

Fakultät Life Sciences

Studiengang Gesundheitswissenschaften (B.Sc.)



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Bachelorarbeit

**Untersuchung zur Wirksamkeit der Mindfulness-Based
Cognitive Therapy (MBCT) bei der Behandlung von Menschen
mit Angststörungen**

Eine systematische Literaturrecherche

Vorgelegt von:

Anne-Kathrin Boretzky

Matrikelnummer: XXXXXXXXXX

Betreuende Prüferin:

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Adis

HAW Hamburg

Zweite Prüfende:

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Zita Schillmöller

HAW Hamburg

Tag der Abgabe:

28. August 2019

Zusammenfassung

Hintergrund: Angststörungen weisen als Untergruppe der psychischen Erkrankungen in Deutschland die höchste Prävalenz auf. Sie haben, neben der Bedeutung für die Betroffenen, zudem eine hohe Relevanz für den Public-Health-Sektor. Bei der Behandlung von Angststörungen werden auch achtsamkeitsbasierten Behandlungsformen positive Effekte zugeschrieben. In dieser Arbeit wird ein achtsamkeitsbasiertes Verfahren, die ‚Mindfulness-Based Cognitive Therapy‘ (MBCT), auf seine Wirksamkeit bei der Behandlung von Angststörungen untersucht.

Methoden: Die Untersuchung erfolgte durch eine systematische Literaturrecherche im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit. Anhand definierter Ein- und Ausschlusskriterien wurde nach zuvor definierten Begriffskombinationen in den Datenbanken von ‚PubMed‘ und ‚ScienceDirect‘ recherchiert. Die Auswertung erfolgte anhand von 14 gefundenen Studien.

Ergebnisse: In allen Studien konnte nach der Teilnahme am MBCT-Programm bei Angstpatient*innen eine Verringerung der jeweiligen Leit- und Begleitsymptome sowie ein Anstieg positiver Emotionen festgestellt werden. Im Vergleich zur kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) zeigte die MBCT bei der Verringerung der Leitsymptome keine signifikanten Unterschiede. Ein KVT-basiertes Psychoedukationsprogramm wies größere Effekte auf.

Diskussion: Die Ergebnisse deuten auf eine Wirksamkeit der MBCT bei der Behandlung von Menschen mit Angststörungen hin. Sie beruhen jedoch v. a. auf der Evidenz nicht kontrollierter Studien mit kleinen Stichproben. Es fehlen Wirksamkeitsvergleiche der MBCT bei Angstpatient*innen mit unterschiedlichen demografischen Merkmalen und Störungsbildern. Zudem gibt es nur eine Vergleichsstudie zwischen der MBCT und der KVT. Weiterhin bedarf es Studien zur Überprüfung, inwiefern welches der Verfahren für einzelne Gruppen von Patient*innen geeigneter ist.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
2 Hintergrund	2
2.1 Angststörungen	2
2.2 Achtsamkeitsbasierte Verfahren	6
2.2.1 ‚Mindfulness-Based Stress Reduction‘ nach Kabat-Zinn.....	7
2.2.2 ‚Mindfulness-Based Cognitive Therapy‘ nach Segal, Williams und Teasdale	7
3 Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit	11
4 Methodisches Vorgehen	12
4.1 Formulierung der Ein- und Ausschlusskriterien für Literatur	13
4.2 Durchführung der Literaturrecherche	14
4.2.1 Literaturrecherche in ‚pubMed‘	16
4.2.2 Literaturrecherche in ‚ScienceDirect‘	17
4.2.3 Überblick der Ergebnisse der Literaturrecherche	18
5 Ergebnisse	19
5.1 Wirksamkeit der MBCT bei der generalisierten Angststörung	22
5.2 Wirksamkeit der MBCT bei der sozialen Angststörung.....	27
5.3 Wirksamkeit der MBCT bei der Agoraphobie	30
5.4 Wirksamkeit der MBCT bei der Panikstörung	30
5.5 Wirksamkeit der MBCT bei spezifischen Phobien.....	32
5.6 Wirksamkeit der MBCT bei mehreren verschiedenen parallel untersuchten Arten der Angststörungen	32
6 Diskussion	42
6.1 Diskussion der Ergebnisse	42
6.2 Diskussion der Methoden	50
7 Fazit	52
Literaturverzeichnis	53
Eidesstattliche Erklärung	61
Anhang	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Jährliche Anzahl an wissenschaftlichen Publikationen mit dem Stichwort ‚Mindfulness‘	6
Abbildung 2: Ein- und Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche	14
Abbildung 3: Selektion der Rechercheergebnisse bei ‚pubMed‘ unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien.....	16
Abbildung 4: Selektion der Rechercheergebnisse bei ‚ScienceDirect‘ unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien.....	17
Abbildung 5: Zusammenfassung der Ergebnisse der gesamten Literaturrecherche unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien.....	18
Abbildung 6: Formeln zur Berechnung der Effektstärken	19
Abbildung 7: Der Suchprozess im Überblick	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: 12-Monatsprävalenz von Angststörungen in der erwachsenen Bevölkerung.....	3
Tabelle 2: Überblick über die Hauptmerkmale der betrachteten Angsterkrankungen	4
Tabelle 3: Überblick über Themen, Inhalte und Übungen des MBCT-Programms.....	8
Tabelle 4: Wirksamkeit der MBCT bei der generalisierten Angststörung	26
Tabelle 5: Wirksamkeit der MBCT bei der sozialen Angststörung.....	29
Tabelle 6: Wirksamkeit der MBCT bei der Panikstörung	31
Tabelle 7: Wirksamkeit der MBCT bei mehreren verschiedenen parallel untersuchten Arten der Angststörung.....	34
Tabelle 8: Übersicht über Studiendesigns, Stichproben, Messinstrumente und Effektstärken.....	36
Tabelle 9: Stichworte zu Angststörungen.....	63
Tabelle 10: Stichworte zu Mindfulness-Based Cognitive Therapy	63
Tabelle 11: Begriffs- und Phrasensuche bei ‚pubMed‘ und ‚ScienceDirect‘	63
Tabelle 12: Treffer der Begriffs- und Phrasensuche bei ‚pubMed‘	64
Tabelle 13: Treffer der Begriffs- und Phrasensuche bei ‚ScienceDirect‘	66
Tabelle 14: Übersicht über die verwendeten Messinstrumente	67

Abkürzungsverzeichnis

DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GAS	Generalisierte Angststörung
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction
PS	Panikstörung
SAS	Soziale Angststörung

1 Einleitung

Angststörungen weisen unter den psychischen Erkrankungen die höchste Prävalenz bei Erwachsenen auf (Jacobi et al., 2014, S. 81). Sie stellen sowohl für die Betroffenen als auch für den Public-Health-Sektor ein bedeutendes Problem dar. Neben individuellem Leiden und erheblichen Kosten innerhalb des Gesundheitssystems (Bandelow et al., 2014, S. 44) bestehen in Deutschland Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung. So sind die Wartezeiten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz trotz einer Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 für die Betroffenen oft lang (BPtK, 2018, S. 5). Zudem leiden viele Patient*innen an Residualsymptomen (Restsymptomen) und Rückfällen nach Beendigung einer Therapie. Unbehandelt chronifizieren sich Angststörungen häufig (ebd., S. 25).

Seit über 20 Jahren steht im Bereich der Prävention und Therapie das Konzept der Achtsamkeit im Fokus des wachsenden Forschungsinteresses (Meibert, 2016, S. 9). Ein achtsamkeitsbasiertes Verfahren, die ‚Mindfulness-Based Stress Reduction‘ (MBSR), hat sich als Stresspräventionsprogramm bereits in der individuellen und betrieblichen Gesundheitsförderung etabliert (ebd., S. 9). Auch die ‚Mindfulness-Based Cognitive Therapy‘ (MBCT), eine achtsamkeitsbasierte Psychotherapie, die sich aus der MBSR entwickelte, steht im Interesse der Forschung. Hierbei zeigen sich bei der Behandlung verschiedener Erkrankungen bereits erfolgsversprechende Tendenzen (ebd., S. 101–105).

Ziel der vorliegenden Thesis ist es, im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit zu untersuchen, inwiefern die MBCT als wirksame Methode zur Behandlung von Menschen mit Angststörungen angesehen werden kann. Dabei werden auch Rahmenbedingungen im Sinne von Untersuchungsbedingungen für eine Wirksamkeit der Therapie berücksichtigt. Diese können Hinweise darauf geben, ob die MBCT im speziellen Behandlungsrahmen oder bei speziellen Zielgruppen sinnvoll eingesetzt werden kann oder ob ggf. Einschränkungen bestehen.

Zu Beginn dieser Arbeit wird in die Thematik der Angststörungen eingeführt. Dabei wird im Kapitel 2.1 auf die Angsterkrankungen mit den höchsten Prävalenzen innerhalb Deutschlands eingegangen. Zudem wird die Relevanz von Angststörungen für den Public-Health-Sektor betrachtet. Daraufhin werden die achtsamkeitsbasierten Verfahren der MBSR und der MBCT vorgestellt (s. Kap. 2.2). Im Kapitel 3 wird die Zielsetzung und die Forschungsfrage dieser Arbeit dargestellt. Die Beschreibung bei der Durchführung der

Literaturrecherche unter definierten Ein- und Ausschlusskriterien erfolgt in Kapitel 4. Zusätzlich wird die Berechnung fehlender Effektstärken der recherchierten Publikationen dargestellt. Danach werden die Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung im Kapitel 5 dargestellt. Zuletzt folgt eine Diskussion der erlangten Forschungsergebnisse und der Methoden (s. Kap. 6), bevor im Kapitel 7 ein Fazit gezogen wird.

2 Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden Angststörungen, die diesbezüglich am weitesten verbreiteten Störungsbilder und ihre Bedeutung für das Gesundheitswesen beschrieben. Danach wird ein Überblick über die achtsamkeitsbasierten Verfahren MBSR und MBCT gegeben.

2.1 Angststörungen

Die Angst ist beim Menschen eine Basisemotion, wie z. B. Freude, Traurigkeit oder Wut. Sie wird als Reaktion auf eine Situation wahrgenommen. Angst ist oft zukunftsgerichtet und basiert auf Erfahrungen, in der eine Situation als bedrohlich empfunden wurde. Hierbei handelt es sich um ein normales Reaktionsmuster, das als veranlagter Anpassungsmechanismus dem Menschen als Überlebensstrategie dient. In dieser Form sind Ängste wichtig, um tatsächlichen Gefahren adäquat zu begegnen (Morschitzky, 2009, S. 1). Bei Angststörungen gehen diese Mechanismen über das überlebenssichernde Maß hinaus. Diese Störungsgruppe wird durch Angstsymptome, die übermäßig und ohne eine zugrundeliegende reale Bedrohung auftreten und sich verselbstständigen, definiert (Margraf & Maier, 2012, S. 51).

Angsterkrankungen stellen die größte Störungsgruppe bei den psychischen Erkrankungen unter Erwachsenen (18–65 Jahre) dar (Jacobi et al., 2014, S. 81). Laut Statista leiden 25 Prozent aller in Deutschland lebenden Menschen mindestens einmal in ihrem Leben unter einer Angststörung (Statista, 2018). Dabei liegt die 12-Monatsprävalenz bei 15,3 Prozent. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Tendenziell sind die Prävalenzen in den Altersgruppen zwischen 18–34 und 35–49 Jahren am höchsten (Jacobi et al., 2014, S. 80 ff.) (s. Tab. 1). Besonders verbreitet sind spezifische Phobien, die Agoraphobie, Panikstörungen sowie die soziale und die generalisierte Angststörung (Jacobi et al., 2014, S. 80).

Tabelle 1: 12-Monatsprävalenz von Angststörungen in der erwachsenen Bevölkerung (Quelle: Jacobi et al. 2014, S. 80 ff., zitiert nach Bandelow et al., 2014, S. 42)

	Gesamt	Männer	Frauen	Altersgruppe			
				18-34	35-49	50-64	65-79
Irgendeine Angststörung (F40, F41)	15,3	9,3	21,3	18,0	16,2	15,3	11,0
Panikstörung mit/ohne Agoraphobie	2,0	1,2	2,8	1,5	2,9	2,5	0,8
Agoraphobie	4,0	2,3	5,6	4,1	4,1	4,1	3,5
Soziale Phobie	2,7	1,9	3,6	4,6	3,1	2,1	0,7
Generalisierte Angststörung	2,2	1,5	2,9	3,3	2,0	2,3	1,3
Spezifische Phobie	10,3	5,1	15,4	12,3	9,5	10,8	8,3

In dieser Thesis werden angesichts des begrenzten Rahmens der Arbeit und aufgrund ihrer hohen Prävalenzen ausschließlich die benannten fünf Angststörungen thematisiert. Dabei werden diese Störungsbilder nach der deutschen Übersetzung der ‚internationalen Klassifikation psychischer Störungen‘ der WHO (ICD-10) beschrieben.

Unter spezifischen (isolierten) Phobien wird laut der ICD-10 eine Gruppe von Angststörungen verstanden, bei der übermäßige Ängste auf bestimmte Situationen, Objekte oder Lebewesen begrenzt sind. Dazu zählen u. a. Flug- oder Höhenangst, Spinnen- oder Zahnarztphobie, aber auch die übersteigerte Angst vor der Benutzung öffentlicher Toiletten oder das Anschauen von Blut oder Wunden (Dilling et al., 2015, S. 194 f.).

Die Agoraphobie (ICD-10 40.0) ist eine Angststörung, bei der überproportionale Angstgefühle durch das Verlassen des Hauses, im Menschengedrange oder auf weiten Plätzen ausgelöst werden. Auch alleine mit Bus, Bahn oder Flugzeug zu reisen kann zu schweren Angstsymptomen führen. Hierbei ist die Angst, nicht in eine vertraute Umgebung (i. d. R. nach Hause) fliehen zu können, wesentlich. Die Agoraphobie geht häufig mit einer Panikstörung einher (ebd., S. 192 f.).

Bei der Panikstörung (PS) (ICD-10 41.0) handelt es sich um das Auftreten episodischer, unvorhersehbarer schwerer Angstanfälle. Sie beschränken sich nicht auf bestimmte Umgebungen oder Situationen (ebd., S. 196 f.). Besonders ausgeprägt ist das plötzliche Auftreten körperlicher Angstsymptome, wie z. B. Zittern, Schwitzen, Schwindelgefühle, starkes Herzklopfen, erhöhter Muskeltonus oder Schmerzen/Beklemmungen im Oberbauch und der Brust, die teils mit Gefühlen der Entfremdung und Erstickungsempfinden einhergehen. Teilweise haben die Erkrankten das Gefühl, wahnsinnig zu werden, die Kontrolle über sich zu verlieren oder zu sterben (ebd., S. 196 f.).

Die soziale Angststörung (SAS) (ICD-10 40.1), auch soziale Phobie genannt, ist die Angst vor prüfender Bewertung durch andere. Meist beginnt die Störung im Jugendalter.

Die Ängste treten dabei in kleineren Gruppen von Menschen oder in Interaktion mit nur einer weiteren Person auf. Dabei können sich die Ängste auf bestimmte Situationen (z. B. das Sprechen oder Essen vor anderen) begrenzen. Die typischen körperlichen Symptome sind v. a. Erröten, Zittern oder akute Magen-Darm-Beschwerden (ebd., S. 193 f.).

Die generalisierte Angststörung (GAS) (ICD-10 41.1) wird als Störung mit anhaltenden, ständig begleitenden Ängsten, Sorgen und Grübeln beschrieben, die nicht auf bestimmte Bedingungen begrenzt ist. Oft werden Befürchtungen über zukünftiges Unglück beschrieben (ebd., S. 198 f.). Typische körperliche Symptome sind u. a. ständige Nervosität, muskuläre Anspannung, Schwindel, Zittern, Herzrasen, Schwitzen und Magen-Darm-Beschwerden (ebd. S. 198).

Die Leitsymptome dieser Störungsbilder gehen i. d. R. mit Depressionssymptomen einher, weshalb eine klare Abgrenzung des Krankheitsbildes und ein Ausschluss von Differenzialdiagnosen notwendig ist (ebd., S. 194–199).

Tabelle 2: Überblick über die Hauptmerkmale der betrachteten Angsterkrankungen (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Dilling et al., 2015, S. 190–199)

Art der Angststörung	Hauptmerkmale
Spezifische (isolierte) Phobien	Übersteigerte Angst in Bezug auf bestimmte Situationen, Objekte oder Lebewesen (z. B. Flugangst, Höhenangst, Spinnenphobie).
Agoraphobie	Schwerwiegende Ängste, das Haus zu verlassen oder sich in Menschengedränge, auf offenen Plätzen oder allein in Umgebungen aufzuhalten, in denen keine Fluchtmöglichkeit zu einem vertrauten Ort besteht (z. B. in Bus, Bahn und Flugzeug).
Panikstörung	Episodische, starke Angstattacken ohne nachvollziehbaren, spezifischen Auslöser (daher unvorhersehbar) mit schwereren körperlichen Symptomen bis hin zur Todesangst.
Generalisierte Angststörung	Kontinuierliche, ständig bestehende und nicht auf bestimmte Bedingungen beschränkte Ängste, Sorgen und Grübeln.
Soziale Angststörung/ Soziale Phobie	Angst vor der Bewertung/Abwertung anderer in kleineren Gruppen oder nur einer weiteren Person. Teilweise begrenzt auf bestimmte Situationen (z. B. das Sprechen oder Essen vor Menschen).

Die Ursachen von Angststörungen werden anhand von verschiedenen Modellen erklärt. So bieten die Neurobiologie, die Genetik und verschiedene Grundrichtungen der Psychologie zahlreiche Theorien zu den Risikofaktoren, der Entstehung und der Aufrechterhaltung von Angststörungen (Morschitzky, 2009, S. 199–382)¹.

Es existiert die S3-Behandlungsleitlinie für alle Berufsgruppen, die in die Behandlung von Menschen mit Angststörungen eingebunden sind. Sie beinhaltet evidenzbasierte Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Angststörungen (Bandelow et al., 2014). Dabei wird als psychotherapeutische Behandlung für Angsterkrankungen die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) empfohlen (ebd., S. 17–26).

Public-Health-Relevanz von Angststörungen

Neben der Relevanz aufgrund der Prävalenzen von Angststörungen sind hier weitere, das Gesundheitswesen betreffende Aspekte zu nennen.

Angststörungen können sich unbehandelt chronifizieren und verstärken. Viele Betroffene leiden auch nach Beendigung der Therapie an Residualsymptomen. Die Rückfallquote ist zudem hoch (BPtK, 2018, S. 25).

Außerdem weisen Angststörungen häufig Komorbiditäten auf. Dazu gehören andere psychischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen, Suchterkrankungen, Zwangs- und anderen Angststörungen (Bandelow et al., S. 42). Zudem gehen sie oft mit körperlichen Erkrankungen und Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Alltag einher (ebd., S. 43; Morschitzky, 2009, S. 16). Ferner weisen Menschen mit Angststörungen eine erhöhte Mortalität auf (Harris & Barraclough, 1997, zitiert nach Bandelow et al., 2014, S. 42). Angststörungen sind mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden. Dabei entstehen direkte Kosten z. B. durch ambulante bzw. stationäre Psychotherapien oder Medikamente. Indirekte Kosten werden durch Krankschreibungen, Produktionseinschränkung, Frühberentung und Sterblichkeit verursacht (Bandelow et al., 2014, S. 44).

Im Jahr 2017 erfolgte eine Reform der Psychotherapie-Richtlinie, die die Versorgungssituation hinsichtlich der Wartezeit auf Erstgespräche und Therapiebeginn verbessern sollte. Dennoch sind die Wartezeiten für viele Patient*innen nach wie vor lang (BPtK, 2018, S. 5.).

¹ Aus Gründen des Schwerpunktes und des Umfangs dieser Arbeit wird auf eine Darstellung und Miteinbeziehung der verschiedenen Erklärungsmodelle von Angststörungen verzichtet.

Im Rahmen der Überlegungen hinsichtlich der Problemlösungen wird u. a. über eine Ergänzung der Versorgung durch den Ausbau von Gruppentherapieangeboten diskutiert (ebd., S. 26–29).

2.2 Achtsamkeitsbasierte Verfahren

In den vergangenen Jahren ist das Konzept der Achtsamkeit im Rahmen der Prävention und Behandlung verschiedener gesundheitlicher Probleme stärker in den Fokus der Forschung gerückt (Meibert, 2016, S. 9) (s. Abb. 1).

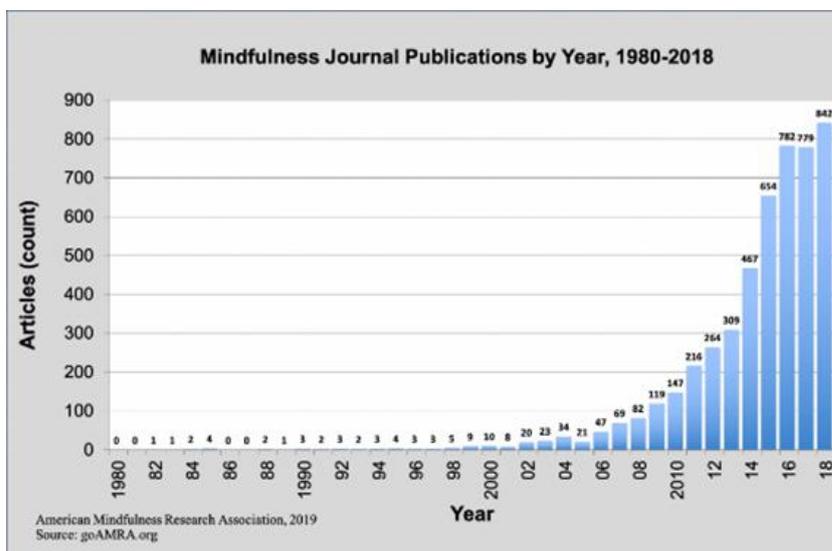


Abbildung 1: Jährliche Anzahl an wissenschaftlichen Publikationen mit dem Stichwort ‚Mindfulness‘ (Quelle: AMRA, 2019)

Zwei achtsamkeitsbasierte Verfahren, die MBSR und die MBCT, werden in den folgenden beiden Kapiteln vorgestellt, wobei die MBCT auf der MBSR aufbaut.

