



Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Freie Universität Berlin
Förderkennzeichen:	01VSF19041
Akronym:	PsyTOM
Projekttitel:	Erhöhung der Effektivität ambulanter Richtlinien- Psychotherapie durch Blended Care mit transdiagnostischen Online-Modulen
Autorinnen und Autoren:	Solveig Behr, Johanna Böttcher, Friederike Fenski, Christine Knaevelsrud, Carmen Schäuffele
Förderzeitraum:	01.01.2021 - 30.06.2024
Ansprechperson:	Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, christine.knaevelsrud@fu- berlin.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt PsyTOM wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF19041 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Angesichts der hohen persönlichen und gesellschaftlichen Kosten psychischer Störungen ist es erforderlich, die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie zu optimieren. Eine mögliche Lösung ist die Integration internetgestützter Interventionen in die ambulante Versorgung, bekannt als Blended Care (BC). Ein wesentliches Hindernis für die Implementierung von BC ist die unzureichende Passung zwischen bestehenden Online-Angeboten und der Praxis. Ziel dieses Projekts war es, niedergelassenen Psychotherapeut*innen die Nutzung einer Online-Intervention in ihrer Praxis zu ermöglichen, um das Therapieangebot zu erweitern und die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie zu stärken. Das Projekt untersuchte zwei zentrale Fragestellungen: (1) Wie wird die Online-Intervention von Patient*innen und Psychotherapeut*innen in der Regelversorgung genutzt? (2) Kann der zusätzliche Einsatz der Online-Intervention (BC) die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung im direkten Kontakt (idK) steigern?

Methodik: Das Projekt durchlief zwei Phasen. Die erste Phase diente der Ausarbeitung der therapeutischen Online-Intervention „TONI“ und Schulungsunterlagen unter Einbezug von Psychotherapeut*innen und Patient*innen. Dabei wurden sowohl Interviews als auch Fokusgruppen durchgeführt und alle Therapiematerialien final von Patient*innen, Psychotherapeut*innen und einem Diversitätsexperten gegengelesen. In der zweiten Phase wurde die Akzeptanz, Machbarkeit und Wirksamkeit des BC-Ansatzes in einem randomisiert-kontrollierten Design untersucht.

Ergebnisse: BC und Psychotherapie idK zeigten eine vergleichbare Sitzungsanzahl, Wirksamkeit, und Zufriedenheit. Die Bereitstellung der Online-Intervention für die ambulante Psychotherapie erbrachte keine Steigerung der Wirksamkeit der Psychotherapie. Psychotherapeut*innen und Patient*innen sahen in qualitativen Interviews viele hilfreiche Aspekte der Online-Intervention, wie eine Intensivierung der Therapie oder eine Förderung des Selbstmanagements. Dem stehen Barrieren gegenüber wie eine fehlende Routine mit BC und einem höheren Zeitaufwand in der Nutzung.

Diskussion: Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass die in stärker kontrollierten BC-Settings beobachteten Vorteile möglicherweise nicht vollständig in die Routineversorgung übertragbar sind, was möglicherweise auf Unterschiede in der Umsetzbarkeit zurückzuführen ist. Obwohl BC keinen Vorteil gegenüber Psychotherapie idK zeigte, unterstreichen das Ausbleiben zusätzlicher Nebenwirkungen sowie das starke Interesse der Psychotherapeut*innen an der Weiternutzung von TONI über die Studie hinaus das Potenzial, das BC mit einem verfahrensübergreifenden, personalisierbaren Tool wie TONI für die Bereicherung und Digitalisierung der Psychotherapie hat.

