

Universität Koblenz-Landau
Campus Landau
Fachbereich 8: Psychologie
Klinische Psychologie

Masterarbeit

Selbstmitgefühl und Resilienz

**Selbstmitgefühlstraining zur Förderung der Resilienz von
Therapeut_innen im stationären psychotherapeutischen
Kontext**

vorgelegt von:
Nina Kovacheva
Matrikelnummer: 214201681
Maximilianstr. 28a, 76829 Landau in der Pfalz
E-Mail: kovacheva.nina@gmail.com
Erstgutachter: Dr. Jens Heider
Zweitgutachter: Jochen Auer

Eingereicht am: 06.04.2020

Vorwort

Die Herausforderungen des psychotherapeutischen Berufs konnte ich vor allem im Rahmen meiner zehnwöchigen Praktikumszeit an den Heiligenfeld Kliniken in Bad Kissingen kennenlernen. Zum ersten Mal kam ich in Berührung mit dem stationären psychotherapeutischen Alltag in einer Klinik und konnte sehen, wie eng getaktet dieser ist. Ich bekam die Möglichkeit, nach jeder Therapiesitzung, die ich begleiten durfte, über meine Beobachtungen und über die Gefühle zu sprechen, die die Therapieeinheiten in mir auslösten. Dadurch sah ich, wie viel Eigenanteil an emotionaler innerer Arbeit im psychotherapeutischen Beruf geleistet wird. Es wurde mir schnell klar, dass die Herausforderungen dieses Berufs einer inneren Stabilität sowie einer guten Selbstfürsorge bedürfen, um jeden Tag in der Lage zu sein, anderen Hilfe anbieten zu können. Kurz vor Beginn meines Praktikums kam ich in Berührung mit dem Konzept des *Selbstmitgefühls* und entdeckte dieses als ein hilfreiches Mittel, während dieser emotional herausfordernden Zeit für mich zu sorgen. Das Praktizieren des Selbstmitgefühls half mir, trotz der ungewohnten Anforderungen des psychotherapeutischen Alltags gesund zu bleiben und in der Lage zu sein, diesem mit Neugier und Freude Tag für Tag zu begegnen. Ich traf auf Selbstmitgefühl als therapeutisches Mittel auch innerhalb der Achtsamkeitstherapie, die die Klinik ihren Klient_innen anbot. Die Klinik führte bereits ein Achtsamkeitstraining für Mitarbeiter_innen durch. Als ich erfuhr, dass ein Teilmodul zum Selbstmitgefühl stattfinden sollte, wurde in mir die Neugier geweckt zu erfahren, inwieweit meine eigene positive Erfahrung mit dem Konzept sich auch auf die anderen Mitarbeiter_innen übertragen lässt und in der Lage ist, sie widerstandsfähiger zu machen, d.h. ihre *Resilienz* zu erhöhen. Ich bekam die Möglichkeit, dies zu untersuchen.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei einigen Personen bedanken, ohne die die Erstellung dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Als erstes danke ich meinen beiden Betreuern dafür, dass ich das Selbstmitgefühl zum Thema meiner Masterarbeit machen konnte. Herrn Jochen Auer möchte ich für die fortlaufende Unterstützung danken, die schon bei der Ausarbeitung der Idee der Arbeit während meines Praktikums bei Heiligenfeld GmbH anging. Darüber hinaus danke ich ihm für seine Hilfe bei der Koordination mit den Kliniken außerhalb von Bad Kissingen, für seine mitfühlende und motivierende Betreuung, für den bereichernden Austausch und für die Bereitstellung von Materialien. Herrn Jens Heider möchte ich meinen Dank dafür aussprechen, dass er ein zweites Mal bereit war, mich mit seiner zuverlässigen und kompetenten Unterstützung, raschen Rückmeldungen und Flexibilität bei meiner Abschlussarbeit zu begleiten.

Ich möchte meinen Dank an all die Teamleiter_innen aussprechen, die die hier evaluierte Intervention in ihren Teams durchgeführt haben. Des Weiteren möchte ich mich bei allen Teilnehmer_innen der Studie bedanken, die sich trotz des herausfordernden Berufsalltags der stationären Psychosomatik die Zeit genommen haben, die Fragebögen zur Evaluation der Interventionsmaßnahme auszufüllen. Ich möchte mich bei dem Unternehmen Heiligenfeld GmbH für die Möglichkeit bedanken, ein Modul ihres Achtsamkeitsprojekts evaluieren zu dürfen.

Ezra Mentrup, Caroline Seume, Sebastian Perzborn und Lukas Siebert möchte ich für das Korrekturlesen danken. Ein ganz spezieller Dank gilt Familie Sorenson-Seume für die moralische Unterstützung und liebevolle Begleitung während dieser für mich herausfordernden Zeit. Einen weiteren Dank möchte ich meiner Familie aussprechen, die es mir ermöglicht hat, meinen Herzenswunsch - dieses zweite Studium - zu absolvieren. Ich möchte auch all meinen Freunden danken, die immer ein offenes Ohr für mich hatten, insbesondere Judith Lottes, Halina Röhrig und Anna Roesch.

Zusammenfassung

Hintergrund: Aufgrund der hohen Belastung der Mitarbeiter_innen im Gesundheitssektor (Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer, 2019; Klimecki, Ricard & Singer, 2013; Raab, 2014; Reis, Schröder & Schlarb, 2014) besteht die Notwendigkeit von präventiven Maßnahmen (DGPPN, 2012), die sich positiv auf ihr Wohlbefinden und ihre Arbeitsleistung auswirken. In dieser Arbeit wird die Bedeutung von Selbstmitgefühl für Mitarbeiter_innen im stationären psychotherapeutischen Kontext erörtert. In drei psychosomatischen Kliniken wurde ein Selbstmitgefühlstraining implementiert. Es wurden die Auswirkung des Trainings auf die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Mitarbeiter_innen und der Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz untersucht. **Methode:** Die untersuchte Stichprobe bestand aus 29 Mitarbeiter_innen der Heiligenfeld Kliniken, von denen 17 in der Experimentalgruppe waren und ein vierwöchiges Selbstmitgefühlstraining erhielten. Der Rest bildete eine Kontrollgruppe ohne Training. Das Selbstmitgefühl und die Resilienz der Mitarbeiter_innen wurden vor und nach dem Training gemessen. Dies geschah anhand der Fragebögen *Self-Compassion Scale* von Neff (2003a) und der *Resilienzskala RS-13* von Leppert, Koch, Brähler und Strauss (2008). Um die Wirksamkeit des Trainings zu untersuchen, wurde für Selbstmitgefühl und Resilienz jeweils eine gemischte ANOVA mit Messwiederholung als Innersubjekt-Faktor durchgeführt. Der Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz wurde mittels nichtparametrischer Korrelationen überprüft. **Ergebnisse:** Für die Outcomevariable Selbstmitgefühl zeigte sich eine signifikante Verbesserung, die jedoch auch die Kontrollgruppe betraf. Für die Outcomevariable Resilienz ergab sich kein signifikanter Effekt. Sowohl zum ersten Messzeitpunkt ($r_s = .64, p < .01$) als auch zum zweiten Messzeitpunkt ($r_s = .80, p < .01$) wurde ein positiver moderater bis starker Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz gefunden. **Diskussion:** Die niedrige Zahl von ausgefüllten Fragebögen wies auf die schwierige Implementierung von Präventionsmaßnahmen und deren Evaluation am Arbeitsplatz hin. Als Hauptgründe der fehlenden Wirksamkeit des Trainings werden seine kurze Dauer bzw. ungenügende Intensivität und Mängel bei der Durchführung vermutet. Der auch erneut in dieser Arbeit bestätigte Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz spricht für die Bedeutung weiterer Forschung auf diesem Gebiet, um passende resilienzfördernde Maßnahmen mittels Selbstmitgefühl zu entwickeln.

Abstract

Background: Due to the high workload of employees in the health sector (Badura et al., 2019; Klimecki et al., 2013; Raab, 2014; Reis et al., 2014), there is a need for preventive measures (DGPPN, 2012) that have a positive effect on their well-being and work performance. This paper discusses the importance of self-compassion for employees in an inpatient psychotherapeutic context. In three psychosomatic clinics, a self-compassion training was implemented. The effect of the training on the resilience of the employees and the connection between self-compassion and resilience was examined. **Methods:** The researched sample consisted of 29 employees of the Heiligenfeld Clinics, 17 of whom were in the experimental group and received a four-week self-compassion training. The rest was a control group without training. The self-compassion and resilience of the employees were measured before and after the training. This was done using the *Self-Compassion Scale* by Neff (2003a) and the *Resilience Scale RS-13* by Leppert et al. (2008). In order to determine the effectiveness of the training, a mixed repeated measures ANOVA was carried out for self-compassion and resilience. The relationship between self-compassion and resilience was checked by means of non-parametric correlations. **Results:** There was a significant improvement in the outcome variable self-compassion, which however was also the case for the control group. There was no significant effect on the outcome variable resilience. Both at baseline ($r_s = .64, p < .01$) as well as at the second time of measurement ($r_s = .80, p < .01$), a positive moderate to strong correlation between self-compassion and resilience was found. **Discussion:** The low number of completed questionnaires indicated the difficulty of implementing prevention measures and evaluating them in the workplace. The main reasons for the lack of effectiveness of the training are assumed to be its short duration or insufficient intensity and deficiencies in implementation. The connection between self-compassion and resilience, which was again confirmed in this study, speaks for the importance of further research in this field in order to develop appropriate measures to promote resilience by means of self-compassion.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Danksagung.....	3
Zusammenfassung.....	4
Abstract	5
Inhaltsverzeichnis.....	6
1 Herausforderungen des psychotherapeutischen Berufs	8
2 Selbstmitgefühl und Resilienz: Theoretische Grundlagen und Forschungsstand.....	11
2.1 Selbstmitgefühl	11
2.1.1 Herkunft	11
2.1.2 Definition und Begriffsklärung	12
2.1.3 Komponenten des Selbstmitgefühls	12
2.1.3.1 Selbstfreundlichkeit	12
2.1.3.2 Allverbundenheit	13
2.1.3.3 Achtsamkeit.....	13
2.1.4 Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Selbstmitgefühl	15
2.1.5 Eigenschaften von Selbstmitgefühl	17
2.1.6 Missverständnisse gegenüber Selbstmitgefühl.....	17
2.1.6.1 Abgrenzung des Begriffs zu Empathie	18
2.1.6.2 Abgrenzung des Begriffs zu Selbstmitleid.....	18
2.1.7 Bedeutung von Selbstmitgefühl für die psychotherapeutische Praxis	19
2.1.8 Selbstmitgefühl kultivieren	21
2.1.9 Forschungslage zu Achtsamkeit- und Selbstmitgefühlstrainings	21
2.1.9.1 Exkurs Burnout.....	21
2.1.9.2 Wirkung von Achtsamkeit und Selbstmitgefühlstrainings.....	23
2.2 Resilienz.....	26
2.2.1 Begriffsannäherung	26
2.2.2 Ursprung der Resilienzforschung und ihrer Entwicklung	26
2.2.3 Resilienz als Anpassungsprozess vs. Persönlichkeitsmerkmal	27
2.2.3.1 Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal.....	27
2.2.3.2 Resilienz als dynamischer Anpassungsprozess.....	28
2.2.3.3 Resilienz als integratives Konstrukt.....	28
2.2.4. Verwandte Konstrukte.....	29

2.2.5 Resilienzmodelle.....	30
2.2.5.1 Arten von Resilienzmodellen.....	30
2.2.5.2 Sieben Säulen der Resilienz.....	31
2.2.5.3 Integrative Modelle der Resilienz.....	32
2.3 Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz.....	36
2.4 Fragestellungen und Hypothesen.....	39
3 Methode.....	40
3.1 Setting.....	40
3.2 Das Design.....	41
3.3 Ablauf.....	41
3.4 Stichprobenbeschreibung.....	42
3.5 Messinstrumente.....	44
3.5.2 Resilienzskala.....	45
3.6 Beschreibung der Datenaufbereitung und des Auswertungsverfahrens.....	45
3.6.1 Berechnung der Skalenwerte, Summenwerte des SCS-Fragebogens.....	45
3.6.2 Berechnung der Skalenwerte, Summenwerte des Resilienzfragebogens.....	46
4 Ergebnisse.....	47
4.1 Hypothesenauswertung.....	47
4.2 Zusatzanalysen.....	52
5 Diskussion.....	56
5.1 Diskussion und Ergebnisse.....	56
5.2 Limitationen.....	60
5.3 Ausblick.....	62
Literaturverzeichnis.....	65
Anhang.....	78
Eigenständigkeitserklärung.....	97

1 Herausforderungen des psychotherapeutischen Berufs

„Fürsorge für andere bedarf Fürsorge für einen selbst.“

Tenzin Gyatso (der 14. Dalai-Lama zitiert nach
Billig und Richard (2015))

Laut dem Fehlzeiten-Report für 2018, eine Buchreihe der AOK, kommen psychische und Verhaltensstörungen bei 16% der Mitarbeiter_innen des Gesundheits- und Sozialwesens vor, was unter allen Berufsfeldern den höchsten Anteil ausmacht (Badura et al., 2019). In der Studie von Reis et al. (2014) berichteten 45% der an der Studie teilnehmenden Psychotherapeut_innen von einer hohen emotionalen Erschöpfung, d.h. von einer Überforderung mit den Anforderungen des Berufes, die von Gefühlen der Leere und Entmutigung begleitet wird (Maslach, 2015).

Wie im Folgenden verdeutlicht wird, sind Therapeut_innen und Mitarbeiter_innen aus anderen Berufen des Gesundheitswesens vielen verschiedenen Stressquellen und Belastungen ausgesetzt. Diese Berufsgruppe muss sehr viel emotionales und physisches Leid begleiten und aushalten können, was sehr beanspruchend und auslaugend ist (Klimecki et al., 2013; Raab, 2014). Diese emotional beanspruchende Arbeit führt zu einem hohen Stresslevel (K. A. Moore & Cooper, 1996). Es gibt Belege, dass Stress die Leistung der Mitarbeiter_innen in helfenden Berufen reduziert (Spickard, Gabbe & Christensen, 2002). Der Stress führt zu schlechterer Konzentration und Aufmerksamkeit, zu Entscheidungsschwierigkeiten, beeinträchtigt die effektive Kommunikation und hat darüber hinaus negative gesundheitliche Folgen, wie Erschöpfung, Schlaflosigkeit, Übergewicht und Depression (Spickard et al., 2002). Stress beeinflusst zudem die Arbeitszufriedenheit, kann persönliche Beziehungen stören und kann zu psychischem Leid führen (Flanagan & Flanagan, 2002; Shapiro, Astin, Bishop & Cordova, 2005). Der Stress der Mitarbeiter_innen geht mit einer schlechteren Fürsorge für die Klient_innen einher und wirkt sich negativ auf die Dauer der Genesung der Klient_innen aus (Raab, 2014; Shapiro et al., 2005). Darüber hinaus haben Therapeut_innen oft mit sehr schwierigen Klient_innen zu tun, die z.B. an Persönlichkeitsstörungen leiden oder suizidgefährdet sind. Das kann zu Hoffnungslosigkeit, Selbstzweifel und Zweifel an beruflichen Qualitäten führen (Chemtob, Bauer, Hamada, Pelowski & Muraoka, 1989; Tiegreen &

Newman, 2009). Dies kann vor allem bei Therapeut_innen der Fall sein, die einen hohen Anspruch an sich haben und besonders perfektionistisch sind (D'Souza, Egan & Rees, 2011). In diesen Berufen ist es also hilfreich, trotz Stress und hoher emotionaler Belastung gesund zu bleiben. Dies wird in der Psychologie als Resilienz bezeichnet (Rutter, 1995) und vor allem im Bereich der Gesundheitsforschung aufgrund der hohen gesellschaftlichen Relevanz erforscht (Wise, Hersh & Gibson, 2012).

Wie im oberen Zitat des Dalai-Lamas ersichtlich wird, ist ein selbstfürsorgender Umgang eine Voraussetzung dafür, dass man für andere da sein kann. Die Fähigkeit, respektvoll, nicht wertend und sensibel mit sich selbst umzugehen, fördert ein ähnliches Verhalten gegenüber anderen (Gilbert, 2005).

Achtsamkeitstrainings und Selbstmitgefühlskurse erweisen sich in diesem Zusammenhang als hilfreich, eine qualitativ bessere therapeutische Arbeit zu ermöglichen und gleichzeitig die eigene Gesundheit präventiv zu schützen (Neff & Germer, 2013; Raab, 2014). Wiklund Gustin und Wagner (2013) konnten zeigen, dass Selbstmitgefühl ein Schutzfaktor gegen emotionale Erschöpfung sein kann. Selbstmitgefühl zeigt sich als förderlich, um Resilienz gegenüber Stress und Depression zu entwickeln und vor Burnout zu schützen (Neff, 2003b, 2003a; Olson, Kemper & Mahan, 2015; Raab, 2014; Trockel, Hamidi, Murphy, Vries & Bohman, 2017). Selbstmitgefühl fördert insgesamt das Wohlbefinden (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2003b) und zeigt einen negativen Zusammenhang mit Psychopathologie (Barnard & Curry, 2011).

Es konnten viele Vorzüge des Selbstmitgefühls für den Arbeitsalltag gefunden werden: Menschen, die selbstmitfühlender sind, besitzen eine höhere Motivation, lernen leichter aus ihren Fehlern, geben weniger schnell auf, haben einen hohen Anspruch an sich selbst, ohne sich Vorwürfe zu machen, wenn dieser Anspruch nicht erfüllt wird, sind weniger selbstkritisch und verfügen über eine höhere emotionale Stabilität (Neff, Kauschke & Brähler, 2015). Nach Germer und Neff (2019) rührt die hohe Motivation selbstmitfühlender Menschen, eigene Ziele zu erreichen, aus intrinsischen Gründen und nicht weil sie sich nach Bestätigung sehnen. Selbstmitgefühl senkt den negativen Affekt dabei, wenn diese Ziele nicht erreicht werden konnten. Das bedeutet auch, dass hoch selbstmitfühlende Personen weniger Angst vor Versagen haben und eher dazu geneigt sind, nach Misserfolgen etwas erneut auszuprobieren anstatt es

aufzugeben. Auch die Übernahme von Eigenverantwortung wird durch Selbstmitgefühl gesteigert (Germer & Neff, 2019).

Selbstmitgefühl gilt allgemein als ein starker Prädiktor für psychisches Wohlbefinden (Neff et al., 2015). Es geht mit gesunden Verhaltensweisen einher, z.B. mit gesunder Ernährung, ausreichendem Schlaf und regelmäßiger physischer Betätigung (Biber & Ellis, 2019). Selbstmitgefühl geht zudem mit erfolgreichem Coping in stressigen und schwierigen Situationen einher (Allen & Leary, 2010).

Demnach wird eine doppelte Bedeutung des Selbstmitgefühls für den psychotherapeutischen Beruf deutlich. Einerseits wird dadurch die Qualität der therapeutischen Arbeit erhöht, andererseits stellt Selbstmitgefühl einen bedeutenden Schutzfaktor für die Therapeut_innen dar (Raab, 2014).

In meiner Recherche konnte jedoch keine adäquate Maßnahme gefunden werden, die gut im stationären psychotherapeutischen Arbeitsalltag implementierbar ist und gleichzeitig den gewünschten Effekt hat.

Als Autorin dieser Arbeit liegt es mir am Herzen, die Wichtigkeit der Selbstfürsorge, vor allem in helfenden Berufen, in den Fokus der Betrachtung zu stellen und nach einer dazu geeigneten und im psychotherapeutischen Alltag umsetzbaren Maßnahme zu suchen. Ziel dieser Arbeit ist, die Wirkung einer sehr ökonomischen Trainingseinheit zum Selbstmitgefühl im Arbeitskontext von stationär-arbeitenden Therapeut_innen sowie deren Einfluss auf die Resilienz der Mitarbeiter_innen zu untersuchen.

2 Selbstmitgefühl und Resilienz: Theoretische Grundlagen und Forschungsstand

In den folgenden drei Unterkapiteln werden die theoretischen Grundlagen und der aktuelle Forschungsstand zu Selbstmitgefühl, Resilienz und deren Zusammenhang beschrieben.

2.1 Selbstmitgefühl

2.1.1 Herkunft

Beim Begriff des Selbstmitgefühls handelt es sich nicht um ein vollkommen neues Konzept. Es ist eine therapeutische Komponente, die sich seit über einem Jahrhundert unter dem Begriff der Selbstakzeptanz befand (Germer & Neff, 2019). Nach Chamberlain und Haaga (2001) bedeutet Selbstakzeptanz die Annahme aller eigener Eigenschaften, seien diese positiv oder negativ. Diese erlaubt einem eine angemessene Einschätzung der günstigen und ungünstigen Charakterzüge sowie die Akzeptanz allerlei negativer Anteile der eigenen Persönlichkeit (Chamberlain & Haaga, 2001). Sie wurde u.a. von William James, Sigmund Freud und B. F. Skinner als förderlich für die Psychotherapie anerkannt (Germer & Neff, 2019). Carl Rogers (1951) und andere Humanisten sehen die Selbstakzeptanz als eine zentrale Voraussetzung für eine gewünschte Veränderung des Selbst. In den 1990er Jahren änderte sich der Fokus von der Selbstakzeptanz zu der Akzeptanz des Gegenwärtigen (Germer & Neff, 2019). Hier flossen auch Konzepte der *Achtsamkeit* aus buddhistischer Tradition ein (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007). Das Einbeziehen des Achtsamkeitsbegriffs prägte verschiedene Therapieformen, wie z. B. die dialektisch behaviorale Therapie (DBT), die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) und die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) (Germer & Neff, 2019). Neben dem Beitrag des Buddhismus zu dem Konzept der Achtsamkeit gibt es auch Einflüsse auf die Konzeptualisierung des *Mitgefühls* und auf seine Praxis in Form einer Meditation namens *Mettā-Meditation* (Hangartner, 2013; Neff & Dahm, 2015). Zurzeit geht es sowohl um die Akzeptanz des Erlebenden („Mitgefühl“) als auch um die Akzeptanz des Erlebten („Achtsamkeit“) (Germer & Neff, 2019). Durch die Einführung des Konzepts in die kognitive Therapie durch Paul Gilbert (2000) und die Operationalisierung des Konstrukts durch Kristin Neff (2003b, 2003a) wurde eine Basis für die Forschung über und die Integration von Selbstmitgefühl in der psychotherapeutischen Arbeit geschaffen (Germer & Neff, 2019).

2.1.2 Definition und Begriffsklärung

Beim Selbstmitgefühl handelt es sich um das nach innen gerichtete Mitgefühl einer Person (Neff et al., 2015). Da beide Konstrukte eng verwandt sind (Neff, 2003b), wird zunächst das Mitgefühl definiert. Nach Lazarus (1994) bedeutet Mitgefühl die Sensibilität für die Erfahrung des Leidens eines Anderen, begleitet von einem Wunsch, dieses Leid zu lindern. Dafür ist es erforderlich, die Anwesenheit des Schmerzes anzuerkennen. Das bedeutet für einen Moment innezuhalten, die gewöhnliche Blickrichtung zu wechseln und jene eines anderen anzunehmen (Neff & Dahm, 2015).

Selbstmitgefühl stellt die Fähigkeit dar, eigenem Leid, erlebtem Misserfolg und eigener Unzulänglichkeit mit einem Gefühl von Wärme, Verbundenheit und Fürsorge zu begegnen (Neff & McGehee, 2010; Neff, 2016).

Laut Neff (2003b) setzt sich Selbstmitgefühl aus drei Komponenten zusammen: liebevoller Umgang mit sich selbst bzw. *Selbstfreundlichkeit*, ein Gefühl der menschlichen Zusammengehörigkeit bzw. *Allverbundenheit* und *Achtsamkeit*.

2.1.3 Komponenten des Selbstmitgefühls

Im Folgenden werden die Elemente des Selbstmitgefühls einzeln erklärt.

2.1.3.1 Selbstfreundlichkeit

Selbstfreundlichkeit (self-kindness) ist eine Haltung sich selbst gegenüber, bei der die praktizierende Person verständnisvoll und fürsorglich mit sich selbst umgeht. Eigenen Fehlern und Unzulänglichkeiten wird auf sanfte Art und Weise begegnet. Der oder die Übende befindet sich in einem liebevollen und unterstützenden Dialog mit sich selbst. In schwierigen Situationen und bei Misserfolgen kehren selbstfreundliche Menschen ihre Aufmerksamkeit nach innen und spenden sich selber Trost und Unterstützung, um ihr Leid zu lindern (Neff & Dahm, 2015).

Der Haltung des Selbstmitgefühls wird jene der Selbstverurteilung (self-judgement) gegenübergestellt. Diese entsteht aus der Angst, nicht zu genügen. Dabei nimmt man sich als mangelhaft und unzureichend wahr und begegnet sich deshalb mit Verurteilung und Kritik (Neff, 2003b, 2003a; Neff et al., 2015; Neff & Dahm, 2015). Paradox ist, dass sowohl Selbstmitgefühl als auch Selbstkritik eine Motivation zum Ziel haben (Neff et al., 2015). Es ist

aber zu beachten, dass der Bewegfaktor der hinter der Selbstkritik liegt die Angst vor Versagen ist, wogegen hinter dem Selbstmitgefühl die Liebe steht. Konstruktive selbstmitfühlende Kritik ist möglich, wenn diese durch Einsicht geschieht und nicht durch herabsetzende Selbstverurteilung (Germer & Neff, 2019).

Selbstfreundlichkeit kann sich in zwei unterschiedlichen Formen manifestieren. Eine Form stellt die oben genannte Mettā-Meditation bzw. Meditation der liebenden Güte dar, bei der der Wunsch nach eigenem Wohlergehen und dem von anderen geäußert und manifestiert wird. Die andere Form ist die Selbstfreundlichkeit im Mitgefühl mit erlebten Leid. Zum Beispiel eine liebevolle Geste, wie eine Hand auf dem Bauch zu legen, wenn dieser schmerzt (Neff et al., 2015).