Das Konzept der Achtsamkeit hat seinen Ursprung v. a. in der fernöstlichen Meditation (Kabat-Zinn, 2013, S. 30 f.). Als Pionier in der Formulierung des Achtsamkeitskonzepts innerhalb der westlichen Medizin und Begründer des im folgenden beschriebenen Achtsamkeitsprogramms wird Prof. Dr. Jon Kabat-Zinn benannt (Meibert, 2016, S. 9).

2.2.1 ‚Mindfulness-Based Stress Reduction‘ nach Kabat-Zinn

Unter Achtsamkeit versteht Kabat-Zinn „die Bewusstheit, die sich durch gerichtete, nicht wertende Aufmerksamkeit im gegenwärtigen Augenblick einstellt“ (Kabat-Zinn, 2013, S. 23). Daraus folgt, dass Achtsamkeit eine absichtsvolle, präsente und wertfreie Haltung ist (ebd., S. 26). Die Praxis der Achtsamkeit beruht gemäß Kabat-Zinn (2013) auf den folgenden sieben inneren Grundhaltungen: Nicht-Urteilen, Geduld, Anfängergeist bewahren, Vertrauen, Nicht-Erzwingen, Akzeptanz und Loslassen (ebd., S. 69–77). 1979 konzipierte Kabat-Zinn mit seinen Mitarbeiter*innen am Universitätsklinikum von Massachusetts das Programm der MBSR (ebd., S. 29). Dabei handelt es sich um ein achtwöchiges Gruppenprogramm mit maximal 30 Teilnehmer*innen. Es findet einmal pro Woche für zweieinhalb bis drei Stunden statt. Ein zusätzlicher Achtsamkeitstag, zur Vertiefung des Gelernten, ist obligatorisch (Meibert, 2016, S. 56). Das MBSR-Programm beinhaltet die Sitz- und Gehmeditation, eine Körpermeditation, den sog. ‚Body-Scan‘ und Yogaübungen. Außerdem ist der Atem als ‚Anker‘ ein zentraler Aspekt des Achtsamkeitstrainings, um die Aufmerksamkeit wieder in die Gegenwart zurückholen zu können (Kabat-Zinn, 2013, S. 84–94). Die Übungen innerhalb der Sitzungen sollen dazu beitragen, Achtsamkeit in alle Lebensbereiche und -tätigkeiten zu integrieren (ebd., S. 169). MBSR findet mittlerweile Anwendung bei Patient*innen mit unterschiedlichen körperlichen und psychischen Erkrankungen bzw. Beschwerden im ambulanten und stationären Setting sowie in der betrieblichen Gesundheitsförderung (Meibert, 2016, S. 9).

2.2.2 ‚Mindfulness-Based Cognitive Therapy‘ nach Segal, Williams und

Teasdale

Auf der Grundlage des MBSR-Programms entwickelten die Psychotherapieforscher Segal, Williams und Teasdale bis 2002 die MBCT (Segal et al., 2015, S. 81). Struktur und Aufbau sind ähnlich der des MBSR-Kurses. Für die achtwöchige Gruppenintervention wird eine Gruppengröße von zwölf bis 14 Teilnehmer*innen empfohlen (Meibert, 2016, S. 65). Wie das MBSR-Programm basiert auch die MBCT auf Übungen wie dem ‚Body-Scan‘, Yogaübungen, Atemmeditationen und der Alltagspraxis der Achtsamkeit (ebd., S. 75). Ein ‚Tag der Achtsamkeit‘, wie auch bei der MBSR, findet zwischen der sechsten und siebten Sitzung statt (ebd., S. 73). Bei der MBCT handelt es sich bei den Teilnehmenden um eine hinsichtlich des Krankheitsbildes homogene Gruppe. Dabei wurde die MBCT als

Rückfallprophylaxe für Menschen mit wiederkehrenden Depressionen entwickelt (Segal et al., 2015, S. 82). Die MBCT integriert Anteile der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) in das MBSR-orientierte Programm. Dabei ist u. a. die Wissensvermittlung (sog. Psychoedukation) in Bezug auf die depressionstypischen ‚Grübelzwänge‘ (sog. Rumination) von Bedeutung (Segal et al., 2015, S. 87–89). Ziel ist es auch, die Haltung gegenüber negativen, selbstabwertenden Gedanken bzw. dysfunktionalen Glaubenssätzen, Emotionen und Körperwahrnehmungen durch die sog. Dezentrierung, zu verändern. Dabei wird den Patient*innen einerseits ermöglicht, Gedanken als mentale Ereignisse statt als Tatsachen zu betrachten. Zudem wird eine freundliche Akzeptanz von angenehmen sowie unangenehmen Gedanken, Gefühlen und Empfindungen vermittelt, anstatt diese abzulehnen (ebd., S. 77 & 114). Außerdem soll erlernt werden, Rückfallanzeichen rechtzeitig zu erkennen und ihnen mit konstruktiven Handlungen zu begegnen, anstatt sich in das negative Befinden hineinzusteigern (Meibert, 2016, S. 65 f.).

Eine Übersicht über die Themen, inhaltliche Schwerpunkte und Übungen des MBCT-Gruppenprogramms ist in Tab. 3 dargestellt.

Tabelle 3: Überblick über Themen, Inhalte und Übungen des MBCT-Programms (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Segal et al., 2015, S. 132–412)

Sitzung und Themen	Inhaltliche Schwerpunkte	Übungen
Sitzung 1: „Gewahrsein und Autopilot“ (Segal et al., 2015, S. 133–170)	Erkennen des ‚Autopiloten-Modus‘ in alltäglichen Situationen und der Möglichkeit, durch achtsames Gewahrsein aus diesem auszusteigen.	Rosinenübung: Der Verzehr einer Rosine mit allen Sinnen, ‚Body-Scan‘. Hausaufgaben: ‚Body-Scan‘ üben, Alltagstätigkeit achtsam ausführen, achtsames Essen
Sitzung 2: „Wir leben in unserem Kopf“ (Segal et al., 2015, S. 171–204)	Verstehen, wie kopfgesteuerte Wahrnehmung mit Rumination und Sorgen zusammenhängt, und welche Möglichkeiten bestehen, dieser mit einer körpergesteuerten Wahrnehmung zu begegnen. Schwierigkeiten beim Üben von Achtsamkeit besprechen.	‚Body-Scan‘, Sitzmeditation, Übung zum Zusammenhang von Gedanken und Gefühlen. Hausaufgaben: ‚Body-Scan‘, Sitzmeditation (mit Schwerpunkt auf der Atmung), Alltagstätigkeit achtsam ausführen, bewusste Wahrnehmung angenehmer Ereignisse (notieren)

<p>Sitzung 3: „Den zerstreuten Geist sammeln“ (Segal et al., 2015, S. 205–242)</p>	<p>Durch Fokus auf den Atem und Körper ins Hier und Jetzt zurückkehren, wenn sich die Gedanken verlieren und zerstreuen.</p>	<p>Achtsames Sehen und Hören, Sitzmeditation (atemfokussiert), achtsame Körperübungen, ‚Atemraum‘²</p> <p>Hausaufgaben: atemfokussierte Sitzmeditation mit Körperübungen, ‚Atemraum‘, bewusste Wahrnehmung unangenehmer Ereignisse (notieren)</p>
<p>Sitzung 4: „Aversion erkennen“ (Segal et al., 2015, S. 243–298)</p>	<p>Ablehnung als gewohnte Reaktion auf unangenehme Emotionen erkennen und diesen stattdessen mit Achtsamkeit und Offenheit begegnen. Vermittlung von Wissen zum Thema Depressionen (Psychoedukation)</p>	<p>Übung zum Hören oder Sehen, atem- und körperfokussierte Sitzmeditation, achtsames Gehen.</p> <p>Hausaufgaben: CD- angeleitete Sitzmeditation, ‚Atemraum‘.</p>
<p>Sitzung 5: „Zulassen/Seinlassen“ (Segal et al., 2015, S. 299–328)</p>	<p>Einnehmen einer abweichenden, neuen Haltung ggü. unangenehmen Emotionen, Gedanken und körperlichen Empfindungen. Diese Erfahrungen zulassen bzw. akzeptieren, ohne sie zu bewerten oder verändern zu wollen.</p>	<p>Atemfokussierte Sitzmeditation (insb. in problematischen Situationen), ‚Atemraum‘.</p> <p>Hausaufgaben: regelmäßige Übung des ‚Atemraums‘ generell und speziell in problematischen Situationen, Sitzmeditation.</p>
<p>Sitzung 6: „Gedanken sind keine Tatsachen“ (Segal et al., 2015, S. 329–364)</p>	<p>Zu neuer Haltung bzgl. (negativer) Gedanken kommen, indem verstanden wird, dass es sich um vorübergehende Geisteszustände und keine Tatsachen handelt.</p>	<p>Sitzmeditation mit Fokus auf das eigene Verhältnis zu den Gedanken, Übung zu Gedanken, Geistes-zuständen und alternativen Perspektiven.</p> <p>Hausaufgaben: tägliche Anwendung der gelernten Achtsamkeitsübung (freien Wahl), ‚Atemraum‘ (regulär und beim Aufkommen unangenehmer Gefühle).</p>

² Beim 3-Minuten-Atemraum handelt es sich um eine Kurzmeditation. Dabei soll die in den Sitzmeditationen der MBCT-Sitzungen ausführlich geübte innere Haltung in den Alltag der Patient*innen gebracht werden. Der Atemraum dient als erster Schritt beim Umgang mit unangenehmen Gedanken und Emotionen (Segal et al., 2015, S. 417–424).

<p>Sitzung 7: „Wie kann ich am besten für mich sorgen?“ (Segal et al., 2015, S. 371–396)</p>	<p>Erarbeitung hilfreicher Handlungsstrategien, um mit Rückfällen zu schlechterem Befinden umgehen bzw. darauf reagieren zu können.</p>	<p>Sitzmeditation mit Fokus auf Gewährsein des Atems, des Körpers und der Gedanken. Nachverfolgen, wie Aktivitäten und Befinden miteinander in Verbindung stehen. Erstellung einer Liste von hilfreichen Aktivitäten, um Rückfällen begegnen zu können. Üben, Rückfallsignale zu erkennen.</p> <p>Hausaufgaben: ‚Atemraum‘ üben.</p>
<p>Sitzung 8: „Das Gelernte anwenden und erweitern“ (Segal et al., 2015, S. 397–416)</p>	<p>Planung und bewusste Entscheidung für eine neuen, achtsame Lebensweise auf Grundlage der positiven Erfahrungen während des Programms.</p>	<p>‚Body-Scan‘, Rückblick und Besprechung der Motivation und Disziplin im Laufe des Programms und von Möglichkeiten, diese im Alltag aufrechtzuerhalten bzw. zu verbessern. Abschlussmeditation oder Gesprächsrunde zum Abschied.</p>

3 Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit

Verschiedene Studien zum Effekt von MBSR im Rahmen der Behandlung von Angststörungen bestätigen dessen Wirkung (Meibert, 2016, S. 101 f.). Zudem gibt es Hinweise, dass auch die MBCT bei der Angststörungstherapie effektiv sein kann (ebd., S. 104).

In einem Review von 16 Einzelstudien konnten Rodrigues et al. (2017) positive Effekte verschiedener achtsamkeitsbasierter Verfahren auf Angststörungen und affektive Störungen aufzeigen. Dabei verringerten sich u. a. verschiedene Angststörungs- und Depressionssymptome wie z.B. übermäßige Sorgen. Das individuelle Wohlbefinden wurde gesteigert (Rodrigues et al., 2017, S. 209–213).

Sipe und Eisendrath (2012) schlussfolgerten in ihrem Review, dass die MBCT bei der Behandlung von Menschen mit akuten Depressionen und bipolaren Störungen wirksam ist. Zudem profitierten als therapieresistent eingestufte Depressionspatient*innen und solche mit wiederkehrenden depressiven Episoden von der MBCT. Auch erste Anzeichen für eine Wirksamkeit bei Angststörungspatient*innen konnten erfasst werden (Sipe & Eisendrath, 2012, S. 65–67).

Die Forschung zur MBCT bei der Behandlung von Angstpatient*innen scheint bis dato dennoch begrenzt zu sein. So konnte im Vorfeld dieser Arbeit kein Review gefunden werden, das ausschließlich die Wirksamkeit des MBCT-Verfahrens bei der Behandlung von Menschen mit Angststörungen untersucht. Die vorliegende Thesis verfolgt somit das Ziel, diese Lücke zu schließen und existierende Literatur zu dieser Frage systematisch zusammenzutragen und auszuwerten.

Ergebnisse der Untersuchung können für Berufsgruppen, die in die Therapie von Patient*innen mit Angststörungen eingebunden sind, hilfreich sein, um einzuschätzen, ob und inwieweit eine Erweiterung um die MBCT sinnvoll wäre. Eine mögliche Wirksamkeit der MBCT bei Angststörungen kann ggf. im Rahmen der Versorgungsproblematik als Ergänzung von etablierten Psychotherapien diskutiert werden.

Um diesen Zielen nachgehen zu können, beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit folgender Forschungsfrage:

„Inwiefern kann die ‚Mindfulness-Based Cognitive Therapy‘ als wirksame Behandlung von Menschen mit Angststörungen angesehen werden?“

Gemäß Duden (2019) wird der Begriff ‚wirksam‘ als „eine beabsichtigte Wirkung erzielend; mit Erfolg wirkend“ beschrieben (Dudenredaktion, 2019). Als wirksam soll die Methode der MBCT eingeordnet werden, sofern eine Verringerung der Leit- und Begleitsymptome von Angststörungen nach Durchführung der MBCT festzustellen ist. Zudem wird eine Steigerung positiver Emotionszustände und Persönlichkeitsmerkmale, die angststörungenbedingt defizitär sind (wie z. B. das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität), als wirksam definiert.

Angststörungen werden hier als die in Kapitel 2.1 beschriebenen fünf verbreitetsten Störungsbilder nach der ICD-10 verstanden. Sie sind unter dem Kapitel ‚Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen‘ der Untergruppen F40 und F41 der ICD-10 zu finden (Dilling, 2015, S. 190–199).

4 Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Arbeit erfolgt im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit. Dabei findet eine Orientierung hinsichtlich des Aufbaus und der Gliederung an die Empfehlungen von der Johannes Gutenberg Universität Mainz (JGU Mainz) statt (JGU Mainz, 2012). Die zugrunde liegende systematische Literaturrecherche erfolgt unter Zuhilfenahme des modifizierten Suchprozesses von Kleibel und Mayer (2011) (Kleibel & Mayer, 2011, S. 26). Dieser wird im Anhang A1, Abb. 7, dargestellt.

Nach Abschluss der Literaturrecherche sollen die daraus erlangten Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfrage in sinnvolle Unterkapitel unterteilt werden. Dabei wird eine zusammenfassende Beschreibung der recherchierten Einzelstudien und die Darstellung der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung in Kapitel 5 vorgenommen.

Für die Suche werden im Kapitel 4.1 zunächst Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Der Prozess der systematischen Literaturrecherche wird in den Kapiteln 4.2 bis 4.2.3 dargestellt. Danach werden die Methoden zur Berechnung fehlender Effektstärken für einige Einzelstudien beschrieben.

4.1 Formulierung der Ein- und Ausschlusskriterien für Literatur

Zunächst wurde eine Grobrecherche zu den Themenkomplexen ‚Angststörungen‘ und ‚MBCT‘ durchgeführt, um einen ersten Überblick über die vorhandene Literatur zu erhalten. Dafür wurde auf die Angebote der Staatsbibliothek der Universität Hamburg, der Bibliotheken der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW Hamburg) und der Datenbanken ‚pubMed‘ und der Suchmaschine ‚Google Scholar‘ zugegriffen.

Schon bei dieser Grobrecherche ergaben sich logische Ein- und Ausschlusskriterien bzgl. der Literatur. Demnach sollten sämtliche Studien, die die Wirksamkeit der MBCT bei Personen mit dem Symptom ‚Angst‘ untersuchten, ausgeschlossen werden. Die Untersuchung von Angstsymptomen z. B. aufgrund einer schweren Erkrankung (sekundäre Angst), wird als zu unspezifisch erachtet, da Angststörungen in ihrer Symptomatik wesentlich umfangreicher sind als das Symptom der Angst. Außerdem bezieht sich die in dieser Arbeit betrachtete Fragestellung ausschließlich auf Menschen mit Angststörungen.

Da sich bei der Grobrecherche bereits herausstellte, dass keine geeignete Primärliteratur in deutscher Sprache verfügbar war, sollte die Recherche ausschließlich mit englischen Begriffskombinationen erfolgen.

Des Weiteren fokussierte sich die Recherche auf die MBCT als angewandtes Verfahren. Andere achtsamkeitsbasierte Verfahren sollten aufgrund der klar definierten Fragestellung in der Literaturrecherche nicht berücksichtigt werden.

Eine Eingrenzung der Region und des Erscheinungszeitraums fand nicht statt, um sämtliche existierende Literatur zu dem Thema zu erfassen.

Es sollten nur Studien eingeschlossen werden, für die ein Volltextzugriff erlangt werden konnte. Ebenso wurden Studienprotokolle sowie ‚graue Literatur‘³ ausgeschlossen. Die definierten Ein- und Ausschlusskriterien sind in Abb. 2 dargestellt.

³ ‚grauer Literatur‘ wurden nicht zitierwürdige Veröffentlichungen wie z. B. Seminar-, Diplom- oder Bachelorarbeiten zugewiesen.

Einschlusskriterien

Sprache	<ul style="list-style-type: none">• Englisch
Literatur	<ul style="list-style-type: none">• Sämtliche Formen wissenschaftlicher Literatur
Proband*innen / Untersuchungsgegenstand	<ul style="list-style-type: none">• Personen mit folgenden Störungsbildern (Primärängste, nach DSM oder ICD-10): Panikstörung, generalisierte Angststörung, soziale Angststörung/Phobie, spezifische (isolierte) Phobie, Agoraphobie• MBCT (auch modifizierte MBCT-Programme)
Erscheinungszeiträume	<ul style="list-style-type: none">• Unbegrenzt
Untersuchungsregion	<ul style="list-style-type: none">• Weltweit

Ausschlusskriterien

Studiendesign	<ul style="list-style-type: none">• ‚Graue Literatur‘, Studienprotokolle
Proband*innen/ Untersuchungsgegenstand	<ul style="list-style-type: none">• Personen mit Angst/Ängsten als alleinigem Symptom, sekundärer Angst als Begleitsymptom oder Angst aufgrund von anderen Erkrankungen (z. B. Asthma oder Krebs)• Andere achtsamkeitsbasierte Verfahren, wie z. B. MBSR, DBT und yogabasierte Verfahren
Zugang	<ul style="list-style-type: none">• Kein Zugriff auf den Volltext der Publikation

Abbildung 2: Ein- und Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche (Quelle: eigene Darstellung)

4.2 Durchführung der Literaturrecherche

Als Datenbanken für die Recherche wurden hinsichtlich des psychologischen Themas dieser Arbeit ‚pubMed‘ und ‚ScienceDirect‘ gewählt, da sie über eine Vielzahl an Publikationen im Bereich der Psychologie verfügen.

Bezugnehmend auf die Fragestellung nach einer möglichen Wirksamkeit der MBCT bei Angststörungen wurden sinnvolle Begriffe und Wortkombinationen für die Suche in diesen

Datenbanken erarbeitet. Es sollte nach Publikationen zur Wirksamkeit der MBCT bei den im Kapitel 2.1 benannten fünf Angststörungen gesucht werden. Die eingeschlossenen Störungsbilder wurden zunächst ins Englische übersetzt. Daraufhin wurden gemeinsame Textbausteine und Wörter zur Eingrenzung der Suche mit den Boole'schen Operatoren „AND“ und „OR“ in die Suchmaschinen von ‚PubMed‘ und ‚ScienceDirect‘ eingegeben.

Außerdem wurde eine Trunkierung⁴ durch das Symbol ‚*‘ (wie z. B. in ‚anxiety disorder*‘) eingesetzt. Dadurch sollten weitere Wortendungen mit in die Suche einbezogen werden. Zudem wurden Phrasensuchen (Suche nach mehreren verbundenen Wörtern) in die Suche integriert (z. B. ‚Mindfulness-based Cognitive Therapy‘ und ‚anxiety disorder*‘), um die Ergebnisse weiter einzugrenzen.

Es ergaben sich nur wenige sinnvolle Wort- und Phrasenkombinationen, die in die Datenbanken eingegeben werden konnten. So schloss die Suche nach dem Begriff ‚phobia*‘ sämtliche Publikationen zu dem Thema ‚spezifische und soziale Phobien‘ ein. Durch Nutzung des trunkierten Begriffs ‚anxiety disorder*‘ konnte sowohl Literatur zu allgemeinen Informationen diesbezüglich, der generalisierten Angststörung (generalized anxiety disorder) sowie der sozialen Angststörung (social anxiety disorder) gefunden werden. Zudem konnte so der Plural des Suchbegriffs und weitere Endungen eingeschlossen werden. Stichwortlisten, die als Vorlage für die Recherche in den Datenbanken dienen, finden sich in Anhang A2, Tab. 9 und 10. Die Begriffe und Begriffskombinationen, die für die Literaturrecherche verwendet wurden, sind in Anhang A2, Tab. 11, dargestellt. Auf eine Eingrenzung durch den Begriff ‚Wirksamkeit‘ bzw. der englischen Entsprechung ‚efficacy‘ und deren Synonyme wurde aufgrund der überschaubaren Anzahl an Treffern verzichtet. Stattdessen wurden gefundene Publikationen, die anstatt der Wirksamkeit z. B. die Durchführbarkeit der MBCT bei Angsterkrankungen untersuchten, per Hand aussortiert. Die gefundenen Studien wurden mithilfe des Literaturverwaltungsprogramms ‚Zotero‘ gesammelt und geordnet.

⁴ Bei der Trunkierung handelt es sich in der Literaturrecherche um ein Symbol, das nach einem abgekürzten Begriff sämtliche nachfolgenden Endungen des eingegebenen Wortes ermöglicht (Kleibel & Mayer, 2011, S. 45).

