

Mind It!

Durchführbarkeit eines achtsamkeitsbasierten Gruppentherapieprogramms zur stationären Behandlung von Jugendlichen mit Abhängigkeitserkrankungen

Christiane Baldus^{1,a}, Lara Kaffke^{2,a}, Laura Mokros², Lea Kretzschmar², Anna-Lena Schulz¹, Regina Herdering², IMAC-Mind Konsortium, Rainer Thomasius^{1,b} und Tanja Legenbauer^{2,b}

¹ Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum

^a Die Autorinnen teilen sich die Erstautorenschaft

^b Die Autorin und der Autor teilen sich die Letztautorenschaft

Zusammenfassung: *Zielsetzung:* Das achtsamkeitsbasierte Gruppentherapieprogramm für Jugendliche mit Substanzgebrauchsstörung (SUD) Mind It! wurde in Anlehnung an ein amerikanisches Manual entwickelt und an das kinder- und jugendpsychiatrische Setting adaptiert. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Durchführbarkeit der Intervention zu beschreiben und erste Erfahrungen in der Implementation und Prozess-evaluation darzulegen. *Methode:* Die Teilnehmenden waren 13 bis 19-jährige stationär behandelte Jugendliche mit diagnostizierter SUD oder schädlichem Gebrauch. Insgesamt nahmen N = 41 an der Therapiegruppe teil. Nach jeder Gruppenstunde wurde ein Evaluationsfragebogen durch Teilnehmer_innen der Intervention ausgefüllt sowie von den Therapeut_innen nach jeder Sitzung ein Dokumentationsbogen bearbeitet. *Ergebnisse:* Die durchschnittliche Gesamtbewertung der Gruppentherapiestunden durch die Teilnehmer_innen liegt zwischen „mittelmäßig zutreffend“ und „eher zutreffend“. Die qualitativen Ergebnisse des Erlebens von Patient_innen zeigten u. a., dass die entspannende Wirkung von Meditationsübungen als angenehm wahrgenommen wurde, während das Ausrichten der Aufmerksamkeit auf unangenehme Bewusstseinsinhalte als unangenehm beschrieben wurde. *Schlussfolgerung:* Insgesamt hat die achtsamkeitsbasierte Gruppentherapie Mind It! gute Bewertungen erzielt. Sowohl bei Patient_innen als auch bei Therapeut_innen wurden positive Erfahrungen berichtet, herausfordernde Erfahrungen, z. B. vor dem Hintergrund komorbider Symptome, müssen weiter im Blick behalten werden.

Schlüsselwörter: Substanzgebrauchsstörung, Adoleszenz, achtsamkeitsbasierte Gruppenintervention, Achtsamkeit, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Mind It! Feasibility of a Mindfulness-Based Group Psychotherapy for Adolescents in In-Patient Treatment for Substance Use Disorder

Abstract: *Objective:* The mindfulness-based group therapy program for adolescents with substance use disorder (SUD) Mind It! was developed based on an existing manual and was adapted to the child and adolescent psychiatric setting. The aim of the present work is to describe the feasibility of it and to share initial experiences in implementation and process evaluation. *Research methodology:* The participants were adolescents with SUD aged between 13 – 19 years old. In total N = 41 adolescents took part in the group therapy program. After each lesson every participant filled out an evaluationsheet. In addition a documentation sheet was filled out by the therapist. *Results:* Overall the average rating of the participants was between „moderate applicable“ and „fairly applicable“. The qualitative outcomes of participants perspective show that the relaxing effect of meditation was perceived as comfortable whereas the direction of attention to unpleasant content of consciousness was described as uncomfortable. *Conclusions:* Overall the mindfulness-based group therapy Mind It! got good ratings. Both patients and therapist reported positive experiences. Challenging experiences, e.g. with regards to comorbid symptoms need to be considered further.

Keywords: substance use disorder, mindfulness, mindfulness-based group intervention, adolescents, child and adolescent psychiatric

Einleitung

Die Adoleszenz ist eine Entwicklungsphase, in der Jugendliche häufig von ersten Erfahrungen mit dem Konsum psychotroper Substanzen berichten. Außerdem ist sie eine vulnerable Phase für die Entstehung von problematischem Suchtmittelkonsum. Ergebnisse einer repräsentativen Un-

tersuchung in Deutschland zeigen, dass 5% der 12- bis 17-Jährigen einen auffälligen Alkoholkonsum aufweisen (d. h. einem Wert von ≥ 5 im AUDIT-C, einem gängigen Screening-Instrument für Alkoholgebrauchsstörungen [Wartberg, Kriston & Thomasius, 2019]). Aktuelle Informationen zur Verbreitung von Substanzgebrauchsstörungen (SUD) in Deutschland liegen nicht vor. Daten aus dem

Anwendung von achtsamkeitsbasierter Psychotherapie bei Jugendlichen mit Abhängigkeitserkrankungen im stationären Setting

Zusammenfassung des Teilprojekts 7 im IMAC-Mind Verbund: Trotz stetiger Weiterentwicklungen therapeutischer Angebote sind Rückfallquoten nach stationärer suchtspezifischer Behandlung im Jugendalter hoch. Achtsamkeitsbasierte Programme erscheinen vielversprechend, um über meditationsbasierte Techniken den Umgang mit impulsivem Verhalten, Craving und internalen Auslösern zu verbessern und damit Rückfallquoten zu optimieren. Bislang fehlen aber Studien für jugendliche Populationen. Im Rahmen der explorativen randomisiert-kontrollierten Studie Mind It! werden Patient_innen im Alter zwischen 13 und 19 Jahren, die sich wegen einer

stoffgebundenen Suchtstörung in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befinden, nach Abschluss des qualifizierten Entzugs entweder dem Treatment-as-usual (TAU) oder der Mind It! Bedingung (TAU + achtsamkeitsbasierte 12-stündige Gruppenbehandlung) zugewiesen. Das Projekt setzt sich zum Ziel, die Durchführbarkeit, (initiale) Wirksamkeit und Akzeptanz dieses achtsamkeitsbasierten Gruppentherapieansatzes im stationären jugendpsychiatrischen Setting zu untersuchen. Darüber hinaus tragen Messungen zur Achtsamkeit, Emotionsregulation, Impulsivität, Craving und psychischer Komorbidität dazu bei, das Verständnis von diesen Prozessen in Bezug auf den Substanzkonsum junger Menschen zu erweitern. Die Studie ist ein Teilprojekt des IMAC-Mind Forschungsverbundes zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und Verringerung der Suchtgefahr im Kindes- und Jugendalter durch Achtsamkeit.

US-amerikanischen Raum zeigten eine Prävalenz von Alkoholgebrauchsstörungen zwischen 1,7 und 9,3% sowie einer Störung bezüglich des Gebrauchs illegaler Drogen zwischen 3,6 und 7,5% unter den 12–25-Jährigen (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMSHA], 2020). SUD bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind ein häufiger Grund für Krankenhausaufenthalte und stellen eine große Belastung für das Gesundheitssystem dar (Thomasius, Arnaud, Holtmann & Kiefer, 2020). Daten zu Behandlungserfolgen bei jungen Patient_innen, die in Deutschland in kinder- und jugendpsychiatrischen Suchtstationen meist stationär multimodal behandelt werden (zur Beschreibung dieses Ansatzes siehe z. B. Thomasius, Thoms et al., 2016), liegen nur begrenzt vor (Thomasius, Sack, Arnaud & Hoch, 2016) und sind unbefriedigend (Silvers, Squeglia, Rømer Thomsen, Hudson & Feldstein Ewing, 2019). Derzeitige Behandlungsansätze gehen mit hohen Rückfallquoten einher: zwischen 65% (Anderson, Ramo, Schulte, Cummins & Brown, 2007) und 86% der Jugendlichen (Silvers et al., 2019), die aufgrund von SUD in Behandlung waren, konsumieren nach einem Jahr erneut. Früh auftretende problematische Substanzkonsummuster stehen mit nachteiligen Entwicklungsverläufen im weiteren Lebensverlauf in Verbindung (Ritchie & Roser, 2018; van Ours & Williams, 2011). Neue Behandlungsoptionen für Jugendliche werden demnach benötigt, insbesondere zur Verringerung der Rückfallgefahr.