2.1.3.2 Allverbundenheit

Das Gefühl gemeinsamer Menschlichkeit (common humanity) ist ein wichtiger Bestandteil des Selbstmitgefühls. Selbstmitgefühl ist eingebettet in einem Gefühl der Verbundenheit. Selbstkritik ist oft mit Isolation verbunden, da die eigene Person als mangelhaft und abnormal im Vergleich zu anderen angesehen wird. Dabei wird vergessen, dass kein menschliches Wesen perfekt und vollkommen oder auch frei von Leid ist. Selbstmitgefühl erkennt Schwierigkeiten und Misserfolge als Teil des Menschseins. Wenn ein Gefühl von Allverbundenheit da ist, dann ist es möglich zu erkennen, dass andere Menschen in schwierigen Zeiten dieselben Gefühle empfinden. Dadurch wird jeder Moment des Leidens zu einer Möglichkeit, sich anderen näher zu fühlen und nicht einsam und isoliert zu sein (Germer & Neff, 2019).

2.1.3.3 Achtsamkeit

Es gibt einige Definitionen von Achtsamkeit (mindfulness). Nilsson und Kazemi (2016) konnten in ihrer Recherche 33 unterschiedliche Definitionen von Achtsamkeit zwischen 1993 und 2016 finden.

Die gängigste Definition von Achtsamkeit ist von J. Kabat-Zinn (2003, S. 145): „the awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally to the unfolding of experience moment by moment“. Es handelt sich um eine ausgeglichene Haltung, die Erfahrungen weder vermeidet, noch Widerstand dagegen leistet, noch diese übertreibt (Germer & Neff, 2019). In diesem empfänglichen Geisteszustand wird es

möglich, negativen Gedanken und Gefühlen bewusst zu begegnen und diese zuzulassen, ohne sie verändern zu wollen. Das Gegenteil von Achtsamkeit wäre ein „Modus des Autopiloten“ mit Gedankenkreisen um vergangene oder zukünftige Ereignisse ohne bewusste Wahrnehmung dessen, was um uns und in uns passiert (Germer & Neff, 2019). Es ist wichtig bei Misserfolgen, sich nicht auf den Misserfolg zu fokussieren, sondern die Gefühle, die ihn begleiten, zuzulassen. Ein Verharren und Festhalten an diesem Misserfolg führt zu Überidentifikation (over-identification). Überidentifikation ist die Komponente, die Neff (2003a) der Achtsamkeit gegenüberstellt. Diese Überidentifizierung geht mit der Schwierigkeit einher, sich von den eigenen Gefühlen und Gedanken abzugrenzen und beinhaltet eine zwanghafte Fixierung darauf (Neff, 2011; Neff & Dahm, 2015).

Achtsamkeit ist Grundlage und Fundament für Selbstmitgefühl (Germer & Neff, 2019). Es erfordert eine Bewusstheit um den eigenen Zustand, um diesen Zustand mitfühlend begegnen zu können. Germer und Neff (2019) sprechen von vier Hauptaufgaben von Achtsamkeit im Selbstmitgefühlstraining. Erstens, zu erkennen, wenn man leidet; zweitens, Bewusstsein für die aktuellen Emotionen in dem jetzigen Moment zu wecken; drittens, Bewusstheit für die Lokalisation der Emotionen im Körper, um diese zu regulieren und letztens, um Gelassenheit zu entwickeln, die Raum für selbstmitfühlende Handlungen schafft.

Oft wird angenommen, dass Gedanken die Realität abbilden, diese sind aber nur deren Repräsentation (Neff et al., 2015). Achtsamkeit hilft uns, für die Realität offen zu sein, wie sie ist und unsere Gedanken nicht für bare Münze zu nehmen (Neff et al., 2015). Vor allem sind es die Gedanken an die Zukunft, an die Vergangenheit und an uns selbst, die die Wahrnehmung unserer Realität beeinflussen und verzerren können. Nach Beck sind mögliche Verzerrungen Grund für Depressionen (Margraf & Schneider, 2018).

Achtsamkeit erlaubt, sich schmerzvollen Erfahrungen zuzuwenden und sie so zu akzeptieren wie sie sind, ohne an diesen haften zu bleiben oder dagegen anzukämpfen. Im nächsten Schritt wird es möglich, dem Schmerz mit Mitgefühl zu begegnen. Das Mitgefühl stärkt unsere Fähigkeiten, mit Schmerz umzugehen und ihm gelassener und mit mehr Leichtigkeit gegenüber zu treten (Neff et al., 2015).

Es gibt Evidenz, dass Achtsamkeitstrainings wie z.B. *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR), das von Jon Kabat-Zinn (1990) entwickelt wurde, in der Lage sind, die

Vulnerabilität gegenüber Stress zu reduzieren (Shapiro et al., 2005). Auch weitere Achtsamkeitspraktiken wie Yoga, Meditation und Qigong zeigen eine positive Wirkung in Form Stressreduktion (Christopher, Christopher, Dunnagan & Schure, 2006).

In dem Review von Irving, Dobkin und Park (2009) wurden die Ergebnisse von 10 Studien dargelegt, die belegen, dass Achtsamkeit in der Lage ist, Stress und Gedankenkreisen bei Mitarbeiter_innen im Gesundheitssektor zu reduzieren und das Selbstmitgefühl zu steigern. Es zeigen sich weitere Vorteile des Achtsamkeitstrainings für die Selbstfürsorge der Teilnehmer_innen wie die Reduktion von Burnout-Symptomatik, Erschöpfung und Ängstlichkeit sowie die Steigerung von Lebenszufriedenheit, Entspannung und Empathie. Das Review von Escuriex und Labbé (2011) brachte ähnliche Ergebnisse für die Mitarbeiter_innen in helfenden Berufen und zeigte darüber hinaus eine Erhöhung in den Variablen Empathie, Mitgefühl und Selbstmitgefühl.

Die drei Komponenten des Selbstmitgefühls stehen in einer Beziehung zueinander und bedingen sich gegenseitig (Germer & Neff, 2019). Achtsamkeit bildet auch eine Voraussetzung für Selbstfreundlichkeit und für das Empfinden von gemeinsamer Menschlichkeit, da sie eine Distanz zu negativen Erfahrungen ermöglicht (Neff, 2003b, 2003a). Selbstfreundlichkeit vermindert den Einfluss negativer emotionaler Erfahrungen und erleichtert es, diesen achtsam zu begegnen (Germer & Neff, 2019). Die Erkenntnis, dass eigenes Leid und Scheitern mit anderen geteilt werden, verringert Selbstvorwürfe und Überidentifizierung (Germer & Neff, 2019).

2.1.4 Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Selbstmitgefühl

Germer und Neff (2019) machen anhand von Fragen die Unterschiede und Gemeinsamkeiten sowie den Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Achtsamkeit deutlich. Eine Frage der Achtsamkeit wäre: „Was erlebe ich im Moment des Leidens?“. Die Frage, die vom Selbstmitgefühl dazu kommen würde, wäre: „Und was brauche ich?“. Zusammen bilden beide eine warmherzige und akzeptierende Präsenz während schwieriger Momente unseren Lebens (Germer & Neff, 2019). Während Achtsamkeit sich auf die Erfahrung bezieht, bezieht sich Selbstmitgefühl auf die erfahrende Person mit dem Wunsch und der Intention, dass diese glücklich und frei von Leid sei. Dabei erscheinen Gefühle wie Fürsorge und Zuwendung (Germer & Neff, 2019).

Bishop et al. (2004) bieten eine Operationalisierung für das Konzept der Achtsamkeit. Die Autor_innen extrahierten zwei Konstrukte, aus denen sich Achtsamkeit zusammensetzt. Zum einen ist dies die Selbstorganisation der Achtsamkeit, d.h. die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf die unmittelbare Erfahrung aufrechtzuerhalten und das Zulassen vom psychischen Geschehen im gegenwärtigen Moment. Zum anderen die Orientierung auf die Erfahrung mittels einer neugierigen, offenen und akzeptierenden Haltung (Bishop et al., 2004). Beide Komponenten sind wichtig, da einerseits die aufmerksame Präsenz im gegenwärtigen Moment das Gedankenkreisen um zukünftige oder vergangene Ereignisse hindert (Germer & Neff, 2019). Andererseits hilft die Akzeptanz, die Frustration und den Stress, die aus der Vermeidung und dem Widerstand gegenüber unangenehmen Erfahrungen resultieren, zu vermeiden (Germer & Neff, 2019). Achtsamkeit im Allgemeinen bezieht sich auf jede mögliche Erfahrung, während Achtsamkeit in Bezug auf Selbstmitgefühl vor allem die Bewusstheit über negative Gedanken und Gefühle bedeutet (Germer & Neff, 2019).

Nach Germer und Neff (2019) ist es möglich, dass Selbstfreundlichkeit und gemeinsame Menschlichkeit häufige Begleiter von Achtsamkeit bei schmerzlichen Erfahrungen sind, sodass Achtsamkeit und Selbstmitgefühl oft zusammenauftreten. Dies muss aber nicht zwangsläufig der Fall sein. Selbstmitgefühl braucht seinerseits Achtsamkeit, damit man nicht in einen „Machermodus“ verfällt und sich nur auf das Befreien von der schmerzlichen Erfahrung fokussiert. Das Selbstmitgefühl ist unabhängig von dem Ergebnis. Selbstmitgefühl bietet somit eine emotionale Sicherheit, indem es für alle Gefühle offen ist und diesen mit Akzeptanz begegnet (Germer & Neff, 2019).

In einer Studie von Keng, Smoski, Robins, Ekblad und Brantley (2012) wurde die unabhängige Rolle der beiden Variablen Achtsamkeit und Selbstmitgefühl innerhalb des MBSR-Trainings betrachtet. Die Ergebnisse zeigten, dass Achtsamkeit Schwierigkeiten in der Emotionsregulation reduzierte, wenn das Selbstmitgefühl kontrolliert wurde. Auf der anderen Seite verbesserte das Selbstmitgefühl die Effekte des Trainings auf Besorgnis, wenn Achtsamkeit kontrolliert wurde. Beide Variablen zeigten positive Effekte auf Angst vor Emotionen (Keng et al., 2012). Keng et al. (2012) postulierten, dass Achtsamkeit mehr Klarheit verschafft, um Selbstmitgefühl zu entwickeln, während Selbstmitgefühl Achtsamkeit durch die Reduktion von Aufmerksamkeitsstörungen (wie z.B. Gedankenkreisen) erleichtert.

2.1.5 Eigenschaften von Selbstmitgefühl

Selbstmitgefühl beinhaltet sechs Eigenschaften. Drei davon lassen sich einem mitfühlenden „mit-sich-selbst-Sein“ und drei weitere einer „aktiveren“ Haltung zuzuordnen. Die ersten drei sind Trösten (Comforting), Beruhigen (Soothing) und Bestätigen (Validating). Die anderen drei sind Schützen (Protecting), Unterstützen (Providing) und Motivieren (Motivating) (Germer & Neff, 2019). Germer und Neff (2019) erklären die sechs Eigenschaften folgendermaßen: Trösten bedeutet Unterstützung für die eigenen emotionalen Bedürfnisse oder derer von anderen. Beruhigung ist hilfreich, um sich (zumindest physisch) gelassener zu fühlen. Bestätigung heißt, eigenes Erleben klar zu verstehen, Worte dafür finden zu können und sich liebevoll und sanft anzusprechen. Schützen impliziert das Ablehnen von allem, was einem Schaden hinzufügt und auch von denjenigen Personen, die einem weh tun. Unterstützen bedeutet die Kenntnis der eigenen Bedürfnisse und deren Befriedigung. Motivieren geschieht durch Selbstmitgefühl mit Zuspruch, Unterstützung und Verständnis und nicht durch Selbstkritik.

2.1.6 Missverständnisse gegenüber Selbstmitgefühl

Germer und Neff (2019) beleuchten einige häufige Missverständnisse, die im Zusammenhang mit Selbstmitgefühl auftreten.

Das Selbstmitgefühl wird oft irrtümlich als egoistisch betrachtet. Das Gegenteil ist aber der Fall. Wenn man in der Lage ist, seine eigenen Bedürfnisse zu befriedigen und sich selber zu unterstützen, hat man auch mehr emotionale Ressourcen, um sich anderen zuzuwenden. Bei einer selbstkritischen Haltung dagegen bleibt kein Raum für andere, da die eigene Person permanent im Fokus steht (Germer & Neff, 2019).

Auch wird oft fälschlicherweise angenommen, dass selbstmitfühlend handelnde Personen schwach und feige sind. Im Gegenteil ermöglicht Selbstmitgefühl bessere Coping-Strategien und erhöht die Resilienz. Selbstmitgefühl bedeutet auch nicht, sich mit Genussmitteln abzulenken, die kurzfristig Trost spenden. Solche Verhaltensweisen werden dank des Selbstmitgefühls vermieden, da sie längerfristig Schaden anrichten (Germer & Neff, 2019).

Der Begriff des Mitgefühls wird oft mit den Begriffen Empathie und Mitleid synonym verwendet (Hangartner, 2013), deswegen bedarf es einer präziseren Begriffsklärung, um dazwischen unterscheiden zu können.

2.1.6.1 Abgrenzung des Begriffs zu Empathie

Bei Empathie handelt es sich um ein Nachempfinden des emotionalen Zustandes einer anderen Person (Singer & Lamm, 2009). Das Mitgefühl beinhaltet darüber hinaus als aktive Komponente, die Motivation bzw. Intention das Leid dieser Person zu minimieren (Halifax, 2013). Ein Unterschied in der Wirkweise besteht darin, dass es beim Mitgefühl im Gegensatz zur Empathie nicht zu einer Überwältigung durch die Emotionen kommt, sondern zu einer angemessenen emotionsregulierenden Haltung (Halifax, 2013).

Der Unterschied zwischen Mitgefühl und Empathie konnte auch als Korrelat im Gehirn mithilfe bildgebender Verfahren gezeigt werden. Dabei wurden beim Empfinden von Empathie Aktivierungen in der anterioren Insel und dem anterioren, mittleren Gyrus Cinguli gefunden. Dabei handelt es sich um schmerzrelevante Gehirnnetzwerke. Dies war beim Empfinden von Mitgefühl nicht der Fall. Beim Mitgefühl wurden der mediale orbitofrontale Kortex, das ventrale Striatum und der prägenuale anteriore Gyrus Cinguli aktiviert (Klimecki et al., 2013), die mit positivem Affekt und Zuwendung sowie mütterlicher und romantischer Liebe assoziiert werden (Bartels & Zeki, 2004).

Genau dieser Unterschied zwischen Empathie und Mitgefühl macht die Relevanz dieser Arbeit deutlich, da in helfenden Berufen das Burnout-Risiko durch empathisches Mitfühlen gesteigert wird, wohingegen Mitgefühl und Selbstmitgefühl die Resilienz fördern (Klimecki et al., 2013).

2.1.6.2 Abgrenzung des Begriffs zu Selbstmitleid

Eine weitere Verwechslung besteht zwischen Selbstmitgefühl und Selbstmitleid (Hangartner, 2013). Dabei kann Selbstmitgefühl eher als Maßnahme gegen Selbstmitleid und die Tendenz, sich über sein Unglück zu beklagen, angesehen werden (Germer & Neff, 2019). Selbstmitgefühl hilft, schwierige Gefühle zu akzeptieren, zu erfahren und mit Güte anzuerkennen. Dadurch ist auch schon Hilfe geleistet, die schwierige Situation zu verarbeiten und damit abzuschließen. Selbstmitleid ist im Gegensatz zu Selbstmitgefühl mit egozentrischen Gefühlen verbunden und verlängert die Dauer des Leidens. Selbstmitgefühl dagegen ermöglicht, eigenes Leid mit dem von anderen zu verbinden. Die gemeinsame Menschlichkeit ermöglicht, eine andere Perspektive anzunehmen sowie das eigene Problem in einem größeren

Kontext zu sehen, was möglicherweise dazu führt, das Problem als weniger schlimm bewerten zu können (Germer & Neff, 2019).

Schnabel (2015) macht den Unterschied zwischen Mitleid und Mitgefühl an einem Alltagsbeispiel deutlich. Unter Mitleid versteht er jene Haltung, die Menschen oft gegenüber Obdachlosen haben. Diese zeichnet sich aus durch einen teilnahmsvollen Kummer, begleitet von einem emotionalen Abstand und nicht durch einen Antrieb, die Situation des anderen zu verbessern. Mitgefühl resultiert aus der Erfahrung, dass uns jemand ähnlich ist, während Mitleid häufig mit einem Gefühl der Distanz und der Überlegenheit einhergeht.

Analog dazu verhält es sich mit Selbstmitleid und Selbstmitgefühl. Während beim Selbstmitleid die Annahme im Vordergrund steht, dass alle anderen es besser haben und das eigene Schicksal bedauert wird, gibt es beim Selbstmitgefühl die Einsicht, dass andere mit ähnlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben und dies einen Teil des Lebens darstellt (Schnabel, 2015). Neff (2003b) spricht in diesem Zusammenhang von Allverbundenheit versus Isolation. Selbstmitgefühl ermöglicht eine liebevolle Zuwendung, wie jene eines besten Freundes, anstelle von Selbstkritik und Wehleidigkeit (Germer & Neff, 2019; Neff, 2003b; Schnabel, 2015).

Wichtig ist, dass Therapeut_innen den Klient_innen auf Augenhöhe begegnen und sich nicht über sie stellen, wofür der Unterschied zwischen Mitgefühl und Mitleid entscheidend ist (Gyatso & Bohn, 2008). Während Mitleid zu einer Distanzierung gegenüber anderen führt (Schnabel, 2015), macht Mitgefühl eine empathische Haltung möglich, ohne im Leid des Anderen zu versinken (Klimecki et al., 2013).

2.1.7 Bedeutung von Selbstmitgefühl für die psychotherapeutische Praxis

Selbstmitgefühl spielt eine dreifache Rolle in der psychotherapeutischen Arbeit: Erstens, wie Therapeut_innen die Beziehung zu sich selbst gestalten (*mitfühlende Präsenz*), zweitens, wie Therapeut_innen die Beziehung zu ihren Klient_innen gestalten (*mitfühlende Beziehung*) und drittens, wie die Beziehung der Klient_innen zu sich selbst aussieht (Germer & Neff, 2019).

Nach Germer und Neff (2019) gehören zu der Beziehung zu sich selbst eine *radikale Akzeptanz* und *Präsenz*. Laut Autoren geht die radikale Akzeptanz mit einer Haltung des Nicht-Wertens und Nicht-Festhaltens sowie mit der Annahme von allem, was zu der eigenen Person

gehört, einher. Präsenz bedeutet, „eins mit dem gegenwärtigen Moment“ zu sein, in einer klaren, offenen und direkten Weise (Germer & Neff, 2019).

Eine mitfühlende Beziehung äußert sich darin, dass Therapeut_innen die Gefühle ihrer Klient_innen anerkennen und nicht unterbinden und dass sie ihre Klient_innen nicht beschämen. Dadurch kann emotionales Leid gelindert werden (Germer & Neff, 2019).

Selbstmitgefühl braucht Übung und deswegen ist es sinnvoll, Aufgaben und Interventionen vorzubereiten, welche die Klient_innen zu Hause ausführen können, um das Selbstmitgefühl zu verinnerlichen und auch außerhalb der Therapie zu praktizieren (Germer & Neff, 2019).

Die Art der Beziehung der Therapeut_innen sich selbst gegenüber zeigt ihrerseits eine Wirkung auf die therapeutische Arbeit mit Klient_innen (Escuriex & Labbé, 2011).

Wiklund Gustin und Wagner (2013) konnten einen sogenannten „Schmetterlingseffekt des Selbstmitgefühls“ finden. Demnach fördern Selbstmitgefühl und die Fähigkeit, sensibel zu sein, nicht zu werten und respektvoll sich selbst gegenüber zu sein, das Mitgefühl für andere (Wiklund Gustin & Wagner, 2013). Mitfühlende Fürsorge ist laut Autoren nicht etwas, was getan wird, sondern das „Sein“ und „Zusammengehören“ mit einer anderen Person. Es zeigt sich, indem der Fürsorgende in der Lage ist, seine eigene Verletzlichkeit und Würde und die des/der Bedürftigen anzuerkennen (Wiklund Gustin & Wagner, 2013). Selbstmitgefühl wird darüber hinaus mit Einnahme verschiedener Perspektiven, weniger persönlichem Leid, Empathie und altruistischem Verhalten gegenüber anderen in Verbindung gebracht (Neff & Pommier, 2013). Diese Fähigkeiten sind von großer Bedeutung in dem psychotherapeutischen beruflichen Kontext.

Therapeut_innen, denen es dagegen an Selbstmitgefühl mangelt und die besonders selbstkritisch sind, sind auch ihren Klient_innen gegenüber kritischer und ihre Klient_innen erzielen weniger gute Ergebnisse (Henry, Schacht & Strupp, 1990). Eine der wichtigsten Komponenten für eine gute therapeutische Beziehung ist der Grad, in dem Therapeut_innen in der Lage sind, Empathie und Mitgefühl zu zeigen (Figley, 2002).

Nachdem in diesem Kapitel die Rolle des Selbstmitgefühls für die psychotherapeutische Praxis verdeutlicht wurde, stellen die folgenden zwei Kapitel die Möglichkeiten zur

Kultivierung von Selbstmitgefühl und die Ergebnisse der bisherigen Forschungslage zu der Wirksamkeit von Selbstmitgefühlstrainings dar.

2.1.8 Selbstmitgefühl kultivieren

Es gibt viele Interventionen, die sich positiv auf das Selbstmitgefühl auswirken. Viele davon wirken eher implizit, d.h. Selbstmitgefühl ist nicht primäres Ziel des Trainings, z.B. bei der MBSR von Jon Kabat-Zinn (1990) oder bei der *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Germer & Neff, 2019). Es gibt aber auch solche, die direkt darauf abzielen, wie die *Compassion-Focused Therapy* von Paul Gilbert, die *Mindful Self-Compassion Program* von Christin Neff und Christopher Germer und das *Cognitively Based Compassion Training* von Lobsang Tenzin Negi, Charles Raison und Kollegen (Kirby, 2017).

Ein Teil des von K. Neff, Kauschke und Brähler (2015) entwickelten Trainings ist die *Selbstmitgefühlspause*. Die Selbstmitgefühlspause ist eine kurze Übung, die sich auch gut im Alltag integrieren lässt. Dabei ruft sich die übende Person eine schwierige Situation in Erinnerung und versucht ihre körperliche Reaktion auf diese Situation wahrzunehmen. Vorerst geht es darum, das Leid als solches anzuerkennen. Wenn eine Körperstelle lokalisiert wurde, an der Stress, Schmerz oder Leid spürbar ist, werden die Hände liebevoll auf diese Stelle gelegt. Dann spricht die übende Person zu sich, dass sie in diesem Moment des Schmerzes nicht alleine ist und dass es auch anderen so geht. Darauf folgen Sätze wie z.B.: „Möge ich wohlwollend und freundlich mit mir umgehen“. Diese Übung beinhaltet alle drei Komponenten des Selbstmitgefühls: Achtsamkeit, Verbundenheit mit Anderen und Selbstfreundlichkeit. Nach mehrfacher Durchführung der Selbstmitgefühlspause genügt auch nur eine bloße Geste, wie z.B. die Hände auf die Brust zu legen, um die Erfahrung der ganzen Übung hervorzurufen, ohne jede Komponente der Übung zu praktizieren (Germer & Neff, 2019). Dies kann sehr hilfreich sein, um die Praxis auch nach Abschluss des Trainings aufrechtzuerhalten und das Selbstmitgefühl weiterhin zu pflegen.

2.1.9 Forschungslage zu Achtsamkeit- und Selbstmitgefühlstrainings

2.1.9.1 Exkurs Burnout

Im Folgenden wird ein Exkurs zum Thema Burnout vorgenommen, da dieser Begriff in vielen Studien, die in diese Arbeit einfließen, eine Rolle spielt.

Der Begriff des Burnouts wird oft in Zusammenhang mit Arbeitsbelastungen und dem damit einhergehenden reduzierten Wohlbefinden gebracht und ist begleitet von körperlichen Symptomen (2012). Der Begriff wurde von Freudenberg (1974) geprägt und im Zusammenhang mit der Arbeit im Gesundheitssektor konzipiert, da es in diesem häufig zu emotionaler Erschöpfung, Motivationsverlust und verringertem Einsatz des Klinikpersonals kommt (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009). Da das Interesse an dem Thema zugenommen hat und bisher keine einheitliche Definition von Burnout existiert, was zu Verwirrungen und Fehlhaltungen führt, brachte die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ein Positionspaper heraus, mit dem sie versucht, mehr Klarheit über das Phänomen des Burnouts zu schaffen (DGPPN, 2012). Die DGPPN (2012) weist auf drei häufige Dimensionen hin, in denen die Burnout-Symptome eingeordnet werden. Zum einen ist das die emotionale Erschöpfung als das Gefühl von physischer und psychischer Überforderung und „Ausgelaugtsein“. Eine zweite Dimension stellen *Zynismus/Distanzierung/Depersonalisation* dar, die sich aus einem anfänglich idealisierten Verhältnis zur Arbeit entwickeln. Es können Verbitterung gegenüber Arbeitsbedingungen, zunehmende Frustration, Abwertung der Arbeit und Zynismus gegenüber den Arbeitskolleg_innen und den Klient_innen sowie Gefühlslosigkeit (Depersonalisation) beobachtet werden. Die dritte Dimension ist die *verringerte Arbeitsleistung*, die durch Konzentrationsstörungen und Arbeitsunzufriedenheit entstehen kann. Bei allen Burnout-Definitionen gilt es als Voraussetzung, dass die Symptome von der betroffenen Person auf die Arbeitsbelastung zurückgeführt werden können. Bei Burnout handelt es sich um keine Krankheit, sondern um einen Risikozustand, aus dem sich Folgeerkrankungen wie Depression, Angsterkrankungen, Tinnitus, Medikamentenabhängigkeit und Hypertonie entwickeln können. Deshalb ist eine Kodierung eines solchen Risikozustandes von der Weltgesundheitsorganisation im ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) vorgesehen unter der Ziffer Z 73 *Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung*, und unter der Unterziffer Z 73.0 *Burnout gleichbedeutend mit Zustand der totalen Erschöpfung*, festgehalten. Unter dem Buchstaben Z werden Faktoren untergebracht, die die Befindlichkeit einer Person beeinträchtigen, jedoch keine Krankheit darstellen (DGPPN, 2012). Die DGPPN (2012) gibt in ihrem Positionspaper auch zwei Präventionswege an die Hand. Zum einen kann Burnout durch die richtige Gestaltung der Arbeitsbedingungen vermieden werden. Zum anderen geschieht dies durch Stärkung der

persönlichen Ressourcen, wobei besondere Bedeutung der Reduzierung von zu hohen Erwartungshaltungen und zu hohen Anforderungen an sich selbst zugesprochen wird. Achtsamkeitsbasierte Programme zeigen in diesem Zusammenhang eine Möglichkeit der Entlastung von Arbeitsplatzstressoren (DGPPN, 2012).