4.2.1 Literaturrecherche in ‚pubMed‘

Bei ‚pubMed‘ handelt es sich um eine Suchoberfläche der Datenbank ‚Medline‘ sowie weiteren, insb. biomedizinischen, Datenbanken mit mehreren Millionen Literaturressourcen. Trotz des Ausschlusskriteriums der Zugangshürde zu den Publikationen erfolgte ein Setzen des Filters ‚full text‘ jedoch nicht. Da die Anzahl der Suchergebnisse überschaubar war, wurden bei Zugangsschwierigkeiten über ‚pubMed‘ andere Zugriffsmöglichkeiten auf die Publikation geprüft. So gelang es u. a. durch Kontaktaufnahme mit den Autoren, Zugang zu den Volltexten zu erlangen. Gab es keine Möglichkeit des Zugangs zu einer Volltext-Publikation, wurde diese ausgeschlossen. Die Suchergebnisse wurden mithilfe der Filter ‚Sprache‘ (hier: English) und ‚Spezies‘ (hier: Humans) eingegrenzt. Such- bzw. Phrasenkombinationen sind in Anhang A2, Tab. 11, aufgeführt.

Die Suche in ‚pubMed‘ ergab, einschließlich sämtlicher Suchkombinationen 61 Ergebnisse. Nach Ausschluss von Arbeiten aufgrund von Doppelungen, fehlender Themenrelevanz, Zugangshürden und/oder Literaturform verblieben 45 Publikationen. Davon wurden einige quergelesen. Bei den meisten erwies sich die Lektüre des gesamten Textes als notwendig, um eine mögliche Themenrelevanz erfassen zu können. Danach blieben 13 Publikationen, die sich als themenrelevant und zur Beantwortung der Fragestellung zweckmäßig erwiesen. Die Treffer der Begriffs- und Phrasensuche bei ‚pubMed‘ sind in Anhang A3, Tab.12 zu finden. Der begleitende Suchprozess ist in Abbildung 3 dargestellt.

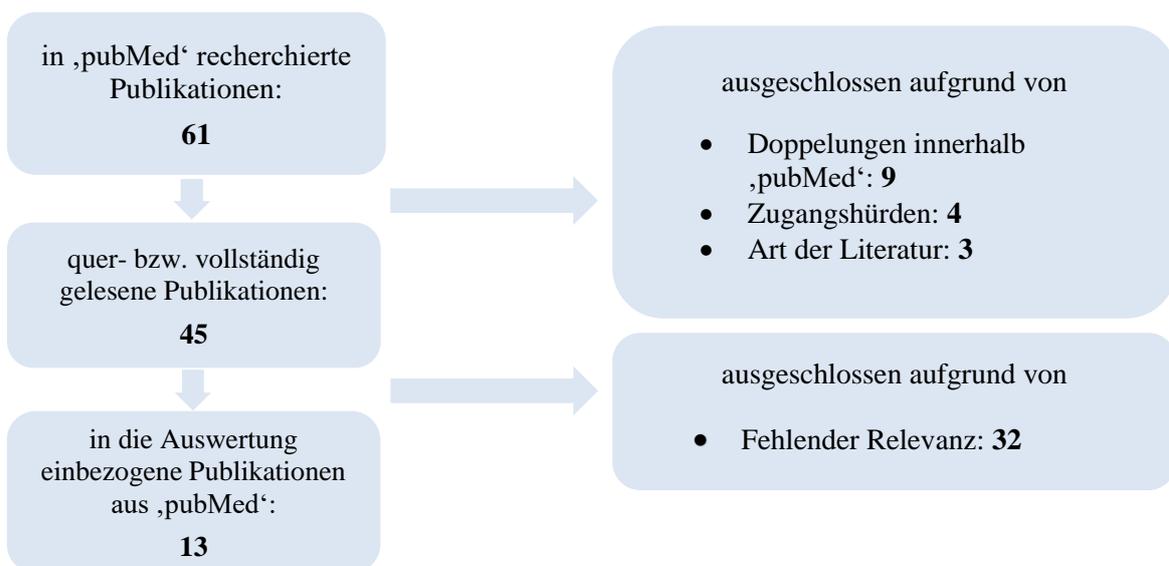


Abbildung 3: Selektion der Rechercheergebnisse bei ‚pubMed‘ unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien (Quelle: eigene Darstellung)

4.2.2 Literaturrecherche in ‚ScienceDirect‘

Zur Absicherung der Ergebnisse aus der Datenbank ‚pubMed‘ wurde die Datenbank ‚ScienceDirect‘ zusätzlich herangezogen, da sie bei Publikationen zu Gesundheitsthemen, und im Speziellen bei psychologischen Themen, breit aufgestellt ist. Es handelt sich bei ‚ScienceDirect‘ um eine niederländische Online-Datenbank des Elsevier-Verlags, die über eine Vielzahl an Artikeln zu wissenschaftlichen Themen verfügt.

Die Recherche in ‚ScienceDirect‘ ließ eine gezielte Suche nach Publikationen zu, in denen die Suchbegriffe und -phrasen (s. A2, Tab. 11) im ‚title‘, ‚abstract‘ oder als ‚keywords‘ angegeben wurden. Es wurden keine weiteren Filter gesetzt.

Die Ergebnisse der Recherche der Datenbank ‚ScienceDirect‘ stimmten im Wesentlichen mit der bei ‚pubMed‘ gefundenen Literatur überein. Es konnten keine zusätzlichen themenrelevanten Publikationen recherchiert und in die Auswertung einbezogen werden. Zwei Artikel, die bzgl. des Titels relevant erschienen, mussten aufgrund von unpassender Sprache (Spanisch und Französisch) ausgeschlossen werden.

Die Treffer der Begriffs- und Phrasensuche bei ‚ScienceDirect‘ ist in Anhang A3, Tab. 13, zu finden.

Trotz fehlender Ergebnisse ist der Prozess des Selektierens der bei ‚ScienceDirect‘ recherchierten Literatur der Vollständigkeit halber in der Abbildung 4 dargestellt.

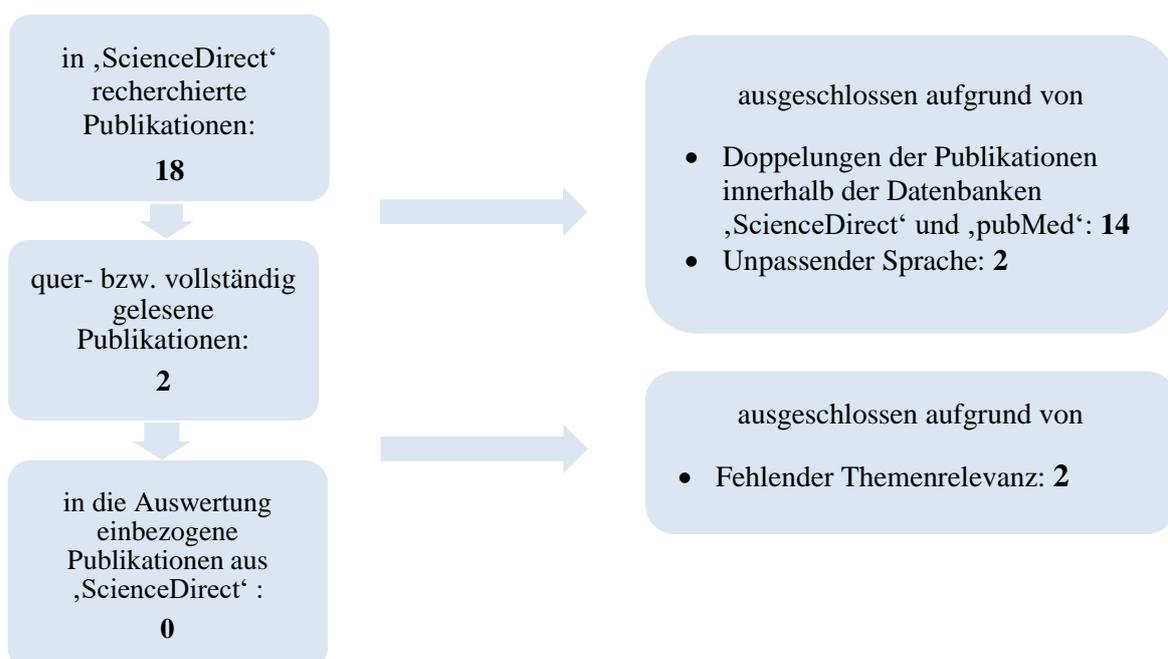


Abbildung 4: Selektion der Rechercheergebnisse bei ‚ScienceDirect‘ unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien (Quelle: eigene Darstellung)

4.2.3 Überblick der Ergebnisse der Literaturrecherche

Insgesamt wurden nach Ausschluss von Arbeiten aufgrund von Doppelungen, fehlender Themenrelevanz und Literaturform 13 Publikationen aus der Recherche der Datenbanken ‚PubMed‘ und ‚ScienceDirect‘ in die Auswertung einbezogen. Eine Darstellung der Treffer in den Datenbanken mit den jeweiligen Suchbegriffen und -phrasen findet sich im Anhang A3.

Zusätzlich wurde durch die Anwendung des sog. ‚Schneeballsystems‘, also des Einbezugs weiterer im Literaturverzeichnis erwähnter Artikel in den bei ‚PubMed‘ gefundenen Studien, eine zusätzliche Publikation in die Auswertung mitaufgenommen.

Die Auswertung erfolgte, wie zusammenfassend in Abbildung 5 dargestellt, anhand von 14 Publikationen.

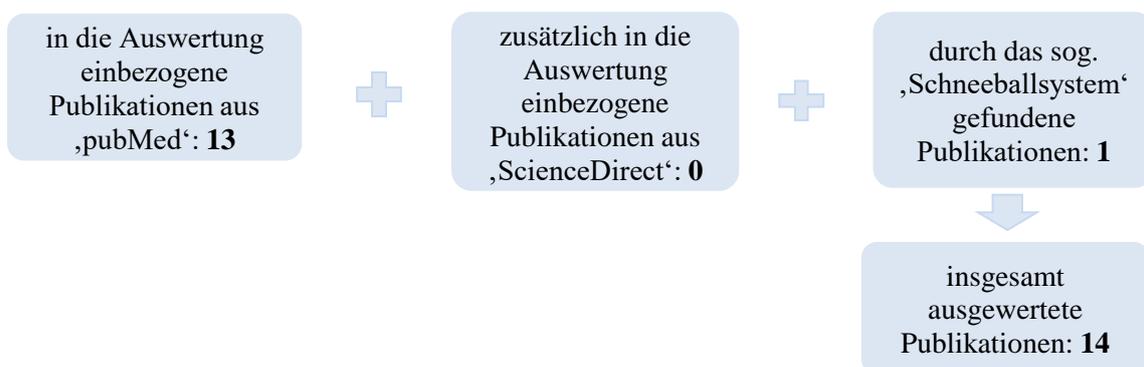


Abbildung 5: Zusammenfassung der Ergebnisse der gesamten Literaturrecherche unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien (Quelle: eigene Darstellung)

Berechnung fehlender Effektstärken der recherchierten Publikationen

Beim volltextlichen Lesen der inkludierten Publikationen zeigte sich, dass in der Hälfte der Studien keine Effektstärken hinsichtlich der Symptomveränderungen angegeben wurden. Um beurteilen zu können, wie ausgeprägt eine gemessene Wirksamkeit der MBCT bei der Behandlung von Angststörungen ist, sind diese Werte jedoch relevant. Daher wurden die fehlenden Effektstärken (Cohen’s d) im Rahmen dieser Arbeit nachberechnet. Nach den Empfehlungen von Lakens (2013) wurde ‚Cohen’s d_s ‘ anhand der Mittelwertdifferenz zwischen den Messzeitpunkten und der gepoolten Standardabweichung berechnet (Lakens, 2013, S. 3) (s. Abb. 6, Formel 1).

Sofern t-Werte angegeben waren, wurde auf die Werte der abhängigen t-Tests zurückgegriffen. Zur Berechnung wurde ‚Cohen‘s d_z ‘ herangezogen. Bei dieser Berechnung wird der t-Wert durch die Wurzel der Stichprobengröße geteilt (Lakens, 2013, S. 4). (s. Abb. 6, Formel 2).

$$\text{Formel 1: } d_s = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1-1) \cdot SD_1^2 + (n_2-1) \cdot SD_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}}$$
$$\text{Formel 2: } d_z = \frac{t}{\sqrt{n}}$$

Abbildung 6: Formeln zur Berechnung der Effektstärken (Quelle: Lakens, 2013, S. 3 & 4)

Zur Berechnung anhand von Formel 1 wurde der Effektstärkenrechner der Internetseite des Psychometrie-Dienstleisters ‚Psychometrica‘ verwendet. Die Effektstärkenberechnung anhand von Formel 2 erfolgte per Hand.

5 Ergebnisse

Durch die systematische Untersuchung der Studien ergab sich eine Vielzahl von Hinweisen zur Beantwortung der Frage, ob und inwiefern die MBCT bei der Behandlung von Angststörungen wirksam ist. Zudem wurden ergänzende Erkenntnisse im Hinblick auf verschiedene Störungsbilder, spezifische Stichproben und Untersuchungsbedingungen gewonnen.

Im Rahmen dieses Kapitels werden die Ergebnisse⁵ hinsichtlich einer möglichen Wirksamkeit der MBCT, die anhand von Symptomveränderungen gemessen wird, und deren Anwendungsbedingungen in Bezug auf die betrachteten Angsterkrankungen dargestellt. Eine zusammenfassende Darstellung der jeweiligen Ergebnisse erfolgt tabellarisch am Ende der entsprechenden Unterkapitel (s. Tab. 4–7).

Hinsichtlich der Relevanz für die Einschätzung der Wirksamkeit werden hier, sofern nicht anders im Text vermerkt, statistisch signifikante Ergebnisse beschrieben.

⁵ Eine Übersicht der Ergebnisse zu Studiendesigns, Stichproben, Messinstrumenten, Untersuchungsregion und Effektstärken der einbezogenen Studien ist zudem in Tab. 8 dargestellt.

Um einen besseren Lesefluss zu ermöglichen, werden die jeweiligen Effektstärken der Symptomveränderungen anstatt innerhalb des Textes in Tabelle 8 aufgeführt.

Zunächst erfolgt ein Überblick über die Ergebnisse bezüglich der allgemeinen Untersuchungsbedingungen der einbezogenen Studien. Sie geben Hinweise auf mögliche Faktoren, die die potentielle Wirksamkeit der MBCT bei Angststörungen beeinflussen können. Zudem sind einige Forschungsbedingungen im Hinblick auf Limitationen zu diskutieren (s. Kap. 6.1). Ferner dienen diese Ausführungen als Ergänzung zu den darauffolgenden Ergebniskapiteln, um eine Einordnung der inkludierten Studien und deren Begleitumstände zu ermöglichen.

Allgemeine Untersuchungsbedingungen

In den ausgewerteten Studien durchliefen die Proband*innen in einer oder mehreren Gruppen das achtwöchige MBCT-Programm in Orientierung an die Anleitung von Segal et al. (2002) in ihrer jeweiligen Landessprache (Segal et al., 2002). Die ursprünglich auf Depressionspatient*innen ausgerichtete MBCT wurde dabei für Angstpatient*innen angepasst. Zwei vereinzelte, deutliche Modifikationen werden in Kapitel 5.1 dargestellt (Goodman et al., 2014, S. 9; Luberto et al., 2018, S. 852). Der Interventionsort wurde lediglich in einer Studie benannt. Dabei handelte es sich um einen Konferenzraum einer Schule (Ebrahiminejad et al., 2016, S. 2).

Die Qualifikation der Kursleiter*innen wurde in den meisten Studien benannt. Dabei führten Psycholog*innen (Evans et al., 2008, S. 718; Ebrahiminejad et al., 2016, S. 5; Strege et al., 2018, S. 4) oder Psychiater*innen (Kim et al., 2013, S. 1456; Kim et al., 2016, S. 198; Kim et al., 2009, S. 602; Kim et al., 2010, S. 592) die Behandlung durch. Einige Interventionen wurden von einem Team aus Therapeut*innen der o.g. Professionen und Krankenpfleger*innen geleitet (Sado et al., 2018, S. 2; Wong et al., 2016, S. 69).

Alle Instruktor*innen waren in der MBCT und/oder MBSR ausgebildet und besaßen mehrjährige Erfahrung in der Leitung der Kurse. Teilweise war die Profession nicht oder nicht eindeutig beschrieben (Bajesh, 2015; Yook, 2008; Piet et al., 2009; Goodman et al., 2014; Luberto et al., 2018).

Bei den Proband*innen handelte es sich zumeist um ambulant oder stationär behandelte Patient*innen in psychiatrischen bzw. psychosomatischen oder anderen Kliniken (Evans et

al., 2008, S. 717; Kim et al., 2010, S. 591; Yook et al., 2008, S. 501; Sado et al., 2018, S. 2; Goodman et al., 2014, S. 8; Luberto et al., 2018, S. 852; Kim et al., 2013, S. 1455; Kim et al., 2016, S. 197; Kim et al., 2009, S. 602). Andere Proband*innen wurden außerdem über Aushänge und Webseiten von Kliniken und Anzeigen in Lokalzeitungen rekrutiert (Wong et al., 2016, S. 69; Piet et al., 2010, S. 404; Strege et al., 2018, S. 3). In einer Studie wurden Probandinnen über eine Befragung an einer Schule gewonnen (Ebrahiminejad et al., 2016, S. 2). Die Rekrutierung blieb in einer weiteren Arbeit unerwähnt (Baijesh et al., 2015).

Die untersuchten Altersgruppen waren, mit Ausnahme von drei Studien (Ebrahiminejad et al., 2016, S. 5; Baijesh, 2015, S. 46; Piet et al., 2010, S. 404), heterogen. Bei den Proband*innen handelte es sich um Erwachsene, die im Mittel zwischen 38 und 49 Jahre alt waren. Zwischen den Altersgruppen fand kein Vergleich hinsichtlich der Wirksamkeit der MBCT statt. Weitere demografische Faktoren wie die Herkunft/Ethnie, der sozioökonomische Status, der Familienstand und die Religion wurden in sämtlichen Studien⁶ ausschließlich deskriptiv erhoben⁷.

In verschiedenen Untersuchungen befand sich ein Teil der Proband*innen bereits in psychopharmakologischer Behandlung, da die Angststörung bekannt und ärztlich behandelt wurde. In zwei Studien wurde die MBCT ausdrücklich als ergänzendes Verfahren zur Psychopharmakotherapie untersucht (Kim et al., 2009, S. 602; Kim et al., 2010, S. 1455). Eine stabile Dosierung vor und während der Teilnahme am MBCT-Programm wurde vorausgesetzt. Die Anzahl der durch Psychopharmaka behandelten Patient*innen und die eingenommenen Präparate wurden in den entsprechenden Studien deskriptiv dargestellt⁸. Zur Pharmakotherapie wurden Antidepressiva⁹ und Beruhigungsmittel¹⁰ eingesetzt (Kim et al., 2016, S. 197; Kim et al., 2013, S. 1458; Kim et al., 2009, S. 602; Yook et al., 2008, S. 501; Goodman et al., 2014, S. 10; Piet et al., 2010, S. 406; Kim et al., 2010, S. 591; Strege et al., 2018, S. 3; Sado et al., 2018, S. 4).

Das Ausscheiden einzelner Proband*innen aus den Therapieprogrammen (sog. Drop-outs) wurde erfasst. Gründe für Drop-outs wurden jedoch nur in wenigen Studien formuliert.

⁶ Sofern sich Ergebnisse auf sämtliche Studien beziehen, erfolgt in dieser Arbeit keine Zitation. Eine Auflistung aller einbezogenen Publikationen ist in Tab. 8 zu finden.

⁷ Die jeweiligen in den Einzelstudien erhobenen demografische Merkmale können Tab. 8 entnommen werden.

⁸ Der Anteil der mit Psychopharmaka behandelten Proband*innen ist in Tab. 8 erfasst.

⁹ Die Antidepressiva waren Präparate aus der Klasse der selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer und der Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (Wirtz, 2017, S. 166 & 1282).

¹⁰ Die Beruhigungsmittel stammten aus der Gruppe der Benzodiazepine (Wirtz, 2017, S. 266 f.).

Dabei stellten fehlende Motivation, Unzufriedenheit bzw. ‚Schwierigkeiten mit dem Programm‘ (Kim et al., 2016, S. 198; Piet et al., 2010, S. 405; Kim et al., 2013, S. 1457), die Überzeugung, bereits genesen zu sein bzw. keine Therapie (mehr) zu benötigen (Piet et al., 2010, S. 405; Kim et al., 2013, S. 1457) oder ‚externe Hindernisse‘ (Kim et al., 2013, S. 1457; Kim et al., 2016, S. 198) Gründe für den Abbruch der Intervention dar. Eine Probandin gab an, aufgrund zu ausgeprägter Ängste nicht weiter am Kurs teilzunehmen (Goodman et al., 2014, S. 21).

Die Messung der Symptome und der Symptomschwere erfolgte anhand von quantitativen Befragungen mittels Fragebögen zur Selbstauskunft oder Fremdbeurteilung¹¹. Goodman et al. (2014) holten darüber hinaus Feedback zum Programm anhand eines Fragebogens mit offenen Fragen ein (Goodman et al., 2014, S. 6 & 7). Yook et al. (2008) ergänzten ihre Erhebungen durch ein Schlafprotokoll mit offenen Fragen (Yook et al., 2008, S. 502)¹².

Für die Klassifikation der einbezogenen Angststörungen diente in sämtlichen Studien der Leitfaden des ‚Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders‘ (DSM-IV).

5.1 Wirksamkeit der MBCT bei der generalisierten Angststörung

Die Wirksamkeit der MBCT bei Patient*innen mit GAS wurde in vier Studien untersucht (Evans et al., 2008; Wong et al., 2016; Goodman et al., 2014; Luberto et al., 2018).

Evans et al. (2008) führten eine nicht kontrollierte Interventionsstudie zur Wirksamkeit der MBCT bei GAS durch. Vor Beginn der Therapie (Baseline) wiesen sämtliche Proband*innen (n = 11) klinische (ärztlich festgestellte), moderate bis schwere Angstsymptome auf. Nach Ende der MBCT-Intervention konnte eine Verringerung der Angstsymptome festgestellt werden. Bei fünf der Proband*innen (45,45 %) sanken diese auf ein nicht-klinisches Niveau (Evans et al., 2008, S. 719). Zusätzlich erhoben die Forscher*innen Depressionssymptome und übersteigerte Sorgen, da diese bei Patient*innen mit Angststörungen i. d. R. begleitend auftreten (ebd., S. 718). Auch diese Symptome verringerten sich nach Ende der MBCT-Intervention. Hierbei machten sich fünf Teilnehmer*innen (45,45 %) keine Sorgen mehr im klinischen Bereich. Drei von fünf Patient*innen (60 %), die vorher klinische Depressionssymptome zeigten, wiesen nach der

¹¹ Die jeweiligen in den Einzelstudien verwendeten Messinstrumente sind in Tab. 8 benannt.