Als eine mögliche Ursache für die geringe Behandlungseffektivität gilt die mangelnde Beachtung (neuro-)biologischer Prozesse, beispielsweise die erhöhte Belohnungssensitivität und verstärkte Impulsivität in der Suchttherapie (z. B. Potenza, Sofuoglu, Carroll & Rounsaville, 2011) sowie – bezogen auf Minderjährige – die fehlende Berücksich-

tigung entwicklungsbedingter, jugendspezifischer Merkmale (Silvers et al., 2019). Gleichwohl sind zuletzt auch Techniken zur Modifikation automatisierter konsumbezogener Verhaltensweisen (z. B. Kim & Lee, 2019) sowie Selbstregulationsprozesse in den Fokus gerückt. Bei Letzteren stehen maladaptive Belohnungsstrategien, motivationale Aspekte und Impulsivität im Vordergrund (Ashe, Newman & Wilson, 2015). Entwicklungsspezifische Besonderheiten im Jugendalter spielen bei diesen Aspekten ebenfalls eine zentrale Rolle, da die für Selbstregulations- und Steuerungsprozesse wichtigen Strukturen im präfrontalen Cortex im Jugendalter noch heranreifen. Damit gilt die Berücksichtigung einer im Jugendalter herabgesetzten Risikowahrnehmung, einer erhöhten Impulsivität und die noch nicht voll entwickelte Fähigkeit zum Belohnungsaufschub als entscheidend für Suchtentwicklung und -behandlung in dieser Altersgruppe (Silvers et al., 2019). Letztlich wurde in mehreren Arbeiten (Sanger & Dorjee, 2015) vorgeschlagen, den genannten Besonderheiten in der Suchtentwicklung und -aufrechterhaltung bei jungen Suchtpatient_innen mit achtsamkeitsbasierten Verfahren zu begegnen. Achtsamkeit ist definiert als das absichtsvolle Richten der vollen Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment, ohne wahrgenommene Empfindungen, Gedanken oder Gefühle zu bewerten („...mindfulness is the awareness that arises from paying attention on purpose, in the present moment, non-judgementally“ [Paulson, Davidson, Jha & Kabat-Zinn, 2013; Kabat-Zinn, 1982, 2005]). Durch eine Erweiterung der Achtsamkeitsfertigkeiten, und damit Strategien, die es einem Individuum ermöglichen, sich seiner automatisierten Handlungen und affektiven Zustände bewusst zu werden, können exekutive Funktionen verbessert und impulsive Handlungen reduziert werden (Sanger & Dorjee, 2015).

Insbesondere mit dem Konzept der *Mindfulness-Based Relapse Prevention* (MBRP) (Bowen, Chawla & Marlatt, 2011) wurden achtsamkeitsbasierte Ansätze für den Bereich der Suchtbehandlung adaptiert. MBRP wurde für erwachsene Patient_innen entwickelt und zielt darauf, die Wahrscheinlichkeit und Schwere von Rückfällen beim Suchtmittelkonsum nach stationärer oder intensiver ambulanter Behandlung zu verringern (Bowen et al., 2014). Studien zeigen, dass MBRP, im Vergleich zu aktiven Kontrollgruppen, mit einer Reduktion von Suchtmittelkonsum assoziiert ist, wobei das Ausmaß des Konsums durch die Verminderung von Craving (Suchtdruck) moduliert wird (Garland, Froeliger & Howard, 2014; Tang, Posner, Rothbart & Volkow, 2015). Übersichtsarbeiten zu achtsamkeitsbasierten Ansätzen der Therapie von SUD bei Erwachsenen zeigen eine Reduktion von Rückfällen (Chiesa & Serretti, 2014) sowie erwünschte Effekte in Bezug auf wahrgenommenes Craving und negativen Affekt (Cavicholi, Movalli & Maffei, 2018). Craving, im Hinblick auf Suchtmittelkonsum definiert als ein motivationaler Zustand mit intensivem Verlangen (engl. urge), ein Suchtmittel zu konsumieren (Ekhtiari, Nasser, Yavari, Mokri & Monterosso, 2016), nimmt bei der Aufrechterhaltung von Suchtstörungen eine Schlüsselrolle ein, da Craving dem (erneuten) Konsum häufig vorangeht und von Betroffenen oft als unwiderstehlich wahrgenommen wird.

In Bezug auf die Anwendung achtsamkeitsbasierter Verfahren mit jugendlichen SUD Patient_innen im klinischen stationären Kontext ist die Befundlage weniger umfassend (Abujaradeh, Safadi, Sereika, Kahle & Cohen, 2018): dies gilt mit Blick auf Durchführbarkeit und Wirksamkeit, randomisiert-kontrollierte Arbeiten im Kontext von SUD mit jungen Betroffenen fehlen fast gänzlich. Erste Studien an Jugendlichen mit SUD zeigen bei der Anwendung achtsamkeitsbasierter Verfahren eine Verbesserung der Schlafqualität (Bootzin & Stevens, 2005), des Selbstwertgefühls und regelkonformen Verhaltens (Barnert, Himmelstein, Herbert, Garcia-Romeu & Chamberlain, 2014). Die wenigen Studien, die Suchtmittelkonsum als *outcome* nutzen, zeigten gemischte Ergebnisse: während sich bei Harris (2012) der Alkoholkonsum, nicht aber der Cannabiskonsum verringerte, zeigte sich bei Fortuna, Porche und Padilla (2018) eine Reduktion des Cannabiskonsums, aber keine Konsumreduktion von Alkohol oder Nikotin. Studien zur Durchführbarkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen in dieser Zielgruppe gründen auf Vorarbeiten der Gruppe um Himmelstein mit inhaftierten Jugendlichen und wiesen positive Erfahrungen auf (Barnert et al., 2014). Eine vergleichsweise hohe Haltequote bei jungen Patient_innen mit SUD und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) wurde ebenfalls positiv bewertet (Fortuna et al., 2018).

Aus den o.g. Studien lässt sich ableiten, dass achtsamkeitsbasierte Verfahren für junge Suchtpatient_innen eine

vielversprechende Intervention darstellen, allerdings keine Studien zur Überführung existierender Programme in die Bedingungen der deutschen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Suchtbehandlung vorliegen. Die Implementierung und Überprüfung der Durchführbarkeit eines solchen Behandlungsansatzes in diesem Setting war daher Teilziel einer multizentrischen randomisiert-kontrollierten Studie zur Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Verfahren bei jugendlichen Suchterkrankten (IMAC-Mind It!). Ergebnisse zur Prozessevaluation und Implementierung der Intervention werden im Folgenden vorgestellt.