Schlagworte: Blended Care, Digitale Intervention, transdiagnostisch, verfahrensübergreifend

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	5
II	Abbildungsverzeichnis	6
III	Tabellenverzeichnis	6
1	Projektziele	7
1.1	Hintergrund	7
1.2	Ziele und Fragestellungen.....	8
2	Projektdurchführung	10
2.1	Projektbeteiligte	10
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts.....	11
2.2.1	Allgemeinverständliche Beschreibung von PsyTOM	11
2.2.2	Gewährleistung von Interoperabilität und offenen Schnittstellen	11
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	11
2.3.1	Phase 1: Partizipative Interventionsentwicklung	12
2.3.2	Phase 2: Die randomisiert kontrollierte Studie	14
2.4	Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen	14
3	Methodik	15
3.1	Studiendesign	15
3.2	Zielpopulation	15
3.3	Ein- und Ausschlusskriterien.....	15
3.4	Fallzahlen und Drop-Out.....	15
3.5	Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung	16
3.6	Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte.....	16
3.6.1	Befragung der Patient*innen	17
3.6.2	Befragung von Psychotherapeut*innen.....	17
3.6.3	Befragung von Angehörigen.....	18
3.6.4	Qualitative Interviews	18
3.6.4.1	Einschlusskriterien bei BC – für wen eignet sich Blended Care?	18
3.6.4.2	Hilfreiche und Hinderliche Faktoren bei BC	18
3.7	Statistische Analysen	20
3.7.1	Hauptanalysen.....	20
3.7.2	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.....	21
3.7.3	Prozessevaluation.....	22
3.7.4	Nebenwirkungen	22

	3.7.5 Angehörige	22
4	Projektergebnisse	23
4.1	Ergebnisse der partizipativen Interventionsentwicklung	23
4.2	Wie wurde TONI genutzt?	24
4.2.1	Darstellung der Nutzungsdaten	24
4.2.2	Qualitative Ergebnisse zu „Who blends in and why (not)?“	25
4.2.3	Qualitative Ergebnisse zur Integration von TONI in die Psychotherapie aus Psychotherapeut*innen-Sicht	26
4.2.4	Qualitative Ergebnisse zur Integration von TONI in die Psychotherapie aus Patient*innen-Sicht	26
4.3	Konnte die Wirksamkeit von Psychotherapie durch TONI gesteigert werden? - Ergebnisse des RCT	27
4.3.1	Population des RCT	27
4.3.2	Wirksamkeit BC vs. Psychotherapie	32
4.4	Hat sich das Leistungsspektrum oder die Inanspruchnahme durch TONI verändert? ..	38
4.5	Nebenwirkungen	40
4.5.1	Anzahl und Charakteristika von Nebenwirkungen	40
4.5.2	Nebenwirkungen und psychische Belastung sowie Lebenszufriedenheit	41
4.6	Die Rolle der Angehörigen der teilnehmenden Patient*innen	41
4.7	Welche Vorteile und welche Nachteile erleben Psychotherapeut*innen bei der Nutzung von TONI?	43
4.8	Welche Vorteile und welche Nachteile erleben Patient*innen bei der Nutzung von TONI?	44
5	Diskussion der Projektergebnisse	46
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	50
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	51
7.1	Erfolgte Veröffentlichungen:	51
7.2	Eingereichte Manuskripte	52
7.3	Geplante Veröffentlichungen	52
7.4	Konferenzbeiträge	53
IV	Literaturverzeichnis	54
V	Anlagen	56

I Abkürzungsverzeichnis

AQoL-8D	Assessment of Quality of Life-8 Dimensions
BC	Blended Care
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
FIMPsy	Inanspruchnahme medizinischer und nicht medizinischer Versorgungsleistungen bei psychischen Erkrankungen
GAD-7	Generalized Anxiety Screener
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IA	Innovationsausschuss
ICC	Intra-Class-Correlation
idK	im direkten Kontakt
IEQ	Involvement Evaluation Questionnaire
ITT	intention-to-treat
NEO	Negative Effects Questionnaire
PHQ-8	Patient Health Questionnaire
RCT	randomized controlled trial
SD	Standardabweichung
SUS	System Usability Scale
SWLS	Satisfaction with Life Scale
TAU	treatment as usual
TONI	therapeutische Online-Intervention
TP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
VT	Verhaltenstherapie
ZUF-8	Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit

II **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Finale transdiagnostische Online-Module	14
Abbildung 2: Häufigkeiten der zugewiesenen Online-Module	25
Abbildung 3: Patient*innenfluss	28
Abbildung 4: Anteil von fehlenden Werten in den Ergebnismaßen zu allen Messzeitpunkten	33
Abbildung 5: Ergebnisse der Clinical Global Impression Scale	38