¹² Die insgesamt 37 verschiedenen, für die Symptomerhebungen verwendeten, Messinstrumente werden im Anhang A4, Tab. 14, dargestellt.

Intervention keine Symptomatik mehr auf klinischem Niveau auf.

Zudem konnte eine Zunahme der Achtsamkeit großer Effektstärke gemessen werden (ebd., S. 719).

In einer randomisierten, kontrollierten Studie (RCT) (n = 182) untersuchten Wong et al. (2016) die Wirksamkeit der MBCT im Vergleich zu einer im Gruppensetting durchgeführten Psychoedukation (KVT-basiert) bei der Behandlung von Patient*innen mit GAS und einer Kontrollgruppe ‚usual care‘ ohne psychotherapeutischen Inhalt (Wong et al., 2016, S. 68 f.). Die Psychoedukations-Gruppen wurden ebenfalls von erfahrenen Psychotherapeut*innen unter ähnlichen Bedingungen wie die Gruppen für MBCT-Teilnehmer*innen durchgeführt. Dabei waren Gruppengröße, Sitzungshäufigkeit und -dauer nahezu identisch. Das Ausmaß an Hausaufgaben war ähnlich und die individuelle Betreuungszeit der Patient*innen mit den Kursleiter*innen glich denen der MBCT-Interventionsgruppen. Themen und Übungen die Achtsamkeit betreffend sollten in diesen Gruppen vermieden werden. Die MBCT-Leiter*innen orientierten sich am Leitfaden von Segal et al. (2002). Für die Gruppenpsychoedukation wurde eine Anleitung zur Gruppentherapie von Angstpatient*innen, basierend auf der KVT, verwendet (ebd., S. 69). Die Teilnehmer*innen der usual-care-Gruppe erhielten keinerlei spezielle Behandlung, konnten jedoch jederzeit medizinische Erstversorgung in Anspruch nehmen (ebd., S. 70). Messzeitpunkte waren vor Interventionsbeginn, direkt nach dem Ende der Intervention und im Rahmen von Nachuntersuchungen (Follow-ups) nach drei, sechs und neun Monaten nach Interventionsende (ebd., S. 69).

Bei den Proband*innen der MBCT- und den Psychoedukationsgruppen wurde über den gesamten Messzeitraum eine ähnliche Minderung der Angstsymptome¹³ und der Sorgen festgestellt. Eine signifikante Verbesserung der Depressionssymptome und der Lebensqualität konnte bis zum Follow-up nach drei Monaten nur in den Psychoedukationsgruppen beobachtet werden. In den Follow-ups nach sechs und neun Monaten zeigten die Messungen in beiden Interventionsgruppen eine signifikante Verringerung von Sorgen, Depressionssymptomen und eine gesteigerte Lebensqualität. Eine Zunahme der Achtsamkeit konnte über den gesamten Messzeitraum sowohl für die MBCT- als auch für die Psychoedukationsgruppen festgestellt werden. Eine Abnahme der Arztbesuche, gemessen drei Monate nach Interventionsende, konnte lediglich bei den

¹³ Sofern der Begriff ‚(allgemeine) Angstsymptome‘ verwendet wird, sind die nach dem BAI und HAM-A (s. A4, Tab. 14) gemessenen Symptome gemeint. Sie lassen in der Gesamtwertung Rückschluss auf Angstsymptome im Allgemeinen, jedoch nicht auf spezielle Angststörungen und deren Symptome zu.

Patient*innen der Psychoedukationsgruppen festgestellt werden. Die usual-care-Gruppe wies zu keinem Messzeitpunkt Veränderungen der Symptome auf. Da diese Gruppe nicht länger ohne Behandlung bleiben sollte, wurde hier aus ethischen Gründen nur bis zu einem Follow-up nach drei Monaten gemessen (ebd., S. 70–72).

Generalisierte Angststörung in der Schwangerschaft und post partum

Zwei Studien untersuchten die Wirksamkeit der MBCT bei schwangeren Patientinnen mit GAS (Goodman et al., 2014; Luberto et al., 2018). Dabei erweiterte die Studie von Luberto et al. die Untersuchung auf Patientinnen in der Post-partum-Periode (Luberto et al., 2018). Goodman et al. (2014) entwickelten ein für Schwangere modifiziertes MBCT-Programm: ‚Coping with Anxiety through Living Mindfully‘ (CALM). Sie bezogen Programmschwerpunkte der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)¹⁴ ein. Außerdem flossen Elemente eines achtsamkeitsbasierten Geburtsvorbereitungskurses (‚Mindful Birthing‘)¹⁵ in das CALM-Programm ein (Goodman et al., 2014, S. 4). Die Probandinnen (n = 24) der nicht kontrollierten Pilotstudie befanden sich zu Beginn der Intervention zwischen der siebten und 28. Schwangerschaftswoche. Nach dem MBCT-Programm wurden Verbesserungen der Angst- und Depressionswerte sowie der Sorgen moderater bis großer Effektstärke gemessen. Außerdem ergab sich eine deutliche Zunahme des zusätzlich gemessenen ‚Selbstmitgefühls‘¹⁶ und der Achtsamkeit. Bei den Probandinnen, die zu Beginn die Kriterien der GAS voll erfüllten, wies noch eine von 24 Patientinnen (4.17 %) nach Interventionsende sämtliche Merkmale des Störungsbildes auf (ebd., S. 11).

Die Probandinnen gaben in einem Feedback zu unterschiedlichen Aspekten des Programms an, dass sie die Teilnahme am Programm als hilfreich für den Umgang mit ihrer Erkrankung empfanden und viele der Übungen erfolgreich in ihren Alltag integrieren konnten. Den Austausch innerhalb der Gruppe nahmen die Teilnehmerinnen als konstruktiv und angenehm wahr. Die Erfahrung, mit ihrer Erkrankung nicht allein zu sein, war für viele Probandinnen erleichternd. Zudem berichteten die Patientinnen von einer erhöhten Akzeptanz sich selbst und ihrer Krankheit gegenüber. Gedanken und Emotionen wurden nicht mehr grundsätzlich als Fakten wahrgenommen und das Ausbrechen aus ‚Grübelspiralen‘ empfanden viele

¹⁴ Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie ist, wie die MBCT, eine auf der KVT basierenden Psychotherapieform. Sie ergänzt die KVT durch die Prinzipien der Achtsamkeit, Akzeptanz und den Wertebezug (Wirtz, 2017, S. 120).

¹⁵ Das ‚Mindful Birthing‘ ist ein achtsamkeitsbasiertes Vorbereitungsprogramm auf Geburt, Elternschaft und die dadurch veränderten Lebensumstände (Bardacke, 2012).

¹⁶ Nach Neff (2012) setzt sich Selbstmitgefühl aus den Komponenten der Selbstfreundlichkeit, der Akzeptanz, als Mensch scheitern zu dürfen (Menschlichkeit), und Achtsamkeit zusammen. Selbstmitgefühl stellt dabei die Erweiterung des Mitgefühls für andere auf die eigene Person dar (Neff, 2012, S. 23–26 und S. 59 ff.).

Probandinnen als einfacher. Zudem wurde über ein besseres Körpergefühl berichtet (Goodman et al., 2014, S. 26 f.).

Die Forschung von Goodman et al. (2014) wurde von Luberto et al. (2018) ergänzt. Diese führten eine nicht kontrollierte Pilotstudie zur nachhaltigen Wirksamkeit der MBCT nach der Entbindung durch. Die Forscher*innen übernahmen das beschriebene CALM-Programm für ihre Studie (s. Goodman et al., 2014) (Luberto et al., 2018, S. 852). Luberto et al. führten die Intervention ebenso mit schwangeren Patientinnen mit GAS ($n = 24$) durch. Diese befanden sich im Mittel in der 16. Schwangerschaftswoche ($M = 15,54$). Messzeitpunkte waren auch hier vor Beginn und eine Woche nach Interventionsende. Eine weitere Erhebung der Symptome erfolgte drei Monate nach der Entbindung.

Die Messung der Angst- und Depressionssymptome sowie der Sorgen direkt nach der MBCT-Intervention ergab eine deutliche Verringerung. Das Selbstmitgefühl und die Achtsamkeit nahmen stark zu. Drei Monate nach der Entbindung wurde eine weitere Abnahme der Depressionssymptome gemessen.

Eine signifikante weitere Veränderung der Angstsymptome, der Sorgen und des Selbstmitgefühls zwischen der Post-Interventionsmessung und der Post-partum-Messung konnte nicht festgestellt werden (Luberto et al., 2018, S. 854).

Tabelle 4: Wirksamkeit der MBCT bei der generalisierten Angststörung (Quelle: eigene Darstellung)

Wirksamkeit der MBCT bei der generalisierten Angststörung

Reduzierung von Angst- und Depressionssymptomen sowie Sorgen. Teilweise Verringerung der Symptome auf ein nicht klinisches Niveau und Zunahme der Achtsamkeit.

(Evans et al., 2008)

Vergleich zwischen MBCT, KVT- basierter Psychoedukation und ‚usual care‘

Über gesamten Messzeitraum:

MBCT- und Psychoedukationsgruppen: Ähnliche Minderung der Angstsymptome, der Sorgen und Zunahme der Achtsamkeit.

Bis zum Follow-up drei Monate nach Interventionsende:

Psychoedukationsgruppen: Verringerung der Depressionswerte und Steigerung der Lebensqualität. Abnahme der Arztbesuche.

In Follow-ups nach sechs und neun Monaten nach Interventionsende:

MBCT- und Psychoedukationsgruppen: Verringerung der Sorgen, Angst- und Depressionssymptome und gesteigerte Lebensqualität.

Usual-care-Gruppe blieb ohne Symptomveränderungen.

(Wong et al., 2016)

Schwangere Patientinnen mit GAS, behandelt mit modifizierter MBCT (CALM)

Verbesserung der Angst- und Depressionswerte und der Sorgen. Zunahme des Selbstmitgefühls und der Achtsamkeit. Größtenteils kein Fortbestehen der GAS-Kriterien mehr. Verbesserte Fähigkeit, aus ‚Grübelspiralen‘ auszubrechen, verstärkte Akzeptanz gegenüber sich selbst und der eigenen Krankheit. Verbessertes Körpergefühl und Fähigkeit zur Trennung von Gedanken, Gefühlen und Fakten.

(Goodman et al., 2014)

Patientinnen in Schwangerschaft bzw. post partum mit GAS, behandelt mit modifizierter MBCT (CALM)

Nach Interventionsende: Verringerung der Angst- und Depressionssymptome sowie der Sorgen. Verbesserung des Selbstmitgefühls und der Achtsamkeit.

Drei Monate nach Entbindung: Weitere Verringerung der Depressionssymptome.

(Luberto et al., 2018)

5.2 Wirksamkeit der MBCT bei der sozialen Angststörung

Die Wirksamkeit der MBCT bei Menschen mit SAS wurde in drei Publikationen untersucht (Piet et al., 2010; Ebrahimejad et al., 2016; Bajesh, 2015). Dabei wurde die SAS in speziellen Altersgruppen erforscht. Diese Studien werden im Folgenden vorgestellt. Weitere Studien, die die SAS inkludieren, sind in Kapitel 5.6 aufgeführt. Sie folgen in einem separaten Kapitel, da sie zusätzlich andere Störungsbilder in ihre Untersuchungen einschließen.

Soziale Angststörung in speziellen Altersgruppen

Eine Untersuchung von Ebrahimejad et al. (2016) und eine nicht kontrollierte Interventionsstudie Studie von Bajesh (2015) schlossen lediglich adoleszente Proband*innen ein. Das Alter der Teilnehmerinnen ($n = 30$) in der Untersuchung von Ebrahimejad et al. betrug zwischen zwölf und 18 Jahren (Interventionsgruppe: $M = 14,8$ Jahre; Kontrollgruppe: $M = 15,1$ Jahre) (Ebrahimejad et al., 2016, S. 2). Die Proband*innen ($n = 30$) der Studie von Bajesh waren zwischen 14 und 17 Jahre alt ($M = 15,87$ Jahre, $SD = 1,05$). Sie absolvierten nach den obligatorischen acht Sitzungen weitere drei MBCT-Einheiten zur Auffrischung des im MBCT-Programm Erlernten nach sechs Monaten (Bajesh, 2015, S. 46).

Nach Ende der Intervention stellte Bajesh einen Rückgang der allgemeinen Angstsymptome, der sozialphobischen Symptome¹⁷ und eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung¹⁸ fest (ebd., S. 48). Ebrahimejad et al. konnten in der Interventionsgruppe nach Ende des MBCT-Programms einen Rückgang der sozialphobischen Symptome nachweisen. Außerdem wurde ein Anstieg des Selbstwertgefühls gemessen, das insbesondere bei SAS-Patient*innen gewöhnlich gering ist (Ebrahimejad et al., 2016, S. 2). Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention und zeigte keine signifikante Symptomveränderungen (ebd., S. 5).

Piet et al. (2010) untersuchten in einer randomisierten Cross-over-Studie ($n = 26$) die Wirksamkeit der MBCT allein und in Kombination mit der KVT in Gruppen bei jungen Erwachsenen zwischen 18 und 25 Jahren (Gruppe 1: $M = 21,6$, $SD = 2,84$; Gruppe 2: $M = 22,1$, $SD = 2,54$), die unter SAS litten. Dabei durchliefen zwei Vergleichsgruppen

¹⁷ Sozialphobische Symptome beschreiben gemäß dem ‚Social Phobia Inventory‘ die Furcht in unterschiedlichen sozialen Situationen, das Vermeidungsverhalten und physische Symptome (Connor et al., 2000, S. 380 f.).

¹⁸ Unter der Selbstwirksamkeitserwartung wird das Vertrauen und die Erwartung einer Person verstanden, durch die eigenen Fähigkeiten Situationen und Aufgaben bewältigen zu können (Wirtz, 2017, S. 1527).

(n = 14; n = 12) jeweils beide Verfahren in umgekehrter zeitlicher Reihenfolge. Bei der Gruppen-KVT (12 Sitzungen á 2 Stunden) bezogen sich die Kursleiter*innen auf einen Leitfaden für Therapeut*innen und Patient*innen mit Elementen der Gruppen- und Einzeltherapie (Piet et al., 2010, S. 404). In der ersten Messung nach Interventionsende (Pre-post-Messung) konnte bei den Proband*innen sowohl bei der MBCT als auch der KVT im Gruppensetting ein moderater bis sehr starker Rückgang der sozialphobischen Symptome und der psychischen und physischen Beeinträchtigungen festgestellt werden. Zudem zeigte sich bei der MBCT ein großer Effekt bei der Verringerung der Beeinträchtigung im Beruf und in der Familie. Eine signifikante Verbesserung der Angst- und Depressionssymptome konnte nur bei der KVT-Gruppe gemessen werden. Weitere Symptommessungen wiesen keine statistische Signifikanz auf. Die KVT-Gruppe zeigte einen größeren Effekt beim Rückgang der sozialen Angstsymptome. Beim Vergleich der Effekte zwischen den Interventionsgruppen war dieser Unterschied nicht signifikant (ebd., S. 406).

Bei der zweiten Pre-post-Messung, die stattfand, nachdem die MBCT und die KVT durchlaufen wurden, zeigten beide Interventionsgruppen eine deutliche Verbesserung bei den sozialphobischen Symptomen, den psychischen, physischen und interpersonellen Beeinträchtigungen und den Depressionssymptomen. Außerdem verringerte sich die Erwartung, negativ durch andere bewertet zu werden. Eine Verringerung der allgemeinen Angstsymptome und eine Verbesserung der Einschränkungen in Familie und Beruf war nur in der Gruppe, die zuerst im Rahmen der KVT behandelt wurde, signifikant. Im Follow-up sechs Monate nach Ende der letzten Interventionen war in beiden Gruppen ein verstärkter Rückgang allgemeiner und sozialer Angstsymptome messbar. Die Depressionssymptome, die psychische bzw. physische Beeinträchtigung und die erlebten Belastungen in Beruf und Familie verringerten sich ebenfalls im Vergleich zu den vorherigen Post-Interventionsmessungen. Im Follow-up nach zwölf Monaten fand eine weitere Messung der sozialen Angstsymptome statt. Hierbei wurden weiterhin steigende Effekte in Gruppe 1 (MBCT zu Beginn) gemessen. Bei Gruppe 2 (KVT zu Beginn) stagnierten bzw. verringerten sich die Effekte (ebd., S. 407). Die Zufriedenheit der Proband*innen war in beiden Interventionsgruppen gleichermaßen hoch (ebd., S. 408).

Tabelle 5: Wirksamkeit der MBCT bei der sozialen Angststörung (Quelle: eigene Darstellung)

Wirksamkeit der MBCT bei der sozialen Angststörung

Jugendliche Probandinnen mit SAS (12 bis 18 Jahre)

Rückgang der sozialphobischen Symptome und Anstieg des Selbstwertgefühls.
(Ebrahimejad et al., 2016)

Jugendliche Proband*innen mit SAS (14 bis 17 Jahre)

Verringerung allgemeiner und sozialphobischer Angstsymptome, Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung.

(Bajesh, 2015)

Junge Erwachsene mit SAS (18 bis 25 Jahre)

Pre-post-Messung 1 (Gruppe 1 erhielt MBCT, Gruppe 2 erhielt KVT):

In beiden Gruppen: Verringerung der sozialen Angstsymptome und der psychischen und physischen Beeinträchtigungen.

Gruppe 1: Rückgang beruflicher und familiärer Beeinträchtigungen.

Gruppe 2: Verringerung der Angst- und Depressionssymptome.

Etwas größerer Effekt der KVT bei den sozialen Angstsymptomen, im Vergleich jedoch nicht signifikant.

Pre-post-Messung 2:

Gruppe 1 und Gruppe 2: Rückgang der sozialen Angst- und Depressionssymptome und der psychischen bzw. physischen und interpersonellen Beeinträchtigung. Verminderung der Erwartung negativer Bewertung durch andere.

Gruppe 2: Rückgang der allgemeinen Angstsymptome sowie der familiären und beruflichen Belastungen.

Im Follow-up nach sechs Monaten: Weiterer Rückgang der allgemeinen und der sozialphobischen Angstsymptome, der Depressionssymptome sowie der psychischen, physischen, beruflichen und familiären Beeinträchtigungen in beiden Gruppen.

Im Follow-up nach zwölf Monaten:

Gruppe 1: Weiter steigende Effekte der Verringerung der sozialen Angstsymptome.

Gruppe 2: Stagnation bzw. Verringerung der Effekte.

Hohe Zufriedenheit mit den Programmen in beiden Gruppen.

(Piet et al., 2010)

5.3 Wirksamkeit der MBCT bei der Agoraphobie

Zur Wirksamkeit der MBCT bei Patient*innen mit ausschließlicher Agoraphobie konnte keine Studie gefunden werden. Die Wirksamkeit der Therapie auf die agoraphobischen Symptome wurde nur einhergehend mit anderen Störungsbildern untersucht und dort entsprechend im Zusammenhang dargestellt (Sado et al., 2018; Kim et al. 2010; Kim et al., 2013) (s. Kap. 5.4 & 5.6).

5.4 Wirksamkeit der MBCT bei der Panikstörung

Die Wirksamkeit der MBCT bei Patient*innen mit PS wurde in drei Studien untersucht (Kim et al., 2010; Kim et al. 2016; Kim et al. 2013).

In einer nicht kontrollierten Interventionsstudie von Kim et al. (2010) zeigten sich bei Panikpatient*innen (n = 23) bereits zwei bzw. vier Wochen nach der MBCT positive Effekte. Die Proband*innen wiesen damit bereits während der Therapie geringere Angst- und Paniksymptome auf (Kim et al., 2010, S. 592). Zudem nahmen die agoraphobischen Anfälle ab, die bei vielen Panikpatient*innen Teil des Krankheitsbildes darstellen. Zusätzlich wurde ein niedrigeres Maß an Angstsensitivität¹⁹ gemessen, die insbesondere bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der PS relevant ist (ebd., S. 591).

Nach Ende des MBCT-Programms zeigte sich eine deutliche Verringerung von Angst- und Paniksymptomen und der Angstsensitivität. Darüber hinaus zeigten die Proband*innen niedrigere agoraphobische und sozialphobische Symptome (ebd., S. 594).

Von 17 im Follow-up nach einem Jahr befragten Patient*innen wiesen 15 (88,24 %) keine Diagnosekriterien der PS mehr auf. Zwei Teilnehmer*innen (11,76 %) hatten erneute Panik- bzw. agoraphobische Anfälle (ebd., S. 593).

In einer nicht kontrollierten Interventionsstudie von Kim et al. (2016) mit Panikpatient*innen (n = 69) zeigte sich hinsichtlich der Paniksymptome und der Angstsensitivität nach Interventionsende ebenfalls eine signifikante Verbesserung. Zudem wiesen die Proband*innen geringere Depressionssymptome auf (ebd., S. 199). Kim, M.K. et al. legten einen weiteren Schwerpunkt ihrer Studie auf die Untersuchung der

¹⁹ Unter Angstsensitivität, auch als Erwartungsangst bezeichnet, ist die Angst vor der Angst zu verstehen. Dabei handelt es sich um die Furcht vor Angstzuständen, die durch körperliche Empfindungen hervorgerufen wird, die mit Angst in Verbindung gebracht werden, wie z. B. schneller Herzschlag, Zittern und Schwitzen (Margraf & Maier, 2012; S. 51; Wirtz, 2017, S. 524).

Unsicherheitsintoleranz²⁰ und einer möglichen Veränderung durch die MBCT. Das Konstrukt der Unsicherheitsintoleranz ist ein wesentlicher Faktor für die Entwicklung und das Bestehenbleiben vieler Angststörungen (ebd., S. 196). Nach der Teilnahme am MBCT-Kurs wiesen die Proband*innen auch hierbei geringere Werte moderater Effektstärke auf (ebd., S. 199).

