542.
- Ferris France, Nadine; Macdonald, Stephen H-F; Conroy, Ronan R.; Chiroro, Patrick; Ni Cheallaigh, Deirdre; Nyamucheta, Masimba et al. (2019): 'We are the change' - An innovative community-based response to address self-stigma: A pilot study focusing on people living with HIV in Zimbabwe. In: *PloS one* 14 (2), e0210152. DOI: 10.1371/journal.pone.0210152.
- France, Nadine Ferris; Mcdonald, Steve H.; Conroy, Ronan R.; Byrne, Elaine; Mallouris, Chris; Hodgson, Ian; Larkan, Fiona N. (2015): "An unspoken world of unspoken things": a study identifying and exploring core beliefs underlying self-stigma among people living with HIV and AIDS in Ireland. In: *Swiss medical weekly* 145, w14113. DOI: 10.4414/smw.2015.14113.

- Fritz, Catherine; Morris, Peter; Richler, Jennifer (2011): Effect Size Estimates: Current Use, Calculations, and Interpretation. In: *Journal of Experimental Psychology General* 141 (1), S. 2–18. Online verfügbar unter DOI:10.1037/a0024338.
- Giga, S. I.; Cooper, C. L.; Faragher, B. (2003): The development of a framework for a comprehensive approach to stress management interventions at work. In: *International Journal of Stress Management* 10 (4), S. 280–296.
- Goldberg, L. R. (1990): An alternative “description of personality”: The Big-Five factor structure. In: *Journal of Personality and Social Psychology* (59), S. 1216–1229.
- Gross, James J. (1998): The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. In: *Review of General Psychology* 2 (3), S. 271–299. DOI: 10.1037/1089-2680.2.3.271.
- Gross, James J. (2002): Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. In: *Psychophysiology* 39, S. 281–291. DOI: 10.1017/S0048577201393198.
- Gross, James J. (Hg.) (2014): Handbook of emotion regulation. 2. ed. New York, NY: Guilford Press.
- Gross, James J. (2015): Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. In: *Psychological Inquiry* 26 (1), S. 1–26. DOI: 10.1080/1047840X.2014.940781.
- Gross, James J.; John, O. P. (2003): Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. In: *Journal of Personality and Social Psychology* (85), S. 348–362.
- Gross, James J.; Levenson, R. B. (1997): Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. In: *Journal of Abnormal Psychology* 106 (1), S. 95–103.
- Gross, James J.; Muñoz, Ricardo F. (1995): Emotion Regulation and Mental Health. In: *Clinical Psychology: Science and Practice* 2 (2), S. 151–164. DOI: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x.

- Guendelmann, S.; Medeiros, S.; Rampes, H. (2017): Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. In: *Frontiers in psychology* 8 (Article 220).
- Hahn, Elisabeth; Gottschling, Juliana; Spinath, Frank M. (2012): Short measurements of personality – Validity and reliability of the GSOEP Big Five Inventory (BFI-S). *Journal of Research in Personality*, 46(3), 355-359. In: *Journal of Research in Personality* 46 (3), S. 355–359. DOI: 10.1016/J.JRP.2012.03.008.
- Hayes, Steven C. (2004): Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. In: *Behavior Therapy* 35 (4), S. 639–665.
- Heske, Ralf (2020): 4 Fragen, die alles verändern. Das große Praxisbuch zu The Work nach Byron Katie. München: GRÄFE UND UNZER Verlag GmbH (GU Mind & Soul Einzeltitel).
- Hofmann, Stefan G.; Asmundson, Gordon J. G. (2008): Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? In: *Clinical psychology review* 28 (1), S. 1–16. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.09.003.
- Holl, Julia; Pap, Isabel; Südhof, Jonna; Wolff, Elisabeth; Staben, Katharina; Wolff, Sebastian et al. (2017): Trauma, Resilienz und Emotionsregulation. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 67 (2), S. 83–90. DOI: 10.1055/s-0042-120271.
- Horowitz, M. J.; Znoj, H. J.; Stinson, C. (1996): Defensive control processes for coping with excessively emotional states of mind. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.). In: *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*, S. 532–553.
- Huber, Jasmine; Ferris France, Nadine; van Nguyen, Anh; Nguyen, Hoai Huong; Thi Hai Oanh, Khuat; Byrne, Elaine (2019): Exploring beliefs and experiences underlying self-stigma among sex workers in Hanoi, Vietnam. In: *Culture, health & sexuality* 21 (12), S. 1425–1438. DOI: 10.1080/13691058.2019.1566572.