Methode

Setting

Die Gruppentherapie Mind It! wurde nach einer Qualifizierten Entzugsbehandlung (QE) und während einer anschließenden Behandlung komorbider Grundstörungen auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen (Sucht-) Station zusätzlich zur Standardbehandlung in zwei Kliniken durchgeführt (LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf). Der kinder- und jugendsuchtpsychiatrischen Suchtbehandlung liegen in beiden Standorten multimodale Konzepte zugrunde.

Stichprobe

Teilnehmende waren 13 bis 19 Jahre alt und in stationärer Behandlung wegen einer Abhängigkeit oder schädlichem Gebrauch von Substanzen. Insgesamt nahmen $n = 41$, davon 18 weibliche Patient_innen (43,9%), an der Gruppe teil. Genauere Angaben zu Forschungsdesign und Methodik finden sich bei Baldus et al. (2018). Die Diagnosen wurden durch die behandelnden Therapierenden gestellt. Im Durchschnitt wurden bei den Patient_innen neben der primären Diagnose fünf komorbide F-Diagnosen (Range = 1–10) gestellt. Ausgeschlossen wurden Patient_innen, auf die folgende Kriterien zuträfen: akute Suizidalität, akute intrusive Symptome einer PTBS, Schizophrenie, akute psychotische Zustände, ein IQ unter 70 sowie nicht ausreichende Deutschkenntnisse.

Gruppentherapie Mind It!

Himmelstein konzipierte 2012 im Rahmen einer Pilotstudie ein achtsamkeitsbasiertes Verfahren bei SUD in US-amerikanischen Jugendhaftanstalten („Mindfulness-based

Substance abuse treatment for adolescents“; MBSAT; (Himmelstein & Saul, 2016), das später auch im ambulanten Kontext angewandt wurde. Basierend auf diesem Manual wurde eine achtwöchige Gruppentherapie Mind It! entwickelt, welche über das Manual hinaus Elemente aus Achtsamkeitsbasierter kognitiver Therapie für Kinder (MBCT-C; Semple, Lee, Williams, Teasdale & Segal, 2011) und Elemente aus der MBRP (Bowen et al., 2011) enthielt. Elemente in Mind It! umfassen insbesondere Übungen, die bereits im MBRP und MBSAT enthalten sind wie Psychoedukation, verschiedene Meditationsübungen inkl. Mitgefühlsmeditationen, Anleitungen zum täglichen selbstständigen Üben von Meditationen, achtsamkeitsbasierte Strategien im Umgang mit Craving sowie aus dem MBSAT informelle Achtsamkeitsübungen zum Umgang mit Impulsivität, Übungen zum bewussten Wahrnehmen von Emotionen und zu Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf interpersonelle Beziehungen. Die Ausarbeitung von Mind It! folgte bewährten Prinzipien zur Anpassung achtsamkeitsbasierter Interventionen an jugendliche Teilnehmende: einer verkürzten Sitzungs- und Meditationsdauer, einer erhöhten Sitzungsfrequenz und altersgemäße sprachliche Anpassungen (Abujaradeh et al., 2018) sowie darüber hinaus einer interaktiven Gestaltung der einzelnen Gruppenstunden. Meditationen beschränkten sich daher zunächst auf 5–10 Minuten und wurden mit fortschreitenden Sitzungen ausgedehnt. Insgesamt wurden zwölf Sitzungen à 45 Minuten konzipiert, die sich in acht Kernsitzungen (zwei Sitzungen/ Woche, Intensivphase), und vier Boostersitzungen (eine Sitzung/ Woche, Vertiefungsphase aufbauend auf Kernsitzungen und mit etwas längeren Meditationen) aufteilen. Mind It! fügt sich in die Anforderungen einer stationären Behandlung ein, ohne die Standardbehandlung zu beeinträchtigen, und nutzt das stationäre Setting um die Jugendlichen dabei zu unterstützen, auch außerhalb der Sitzungen Achtsamkeitsfertigkeiten zu üben.

Die Gruppentherapie basiert auf einem offenen Konzept, daher sind die Übungen alleinstehend zu betrachten und bauen nicht aufeinander auf. Die maximale Gruppengröße liegt bei acht Patient_innen. Jede Gruppensitzung gliedert sich in der Struktur. Zu Beginn gab es eine Begrüßung, danach wurde ein *achtsamer Check-in* durchgeführt. Danach folgte eine Besprechung des selbstständigen Übens, anschließend fand der sitzungsspezifische Teil statt (s. Anhang 1). Am Ende jeder Sitzung wurden Aufgaben erläutert, die eine Einladung, formale Achtsamkeitsübungen jenseits der Gruppensitzungen zu üben, einschlossen. Hierzu wurden mp3-Geräte mit Audioanleitungen, zur Illustration von Gruppeninhalten einige Arbeitsblätter ausgegeben.

Wie MBSR und MBSAT betont Mind It!, das Leben gemäß dem zu gestalten, wofür sich bewusst entschieden

wird, anstatt in automatisierten oder impulshaften Handlungsverläufen zu verharren (sog. Autopilot-Metapher). Dies schließt mit ein, dass Entscheidungen für oder gegen Substanzmissbrauch nicht durch die Intervention oder Anleitende vorgegeben werden. Als zentrales Mittel zur Bewusstmachung wurden informelle und formale Achtsamkeitstechniken (z. B. Body Scan, Atem- oder Gehmeditation) eingeführt. Erfahrungen während der Meditation wurden nachbesprochen, um das Bewusstsein der Patient_innen für diese zu schärfen und eine akzeptierende Haltung ihnen gegenüber zu vermitteln (sog. *Inquiry*). Probleme von impulsiven oder automatisierten Handlungen und ihre Bedeutung für Substanzmissbrauch wurden erarbeitet, ebenso wurden Techniken, die die Impulskontrolle stärken (z. B. der „bewegungslose Bodyscan“ oder die „SAVE“-Technik), eingeführt. Der achtsame Umgang mit Emotionen, der eine akzeptierende, neugierige Hinwendung zu ihnen vorschlägt, ermöglicht die Erfahrung, dass Emotionen kommen und gehen, ohne dass ein aktives Eingreifen notwendig ist. Dies soll Handlungsspielräume eröffnen, da die Beobachterperspektive eine Distanz zum Erlebten schaffen kann. Auch kann die Erfahrung ermöglicht werden, dass unangenehme Empfindungen nicht „weggemacht“ werden, und angenehme Empfindungen nicht durch Suchtmittel erzeugt werden müssen (Prinzip der Nicht-Reaktivität). Dies wurde insbesondere mit Hinblick auf Craving (sog. *urge-surfing*; Harris, 2012) vertieft. Weiterer Inhalt war die Bedeutung von Mitgefühl in Hinblick auf sich und andere.

Evaluationsmethoden

Um zu prüfen, inwiefern die Anpassung des Therapiemanuals an das stationäre Setting gelungen ist und wie die Patient_innen das Programm annehmen, wurde nach jeder Sitzung ein standardisierter Gruppenstundenbogen von den Patient_innen ausgefüllt. Zudem wurden kurze Rückmeldungen von den Patient_innen zur Gruppenstunde erfragt und dokumentiert.