Kim et al. (2013) konnten in ihrer nicht kontrollierten Interventionsstudie nach Ende der MBCT einen Rückgang der Panik- und agoraphobischen Symptome sowie der Angstsensitivität bei Panikpatient*innen (n = 65) feststellen. Im Follow-up nach einem Jahr konnte eine Aufrechterhaltung der Symptomverringerung gemessen werden. Kim, et al. ermittelten zudem bei den Patient*innen mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen eine geringere Bereitschaft, das Programm zu beenden, im Vergleich zu den Proband*innen ohne Persönlichkeitsstörungen (Kim et al., 2013, S. 1458).

Tabelle 6: Wirksamkeit der MBCT bei der Panikstörung (Quelle: eigene Darstellung)

Wirksamkeit der MBCT bei der Panikstörung

Während und nach Ende der MBCT: Verringerung der Angst- und Paniksymptome. Außerdem Reduktion der Angstsensitivität sowie der agora- und sozialphobischen Symptome.

Follow-up ein Jahr nach Interventionsende: Größtenteils kein Fortbestehen der Diagnosekriterien der PS mehr.

(Kim et al., 2010)

Rückgang der Panik- und Depressionssymptome, der Angstsensitivität und der Unsicherheitsintoleranz.

(Kim et al., 2016)

Rückgang der Panik- und agoraphobischen Symptome und Verringerung der Angstsensitivität.

Im Follow-up ein Jahr nach Interventionsende: Beibehaltung der verminderten Paniksymptome und der Angstsensitivität.

Erhöhte Drop-out-Quote bei Patient*innen mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen.

(Kim et al., 2013)

²⁰ Bei der Unsicherheitsintoleranz, auch Ambiguitätsintoleranz genannt, handelt es sich um die Neigung, zukünftige Situationen mit unklarem Ausgang als bedrohlich zu empfinden (Margraf & Maier, 2012, S. 38 f.).

5.5 Wirksamkeit der MBCT bei spezifischen Phobien

Die Recherche ergab keine Studien bzgl. der Wirksamkeit bei einer oder mehreren spezifischen Phobien. Sie wurden ausschließlich als Komorbidität deskriptiv erfasst (Strege, 2018, S. 4). Dabei folgte keine getrennte Auswertung der Angststörungen, die mit und ohne komorbid-spezifischen Phobien einhergingen. Daher bleiben diese hier unberücksichtigt.

5.6 Wirksamkeit der MBCT bei mehreren verschiedenen parallel untersuchten Arten der Angststörungen

In vier Publikationen wurde die Wirksamkeit der MBCT bei jeweils zwei verschiedenen Formen der Angststörung parallel untersucht (Yook et al., 2008; Kim et al., 2009; Sado et al., 2018).

Eine nicht kontrollierte Interventionsstudie von Sado et al. (2018) untersuchte die Wirksamkeit und Durchführbarkeit der MBCT bei Patient*innen (n = 14) mit SAS und PS. Eine Messung vier Wochen nach Beginn des Programms ergab bereits einen Rückgang habitueller Angst, d. h. der Angst als Persönlichkeitsmerkmal, und der Zustandsangst, d. h. der vorhandenen Angstsymptome zum Zeitpunkt der Befragung. Nach dem Programm zeigte sich dieser Rückgang verstärkt. Die Effekte waren in den Follow-ups nach einem und zwei Monaten zwar geringer, eine Verbesserung im Vergleich zur Messung vor Interventionsbeginn konnte jedoch beibehalten werden. Nach Ende des Programms zeigte sich zudem eine Abnahme der agoraphobischen Symptome. Im Follow-up zwei Monate nach Interventionsende wies die Messung der agoraphobischen Symptome eine erneute Signifikanz auf. Im Anschluss an die Behandlung konnte außerdem ein Rückgang von negativem Stress (Disstress) gemessen werden. In den Follow-ups wies dieser Effekt jedoch keine Signifikanz mehr auf (ebd., S. 4). In beiden Follow-ups konnte eine Verbesserung der Achtsamkeit im Hinblick auf das Nicht-Urteilen festgestellt werden. Gemessene Verbesserungen der zusätzlich erhobenen, sozialphobischen Symptome, Panikattacken und Lebensqualität waren statistisch nicht signifikant (Sado et al., 2018, S. 4 f.).

In der zweiten betrachteten Forschung, einer kontrollierten Interventionsstudie von Kim et al. (2009), fanden die Autoren heraus, dass Patient*innen (n = 46) mit PS sowie GAS nach der MBCT-Intervention eine deutlich stärkere Symptomverbesserung aufwiesen als solche, die ein Psychoedukationsprogramm (anxiety disorder education, ADE) absolvierten. In der

ADE-Gruppe wurden die Proband*innen über die jeweiligen Störungsbilder in sämtlichen Aspekten aufgeklärt. Zudem wurde die eigene Störung gruppenintern mit den Therapeut*innen besprochen (Kim et al., 2009, S. 603).

In der MBCT-Interventionsgruppe konnten nach zwei, vier und acht Wochen über den gesamten Messzeitraum (nach Baseline) geringere Angst- und Depressionssymptome mit mittleren bis sehr großen Effekten gemessen werden. Von 24 MBCT-Teilnehmer*innen gaben 16 (66,67 %) nach Programmende an, frei von Panik- und agoraphobischen Attacken zu sein. Außerdem wiesen sie keine individuell empfundenen psychischen und physischen Beeinträchtigungen mehr auf (Kim et al., 2009, S. 603 f.). Bei der ADE-Gruppe konnten zu keinem Zeitpunkt Effekte hinsichtlich einer Symptomverbesserung gemessen werden (ebd., S. 604).

Yook et al. (2008) konnten in ihrer nicht kontrollierten Pilotstudie bei Patient*innen mit GAS und PS (n = 19) eine Verringerung der Angst- und Depressionssymptome, des Grübelns und der übersteigerten Sorgen sehr großer Effektstärken nach Interventionsende feststellen. Sechs der elf Proband*innen (54,55 %), die vor Interventionsbeginn klinische Depressionswerte aufwiesen, zeigten diese nach Ende der MBCT nicht mehr (Yook et al., 2008, S. 502).

Im Fokus der Studie stand darüber hinaus die Untersuchung der Wirksamkeit einer MBCT bei Schlafstörungen als Begleitsymptom von Angsterkrankungen. Schlafstörungen gehen mit vielen Angststörungen einher und können psychische und physische Beeinträchtigungen begünstigen (ebd., S. 501). Nach Ende des MBCT-Programms zeigten sich bei den Proband*innen deutliche Verbesserungen der Schlafstörungen. Sie berichteten über eine kürzere Einschlafdauer und weniger Durchschlafprobleme. Die Schlafqualität und die Tagesform verbesserten sich. Die individuelle Einnahme von Schlafmitteln konnte reduziert werden. Eine Veränderung der allgemeinen Schlafdauer konnte nicht verzeichnet werden (ebd., S. 502).

Strege et al. (2018) untersuchten in einer Pilotstudie den Einfluss der MBCT auf die positive und negative Affektivität²¹ bei Patient*innen mit SAS (n = 14) und GAS (n = 15). Des Weiteren erfolgte die Erhebung der Leitsymptome von SAS und GAS. Im Gegensatz zu Kim et al. (2009), Yook et al. und Sado et al. erfolgte die Auswertung hinsichtlich der Leitsymptome (soziale Angstsymptome und Sorgen) getrennt bei den Patient*innen mit SAS

²¹ Unter positiver bzw. negativer Affektivität wird das Ausmaß des subjektiven Empfindens positiver bzw. negativer Stimmungslagen verstanden (Wirtz, 2017, S. 106).

und GAS (Strege et al., 2018, S. 5). Dabei zeigte sich ein moderater Rückgang der sozialen Angstsymptome bei den Patient*innen mit SAS und eine moderate Verringerung der übersteigerten Sorgen bei den Patient*innen mit GAS. In beiden Gruppen konnte nach der MBCT-Intervention ein vergleichbarer Anstieg der positiven Affektivität gemessen werden. Ein Rückgang der negativen Affektivität war nur in der Gesamtstichprobe, nicht aber in den beiden einzelnen Gruppen, statistisch signifikant (ebd., S. 6).

Bei den Patient*innen mit SAS wurden die sozialphobischen Angstsymptome erhoben. Dabei konnte ein Rückgang mittlerer Effektstärke festgestellt werden. Sechs der 14 Patient*innen (42.86 %) mit SAS erfüllten zudem nicht länger die Diagnosekriterien dieses Störungsbildes. Bei den Patient*innen mit GAS konnte nach Interventionsende eine Verringerung der übermäßigen Sorgen festgestellt werden (ebd., S. 5). Bei beiden Gruppen wurde eine Steigerung der Achtsamkeit gemessen, wobei der Effekt bei Patient*innen mit SAS stärker war (ebd., S. 6).

Tabelle 7: Wirksamkeit der MBCT bei mehreren verschiedenen parallel untersuchten Arten der Angststörung (Quelle: eigene Darstellung)

Wirksamkeit der MBCT bei mehreren verschiedenen parallel untersuchten Arten der Angststörung

PS und SAS

Während der Intervention: Rückgang der habituellen Angst und der Zustandsangst.

Nach Interventionsende: Weitere Verringerung der habituellen Angst und der Zustandsangst. Rückgang der agoraphobischen Symptome und des Distress.

Follow-ups (ein und zwei Monate nach Interventionsende): Trotz leichter Abnahme der Effektstärke bei der Angstsymptomatik zeigten sich weiterhin geringere Werte im Vergleich zur Ausgangslage.

Im zweiten Follow-up (zwei Monate nach Interventionsende): Erneute Verbesserung der agoraphobischen Symptome.

Verbesserung des Achtsamkeitsaspekts des Nicht-Urteilens in beiden Follow-ups.

(Sado et al., 2018)

GAS und PS

Während der Intervention:

MBCT-Gruppe: Geringere Angst- und Depressionssymptome

Nach der Intervention:

MBCT-Gruppe: Weitere Verringerung der Angst- und Depressionssymptome. Ein Großteil der wies keine Panik- und agoraphobischen Attacken sowie physischen bzw. psychischen Einschränkungen mehr auf.

Kontrollgruppe (Psychoedukation): Keine relevante Verbesserung der Symptome.

(Kim et al., 2009)

GAS und PS

Verringerung der Angst- und Depressionssymptome, des Grübelns und der übersteigerten Sorgen. Verbesserung der Schlafstörungen, wie z. B. geringere Einschlafdauer und verminderte Durchschlafprobleme, sowie der Schlafqualität und der Tagesform. Reduzierung der Einnahme von Schlafmitteln.

(Yook et al., 2008)

SAS und GAS

Anstieg der positiven Affektivität sowie Zunahme der Achtsamkeit bei GAS- und SAS-Patient*innen.

Rückgang der negativen Affektivität nur in der Gesamtstichprobe signifikant.

Bei den SAS-Patient*innen: Verbesserung der sozialphobischen Symptome.

Bei den GAS-Patient*innen: Verringerung der Sorgen.

(Strege et al., 2018)

Tabelle 8: Übersicht über Studiendesigns, Stichproben, Messinstrumente und Effektstärken (Quelle: eigene Darstellung)

Autor* innen, Jahr, Ort	Studiendesign, Messzeitpunkte	Stichprobe	Mess- instrumente *1	Effektstärken der Symptomveränderungen (Cohen's d) bei statistisch signifikanten Ergebnissen
Evans et al., 2008, USA	Nicht kontrollierte nicht randomisierte Interventionsstudie mit zwei Messzeit- punkten (Baseline, Post-Intervention)	n = 11; 36–72 Jahre alt (M = 49); weiblich = 54,55 %, männlich = 45,45 %; Bildungsjahre = 16–20 Jahre (M = 17); GAS	BAI, BDI-II, PSWQ, POMS, MAAS	<i>BAI: d = 0,91</i> (+++) *2; <i>PSWQ: d = 1,3</i> (+++); <i>POMS: d = 0,96</i> (+++); <i>BDI-II: d = 0,61</i> (++); <i>MAAS: d = 0,84</i> (+++)
Goodman et al., 2014, USA	Nicht kontrollierte Interventionsstudie mit zwei Messzeit- punkten (Baseline, Post-Intervention)	n = 24; 27–45 Jahre alt (M = 33,5; SD = 4,40); weiblich = 100 %; weiß = 75 %, asiatisch = 12,5 %, hispanoamerikanisch = 8,3 %; berufliche Ausbildung = 62,5 %, Universitätsabschluss = 25 % Studium nicht/noch nicht abgeschlossen = 12,5 %; AD-Einnahme = 16,67 %; GAS	PSWQ, BAI, BDI-II, SCS, PHQ-9, MAAS	<i>BAI: d = 1,5</i> (+++); <i>PSWQ: d = 2</i> (+++); <i>BDI-II: d = 2,26</i> (+++); <i>SCS: d = 2,35</i> (+++); <i>MAAS: d = 1,06</i> (+++)
Luberto et al., 2018, USA	Nicht kontrollierte Interventionsstudie mit drei Messzeitpunkten (Baseline, Post- Intervention, postpartum)	n = 24; 33,5 Jahre alt (M), SD = 4,40; weiblich = 100 %; weiß = 75 %; GAS	PSWQ, BAI, BDI-II, SCS, PHQ-9, MAAS	<u>Post-Intervention:</u> <i>BDI-II: d = 1,07</i> (+++) <u>post partum:</u> <i>BAI: d = 1,53</i> (+++); <i>PSWQ: d = 1,92</i> (+++); <i>BDI-II: d = 2,72</i> (+++); <i>SCS: d = 1,81</i> (+++); <i>MAAS: d = 1,0</i> (+++)
Baijesh, 2015, Indien	Nicht kontrollierte Interventionsstudie mit zwei Messzeit- punkten (Baseline, Post-Intervention)	n = 30; 14–17 Jahre alt (M = 15,87; SD = 1,05); weiblich = 33 %, männlich = 63 %)	LSAS-CA, HAM-A, GSE	<i>HAM-A: d = 2,50</i> (+++) *2; <i>LSAS-CA-Angst-Unterskala: d = 3,58</i> (+++); <i>LSAS-CA-Vermeidungs-Unterskala: d = 5,83</i> (+++); <i>GSE: d = 2,50</i> (+++)

<p>Piet et al., 2010, Dänemark</p>	<p>Randomisierte Crossover-Studie mit fünf Messzeitpunkten (Baseline, Post 1 nach Intervention, Post 2 nach Intervention, Follow-ups (sechs und zwölf Monate nach Interventionsende)</p>	<p>n = 26; <u>Gruppe 1:</u> 21,6 Jahre alt (M), SD = 2,84; weiblich = 79 %, männlich = 21 %; in einer Partnerschaft lebend = 36 %; berufstätig oder studierend = 86 %; AD-Einnahme = 14 % <u>Gruppe 2:</u> 22,1 Jahre alt (M), SD = 2,54; weiblich = 58 %, männlich = 42 %; in einer Partnerschaft lebend = 33 %; berufstätig oder studierend = 83 %; AD-Einnahme = 8 %; SAS</p>	<p>LSAS, SPS, SIAS, SCL-90-R, BAI, BDI-II, IIP-C, FNE-BV, SDS</p>	<p><u>Post 1 (Gruppe 1 erhält MBCT, Gruppe 2 erhält KVT)</u> SCS*³: MBCT: d = 0,77 (++) , KVT: d = 1,15(+++); SPS: MBCT: d = 0,79 (++) , KVT: d = 0,93 (+++); SIAS: KVT: d = 0,66 (++) ; LSAS: MBCT: d = 0,90 (+++), KVT: d = 1,27 (+++); SCL-90-R: MBCT: d = 0,52 (++) , KVT: d = 0,84 (+++); BDI-II: KVT: d = 0,86 (+++); BAI: KVT: d = 0,80 (+++); SDS: MBCT: d = 0,61 (++) <u>Post 2:(Gruppe 1 erhält KVT, Gruppe 2 erhält MBCT)</u> SCS: MBCT: d = 1,04 (+++), KVT: d = 1,15 (+++); SPS: MBCT: d = 1,07 (+++), KVT: d = 1,04 (+++); SIAS: MBCT: d = 0,73 (++) , KVT: d = 0,76 (++) ; LSAS: MBCT: d = 1,08 (+++), KVT: d = 1,22 (+++); SCL-90-R: MBCT: d = 0,67 (++) , KVT: d = 0,91 (+++); BDI-II: MBCT: d = 0,76 (++) , KVT: d = 1,00 (+++); BAI: KVT: d = 1,08 (+++); IIP-C: MBCT: d = 0,65 (++) , KVT: d = 0,81 (+++); FNE-BV: MBCT: d = 0,91 (+++), KVT: d = 0,75 (++) ; SDS: MBCT: d = 1,17 (+++), KVT: d = 0,76 (++) . <u>Follow-up nach sechs Monaten</u> SPC: Gruppe 1: d = 1,42 (+++), Gruppe 2: d = 1,62 (+++); SPS: Gruppe 1: d = 1,44 (+++), Gruppe 2: d = 1,35 (+++); SIAS: Gruppe 1: d = 1,19 (+++), Gruppe 2: d = 1,09(+++); LSAS: Gruppe1: d = 1,29 (+++), Gruppe 2: d = 1,73 (+++); SCL-90-R: Gruppe 1: d = 0,84 (+++), Gruppe 2: d = 1,15 (+++); BDI-II: Gruppe 1: d = 0,87 (+++), Gruppe 2: d = 1,05 (+++); BAI: Gruppe 1: d = 0,68 (++) , Gruppe 2: d = 1,20 (+++); SDS: Gruppe 1: d = 1,08 (+++), Gruppe 2: d = 0,77 (++) <u>Follow-up nach zwölf Monaten</u> SPS: Gruppe 1: d = 1,53 (+++), Gruppe 2: d = 1,03 (+++); SIAS: Gruppe 1: d = 1,22 (+++), Gruppe 2: d = 0,85 (+++)</p>
--	--	--	---	---

Ebrahimi-nejad al., 2016, Iran	Kontrollierte, nicht randomisierte Interventionsstudie mit zwei Messzeitpunkten (Baseline, Post-Intervention)	n = 30; 12–18 Jahre alt; weiblich = 100 % <u>Interventionsgruppe:</u> 14,8 Jahre alt (M) <u>Kontrollgruppe:</u> 15,1 Jahre alt (M); Mittelschicht; SAS	SPIN, RSES,	<i>SPIN</i> : MBCT: d = 1,51 (+++) *2; <i>RSES</i> : MBCT: d = 0,67 (++)
Kim et al., 2016, Südkorea	Nicht kontrollierte Interventionsstudie zwei Messzeitpunkten (Baseline, Post-Intervention)	n = 69; 37,88 Jahre alt (M), SD = 8,60; weiblich = 64 %, männlich = 36 %; 14,6 Bildungsjahre (M), SD = 2,18; verheiratet = 79 %, unverheiratet = 21 %; Einkommen (USD pro Monat): 5,850 oder mehr = 31 %, 3,900–5,850 = 36 %, Weniger als 3,900 = 33 %; religiös = 55 %, nicht religiös = 45 %; PS	IUS, PDSS-SR, BDI	<i>PDSS-SR</i> : d = 0,82 (+++); <i>BDI</i> : d = 1,03 (+++); <i>IUS</i> : d = 0,51 (++)
Strege et al., 2018, USA	Nicht kontrollierte Interventionsstudie mit zwei Messzeitpunkten (Baseline, Post-Intervention)	n = 29 <u>Interventionsgruppe 1</u> : 28,29 Jahre alt (M), SD = 12,27; weiblich = 57 %, männlich=43%; kaukasisch = 70 % <u>Interventionsgruppe 2</u> : 35 Jahre alt (M), SD = 13,27; weiblich = 50 %, männlich=50%; kaukasisch = 100 % <u>Interventionsgruppe 3</u> : 42,50 Jahre alt (M), SD = 12,50; weiblich = 70 %, männlich=30%; kaukasisch = 100 %; Psychopharmaka = keine Prozentangaben; GAS und SAS	LSAS, PANAS, PSWQ, FFMQ	<i>LSAS</i> : Gesamtstichprobe: d = 0,45 (+); SAS = d = 0,63 (++) <i>PSWQ</i> : Gesamtstichprobe: d = 0,42 (+); GAS: d = 0,55 (++) <i>PANAS</i> : <i>PA</i> *3: Gesamtstichprobe: d = 0,49 (+); SAS: d = 0,51 (++); GAS: d = 0,45 (+) <i>PANAS</i> : <i>NA</i> *4: Gesamtstichprobe: d = 0,29 (+) <i>FFMQ</i> : Gesamtstichprobe: d = 0,78 (++); SAS: d = 1,22 (+++); GAS: d = 0,68 (++)