2.1.9.2 Wirkung von Achtsamkeit und Selbstmitgefühlstrainings

Wise et al. (2012) heben die Bedeutung der Selbstfürsorge für den psychotherapeutischen Beruf hervor. Sie werben für die achtsamkeitsbasierten positiven Prinzipien und Praktiken, die aus dem MBSR-Training, der Akzeptanz- und Commitment-Therapie und der positiven Psychologie abgeleitet wurden (Wise et al., 2012). Das Befolgen dieser Prinzipien soll laut Wise et al. (2012) vorteilhaft sein, sowohl für die Therapeut_innen, als auch für ihre Klient_innen. Die Autor_innen machen darauf aufmerksam, dass die Übungen, die oft Bestandteil der Therapien sind, auch selbstverständlich ein Teil des eigenen Lebens von Therapeut_innen sein sollen.

Orellana-Rios und Schmidt (2015) führten ein Training für Mitarbeiter_innen in helfenden Berufen an ihrem Arbeitsplatz durch. Die Intervention erstreckte sich über zehn Wochen. In dieser Zeit gab es einen Übungstag und regelmäßige Hausaufgaben. Am Übungstag konnte das ganze Team, bestehend aus Pflegenden, Psycholog_innen, Sozialarbeiter_innen und Ärzt_innen, an der 15-minütigen Kurzmeditation teilnehmen. Das Training wurde von einem Meditationslehrer angeboten und fand kontinuierlich über den ganzen Tag statt. Es fanden Übungen zur Körper- und Atemachtsamkeit, Gehmeditation und Empathie- und Mitgefühlsübungen statt. Nach dem Training zeigte sich eine signifikante Minderung der Angst und des wahrgenommenen Stresses mit mittleren bis großen Effektstärken. Zudem zeigte sich eine Verbesserung in zwei berufsrelevanten emotionalen Regulationskompetenzen, nämlich die Aufmerksamkeit für die eigenen Emotionen sowie die Fähigkeit, negative Emotionen auszuhalten. Weitere Variablen, die sich signifikant positiv veränderten waren die Freude an der Arbeit, Konzentrationsfähigkeit, Schlafverhalten, allgemeines Wohlbefinden, Lebensqualität, Entspannungsfähigkeit und Anzahl angenehmer Aktivitäten. Die qualitative Auswertung der Studien ergab, dass die Pfleger_innen sich einen verstärkten Fokus auf die Bereiche Selbstfürsorge und Selbstmitgefühl wünschen (Orellana-Rios & Schmidt, 2015).

Lam (2015) führte sieben Tage lang ein fünfminütiges Achtsamkeitstraining für Beschäftigte im Gesundheitssektor durch. Die Stichprobe bestand aus Psycholog_innen, Therapeut_innen, Psychiater_innen, Berater_innen, Auszubildenden und Psychoanalytiker_innen. Das Training erfolgte online mithilfe einer Audiodatei. Die Teilnehmer_innen bearbeiteten die Fragebögen zu Achtsamkeit (Freiburg Mindfulness Inventory) und empfundenem Stress (Perceived Stress Scale) jeweils vor dem siebentägigen Training und danach. Es ergab sich eine signifikante Reduktion im Stresslevel, aber keine Veränderung in der Achtsamkeit. Es zeigte sich eine signifikante negative Korrelation zwischen Achtsamkeit und Stress (Lam, 2015). Diese Studie zeigt, dass ein kurzes Training in der Lage ist, das Wohlbefinden der Mitarbeiter_innen positiv zu beeinflussen, was seinerseits einen Einfluss auf ihre Arbeit hat. Eine Limitation ist, dass nur die Hälfte der anfänglich 60 Versuchspersonen die Studie absolviert haben. Eine andere Schwäche der Studie ist, dass die Teilnehmer_innen nicht nach ihren Vorerfahrungen mit Achtsamkeit befragt wurden. Beide Fragebögen liefern eine Selbstauskunft, die ebenfalls zu fälschlichen Ergebnissen führen kann.

Boellinghaus, Jones und Hutton (2014) fassen in ihrem Review Ergebnisse einiger Studien zusammen, die eine achtsamkeitsbasierte Intervention, wie z.B. MBSR (Jon Kabat-Zinn, 1990), oder die *loving-kindness-meditation* (LKM) bzw. Meditation der liebenden Güte nutzen, um Selbstmitgefühl und Fürsorge für andere zu kultivieren. Es zeigte sich, dass achtsamkeitsbasierte Trainings einen Einfluss auf Selbstmitgefühl haben, aber weniger auf die Sorge für andere, während die LKM beide Variablen positiv beeinflusste. Die Interpretation der Ergebnisse bleibt jedoch eingeschränkt, da in den Studien unterschiedliche Trainingseinheiten stattfanden, sowohl inhaltlich als auch zeitlich. Oft fehlte eine Kontrollgruppe. Auch waren die Teilnehmer_innen unterschiedlich gemischt hinsichtlich ihres Berufsfelds, sowohl Pfleger_innen, und Psychologiestudent_innen als auch Therapeut_innen und Ärzt_innen. Die untersuchten Studien sprechen dafür, dass Interventionen, die die Kultivierung von Selbstmitgefühl und Sorge für andere bei Mitarbeiter_innen in helfenden Berufen unterstützen, auch andere Vorteile mit sich bringen. Sie können die Beziehung zu den Klient_innen stärken, führen zu einer Reduktion von empathischer Erschöpfung und Burnout und erhalten das Wohlbefinden (Boellinghaus et al., 2014).

Shapiro et al. (2005) führten eine randomisierte kontrollierte Studie mit Mitarbeiter_innen verschiedener helfender Berufe (Ärzt_innen, Psycholog_innen, Physiotherapeut_innen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter_innen) durch. Diese nahmen an einem achtwöchigen MBSR-Training teil. Jede Woche hatten die Teilnehmer_innen eine zweistündige MBSR-Sitzung. 18 Personen gehörten der Experimentalgruppe und 20 der Warteliste-Kontrollgruppe an. Die Rekrutierung erfolgte mittels Flyer, die für das Training und seine positiven Auswirkungen warben. Die Variablen wahrgenommener Stress, arbeitsbedingtes Burnout (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und verminderte persönliche Leistung), psychisches Leid, Lebenszufriedenheit und Selbstmitgefühl wurden zu Beginn und zu Ende des Trainings erhoben. Es zeigte sich eine signifikante Verminderung des wahrgenommenen Stresses sowie ein signifikanter Anstieg im Selbstmitgefühl. Eine positive, jedoch nicht signifikante Tendenz zeigte sich in einer erhöhten Lebenszufriedenheit sowie in niedrigeren Werten für Burnout und psychischem Leid. Die Autor_innen untersuchten dabei die mediiierende Rolle von Selbstmitgefühl und konnten feststellen, dass Änderungen im Selbstmitgefühl mit Änderungen im wahrgenommenen Stress einhergehen, aber nicht mit Lebenszufriedenheit. Die Studie wurde von acht der 18 Teilnehmer_innen der Kontrollgruppe abgebrochen. Als Grund dafür gaben sie Zeitmangel und angestiegene Pflichten an und dass es weder an mangelndem Interesse, noch an einem fehlenden Bedürfnis nach Stressmanagement lag. Aufgrund dessen empfehlen die Autor_innen eine andere Umsetzung des Trainings, die kompatibler mit dem Arbeitsplan ist und nicht zusätzliche Zeit in Anspruch nimmt (Shapiro et al., 2005).

Shapiro, Brown und Biegel (2007) führten ein achtwöchiges MBSR-Training mit Psychologiestudent_innen durch. Es zeigte sich eine Verringerung von Stress, negativem Affekt, Gedankenkreisen und Ängstlichkeit sowie eine signifikante Erhöhung von positivem Affekt und Selbstmitgefühl. Die Autor_innen führten diese Veränderungen auf den Anstieg des achtsamen Gewahrseins zurück.

2.2 Resilienz

2.2.1 Begriffsannäherung

Der Begriff Resilienz stammt ursprünglich aus der Physik und beschreibt die Fähigkeit eines Werkstoffs, nach chemischer oder physischer Belastung wieder seine ursprüngliche Form anzunehmen (Fichte, 2017).

Bisher gibt es keine einheitliche Definition für Resilienz in der Psychologie (Fichte, 2017; Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2019; Wellensiek, 2011). Unter Resilienz versteht Rutter (1995) die psychische Widerstandsfähigkeit einer Person. Dabei zeichnen sich Personen mit einer höheren Resilienz dadurch aus, dass sie trotz hoher Belastungen gesund bleiben und sich von Störungen und Krankheiten schneller erholen als Personen mit einer niedrigeren Resilienz, die denselben Bedingungen ausgesetzt werden (Rutter, 1995). Nach Wustmann (2016) beinhaltet Resilienz sowohl internale als auch externale Kriterien (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2019).

Um sich dem Begriff der Resilienz zu nähern, wird im Folgenden auf die Ursprünge der Resilienzforschung eingegangen.

2.2.2 Ursprung der Resilienzforschung und ihrer Entwicklung

Der Ursprung der Resilienzforschung ruht in der Entwicklungspsychologie, da bei Kindern, die in schwierigen Verhältnissen aufwuchsen, beobachtet wurde, dass nicht alle dieser Kinder später negative Konsequenzen aufgrund ihrer Kindheit erfuhren. Die Forscher versuchen seit Jahren herauszufinden, welche diejenigen Faktoren sind, die manche Menschen befähigen mit Situationen zurechtzukommen, die für andere nicht zu bewältigen sind (Wolter, 2005). D.h. es geht nicht darum Problemen aus dem Weg zu gehen, sondern diese zu meistern (Wellensiek, 2011). Während sich die Resilienzforschung früher mehr auf die Risikofaktoren fokussierte, ist sie heute vielmehr ressourcenorientiert und wird als „Positive Psychologie“ bezeichnet (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2019; Wellensiek, 2011).

Als einer der wichtigsten Studien der Resilienzforschung gilt die Kauai-Langzeitstudie von Werner (1997). Dabei wurde eine gesamte Kohorte des Geburtsjahres 1955 auf der Hawaiianischen Insel Kauai vom pränatalen bis zum mittleren Alter untersucht. Diese Kinder waren teilweise widrigen Umständen wie Armut, perinatalem Stress, psychischen

Erkrankungen der Eltern sowie familiärer Disharmonie ausgesetzt. Die 40 Jahre lang gesammelten Daten liefern Auskunft darüber, dass es bestimmte protektive Faktoren gibt, die einem Drittel dieser Kinder ermöglicht haben, sich trotz widriger Ausgangsbedingungen gut zu entwickeln, eine erfüllende Arbeit zu finden, Beziehungen einzugehen und weniger chronische Gesundheitsprobleme zu haben. Schutzfaktoren, die dabei identifiziert werden konnten, sind eine enge Bezugsperson, ein stabiler Familienhaushalt, hohe soziale Kompetenzen und positive Selbstwirksamkeitserwartungen.

Ähnliche Studien wurden auch in Deutschland durchgeführt. Eine der bekanntesten davon ist die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie. Dabei sollten Faktoren herausgefunden werden, die außerhalb der Familie liegen und zu einer resilienten Entwicklung, trotz widriger Entwicklungsbedingungen, beitragen können. Dabei wurden Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren untersucht, die in Heimen aufwuchsen. Obwohl die Studie in einem anderen Kulturkreis stattfand, kam sie zu ähnlichen Ergebnissen wie die Kauai-Studie. Die resilienten Kinder zeichneten sich durch eine realistische Zukunftsperspektive, ein positives Selbstwertgefühl oder eine hohe Leistungsmotivation aus, sie hatten öfter eine feste Bezugsperson außerhalb der Familie, bessere Beziehungen in der Schule und waren zufriedener mit der sozialen Unterstützung, die sie bekamen. Die weitere Entwicklung der Resilienz hing vor allem mit dem Erziehungsstil der Heime zusammen. Am förderlichsten erwies sich der autoritative Stil, der sich durch Empathie und Grenzsetzung auszeichnete (Lösel, Bliesener & Köferl, 1990).

2.2.3 Resilienz als Anpassungsprozess vs. Persönlichkeitsmerkmal

Das Konstrukt der Resilienz wird wissenschaftlich sowohl als relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal, als auch als dynamischer Prozess angesehen (Herrman et al., 2011). Beide Perspektiven werden in den folgenden Kapiteln dargelegt und das Verständnis des Konstrukts innerhalb dieser Arbeit erläutert.

2.2.3.1 Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal

Im Einklang mit Antonovskys Verständnis des Kohärenzgefühls und seiner Stabilität steht der Ansatz, die Resilienz als eine relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft anzusehen. Dieser hat seinen Ursprung in der Forschung zu *Ego-Resilienz* von Block und Block (1990), die allgemeine Begabung, geistige Stabilität und eine ausgeprägte Anpassungsfähigkeit an herausfordernde Umweltbedingungen als bezeichnende Charaktereigenschaften resilienter

Menschen ansehen. Diese Persönlichkeitseigenschaften ermöglichen, Quellen von Stress oder traumatischen Ereignissen zu verarbeiten und lassen eine Anpassung zu (Lee et al., 2013). Wagnild und Young (1993) definieren Resilienz als ein Persönlichkeitsmerkmal, das negative Gefühle und Stress moderiert und eine Anpassung an widrige Umstände erlaubt.

2.2.3.2 Resilienz als dynamischer Anpassungsprozess

Die zweite Betrachtungsweise der Resilienz entstammt aus der Entwicklungspsychologie (Färber & Rosendahl, 2018) und sieht Resilienz als einen Lern- und Entwicklungsprozess (Fichte, 2017). Nach Wustmann (2016) kann Resilienz angeboren sein und entwickelt sich schon in jungen Jahren. Dabei handelt es sich um einen dynamischen Anpassungs- und Entwicklungsprozess. Nach Wolter (2005) beschränkt sich Resilienz nicht auf die frühe Entwicklung und kann in jedem Alter gefördert werden. Sie wird durch eigene Erfahrungen und bewältigte Ereignisse beeinflusst (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2019). Wustmann (2016) sieht Resilienz ebenfalls als eine veränderliche Variable, die über die Zeit und verschiedene Situationen variieren kann. Es besteht auch die Möglichkeit, in bestimmten Bereichen resilienter zu sein als in anderen (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2019). Resilienz gilt als multidimensional, da sowohl biologische als auch psychologische und psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2019).

Hildebrand (2006) spricht von Resilienz als einer Veranlagung, die intraindividuell unterschiedlich ausgeprägt ist und aktiv beeinflusst werden kann. Er sieht darin Handlungs- und Bewältigungsmuster, die Menschen durch Konfrontation und Bewältigung von Schwierigkeiten herausbilden (Wellensiek, 2011). Man könnte auch von einer Anpassungsfähigkeit des Individuums bei kritischen Lebensereignissen sowie bei anhaltenden relevanten Stressoren sprechen (Newman, 2005). Dabei gelingt es dem resilienten Menschen durch eine konstruktive Selbststeuerung, unterstützende Faktoren in seiner Umgebung zu erkennen und zu nutzen (Wellensiek, 2011).

2.2.3.3 Resilienz als integratives Konstrukt

Es gibt auch eine dritte Betrachtungsweise, die die beiden oben beschriebenen vereint. Dabei wird Resilienz als ein multidimensionales Konstrukt erfasst, welches sowohl aus Persönlichkeitsmerkmalen, als auch aus Fähigkeiten zur Belastungsbewältigung besteht (Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006).

Soucek, Pauls, Ziegler und Schlett (2015) sprechen einerseits von personalen Ressourcen der Resilienz und andererseits von resilienten Verhaltensweisen, d.h. von situativ veränderlichen Bestandteilen, die erlernbar und förderbar sind. Dabei ist Resilienz ein integratives Konstrukt. Die Autor_innen fokussieren sich auf die Resilienz am Arbeitsplatz und suchen nach Kernmerkmalen und Verhaltensweisen, die resiliente Menschen auszeichnen. Sie identifizieren Selbstwirksamkeit, Optimismus und Achtsamkeit als personale Ressourcen und emotionale Bewältigung, positive Umdeutung, umfassende Planung und fokussierte Umsetzung als resiliente Verhaltensweisen. In deren Untersuchung zeigte sich, dass die personalen Ressourcen in Zusammenhang mit den Facetten resilienten Verhaltens stehen. Auf die einzelnen Variablen des Resilienzmodells für die Arbeit von Soucek et al. (2015) wird im Kapitel 2.2.5.3 genauer eingegangen.

Pyka (2017) ordnet Resilienz auf einem Kontinuum zwischen stabiler Persönlichkeitseigenschaft (trait) und veränderbarem Zustand (state) als eine relativ stabile Eigenschaft (state-like) ein, die im Vergleich zu *states* eine größere zeitliche Stabilität aufweist und dennoch veränderbar, entwickelbar und erlernbar ist.

In dieser Arbeit wird Resilienz als eine veränderbare Variable angesehen, die jedoch relative Stabilität aufweist.

2.2.4. Verwandte Konstrukte

Wie das Selbstmitgefühl muss auch der Begriff der Resilienz von bestimmten Konstrukten, die ihm im ersten Moment ähneln, abgegrenzt werden, um ihn besser verstehen zu können. Antonovsky hat mit dem Konzept der *Salutogenese* einen großen Beitrag geleistet, um die Forschung zu einer Gesundheitsorientierung hinzulenken und von dem Fokus auf Krankheit wegzubringen. Der Forscher beschäftigte sich mit der Frage „Wie entsteht Gesundheit“ und seine Antwort darauf findet sich im *Kohärenzgefühl* wieder. Dazu gehören *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Sinnhaftigkeit* des eigenen Lebens. Unter Verstehbarkeit versteht Antonovsky (1979), dass Ereignisse im Leben nachvollziehbar und vorhersehbar sind. Handhabbarkeit bedeutet, Einfluss auf die Dinge zu haben, die im Leben passieren. Sinnhaftigkeit heißt, dass das eigene Leben oder Teile davon als interessant, als bedeutsam, als angenehme Herausforderung und als lohnenswert, um darin Energie zu investieren, angesehen werden.

Das Kohärenzgefühl befähigt dazu, sich Herausforderungen gewachsen zu fühlen und das Vertrauen zu haben, diese verstehen, erklären und meistern zu können sowie den Sinn darin zu sehen, Anstrengung und Engagement zu investieren (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2019; Wellensiek, 2011). Antonovsky (1979) geht davon aus, dass das Kohärenzgefühl nach dem frühen Erwachsenenalter nicht mehr zu beeinflussen sei. Dies wurde jedoch in späteren Arbeiten widerlegt (Hinterberger, Auer, Schmidt & Loew, 2013). Während sich die Salutogenese mehr auf die Schutzfaktoren fokussiert, die der Erhaltung der Gesundheit dienen, wendet sich die Resilienzforschung mehr der Anpassung und Bewältigung zu (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2019).

2.2.5 Resilienzmodelle

2.2.5.1 Arten von Resilienzmodellen

Es existieren verschiedene Resilienzmodelle, die das Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren betrachten. Dabei wird zwischen *Kompensationsmodellen* und *Interaktionsmodellen* unterschieden (siehe Abbildung 1) (Mergenthaler, 2012). Bei den Kompensationsmodellen wird davon ausgegangen, dass Risikofaktoren durch protektive (risikomildernde) Faktoren, die Schutzfaktoren, ausgeglichen werden können. Dabei wirken protektive bzw. Schutzfaktoren direkt auf die abhängige Variable ohne Interaktion mit den Risikofaktoren (Mergenthaler, 2012). Es existieren zwei Formen von Kompensationsmodellen: das Haupteffekt-Modell und das Mediatoren-Modell (siehe Abbildung 1). Beim Haupteffekt-Modell wirken sowohl risikoerhöhende als auch risikomildernde Faktoren direkt auf die Outcome-Variable ein. Dies impliziert, dass Präventions- und Interventionsmaßnahmen an der Förderung von Ressourcen ansetzen können. Dem Mediatoren-Modell zufolge wirken risikoerhöhende und -mildernde Faktoren über einen Mediator auf den Zielzustand (Mergenthaler, 2012). Diesen Mediator können z.B. gesundheitsfördernde Verhaltensweisen darstellen (Wustmann, 2011). Demnach kann die Resilienzförderung anhand der Stärkung des Mediators geschehen.

Die zweite Art von Modellen stellen die Interaktionsmodelle dar. Innerhalb dieser Modelle nehmen die protektiven Faktoren eine moderierende Position zwischen Risikofaktoren und abhängiger Variable ein. Das heißt, dass Schutzfaktoren nur bei bestehendem Risiko eine aktive Rolle ausüben. Dementsprechend haben protektive Faktoren ohne Belastung keinerlei Wirkung auf den Zielzustand. Dabei kommt eine kontextabhängige Schutzfaktorenförderung als Präventionsmaßnahme in Frage (Mergenthaler, 2012).

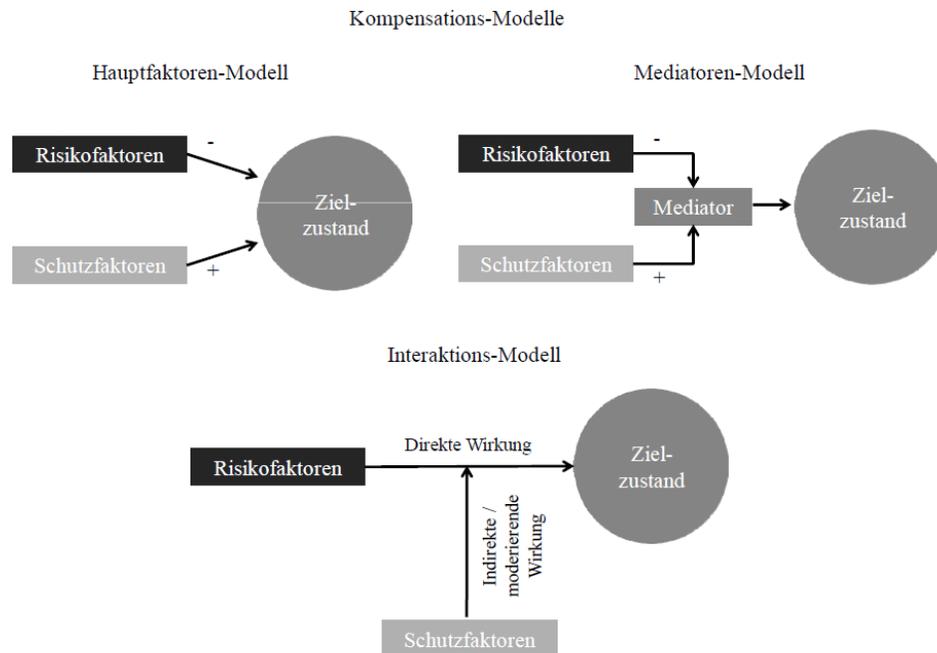


Abbildung 1. Resilienzmodelle zum Zusammenhang von Risiko- und Schutzfaktoren (Mergenthaler, 2012, S. 71).

2.2.5.2 Sieben Säulen der Resilienz

Reivich und Shatté (2003) postulieren als die „sieben Säulen der Resilienz“ *Optimismus, Akzeptanz, Lösungsorientierung, Verlassen der Opferrolle, Übernahme von Verantwortung, Netzwerkorientierung* und *Zukunftsplanung*. Diese verhelfen dazu, Krankheiten, Verluste, Überbelastungen und Probleme im Privat- oder Berufsleben besser meistern zu können. Die Autor_innen nehmen an, dass Resilienz gezielt gefördert werden kann. Passend zu den sieben Säulen nennen sie als *sieben Schlüssel* das Beobachten von Gedanken, das Identifizieren von Denkfallen, das Aufspüren von *Eisberg-Überzeugungen*, das Training von Problemlösekompetenz, das Unterlassen von Katastrophendenken, das Beruhigen und Fokussieren und das Praktizieren von Resilienzpraktiken in Echtzeit (Wellensiek, 2011).

Nach Rolfe (2019) wird unter Optimismus die Fähigkeit verstanden, von einem günstigen Ausgang in unsicheren Situationen auszugehen. Akzeptanz bedeutet die Annahme der gegenwärtigen Lage so, wie sie ist und die Unterscheidung zwischen dem, was veränderbar und dem, was nicht veränderbar ist. Lösungsorientierung beinhaltet den Fokus auf das, was zielführend ist und zur Wahl einer angemessenen Handlungsalternative führt. Die Opferrolle zu verlassen bedeutet, die Überzeugung zu haben, dass man selbst in der Lage ist, die äußeren Umstände zu beeinflussen und ihnen nicht vollkommen ausgeliefert zu sein (Rolfe, 2019). Bandura (2010) nennt diese Fähigkeit Selbstwirksamkeit. Verantwortung wird übernommen, indem der eigene Anteil an einer Situation erkannt wird (Rolfe, 2019). Unter Netzwerkorientierung wird das Pflegen von persönlichen Kontakten und Beziehungen zu Mitmenschen verstanden. Zukunftsorientiertes Denken und Zielsetzung sind ebenfalls eine wichtige Komponente von Resilienz. Die sieben Säulen stellen auch eine Grundlage für Resilienzaufbau dar (Rampe, 2005; Rolfe, 2019).