Der *Gruppentherapiestundenbogen-Patient* (GTS-P; Zoubek, 2013) stellt eine valide und effiziente Sitzungsbewertung durch Gruppenpatient_innen dar. Der GTS-P beinhaltet zwei Faktoren: „innere eigene Beteiligung“ und „wahrgenommene Zuversicht“. Der Faktor „innere eigene Beteiligung“ setzt sich aus den Items „Ich war an der Sitzung heute innerlich beteiligt“, „Ich habe an der heutigen Sitzung aktiv mitgewirkt“ und „Die Inhalte der Sitzung konnte ich gut nachvollziehen“ zusammen. Der Faktor „wahrgenommene Zuversicht“ besteht aus den Items „Die heutige Sitzung hat mir Anregungen zur Bewältigung meiner Beschwerden gebracht“, „Ich habe die Gruppe heute als hilfreich empfunden“ und „Nach der heutigen Sitzung denke ich, diese Therapieform ist für die Bewältigung mei-

ner Beschwerden erfolgsversprechend“. Alle Items werden auf einer Skala von 1 („Trifft nicht zu“) bis 5 („Trifft zu“) beantwortet. In der Auswertung werden ein Mittelwert für alle Items (Gesamt-GTS-P) sowie Mittelwerte für die beiden Faktoren jeweils pro Sitzung, berechnet.

Nach jeder Sitzung wurden *Dokumentationsbögen* von den Therapierenden ausgefüllt, um erlebte Schwierigkeiten bei der Durchführung bzw. positive Resonanz der Patient_innen und Besonderheiten zu den Übungen der Gruppensitzung zu notieren.

Vorgehen bei der Auswertung

Der GTS-P wurde deskriptiv mit Mittelwerten und Standardabweichung ausgewertet. Die Dokumentationsbögen wurden inhaltlich getrennt von zwei Mitarbeiterinnen des Studententeams gesichtet und deren Eindrücke in die Kategorien „angenehm/hilfreich“ und „herausfordernd“, sowie das Erleben und die Aussagen von Patient_innen in die Kategorien „angenehm/hilfreich“ und „unangenehm“ eingeordnet. Zur Datenaufbereitung glichen die Mitarbeitenden die Einordnung der Aussagen in die jeweilige Kategorie gegenseitig ab. Unstimmigkeiten wurden notiert und im Gesamtstudententeam vorgestellt, diskutiert und abschließend einer der Kategorien zugeordnet. War dies nicht möglich, wurde die Aussage nicht in die Analysen aufgenommen.

Ergebnisse

Teilnahme und Bewertung der Gruppenstunden durch die Patient_innen

Die durchschnittliche Anzahl besuchter Gruppensitzungen betrug 5,98 ($SD = 3,24$; Range = 1-12). Für alle acht Kernsitzungen liegt die Gesamtbewertung im GTS-P durchschnittlich zwischen „mittelmäßig zutreffend“ (3) und „eher zutreffend“ (4). Die durchschnittliche Bewertung der „wahrgenommenen Zuversicht“ liegt ebenfalls zwischen 3 und 4 ($M = 3,43$, $SD = 1,01$). Die „eigene innere Beteiligung“ wird durchschnittlich als „eher zutreffend“ bewertet ($M = 4,00$, $SD = 0,91$). Abbildung 1 zeigt auch die durchschnittliche Gesamtbewertung jeder Sitzung im GTS-P ($M = 3,72$, $SD = 0,89$) pro Sitzung.

Qualitative Ergebnisse: Erleben der Gruppeninhalte der Patient_innen

Im Folgenden werden Aspekte in „angenehm/hilfreich“ und „unangenehm“ aus Sicht der Patient_innen kategorisiert. In Anhang 2 sind beispielhafte Aussagen von Patient_innen aufgeführt, um zu verdeutlichen, wie sich ihr Erleben darstellte. Von *Patient_innen* als *angenehm oder hilfreich* beschrieben wurden folgende Aspekte:

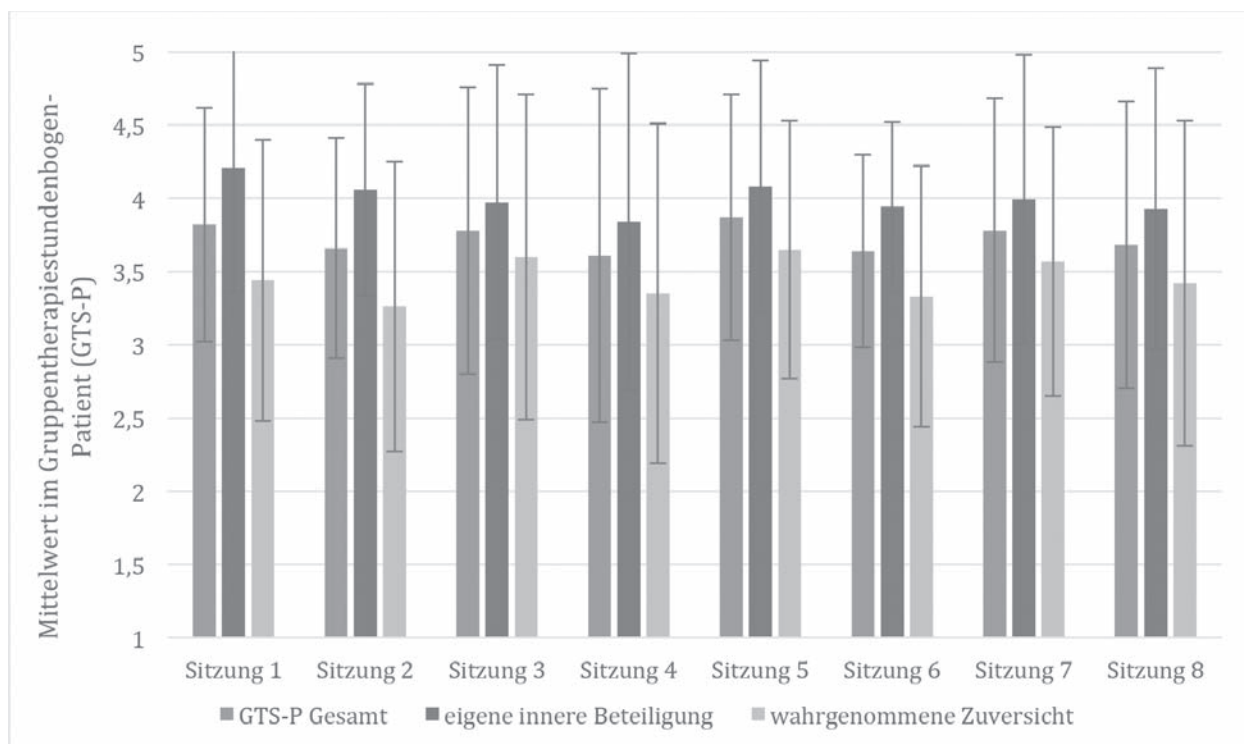


Abbildung 1. Durchschnittliche Gesamtbewertung sowie Bewertung bezüglich „innere eigene Beteiligung“ und „wahrgenommene Zuversicht“ der Sitzungen (Mittelwerte mit Standardabweichungen).

Meistern einer Herausforderung: Sich auf die neuartigen Übungen und die Meditationen einzulassen und diese auch in der Gruppe anzuwenden wurde positiv konnotiert.

SAVE-Übung (Stopp, Atmen, Vorstellen der Konsequenzen, Entscheiden- zum achtsamen Umgang mit impulsivem Verhalten): Diese Übung zur Bearbeitung der Tendenz, impulsive oder automatisierte Entscheidungen (z.B. in Bezug auf Substanzmissbrauch) zu treffen, erschien den Patient_innen einleuchtend und für ihre Suchtproblematik relevant.