Kim et al., 2010, Südkorea	Nicht kontrollierte Interventionsstudie mit drei Messzeitpunkten (Baseline, Post-Intervention und Follow-up ein Jahr nach MBCT)	n = 23; 41,2 Jahre alt (M), SD = 7; weiblich = 57 %, männlich = 43 %; 14 Bildungsjahre (M), SD = 2,2; verheiratet = 70 %, unverheiratet = 30 %; berufstätig = 44 %, nicht berufstätig = 58 %; religiös = 42 %, nicht religiös = 58 %; AD-Einnahme = 95,65 % BM-Einnahme = 100 %; PS	BAI, ASI-R, APPQ, HAM-D, HAM-A, PDSS	<i>HAMA: d = 0,92</i> (+++); <i>PDSS: d = 0,80</i> (+++); <i>BAI: d = 0,48</i> (+); <i>ASI-R: d = 0,41</i> (+); <i>APPQ: d = 0,37</i> (+); <i>HAM-D</i> : k. A. im Text und fehlende Werte zur Berechnung der Effektstärke
Kim et al., 2009, Südkorea	Kontrollierte (mit Psychoedukationsgruppe/ADE) nicht-randomisierte Interventionsstudie mit vier Messzeitpunkten (Baseline, nach zwei und vier Wochen während der Intervention und Post-Intervention)	n = 46 <u>MBCT-Gruppe:</u> 40,87 Jahre alt (M), SD = 7,3; weiblich = 58 %, männlich = 42 %; 13,77 Bildungsjahre (M), SD = 2,0; verheiratet = 62 %; berufstätig = 50 %; religiös = 50 % <u>ADE-Gruppe:</u> 38,17 Jahre alt (M), SD = 9,7; weiblich = 68 %, männlich = 32 %; 13,57 Bildungsjahre (M), SD = 2,4; verheiratet = 59 %; berufstätig = 54 %; religiös = 77 %; AD-Einnahme = 100 %, BM-Einnahme = 100 %; GAS und PS	BDI, BAI, SCL-90-R, HAM-D, HAM-A	<u>Während der Intervention (zwei Wochen nach Beginn)*2*5</u> <i>HAM-A</i> : MBCT: d = 1,54 (+++), ADE: d = 0,05 ; <i>BAI</i> : MBCT: d = 0,78 (++) , ADE: d = 0,05 ; <i>SCL-90-R</i> : MBCT: d = 0,61 (++) , ADE: d = 0,1 ; <i>HAM-D</i> : MBCT: d = 0,73 (++) , ADE: d = 0,19 ; <i>BDI</i> : MBCT: d = 0,65 (++) , ADE: d = 0,04 ; <i>SCL-90-R</i> : MBCT: d = 0,66 (++) , ADE: d = 0,07 <u>Während der Intervention (vier Wochen nach Beginn)</u> <i>HAM-A</i> : MBCT: d = 2,45 (+++), ADE: d = 0,23 ; <i>BAI</i> : MBCT: d = 0,95 (+++), ADE: d = 0,13 ; <i>SCL-90-R</i> : MBCT: d = 0,84 (+++), ADE: d = 0,05 ; <i>HAM-D</i> : MBCT: d = 1,06 (+++), ADE: d = 0,21 ; <i>BDI</i> : MBCT: d = 1,3 (+++), ADE: d = 0,23 ; <i>SCL-90-R</i> : MBCT: d = 1,06 (+++), ADE: d = 0,11 <u>Post-Intervention</u> <i>HAM-A</i> : MBCT: d = 3,61 (+++), ADE: d = 0,19 ; <i>BAI</i> : MBCT: d = 0,93 (+++), ADE: d = 0,08 ; <i>SCL-90-R</i> : MBCT: d = 1,0 (+++), ADE: d = 0,11 ; <i>HAM-D</i> : MBCT: d = 1,01 (+++), ADE: d = 0,31 (+); <i>BDI</i> : MBCT: d = 1,22 (++) , ADE: d = 0,13 ; <i>SCL-90-R</i> : MBCT: d = 0,82 (+++), ADE: d = 0,15

Kim et al., 2013, Südkorea	Nicht kontrollierte Interventionsstudie mit drei Messzeitpunkten (Baseline, Post-Intervention und Follow-up ein Jahr nach Interventionsende)	n = 65; 39,94 Jahre alt (M), SD = 9,13; weiblich = 47,7 %, männlich = 52,3 %; Bildungsjahre = 14,23 (M), SD = 2,17; verheiratet = 83,1 %, unverheiratet = 16,9 %; berufstätig = 64,6 %, nicht berufstätig = 35,4 %; religiös = 61,5 %, nicht religiös = 38,5; Psychopharmaka = unklare Prozentangaben innerhalb der Studie; PS	PDSS, ASI-R, HAM-D, HAM-A	k. A. aufgrund fehlender Werte zur Berechnung der Effektstärken
Yook et al., 2008, Südkorea	Nicht kontrollierte Interventionsstudie mit zwei Messzeitpunkten (Baseline, Post-Intervention)	n = 19; 31–51 Jahre (M = 41,1; SD = 6,3); weiblich = 42,11 %, männlich = 57,89 % 12–16 Bildungsjahre (M = 14,0; SD = 1,6); berufstätig = 52 %; verheiratet = 73 %; AD-/BM-Einnahme = keine Prozentangaben; SAS und PS	PSQI, PSWQ, RRS, HAM-D, HAM-A, Sleep diary to control sleep hygiene	<i>PSQI</i> : d = 1,32 (+++); <i>HAM-D</i> : d = 1,02 (+++); <i>HAM-A</i> : d = 3,09 (+++); <i>PSWQ</i> : d = 1,19 (+++); <i>RRS</i> : d = 1,28 (+++)
Sado et al., 2018, Japan	Nicht kontrollierte Interventionsstudie mit fünf Messzeitpunkten (Baseline, vier Wochen nach Beginn), Post-Intervention und Follow-ups nach einem und zwei Monaten nach MBCT)	n = 14; 45,0 Jahre alt (M), SD = 14,1; weiblich = 71,4 %, männlich=28.6%; AD-Einnahme = 71,4 %, BM-Einnahme = 50,0 %; PS und GAS	STAI-State (Angst als Zustand) & STAI-Trait (Angst als Persönlichkeitsmerkmal), CES-D, SF-36, MIA, LSAS, K-6	<u>Während der Intervention (vier Wochen nach Beginn) *2</u> <i>STAI-state</i> : d = 0,60 (++); <i>STAI-trait</i> : d = 0,41 (+); <u>Post-Intervention:</u> <i>STAI-state</i> : d = 1,12 (+++); <i>STAI-trait</i> : d = 0,70 (++); <i>K-6</i> : d = 0,51 (++); <i>MIA</i> : d = 0,34 (+); <i>FFMQ (nonjudgement)</i> : d = 0,42 (+) <u>Follow-up (ein Monat nach Interventionsende)</u> <i>STAI-state</i> : d = 0,78 (++); <i>STAI-trait</i> : d = 0,52 (++); <i>FFMQ (nonjudgement)</i> : d = 0,41 (+) <u>Follow-up (zwei Monate nach Interventionsende)</u> <i>STAI-state</i> : d = 0,63 (++); <i>STAI-trait</i> : d = 0,42 (+); <i>MIA</i> : d = 0,46 (+)

Wong et al, 2016, China	Randomisierte kontrollierte Studie mit fünf Messzeitpunkten (Baseline, Post-Intervention, Follow-ups drei, sechs und neun Monate nach MBCT)	n = 182; 50,00 Jahre alt (M), SD = 10,02; weiblich = 79,1 %, männlich = 20,9 %; Grundschulbildung = 15,7 %, weiterführende Schule = 50,6 %, weiterführender Abschluss = 11,8 %, Hochschule oder höher = 21,9 %; berufstätig = 42,2 %, nicht berufstätig = 57,8 %; niedriges Einkommen = 46,1 %, mittleres Einkommen = 26,0 %, hohes Einkommen = 26,0 %; verheiratet = 71,7 %, ledig/geschieden = 28,3 %; christlich = 36,7 %, buddhistisch/taoistisch = 10,2 %, nicht-religiös = 53,1 %; GAS	BAI, PSWQ, CES-D, SF-12, FFMQ	k. A. aufgrund fehlender Werte zur Berechnung der Effektstärken
-------------------------	---	--	-------------------------------	---

*¹ Eine Auflistung sämtlicher verwendeter Messinstrumente zur Symptomveränderung befindet sich im Anhang A4, Tab. 14

*² Für diese Studie wurden die Effektstärken nachträglich von der Autorin berechnet. Die jeweiligen Verfahren sind in Kapitel 4 & 6.2 erläutert.

*³ PA: positive Affektivität, *⁴ NA: negative Affektivität

*⁵ SPC: Durch den ‚Social Phobia Composite‘-Wert wurden die sozialphobischen Messwerte in dieser Studie durch die Studienautor*innen zusammengefasst.

*⁶ Für diese Studie wurden die Effektstärken für Kontroll- und Interventionsgruppe separat berechnet (anstelle des vom Effekt der Kontrollgruppe bereinigten Gesamteffektes, um eine Vergleichbarkeit mit den nicht kontrollierten Studien zu gewährleisten)

AD: Antidepressivum aus der Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer und der Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer

BM: Beruhigungsmittel aus der Gruppe der Benzodiazepine

GAS: generalisierte Angststörung

SAS: soziale Angststörung

PS: Panikstörung

Effektstärken: + = kleiner Effekt, ++ = mittlerer Effekt, +++ = großer Effekt

6 Diskussion

In diesem Kapitel erfolgt eine kritische Reflexion und Bewertung der erlangten Studienergebnisse. Außerdem werden die Auswahlmethoden bzgl. der Publikationen betrachtet und ausgewertet.

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Grundlage zur Beantwortung der Fragestellung, ob die MBCT bei der Behandlung von Angststörungen als wirksam angesehen werden kann, bilden die Ergebnisse der Studien, die im Rahmen der Literaturrecherche gefunden wurden. Neben der zusammengefassten Darstellung der gefundenen Ergebnisse werden auch Limitationen, die hinsichtlich der Ergebnisse bestehen, diskutiert und Empfehlungen abgeleitet.

Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse zur generellen Wirksamkeit

Trotz einzelner, nicht signifikanter Symptommessungen zeigten sämtliche Studien eine Wirksamkeit der MBCT hinsichtlich der Verringerung von verschiedenen Leitsymptomen bei der Behandlung von Angstpatient*innen. Neben den allgemeinen Angstsymptomen und der habituellen Angst nahmen auch die Depressionssymptome ab. Bei Panikpatient*innen konnte zudem ein Rückgang der Panik- und agoraphobischen Symptome festgestellt werden, insb. die Anzahl der Panikattacken und der agoraphobischen Anfälle verringerten sich (Kim et al. 2009, S. 603; Sado et al., 2018, S. 4 f.; Kim et al., 2010, S. 59). Bei Menschen mit GAS zeigte sich eine Verringerung der übersteigerten Sorgen nach der MBCT (Evans et al., 2008, S. 718; Wong et al., 2016, S. 72). Patient*innen mit SAS zeigten nach der Intervention einen Rückgang der sozialphobischen Symptome (Ebrahiminejad et al., 2016, S. 2; Bajesh, 2015, S. 48; Piet et al., 2010, S. 407). Zudem verringerten sich familiäre, berufliche, psychische und physische Beeinträchtigungen (Piet et al., 2010, S. 407).

Darüber hinaus legen die Ergebnisse eine Wirksamkeit der MBCT hinsichtlich der Verringerung diverser Begleitsymptome von Angststörungen nahe. So konnte eine Verbesserung von Schlafstörungen (Yook et al., 2008, S. 502), der Unsicherheitsintoleranz (Kim et al., 2016, S. 199) und eine Steigerung des Selbstwertgefühls (Ebrahiminejad et al., 2016, S. 2) festgestellt werden. Eine Verringerung der Angstsensitivität wurde in mehreren Studien gemessen (Kim et al., 2010, S. 594; Kim et al., 2016, S. 199, Kim et al. 2013, S. 1458). Die MBCT bewirkte zudem eine Zunahme der positiven Affektivität sowie eine

Verringerung der negativen Affektivität (Strege et al., 2018, S. 5). Die Selbstwirksamkeitserwartung (Baijesh, 2015, S. 48) und das Selbstmitgefühl (Goodman et al., 2014, S. 26 f.; Luberto et al., 2018, S. 854) konnten durch die Intervention gesteigert werden. Die psychischen und physischen Beeinträchtigungen wurden verringert (Kim et al. 2009, S. 603). Gedanken und Emotionen wurden nicht mehr grundsätzlich als Fakten wahrgenommen, das Ausbrechen aus ‚Grübelspiralen‘ fiel vielen Probandinnen leichter und das Körpergefühl verbesserte sich (Goodman et al., 2014, S. 26 f.). Infolge der Symptomverbesserungen konnte eine Zunahme der Lebensqualität gemessen werden (Wong et al., 2016, S. 72). Zudem erhöhte sich die Achtsamkeit der Patient*innen (Wong et al., 2016, S. 72; Goodman et al., 2014, S. 11; Luberto et al., 2018, S. 854; Strege et al., 2018, S. 6; Evans et al., 2008, S. 719).

In Follow-ups von bis zu zwölf Monaten nach Interventionsende konnten bei der MBCT konstante oder weiter angestiegene positive Effekte bei Angstpatient*innen festgestellt werden (Wong et al., 2016, S. 72; Kim et al., 2013, S. 1458; Kim et al., 2010, S. 593; Sado et al., 2018, S. 4). Die Therapie scheint somit auch mittelfristig nachhaltig und im Sinne einer Rückfallprophylaxe wirksam zu sein. In zwei Studien zeigten Messungen bei Patient*innen mit GAS und PS bereits während des Programms positive Effekte (Sado et al., 2018, S. 4 f.; Kim et al., 2009, S. 603). Demnach scheint die MBCT nicht erst nach Therapieabschluss, sondern bereits nach wenigen Sitzungen wirksam werden zu können. Außerdem sprechen diese Ergebnisse gegen eine Erstverschlechterung zu Beginn der Therapie.

In Bezug auf das Ausmaß der Symptomverbesserung ergab sich in mehreren Studien eine Verringerung der Leitsymptome von einem klinischen auf ein nicht-klinisches Niveau (Evans et al., 2008, S. 719; Kim et al., 2010, S. 593). So kam es beispielsweise bei einem Großteil der Panikpatient*innen auch ein Jahr nach der Intervention zu keinen Panikattacken mehr (Kim et al., 2010, S. 593).

Bei der Hälfte der untersuchten Studien wurden zudem Effektstärken angegeben, die die Einschätzung der Symptomverbesserungen im Hinblick auf ihre praktische Relevanz ermöglichen. Einige weitere Effektstärken konnten von der Autorin berechnet werden (s. Tab. 8). In diesen Studien zeigten sich in Bezug auf die Symptomverbesserung nach Interventionsende bzw. in den Follow-ups sowohl kleine und mittlere, oft jedoch starke oder sehr starke Effekte (s. Tab. 8). Diese Ergebnisse sind als eine tendenziell starke Wirksamkeit der MBCT bei der Behandlung von Menschen mit Angststörungen zu interpretieren.

Wirksamkeit im Vergleich zu anderen Verfahren

Gegenüber einem Psychoedukationsprogramm, das auf die Aufklärung über die eigene Erkrankung ausgerichtet war, wies die MBCT eine deutlich größere Wirksamkeit hinsichtlich Angst- und Depressionssymptomen auf. Zudem konnte mithilfe der MBCT in Bezug auf Panik- und agoraphobische Symptome Symptomfreiheit bei einem Großteil der Patient*innen nach Interventionsende erreicht werden. Bei der Kontrollgruppe wurden keine Effekte erzielt (Kim et al., 2009, S. 603 f.).

Im Vergleich zur KVT zeigte die MBCT bei der sozialen Angststörung hinsichtlich der Leitsymptome eine vergleichbare Wirksamkeit. Zwar wurde bei den sozialen Angstsymptomen bei der KVT-Gruppe ein größerer Effekt gemessen. Ein Unterschied zwischen den Effekten der MBCT und der KVT war jedoch statistisch nicht signifikant. Weitere Messergebnisse zu anderen Symptomen sind aufgrund fehlender statistischer Signifikanzen nicht vergleichbar (Piet et al., 2010, S. 407). Diese Erkenntnisse beruhen auf lediglich einer Cross-over-Studie. Zudem ist anzumerken, dass bei KVT-Gruppen statt acht Sitzungen, wie bei der MBCT, zwölf Sitzungen á zwei Stunden Therapie durchgeführt wurden (ebd., S. 404). Größere Effekte hinsichtlich der sozialen Angstsymptomatik könnten somit der höheren Betreuungsfrequenz geschuldet sein. Aus der Studie geht vor allem hervor, dass eine Kombination beider Verfahren im Wechsel eine Wirksamkeit aufweist. Dabei wies die Gruppe, die zunächst das MBCT-Programm durchlief, im Follow-up größere Effekte auf als die Gruppe, die mit der KVT-Intervention begann (ebd., S. 407).

Die MBCT zeigte im Vergleich mit einem Psychoedukationsprogramm basierend auf KVT-Elementen eine ähnliche Verringerung der Angstsymptome und der Sorgen. Bei der Verbesserung von Depressionssymptomen und der Lebensqualität wies die KVT-basierte Psychoedukation über den gesamten Messzeitraum größere Effekte auf als die MBCT. Beide Verfahren zeigten einen ähnlichen Anstieg der Achtsamkeit (Wong et al., 2016, S. 72). Letztgenannter Aspekt ist ein unerwartetes Ergebnis und kann ohne genauere Angaben der Inhalte des Psychoedukationsprogramms, die aus dem Artikel nicht hervorgehen, nicht erklärt werden. Die Studienautor*innen selbst stellen die Vermutung an, dass dieses Ergebnis auf eine ungenügende Sensitivität des Messinstruments (hier des FFMQ) hindeuten könnte (Wong et al., 2016, S. 74).

Aus diesen Ergebnissen geht die Überlegenheit der MBCT gegenüber einem reinen Aufklärungsprogramm hinsichtlich Angststörungen deutlich hervor. Beim Vergleich von MBCT und leitlinienkonformer KVT bzw. KVT-basierten Verfahren kann auf Grundlage

von zwei Studien lediglich eine größere Wirksamkeit der KVT bzw. der KVT-basierten Verfahren vermutet werden. Sichere Aussagen können an dieser Stelle aufgrund der geringen Anzahl an vorhandenen Studien und teilweise fehlender Signifikanzen nicht getroffen werden.

Besondere Proband*innengruppen und Untersuchungsbedingungen

Schwangere Patientinnen mit GAS profitierten von einem modifizierten MBCT-Programm, das durch Elemente der ACT und dem ‚Mindful Birthing‘-Konzept erweitert wurde (Goodman, 2014, S. 11, 26 f.). Die symptomverringenden Effekte hielten auch an, nachdem die Patientinnen entbunden hatten (Luberto et al., 2018, S. 854).

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit sozialer Angststörung zeigte die Therapie Verringerungen der Haupt- und Begleitsymptome (Ebrahiminejad et al., 2016, S. 2; Baijesh, 2015, S. 48; Piet et al., 2010, S. 407). Das Alter scheint generell jedoch kein einflussnehmender Faktor zu sein. Die MBCT wies auch in sämtlichen anderen Studien bei Angstpatient*innen verschiedener Altersgruppen bis ins höhere Erwachsenenalter eine Wirksamkeit auf (s. Tab. 8).

Die MBCT zeigte sich bei der Therapie von medikamentös behandelten Patient*innen und solchen ohne gleichzeitige Psychopharmakotherapie wirksam (s. Tab. 8). Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass sich die MBCT als Ergänzung zur Psychopharmakotherapie wie auch als alleinige Therapie gleichermaßen eignet.

Die Untersuchungsregion scheint keinen Einfluss auf die Wirksamkeit zu haben. Es ist zwar anzumerken, dass sieben der insgesamt 14 Studien im ostasiatischen Raum durchgeführt wurden (Kim et al., 2010; Yook et al., 2008; Sado et al., 2018; Kim et al., 2013; Kim et al., 2016; Kim et al., 2009; Wong et al., 2016). Jedoch wurde die Wirksamkeit der MBCT in sämtlichen Gebieten in ähnlicher Ausprägung festgestellt (s. Tab. 8).

Bestimmte Komorbiditäten scheinen jedoch relevant zu sein. So zeigten Panikpatient*innen mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen eine erhöhte Drop-out-Quote (Kim et al., S. 1458). Das lässt vermuten, dass dies mit einer verringerten Wirksamkeit einhergeht, und die Intervention für diese Personengruppe weniger geeignet ist.

Limitationen der Studien und Empfehlungen für die Forschung

Die Mehrzahl der inkludierten Publikationen weist aufgrund der verwendeten Studiendesigns Limitationen auf. Bei einem Großteil der Untersuchungen handelt es sich

um Pilot- oder Interventionsstudien mit kleinen Stichproben ohne Kontrollgruppen (s. Tab. 8). Es existieren bis dato wenige Untersuchungen höherer Evidenzklassen. Lediglich vier der inkludierten 14 Studien zeichnen sich durch den Einsatz von Kontrollgruppen aus und sind damit einer höheren Evidenzklasse zuzuordnen (Ebrahiminejad et al., 2016; Piet et al., 2010; Wong et al., 2016; Kim et al., 2009). Bis auf Ebrahiminejad et al. verglichen die Autoren dabei die MBCT mit anderen Verfahren.

Zudem lassen sich die gefundenen Ergebnisse nicht auf alle Angststörungen oder Proband*innen mit sämtlichen demographischen Merkmalen übertragen. Es wurden lediglich Proband*innen mit bestimmten Formen der Angststörungen und demografischen Merkmalen in die Studien einbezogen, ohne vergleichende Gruppen heranzuziehen (Subgruppenanalysen). Die demografischen Faktoren wurden in allen inkludierten Studien lediglich deskriptiv ausgewertet (s. Tab. 8), jedoch nicht im Hinblick auf ihren möglichen Einfluss auf die Wirksamkeit der MBCT untersucht. Zwar legen die Ergebnisse der analysierten Studien eine generelle Wirksamkeit der MBCT bei sämtlichen untersuchten Angststörungen und demografischen Gruppen nahe. Dennoch sind vergleichende Untersuchungen zu empfehlen, um ermitteln zu können, ob die MBCT in der Praxis für spezielle Patient*innengruppen geeigneter und empfehlenswerter ist als für andere.

Hier knüpft eine weitere Limitation an. Im Hinblick auf vergleichende Studien zeigten die MBCT und die KVT eine ähnliche Wirksamkeit. Dies ergibt sich lediglich aus den wenigen Ergebnissen einer Cross-over-Studie (Piet et al., 2010, S. 407). Eine KVT-basierte Psychoedukation war der MBCT stellenweise überlegen (Wong et al., 2016, S. 72). Daraus lassen sich jedoch keine fundierten Aussagen ableiten. Es sind weitere RCT-Studien mit entsprechend großen Stichproben notwendig, um KVT-basierte Verfahren und die MBCT vergleichbar zu untersuchen. So empfehlen auch Wong et al. (2016) Studien, die die Eignung KVT-basierter Verfahren und der MBCT bei Patient*innengruppen unterschiedlicher Merkmale (Subgruppen) untersuchen. So können auch laut Wong et al. einige Patient*innen potentiell stärker von KVT-basierten Therapien profitieren. Für andere könnte die MBCT geeigneter sein (Wong et al., 2016, S. 74).

Die Studienergebnisse sind in ihrer Generalisierbarkeit weiterhin durch die Auswahl der einzelnen Stichproben limitiert. Auch wenn die Ergebnisse bei den einzelnen Störungsbildern eine Wirksamkeit der MBCT aufzeigen, ist anzumerken, dass die SAS lediglich innerhalb spezieller Altersgruppen untersucht wurde (Piet et al., 2010; Bajesh,

2015; Ebrahiminejad et al., 2016). Da soziale Phobien bei Jugendlichen verstärkt auftreten (Dilling, 2015, S.193), kann vermutet werden, dass diese Altersgruppen aus diesem Grund ausgewählt wurden. Eine Generalisierbarkeit der Wirksamkeit für Menschen mit SAS ist jedoch aufgrund dieser Stichproben eingeschränkt.