2.2.5.3 Integrative Modelle der Resilienz

In Resilienzmodellen werden oft nur personengebundene Faktoren der Resilienz berücksichtigt. Kumpfer (1999) versucht in seinem „dynamischen Rahmenmodell“ mehrere Variablen zu integrieren, die aufeinander einwirken. Das Modell enthält verschiedene Faktoren: Risiko- und Schutzfaktoren, Eigenschaften einer resilienten Person, Entwicklung einer Person nach einem negativen Ereignis, sowie dynamische Prozesse zwischen der Person und ihrer Umwelt und deren Entwicklung (siehe Abbildung 2).

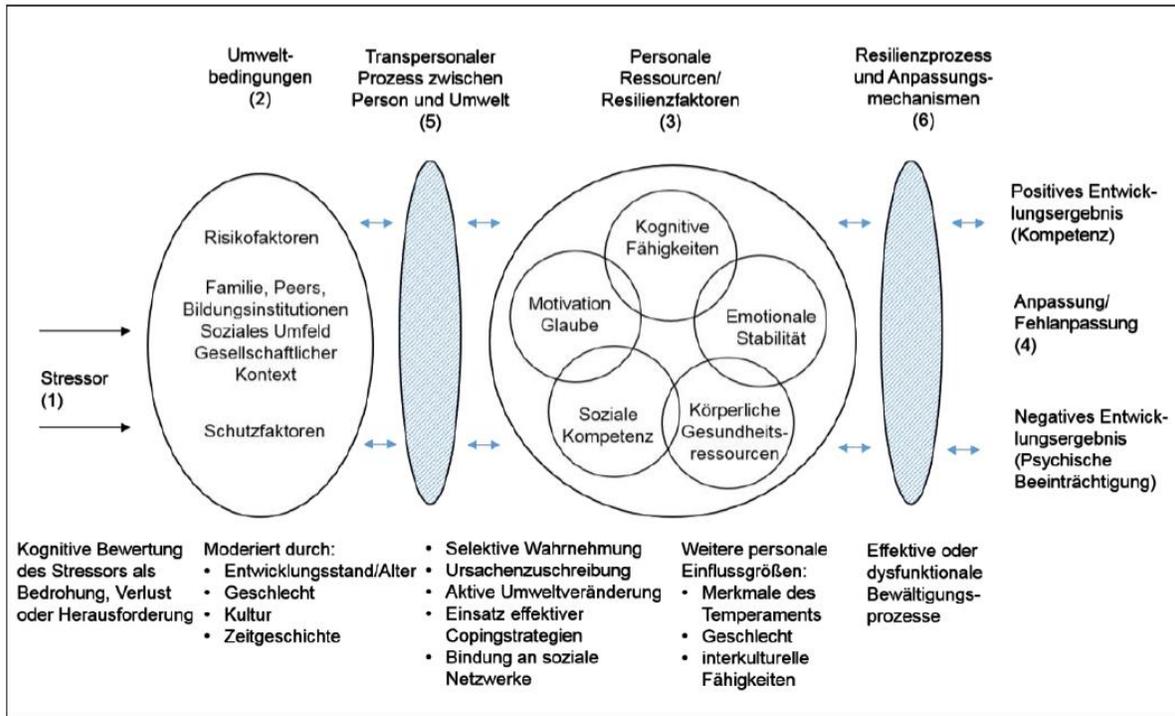


Abbildung 2. Dynamisches Modell nach Kumpfer (Wustmann, 2011, S. 65).

In dem Modell von Kumpfer (1999) werden sechs Konstrukte dargestellt. Vier davon bilden Einflussbereiche und zwei davon Transaktionsprozesse ab. Stressoren, Umweltbedingungen, personale Merkmale und das Entwicklungsergebnis stellen die Einflussbereiche dar. Stressoren aktivieren den Resilienzprozess, indem sie ein Ungleichgewicht in der betroffenen Person hervorrufen. Die Wirkung des Stressors wird durch die individuelle Wahrnehmung und Bewertung des Stressors durch die Person bestimmt. Die Umweltbedingungen sorgen für eine Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren innerhalb der Umwelt. Beim Auftreten von Risikofaktoren kann zum Beispiel die soziale Umwelt einer Person als Schutzfaktor fungieren und die Wirkung des Risikofaktors abmildern. Zu den personalen Merkmalen gehören die spirituellen, kognitiven, sozialen, physischen und emotional-affektiven Kompetenzen einer Person. Ein positives Entwicklungsergebnis ist eine erfolgreiche Anpassung an die Lebenssituation. Diese beinhaltet die Entwicklung altersangemessener Fähigkeiten und Kompetenzen und schließt die Entstehung psychischer Störungen aus. Dadurch wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, sich als resiliente Person zu entwickeln. Zu den transaktionalen Prozessen gehören die Interaktionsprozesse zwischen einer Person und ihrer Umwelt und die Resilienzprozesse, die das Zusammenspiel von Person und

Entwicklungsergebnis abbilden. Die Interaktionsprozesse beziehen sich darauf, wie Bedrohungen, Herausforderungen und ungünstige Umgebungen erkannt, interpretiert und bewältigt werden. Dazu zählen z.B. Anschluss und soziale Kontakte, selektive Wahrnehmungsprozesse und unterschiedliche Zuschreibungsmuster. Resilienzprozesse können als Bewältigungsprozesse verstanden werden, die sich sowohl effektiv als auch dysfunktional entwickeln können (Witteck, 2015).

Soucek et al. (2015) postulieren ein Resilienz-Modell speziell für die Arbeit. In diesem Modell integrieren die Autor_innen personale Ressourcen von Resilienz, resilientes Verhalten bei der Arbeit, arbeitsbezogene Herausforderungen, psychische Gesundheit und die Wechselwirkung dieser Faktoren (für ein besseres Verständnis der Zusammenhänge siehe Abbildung 3).

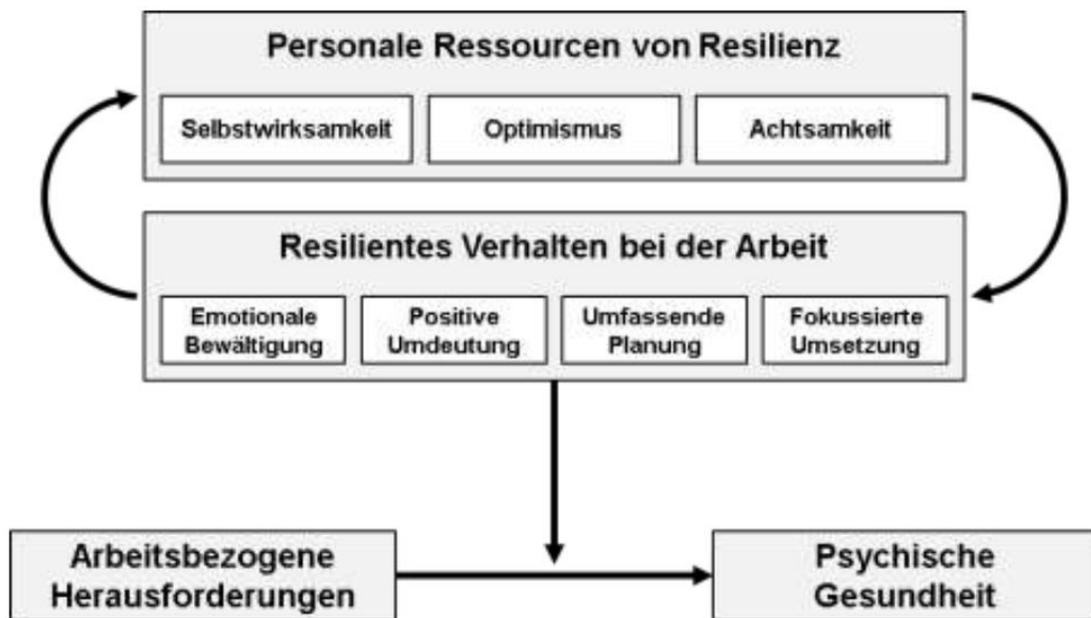


Abbildung 3. Resilienzmodell für die Arbeit (Soucek et al., 2015, S. 15)

Nach Soucek et al. (2015) stellen emotionale Bewältigung, umfassende Planung, positive Umdeutung und fokussierte Umsetzung die vier Faktoren resilienten Verhaltens bei der Arbeit dar. Emotionale Bewältigung beinhaltet den erfolgreichen Umgang mit eigenen emotionalen Reaktionen auf arbeitsbezogene Probleme. Problemen bei der Arbeit wird mit umfassender Planung und dem Heranziehen von Lösungsmöglichkeiten begegnet. Positive

Umdeutung bedeutet laut den Autor_innen, dass die bei der Arbeit auftretenden Probleme als Chance, eigene Fähigkeiten einzusetzen und weiterzuentwickeln, gesehen werden. Fokussierte Umsetzung heißt, Lösungen ausdauernd und ohne Ablenkung zu verfolgen. Einerseits wird resilientes Verhalten durch die personalen Ressourcen gefördert und andererseits kann die erfolgreiche Bewältigung von Problemsituationen bei der Arbeit mithilfe von resilientem Verhalten die langfristige Stärkung personaler Ressourcen unterstützen.

Wellensiek (2011) empfiehlt zur Stärkung der Resilienz von Mitarbeiter_innen eine Veränderung auf verschiedenen Ebenen. Zum einen ist es wichtig, die einzelnen Personen zu stärken, zum anderen ist es von Bedeutung, das Miteinander der Beteiligten zu optimieren und auf struktureller Ebene Bedingungen zu schaffen, die die Entfaltung des Potentials der Mitarbeiter_innen ermöglichen.

Es besteht weitgehende Übereinstimmung, dass Resilienz förderbar ist (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2019; Pyka, 2017; Soucek et al., 2015; Wolter, 2005). Es existieren zahlreiche Resilienztrainings. Einen Überblick bieten zum Beispiel die Arbeiten von Helmreich et al. (2017), Leppin et al. (2014) und Joyce et al. (2018). Resilienztrainings verfolgen im Allgemeinen das Ziel, die Resilienz in Bezug auf Stressoren zu fördern. Dabei können die Stressoren in der Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft liegen. Ressourcen spielen in den unterschiedlichen Modellen eine moderierende oder mediierende Rolle (z.B. Kumpfer, 1999; Soucek et al., 2015) und stellen einen Ansatzpunkt für Resilienzförderung dar (Mergenthaler, 2012). Mögliche förderbare Resilienzfaktoren, an die sich ein Training richten kann, sind zum Beispiel *Selbstwertgefühl*, *Optimismus und positiver Attributionsstil*, *Selbstwirksamkeit*, *Problemlösestrategien*, *soziale Unterstützung* und *kognitive Flexibilität* (Helmreich et al., 2017). Joyce et al. (2018) fanden in ihrer Metaanalyse, dass sich eine Kombination von Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie und der Achtsamkeit positiv auf die individuelle Resilienz erweist.

2.3 Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz

Bei genauer Betrachtung des Selbstmitgefühls, seiner Vorteile und der sieben Säulen der Resilienz¹ nach Reivich und Shatté (2003), die weiter oben beschrieben wurden, fällt auf, dass die beiden Konstrukte viele gemeinsame Inhalte haben. *Akzeptanz* stellt einen Aspekt der Achtsamkeit dar (Germer & Neff, 2019), die ihrerseits ein Teil des Selbstmitgefühls ausmacht (Neff, 2003b). Selbstmitgefühl führt zur *Verantwortungsübernahme* (Germer & Neff, 2019). Selbstmitgefühl kann hilfreich sein, um die *Opferrolle zu verlassen*, im Unterschied zum Selbstmitleid (Germer & Neff, 2019). Hoch selbstmitfühlende Menschen sind zudem *lösungsorientierter* (Germer & Neff, 2019). Die Komponente der Allverbundenheit ähnelt einem immer vorhandenen *Netzwerk*, welches dabei behilflich sein kann, sich mit anderen verbunden anstatt isoliert zu fühlen (Neff, 2003b), auch ohne das Stattfinden eines tatsächlichen Kontakts. Zudem weist Selbstmitgefühl einen positiven Zusammenhang mit *Optimismus* auf (Neff et al., 2007). Diese Überschneidungen legen die Hypothese nahe, dass Selbstmitgefühl in der Lage ist, Resilienz im Sinne des Modells der sieben Resilienzsäulen nach Reivich und Shatté (2003) zu fördern.

Des Weiteren fördert Selbstmitgefühl soziale, emotionale, motivationale sowie gesundheitsbezogene Ressourcen (Germer & Neff, 2019), die sich im Modell von Kumpfer (1999) wiederfinden. Ihre Stärkung bietet eine weitere Möglichkeit, die Resilienz zu fördern, im Sinne von einem Kompensations- bzw. Mediatoren-Modell (Mergenthaler, 2012). In einer Metaanalyse konnte Baillargeon (2017) anhand von 26 Studien einen mittleren positiven Zusammenhang von $r = .28$ zwischen Selbstmitgefühl und Motivation aufzeigen. In der Metaanalyse wurden methodologisch unterschiedliche Studien mit sowohl kognitiven als auch behavioralen Maßen der Motivation herangezogen. Auch Gesundheitsverhaltensweisen werden durch Selbstmitgefühl gefördert (Homan & Sirois, 2017). Selbstmitgefühl scheint unterstützend bei der Reduktion von Rauchen (Kelly, Zuroff, Foa & Gilbert, 2010), der Steigerung der physischen Aktivität (Tapper et al., 2009) sowie bei gestörtem Essverhalten (Kelly & Carter, 2015) zu wirken. In Verbindung mit höherem Selbstmitgefühl fanden Terry und Leary (2011) über die Steigerung von Gesundheitsverhalten hinaus auch verbessertes Coping mit medizinischen Problemen. Selbstmitgefühl bringt einige positive soziale Fähigkeiten mit sich,

¹ Im Folgenden kursiv aufgeführt

wie Wiklund Gustin und Wagner (2013) in ihrer Arbeit herausfanden, die im Kapitel 2.1.7 bereits beschrieben wurde. Finlay-Jones, Rees und Kane (2015) konnten zeigen, dass Selbstmitgefühl die Vulnerabilität gegenüber Stress reduziert und dass dieses Ergebnis mittels einer gelingenden emotionalen Regulation als Mediator zustande kommt. Soucek et al. (2015) zeigten, dass insbesondere ein angemessener emotionaler Umgang mit Problemen am Arbeitsplatz für die Widerstandskraft einer Person verantwortlich ist. Heffernan, Quinn Griffin, Sister und Fitzpatrick (2010) konnten eine Korrelation von $r = .55$ zwischen Selbstmitgefühl und emotionaler Intelligenz bei Krankenschwestern finden.

Neben dem Verständnis von Resilienz als stabile personale Ressource heben Soucek et al. (2015) die Bedeutung einer verhaltensnahen Konzeption von Resilienz hervor, um sie fördern zu können und dadurch nützlich für die betriebliche Praxis zu machen. Laut den Autor_innen fördern die personalen Ressourcen das resiliente Verhalten, welches die Bewältigung belastender Situationen ermöglicht. Als personale Ressourcen haben Soucek et al. (2015) Selbstwirksamkeit, Optimismus und Achtsamkeit identifiziert. Iskender (2009) konnte den Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Selbstfreundlichkeit, eine der Komponenten von Selbstmitgefühl, belegen. Die Zusammenhänge zwischen Selbstmitgefühl und Optimismus sowie zwischen Selbstmitgefühl und Achtsamkeit wurden an früherer Stelle in dieser Arbeit bereits dargestellt. Aufgrund dieser Zusammenhänge und des Modells von Soucek et al. (2015) lässt sich schließen, dass Selbstmitgefühl und Resilienz zusammenhängen und dass Selbstmitgefühl die Resilienz fördern könnte.

Es gibt bisher wenige Studien, die den Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz bei Mitarbeiter_innen im Gesundheitssektor untersucht haben. Die Studien, die innerhalb der Recherche für die vorliegende Arbeit gefunden wurden, werden im Folgenden dargestellt.

In der Studie von Trockel et al. (2017) zum Wohlbefinden von Mediziner_innen zeigte sich die wichtige Rolle des Selbstmitgefühls als Resilienzfaktor. An der Studie nahmen 2392 Personen teil, davon haben 1281 die Studie absolviert. Als stärkste Prädiktoren für Burnout zeigten sich ein niedriges Selbstmitgefühl und Beeinträchtigungen des Schlafs, gefolgt von einer geringen Bedeutsamkeit der geleisteten Arbeit.

Olson et al. (2015) konnten in ihrer Korrelationsstudie einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz finden. Teilnehmer_innen ihrer Studie waren 45 Assistenzärzt_innen der Pädiatrie. Die Autor_innen nutzten zur Erfassung der beiden Konstrukte die Fragebögen *Self-Compassion Scale* von Neff (2003a) und *Brief Resilience Scale* von Smith et al. (2008). Darüber hinaus fanden die Autor_innen, dass Selbstmitgefühl und Achtsamkeit mit einer höheren Resilienz der Teilnehmer_innen einhergehen und sich als Schutzfaktor vor Burnout erweisen.

McArthur et al. (2017) konnten mittels linearer multipler Regression Achtsamkeit und Selbstmitgefühl als Prädiktoren für Resilienz bei Tiermedizinstudent_innen identifizieren. Die Autor_innen schließen daraus, dass die Förderung dieser beiden Variablen zu einer Stärkung der Resilienz führen sollte.

Ob eine Förderung des Selbstmitgefühls zu einer Steigerung der Resilienz bei Mitarbeiter_innen im Gesundheitssektor führt, wird in der vorliegenden Arbeit untersucht.

2.4 Fragestellungen und Hypothesen

Aus dem oben aufgeführten theoretischen Teil dieser Arbeit werden folgende Hypothesen abgeleitet:

Hypothese 1: Das Selbstmitgefühl der Mitarbeiter_innen am Standort Bad Kissingen (Experimentalgruppe) ist nach dem Selbstmitgefühlstraining signifikant höher als vor dem Training (H1a). Zum zweiten Messzeitpunkt ist das Selbstmitgefühl der Mitarbeiter_innen am Standort Bad Kissingen höher im Vergleich zur Kontrollgruppe, sprich andere Standorte (H1b).

Hypothese 2: Analog zu Hypothese 1 wird vermutet, dass die Resilienz der Mitarbeiter_innen am Standort Bad Kissingen nach dem Selbstmitgefühlstraining signifikant höher als vor dem Training (H2a) ist. Zum zweiten Messzeitpunkt ist die Resilienz der Mitarbeiter_innen am Standort Bad Kissingen höher im Vergleich zur Kontrollgruppe (H2b).

Hypothese 3: Zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz besteht ein positiver Zusammenhang, sowohl zum ersten als auch zum zweiten Messzeitpunkt.

Hypothese 4: Aufgrund des erwarteten Zusammenhangs zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz wird angenommen, dass ein Anstieg im Selbstmitgefühl mit einem Anstieg in der Resilienz einer Person einhergeht.

3 Methode

3.1 Setting

Das Unternehmen Heiligenfeld GmbH wurde im Jahre 1990 in Bad Kissingen gegründet und eröffnete die heutige Fachklinik mit 43 Betten und 25 Mitarbeiter_innen. Heute verfügt das Unternehmen über Kliniken an fünf Standorten (Bad Kissingen, Bad Grönenbach, Waldmünchen, Uffenheim und Berlin) und beschäftigt über 900 Mitarbeiter_innen. Schwerpunkt der Heiligenfeld Kliniken ist die psychotherapeutische Behandlung von Klient_innen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Die Grundidee besteht in der Manifestation von menschlichen und spirituellen Werten im Wirtschaftsunternehmen einer Fachklinik. Dabei stehen im Vordergrund Achtsamkeit und Bewusstheit, Liebe und Respekt, Freiheit und Verantwortung, Würde, schöpferische Kreativität, Sinn, Aufgabenbezogenheit und Heilung. Befragungen zeigen, dass die Wertekultur auch durch die Klient_innen wahrgenommen wird. Laut Befragungen gewinnen während eines Aufenthalts in der Klinik die Werte Achtsamkeit, Ganzheitlichkeit, Menschlichkeit und Gemeinschaft eine besondere Bedeutung (Heiligenfeld GmbH).

Heiligenfeld GmbH verfügt über ein psychotherapeutisches Ausbildungsinstitut sowie über eine Akademie, die Seminare zu einer fachlichen, persönlichen und spirituellen Weiterentwicklung anbietet (Heiligenfeld GmbH).

Das Unternehmen legt besonderen Wert auf die Förderung seiner Mitarbeiter_innen sowohl im beruflichen als auch im persönlichen Bereich. Das Unternehmen gewann den ersten Platz für „Beste Arbeitgeber Gesundheit & Soziales - Kategorie Kliniken 2017“. Im Rahmen der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und der individuellen Förderung der Mitarbeiter_innen wurde im Frühjahr 2018 ein Achtsamkeitsprojekt für Mitarbeiter_innen initiiert. Das Projekt bestand aus vier Modulen, die die Themen Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Selbstmanagement beinhalteten (siehe Anhang A). Für die vorliegende Arbeit wurde die Evaluation des Moduls zum Selbstmitgefühl ausgewählt, dessen Ziel die Förderung der Resilienz der Mitarbeiter_innen darstellte. An dem Projekt nahmen die psychotherapeutisch tätigen Mitarbeiter_innen der Heiligenfeld Kliniken in Bad Kissingen teil. Im Folgenden werden das Design, der Studienaufbau und die Stichprobe näher beschrieben.

3.2 Das Design

Die vorliegende Untersuchung stellt ein Quasiexperiment dar. Da die Untersuchung im naturalistischen Setting stattfand, wurden die Versuchspersonen nicht randomisiert, sondern aufgrund des Standorts, an dem sie sich befanden, zu der Experimental- oder der Kontrollgruppe zugewiesen. Am Standort Bad Kissingen (Experimentalbedingung) fand das Selbstmitgefühlstraining statt und an den anderen vier Standorten (Kontrollbedingung) wurde kein Training durchgeführt. Es handelt sich um ein 2 (Bedingung: Experimental- vs. Kontrollgruppe) x 2 (Messzeitpunkt: vor vs. nach dem Training) varianzanalytisches Design mit Messwiederholung auf dem zweiten Faktor. Die Zugehörigkeit zur Experimental- oder Kontrollgruppe fungiert als Zwischensubjekt-Faktor. Bei dem Messzeitpunkt handelt es sich um einen Innersubjekt-Faktor. Abhängige Variablen waren das Selbstmitgefühl und die Resilienz der Therapeut_innen.

3.3 Ablauf

Es wurde ein vierwöchiges Selbstmitgefühlstraining bei den Mitarbeiter_innen der Heiligenfeld Kliniken in Bad Kissingen durchgeführt. Dieses fand im Zeitraum von Oktober 2018 bis November 2018 viermal die Woche in Form einer Selbstmitgefühlsübung (siehe Anhang B) statt. Diese dauerte ca. sieben Minuten und wurde vor jeder Teamsitzung von den jeweiligen Teamleiter_innen durchgeführt. Diese Selbstmitgefühlsübung ist die oben bereits beschriebene Selbstmitgefühlspause. Ein Grund zur Auswahl dieser Übung war ihre Kürze, deren Wichtigkeit bereits von Shapiro et al. (2005) festgestellt wurde, da eine realistische Umsetzung ein sehr bedeutungsvolles Kriterium für die Auswahl einer Intervention ist. Ein weiterer Grund bestand darin, dass die Selbstmitgefühlspause alle drei Komponenten des Selbstmitgefühls beinhaltet und somit meiner Meinung nach eine gute Eignung als Repräsentant des Konzepts darstellt. Darüber hinaus ist die Selbstmitgefühlspause eine der einführenden Übungen in Selbstmitgefühlstrainings und ist auch als Hausaufgabe geeignet (Germer & Neff, 2019).

Vor und nach der Durchführung des gesamten Trainings wurden das Selbstmitgefühl und die Resilienz der Teilnehmer_innen untersucht. Diese wurden durch Fragebögen in paper-pencil-Version erhoben. Das Selbstmitgefühl wurde anhand des Fragebogens *Self compassion scale* (Hupfeld & Ruffieux, 2011; K. D. Neff, 2003) erhoben und die Resilienz mithilfe des *RS*

13 Resilienzfragebogens (Leppert, Koch, Brähler & Strauss, 2008). Das Training wurde in den drei Kliniken, die sich in Bad Kissingen befanden, durchgeführt (Fachklinik, Parkklinik und Rosengartenklinik). Die Mitarbeiter_innen der Heiligenfeld Kliniken in Bad Grönenbach, Waldmünchen, Uffenheim und Berlin erhielten kein Training und dienten als Kontrollgruppe, indem sie ebenfalls die Fragebögen in einem vierwöchigen Abstand ausfüllten.