- John, O. P.; Donahue, E. M.; Kentle, R. L. (1991): The Big Five Inventory - Versions 4a and 54. Berkeley, CA: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- John, O. P.; Robins, R. W.; Pervin, L. A. (Hg.) (2008): Paradigm shift to the integrative Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. Unter Mitarbeit von O. P. John, L. P. Naumann und C. J. Soto. Handbook of personality: Theory and research. New York: Guilford Press.
- John, Oliver P.; Gross, James J. (2004): Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. In: *Journal of personality* 72 (6), S. 1301–1333. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x.
- Juster, R. P.; McEwen, B. S.; Lupien, S. J. (2010): Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. In: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 35 (1), S. 2–16.
- Kabat-Zinn, Jon (2003): Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. In: *Clinical Psychology: Science and Practice* 10 (2), S. 144–156. DOI: 10.1093/clipsy.bpg016.
- Kanner, A. D.; Coyne, J. C.; Schaefer, C.; Lazarus, R. S. (1981): Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. In: *Journal of behavioral medicine* (4), S. 1–39.
- Khoury, B.; Knäuper, B.; Schlosser, M.; Carrière, K.; Chiesa, A. (2017): Effectiveness of traditional meditation retreats: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of Psychosomatic Research*, S. 16–25.
- Khoury, B.; Lecomte, T.; Fortin, G.; Masse, M.; Therien, P.; Bouchard, V. et al. (2013): Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. In: *Clin Psychol Rev* 33 (6), S. 763–771.

- Kirchmann, H.; Steyer, R. (2012): Evaluation von Behandlungseffekten in quasi-experimentellen Studien. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 62 (3-4), S. 149–151. DOI: 10.1055/s-0031-1299010.
- Koole, S. L. (2009): The psychology of emotion regulation: An integrative review. In: *Cognition & emotion* 23 (1), S. 4–41.
- Kraaij, V.; Arensman, E.; Spinhoven, P. (2002): Negative life events and depression in elderly persons: A meta-analysis. In: *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 57(B) (1), S. 87–94.
- Krispenz, Ann (2019a): Reduktion von Prüfungsangst durch das Hinterfragen angst erzeugender Kognitionen. Eine Untersuchung der Wirksamkeit der Inquiry-Based Stress Reduction Methode. Dissertation. Universität Mannheim, Mannheim.
- Krispenz, Ann; Dickhäuser, Oliver (2018): Effects of an Inquiry-Based Short Intervention on State Test Anxiety in Comparison to Alternative Coping Strategies. In: *Frontiers in psychology* 9, S. 201. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00201.
- Krispenz, Ann; Dickhäuser, Oliver (2019): Reduction of Chronic Stress and Trait Anxiety by Inquiry of Cognitive Appraisals with the Inquiry-Based Stress Reduction (IBSR) Method. In: *Open Psychology* 1 (1), S. 185–199. DOI: 10.1515/psych-2018-0013.
- Krispenz, Ann; Gort, Cassandra; Schültke, Leonie; Dickhäuser, Oliver (2019b): How to Reduce Test Anxiety and Academic Procrastination Through Inquiry of Cognitive Appraisals: A Pilot Study Investigating the Role of Academic Self-Efficacy. In: *Frontiers in psychology* 10, S. 1917. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01917.
- Lammers, Claas-Hinrich (2011): Emotionsbezogene Psychotherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Landau, Carla; Lev-Ari, Shahar; Cohen-Mansfield, Jiska; Tillinger, Efrat; Geva, Ravit; Tarrasch, Ricardo et al. (2015): Randomized controlled trial of Inquiry-Based Stress