Bei den Untersuchungen zur GAS wurde in zwei von vier Studien die Wirksamkeit der MBCT bei Schwangeren mit GAS untersucht (Goodman et al., 2014; Luberto et al., 2018). Hieraus kann nicht abgeleitet werden, dass die Therapie für schwangere Angststörungspatient*innen, gleich welchen Störungsbildes, als wirksam anzusehen ist.

Darüber hinaus ist die Aussagekraft der Wirksamkeit in Bezug auf die Zeit limitiert. Trotz einiger Follow-ups (Wong et al., 2016, S. 72; Kim et al., 2013, S. 1458; Kim et al., 2010, S. 593; Sado et al., 2018, S. 4, Piet et al., 2010, S. 407) bis zu einem Jahr nach Interventionsende (s. Tab. 8) sind weitere Nachuntersuchungen, auch nach mehreren Jahren, zu empfehlen. Deren Ergebnisse könnten Hinweise auf eine langfristig geeignete Rückfallprophylaxe der MBCT für Angstpatient*innen geben.

Darüber hinaus sind wenige Gründe für das Ausscheiden einzelner Proband*innen aus dem Programm benannt. Teilweise waren die Proband*innen mit dem Programm unzufrieden (Kim, 2016, S. 198; Piet et al., 2010, S. 405; Kim et al., 2013, S. 1457). Weitere Ermittlungen sämtlicher Abbruchsursachen könnten Zusammenhänge mit der Angstsymptomatik aufzeigen. Es liegt die Vermutung nahe, dass eine Therapie in Gruppen für Angststörungspatient*innen, insbesondere derer mit sozialer Phobie, mit größeren Hemmungen verbunden ist als für Menschen ohne Angstsymptomatik. Dies wurde als Drop-out-Grund jedoch nur in einer Studie konkret benannt (Goodman et al., 2014, S. 21). Sollte sich herausstellen, dass Gründe für den Programmabbruch mit der Angststörung korrelieren, wäre das ein Anstoß für weitere sinnvolle Modifikationen des MBCT-Programms für Angststörungspatient*innen.

Im Zuge dessen soll auch angemerkt werden, dass die Messungen innerhalb der Untersuchungen bis auf bei Yook et al. und Goodman et al. ausschließlich mit quantitativen Methoden durchgeführt wurden (Yook et al., 2008, S. 502; Goodman et al., 2013, S. 26 f.) (s. Tab. 8). Ein zusätzlicher Einsatz qualitativer Instrumente, wie Feedback-Fragebögen mit offenen Fragen wie bei Goodman et al. (2014) (Goodman et al., 2014, S. 26 f.), könnte Hinweise auf Möglichkeiten zur Verbesserung des MBCT-Programms für Angststörungspatient*innen geben. Zudem könnten diese Erhebungen die Gründe für die

Abbruchentscheidung, die sich auf die Unzufriedenheit mit der Therapie gründeten, beleuchten.

Eine weitere Limitation besteht darin, dass die Reliabilität (interne Konsistenz) (Cronbach's Alpha)²² der jeweiligen Messinstrumente nur in fünf Studien angegeben wurde (Goodman et al., 2014, S. 7 f.; Ebrahiminejad et al., 2016, S. 4; Luberto et al., 2018, S. 852 f.; Kim et al., 2016, S. 197 f.; Strege et al., 2018, S. 4).

Da die spezifischen Phobien, die die größte Gruppe der Angststörungen darstellen (Jacobi et al., 2014, S. 80), in keiner Studie untersucht wurde, sind Untersuchungen hinsichtlich der Wirksamkeit der MBCT bei Patient*innen dieses Störungsbildes anzuraten.

Wie erwähnt, weisen vereinzelte Symptommessungen keine statistische Signifikanz auf (Strege et al., 2018, S. 6; Sado et al., 2018, S. 4, Piet et al., S. 407). In Anbetracht der ansonsten durchweg positiven Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit könnte angenommen werden, dass dies den meist kleinen Stichproben geschuldet ist. Die fehlende Signifikanz könnte jedoch auch auf ein mögliches Nichtansprechen bestimmter Personengruppen auf die MBCT hinweisen. Auch aus diesem Grund sollten vergleichende Studien mit Patient*innen unterschiedlicher Merkmale durchgeführt werden.

Aufgrund der ansonsten ausschließlich positiven Ergebnisse bzgl. der Wirksamkeit des Verfahrens bei Angststörungen kann über einen möglichen Publikationsbias diskutiert werden. Einer solchen Vermutung könnte anhand der Überprüfung eingetragener und veröffentlichter Publikationen in Studienregistern nachgegangen werden. Eine Wahrscheinlichkeitsanalyse eines Publikationsbias wäre auch durch statistische Verfahren möglich, wird hier aufgrund der Methodik der Arbeit jedoch nicht erfolgen. Daher werden die hier erlangten Ergebnisse als Stand der Forschung angenommen und aufgrund derer Empfehlungen für die Praxis abgeleitet.

Einordnung in bestehende Forschung

Insgesamt decken sich die Ergebnisse mit Aussagen von Reviews zu verwandten Themen, die im Vorfeld der Entwicklung der Fragestellung gefunden wurden. Wie bei Rodrigues et al., 2017, die ihre Untersuchung auf die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Verfahren bei

²² Cronbach's Alpha misst die Reliabilität, die die Homogenität eines Messinstrumentes angibt (Wirtz, 2017, S. 175).

Angst- und affektiven Störungen ausweiteten, wurden auch hier zusammenfassend positive Effekte auf die Leit- und Begleitsymptome von Angststörungen bestätigt (Rodrigues et al., 2017, S. 209–213).

Ebenso konnte die von Sipe und Eisendrath (2012) festgestellte Wirksamkeit der MBCT bei der Behandlung von verschiedenen psychischen Erkrankungen und ihren Ausprägungen im Rahmen dieser Arbeit gestützt bzw. ergänzt werden (Sipe & Eisendrath, 2012, S. 65–67) (s. Kap. 3).

Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Untersuchungen auf diesem begrenzten Gebiet noch am Anfang stehen. Daher sind die durchgehend positiven Ergebnisse trotz zahlreicher Limitationen als relevant einzustufen.

Schlussfolgerungen für die Praxis

Vor dem Hintergrund, dass sich Angsterkrankungen unbehandelt häufig chronifizieren, verschlimmern und/oder Komorbiditäten mit anderen Krankheiten entwickeln (Morschitzky, 2009, S. 99–102), erscheint es angemessen, die MBCT zur Therapie bei Angststörungen nach jetzigem Forschungsstand zumindest als Ergänzung zur etablierten KVT zu empfehlen. Es könnten möglicherweise Engpässe in der psychotherapeutischen Versorgung überbrückt werden.

Da in den inkludierten Studien häufig eine sehr große Wirksamkeit belegt werden konnte (s. Tab. 8) und nur vereinzelte positive Messungen einzelner Symptome nicht signifikant waren, scheint es im ungünstigsten Fall zu einem Nichtansprechen auf die MBCT oder zum Abbruch der Therapie zu kommen. Ein Risiko der Verschlechterung scheint im Hinblick auf die Gesamtheit der Ergebnisse unwahrscheinlich. Im Hinblick auf mögliche Folgen eines Weiterbestehens der Erkrankung ohne Behandlung ist dieses Verfahren anzuraten.

6.2 Diskussion der Methoden

Die bereits diskutierten Ergebnisse müssen nicht nur vor dem Hintergrund der studieninhärenten Limitierungen, sondern auch vor dem Hintergrund der eigenen Methodik und der Limitationen dieser Arbeit betrachtet werden. Im Folgenden soll somit eine kritische Betrachtung des angewandten methodischen Vorgehens erfolgen.

Die Arbeit beruht auf einer systematischer Literaturrecherche, die im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit durchgeführt wurde. Die für diese Arbeit erarbeitete Fragestellung konnte vor dem Hintergrund der in Kapitel 6.1 diskutierten Evidenzlage umfangreich beantwortet werden.

Durch die starke Eingrenzung des Themas ergaben sich zunächst durch die beschriebene Suchprozedur nach Setzen der Suchfilter bereits relativ wenig Ergebnisse (s. Kap. 4.2.1 bis 4.2.3). Zudem konnte aufgrund des zeitlich beschränkten Umfangs dieser Arbeit nur eine begrenzte Anzahl an Datenbanken nach geeigneter Literatur durchsucht werden. Zwar wurde versucht, über das Schneeballsystem weitere Studien zu ermitteln. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass weitere Studien zum Thema in anderen Datenbanken existieren. Zudem war es nicht möglich, nach sämtlichen existierenden spezifischen Phobien separat zu suchen. Somit wäre denkbar, dass in diesem Bereich fälschlicherweise eine Forschungslücke vermutet wird.

Einige Studien untersuchten die Wirksamkeit der MBCT bei mehreren Störungsbildern. Teilweise wurden lediglich spezielle Proband*innengruppen (z. B. bestimmter demografischer Merkmale) mit einer bestimmten Art der Angststörung untersucht. Entsprechend erwies sich eine sinnvolle und nachvollziehbare Einteilung der Ergebniskapitel als schwierig, wodurch es teilweise zu thematischen Überschneidungen kam.

Bezugnehmend auf die Limitation mehrerer Einzelstudien, in denen keine Angaben zur internen Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Messinstrumente erfolgten (s. Kap. 6.1), wurde eine Erweiterung von Werten zur Reliabilität durch eigene Recherchen vorgenommen. Um trotz fehlender Angaben innerhalb der Einzelstudien einen allgemeinen Überblick über die Reliabilität der verwendeten Fragebögen zu ermöglichen, wurden dabei die Angaben zur jeweiligen internen Konsistenz um die Aussagen der Entwickler*innen der Instrumente erweitert (s. A4, Tab. 14). Dabei können diese von den wahren studieninhärenten Werten abweichen.

Hinsichtlich der Berechnung der fehlenden Effektstärken muss angemerkt werden, dass trotz der Empfehlungen für die Methoden der durchgeführten Berechnungen, die wahren Werte abweichen könnten, wenn die gesamten Datensätze mit sämtlichen statistischen Kennzahlen vorliegen würden. So wäre die exakte Art der Berechnung der Effektstärke einer abhängigen Messung ‚Cohen‘s d_{rm} ‘. Dabei handelt es sich um eine Berechnung anhand der Mittelwertdifferenz, der Standardabweichungen und der Korrelation der beiden Messzeitpunkte (Lakens, 2013, S. 4 f.). Diese Korrelation war jedoch in den entsprechenden Studien nicht gegeben. Im Falle der Effektstärkenberechnung eines unabhängigen t-Tests wird diese angenommene Korrelation auf 0 gesetzt. Bei einer abhängigen Messung ist es nicht plausibel, von einer Null-Korrelation auszugehen, weshalb an dieser Stelle auf d_z (s. Abb. 6, Formel 2) zurückgegriffen wurde. Das Ergebnis von d_z entspricht einer Berechnung mit der Korrelation $r = 0.5$, was bei einer unbekanntem Korrelation abhängiger Werte die beste Schätzung für ebendiese darstellen sollte (ebd., S. 4).

Eine Limitation dieser Arbeit besteht schlussendlich darin, dass der gesamte Arbeitsprozess lediglich von einer Person vorgenommen wurde. So unterlag die Eingrenzung des Themas und die Wahl der Ein- und Ausschlusskriterien sowie der Datenbanken der Autorin. Diese führte zudem die Recherche sowie die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse durch. Der beschriebene Suchprozess nach Kleibel und Mayer (2011) sollte eine Transparenz hinsichtlich der Literaturrecherche gewährleisten (Kleibel & Mayer, S. 26 nach LoBiondo-Wood & Haber 1996, S. 137). Dabei wurde der Vorgang detailliert beschrieben, um die Suche nachvollziehbar und objektiv zu gestalten. Trotz Bestrebens um Objektivität ist nicht auszuschließen, dass aufgrund von subjektiven Entscheidungen die Arbeit Verzerrungen oder Einschränkungen aufweist. Interessenkonflikte bestanden bis dato keine.

7 Fazit

Anhand der systematischen Literaturrecherche konnte ein Überblick über die Evidenzlage in Bezug auf die Wirksamkeit der MBCT bei Angststörungen erlangt werden. Die in diesem Zusammenhang erfassten Studienergebnisse konnten verwendet werden, um die Forschungsfrage trotz diverser Limitationen umfangreich zu beantworten. Als wesentliche Erkenntnis aus dieser Arbeit ergibt sich, dass die MBCT generell als wirksame Methode zur Behandlung von Menschen mit Angststörungen angesehen werden kann. Im Speziellen konnte bei Schwangeren mit GAS und solchen in der Post-partum-Periode sowie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit SAS die MBCT als wirksam nachgewiesen werden. Außerdem kann auf Basis der derzeitigen Evidenzlage angenommen werden, dass sich die MBCT trotz der Limitationen als Ergänzung zur Psychopharmakotherapie oder als alleinige Therapie eignet. Auch als Rückfallprophylaxe scheint die MBCT anwendbar zu sein. Eine eingeschränkte Wirksamkeit könnte jedoch für die Gruppe der Panikpatient*innen mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen bestehen.

Für eine umfangreichere Beantwortung hinsichtlich der Frage zur Wirksamkeit der MBCT bei Angstpatient*innen, die sich auf stärkere Evidenz stützt, müssten die größtenteils nicht kontrollierten Pilot- und Interventionsstudien durch randomisierte, kontrollierte Studien großer Stichproben mit Patient*innen verschiedener demografischer Merkmale, Störungsbilder und Lebensumstände ergänzt werden. Zudem ist eine Erweiterung an RCT-Studien zum Vergleich zwischen der MBCT und der KVT auch im Hinblick auf verschiedene Gruppen von Patient*innen anzuraten, um fundierte Empfehlungen für eine Aufnahme der MBCT in das psychotherapeutische Behandlungsspektrum geben zu können. Dennoch kann, bezugnehmend auf die psychotherapeutische Versorgungsproblematik, für die MBCT aufgrund der einheitlich positiven Effekte bei der Therapie von Angststörungen als Ergänzung zur etablierten KVT nach jetziger Evidenzlage eine Empfehlung ausgesprochen werden.

Literaturverzeichnis

- Alden, L.E., Wiggins, J.S. & Pincus, A.L. (1990). Construction of circumplex scales for the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment*, 55(3–4), 521–536. doi:10.1080/00223891.1990.9674088.
- American Mindfulness Research Association (AMRA) (2019). AMRA database-mindfulness journal publications by year 1980-2018, Journal articles on mindfulness continue to grow in 2018. Abgerufen am 20.03.2019 von <https://goamra.org/journal-articles-on-mindfulness-continue-to-grow-in-2018/>
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. doi:10.1177/1073191105283504.
- Baijesh A.R. (2015). Mindfulness Based Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder. *International Journal of Psychosocial Research*, Special issue- July, 2015, 44–48.
- Bandelow, B., Wiltink, J., Alpers, G.W., Benecke, C., Deckert, J., Eckhardt-Henn, A., Ehrig, C., Engel, E., Falkai, P., Geiser, F., Gerlach, A.L., Harfst, T., Hau, S., Joraschky, P., Kellner, M., Köllner, V., Kopp, I., Langs, G., Lichte, T., Liebeck, H., Matzat, J., Reitt, M., Rüddel, H.P., Rudolf, S., Schick, G., Schweiger, U., Simon, R., Springer, A., Staats, H., Ströhle, A., Ströhm, W., Waldherr, B., Watzke, B., Wedekind, D., Zottl, C., Zwanzger, P. & Beutel M.E. (o.D.). Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. Abgerufen am 20.08.2018 von <https://www.awmf.org/leitlinien>
- Bardacke, N. (2012). *Mindful birthing: training the mind, body, and heart for childbirth and beyond*. New York: HarperOne.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. The San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). Comparison of the Beck Depression Inventories-IA and II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588–597. doi:10.1207/s15327752jpa6703_13.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.

- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84(4), 822–848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822.
- Bundes Psychotherapeuten Kammer (BPtK). (2018). *Studie. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018*. Berlin: BPtK.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F. III, Monk, T.H., Berman, S.R. & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Journal of Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Jasin, S.E., Gracely, E.J. & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23(1), 35–44. doi:10.1016/0005-7967(85)90140-8.
- Connor K.M., Davidson J.R., Churchill L.E., Sherwood A., Foa, E., Weisler R.H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN) (2000). New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379–386. doi:10.1192/bjp.176.4.379.
- Derogatis, L., Rickels, K. & Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A Step in the Validation of a New Self-Report Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128(3), 280–289. doi:10.1192/bjp.128.3.280.
- Dilling H., Mombour W. & Schmidt M.H. (Hrsg.) (2015). *ICD 10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Klinisch-diagnostische Leitlinien Kapitel V (F); 10*. Bern. Hogrefe Verlag.
- Dudenredaktion. (2019). „wirksam“ auf Duden online. Abgerufen am 25.03.2019 von <https://www.duden.de/suchen/dudenonline/wirksam>
- Ebrahiminejad, S., Poursharifi, H., Roodsari, A.B., Zeinodini, Z. & Noorbakhsh, S. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Iranian Female Adolescents Suffering From Social Anxiety. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(11): e25116. doi:10.5812/ircmj.25116.

- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C. & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716–721. doi:10.1016/j.janxdis.2007.07.005.
- Freeston, M.H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J. & Ladouceur, R. (1994). Why do People Worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791–802. doi:10.1016/0191-8869(94)90048-5.
- Goodman, J.H., Anthony, G., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Forget, A. & Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: Results of a Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Perinatal Anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 373–387. doi:10.1007/s00737-013-0402-7.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55. doi:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), 56–62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56.
- Houck, P.R., Spiegel, D.A., Shear, M.K. & Rucci P. (2002). Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale. *Depression & Anxiety*, 15(4), 183-185. doi:10.1002/da.10049.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl L., Busch M.A., Maske U., Hapke U., Gaebel W., Maier W., Wagner M., Zielasek J. & Wittchen H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77–87. doi:10.1007/s00115-013-3961-y.
- Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (JGU Mainz), Psychologisches Institut Psychologie in den Bildungswissenschaften (2012): Gliederung für systematische Reviews. Abgerufen am 17.06.2019 von http://bildungswissenschaften.psychologie.sowi.uni-mainz.de/Dateien/lit_arbeit.pdf.
- Kabat-Zinn, J. (2013). Gesund durch Meditation. *Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR. Aus dem amerikanischen Englisch von Horst Kappen*. München. Knauer Menssana Verlag.

- Kessler, R.C., Barker, P.R., Colpe, L.J., Epstein, J.F., Gfroerer, J.C., Hiripi, E., Howes, M.J., Normand, S.L., Manderscheid, R.W., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, *60*(2), 184–189. doi:10.1001/archpsyc.60.2.184.
- Kim, B., Cho, S.J., Lee, K.S., Lee, J.-Y., Choe, A.Y., Lee, J.E., Choi, T.K. & Lee, S.-H. (2013). Factors Associated with Treatment Outcomes in Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Panic Disorder. *Yonsei Medical Journal*, *54*(6), 1454–1462. doi:10.3349/ymj.2013.54.6.1454.
- Kim, B., Lee, S.-H., Kim, Y.W., Choi, T.K., Yook, K., Suh, S.Y., Cho, S.J., Yook, K.-H. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*(6), 590–595. doi:10.1016/j.janxdis.2010.03.019.
- Kim, L., Choi, Y.K. & Suh, K.Y. (1997). The knowledge and practice of sleep in residents of Seoul. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, *36*(4), 712–722.
- Kim, M.K., Lee, K.S., Kim, B., Choi, T.K. & Lee, S.-H. (2016). Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Intolerance of Uncertainty in Patients with Panic Disorder. *Psychiatry Investigation*, *13*(2), 196–202. doi:10.4306/pi.2016.13.2.196.
- Kim, Y.W., Lee, S.-H., Choi, T.K., Suh, S.Y., Kim, B., Kim, C.M., Cho, S.J., Kim, M.J., Yook, K., Ryu, M., Song, S.K. & Yook, K.-H. (2009). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *26*(7), 601–606. doi:10.1002/da.20552.
- Kleibel, V. & Mayer, H. (2011). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe* (2. Aufl.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, *4*: 863. doi:10.3389/fpsyg.2013.00863.

- Leary, M.R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(3), 371–375. doi:10.1177/0146167283093007.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141–173. doi:10.1159/000414022.
- Lovibond, P.F. & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour and Research Therapy*, 33, 335–343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U.
- Luberto, C.M., Park, E.R., Goodman, J.H. (2018). Postpartum outcomes and formal mindfulness practice in mindfulness-based cognitive therapy for perinatal women. *Mindfulness*, 9(3):850–859. doi:10.1007/s12671-017-0825-8.
- Margraf, J. & Maier, W. (Hrsg.) (2012). *Psyhyrembel. Psychiatrie. Klinische Psychologie. Psychotherapie* (2. Aufl.). Berlin/Boston. Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.
- Masia-Warner, C., Storch, E.A., Pincus, D.B., Klein, R.G., Heimberg, R.G. & Liebowitz, M.R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An Initial Psychometric Investigation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1076-1084. doi:10.1097/01.CHI.0000070249.24125.89.
- Mattick, R.P. & Clarke, J.C. (1998). Development and validation of measures of social phobia, scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 455–470.
- McNair, D.M., Lorr, M. & Droppleman, L.F. (1971). *Manual: profile of mood states*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Meibert, P. (2016). *Achtsamkeitsbasierte Therapie und Stressreduktion MBCT/MBSR*. München. Ernst Reinhardt.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487–495. doi:10.1016/0005-7967(90)90135-6.

- Morschitzky, H. (2009): *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe* (4. Aufl.). Wien/New York. Springer Verlag.
- Neff, K.D. (2003): The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3),223–250. doi:10.1080/15298860309027.
- Neff, K.D. (2012): *Selbstmitgefühl. Wie wir uns mit unseren Schwächen versöhnen und uns selbst der beste Freund werden*. Mönchengladbach: KAILASH Verlag.
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M.S. & Rosenberg, N.K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), 403–410. doi:10.1111/j.1467-9450.2009.00801.x.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale. A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. doi:10.1177/014662167700100306.
- Rapee, R.M., Craske, M.G. & Barlow, D.H. (1994). Assessment instrument for panic disorder that includes fear of sensation-producing activities: the Albany Panic and Phobia Questionnaire. *Anxiety*, 1(3), 114–122. doi:10.1002/anxi.3070010303.
- Rodrigues, M.F., Nardi, A.E., Levitan, M. (2017). Mindfulness in mood and anxiety disorders: a review of the literature. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(3). 207–215. doi:10.1590/2237-6089-2016-0051.
- Rosenberg M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press. 1965.
- Sado, M., Park, S., Ninomiya, A., Sato, Y., Fujisawa, D., Shirahase, J. & Mimura, M. (2018): Feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for anxiety disorders in a Japanese setting. *BMC Research Notes*, 11(1): 653. doi:10.1186/s13104-018-3744-4.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In Journal of Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (S. 35-37). Windsor, England: NFER-NELSON.