3.4 Stichprobenbeschreibung

Die Gesamtstichprobe bestand aus 49 psychotherapeutisch tätigen Mitarbeiter_innen der Heiligenfeld Kliniken. Die Gruppe setzte sich zusammen aus 23 Kreativtherapeut_innen (46.9 %) und 25 Psycholog_innen (51,0 %). Eine Person machte dazu keine Angaben. 36 der Versuchspersonen waren weiblich (73.5%). Die Altersspanne erstreckte sich zwischen 26 und 65 Jahren ($M = 38.61$, $SD = 10.57$). Die Therapeut_innen wiesen eine berufliche Erfahrung von im Schnitt 7.83 Jahren auf ($Min = 0.00$, $Max = 35.00$, $SD = 9.44$). 30 Personen (61.2%) arbeiteten am Standort Bad Kissingen und gehörten somit der Experimentalgruppe an. Die restlichen 19 (38.8%) waren über die vier anderen Standorte: Bad Grönenbach, Waldmünchen, Uffenheim und Berlin verteilt und gehörten somit der Kontrollgruppe an. Elf Personen aus der Experimentalbedingung und fünf der Kontrollbedingung nahmen nur zum ersten Zeitpunkt der Erhebung teil und wurden deswegen aus den weiteren Analysen ausgeschlossen. Im Folgenden werden die Personen, die nach der ersten Erhebung ausgeschieden sind, *Drop-Outs* genannt. Die Drop-Outs wurden mit den Teilnehmer_innen verglichen, die an beiden Messungen teilnahmen (*Completer*). Es wurde einen Chi²-Test durchgeführt, um zu prüfen, ob beide Gruppen sich bezüglich der nominalskalierten Variablen Geschlecht und Beruf unterschieden. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Anzahl der Drop-Outs und der Completer in dieser Studie. Es zeigte sich ein signifikanter systematischer Unterschied bezüglich des Berufs, $\chi^2(1) = 10.69$, $p = .001$, $\phi = 0.47$. Es schieden signifikant mehr Kreativtherapeuten aus der Erhebung als Psycholog_innen aus.

Tabelle 1

Anzahl von Drop-Outs und Completern

		Teilnahme an beiden Zeitpunkten		
		ja/nein		
		nur am ersten		
		Zeitpunkt	beide Zeitpunkte	Gesamt
Beruf	Kreativtherapeut_innen	13	10	23
	Psycholog_innen	3	22	25
	Keine Angabe	0	1	1
Gesamt		16	33	49

Die Gruppen wurden ebenfalls bezüglich ihr Alter und Berufserfahrung mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben verglichen. Es wurden keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Alter und Berufserfahrung festgestellt.

Zusätzlich zu den Drop-Outs wurden Personen aus der Analyse herausgenommen, die nicht alle erforderlichen Fragebögen ausgefüllt hatten. Dies traf auf zwei Personen pro Bedingung zu. Es ergab sich folgende Stichprobe, mit der alle weiteren Auswertungen durchgeführt wurden: Am Standort Bad Kissingen waren es 17 Personen, die an der Untersuchung teilnahmen und als Experimentalgruppe dienten, da sie das Selbstmitgefühlstraining erhielten. 12 Teilnehmer_innen gehörten der Kontrollgruppe an.

Die Experimentalgruppe bestand aus drei (17,6 %) Keativtherapeut_innen und 13 (76,5 %) Psycholog_innen. Elf (64,7 %) der Teilnehmer_innen waren weiblich. Die Altersspanne

reichte von 26 bis 65 Jahre ($M = 36.41$, $SD = 10.27$). Die berufliche Erfahrung betrug im Mittel 5.24 Jahre ($SD = 8.20$).

Die Kontrollgruppe setzte sich aus sechs Kreativtherapeut_innen und sechs Psycholog_innen zusammen. Zehn Personen waren weiblich (83,3%). Die Teilnehmer_innen in der Kontrollgruppe waren im Mittel 41.08 Jahre alt ($Min = 26.00$, $Max = 61.00$, $SD = 11.22$). Die mittlere Berufserfahrung betrug 10.92 Jahre ($SD = 10.75$).

Zwischen Kontroll- und Experimentalbedingung bestand kein signifikanter Unterschied bezüglich der sozioökonomischen Variablen Geschlecht, Alter, Beruf und Berufserfahrung. Deskriptiv zeigt sich, dass die Kontrollgruppe im Schnitt älter ist, über längere Berufserfahrung verfügt und homogener bezüglich der Verteilung zwischen Kreativtherapeut_innen und Psycholog_innen ist.

3.5 Messinstrumente

3.5.1 Self-Compassion Scale

Zur Erfassung der abhängigen Variable wurde die *Self-Compassion Scale* von Neff (2003a) eingesetzt. Die Skala besteht aus 26 Items, die von Hupfeld und Ruffieux (2011) ins Deutsche übersetzt wurden (siehe Anhang C – Teil B). Es handelt sich um eine fünfstufige Likert-Skala (1 = *sehr selten*, 2 = *selten*, 3 = *gelegentlich*, 4 = *oft*, 5 = *sehr oft*). Die Skala besteht sowohl aus positiv formulierten als auch aus negativ formulierten Aussagen zum Selbstmitgefühl, wie beispielsweise: „Ich missbillige und verurteile meine eigenen Fehler und Schwächen.“, „Wenn die Dinge bei mir schlecht laufen, sehe ich diese Schwierigkeiten als Teil des Lebens, den jeder einmal durchlebt.“, „Ich gehe freundlich mit mir um, wenn ich Kummer und Leid erfahre.“. *Mitfühlendes Verhalten* wird durch drei Subskalen erfasst: Selbstbezogene Freundlichkeit (self-kindness, fünf Items), Achtsamkeit (mindfulness, vier Items) und Verbindende Humanität bzw. Allverbundenheit (common humanity, vier Items). Dem gegenüber stehen die drei Subskalen für *nicht mitfühlende Verhaltensweisen*: Selbstverurteilung (self-judgment, fünf Items), Überidentifizierung (over-identification, vier Items) und Isolation (isolation, vier Items) (Hupfeld & Ruffieux, 2011; K. D. Neff, 2016). Die negativen Formulierungen wurden dementsprechend für die Auswertung umgepolt. Eine genauere Beschreibung der Auswertung folgt in Kapitel 3.6.1. Bei Neff (2003a) ergab sich eine hohe

Retest-Reliabilität von $r = .93$ (Gesamtskala) für die *Self-Compassion Scale* sowie eine hohe Konstruktvalidität (Neff, 2016).

3.5.2 Resilienzskala

Für die Erhebung der Resilienz wurde die *Resilienzskala RS-13* (Siehe Anhang C -Teil C) genutzt (Leppert et al., 2008). Das ist die deutschsprachige Kurzversion eines ursprünglich von Wagnild und Young (1993) konzipierten Fragebogens. Dabei wird von zwei Faktoren der Resilienz ausgegangen: *Akzeptanz des Selbst* und *Persönliche Kompetenz*. Die Studie von Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauss und Brähler (2005) spricht für die gegebene Validität des Fragebogens. Nach Leppert et al. (2008) gilt RS-13 als ein ökonomisches Instrument zur Erfassung der Resilienz als Personenmerkmal. Die Autor_innen berichten eine Retest-Reliabilität der Kurzsкала RS-13 von $r = .61$, die als gut bezeichnet werden kann. Die interne Konsistenz der Kurzsкала beträgt $\alpha = .90$. Der Fragebogen bildet die Konzepte *Optimismus und emotionale Stabilität, Lebensfreude, Energie, Offenheit für Neues und Fähigkeit zum Perspektivwechsel* ab. Der Fragebogen besteht aus 13 positiv formulierten Items, wie z.B. „Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.“, „Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.“. Die Fragen werden auf einer siebenstufigen Likertskala von 1 = *ich stimme nicht zu* bis 7 = *stimme völlig zu* beantwortet. (Leppert et al., 2008).

3.6 Beschreibung der Datenaufbereitung und des Auswertungsverfahrens

Für die Auswertung wurde das Programm IBM SPSS Statistics 25 verwendet. Für die Post-hoc-Poweranalyse wurde das Programm G*Power verwendet.

3.6.1 Berechnung der Skalenwerte, Summenwerte des SCS-Fragebogens

Für die Berechnung der Werte des Fragebogens *Self-Compassion Scale (SCS)* in deutscher Sprache wurden die Empfehlungen nach Hupfeld und Ruffieux (2011) befolgt. Zur Bildung der Subskalenwerte wurden die Mittelwerte über die entsprechenden Items berechnet. Zur Bildung des Self-Compassion-Gesamtwerts wurden im ersten Schritt die Subskalenwerte für Selbstverurteilung, Isolation und Überidentifizierung umkodiert. Darauffolgend wurde der Mittelwert über alle sechs Subskalenwerte gebildet. Diese Methode der SCS-Gesamtwertbildung wird von Kristin Neff (2019) empfohlen. Diese Methode macht die Werte leichter zu interpretieren, da alle Subskalen gleichgewichtig, trotz ihrer unterschiedlichen Itemzahl, in den Gesamtwert einfließen.

3.6.2 Berechnung der Skalenwerte, Summenwerte des Resilienzfragebogens

Für die Berechnung der Resilienz wurde zunächst der Gesamtwert berechnet, um Aussagen treffen zu können, wie sich die Resilienz der Teilnehmer_innen im Vergleich zu der Normstichprobe aus der Studie von Leppert et al. (2008) verhält. Ein Gesamtwert von 72 spricht für eine mittlere Resilienz, ein Wert unter 63 befindet sich in den unteren 25% und ein Wert gleich oder größer 79 spricht für eine Resilienz im Bereich der oberen 25 %.

4 Ergebnisse

4.1 Hypothesenauswertung

Um die Hypothesen 1 und 2 zu überprüfen, wurde jeweils eine gemischte ANOVA mit Messwiederholung als Innersubjekt-Faktor *Messzeitpunkt* durchgeführt. Der Zwischensubjekt-Faktor war die Zugehörigkeit zur Experimental- oder Kontrollbedingung (*Standort*). Zunächst wurden die Normalverteilung und die Homoskedastizität der Daten als Voraussetzungen für eine Varianzanalyse geprüft. Die Varianzhomogenität war gemäß dem Levene-Test gegeben ($p > .05$). Die Normalverteilung der Variablen Selbstmitgefühl und Resilienz zu beiden Messzeitpunkten wurde anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests mit Lillieforskorrektur und anhand des Shapiro-Wilk-Tests überprüft. Nur die Variable Selbstmitgefühl zum Pre-Zeitpunkt in der Kontrollgruppe zeigte keine Normalverteilung, weder beim Kolmogorov-Smirnov-Test ($p = .045$), noch beim Shapiro-Wilk-Test ($p = .036$). Da die messwiederholte ANOVA als robust gegenüber einer Verletzung der Normalverteilungsannahme gilt (Blanca, Alarcón, Arnau, Bono & Bendayan, 2017), konnte die Datenanalyse fortgeführt werden.

Um Hypothese 1 zu überprüfen, wurde die abhängige Variable Selbstmitgefühl zum Pre- und Postzeitpunkt analysiert. Die gemischte ANOVA mit Messwiederholung zeigte einen signifikanten Haupteffekt des Innersubjekt-Faktors *Messzeitpunkt*, $F(1,27) = 4.42$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .141$. Anhand Abbildung 4 wird der Anstieg in beiden Gruppen deutlich. Es zeigte sich jedoch eine größere Veränderung in der Kontrollgruppe als in der Experimentalgruppe (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2

Deskriptive Statistiken zum Selbstmitgefühl

Selbstmitgefühl				
	Standort bzw. Teilnahme am Training	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
vor dem Training	EG: Bad Kissingen	3.64	0.38	17
	KG: Anderer	3.63	0.66	12
	Gesamt	3.64	0.50	29
nach dem Training	EG: Bad Kissingen	3.71	0.51	17
	KG: anderer	3.96	1.14	12
	Gesamt	3.81	0.82	29

Es zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt für den Zwischensubjekt-Faktor *Standort* bzw. Bedingung, $F(1,27) = 0.238$, $p = .630$, $\eta_p^2 = .009$.

Es zeigte sich kein signifikanter Effekt für die Interaktion zwischen *Standort* und *Messzeitpunkt*, $F(1,27) = 1.87$, $p = .183$, $\eta_p^2 = .065$.

Zwar zeigten die Daten einen signifikanten Effekt für die Zeit, was die H1a stützen würde, doch fiel der Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zum Postzeitpunkt anders als erwartet aus (H1b). Somit musste Hypothese 1 verworfen werden und damit die Annahme, dass das durchgeführte Training das Selbstmitgefühl der Mitarbeiter_innen erhöht.

Es wurde eine Post-hoc-Poweranalyse mittels G*Power gerechnet. Dabei ergab sich für den Haupteffekt des Messzeitpunkts eine Teststärke von $1-\beta = 0.52$. Die Teststärke des Haupteffekts des Standorts betrug $1-\beta = 0.35$. Für die Interaktion ergab sich eine Teststärke von $1-\beta = 0.26$. Die Bewertung der nachträglich berechneten Teststärke ist jedoch nicht unproblematisch (siehe Diskussion).

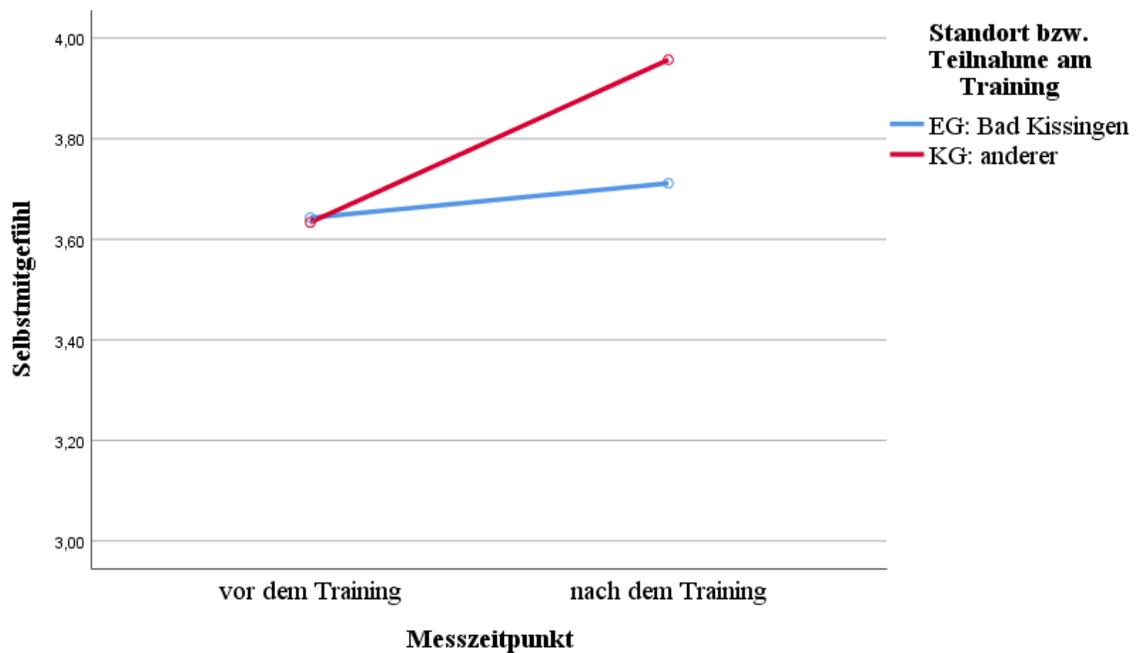


Abbildung 4. Ergebnisse der gemischten ANOVA für Selbstmitgefühl.

Um Hypothese 2 zu überprüfen, laut derer das Selbstmitgefühlstraining einen direkten positiven Effekt auf die Resilienz hat, wurde erneut eine gemischte ANOVA mit Messwiederholung durchgeführt. Deskriptivstatistisch zeigte sich ein geringer Anstieg der Resilienz der Experimentalgruppe sowie eine geringe Senkung in dem Resilienzwert der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 5 und Tabelle 3). Der Haupteffekt für den Innersubjekt-Faktor *Messzeitpunkt* wurde nicht signifikant, $F(1,27) = 0.244$, $p = .626$, $\eta_p^2 = .009$. Es zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen dem Faktor *Standort* und dem Faktor *Messzeitpunkt*, $F(1,27) = 0.448$, $p = .509$, $\eta_p^2 = .016$. Der Haupteffekt für den Zwischensubjekt-Faktor *Standort* wurde nicht signifikant, $F(1,27) = 0.035$, $p = .852$, $\eta_p^2 = .001$. Somit musste die Hypothese 2 gänzlich verworfen werden.

Tabelle 3

Deskriptive Statistiken zu Resilienz

Resilienz				
	Standort bzw. Teilnahme am Training	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
vor dem Training	Bad Kissingen	73.47	8.28	17
	anderer	74.75	8.23	12
	Gesamt	74.00	8.35	29
nach dem Training	Bad Kissingen	73.65	8.28	17
	anderer	73.58	10.94	12
	Gesamt	73.62	9.28	29

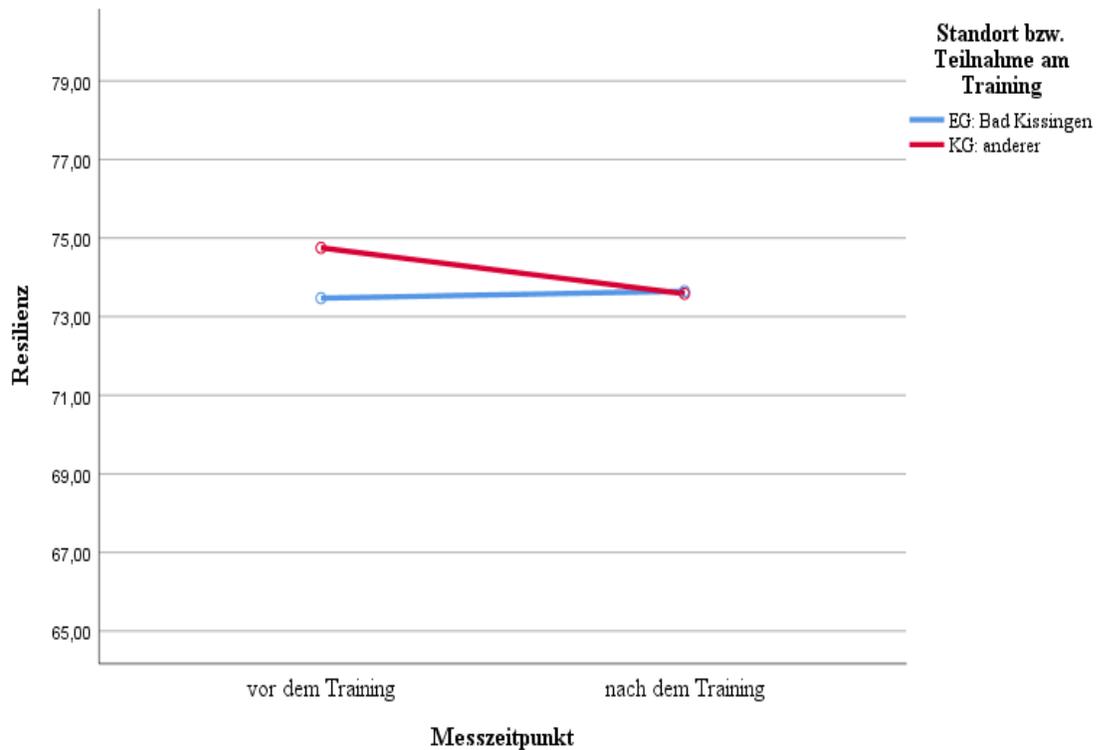


Abbildung 5. Ergebnisse der gemischten ANOVA für Resilienz.

Es wurde für Hypothese 2 ebenfalls eine Post-hoc-Poweranalyse mittels G*Power gerechnet. Dabei ergab sich für den Haupteffekt des Messzeitpunkts eine Teststärke von $1-\beta = 0.077$. Für den Haupteffekt des Standorts betrug die Teststärke $1-\beta = 0.053$. Für die Interaktion ergab sich eine Teststärke von $1-\beta = 0.098$.

Um die Hypothese 3 zu testen, laut derer zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz sowohl zum ersten als auch zum zweiten Messzeitpunkt ein positiver Zusammenhang besteht, wurden Korrelationen berechnet. Es erfolgte eine nichtparametrische Analyse der Korrelationen nach Spearman, da die Normalverteilung der Variable Selbstmitgefühl zum Zeitpunkt Pre- in der Kontrollgruppe nicht gegeben war. Es zeigte sich eine signifikante positive Korrelation zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz zu beiden Zeitpunkten. Zum ersten Messzeitpunkt betrug die Korrelation $r_s = .64$, $p < .01$, was für einen moderaten Effekt spricht (Akoglu, 2018). Zum zweiten Zeitpunkt zeigte sich eine Korrelation von $r_s = .80$, $p < .01$, was einem starken Effekt entspricht (Akoglu, 2018). Somit konnte die Hypothese 3 beibehalten werden.

Tabelle 4

Korrelationen nach Spearman

	Resilienz t1	Resilienz t2	SMG t1	SMG t2
Resilienz t1		.81**	.64**	.67**
Resilienz t2			.76**	.80**
SMG t1				.92**
SMG t2				

Anmerkungen. t1 = Messzeitpunkt 1, t2 = Messzeitpunkt 2, SMG = Selbstmitgefühl.

Die Stichprobengröße beträgt für alle Gruppen $n = 29$.

** Die Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant (einseitige Testung).

Es wurde für Hypothese 3 auch eine Post-hoc-Poweranalyse mittels G*Power gerechnet. Für die Korrelation zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz zum ersten Zeitpunkt ergab sich eine Teststärke von $1-\beta = 0.975$. Zum zweiten Zeitpunkt betrug die Teststärke $1-\beta = 0.999$.

Eine Überprüfung der Hypothese 4 erwies sich als überflüssig, da kein Anstieg im Selbstmitgefühl gefunden werden konnte (Hypothese 1).

4.2 Zusatzanalysen

Ergänzend zu Hypothese 1 wurden als weitere Analysen die Subskalen des Selbstmitgefühls auf etwaige Verbesserungen durch das Training getestet. Dafür wurde ebenfalls das Verfahren der gemischten ANOVA mit Messwiederholung gerechnet. Für die Subskala *Selbstfreundlichkeit* wurde kein Effekt signifikant (alle $p \geq .709$). Bei der Subskala *Achtsamkeit* gab es eine kleine nicht signifikante Verbesserung in beiden Gruppen, wobei der Anstieg der Werte in der Kontrollgruppe höher ausfiel. Der Haupteffekt des Messzeitpunkts war der Signifikanzgrenze am nächsten ($p = .106$). Bei der Subskala *Allverbundenheit* verhielt es sich äquivalent zu der Subskala *Selbstfreundlichkeit* (alle $p \geq .153$). Das gleiche gilt für die Subskala *Isolation* (alle $p \geq .687$). Bei der Skala *Selbstverurteilung* hatte sich eine geringe Verbesserung gezeigt, insbesondere zugunsten der Kontrollgruppe, und der Haupteffekt des Messzeitpunkts war annähernd signifikant ($p = .069$, alle anderen $p \geq .268$). Die Subskala *Überidentifizierung* verhielt sich analog zu der Subskala *Selbstverurteilung* (Haupteffekt des Messzeitpunktes $p = .092$ und alle anderen $p \geq .595$).

Als Zusatz zu Hypothese 3 wurde geprüft, welche Subskalen des Selbstmitgefühls am stärksten im Zusammenhang mit Resilienz stehen. *Selbstfreundlichkeit* zeigte eine hohe Korrelation mit Resilienz sowohl zum ersten Zeitpunkt ($r_s = .64, p < .001$) als auch zum zweiten Zeitpunkt ($r_s = .71, p < .001$). *Achtsamkeit* zeigte mittlere bis hohe Korrelationen mit Resilienz (zum ersten Zeitpunkt: $r_s = .67, p < .001$, zum zweiten Zeitpunkt: $r_s = .63, p < .001$). Für *Allverbundenheit* zeigten sich mittlere bis hohe Korrelationen (zum ersten Zeitpunkt: $r_s = .43, p < .05$, zum zweiten Zeitpunkt: $r_s = .64, p < .001$). Bei der Subskala *Isolation* zeigten sich mittlere bis hohe negative Korrelationen (zum ersten Zeitpunkt: $r_s = -.43, p < .05$, zum zweiten Zeitpunkt: $r_s = -.61, p < .001$). Für die Subskala *Selbstkritik* zeigte sich zum ersten Messzeitpunkt eine nicht signifikante negative Korrelation von $r_s = -.33, p = .086$ und zum

zweiten Zeitpunkt eine signifikante von $r_s = - .74$, $p < .001$. Für die Subskala *Überidentifizierung* zeigten sich hohe negative Korrelationen (zum ersten Zeitpunkt: $r_s = - .63$, $p < .001$, zum zweiten Zeitpunkt: $r_s = - .78$, $p < .001$).

Zusätzlich wurden die Variablen Selbstmitgefühl und Resilienz vor und nach dem Training auf extrem ausgeprägte Werte überprüft, d.h. auf Werte, die sich mehr als eineinhalb Interquartilsabstände unterhalb des ersten Quartils oder eineinhalb Interquartilsabstände oberhalb des dritten Quartils befinden. Demnach wurden sieben Personen als Ausreißer identifiziert und aus den folgenden Auswertungen herausgenommen. Mit dieser neuen Stichprobe wurden die Haupthypothesen erneut überprüft.

Für Hypothese 1 zeigte die gemischte ANOVA mit Messwiederholung ebenfalls einen signifikanten Haupteffekt des Innersubjekt-Faktors *Messzeitpunkt*, $F(1,20) = 8.57$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .30$. Anhand Abbildung 6 wird der Anstieg der Selbstmitgefühlswerte in beiden Gruppen deutlich. Diesmal ist dieser in beiden Gruppen sehr ähnlich. Es zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt für den Zwischensubjekt-Faktor *Standort*, $F(1,20) = 3.213$, $p = .088$, $\eta_p^2 = .138$. Die Kontrollgruppe hatte im Durchschnitt etwas höhere Werte (siehe Abbildung 6). Es zeigte sich kein signifikanter Effekt für die Interaktion zwischen *Standort* und *Messzeitpunkt*, $F(1,20) = .458$, $p = .506$, $\eta_p^2 = .022$. Diese Ergebnisse entsprechen den oben getroffenen Schlussfolgerungen, die aus den Daten mit Ausreißern getroffen wurden.