- Reduction (IBSR) technique for BRCA1/2 mutation carriers. In: *Psycho-oncology* 24 (6), S. 726–731. DOI: 10.1002/pon.3703.
- Landau, Carla; Mitnik, Inbal; Cohen-Mansfield, Jiska; Tillinger, Efrat; Friedman, Eitan; Lev-Ari, Shahar (2016): Inquiry-based stress reduction (IBSR) meditation technique for BRCA1 / 2 mutation carriers—A qualitative study. In: *European Journal of Integrative Medicine* 8 (6), S. 958–964. DOI: 10.1016/j.eujim.2016.04.001.
- Lazarus, R. S. (1991): Emotion and adaptation. Online verfügbar unter <https://psycnet.apa.org/record/1991-98760-000>, zuletzt geprüft am 12.06.2020.
- Lazarus, R. S. (1993): Coping theory and research: Past, present, future. In: *Psychosomatic medicine* 55, S. 234–247.
- Lazarus, R. S. (2006): Stress and emotion.
- Lazarus, R. S.; Folkman, S. (2008): Stress, appraisal, and coping. (14. Nachdr).
- Lazarus, Richard S. (1966): Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill (McGraw-Hill series in psychology).
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981): Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: J.R. Nitsch (Hrsg.): Stress - Theorien, Untersuchungen, Massnahmen. Bern: Huber.
- Leufke, Ruth; Zilcha-Mano, Sigal; Feld, Adi; Lev-Ari, Shahar (2013): Effects of “The Work” Meditation on Psychopathologic Symptoms: A Pilot Study. In: *Alternative and Complementary Therapies* 19 (3), S. 147–152. DOI: 10.1089/act.2013.19303.
- Lev-Ari, Shahar; Zilcha-Mano, Sigal; Rivo, Larisa; Geva, Ravit; Ron, Ilan (2013): A prospective pilot clinical trial of “The work” meditation technique for survivors of breast cancer. In: *European Journal of Integrative Medicine* 5 (6), S. 487–494. DOI: 10.1016/j.eujim.2013.07.003.

- Luff, J.; Ledingham, M. (2017): Exploring Inquiry-Based Stress Reduction (IBSR) as a Counselling Intervention. Online verfügbar unter https://researchonline.nd.edu.au/sci_conference/15/.
- McEwen, Bruce S. (2006): Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. In: *Dialogues in Clinical Neuroscience* 8 (4), S. 367–381.
- Mennin, Douglas; Farach, Frank (2007): Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. In: *Clinical Psychology: Science and Practice* 14 (4), S. 329–352. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x.
- Mischel, W. S.; Shoda, Y.; Rodriguez, M. L. (1989): Delay of Gratification in Children. In: *Science*.
- Mitchell, Byron Katie (2013): The Work of Byron Katie. Eine Einführung. Hg. v. Byron Katie International. Online verfügbar unter <https://thework.com/wp-content/uploads/2019/02/The-Work-of-Byron-Katie-Little-Book-German.pdf>.
- Mitchell, Stephen; Mitchell, Byron Katie (2003): Loving What Is: Four questions that can change your life. New York: Three Rivers Press, zuletzt geprüft am 04.06.2020.
- Mitnik, Inbal; Lev-Ari, Shahar (2015): The effects of "The Work" meditation technique on psychological scales among a non-clinical sample. In: *Harefuah* 154 (1), 16-20, 70, 69.
- Montada, L.; Schmitt, M.; Dalbert, C. (1983): Existentielle Schuld: Rekrutierung der Untersuchungsstichprobe, Erhebungsinstrumente und Untersuchungsplan. Trier: P.I.V. - Bericht Nr. 13 (= Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral" Nr. 20).
- Nye, Fabrice Ange (2011): The work of Byron Katie: The effect of applying principles of inquiry on the reduction of perceived stress, Palo Alto. Online verfügbar unter http://www.pendragon.ch/TW-Forschung/Nye_Dissertation_The%20Work%20of%20Byron%20Katie_2011.pdf.