Rollenspiel: Eine lebensnahe Situation zu automatisiertem vs. reflexivem Handeln wurde durch zwei Therapierende, die im Rollenspiel impulsive Jugendliche spielten, dargestellt. Diese Rollenumkehr sowie die lebendige Erklärung des Gruppeninhalts wurden positiv bewertet.

Bewusstes Entscheiden statt Abstinenz als Fokus: Diese Haltung hatte eine erleichternde Wirkung auf die Gruppenatmosphäre, insbesondere die Fokussierung auf den Umgang mit Verhaltensimpulsen (als Kontrast zum vorgegebenen Therapieziel der Konsumreduktion/-abstinenz in der Standardbehandlung). Die Patient_innen sahen ihr Autonomiebedürfnis anerkannt und wertgeschätzt.

Folgende Aspekte wurden von *Patient_innen* als *unangenehm* beschrieben:

Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf unangenehme Bewusstseinsinhalte: Einige Patient_innen berichteten, das achtsame Erleben als unangenehm wahrgenommen zu haben, da sie sich dabei auf ihren inneren Zustand konzentrierten, was innere Unruhe und/oder unangenehme Gedanken verstärkte.

Akzeptanz und Selbstmitgefühl: Vornehmlich weibliche Teilnehmerinnen berichteten Schwierigkeiten in Bezug auf Selbstakzeptanz als Teil der akzeptierenden Grundhaltung. Zusätzliches Schamgefühl wurde induziert, wenn Patient_innen merkten, dass sie sich im Selbstmitgefühl stark von anderen unterschieden.

Bewusstes Entscheiden für dysfunktionales Verhalten: Patient_innen berichteten teilweise von Scham- oder Schuldgefühlen, die durch die Bewusstmachung dysfunktionaler Entscheidungen induziert wurden. Die bewusste Entscheidung für den Substanzkonsum in einer Imagination zur SAVE-Übung wurde negativer bewertet als eine automatisierte Konsumententscheidung. Ähnliche Gefühle kamen auch bezüglich anderer dysfunktionaler Verhaltensweisen auf (z.B. wie viel Einfluss Bekannten im Leben zugebilligt wird).

Qualitative Ergebnisse: Gruppeninhalt und Gruppendurchführung aus Sicht der Therapierenden

Folgenden Aspekte wurden von *den Therapierenden* als *angenehm* oder *hilfreich* beschrieben und sind in Anhang 3 mit Zitaten belegt:

Akzeptierende Haltung: Auch Therapierende erlebten die akzeptierende Grundhaltung als angenehm, z.B. in Momenten, in denen ablehnende Reaktionen von Patient_innen aufkamen, beispielsweise abfällige Bemerkungen.

Geteilte Menschlichkeit: Die Interventionen sind so gestaltet, dass die Therapierenden diese nicht nur anleiten, sondern auch selbst mitmachen, z.B. beim *achtsamen Check-in* oder dem gegenseitigen Schenken von Mitgefühl. Zudem wurden die Patient_innen eingeladen, sich aktiv an der Durchführung zu beteiligen, z.B. in dem sie Meditationen anleiteten.

Offenheit für Erfahrungen: Jugendliche begegneten der Intervention mit großer Offenheit, Neugier und Interesse. Gestört wurde diese Haltung dann, wenn im Gruppenkontext Dynamiken z.B. des gegenseitigen Imponierens, Flirtens oder die Sorge, sich vor anderen lächerlich zu machen, aufkamen.

Herausforderungen in der Durchführung aus Sicht der Therapierenden

Durchführung von Inquiries: Nachbesprechungen von Meditationserfahrungen (sog. *Inquiry*) als Mittel, die Aufmerksamkeit der Übenden auf ihre Erfahrungswelt zu lenken und die akzeptierende, neugierige Haltung auch gegenüber unangenehmen Erlebnisinhalten zu verdeutlichen, blieben vielfach einsilbig. Einige Teilnehmende wollten ihre Empfindungen oder Gedanken nicht teilen.

Einbezug neuer Patient_innen in laufende Gruppen: Herausfordernd war, neue Patient_innen hinsichtlich inhaltlicher als auch gruppendynamischer Aspekte zu integrieren, wenn diese in fortgeschrittene Sitzungen hinzukamen.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit stellt ein achtsamkeitsbasiertes Gruppentherapiekonzept für Jugendliche mit SUD dar, das für die Anwendung in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Suchtbehandlung adaptiert wurde. Ätiologiefaktoren wie Impulsivität und Selbstregulationsfertigkeiten, die insbesondere in Bezug auf junge Patient_innen bisher (zu) wenig berücksichtigt wurden, werden dabei aufgegriffen. Ziel dieser Arbeit war es, die Implementations- und Prozessevaluation im genannten Setting darzustellen und damit Erkenntnisse zur Durchführbarkeit achtsamkeitsbasierter Gruppentherapien für junge Suchtpatient_innen zu gewinnen. Mind It! wurde von den Patient_innen insgesamt gut angenommen; im GTS-P lagen alle Werte im Durchschnitt über dem theoretischen Mittelwert der Skala von drei. Gleichwohl bleibt als Limitati-

on, dass für eine ähnliche Zielgruppe keine Vergleichswerte im GTS-P vorliegen, die eine Einordnung dieses Ergebnisses verbessern würden. Dabei wurde die „innere eigene Beteiligung“ im Vergleich zur „wahrgenommenen Zuversicht“ in allen Sitzungen höher bewertet. Darüber hinaus gaben sowohl Patient_innen als auch Therapierende ein positives Feedback zu den Gruppenstunden; viele Interventionen konnten gut angenommen und umgesetzt werden. Die qualitative Auswertung der Dokumentationsbögen zeigte jedoch, dass einige Übungen mit Schwierigkeiten in der Umsetzung einhergingen oder von Patient_innen weniger positiv erlebt wurden. Weiterhin erscheint wichtig, dass Jugendlichen das Rational Achtsamkeit verstanden haben: Die im Manual vorgelegten sprachlichen Anpassungen und Metaphern sowie das Narrativ der Intervention erschienen den Patient_innen schlüssig. Ähnlich wie MBRP und MBSAT zeigte Mind It! eine gute Durchführbarkeit, auch wenn z.T. herausfordernde Erfahrungen mit jungen SUD-Patient_innen gemacht wurden, die zuvor so noch nicht beschrieben worden waren.

Erleben von Meditationen als unangenehm

Wichtig erscheinen die heterogenen Rückmeldungen zu den Meditationen: So wurden vielfach Meditationen als positiv und hilfreich erlebt, manchmal als belastend. Unangenehme Erfahrungen bezüglich Achtsamkeitsübungen wurden bereits beschrieben und wurden in Zusammenhang mit einer Ausrichtung auf den Moment bei fehlender Akzeptanz gebracht (Lindsay & Creswell, 2017). Weiter besser zu klären wäre, ob alle Teilnehmende die akzeptierende Haltung bei der vorhandenen Übungsfrequenz von Mind It! verinnerlichen konnten. Eine Rolle in der vorliegenden Stichprobe spielt die hohe Belastung junger Suchtpatient_innen mit komorbiden psychischen Störungen. Für die Praxis erscheinen daher zwei Dinge wichtig: 1. Gerade anfängliche Konfrontationen mit unangenehmen Gefühlen während der Meditation können zu einer schlechteren *Compliance* führen. Dies sollte mit den Patient_innen im Rahmen einer *Inquiry* reflektiert werden; 2. Weitere Studien sind notwendig, um Patient_innen zu identifizieren, für die die Durchführbarkeit formaler Achtsamkeitsübungen erschwert sein könnte und zu klären, welche Rolle die akzeptierende Haltung dabei spielt. Ungünstige Kombinationen mit komorbiden psychischen Störungen bilden evtl. eine Kontraindikation für Achtsamkeitsübungen. Das Zusammenspiel von Achtsamkeitsübungen bei verschiedenen komorbiden Symptomen bedarf weiterer Forschung.