III **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Projektpartner*innen	10
Tabelle 2: Übersicht für Einschluss, Randomisierung und Befragungen	19
Tabelle 3: Soziodemografische Merkmale der Patient*innen	29
Tabelle 4: Soziodemografische Merkmale der Psychotherapeut*innen	32
Tabelle 5: Mittelwerte und Standardfehler für BC und Psychotherapie	34
Tabelle 6: Ergebnisse der Linear Mixed Models und Between-Group Effektstärken (Cohen's d)	36
Tabelle 7: Raten Reliabler Verbesserung	38
Tabelle 8: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	39
Tabelle 9: Negative Effekte nach Gruppenzugehörigkeit	40
Tabelle 10: Belastung der Angehörigen	42

1 Projektziele

1.1 Hintergrund

Psychische Störungen sind mit bedeutsamen persönlichen, direkten und indirekten sowie volkswirtschaftlichen Folgen verbunden. Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen ist für fast alle psychischen Störungen wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden. Es ist gut belegt, dass Psychotherapie u. a. bei Angststörungen, Depression, Sucht, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen wirkt. Allerdings profitieren nicht alle Patient*innen gleichermaßen von einer Psychotherapie und nicht bei allen Patient*innen bleibt der während der Psychotherapie erreichte Therapieerfolg nach Abschluss der Therapie erhalten (Lambert, 2013). Studien in der deutschen Routineversorgung zeigen beispielsweise, dass für etwa 63 Prozent der Patient*innen durch eine Psychotherapie substantielle Verbesserungen der Symptome erreicht werden können, für 37 Prozent jedoch nicht (Altmann, Thielemann, & Strauß, 2016). Die Suche nach einem Platz bei ambulanten Psychotherapeut*innen ist für Patient*innen zudem oft mit langen Wartezeiten verbunden. Ziel des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes war daher u. a. durch eine Reform der Psychotherapie-Richtlinie den Zugang von Menschen mit psychischen Störungen zur ambulanten Psychotherapie zu verbessern. Ziel der Reform war es u. a., dass Patient*innen schneller einen ersten Termin bei Psychotherapeut*innen erhalten und kurzfristig abgeklärt werden kann, ob eine Behandlung notwendig ist. Durch die Reform konnten die Wartezeiten auf einen ersten Termin bei Psychotherapeut*innen deutlich reduziert werden. Die Wartezeit auf einen ersten Termin für eine Richtlinienpsychotherapie liegt jedoch weiterhin bei mehreren Monaten (BPtK, 2021). Dadurch stellt sich für viele Psychotherapeut*innen die Frage, wie sie in Anbetracht begrenzter zeitlicher Ressourcen den im Rahmen der Sprechstunde festgestellten akuten Behandlungsbedarf schnell und effektiv befriedigen, ihr Behandlungsangebot flexibel auf die Patient*innen abstimmen und Behandlungserfolge langfristig stabilisieren können. Befragungen zeigen, dass Psychotherapeut*innen interessiert und gewillt sind, diesen Anforderungen auch durch die Integration von onlinebasierten Modulen in die ambulante Behandlung zu begegnen (Topooco et al., 2017). So sehen Psychotherapeut*innen, die bereits Online-Module in ihrer Therapie genutzt haben, einen Vorteil dieser Behandlungsform in ihrem Potential, Versorgungslücken zu schließen (Titzler et al., 2018). BC, also die Kombination aus Online-Modulen und ambulanter Psychotherapie im direkten Kontakt (idK) kann verschiedene Formen annehmen. Dabei ist je nach individuellem Bedarf sowohl die Intensivierung der ambulanten Psychotherapie (z. B. wöchentliche Sitzungen idK erweitert durch Online-Module für zu Hause) als auch das Abwechseln von Online- und Präsenz-Sitzungen möglich. Psychotherapeut*innen, die BC im Rahmen von ersten Studien anwandten, gaben an, dass sie die zusätzlichen Online-Module als hilfreich empfanden, vor allem in den Bereichen Monitoring, Transfer von Therapieinhalten in den Alltag, Verfügbarkeit der therapeutischen Inhalte und Verbesserung der Therapiebeziehung durch eine offenere Interaktion auf Patient*innenseite (Schuster, Berger, & Laireiter, 2018; Titzler et al., 2018).