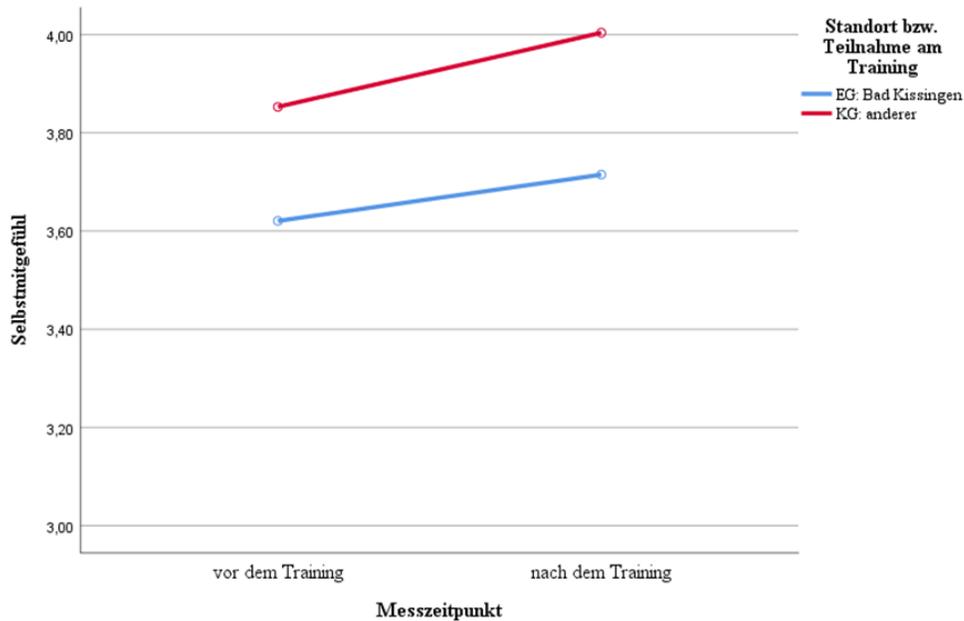


Abbildung 6. Ergebnisse der gemischten ANOVA ohne Ausreißerwerte für Selbstmitgefühl.

Um Hypothese 2 anhand der Stichprobe ohne Ausreißer zu überprüfen, wurde ebenfalls eine gemischte ANOVA mit Messwiederholung für die Resilienz als abhängige Variable durchgeführt. Der Haupteffekt für den Innersubjekt-Faktor *Messzeitpunkt* wurde nicht signifikant, $F(1,20) = 0.240$, $p = .629$, $\eta_p^2 = .012$. Der Haupteffekt für den Zwischensubjekt-Faktor *Standort* wurde nicht signifikant, $F(1,20) = 1.085$, $p = .310$, $\eta_p^2 = .051$. Die Kontrollgruppe hatte im Durchschnitt etwas höhere Werte (siehe Abbildung 7). Es zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen dem Faktor *Standort* und dem Faktor *Messzeitpunkt*, $F(1,20) = 0.083$, $p = .776$, $\eta_p^2 = .004$. Somit musste die Hypothese 2 auch anhand der reduzierten Stichprobe abgelehnt werden.

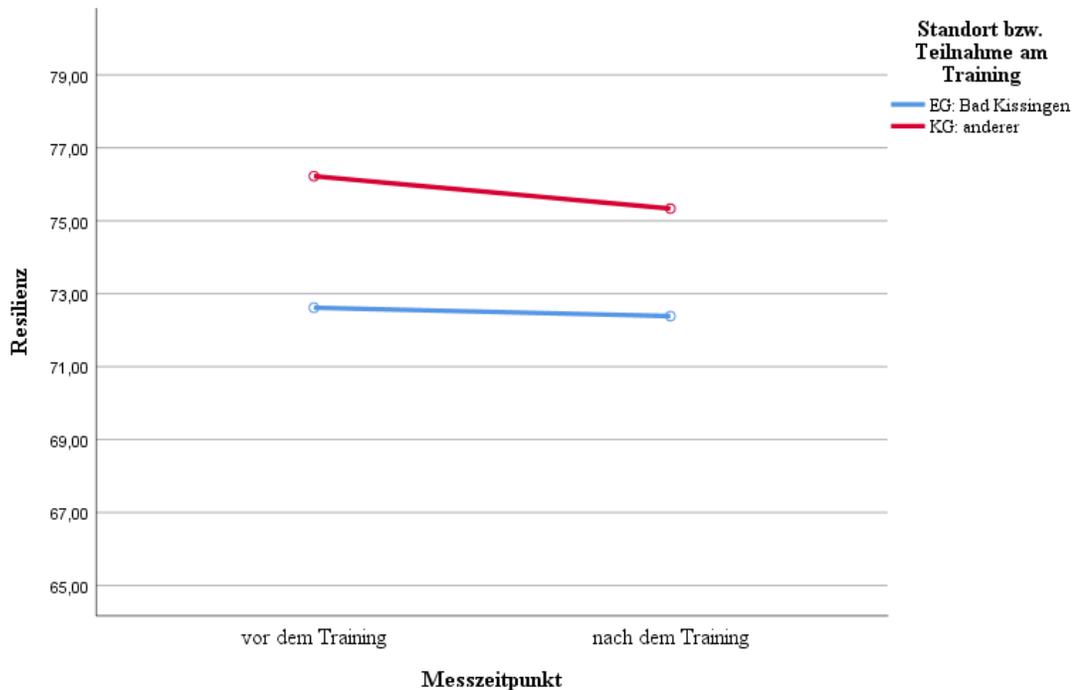


Abbildung 7. Ergebnisse der gemischten ANOVA ohne Ausreißerwerte für Resilienz.

Hypothese 3 wurde anhand der Stichprobe ohne Ausreißerwerte mit einer nichtparametrischen Analyse der Korrelationen nach Spearman überprüft. Es zeigte sich ebenfalls eine signifikante positive Korrelation zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz zu beiden Zeitpunkten. Zum ersten Messzeitpunkt betrug die Korrelation $r_s = .46$, $p < .05$, was einem moderaten Effekt entspricht (Akoglu, 2018). Zum zweiten Messzeitpunkt zeigte sich eine starke Korrelation (Akoglu, 2018) von $r_s = .69$, $p < .001$. Somit konnte die Hypothese 3 beibehalten werden.

5 Diskussion

5.1 Diskussion und Ergebnisse

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine empirische Studie, in der ein Selbstmitgefühlstraining bei einer Stichprobe von therapeutischen Mitarbeiter_innen untersucht wurde, die in stationären psychosomatischen Einrichtungen, die den Heiligenfeld Kliniken angehören, tätig sind. In der Literaturrecherche für diese Arbeit konnte kein Training gefunden werden, welches sich gut im Arbeitsalltag integrieren lässt und gleichzeitig in der Lage ist, das Selbstmitgefühl von Mitarbeiter_innen im Gesundheitssektor zu steigern. Deshalb wurde innerhalb dieser Arbeit ein kurzes Training zur Steigerung des Selbstmitgefühls evaluiert (Hypothese 1). Zudem wurde überprüft, ob das Training eine positive Wirkung auf die Resilienz der Teilnehmer_innen hat (Hypothese 2). Ebenfalls von Interesse war der Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz (Hypothese 3), der bereits in einigen Studien bestätigt werden konnte (McArthur et al., 2017; Olson et al., 2015; Trockel et al., 2017). Des Weiteren wurde vermutet, dass ein Anstieg im Selbstmitgefühl mit einem Anstieg in der Resilienz einhergeht (Hypothese 4).

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Arbeit bezüglich der aufgestellten Hypothesen dargelegt, interpretiert und diskutiert. Es folgt eine kritische Betrachtung der verwendeten Methoden sowie Vorschläge für mögliche Verbesserungen für die zukünftige Forschung.

Es konnte kein signifikanter Effekt des Trainings auf die Selbstmitgefühlswerte gefunden werden (Hypothese 1). Es zeigte sich eine signifikante Verbesserung hinsichtlich des Faktors *Messzeitpunkt*, die jedoch in der Kontrollgruppe höher als in der Experimentalgruppe ausfiel und somit nicht stützend für Hypothese 1 war. Dieses Ergebnis lässt darauf schließen, dass das Training ungeeignet ist, das Selbstmitgefühl zu steigern; es könnte jedoch auch aus anderen Gründen zustande gekommen sein, die im Folgenden aufgeführt werden.

Einerseits wurde das Training nicht zuverlässig in allen Arbeitsteams durchgeführt, was sich negativ auswirken würde. Einschränkend könnte auch die kurze Dauer des Trainings sein, das aus siebenminütigen Einheiten bestand, vier Mal pro Woche stattfand und sich über vier Wochen erstreckte.

Andererseits zeigten sich schon vor dem Training überdurchschnittliche Werte für das Selbstmitgefühl, sowohl für die Kontroll- als auch für die Experimentalgruppe: $M = 3.63$ ($SD = 0.66$) respektive $M = 3.64$ ($SD = 0.38$). Zudem war das Selbstmitgefühl der Mitarbeiter_innen höher als das gemessene Selbstmitgefühl der Assistenzärzt_innen in der Studie von Olson et al. (2015). Bei Olson et al. (2015) betrug der Mittelwert 3.2 ($SD = 0.6$). Der höhere Wert der Mitarbeiter_innen könnte aber auch auf die verschiedenen Versionen der *Self-Compassion Scale* zurückzuführen sein, da die frühere Studie mit der englischen Originalfassung des Fragebogens arbeitete. Der hohe Ausgangswert und damit einhergehende Deckeneffekte könnten ein Grund sein, warum kein Anstieg im Selbstmitgefühl bei der hier untersuchten Stichprobe nach dem Training zu finden war. Der mögliche Wertebereich der Skala reicht von 1 bis 5, damit sind die Ausgangswerte der Kontroll- und der Experimentalgruppe an der Grenze des oberen Drittels der möglichen Werte und eine Verbesserung ist damit schwerer zu erreichen.

Eine andere mögliche Erklärung dafür, dass kein signifikanter Anstieg im Selbstmitgefühl in der Experimentalgruppe stattfand, könnte sein, dass der Standort Bad Kissingen eine Ausbildungsstelle für Psychotherapeut_innen ist und diese möglicherweise durch Arbeit und begleitende Ausbildung eine höhere Belastung aufweisen, mit der sie umgehen müssen. Da durch die Zeit, die für das Training eingeplant war, weniger Zeit für die inhaltlichen Aufgaben blieb, könnte das Training als nachteilig empfunden worden sein, da dieses den normalen Arbeitsablauf verlangsamt. Bei Teamleiter_innen, die diese Überzeugung teilen, ist zu erwarten, dass sie auch nicht von einem Erfolg der Maßnahme ausgehen und diese Einstellung auch auf die Teilnehmer_innen übertragen könnten. Somit würden sie einerseits die Wirkung der Intervention und andererseits die Motivation der Mitarbeiter_innen zum Ausfüllen der Fragebögen negativ beeinflussen. Dafür würde auch die niedrige Zahl der Teilnehmer_innen sprechen, weil manche Personen die Fragebögen nicht ausgefüllt haben könnten, um sich vor einer Mehrbelastung zu schützen. Diese Überlegungen bedürfen weiterer Überprüfung in zukünftigen Arbeiten.

Einen weiteren Grund könnte die Dauer des Trainings darstellen. Die kurze Dauer könnte sich negativ auf die Übung auswirken, da die Teilnehmer_innen nicht ausreichend Zeit und Raum bekamen, sich der Übung zu widmen und sich mit den inneren Prozessen, die dadurch ausgelöst werden, auseinander zu setzen. Auch, dass sie mit ihrem inneren Erleben allein

gelassen wurden, könnte negative Folgen gehabt haben (siehe Kapitel 5.2). Trainingsprogramme, die über längere Zeit durchgeführt wurden, wie das MBSR-Training, zeigten in einigen Studien, wie z.B. von Rimes und Wingrove (2011), Shapiro et al. (2005) und Shapiro et al. (2007), signifikante Veränderungen im Selbstmitgefühl. Bei der Studie von P. Moore (2008) zeigte sich nach vierwöchigem Training in Form von täglichen zehnmütigen Achtsamkeitsmeditationen eine Verbesserung in der Selbstmitgefühlsskala *Selbstfreundlichkeit*. Für die Annahme, dass sich die Dauer des Trainings in deren Wirkung widerspiegelt, sprechen auch die Ergebnisse von Gauthier, Meyer, Grefe und Gold (2015): die Länge des von ihnen durchgeführten Trainings (fünfminütige Meditation zu Beginn der Schichten und eine halbstündige Sitzung die Woche) ist mit der des in dieser Arbeit durchgeführten vergleichbar und das Training bewirkte eine Besserung der Stresswerte der Mitarbeiter_innen (Pfleger_innen), aber keine Erhöhung im Selbstmitgefühl. Jedoch ist dabei zu beachten, dass diese Trainingsprogramme aus verschiedenen Komponenten bestehen, was die Vergleichbarkeit wiederum einschränkt.

Es zeigte sich eine größere Veränderung durch den Faktor *Messzeitpunkt* bei der Kontrollgruppe als bei der Experimentalgruppe. Diese Verbesserung war bei der Untersuchung der Daten ohne Ausreißerwerte nicht mehr zu finden, was dafür spricht, dass es sich um keinen systematischen Unterschied handelt.

Hypothese 2 postulierte, dass das Training eine Wirkung auf die Resilienzwerte der Mitarbeiter_innen der Heiligenfeld Kliniken zeigen würde. Dies musste anhand der vorliegenden Ergebnisse verworfen werden. Eine Erklärung dafür, dass sich kein Unterschied in der Resilienz zeigte, könnte die ausgewählte Auswertungsmethode darstellen. Der Fragebogen *RS-13* untersucht die Widerstandsfähigkeit einer Person als eine weitgehend stabile Personenvariable und ist nicht auf Veränderungen ausgelegt (Fichte, 2017; Leppert et al., 2008; Schumacher et al., 2005).

Wie beim Selbstmitgefühl waren die Ausgangswerte der Resilienz bereits hoch, was mögliche Deckeneffekte mit sich bringt. Sie lagen zwischen 73 und 74 für beide Gruppen und befanden sich somit im mittleren Bereich, der beim Wert von 72 anfängt. Die Einschränkung durch die Dauer des Trainings greift auch bei der Resilienz.

Bei statistischen Auswertungsmethoden kann eine niedrige Teststärke ein Grund dafür sein, dass existierende Effekte nicht gefunden werden können. Da die Stichprobengröße durch das stationäre Setting und die natürliche Aufteilung in die Kontroll- und Experimentalgruppe bestimmt wurde, können Einschränkungen in der Teststärke erwartet werden. Eine Post-hoc-Poweranalyse zeigte für die Analysen zu Hypothese 1 einen Höchstwert von $1-\beta = 0.52$ und für jene zu Hypothese 2 einen Höchstwert von $1-\beta = 0.098$. Die Aussagekraft der Post-hoc-Poweranalyse ist jedoch umstritten (Hoenig & Heisey, 2001). Außerdem könnte man aufgrund der deskriptiven Ergebnisse, die einen größeren Anstieg in der Kontrollgruppe als in der Experimentalgruppe zeigten, auch mit einer höheren Power keine für die Hypothesen sprechenden Ergebnisse erwarten.

Hypothese 3 konnte beibehalten werden. Sowohl zu Beginn als auch nach Abschluss des Trainings korrelierten Selbstmitgefühl und Resilienz moderat bis stark miteinander (Akoglu, 2018). Der Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz bei Personen, die im Gesundheitssektor tätig sind, konnte auch in anderen Studien gefunden werden (McArthur et al., 2017; Neff & McGehee, 2010; Olson et al., 2015; Trockel et al., 2017). Für die Analyse der Korrelation zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz wurde eine sehr hohe Power sowohl zum ersten Zeitpunkt ($1-\beta = 0.975$) als auch zum zweiten Zeitpunkt ($1-\beta = 0.999$) gefunden. Diese Ergebnisse für die Teststärke würden jedoch die Arbeit von Hoenig und Heisey (2001) stützen, dass es sich bei der Post-hoc-Poweranalyse um ein rechnerisch redundantes Phänomen handelt und sich bei signifikanten Ergebnissen eine höhere Teststärke ergibt als bei nicht signifikanten Ergebnissen.

Da sich ein Anstieg in dem Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz zeigte, wurde dieser nachträglich für die Experimental- und die Kontrollgruppe separat untersucht. Hierfür wurden erneut Spearman-Korrelationen berechnet. Da es sich um explorative Analysen handelte, wurde eine zweiseitige Signifikanztestung vorgenommen. In der Experimentalgruppe zeigte sich zum ersten Messzeitpunkt eine mittlere signifikante Korrelation ($r_s = .49, p < .05$) und zum zweiten Messzeitpunkt eine starke signifikante Korrelation ($r_s = .66, p < .01$). In der Kontrollgruppe wurde zum ersten Messzeitpunkt eine starke signifikante Korrelation ($r_s = .78, p < .01$) und zum zweiten Messzeitpunkt eine starke signifikante Korrelation ($r_s = .87, p < .001$) gefunden. Der Anstieg des Zusammenhangs kann nicht auf das

Training zurückgeführt werden, da er in beiden Gruppen zu finden war. Dabei fiel die Veränderung weder in der Experimental- ($z = -0.8794$, $p = .379$) noch in der Kontrollgruppe ($z = -0.9640$, $p = .335$) signifikant aus (Dunn & Clark, 1969). Aufgrund der geringen Stichprobe könnte der Anstieg des Zusammenhangs zufällig zustande gekommen sein. Es könnte sich auch um Reihenfolgeeffekte handeln, d.h., dass die Teilnehmer_innen zum zweiten Zeitpunkt gleichförmiger geantwortet haben könnten, weil der Fragebogen ihnen schon bekannt war.

Dadurch, dass sich weder das Selbstmitgefühl noch die Resilienz durch das Training verändert haben, lassen sich keine Aussagen über die Wirkweise treffen. Es bleibt weiterhin unklar, ob Selbstmitgefühlstraining die Resilienz auch direkt verbessert oder ob Selbstmitgefühl hierbei mediierend wirkt. Deshalb erwies sich die Prüfung von Hypothese 4 als überflüssig.

Zusätzlich zu den Haupthypothesen wurden Zusatzanalysen durchgeführt. Zu Hypothese 1 wurde ergänzend überprüft, ob das Training eine Verbesserung in einzelnen Subskalen des Selbstmitgefühls zeigte. Dies war bei keiner der Subskalen der Fall. Darüber hinaus wurde untersucht, welche Subskalen des Selbstmitgefühls am stärksten mit der Resilienz zusammenhingen. Der stärkste Zusammenhang zeigte sich für die Subskalen *Überidentifizierung* ($r_s = - .78$, $p < .001$), *Selbstkritik* ($r_s = - .74$, $p < .001$) und *Selbstfreundlichkeit* ($r_s = .71$, $p < .001$); alle jeweils zum zweiten Zeitpunkt.

Die Haupthypothesen wurden zusätzlich nach Herausnehmen von extremen Werten erneut überprüft. Die daraus resultierenden Ergebnisse unterschieden sich kaum von jenen der analysierten Daten, die Ausreißerwerte beinhalteten. Lediglich der Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz fiel dabei etwas schwächer aus (mit Ausreißern: $r_s = .64$, $p < .01$ zum ersten Messzeitpunkt und $r_s = .80$, $p < .01$ zum zweiten Messzeitpunkt vs. ohne Ausreißer: $r_s = .46$, $p < .05$ zum ersten Messzeitpunkt und $r_s = .69$, $p < .001$ zum zweiten Messzeitpunkt).

5.2 Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit müssen gewisse Limitationen berücksichtigt werden. Es handelte sich um eine kleine Stichprobe ($n = 29$), die für die Auswertung genutzt werden konnte. Trotz hoher Mitarbeiter_innenzahl und einer Gesamtstichprobe von 72 Personen blieben nach Ausschluss derjenigen Personen, die nur zum ersten bzw. nur zum zweiten Zeitpunkt alle vorgelegten Fragebögen ausfüllten, nur noch 29

Teilnehmer_innen übrig, deren Daten berücksichtigt werden konnten. Die Mitarbeiter_innen könnten durch die Formalitäten, die für eine Studie erforderlich sind, wie z.B. das Einverständnis, dass deren Daten für 10 Jahre gespeichert werden (siehe Anhang D), verunsichert worden sein. Es wurde beobachtet, dass deutlich weniger Kreativtherapeut_innen ($n = 10$) an beiden Messzeitpunkten der Untersuchung teilnahmen als Psycholog_innen ($n = 22$). Dies könnte damit zu erklären sein, dass Psycholog_innen während ihres Studiums bereits an einigen Studien teilgenommen haben und dadurch mit den Bedingungen vertraut sind. Zudem ist ihnen die Wichtigkeit der Forschung bewusst, wodurch ihre Bereitschaft zur Teilnahme möglicherweise positiv beeinflusst wird. Eine weitere plausible Erklärung könnte die mangelhafte Präsenz zum Interventionszeitpunkt darstellen, da ca. die Hälfte der Kreativtherapeut_innen als Teilzeitkräfte zwischen 40% und 75% beschäftigt sind.

Des Weiteren muss kritisch betrachtet werden, dass die Mitarbeiter_innen der Heiligenfeld Kliniken aufgrund der Philosophie des Unternehmens sowie ihres Berufs bereits Vorerfahrungen mit Achtsamkeit und deren Praxis haben könnten. Zudem erhielten sie schon Achtsamkeitstraining im Rahmen des gesundheitsfördernden Projekts „Achtsamkeit für Mitarbeiter“, das teilweise aus Selbstmitgefühlstraining besteht (siehe Anhang A). Mögliche Vorerfahrungen wurden jedoch im Rahmen der Arbeit nicht erfragt, um die Dauer der Studie so kurz wie möglich zu halten. Da es jedoch einige Belege für die stressregulierende Wirkung von Achtsamkeit gibt (Escuriex & Labbé, 2011), ist es schwierig, aussagekräftige Schlüsse bezüglich der alleinigen Rolle des Selbstmitgefühlstrainings auf die Resilienz zu ziehen. Zudem gibt es auch Belege, dass Achtsamkeitstrainings ebenfalls das Selbstmitgefühl direkt steigern (Rimes & Wingrove, 2011; Shapiro et al., 2005; Shapiro et al., 2007).

Obwohl die Selbstmitgefühlspause eine der ersten Übungen in Selbstmitgefühlstrainings und somit eine „Einsteigerübung“ ist, gibt es Empfehlungen und Besonderheiten für ihre Durchführung (Germer & Neff, 2019). Zum Beispiel ist es sinnvoll, eigene Sätze und Phrasen zu finden, die gut zu einem selbst passen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass das Gegenteil des gewünschten Effekts entsteht und dass zum Beispiel anstelle eines Gefühls der Verbundenheit ein Gefühl der Einsamkeit entsteht (Germer & Neff, 2019). Da es nicht selten der Fall ist, dass eine Gewohnheit besteht, sich selbstkritisch zu begegnen, können Selbstmitgefühlübungen anfangs Stress und Widerstand auslösen (Stocker, Willms, Koster & van den Brink, 2020).

Aufgrund dieser möglichen Schwierigkeiten bei der Durchführung ist zu bemängeln, dass in dem hier evaluierten Training keine professionellen Selbstmitgefühlstrainer_innen als Trainingsleiter_innen herangezogen wurden, sondern diese Aufgabe den Teamleiter_innen allein überlassen wurde. Zudem kann nicht selbstverständlich von einer positiven Einstellung der Teamleiter_innen gegenüber dem Training ausgegangen werden. Das könnte eine entsprechende Auswirkung auf die Qualität der Durchführung haben. Da die Teilnahme an dem Achtsamkeitsprojekt als Pflicht gesehen werden könnte, ist eine negative Haltung gegenüber dessen Implementierung nicht auszuschließen.

Methodisch wäre kritisch anzumerken, dass für die Auswertung der Resilienz nur ein einzelner Fragebogen herangezogen wurde. Da sich dieser auf Resilienz als einen stabilen Persönlichkeitsfaktor bezieht, werden eventuelle Veränderungen möglicherweise verdeckt (Schumacher et al., 2005).

Für die vorliegende Arbeit wurde keine Stichprobenumfangsplanung gemacht. Diese wird gewöhnlich durchgeführt, um eine Stichprobengröße zu berechnen, die eine ausreichende Teststärke garantiert. Da es in diesem naturalistischen Setting die Anzahl der Teilnehmer_innen jedoch begrenzt war, wurde darauf verzichtet und es wurden so viele Mitarbeiter_innen wie möglich zur Teilnahme gebeten.

5.3 Ausblick

Viele Studien zeigen, dass das Wohlbefinden von Mitarbeiter_innen helfender Berufe nicht nur auf der intraindividuellen Ebene bedeutsam, sondern auch maßgeblich für die Arbeitsleistung ist (Scheepers, Boerebach, Arah, Heineman & Lombarts, 2015). Somit erhält das Wohlbefinden von Therapeut_innen eine dreifache Bedeutung: Es spielt eine Rolle für ihr eigenes Wohl, für das Wohl der Klient_innen und für die Zufriedenheit der Arbeitgeber_innen.

Es wäre empfehlenswert, bei erneuter Durchführung die Vorerfahrung in Achtsamkeit, Meditation und Selbstmitgefühl zu erfragen. Ebenfalls wäre es von Vorteil, mehrere Erhebungszeitpunkte zu wählen, einschließlich eines Follow-up-Zeitpunkts, um Veränderungen präziser zu beurteilen. Es wäre wichtig, auf eine strenge Durchführung zu achten, die in allen Gruppen gleich ist, wodurch die Objektivität der Studie erhöht werden könnte.