- Ochsner, K. N.; Gross, James J. (2005): The cognitive control of emotion. In: *Trends in Cognitive Sciences* (9), S. 242–249.
- Sapolsky, R. M. (2007): Stress, Stress-Related Disease, and Emotional Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (p. 606–615). The Guilford Press.
- Schaarschmidt, Uwe (2006): AVEM - ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In *Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP* (Hrsg.). *Psychologische Diagnostik - Weichenstellung für den Reha-Verlauf*. S. 59-82. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Schaarschmidt, Uwe; Fischer, A. (2003): AVEM - Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Handanweisung. Zweite überarbeitete und erweiterte Auflage. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Schnaider-Levi, Lia; Mitnik, Inbal; Zafrani, Keren; Goldman, Zehavit; Lev-Ari, Shahar (2017): Inquiry-Based Stress Reduction Meditation Technique for Teacher Burnout: A Qualitative Study. In: *Mind, Brain, and Education* 11 (2), S. 75–84. DOI: 10.1111/mbe.12137.
- Schneiderman, Neil; Ironson, Gail; Siegel, Scott D. (2005): Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. In: *Annual review of clinical psychology* 1, S. 607–628. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141.
- Schupp, J.; Gerlitz, J.-Y. (2008): Big Five Inventory-SOEP (BFI-S). In: A. Glöckner-Rist (Hg.): *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Skalen. ZIS Version* (Vol. 12). Bonn, zuletzt geprüft am 28.07.2020.
- Seegerstrom, S. C.; Miller, G. E. (2004): Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. In: *Psychological bulletin* 130 (4), S. 601–630.
- Serido, J.; Almeida, D. M.; Wethington, E. (2004): Chronic stressors and daily hassles: Unique and interactive relationships with psychological distress. In: *Journal of health and social behavior* 45 (1), S. 17–33.

- Smernoff, Eric; Mitnik, Inbal; Kolodner, Ken; Lev-Ari, Shahar (2015): The effects of "The Work" meditation (Byron Katie) on psychological symptoms and quality of life--a pilot clinical study. In: *Explore (New York, N.Y.)* 11 (1), S. 24–31. DOI: 10.1016/j.explore.2014.10.003.
- Smernoff, Eric; Mitnik, Inbal; Lev-Ari, Shahar (2019): The effects of Inquiry-Based Stress Reduction (IBSR) on mental health and well-being among a non-clinical sample. In: *Complementary therapies in clinical practice* 34, S. 30–34. DOI: 10.1016/j.ctcp.2018.10.015.
- Steyer, R.; Partchev, I. (2008): EffectLite: User's manual. A Program for the Uni-and Multivariate Analysis of Unconditional, Conditional and Average Mean Differences Between Groups Version 3 for Mplus.
- Stoffers, J. M.; Völlm, B. A.; Rucker, G.; Timmer, A.; Huband, N.; Lieb, K. (2012): Psychological therapies for people with borderline personality disorder. In: *Cochrane Database Syst. Rev.* 15, CD005652.
- van Rhijn, MarieOdiel; Mitnik, Inbal; Lev-Ari, Shahar (2015): Inquiry-Based Stress Reduction: Another approach for questioning stressful thoughts and improving psychological well-being. In: *Medical Research Archives* 2 (1). Online verfügbar unter <https://journals.ke-i.org/index.php/mra/article/view/191>.
- Voderholzer, Ulrich (2019): Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie – Überlegenheit im Vergleich mit klassischer kognitiver Verhaltenstherapie? In: *Verhaltenstherapie* 29 (2), S. 77–79. DOI: 10.1159/000500697.
- Webb, Thomas L.; Miles, Eleanor; Sheeran, Paschal (2012): Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. In: *Psychological bulletin* 138 (4), S. 775–808. DOI: 10.1037/a0027600.

World Health Organization (2019): MNH_FactSheet_DE. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf?ua=1, zuletzt geprüft am 10.05.2020.

Zajonc, R. B. (1980): Feeling and thinking: Preferences need no inferences. In: *American Psychologist* 35 (2), S. 151–175. DOI: 10.1037/0003-066X.35.2.151.

Znoj, H. J.; Herpertz, S. C.; Mundt, C. (2008): Affektregulation - Stressregulation. In S.C. Herpertz, R., Caspar, F. & Mundt, C. (Hrsg.). In: *Störungsorientierte Psychotherapie*, S. 157–190.