Akzeptierende Haltung und Inquiry als therapeutische Mittel

Mind It! kann die Beziehung zwischen Therapierenden und Patient_innen verbessern: die durchgängig akzeptierende Haltung, gerade auch wie sie durch die *Inquiry* vermittelt wurde, sehen wir in Zusammenhang damit, dass sich die Patient_innen angenommen fühlten. Eine zunächst abwehrende Haltung löste sich hierdurch mehrfach auf. Die nicht-wertende Haltung schuf Raum für das Experimentieren mit herausfordernden Übungen, z. B. zu Craving, weil der Fokus darauf lag, sich dem Erlebten neugierig und akzeptierend zuzuwenden (*being mode*), anstatt etwas „zu schaffen“ (*doing mode*; Williams, 2008). In Übungen, in denen belastende Erfahrungen geteilt wurden und diesen mit Mitgefühl begegnet wurde, entstanden geteilte Momente, in der Form, dass alle Menschen leidvolle Erfahrungen machen (*common humanity*; Taylor, Kennedy, Lee & Waller, 2020). Mit achtsamkeitsbasierten Ansätzen eröffnet sich damit eine mögliche Veränderung der therapeutischen Rolle: Therapierende bleiben nicht distanzierte Expert_innen für Suchtprobleme, sondern treten als Mitmenschen deutlicher zutage. *Inquiries* erschienen als hilfreiches Mittel zur Vermittlung von Achtsamkeit. Allerdings fielen zugehörige Gespräche häufig einsilbig aus, insbesondere, wenn Patient_innen und Therapierende sich (noch) nicht gut kannten. Neben einer psychotherapeutischen Expertise und Erfahrung in der Durchführung achtsamkeitsbasierter Interventionen mit optimalerweise engmaschiger Supervision ist insbesondere eine fundierte Ausbildung in der Durchführung von *Inquiries* und die geschulte, achtsame Haltung der Therapierenden eine Voraussetzung, um die achtsamkeitsbasierte Gruppentherapie anzuleiten.

Durchführung von Übungen außerhalb der Gruppenstunden

Achtsamkeitsbasierte Verfahren erfordern eine regelmäßige Achtsamkeitsroutine: Im MBSR, MBCT und MBRP wird der hohe Stellenwert einer täglichen Praxis zwischen 30 und 60 Minuten betont (Kabat-Zinn, 2005). Auch wenn über den Zusammenhang zwischen Übungspraxis und Wirkung bei achtsamkeitsbasierten Verfahren wenig bekannt ist (Goldberg, Hanley, Baldwin, Bernstein & Garland, 2020), erscheinen achtsamkeitsbasierte Verfahren vielversprechender, wenn Teilnehmende eine Übungspraxis aufbauen (Lacaille et al., 2018). Jugendliche weisen wenig bzw. eine stark fluktuierende und ambivalente Veränderungs- und Behandlungsmotivation bezüglich ihres Substanzkonsums auf (Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, García-Fernández, Secades-Villa & García-Ro-

dríguez, 2013), was möglicherweise auch die Übungsmotivation beeinflusst. Die zur Übung ausgegebenen MP3-Player wurden dem Eindruck nach wenig genutzt, genauere Auswertungen dazu stehen noch aus. Gleichwohl trägt das Üben von Achtsamkeit in jeder Sitzung von Mind It! dem Anspruch des häufigen Übens Rechnung. In weiteren Studien sollte untersucht werden, ob und wie sich in der Zielgruppe eine tägliche Übungspraxis auf den Behandlungserfolg auswirkt und ob das Ausmaß der Übungspraxis in Zusammenhang mit der allgemeinen Behandlungsmotivation steht.

Schlussfolgerung und Ausblick

Insgesamt erzielte die achtsamkeitsbasierte Gruppentherapie Mind It! gute Bewertungen der Patient_innen. Vielfach wurden positive Erfahrungen gemacht, sowohl seitens der Patient_innen als auch bei Therapierenden. Allerdings stellen die mit Achtsamkeit assoziierten Konzepte wie Selbstmitgefühl und das Aushalten aversiver Symptome eine besondere Schwierigkeit bei jungen Suchtpatient_innen dar. Ein genauer Blick auf das Erreichen einer akzeptierenden Haltung erscheint hier lohnenswert. Offen bleibt auch, wie sich diese Aspekte auf die regelmäßige, selbstständige Übungspraxis der Patient_innen auswirkt. Entsprechend wäre aus den hier erzielten Hinweisen zu prüfen, ob junge Suchtpatient_innen vorzugsweise nur im Beisein von Therapierenden praktizieren sollten.