Da die Zeit in Berufen des Gesundheitswesens ein Mangelfaktor und der Arbeitsalltag in diesem Arbeitsbereich an sich bereits sehr herausfordernd ist und keine weiteren Belastungen getragen werden können, ist es sinnvoll, Interventionen zu finden, die sich im Arbeitsleben integrieren lassen, wirksam sind und den Arbeitsablauf nicht behindern. Das Einsetzen der Selbstmitgefühlspause als kurze und prägnante Übung, die dennoch alle Komponenten des Konstrukts beinhaltet, scheint deshalb auch zukünftig eine gute Wahl einer Intervention darzustellen. Jedoch ist die Dauer des Trainings zu überdenken. Möglicherweise wäre die kurze Einheit wirksam, wenn das Training über einen deutlich längeren Zeitraum stattfände. Denkbar wäre ebenfalls, die Intensität der Intervention durch die Verlängerung der einzelnen Einheiten zu erhöhen. Auch eine Schulung oder professionelle Unterstützung der Teamleiter_innen sollte gewährleistet werden, damit die Intervention zuverlässig durchgeführt werden kann und sich die anleitenden Personen nicht überfordert mit dieser Aufgabe fühlen.

Um eine zukünftige Evaluation ökonomischer zu gestalten, empfiehlt sich die Wahl der Kurzform der *Self-Compassion Scale*, die von Raes, Pommier, Neff und van Gucht (2011) entwickelt und von Joerg Hupfeld und Ruffieux (2013) ins Deutsche übersetzt wurde. Der Fragebogen weist eine innere Konsistenz von $\alpha = .84$ und eine Retestreliaibilität von $r_{tt} = .83$ auf. Die Kurz- und die Langform hängen sehr stark miteinander zusammen ($r = .91$).

Zur Auswertung der Resilienz empfiehlt es sich, auch andere Messinstrumente in Betracht zu ziehen, beispielsweise Resilienzfragebögen, die sich konkreter mit der Resilienz am Arbeitsplatz befassen wie z. B. der Fragebogen von Soucek et al. (2015).

Es besteht weiterhin Forschungsbedarf, um eine passende Maßnahme zu entwickeln, die einerseits ökonomisch ist und die Mitarbeiter_innen nicht zusätzlich belastet und die andererseits die gewünschte Wirkung aufweist.

In diesem Zusammenhang empfiehlt es sich, vor der Einführung einer neuen Maßnahme eine Befragung der Mitarbeiter_innen durchzuführen, wodurch Feedback bezüglich eines passenden Rahmens für eine Fördermaßnahme gesammelt wird. Somit könnte man einen maximalen Nutzen des Trainings erzielen und eine zusätzliche Belastung und damit einen unerwünschten gegenteiligen Effekt vermeiden.

Auch wenn nur eine der vier Hypothesen bestätigt werden konnte, hat die hier vorliegende Arbeit einen Mehrwert für die Forschung, da sie eine der wenigen Arbeiten ist, die sich mit der Implementierung eines Selbstmitgefühlstrainings im stationären psychotherapeutischen Arbeitsalltag auseinandersetzt und wertvolle Erkenntnisse sowie Anstöße für zukünftige Trainingsmaßnahmen und Studien liefert.

Literaturverzeichnis

- Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine, 18*(3), 91–93. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001>
- Allen, A. B. & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, Stress, and Coping. *Social and Personality Psychology Compass, 4*(2), 107–118. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x>
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.). (2019). *Fehlzeiten-Report 2019*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59044-7>
- Baillargeon, S. (2017). Self-Compassion and Motivation: A Meta-Analysis.
- Bandura, A. (2010). Self-Efficacy. In I. B. Weiner & W. E. Craighead (Hrsg.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (Bd. 1, S. 69). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0836>
- Barnard, L. K. & Curry, J. F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review of General Psychology, 15*(4), 289–303. <https://doi.org/10.1037/a0025754>
- Bartels, A. & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage, 21*(3), 1155–1166. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.11.003>
- Biber, D. D. & Ellis, R. (2019). The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *Journal of Health Psychology, 24*(14), 2060–2071. <https://doi.org/10.1177/1359105317713361>
- Billig, S. & Richard, U., Brähler, C. (Mitarbeiter). (2015). *Selbstmitgefühl – ein sicheres Fundament*. Gespräche: 4. Zugriff am 31.03.2020. Verfügbar unter <https://buddhismus-aktuell.de/artikel/ausgaben/20154/selbstmitgefuehl-ein-sicheres-fundament.html>

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230–241.
- Blanca, M. J., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R. & Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option? *Psicothema*, 29(4), 552–557.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2016.383>
- Boellinghaus, I., Jones, F. W. & Hutton, J. (2014). The Role of Mindfulness and Loving-Kindness Meditation in Cultivating Self-Compassion and Other-Focused Concern in Health Care Professionals. *Mindfulness*, 5(2), 129–138. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0158-6>
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L. & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585–599. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>
- Chamberlain, J. M. & Haaga, D. A. F. (2001). Unconditional Self-Acceptance and Psychological Health. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 19(3), 163–176. <https://doi.org/10.1023/A:1011189416600>
- Chemtob, C. M., Bauer, G. B., Hamada, R. S., Pelowski, S. R. & Muraoka, M. Y. (1989). Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(5), 294–300. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.20.5.294>
- Christopher, J. C., Christopher, S. E., Dunnagan, T. & Schure, M. (2006). Teaching Self-Care Through Mindfulness Practices: The Application of Yoga, Meditation, and Qigong to Counselor Training. *Journal of Humanistic Psychology*, 46(4), 494–509.
<https://doi.org/10.1177/0022167806290215>
- DGPPN. (2012). Positionspapier der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. *Der Nervenarzt*, 4, 537–543.
<https://doi.org/10.1055/s-0038-1671782>

- D'Souza, F., Egan, S. J. & Rees, C. S. (2011). The Relationship Between Perfectionism, Stress and Burnout in Clinical Psychologists. *Behaviour Change*, 28(1), 17–28.
<https://doi.org/10.1375/bech.28.1.17>
- Dunn, O. J. & Clark, V. (1969). Correlation Coefficients Measured on the Same Individuals. *Journal of the American Statistical Association*, 64(325), 366.
<https://doi.org/10.2307/2283746>
- Escuriex, B. F. & Labbé, E. E. (2011). Health Care Providers' Mindfulness and Treatment Outcomes: A Critical Review of the Research Literature. *Mindfulness*, 2(4), 242–253.
<https://doi.org/10.1007/s12671-011-0068-z>
- Färber, F. & Rosendahl, J. (2018). The Association Between Resilience and Mental Health in the Somatically Ill. *Deutsches Arzteblatt International*, 115(38), 621–627.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0621>
- Fichte, J. (2017). *Resilienz und emotionale Stabilität von Managern. Überschneidung zweier Konstrukte* (BestMasters). Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-18032-4>
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S. & Kane, R. T. (2015). Self-Compassion, Emotion Regulation and Stress among Australian Psychologists. Testing an Emotion Regulation Model of Self-Compassion Using Structural Equation Modeling. *PloS One*, 10(7), 1-19.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133481>
- Flanagan, N. A. & Flanagan, T. J. (2002). An analysis of the relationship between job satisfaction and job stress in correctional nurses. *Research in Nursing & Health*, 25(4), 282–294. <https://doi.org/10.1002/nur.10042>
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2019). *Resilienz* (5. aktual. Auflage, bearbeitete Ausgabe). Stuttgart: UTB.

- Gauthier, T., Meyer, R. M. L., Grefe, D. & Gold, J. I. (2015). An on-the-job mindfulness-based intervention for pediatric ICU nurses: a pilot. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(2), 402–409. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.005>
- Germer, C. K. & Neff, K. (2019). *Teaching the mindful self-compassion program. A guide for professionals*. New York: The Guilford Press.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal "social" conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (S. 118–150). New York, NY, US: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion. Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (Repr). London: Routledge.
- Gyatso, N. L. Y. T. & Bohn, U. (2008). *Mitgefühl. Öffne dein Herz* (Herder-Spektrum Bibliothek der Spiritualität, Bd. 5950, Originalausg). Freiburg i. Br.: Herder.
- Halifax, J. (2013). Mitgefühl im klinischen Umfeld verstehen und kultivieren. Das A.B.I.D.E. Compassion-Modell. In T. Singer & M. Bolz (Hrsg.), *Mitgefühl in Alltag und Forschung* (S. 218–237).
- Hangartner, D. (2013). Menschliches Leid und die Vier Unermesslichen: Eine buddhistische Perspektive auf Mitgefühl. In T. Singer & M. Bolz (Hrsg.), *Mitgefühl in Alltag und Forschung* (S. 158–168).
- Heffernan, M., Quinn Griffin, M. T., Sister, R. M. & Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 366–373. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01853.x>
- Heiligenfeld GmbH. *Psychotherapeutisches Ausbildungsinstitut Heiligenfeld*. Zugriff am 06.01.2019. Verfügbar unter <https://www.heiligenfeld.de/karriere/weiterbildung/psychotherapeutisches-ausbildungsinstitut-heiligenfeld/>
- Heiligenfeld GmbH. *Unternehmen*. Verfügbar unter <https://www.heiligenfeld.de/ueberuns/unternehmen/>

- Helmreich, I., Kunzler, A., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M. et al. (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(1), 89. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527>
- Henry, W. P., Schacht, T. E. & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 768–774. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.6.768>
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B. & Yuen, T. (2011). What is resilience? *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 56(5), 258–265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- Hinterberger, T., Auer, J., Schmidt, S. & Loew, T. (2013). Evaluation of a salutogenetic concept for inpatient psychosomatic treatment. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: ECAM*, 2013, 735731. <https://doi.org/10.1155/2013/735731>
- Hoening, J. M. & Heisey, D. M. (2001). The Abuse of Power. *The American Statistician*, 55(1), 19–24. <https://doi.org/10.1198/000313001300339897>
- Homan, K. J. & Sirois, F. M. (2017). Self-compassion and physical health: Exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychology Open*, 4(2), 2055102917729542. <https://doi.org/10.1177/2055102917729542>
- Hupfeld, J. & Ruffieux, N. (2013). *Self Compassion Scale Kurzform DEUTSCH*.
- Hupfeld, J. & Ruffieux, N. (2011). Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(2), 115–123. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000088>
- Irving, J. A., Dobkin, P. L. & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(2), 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.01.002>
- Iskender, M. (2009). The Relationship Between Self-Compassion, Self-Efficacy, and Control Belief about Learning in Turkish University Students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 37(5), 711–720. <https://doi.org/10.2224/sbp.2009.37.5.711>

- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A. & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*, 8(6), e017858. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain, and illness using mindfulness meditation*. London: Doubleday.
- Kelly, A. C. & Carter, J. C. (2015). Self-compassion training for binge eating disorder: a pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 285–303. <https://doi.org/10.1111/papt.12044>.
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Foa, C. L. & Gilbert, P. (2010). Who Benefits from Training in Self-Compassionate Self-Regulation? A Study of Smoking Reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 727–755. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.7.727>
- Keng, S.-L., Smoski, M., Robins, C., Ekblad, A. & Brantley, J. (2012). Mechanisms of Change in Mindfulness-Based Stress Reduction: Self-Compassion and Mindfulness as Mediators of Intervention Outcomes. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26, 270–280. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.26.3.270>
- Kirby, J. N. (2017). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 432–455. <https://doi.org/10.1111/papt.12104>
- Klimecki, O., Ricard, M. & Singer, T. (2013). Empathie versus Mitgefühl. Erkenntnisse aus der Forschung mit Erster-Person- und Dritter-Person Methode. In T. Singer & M. Bolz (Hrsg.), *Mitgefühl in Alltag und Forschung* (S. 282–297).
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In *Resilience and development: Positive life adaptations* (Longitudinal research in the social and behavioral sciences, S. 179–224). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

- Lam, A. G. (2015). Effects of Five-Minute Mindfulness Meditation on Mental Health Care Professionals. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 2(3).
<https://doi.org/10.15406/jpcpy.2015.02.00076>
- Lazarus, R. S. (1994). *Emotion and adaptation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Lee, J. H., Nam, S. K., Kim, A.-R., Kim, B., Lee, M. Y. & Lee, S. M. (2013). Resilience: A Meta-Analytic Approach. *Journal of Counseling & Development*, 91(3), 269–279.
<https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00095.x>
- Leppert, K., Koch, B., Brähler, E. & Strauss, B. (2008). Die Resilienzskala (RS) – Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 226–243.
- Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., Dulohery, M. M. et al. (2014). The efficacy of resiliency training programs: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PloS One*, 9(10), e111420.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111420>
- Lösel, F., Bliesener, T. & Köferl, P. (1990). Psychische Gesundheit trotz Risikobelastung in der Kindheit: Untersuchungen zur „Invulnerabilität“. In I. Seiffge-Krenke (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen* (Jahrbuch der medizinischen Psychologie, Bd. 4). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.). (2018). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin: Springer.
- Maslach, C. (2015). *Burnout. The cost of caring*. Los Altos, CA: Malor Books.
- McArthur, M., Mansfield, C., Matthew, S., Zaki, S., Brand, C., Andrews, J. et al. (2017). Resilience in Veterinary Students and the Predictive Role of Mindfulness and Self-Compassion. *Journal of Veterinary Medical Education*, 44(1), 106–115.
<https://doi.org/10.3138/jvme.0116-027R1>

- Mergenthaler, A. (2012). *Gesundheitliche Resilienz. Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter* (Gesundheit und Gesellschaft). Zugl.: Mainz, Univ., Diss., 2011. Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19231-4>
- Moore, K. A. & Cooper, C. L. (1996). Stress in mental health professionals: a theoretical overview. *The International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 82–89. <https://doi.org/10.1177/002076409604200202>
- Moore, P. (2008). Introducing mindfulness to clinical psychologists in training: an experiential course of brief exercises. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 331–337. <https://doi.org/10.1007/s10880-008-9134-7>
- Neff, K. D. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2003b). Self-Compassion. An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
- Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264–274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Neff, K. D. & Dahm, K. A. (2015). Self-Compassion: What It Is, What It Does, and How It Relates to Mindfulness. In B. D. Ostafin, M. D. Robinson & B. P. Meier (Hrsg.), *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation* (S. 121–137). New York, NY: Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5_10
- Neff, K. D. & Germer, C. (2013). freundlich zu sich selbst sein. Die Wissenschaft des Selbstmitgefühls. In T. Singer & M. Bolz (Hrsg.), *Mitgefühl in Alltag und Forschung* (S. 300–324).
- Neff, K. D., Kauschke, M. & Brähler, C. (2015). *Selbstmitgefühl. Schritt für Schritt* (2. Auflage).

- Neff, K. D. & McGehee, P. (2010). Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240.
<https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Neff, K. D. & Pommier, E. (2013). The Relationship between Self-compassion and Other-focused Concern among College Undergraduates, Community Adults, and Practicing Meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160–176.
<https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>
- Neff, K. D., Rude, S. S. & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Neff, K. D., Tóth-Király, I., Yarnell, L. M., Arimitsu, K., Castilho, P., Ghorbani, N. et al. (2019). Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in 20 diverse samples: Support for use of a total score and six subscale scores. *Psychological Assessment*, 31(1), 27–45. <https://doi.org/10.1037/pas0000629>
- Newman, R. (2005). APA's resilience initiative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 227–229. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.227>
- Nilsson, H. & Kazemi, A. (2016). Reconciling and Thematizing Definitions of Mindfulness: The Big Five of Mindfulness. *Review of General Psychology*, 20(2), 183–193.
<https://doi.org/10.1037/gpr0000074>
- Olson, K., Kemper, K. J. & Mahan, J. D. (2015). What factors promote resilience and protect against burnout in first-year pediatric and medicine-pediatric residents? *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 20(3), 192–198.
<https://doi.org/10.1177/2156587214568894>
- Orellana-Rios, C. & Schmidt, S. (2015). Achtsamkeit und Selbstfürsorge als Ressourcen in der Pflege. Konzeption, Studienlage und Evaluation eines in den Arbeitsalltag integrierten Ansatzes. *Onkologische Pflege*, 5. <https://doi.org/10.4486/j.fop.2015.01.05>
- Pyka, S. (2017). *Resilienz im persönlichen Verkauf*. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-17455-2>

- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals. A review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95–108.
<https://doi.org/10.1080/08854726.2014.913876>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D. & van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250–255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Rampe, M. (2005). *Der R-Faktor. Das Geheimnis unserer inneren Stärke* (Knaur, 87260 : Mens sana, Vollständige Taschenbuchaus). München: Knaur.
- Reis, D., Schröder, A. & Schlarb, A. (2014). Wohlbefinden, Burn-out und Ressourcen bei Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 59(1), 46–51. <https://doi.org/10.1007/s00278-013-0970-z>
- Reivich, K. & Shatté, A. (2003). *The resilience factor. 7 keys to finding your inner strenght and overcoming life's hurdles* [Nachdr.]. New York: Broadway Books. Retrieved from <http://www.loc.gov/catdir/bios/random054/2002074396.html>
- Rimes, K. A. & Wingrove, J. (2011). Pilot study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(2), 235–241. <https://doi.org/10.1017/s1352465810000731>
- Rolfe. (2019). *Positive Psychologie und organisationale Resilienz*: Springer Berlin Heidelberg.
- Rutter, M. (1995). Psychosocial Adversity. Risk, Resilience & Recovery. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 7(2), 75–88.
<https://doi.org/10.1080/16826108.1995.9632442>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220.
<https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Scheepers, R. A., Boerebach, B. C. M., Arah, O. A., Heineman, M. J. & Lombarts, K. M. J. M. H. (2015). A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being

on the Quality of Patient Care. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(6), 683–698. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9473-3>

Schnabel, U. (2015). *Was kostet ein Lächeln. Von der Macht der Emotionen in unserer Gesellschaft*. München: Blessing.

Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauss, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53, 16–39.

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R. & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International journal of stress management*, 12(2), 164.

Shapiro, S. L., Brown, K. W. & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers. Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>

Singer, T. & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156, 81–96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>

Soucek, R., Pauls, N., Ziegler, M. & Schlett, C. (2015). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung resilienten Verhaltens bei der Arbeit. *Wirtschaftspsychologie*, 17(4), 13–22.

Spickard, A., Gabbe, S. G. & Christensen, J. F. (2002). Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*, 288(12), 1447–1450. <https://doi.org/10.1001/jama.288.12.1447>

Stocker, C., Willms, J., Koster, F. & van den Brink, E. (2020). *Mitgefühl üben*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-26824-4>

- Tapper, K., Shaw, C., Ilesley, J., Hill, A. J., Bond, F. W. & Moore, L. (2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52(2), 396–404. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.11.012>.
- Terry, M. L. & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10(3), 352–362. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.558404>
- Tiegreen, S. B. & Newman, E. (2009). Leaving It at the Office: A Guide to Psychotherapist Self-Care , by John C. Norcross and James D. Guy, Jr. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(1), 120–122. <https://doi.org/10.1080/15299730802488676>
- Trockel, M., Hamidi, M., Murphy, M. L., Vries, P. P. de & Bohman, B. (2017). 2016 Physician Wellness Survey Full Report.
- Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, (1), 165–178.
- Wellensiek, S. K. (2011). *Handbuch Resilienz-Training. Widerstandskraft und Flexibilität für Unternehmen und Mitarbeiter ; nach der Methode H.B.T. Human Balance Training (Weiterbildung und Qualifikation)*. Weinheim: Beltz. Verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407292186
- Werner, E. E. (1997). Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992). Supplement*, 422, 103–105. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1997.tb18356.x>
- Wiklund Gustin, L. & Wagner, L. (2013). The butterfly effect of caring - clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 175–183. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01033.x>
- Wise, E. H., Hersh, M. A. & Gibson, C. M. (2012). Ethics, self-care and well-being for psychologists: Reenvisioning the stress-distress continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487–494. <https://doi.org/10.1037/a0029446>
- Witteck, C. (2015). *Resilienz in der Sozialpädagogik: Möglichkeiten der Resilienzförderung*. [Place of publication not identified]: Diplomica Verlag GmbH.

Wolter, B. (2005). "Resilienzforschung" das Geheimnis der inneren Stärke. *Systema*, 19(3), 299–304.

Wustmann, C. (2011). *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*.

Wustmann, C. (2016). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern; Beiträge zur Bildungsqualität (Frühe Kindheit : Psychologie, 6. Auflage)*. Berlin: Cornelsen Verlag GmbH.

Anhang

Anhang A: Achtsamkeit für Mitarbeiter	79
Anhang B: Selbstmitgefühlspause - Anleitung	84
Anhang C: Fragebögen für die Prä- und Posterhebung.....	85
Anhang D: Aufklärungsbogen	95

Anhang A: Achtsamkeit für Mitarbeiter

Smart - Konzeptpapier Achtsamkeit für Mitarbeiter in den Heiligenfeld Kliniken

Leitung der AG durch:
Cristina Pohribneac
Heinz-Josef Beine
Jochen Auer

Einleitende Betrachtungen zum grundsätzlichen Vorhaben

Aufgrund zahlreicher wissenschaftlicher Befunde sowie Expertisen aus der Praxis schlussfolgern wir, dass das Instrument der Achtsamkeit ein wesentlicher Faktor für Gesundheit, Resilienz und Verbesserung von sozialen Fähigkeiten ist. Es liegt daher nahe, Achtsamkeit in den Unternehmensalltag in den Heiligenfeld Kliniken zu integrieren und damit allen in den Kliniken beschäftigten Mitarbeitern näherzubringen. Ziel wird es sein, dass ALLE Mitarbeiter letztlich von dem Achtsamkeitskonzept profitieren, unabhängig von Alters-, Berufsgruppen und anderen Selektionen.

Rahmenbedingungen für die Kliniken Heiligenfeld in Bad Kissingen

In den Heiligenfeld Kliniken in Bad Kissingen sind über 500 Mitarbeiter beschäftigt. Die Strukturierung der Kliniken in unterschiedliche Häuser als auch die Untergliederung in die jeweiligen Berufsgruppen zeigen die Komplexität des Unternehmens auf. Das Achtsamkeitskonzept muss daher sowohl inhaltlich als auch räumlich und zeitlich differenziert an alle Gruppierungen von Beschäftigten angepasst bzw. angewandt werden. Dabei ist speziell auf die unterschiedlichen subjektiven Bedürfnisse der einzelnen Häuser und insbes. der Berufsgruppen Bedacht zu nehmen.

Die Heiligenfeld Kliniken besitzen ein sehr fundiertes Knowhow im Bereich Achtsamkeit, sozialer Kompetenzbildung und Bewusstseinsförderung, sowohl in der Theorie als auch in der Praxis. Achtsamkeit wird nicht nur an Patienten weitergegeben, sondern auch bereits in vielen Elementen der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern praktiziert. Darüber steht insbes. unter den therap. Mitarbeitern umfangreiches Wissen über Achtsamkeit zur Verfügung. Schließlich ist Achtsamkeit seit Gründung des Unternehmens wesentlicher Bestandteil in Heiligenfeld.

Strukturelle Rahmenbedingungen für das SMART-Achtsamkeitskonzept

Die Bedingungen unterscheiden sich strukturell je nach Haus und Berufsgruppe (siehe unten). Generell wurden folgende Zeitkontingente definiert:

Therapeutische Teams	30min / Woche (=7min/Sitzung)	In Teamsitzungen integrieren
Nichttherapeutische Teams	30min / Monat	In Meetings integrieren

Häuser gesamt in BK	4 OE Tag der Achtsamkeit 2 zusätzliche OE- Veranstaltungen	In OEs integrieren
----------------------------	---------------------------------------------------------------------------	---------------------------

Die oben genannte zeitliche Struktur in den jeweiligen Teams muss unbedingt eingehalten werden, sofern das Projekt wissenschaftlich eruiert werden soll.

Inhaltliche Überlegungen zum Achtsamkeitskonzept

Die inhaltlichen Schwerpunkte lehnen sich an den aktuellen Methoden der Achtsamkeitsschulen an und werden mit dem angereicherten Wissen der Heiligenfeld Kliniken erweitert.

Der Inhalt lässt sich grob in 2 Teilbereiche gliedern, und zwar

- in allgemeine Übungen der Achtsamkeit (für jeden verständlich und zugänglich gemacht) und
- spezifizierte Übungen der Achtsamkeit bezogen auf die einzelnen Berufsgruppen.

Zusätzlich ist es das Ziel, dass jeder einzelne Teilnehmer persönlich von der Achtsamkeitspraxis profitiert und für sich selbst Methoden der Achtsamkeit für seinen eigenen beruflichen und privaten Alltag entwickeln kann.

In einem einjährigem Achtsamkeitstraining sollten, angelehnt an die Erfahrungswerte der Achtsamkeitspraxis, die folgenden Module integriert sein. Ziel der Module ist es, folgende Aspekte zu fördern:

- Achtsamkeit als Methode verstehen
- Achtsamkeit als Instrument zur Geistessammlung, Konzentration und Abgrenzungsfähigkeit
- Achtsamkeit als Instrument zur Wahrnehmung des eigenen Körpers
- Achtsamkeit als Methode der Bewusstseinschulung
- Integration der Achtsamkeit in den Alltag
- Achtsamkeit in Kontakt mit anderen (z.B. achtsames Zuhören, Kommunikationsskills)
- Mitgefühl als Methode der Resilienzförderung
- Selbstmitgefühl als Teil von Achtsamkeit.

Wesentlich in der Umsetzung ist, dass die Inhalte an die jeweilige Trainingsgruppe angepasst werden, um eine Integration in den Alltag zu ermöglichen. Dies soll in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Teamleitern (z.B. Achtsamkeitstrainer und Berufsgruppenleiter) gelingen. Die Titel der Module sind vorläufige Arbeitstitel und werden im Programm ansprechend und den Teilnehmern angepasst benannt.