- Segal Z.V., Williams J.M.G. & Teasdale J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Segal, Z.V.; Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2015). *Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention*. Tübingen: Dgvt Verlag.
- Shear, M.K., Brown, T.A., Barlow, D.H., Money, R., Sholomskas, D.E., Woods, S.W., Gorman, J.M. & Papp, L.A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry*, *154*(11), 1571–1575. doi:10.1176/ajp.154.11.1571.
- Sheehan, D. (1983). *The anxiety disease*. New York. Scribner.
- Sipe, W.E.B. & Eisendrath, S.J. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theory and Practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(2), 63–69. doi:10.1177/070674371205700202.
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R, Vagg, P.R. & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Statista. (2018). Bevölkerungsanteil mit Angststörungen (Lebenszeitprävalenz). Abgerufen am 17.08.2018 von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/182616/umfrage/haeufigkeit-von-angststoerungen/>
- Strege, M.V., Swain, D., Bochicchio, L., Valdespino, A. & Richey, J.A. (2018). A Pilot Study of the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Positive Affect and Social Anxiety Symptoms. *Frontiers in Psychology*, *9*: 866. doi:10.3389/fpsyg.2018.00866.
- Taylor S. & Cox B.J. (1998). An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *12*(5), 463–483. doi:10.1016/S0887-6185(98)00028-0.
- Treynor, W., Gonzalez, R. & Nolen-Hoeksema S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, *27*(3), 247–259. doi:10.1023/A:1023910315561.

- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6),473–483. doi:10.1097/00005650-199206000-00002.
- Ware, J.E., Kosinski, M. & Keller, K.D. (1996). A 12-item Short-Form Health Survey (1996). construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3),220–233. doi:10.2307/3766749.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063.
- Wirtz, M.A. (Hrsg.) (2017). *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (18. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Wong, S.Y.S., Yip, B.H.K., Mak, W.W.S., Mercer, S., Cheung, E.Y.L., Ling, C.Y.M., Lui, W.W.S., Tang, W.K., Lo, H.H.M., Wu, J.C.Y., Lee, T.M.C., Gao, T., Griffiths, S.M., Chan, P.H.S. & Shuk, W.M.H. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 68–75. doi:10.1192/bjp.bp.115.166124.
- Yook, K., Lee, S.-H., Ryu, M., Kim, K.-H., Choi, T.K., Suh, S.Y., Kim, Y.-W., Kim, B., Kim, M.Y. & Kim, M.-J. (2008). Usefulness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treating Insomnia in Patients With Anxiety Disorders. A Pilot Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(6), 501–503. doi:10.1097/NMD.0b013e31817762ac.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Datum, Anne-Kathrin Boretzky

Anhang

A1: Suchprozess

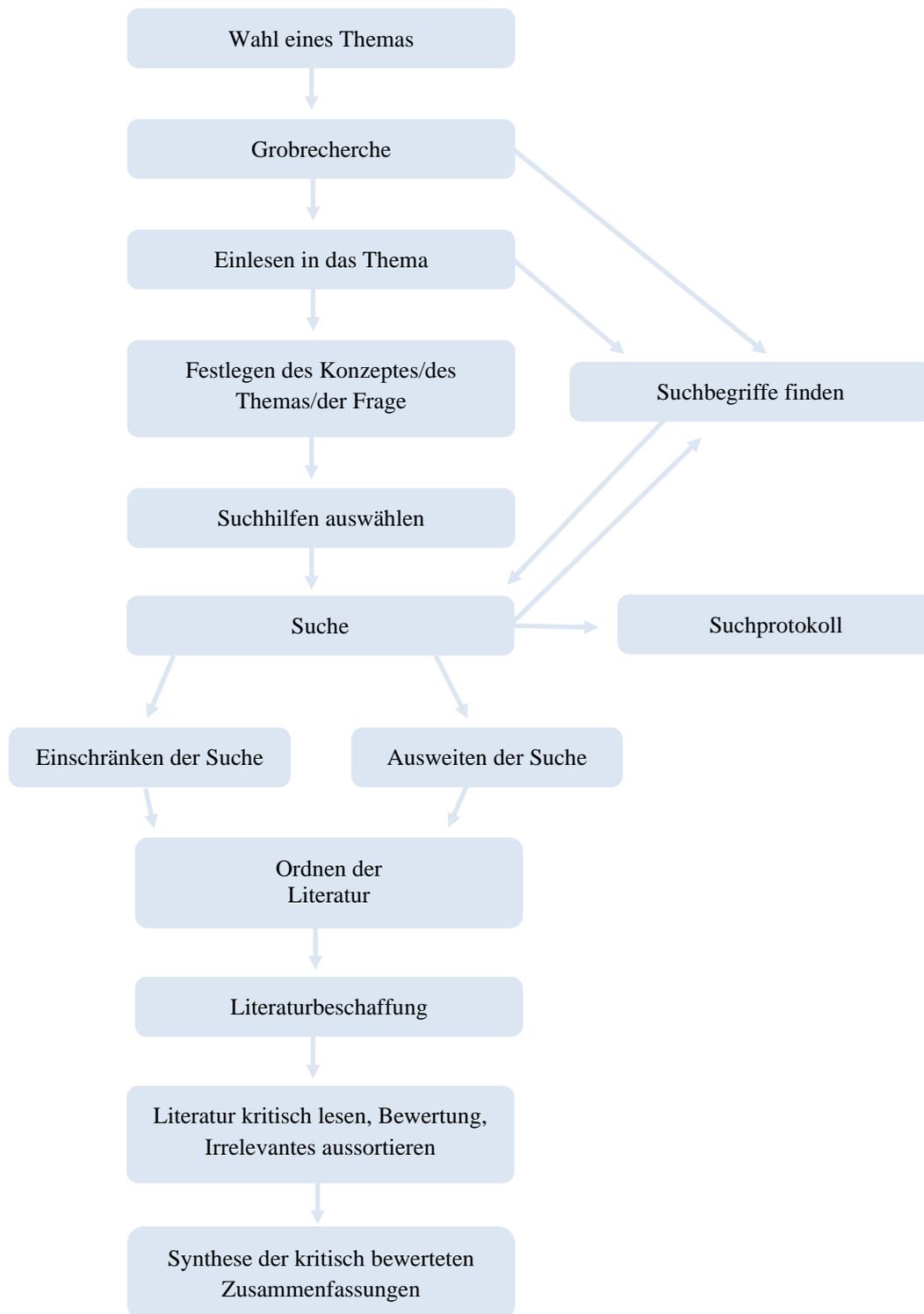


Abbildung 7: Der Suchprozess im Überblick (Quelle: Kleibel & Mayer, 2011, S.26, modifiziert nach: LoBiondo-Wood/Haber 1996, S. 137)

A2: Stichwortliste sowie Begriffs- und Phrasensuche für die Recherche

Tabelle 9: Stichworte zu Angststörungen

Deutsch	Englisch
Angststörung	anxiety disorder
Angststörungen	anxiety disorders
Soziale Angststörung (Phobie)	social anxiety disorder
Soziale Phobie	social phobia
Generalisierte Angststörung	generalized anxiety disorder
Phobie	phobia
Phobien	phobias
Spezifische Phobie	specific phobia
Spezifische Phobien	specific phobias

Tabelle 10: Stichworte zu Mindfulness-Based Cognitive Therapy

Deutsch	Englisch
Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBCT	MBCT

Tabelle 11: Begriffs- und Phrasensuche bei ‚pubMed‘ und ‚ScienceDirect‘

(„mindfulness-based cognitive therapy“ OR MBCT)	AND „anxiety disorder**“
(„mindfulness-based cognitive therapy“ OR MBCT)	AND Phobia*
(„mindfulness-based cognitive therapy“ OR MBCT)	AND Agoraphobia
(„mindfulness-based cognitive therapy“ OR MBCT)	AND Panic

A3: Treffer der Begriffs- und Phrasensuche bei ‚pubMed‘ und ‚ScienceDirect‘

Bei ‚pubMed‘:

Tabelle 12: Treffer der Begriffs- und Phrasensuche bei ‚pubMed‘

(„mindfulness-based cognitive therapy“ OR MBCT) AND „anxiety disorder**“	... phobia*	... agoraphobia	... panic
Anzahl der Suchergebnisse	51	4	1	5
Bereits gefunden	-	4	1	4
Nicht themenrelevant	32	-	-	-
Relevante Treffer	12	-	-	1
Kein Zugriff	4	-	-	-
Literaturform (s. Ausschlusskriterien)	3	-	-	-

Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17765453>

CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24449191>

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Iranian Female Adolescents Suffering From Social Anxiety.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28191335>

Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18552629>

Postpartum Outcomes and Formal Mindfulness Practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Perinatal Women.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30079120>

Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19242985>

Feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for anxiety disorders in a Japanese setting.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30189900>

A Pilot Study of the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Positive Affect and Social Anxiety Symptoms.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29910759>

Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29653295>

Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20427148>

A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20210911>

Factors associated with treatment outcomes in mindfulness-based cognitive therapy for panic disorder.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24142651>

Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Intolerance of Uncertainty in Patients with Panic Disorder.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27081380>

Bei ‚ScienceDirect‘:

Tabelle 13: Treffer der Begriffs- und Phrasensuche bei ‚ScienceDirect‘

(„mindfulness-based cognitive therapy“ OR MBCT) AND „anxiety disorder**“	... phobia*	... agoraphobia	... panic
Anzahl der Suchergebnisse	13	4	-	1
Bereits gefunden (‚pubMed‘ oder ‚ScienceDirect‘)	11	2	-	1
Nicht themenrelevant	2	-	-	-
Relevante Treffer	-	-	-	-
Kein Zugriff	-	-	-	-
Literaturform (s. Ausschlusskriterien)	-	-	-	-
Sprache	-	2	-	-

Durch das Schneeballsystem gefundene Publikation:

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) for Social Anxiety Disorder

https://www.researchgate.net/publication/282073404_Mindfulness_Based_Cognitive_Therapy_MBCT_for_Social_Anxiety_Disorder

A4: Messinstrumente

Tabelle 14: Übersicht über die verwendeten Messinstrumente (Quelle: eigene Darstellung unter Berücksichtigung der jeweils angegebenen Entwickler*innen der Messinstrumente)

Messinstrument (Entwickler*innen)	Abkürzung	Untersuchungsgegenstand	Art des Messverfahrens	Reliabilität (Cronbach's α)
Beck Anxiety Inventory (Beck & Steer, 1990)	BAI	Test zur Erfassung von Angststörungen bzw. deren Symptomen und des Schweregrades	Fragebogen zur Selbstbeurteilung mit 21 Items und vierstufiger Likert-Skala	0,71–0,89 (Goodman et al., 2014, S. 7) 0,82 (Luberto et al., 2018, S. 852)
Penn State Worry Questionnaire (Meyer et al., 1990)	PSWQ	Test zur Erfassung exzessiver, unrealistischer/übersteigerter Sorgen als Symptom der generalisierten Angststörung	Fragebogen zur Selbstbeurteilung mit 16 Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,83–0,84 (Goodman et al., 2014, S. 7) 0,71–0,83 (Luberto et al., 2018, S. 852) 0,90–0,91 (Strege et al., 2018, S. 4)
Panic Disorder Severity Scale-SR (Houck et al. 2002)	PDSS-SR	Siehe PDSS	PDSS als Fragebogen zur Selbstbeurteilung (s. PDSS)	0,88 (Kim, M.K. et al., 2016, S. 198)
Positive Affect and Negative Affect Schedule (Watson et al., 1988)	PANAS	Test zur Erfassung positiver sowie negativer Affektivität	Fragebogen zur Selbstauskunft mit zehn Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,92–0,95 (Strege et al., 2018, S. 4)

Rosenberg Self-esteem Scale (Rosenberg, 1965)	RSES	Test zur Erfassung der Ausprägung des Selbstwertgefühls	Fragebogen zur Selbsteinschätzung bestehend aus zehn Items und Guttman-Skala	0,92*2 (Ebrahiminejad et al., 2016, S. 4)
Intolerance of Uncertainty Scale (Freeston et al., 1994)	IUS	Test zur Messung der Unsicherheitsintoleranz und deren Ausprägung	Fragebogen zur Selbstauskunft mit 27 Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,94 (Kim, M.K. et al., 2016, S. 197)
Beck Depression Inventory (Beck et al. 1961)	BDI	Test zur Erfassung depressiver Symptomatik und deren Schweregrad	Fragebogen zur Selbsteinschätzung, bestehend aus 21 Items und vierstufiger Likert-Skala	0,87 (Kim, M.K. et al., 2016, S. 198)
Beck Depression Inventory-II (Beck et al., 1996)	BDI-II	Kurzfassung des BDI (s. BDI)	Fragebogen zur Selbsteinschätzung mit zwei Items und vierstufiger Likert-Skala	0,75–0,91 (Goodman et al., 2014, S. 8) 0,89–0,91 (Luberto et al., 2018, S. 852)
Self-Compassion Scale (Neff, 2003)	SCS	Test zur Messung der Aspekte von Selbstmitgefühl	Fragebogen zur Selbstauskunft mit 26 Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,82–0,85 (Goodman et al., 2014, S. 8) 0,85–0,92 (Luberto et al., 2018, S. 853)
Liebowitz Social Anxiety Scale (Liebowitz, 1987)	LSAS	Psychologischer Test zur Erfassung des Schweregrades einer sozialen Angststörung	Fragebogen zur Selbstauskunft mit 24 Items und vierstufiger Likert-Skala	0,95–0,96 (Strege et al., 2018, S. 4)

Patient Health Questionnaire-9 (Kroenke et al., 2001)	PHQ-9	Test zur Identifikation von Depressionspatient*innen sowie zur Erfassung des Schweregrads der unipolaren Depression	Fragebogen zur Selbstbeurteilung mit neun Items und vierstufiger Likert-Skala	0,71 (Goodman et al., 2014, S. 7)
Social Phobia Inventory (Connor et al., 2000)	SPIN	Test zur Erfassung des Schweregrades sozialer Ängste	Fragebogen zu Selbstbeurteilung mit 17 Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,94 (Ebrahimi-ejad et al., 2016, S. 4)
The Mindfulness Attention Awareness Scale (Brown & Ryan, 2003)	MAAS	Test zur Erfassung der Achtsamkeit	Fragebogen zur Selbstauskunft mit 15 Items und sechsstufiger Likert-Skala	0,88–0,95 (Goodman et al., 2014, S. 8) 0,85–0,93 (Luberto et al., 2018, S. 853)
Five Facet Mindfulness Questionnaire (Baer et al., 2006)	FFMQ	Test zur Erfassung der Achtsamkeit	Fragebogen zur Selbstbeurteilung mit 39 Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,82–0,89 (Strega et al., 2018, S. 4)
Panic Disorder Severity Scale (Shear et al., 1997)	PDSS	Test zur Erfassung der Schwere von Panikstörungen	Fragenbogen zur Fremdbeurteilung anhand von sieben Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,65* ¹
Profile of Mood States (McNair et al., 1971)	POMS	Test zur Messung vorübergehender Stimmungszustände in sechs verschiedenen Emotionskategorien	Fragebogen zur Selbstbeurteilung mit 64 Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,80–0,91* ¹

Ruminative Response Scale (Treyner et al., 2003)	RRS	Test zur Ermittlung des Auftretens und der Ausprägung pathologischen Grübelns	Fragebogen zur Selbstauskunft mit 22 Items und vierstufiger Likert-Skala	0,82–0,90* ¹
Symptom Checklist-90-Revised (Derogatis,1976)	SCL-90-R	Test zur Erfassung von Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome	Fragebogen zur Selbsteinschätzung mit 90 Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,77–0,90* ¹
The Inventory of Interpersonal Problems – Circumplex Version (Alden et al. 1990)	IIP-C	Test zur Erfassung sozialer/interpersoneller Probleme	Fragebogen zur Selbstauskunft mit 64 Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,72–0,85* ¹
The Fear of Negative Evaluation-Brief Version (Leary, 1983)	FNE-BV	Test zur Messung der Erwartung von negativer Bewertung durch andere Menschen	Fragebogen zur Selbstauskunft mit 12 Items und fünf - Likert-Skala,	0,90–0,91* ¹
Mobility Inventory for Agoraphobia (Chambless et al., 1985)	MIA	Test zur Erfassung von agoraphobischen Symptomen, Vermeidungsverhalten und der Frequenz von Panikattacken	Fragebogen zur Selbstauskunft mit 27 Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,90–0,96* ¹
State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983)	STAI	Test zur Ermittlung von Angstsymptomen/-zuständen und Angst als Eigenschaft (habituell)	Fragebogen zur Selbstauskunft mit 20 Items und vierstufiger Likert-Skala	STAI-State: 0,90–0,94 STAI-Trait: 0,88–0,94* ¹

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff, L. S., 1977)	CES-D	Test zur Erfassung depressionsbedingter Symptome und ihrer Häufigkeit	Fragebogen zur Selbstauskunft mit 20 Items und vierstufiger Likert-Skala	0,85–0,90* ¹
Anxiety Sensitivity Index-Revised (Taylor & Cox, 1998)	ASI-R	Test zur Messung von Angstsensitivität und deren Ausprägung	Fragebogen mit 36 bzw. 21 Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,80–0,91* ¹
Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al., 1989)	PSQI	Test zur Ermittlung der Schlafqualität	Fragebogen zur Selbstauskunft mit 18 Items und vierstufiger Likert-Skala	0,83* ¹
General Self Efficacy Scale (Schwarzer, & Jerusalem, 1995)	GSE	Test zur Ermittlung der Selbstwirksamkeit	Fragebogen zur Selbsteinschätzung mit zehn Items und vierstufiger Likert-Skala	0,76–0,90* ¹
Albany Panic and Phobia Questionnaire (Rapee et al., 1994)	APPQ	Test zur Messung von agora- und sozialphobischen sowie Paniksymptomen	Fragebogen zur Selbstauskunft mit 27 Items und neunstufiger Likert-Skala	0,87–0,91* ¹
Social Interaction Scale (Mattick & Clarke, 1998)	SIAS	Test zur Erfassung von Ängsten in Bezug auf soziale Interaktion	Fragebogen zur Selbsteinschätzung mit 20 Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,88–0,93* ¹

Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (Masia-Warner et al., 2003)	LSAS-CA	Test zur Beurteilung von Symptomen in Bezug auf soziale Angst und deren Schwere bei Kindern und Jugendlichen	Fragebogen zur Fremdbeurteilung mit 24 Items und vierstufiger Likert-Skala	0,90–0,97* ¹
Kessler Psychological Distress Scale (Kessler et al., 2003)	K-6	Test zur Erfassung von negativem Stress bei Depressions- und Angstpatient*innen	Fragebogen zur Selbstauskunft mit sechs Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,89* ¹
Social Phobia Scale (Mattick & Clarke, 1998)	SPS	Test zur Erfassung von Ängsten bzgl. der Bewertung durch andere	Fragebogen zur Selbsteinschätzung mit 20 Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,89–0,94* ¹
Hamilton Anxiety Rating Scale (Hamilton, 1959)	HAM-A	Test zur Erfassung von Angststörungen sowie deren Symptome und Schweregrade	Fragebogen zur Fremdbeurteilung mit 14 Items und fünfstufiger Likert-Skala	0,83–0,85* ³ (Wirtz, 2017, S. 711)
Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1960)	HAM-D	Test zur Erfassung des Schweregrades der depressiven Symptomatik	Fragebogen zur Fremdbeurteilung mit 17 Items und drei- bzw. fünfstufigen Likert-Skalen	0,52–0,95* ³ (Wirtz, 2017, S. 711)
36-item Short-Form Health Survey (Ware & Sherbourne, 1992)	SF-36	Test zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	Fragebogen zur Selbstauskunft mit 36 Items und verschiedenstufigen Likert-Skalen	Nicht existent

Short-Form Health Survey (Ware, Kosinski, Keller, 1996)	SF-12	Kurzform des SF-36 (s. SF-36)	Fragebogen zur Selbstauskunft mit 12 Items und verschiedenstufigen Likert-Skalen	Nicht existent
Sheehan Disability Scale (Sheehan, 1983)	SDS	Test zur Erfragung von Einschränkung im Beruf, im sozialen Leben und in der Familie	Fragebogen zur Selbstauskunft mit drei Items und elfstufiger Likert-Skala	k. A.
Sleep Diary to control sleep hygiene (Kim, L. et al., 1997).	-	Instrument zur Beurteilung der Schlafqualität	Tagebuch zur Beschreibung verschiedener Aspekte zur Schlafqualität und-hygiene	-

Fett und kursiv: Hierbei handelt es sich um die Werte bzw. Spannbreiten der internen Konsistenz der Messinstrumente bei den inkludierten Studien.

*¹ In diesem Fall konnte den inkludierten Einzelstudien keine Auskunft über die interne Konsistenz entnommen werden. Daher wurde auf die Angaben der in der ersten Tabellenspalte genannten Entwickler*innen bzgl. der Messinstrumente zurückgegriffen.

*² Hier wurde die interne Konsistenz anhand von Guttman's Lambda angegeben, die äquivalent zu den Werten von Cronbach's Alpha interpretierbar sind.

*³ Für die Wertebereiche von Cronbach's Alpha wurden hier externe Quellen angegeben, da in den Originalschriften die Berechnung der internen Konsistenz mittels Faktorenanalysen durchgeführt wurde.

k. A.: Hierbei wurden weder in den inkludierten Publikationen dieser Arbeit noch in den Originalaufsätzen Angaben zur internen Konsistenz gemacht.

Nicht existent: Hier wurde laut den Entwickler*innen keine interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) berechnet, da die Fragebögen heterogene Konstrukte widerspiegeln, bei denen die einzelnen Items als Prädiktoren der spezifischen Symptome ausreichend validiert sind.