Literatur

- Abujaradeh, H., Safadi, R., Sereika, S.M., Kahle, C.T. & Cohen, S.M. (2018). Mindfulness-based interventions among adolescents with chronic diseases in clinical settings: A systematic review. *Journal of Pediatric Health Care*, 32 (5), 455–472. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.04.001>
- Anderson, K.G., Ramo, D.E., Schulte, M.T., Cummins, K. & Brown, S.A. (2007). Substance use treatment outcomes for youth: Integrating personal and environmental predictors. *Drug and Alcohol Dependence*, 88 (1), 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.09.014>
- Ashe, M.L., Newman, M.G. & Wilson, S.J. (2015). Delay discounting and the use of mindful attention versus distraction in the treatment of drug addiction: A conceptual review. *Journal of The Experimental Analysis of Behavior*, 103 (1), 234–248. <https://doi.org/10.1002/jeab.122>
- Baldus, C., Mokros, L., Daubmann, A., Arnaud, N., Holtmann, M., Thomasius, R. et al. (2018). Treatment effectiveness of a mindfulness-based inpatient group psychotherapy in adolescent substance use disorder – study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19 (1), 706. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-3048-y>
- Barnert, E.S., Himelstein, S., Herbert, S., Garcia-Romeu, A. & Chamberlain, L.J. (2014). Exploring an intensive meditation intervention for incarcerated youth. *Child and Adolescent Mental Health*, 19 (1), 69–73. <https://doi.org/10.1111/camh.12019>
- Bootzin, R.R. & Stevens, S.J. (2005). Adolescents, substance abuse, and the treatment of insomnia and daytime sleepiness. *Clinical Psychology Review*, 25 (5), 629–644. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.007>
- Bowen, S., Chawla, N. & Marlatt, G.A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S.L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S.H. et al. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention and treatment as usual for substance use disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71 (5), 547–556. <https://doi.org/10.1001/jama.psychiatry.2013.4546>
- Cavicchioli, M., Movalli, M. & Maffei, C. (2018). The clinical efficacy of mindfulness-based treatments for alcohol and drugs use disorders: A meta-analytic review of randomized and nonrandomized controlled trials. *European Addiction Research*, 24 (3), 137–162. <https://doi.org/10.1159/000490762>
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance Use & Misuse*, 49 (5), 492–512. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.770027>
- Ekhtiari, H., Nasser, P., Yavari, F., Mokri, A. & Monterosso, J. (2016). Neuroscience of drug craving for addiction medicine: From circuits to therapies. In H. Ekhtiari & M. Paulus (Eds.), *Progress in Brain Research – Neuroscience for Addiction Medicine: From Prevention to Rehabilitation – Constructs and Drugs* (pp. 115–141). Amsterdam: Elsevier.
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J.R., García-Fernández, G., Secades-Villa, R. & García-Rodríguez, O. (2013). Motivation for change and barriers to treatment among young cannabis users. *European Addiction Research*, 19 (1), 29–41. <https://doi.org/10.1159/000339582>
- Fortuna, L.R., Porche, M.V. & Padilla, A. (2018). A treatment development study of a cognitive and mindfulness-based therapy for adolescents with co-occurring post-traumatic stress and substance use disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 91 (1), 42–62. <https://doi.org/10.1111/papt.12143>
- Garland, E.L., Froeliger, B. & Howard, M.O. (2014). Effects of mindfulness-oriented recovery enhancement on reward responsiveness and opioid cue-reactivity. *Psychopharmacology*, 231 (16), 3229–3238. <https://doi.org/10.1007/s00213-014-3504-7>
- Goldberg, S.B., Hanley, A.W., Baldwin, S.A., Bernstein, A. & Garland, E.L. (2020). Does mindfulness practice promote psychological functioning or is it the other way around? A daily diary study. *Psychotherapy*, 57 (3), 310–322. <https://doi.org/10.1037/pst0000286>
- Harris, J. (2012). *Mindfulness training: Impact of coping and self-efficacy in adolescent substance use* (Publication Nr. 35466669). Dissertation, Seattle Pacific University.
- Himelstein, S. & Saul, S. (2016). *Mindfulness-based substance abuse treatment for adolescents: A 12-session curriculum*. London: Routledge.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7042457/>
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Random House.
- Kim, D.-Y. & Lee, J.-H. (2019). The effects of training to reduce automatic action tendencies toward alcohol using the virtual alco-

- hol approach-avoidance task in heavy social drinkers. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22 (12), 794–798. <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0121>
- Lacaille, J., Sadikaj, G., Nishioka, M., Carrière, K., Flanders, J. & Knäuper, B. (2018). Daily mindful responding mediates the effect of meditation practice on stress and mood: The role of practice duration and adherence. *Journal of Clinical Psychology*, 74 (1), 109–122. <https://doi.org/10.1002/jclp.22489>
- Lindsay, e.K. & Creswell, J.D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and acceptance theory (mat). *Clinical Psychology Review*, 51, 48–59. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.011>
- Paulson, S., Davidson, R., Jha, A. & Kabat-Zinn, J. (2013). Becoming conscious: the science of mindfulness. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1303, 87–104.
- Potenza, M.N., Sofuoglu, M., Carroll, K.M. & Rounsaville, B.J. (2011). Neuroscience of behavioral and pharmacological treatments for addictions. *Neuron*, 69 (4), 695–712. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2011.02.009>
- Ritchie, H. & Roser, M. (2018). Mental health. Available from <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Sanger, K.L. & Dorjee, D. (2015). Mindfulness training for adolescents: A neurodevelopmental perspective on investigating modifications in attention and emotion regulation using event-related brain potentials. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 15 (3), 696–711. <https://doi.org/10.3758/s13415-015-0354-7>
- Semple, R., Lee, J., Williams, M., Teasdale, J.D. & Segal, Z. (2011). *Mindfulness-based cognitive therapy for anxious children: A manual for treating childhood anxiety*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Silvers, J.A., Squeglia, L.M., Rømer Thomsen, K., Hudson, K.A. & Feldstein Ewing, S.W. (2019). Hunting for what works: Adolescents in addiction treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43 (4), 578–592. <https://doi.org/10.1111/acer.13984>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health. (HHS Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Available from <https://www.samhsa.gov/data/>
- Tang, Y.-Y., Posner, M.I., Rothbart, M.K. & Volkow, N.D. (2015). Circuitry of self-control and its role in reducing addiction. *Trends in Cognitive Sciences*, 19 (8), 439–444. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.06.007>
- Taylor, S.B., Kennedy, L.A., Lee, C.E. & Waller, e.K. (2020). Common humanity in the classroom: Increasing self-compassion and coping self-efficacy through a mindfulness-based intervention. *Journal of American College Health*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1728278>
- Thomasius, R., Arnaud, N., Holtmann, M. & Kiefer, F. (2020). Substanzbezogene Störungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48 (6), 448–452. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000725>
- Thomasius, R., Sack, P.-M., Arnaud, N. & Hoch, E. (2016). Behandlung alkoholbezogener Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Altersspezifische Empfehlungen der neuen interdisziplinären S3-Leitlinie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44 (4), 295–303. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000435>
- Thomasius, R., Thoms, E., Melchers, P., Roosen-Runge, G., Schimansky, G., Bilke-Hentsch, O. et al. (2016). Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. *SUCHT*, 62 (2), 107–111.
- van Ours, J.C. & Williams, J. (2011). Cannabis use and mental health problems. *Journal of Applied Economics*, 26 (7), 1137–1156. <https://doi.org/10.1002/jae.1182>
- Wartberg, L., Kriston, L. & Thomasius, R. (2019). Prevalence of problem drinking and associated factors in a representative german sample of adolescents and young adults. *Journal of Public Health*, 41 (3), 543–549. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy163>
- Williams, J.M.G. (2008). Mindfulness, depression and modes of mind. *Cognitive Therapy Research*, 32 (6), 721–733. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9204-z>
- Zoubek, K. (2013). *Prozessevaluation einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Diabetes und Depression: Entwicklung und Validierung der Patienten- und Therapeuten-Gruppentherapiestundenbögen (GTS-P, GTS-T, GTS-TP) zur Vorhersage des Therapieerfolgs*. Dissertation, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Verfügbar unter <https://doi.org/10.25358/opencscience-1756>.

Historie

Manuskript eingereicht: 09.09.2021

Manuskript angenommen: 20.12.2021

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei allen Teilnehmer_innen der Studie, sowie allen Kolleg_innen, die die Implementierung und den Fortgang der Studie unterstützt haben. Ein besonderer Dank geht dabei an Carina Huhn, Sophie Schiller und Nicolas Arnaud.

Deklaration konkurrierender Interessen

Die Autorenschaft deklariert keine konkurrierenden Interessen.

Finanzierung

Die Studie wird im Rahmen des Teilprojektes 7 im IMAC-Mind Verbund aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF, Förderkennzeichen: 01GL1745F/G) finanziert. Mit der Förderung des Forschungsverbundes „IMAC-Mind: Verbesserung der psychischen Gesundheit und Verringerung von Suchtgefahr im Kindes- und Jugendalter durch Achtsamkeit: Mechanismen, Prävention und Behandlung“ (2017–2021) leistet das Bundesministerium für Bildung und Forschung einen Beitrag, die Prävention und therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Suchtstörungen und komorbiden psychischen Störungen zu verbessern. Die Projektkoordination erfolgt durch das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Projektleiter/-innen in den Teilprojekten sind: Rainer Thomasius (Koordinator und Sprecher des Verbundes, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Nicolas Arnaud (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Tobias Banaschewski, Herta Flor (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim), Frauke Nees (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim und Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel), Johannes Kornhuber (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg), Michael Klein (Katholische Hochschule Nordrhein Westfalen Köln), Olaf Reis (Universitätsmedizin Rostock), Tanja Legenbauer (Ruhr-Universität Bochum, LWL Universitätsklinik Hamm für Kinder- und Jugendpsychiatrie), Antonia Zapf (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf). Für ausführliche Informationen siehe www.IMAC-Mind.de

Förderung

Open-Access-Veröffentlichung ermöglicht durch Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg.