Module	Beschreibung der Moduls und prakt. Übungen
<p>OE 1</p> <p>Übung</p>	<p><u>Einführung in die Achtsamkeit in Theorie und Praxis</u> Auswirkungen auf die Gesundheit und Resilienz, Grund für Achtsamkeitstraining für Mitarbeiter, Erarbeitung der Motivation, Burnoutfragen, Klärung von offenen Fragen Fragebogenerhebung (A) über Achtsamkeit, Resilienz und Burnout, Integration von Selbstmanagement Modul 3.1 (Gesunde Arbeit in Heiligenfeld siehe unten)</p> <p><u>Körperorientierte Aufmerksamkeitslenkung (Samatha)</u> Atembetrachtung auf die Nasenatmung und / oder Alternativ Gehmeditation (Achtsamkeit im Alltag, in dem wir uns bewegen und arbeiten)</p>
<p>Modul 1 (in therap. Teams 3x / Woche)</p> <p>Übung</p>	<p><u>Einführung im Kleinteam:</u> Klärung von Motivation und Hindernissen</p> <p><u>Körperorientierte Aufmerksamkeitslenkung (Samatha)</u> 1) Atembetrachtung auf die Nasenatmung und 2) Gehmeditation nach U Ba Khin (4-wöchige alternierend)</p>
<p>Modul 2 (in therap. Teams 1x / Woche)</p> <p>Übung</p>	<p><u>Theorie-Input: Selbstmitgefühl als Heilfaktor</u></p> <p>Die kleine Selbstmitgefühlspause</p>
<p>Modul 3 (in OE2 inkludiert)</p> <p>Übung</p>	<p><u>Selbstmitgefühl bei mir und Mitgefühl mit anderen in der Arbeit</u></p> <p>Übungen zum Selbstmitgefühl und Mitgefühl mit Austausch oder FB</p>
<p>Modul 4.1 (in OE3 inkludiert)</p> <p>Übung</p>	<p><u>Selbstmanagement und Selbstführung</u> Gesunde Arbeit in Heiligenfeld (siehe Unterlagen zur Selbstmanagementreihe)</p> <p>Noch im Detail zu erarbeiten; Arbeitspapiere ausgeben</p>

Modul 4.2 (in OE4 inkludiert) Übung	<u>Selbstmanagement und Achtsamkeit in meinem Team / meiner Abteilung?</u> Zeit-Management (siehe Unterlagen zur Selbstmanagementreihe) und Strategien zum Umgang mit Stress Noch im Detail zu erarbeiten; Arbeitspapiere ausgeben
Modul 4.3 (in OE5 inkludiert) Übung	<u>Selbstmanagement und Selbstführung:</u> Was heißt für mich Achtsamkeit im Berufsalltag? Was kann ich umsetzen? (siehe Unterlagen zur Selbstmanagementreihe) Noch im Detail zu erarbeiten; Arbeitspapiere ausgeben
Modul 5 (in OE6 inkludiert)	<u>Feedback über Achtsamkeit einsammeln und Fragebogenerhebung (E)</u> Erfahrungsaustausch in der Gruppe zu Achtsamkeitspraxis und Hindernissen in Diskussionsgruppen zu spezifischen Themenbereichen (im Beruf): was hat sich geändert durch die Übungen

Grundsätzlich ist es das Ziel, in einem Jahr alle Module durchzuführen. Modul 1 und Modul 2 betreffen die Achtsamkeitsübungen in den einzelnen Teams bzw. Abteilungen, die Module 4.1-4.3. sind die Selbstmanagementübungen. Diese sind zwar schon inhaltlich vorhanden, müssen aber in Hinblick auf das Thema Achtsamkeit noch einmal überarbeitet und angepasst werden. Die Selbstmanagementübungen 4.1. und 4.3. sollen in den jeweiligen OEs durchgeführt werden. Für die Übungen während des Monats benötigt es noch die passenden berufs- und häuserspezifischen Zeitfenster der einzelnen Berufsgruppen (siehe nächster Punkt "strukturelle Überlegungen").

Strukturelle Überlegungen zur Durchführung des Achtsamkeitskonzeptes

In übergeordneten Gremien wurde die Absicht gefasst, das Achtsamkeitskonzept für ALLE Mitarbeiter in Bad Kissingen nutzbar zu machen und damit anzuwenden. Um dies zu ermöglichen, müsste dieses als Pflicht für alle Mitarbeiter während der Arbeitszeit integriert werden.

Die Dauer für das Achtsamkeitstraining wurde für die Teilnehmer für ein Jahr konzipiert, dies auch deshalb, um dauerhaft positive Effekte erzielen zu können. Voraussichtlicher Start des Achtsamkeitstrainings ist das Frühjahr 2018 mit einer OE (Tag der Achtsamkeit).

Aufgrund der unterschiedlichen Arbeitszeitmodelle der verschiedenen Häuser sowie der verschiedenen Berufsgruppen erscheint es sinnvoll, die Struktur des Trainings an die individuellen Vorgaben diesbezüglich zu berücksichtigen. Dementsprechend werden die Achtsamkeitstrainings in den jeweiligen Berufsgruppen und Teams individuell angepasst durchgeführt. Die Dauer für die wöchentlichen Übungen belaufen sich auf 20 Minuten. Es wäre möglich, die wöchentliche Übungen in kleinere Einheiten zu unterteilen, z.B. 4x5min.

Das gemeinsame Üben ist jedoch wichtig, um die Strukturen zu halten und auch zu gewährleisten, dass die Einheiten tatsächlich geübt werden.

Die Trainingsgruppen sollen durch die Abteilungsleiter oder einem vom Abteilungsleiter beauftragten Mitarbeiter angeleitet werden. Hierzu werden Handouts zur Verfügung gestellt.

Mediennutzung zur Verankerung von Achtsamkeit in Heiligenfeld

Aufgrund der Vernetzung der Beschäftigten im Intranet, zumindest eines Großteils der Mitarbeiter, sollten moderne Medien auch benutzt werden, um Achtsamkeit in den Alltag zu integrieren. Es sollten nicht nur die anstehenden Achtsamkeitsmodule, Beschreibungen und deren Benefits dort hinterlegt werden, sondern auch Erinnerungen programmiert werden, die die Mitarbeiter im Sinne eines "Gewohnheitsbrechers" an ihre Achtsamkeit am Arbeitsplatz erinnern. Insbesondere ist hier auch die Kreativität der EDV angefragt.

Eine weitere Möglichkeit wäre die Nutzung von "Achtsamkeitskarten", die berufsgruppenspezifisch erstellt werden und benutzt werden. Als Grundlage dient das Achtsamkeitskarten-Set von Schlug. Die Achtsamkeitskarten beinhalten Kurzübungen von ca. 5 Minuten, die täglich geübt werden können.

Wissenschaftliche Evaluierung von Achtsamkeit in Heiligenfeld

Das Achtsamkeitskonzept wird lt. Wissenschafts AG von Beginn an wissenschaftlich in Begleitung von Prof. Thilo Hinterberger evaluiert. Es ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass eine rechtzeitige Vorbereitung der wissenschaftlich relevanten Fragestellungen unbedingt notwendig ist. *Diesbezüglich ist die wissenschaftliche Überprüfbarkeit des SMART-Konzeptes aufgrund seiner geringen Übungssequenz und der unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Teilnehmer in den Teams noch zu überprüfen.*

Anhang B: Selbstmitgefühlspause - Anleitung

Selbstmitgefühlspause

Anleitung zum Vorlesen (7min)

Nun möchte ich euch durch eine Übung führen, die ihr im Alltag nutzen könnt. Sie nennt sich "Die Selbstmitgefühlspause".

Denke jetzt bitte an eine Situation, in der du vor kurzem warst und die für dich mittelmäßig belastend war. Vielleicht ein gesundheitliches Problem, oder ein Streit, oder vielleicht ist etwas nicht so gelaufen, wie du es dir gewünscht hast. Vergegenwärtige dir dann noch mal, was geschehen ist. Warum hat dich diese Situation so belastet? Vielleicht taucht jetzt Unbehagen oder Stress auf...

Wo im Körper kannst du das Unbehagen am deutlichsten spüren?... Verbinde dich mit dieser Körperstelle und wende dich ihr liebevoll zu...

Oft merken wir im Alltag nicht, dass wir leiden. Deshalb nehmen wir uns jetzt einen Moment Zeit um anzuerkennen, dass wir gerade leiden. Sage jetzt zu dir im Stillen: das ist ein Moment des Leidens. Ich erkenne an, dass es wehtut und schwierig ist... Oder: Das tut echt weh.

Dann erinnern wir uns daran, dass Leiden zum Mensch sein dazu gehört, dass es Teil des Lebens ist. Es ist sozusagen normal, wir alle erfahren Leid. Vielleicht magst du dir sagen: anderen Menschen geht es auch so. Ich bin nicht alleine damit. Oder: wir alle erleben schwierige Zeiten in unserem Leben. Und wenn du magst: lege nun die Hände auf das Herz oder auf eine andere Körperstelle, dessen Berührung dich beruhigt. Spüre die Wärme und den sanften Druck deiner Hände, das rhythmische Auf und Ab deines Atems.

Wiederhole nun innerlich: möge ich freundlich zu mir sein, möge ich freundlich zu mir sein, weil ich gerade leide. Oder finde einen Satz, der zu deiner Situation passt. Was würdest du jetzt gerne hören, was würde dich beruhigen, trösten oder ermutigen... Vielleicht wäre es gut zu hören: Möge ich stark sein. Oder: möge ich sicher und geborgen sein. Oder: mögen wir in Frieden miteinander leben. Oder: möge ich mich so annehmen wie ich bin. Oder: Möge ich LERNEN freundlicher zu mir zu sein. Und wenn es dir schwer fällt, die richtigen Sätze zu finden, kann es hilfreich sein, sich vorzustellen, was DU zu einem guten Freund sagen würdest, der auch gerade mit diesem Problem zu kämpfen hat...

Vielleicht kannst du dir selbst dann diese unterstützenden Worte schenken. Wiederhole dann sanft und langsam in eigenen Worten: Das ist ein Moment des Leidens. Leiden gehört zum Menschsein dazu, wir alle erleben es. Möge ich freundlich zu mir sein. (7min)

Anhang C: Fragebögen für die Prä- und Posterhebung

Achtsamkeit für Mitarbeiter

Evaluation

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die vorliegende Erhebung findet innerhalb des Forschungsprojekts zum Selbstmitgefühl statt. Dieses wird über vier Wochen an den Heiligenfeldkliniken mit Standort in Bad Kissingen durchgeführt. Die Erhebung hat zum Ziel zum einen, die Effektivität des Trainings zu evaluieren und zum anderen den Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz zu untersuchen.

Die Fragebögen werden anonym ausgewertet. Somit sind keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Damit jedoch eine Zuordnung von Prä- und Post-Befragung gewährleistet werden kann und eine präzise quantitative und wissenschaftlich anerkannte Auswertung erfolgen kann, ist es notwendig, dass Sie einen verschlüsselten ID-Code angeben. Bitte nennen Sie hierzu auf der ersten Seite des Fragebogens – wie im nachfolgenden Beispiel angegeben – die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter, die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters und die letzten beiden Ziffern des Geburtsjahrs Ihrer Mutter (MAPA46).

Sie benötigen ca. 10 Minuten für das Ausfüllen des Fragebogens. **Teil A** des Fragebogens erhebt soziodemographische Daten. **Teil B** erhebt Daten zum Selbstmitgefühl und **Teil C** erhebt Daten zur Resilienz der Teilnehmer. Bitte setzen Sie jeweils nur **ein** Kreuz pro Frage (Ausnahme in Teil A).

Vielen Dank!

Achtsamkeit für Mitarbeiter

Evaluation

Ich erkläre mich mit dem Ausfüllen des Fragebogens dazu bereit, dass die im Rahmen des Selbstmitgefühls-Moduls der Reihe "Achtsamkeit für Mitarbeiter" von mir ausgefüllten Angaben im Fragebogen gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung von den Studienleitern (Jochen Auer, Thilo Hinterberger) erhoben, verschlüsselt (pseudonymisiert) und auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass die Studienergebnisse zum Selbstmitgefühlsprojekt in anonymer und nicht rückenschlüsselbarer Form veröffentlicht werden.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner gemachten Angaben jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.

Fragebogenkennung

Die Persönliche ID setzt sich aus den nachfolgenden Informationen zusammen.

Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen.

Die ersten Buchstaben des Vornamens der Mutter

Die ersten beiden Buchstaben des Vornamens des Vaters

Geburtsjahr der Mutter (z.B. 1952 (52))

Fragebogen zu Beginn des Trainings

Teil A

Soziodemographische Fragen

Geschlecht: männlich weiblich

Alter

Welcher Berufsgruppe der Heiligenfeld Kliniken gehören Sie an?

Kreativtherapeut Psychologe

Seit wann arbeiten Sie therapeutisch? Jahren

Ist Ihr Arbeitsplatz am Standort Bad Kissingen?

ja nein

Teil B

Self-compassion scale (SCS-D)

Im Folgenden finden Sie Aussagen zu allgemeinen Einstellungen. Bitte schätzen Sie ein, auf welche Weise diese Aussagen generell auf Sie zutreffen. Kreuzen Sie hierfür bitte die jeweilige Zahl an.

1 2 3 4 5
 Sehr selten Selten Gelegentlich Oft Sehr oft

	1	2	3	4	5
1. Ich missbillige und verurteile meine eigenen Fehler und Schwächen.					
2. Wenn ich mich niedergeschlagen fühle, neige ich dazu nur noch auf das zu achten, was nicht in Ordnung ist.	1	2	3	4	5
3. Wenn die Dinge bei mir schlecht laufen, sehe ich diese Schwierigkeiten als Teil des Lebens, den jeder einmal durchlebt.	1	2	3	4	5
4. Wenn ich über meine Fehler und Mängel nachdenke, neige ich dazu mich vom Rest der Welt getrennt und abgeschnitten zu fühlen.	1	2	3	4	5
5. Ich versuche mit mir selbst liebevoll umzugehen, wenn es mir emotional schlecht geht.	1	2	3	4	5
6. Wenn ich bei etwas versage, was mir wichtig ist, werde ich von Gefühlen der Unzulänglichkeit aufgezehrt.	1	2	3	4	5
7. Wenn ich völlig am Ende bin, rufe ich mir in Erinnerung, dass es vielen anderen Menschen auf der Welt genauso geht.	1	2	3	4	5
8. In wirklich schwierigen Zeiten neige ich dazu, streng mit mir selbst zu sein.	1	2	3	4	5
9. Wenn mich etwas aufregt, versuche ich meine Gefühle im Gleichgewicht zu halten.	1	2	3	4	5
10. Wenn ich mich auf irgendeine Art unzulänglich fühle, versuche ich mich daran zu erinnern, dass die meisten Leute solche Gefühle der Unzulänglichkeit haben.	1	2	3	4	5
11. Ich bin intolerant und unduldsam gegenüber denjenigen Seiten meiner Persönlichkeit, die ich nicht mag.	1	2	3	4	5
12. Wenn ich eine sehr schwere Zeit durchmache, schenke ich mir selbst die Zuwendung und Einfühlsamkeit, die ich brauche.	1	2	3	4	5
13. Wenn es mir schlecht geht, neige ich dazu zu glauben, dass die meisten anderen Menschen wahrscheinlich glücklicher sind als ich.	1	2	3	4	5
14. Wenn etwas Unangenehmes passiert, versuche ich einen ausgewogenen Überblick über die Situation zu erlangen.	1	2	3	4	5
15. Ich versuche, meine Fehler als Teil der menschlichen Natur zu sehen.	1	2	3	4	5
16. Wenn ich Eigenschaften bei mir feststelle, die ich nicht mag, dann deprimiert mich das.	1	2	3	4	5
17. Wenn ich bei etwas scheitere, das mir wichtig ist, versuche ich die Dinge nüchtern zu betrachten.	1	2	3	4	5
18. Wenn ich wirklich zu kämpfen habe, neige ich zur Ansicht, dass andere es sicherlich einfacher haben.	1	2	3	4	5
19. Ich gehe freundlich mit mir um, wenn ich Kummer und Leid erfahre.	1	2	3	4	5

20. Wenn mich etwas aufregt, werde ich von meinen Gefühlen förmlich mitgerissen.	1	2	3	4	5
21. Wenn ich Leid erfahre, kann ich mir gegenüber ein wenig kaltherzig sein.	1	2	3	4	5

1 2 3 4 5
 Sehr selten Selten Gelegentlich Oft Sehr oft

22. Wenn es mir schlecht geht, versuche ich meinen Gefühlen mit Neugierde und Offenheit zu begegnen.	1	2	3	4	5
23. Ich akzeptiere meine Fehler und Schwächen.	1	2	3	4	5
24. Wenn etwas Unangenehmes passiert, neige ich dazu, den Vorfall völlig zu übertreiben.	1	2	3	4	5
25. Wenn mir etwas für mich Wichtiges misslingt, glaube ich oft, dass nur ich allein versage.	1	2	3	4	5
26. Ich versuche verständnisvoll und geduldig gegenüber jenen Zügen meiner Persönlichkeit zu sein, die ich nicht mag.	1	2	3	4	5

Achtsamkeit für Mitarbeiter

Evaluation

Fragebogen zum Ende des Trainings

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nun folgt der zweite Teil unserer Erhebung zum Thema Selbstmitgefühl. Bitte beantworten Sie folgende Fragen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte generieren Sie erneut Ihre persönliche ID.

Fragebogenkennung

Die Persönliche ID setzt sich aus den nachfolgenden Informationen zusammen.

Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen.

Die ersten Buchstaben des Vornamens der Mutter

Die ersten beiden Buchstaben des Vornamens des Vaters

Geburtsjahr der Mutter (z.B. 1952 (52))

Beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Haben Sie an dem Selbstmitgefühlstraining teilgenommen?

ja nein

Wie oft haben sie die Übung „Selbstmitgefühlspause durchgeführt?

1-4-mal 4-8-mal 8-12-mal 12-16-mal mehr als 16-mal

Teil B

Self-compassion scale (SCS-D)

Im Folgenden finden Sie Aussagen zu allgemeinen Einstellungen. Bitte schätzen Sie ein, auf welche Weise diese Aussagen generell auf Sie zutreffen. Kreuzen Sie hierfür bitte die jeweilige Zahl an.

1 2 3 4 5
 Sehr selten Selten Gelegentlich Oft Sehr oft

1. Ich missbillige und verurteile meine eigenen Fehler und Schwächen.	1	2	3	4	5
2. Wenn ich mich niedergeschlagen fühle, neige ich dazu nur noch auf das zu achten, was nicht in Ordnung ist.	1	2	3	4	5
3. Wenn die Dinge bei mir schlecht laufen, sehe ich diese Schwierigkeiten als Teil des Lebens, den jeder einmal durchlebt.	1	2	3	4	5
4. Wenn ich über meine Fehler und Mängel nachdenke, neige ich dazu mich vom Rest der Welt getrennt und abgeschnitten zu fühlen.	1	2	3	4	5
5. Ich versuche mit mir selbst liebevoll umzugehen, wenn es mir emotional schlecht geht.	1	2	3	4	5
6. Wenn ich bei etwas versage, was mir wichtig ist, werde ich von Gefühlen der Unzulänglichkeit aufgezehrt.	1	2	3	4	5
7. Wenn ich völlig am Ende bin, rufe ich mir in Erinnerung, dass es vielen anderen Menschen auf der Welt genauso geht.	1	2	3	4	5
8. In wirklich schwierigen Zeiten neige ich dazu, streng mit mir selbst zu sein.	1	2	3	4	5
9. Wenn mich etwas aufregt, versuche ich meine Gefühle im Gleichgewicht zu halten.	1	2	3	4	5
10. Wenn ich mich auf irgendeine Art unzulänglich fühle, versuche ich mich daran zu erinnern, dass die meisten Leute solche Gefühle der Unzulänglichkeit haben.	1	2	3	4	5
11. Ich bin intolerant und unduldsam gegenüber denjenigen Seiten meiner Persönlichkeit, die ich nicht mag.	1	2	3	4	5
12. Wenn ich eine sehr schwere Zeit durchmache, schenke ich mir selbst die Zuwendung und Einfühlsamkeit, die ich brauche.	1	2	3	4	5
13. Wenn es mir schlecht geht, neige ich dazu zu glauben, dass die meisten anderen Menschen wahrscheinlich glücklicher sind als ich.	1	2	3	4	5
14. Wenn etwas Unangenehmes passiert, versuche ich einen ausgewogenen Überblick über die Situation zu erlangen.	1	2	3	4	5
15. Ich versuche, meine Fehler als Teil der menschlichen Natur zu sehen.	1	2	3	4	5
16. Wenn ich Eigenschaften bei mir feststelle, die ich nicht mag, dann deprimiert mich das.	1	2	3	4	5
17. Wenn ich bei etwas scheitere, das mir wichtig ist, versuche ich die Dinge nüchtern zu betrachten.	1	2	3	4	5
18. Wenn ich wirklich zu kämpfen habe, neige ich zur Ansicht, dass andere es sicherlich einfacher haben.	1	2	3	4	5
19. Ich gehe freundlich mit mir um, wenn ich Kummer und Leid erfahre.	1	2	3	4	5

20. Wenn mich etwas aufregt, werde ich von meinen Gefühlen förmlich mitgerissen.	1	2	3	4	5
21. Wenn ich Leid erfahre, kann ich mir gegenüber ein wenig kaltherzig sein.	1	2	3	4	5

1 2 3 4 5
 Sehr selten Selten Gelegentlich Oft Sehr oft

22. Wenn es mir schlecht geht, versuche ich meinen Gefühlen mit Neugierde und Offenheit zu begegnen.	1	2	3	4	5
23. Ich akzeptiere meine Fehler und Schwächen.	1	2	3	4	5
24. Wenn etwas Unangenehmes passiert, neige ich dazu, den Vorfall völlig zu übertreiben.	1	2	3	4	5
25. Wenn mir etwas für mich Wichtiges misslingt, glaube ich oft, dass nur ich allein versage.	1	2	3	4	5
26. Ich versuche verständnisvoll und geduldig gegenüber jenen Zügen meiner Persönlichkeit zu sein, die ich nicht mag.	1	2	3	4	5

Teil C

Resilienzfragebogen

1 2 3 4 5 6
nein,
ich stimme nicht zu

7
ja,
ich stimme zu

1. Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	1	2	3	4	5	6	7
2. Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	1	2	3	4	5	6	7
4. Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
7. Ich nehme die Dinge wie sie kommen.	1	2	3	4	5	6	7
8. Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
9. Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	1	2	3	4	5	6	7
11. Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	1	2	3	4	5	6	7
12. In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	1	2	3	4	5	6	7
13. Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	1	2	3	4	5	6	7

Anhang D: Aufklärungsbogen

Achtsamkeit für Mitarbeiter

Evaluation

Aufklärung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die vorliegende Erhebung findet innerhalb des Forschungsprojekts zum Selbstmitgefühl statt. Das Training zum Selbstmitgefühl ist Teil des Projekts der Heiligenfeld Klinik „Achtsamkeit für Mitarbeiter“. Dieses wird über vier Wochen an den Heiligenfeldkliniken mit Standort in Bad Kissingen durchgeführt. Die Erhebung besteht aus zwei Teilen und hat zum Ziel zum einen, die Effektivität des Trainings zu evaluieren und zum anderen den Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Resilienz zu untersuchen.

Die ausgefüllten Angaben im Fragebogen werden gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung von den Studienleitern (Jochen Auer, Thilo Hinterberger) erhoben. Die Fragebögen werden anonym ausgewertet. Somit sind keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Damit jedoch eine Zuordnung von Prä- und Post-Befragung gewährleistet werden kann und eine präzise quantitative und wissenschaftlich anerkannte Auswertung erfolgen kann, ist es notwendig, dass Sie einen verschlüsselten ID-Code angeben. Dieser wird nach Zusammenführen der Daten gelöscht, so dass die Daten nicht mehr auf einzelne Personen zurückzuführen sind. Ihre Daten werden in anonymer Form für 10 Jahre gespeichert und ausgewertet.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie dürfen jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden, ohne dass für Sie persönliche Nachteile entstehen. Auch der Versuchsleiter oder die Versuchsleiterin kann die Studie jederzeit beenden. Allerdings ist eine Löschung Ihrer Daten nach Ende der Erhebung nicht mehr möglich, da die Daten nicht mehr auf einzelne Personen zurückführbar sind.

Die folgende Einverständniserklärung wird separat von den von Ihnen erhobenen Daten aufbewahrt und nach Ende der Erhebung vernichtet.

Sie benötigen ca. 10 Minuten für das Ausfüllen des Fragebogens. **Teil A** des Fragebogens erhebt soziodemographische Daten. **Teil B** erhebt Daten zum Selbstmitgefühl und **Teil C** erhebt Daten zur Resilienz der Teilnehmer. Bitte setzen Sie jeweils nur **ein** Kreuz pro Frage (Ausnahme in Teil A).

Vielen Dank!

Einverständniserklärung
zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie
Selbstmitgefühl und Resilienz

Probandendaten:

(Nachname, Vorname)

(Straße, Postleitzahl, Wohnort)

(Telefon)

(Email)

Ich habe die „Aufklärung“ über die genannte Studie gelesen und verstanden. Eine Kopie dieser „Information“ wurde mir angeboten. Außerdem hatte ich ausreichend Gelegenheit, Fragen (z. B. zu Inhalt, Ziel, Verlauf und Risiken) zu stellen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, an der Studie teilzunehmen. Meine Teilnahme erfolgt freiwillig.

Ich weiß, dass ich die Möglichkeit habe, meine Teilnahme an dieser Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen abzubrechen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Datenschutzklausel:

Ich erkläre, dass ich mit der im Rahmen der Studie erfolgenden Aufzeichnung von Studierendaten und ihrer Verwendung in pseudo- bzw. anonymisierter Form einverstanden bin.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Teilnehmers)

(Ort, Datum)

(Unterschrift des wiss. Leiters)

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, Nina Kovacheva, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Die Stellen meiner Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn anderer Werke und Quellen, einschließlich der Quellen aus dem Internet, entnommen sind, habe ich in jedem Fall unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht. Dasselbe gilt sinngemäß für Tabellen und Abbildungen.

Diese Arbeit habe ich in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise nicht in Rahmen einer anderen Prüfung eingereicht.

Ich versichere zudem, dass der Text der eingereichten elektronischen Fassung mit dem Text der vorgelegten Druckfassung identisch ist.

Landau, den 06.04.2020



Nina Kovacheva