Dr. Christiane Baldus

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Deutschland

c.baldus@uke.de

Anhang**Anhang 1.** Thema und Inhalt der einzelnen Gruppentherapiesitzungen

Gruppensitzung	Thema und Inhalt
Kernsitzungen	(2x pro Woche)
1. Kernsitzung	– Einführung: Konzept der Achtsamkeit – Atemmeditation
2. Kernsitzung	– Unterschied zwischen (unüberlegten, automatisierten) Reflexen und bewussten Entscheidungen
3. Kernsitzung	– Achtsamkeitsbasierte Technik zur Entscheidungsfindung: SAVE (Stopp, Atmen, Vorstellen der Konsequenzen, Entscheiden) – Atemmeditation
4. Kernsitzung	– Aufklärung über Substanzen und Gründe für den Substanzkonsum – Angenehme, kurzfristige Gefühle des Rausches durch Substanzkonsum vs. andauernde Glücksgefühle durch Hinwendung zum Inneren – Body-Scan
5. Kernsitzung	– Emotionen und deren verschiedene Erlebensqualitäten vor dem Hintergrund unterschiedlicher Lebenserfahrungen – „Stand-if“-Übung
6. Kernsitzung	– Universalität von unangenehmen Empfindungen – Übung zur Selbstoffenbarung eines bedeutsamen, persönlichen Ereignisses oder alternativ: Übung „Baum der Gefühle“ – Mitgefühlsmeditation – De-Eskalationsübung
7. Kernsitzung	– Umgang mit Craving bei Substanzmissbrauch – Nicht-reaktiver Umgang mit Craving („urge-surfing“) – Bewegungsloser Body-Scan (Nicht-Reaktivität)
8. Kernsitzung	– Wiederholung: Umgang mit Craving – Individuelle Ursachen des Cravings der Teilnehmenden – Bewegungsloser Body-Scan
Boostersitzungen	(1x wöchentlich)
1. Boostersitzung	– Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und Familiensystem – Achtsamkeit als Unterstützung für den Aufbau bzw. die Wiederherstellung von Familienzusammenhalt – Meditationsübungen
2. Boostersitzung	– Beziehungsfähigkeit sowie Grenzsetzung gegenüber Gleichaltrigen
3. Boostersitzung	– Wiederholung „SAVE“-Technik – Gehmeditation (achtsames Erleben von Alltags-Momenten)
4. Boostersitzung	– Besprechen der Übung „achtsame Alltags-Momente“ – Wiederholung der Definitionen von formaler vs. informaler Achtsamkeit – formale Achtsamkeitsübung: achtsames Essen von Brausebonbons

Anhang 2. Beispielhafte Aussagen von Patient_innen zu den unterschiedlichen Aspekten der Intervention

Aspekte	Rückmeldungen
Als angenehm/hilfreich erlebt	
Entspannende Wirkung	„Selbst der Patient, der sich häufig körperlich unruhig zeigte, ist beim Body Scan liegen geblieben.“ (Therapeutin) „Mein Bein wackelt eigentlich immer. Wenn wir meditieren nicht.“ (Patient_in)
Meistern einer Herausforderung	„Am Anfang denkt man so, wofür soll das gut sein, das schaffe ich eh nicht. Und dann geht es doch und du denkst so, okay, doch geschafft!“ (Patient_in)
„SAVE“-Übung	„Ich hatte das Gefühl, dass die Teilnehmenden heute erleichtert wirkten, endlich mal etwas „Handfestes“ erklärt zu bekommen.“ (Therapeutin) „Heute haben wir die „SAVE“-Technik nochmal mit bewusstem Handeln in Verbindung gebracht. Manche Teilnehmende wirkten danach deutlich hoffnungsvoller bezüglich ihrer Abstinenz nach Entlassung.“ (Therapeutin)
Bewusstes Entscheiden statt Abstinenz im Fokus	„Die Atmosphäre im Raum veränderte sich schlagartig.“ (Therapeutin) „Das ist das erste Mal, dass ich von meinem Suchtdruck erzählen kann und es wird nicht gesagt „oh nein, wie schlimm“, sondern „ach super, dann können wir ja heute richtig gut üben!“... Find ich gut!“ (Patient_in)
Als unangenehm erlebt	
Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf unangenehme Bewusstseinsinhalte	„Die Patientin war heute mit einer längeren Meditationseinheit konfrontiert, obwohl sie noch nicht viele Gruppenstunden absolviert hat. Sie brach die Übung ab.“ (Therapeutin) „Ich verstehe nicht, warum man nichts dagegen tun darf, wenn einem der ganze Sch*** in den Kopf kommt. Dann fühlt man sich doch schlechter als vorher!“ (Patient_in)
Übungen mit induziertem Suchtdruck/ Craving	„Sich freiwillig dem Suchtdruck auszuliefern war für manche ganz schön hart. Ich war überrascht, dass sie sich dennoch darauf eingelassen haben.“ (Therapeutin) „Mach dir mal selber Suchtdruck“? Sonst noch was? Ich kapiere ja, worum es gehen soll. Aber Spaß macht das nicht. Ich hoffe, nächstes Mal wird es nicht wieder so stressig.“ (Patient_in)
Akzeptanz und Selbstmitgefühl	„Ich verdiene kein Mitgefühl.“ (Patient_in)
Bewusstes Entscheiden für dysfunktionales Verhalten	„Wenn man sich bewusst für Drogen entscheidet, macht es alles nur noch schlimmer.“ (Patient_in)

Anhang 3. Beispielhafte Aussagen zu Gruppeninhalten und Gruppendurchführung von Therapierenden

Aspekte	Rückmeldungen
Als angenehm/hilfreich erlebt	
Akzeptierende Haltung	„Wenn die Patient_in sagt „Meditieren ist dumm“ kann ich das einfach wahrnehmen und muss es nicht annehmen, es ist einfach erstmal so.“ (Therapeut_in)
Geteilte Menschlichkeit	„Ich fand es toll, dass sie auch was zu sich gesagt hat. Da hab ich gedacht, wow, jetzt hab ich auch mal Schweigepflicht.“ (Patient_in)
Als herausfordernd erlebt	
Durchführung „Inquiries“	„Einem Patienten fiel es heute schwer die Gedanken nach der Meditation in Worte zu fassen, obwohl ich gemerkt habe, dass die Übung etwas auslöste. Woran es lag, kann ich nicht sagen...“ (Therapeutin) „Mich hat irgendwie genervt, dass man nach den Meditationen wer weiß was darüber erzählen soll. Ist doch klar, dass man da irgendwas denkt. Aber weiß ich doch dann nicht mehr, was!“ (Patient_in)
Einbezug neuer Teilnehmender in bereits laufende Gruppen	„Ewig auf dem Boden liegen ohne sich auch nur ein bisschen zu bewegen? Wozu soll das denn gut sein?“ (Patient_in)