Trotz des vorhandenen Interesses und der erlebten Vorteile, spielt BC in der Versorgungsrealität kaum eine Rolle, da dem Einsatz unterschiedliche Gründe entgegenstehen:

- Die große Mehrheit der zur Verfügung stehenden Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) wurden als "Stand-Alone" Intervention konzipiert. Psychotherapeut*innen können ihren Patient*innen daher, wenn sie eine Indikation für ergänzende Online-Interventionen sehen, nur zu einer parallelen oder nach Therapieende erfolgenden Teilnahme raten, haben jedoch keine weiteren Gestaltungsmöglichkeiten bzgl. der dort behandelten Inhalte oder des Verlaufs der Online-Module. In den meisten Fällen haben sie nicht einmal Einblick in die dort angebotenen Themen und Aufgaben.
- Die große Mehrheit der DiGA beziehen sich auf eine einzelne Störung (z. B. Depression) oder ein einzelnes Problem. Dies spiegelt jedoch nicht die Wirklichkeit in psychotherapeutischen Praxen wider. Die Mehrheit der ambulanten Psychotherapiepatient*innen leidet unter mehr als einer Störung (Velten et al., 2018). Diese hohe Komorbidität psychischer Störungen erfordert eine transdiagnostische/störungsübergreifende Ausrichtung von Online-Modulen. Bislang verfügbare Online-Programme berücksichtigen dies nicht ausreichend.
- Schließlich fehlen, insbesondere für die in Deutschland zur Verfügung stehenden Online-Interventionen, bisher Daten zur Wirksamkeit von BC-Ansätzen in der Routineversorgung.

Zusammenfassend sind die vorhandenen Angebote kaum mit und im Sinne der Psychotherapeut*innen und ambulanten Patient*innen entwickelt worden. Damit ist es in der aktuellen Versorgungssituation nicht möglich, Patient*innen BC-Ansätze und damit assoziierte Vorteile zur Verfügung zu stellen. Diese bieten jedoch einen möglichen Lösungsansatz, um in der aktuellen Versorgungssituation vorhandene therapeutische Ressourcen flexibler einzusetzen und damit größere Therapieeffekte durch intensivere und erweiterte Therapieinhalte zu erreichen.

1.2 Ziele und Fragestellungen

Das zentrale, langfristige Ziel des geplanten Projekts war es, niedergelassenen Psychotherapeut*innen die Nutzung von störungs- und verfahrensübergreifenden Online-Modulen im Kontext ihrer ambulanten Tätigkeit zu ermöglichen, um damit das psychotherapeutische Angebot zu erweitern, und die Wirksamkeit der ambulanten Therapie zu stärken. Das Projekt verfolgte dabei das kurzfristige Ziel zu überprüfen, ob der zusätzliche Einsatz von Online-Modulen (BC) die Wirksamkeit der ambulanten Psychotherapie steigern kann.

Im durchgeführten Projekt wurden in einem ersten Schritt durch eine systematische Einbindung von Patient*innen und niedergelassenen Psychotherapeut*innen vorhandene transdiagnostische Online-Module angepasst, sodass sie optimal an dem Bedarf in der ambulanten Praxis orientiert waren. Die Online-Module wurden so ausgestaltet, dass sie verfahrens- und indikationsübergreifend einsetzbar sind. Über die enge Kooperation mit der

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wurde eine breite Einbindung von Psychotherapeut*innen erreicht und sichergestellt, dass die Online-Module den aktuellen fachlichen Anforderungen entsprechen und Psychotherapeut*innen aller Richtlinienverfahren zum Einsatz empfohlen werden können. In einem zweiten Schritt wurde der Einsatz von transdiagnostischen Online-Modulen in der psychotherapeutischen Behandlung systematisch evaluiert. Der Beitrag von Online-Modulen zum Therapieerfolg wurde anhand eines randomisiert-kontrollierten Designs untersucht. Dabei wurde BC mit konventioneller Psychotherapie idK verglichen. Um die Implementierung von BC langfristig zu fördern, verfolgte das Projekt das kurzfristige Ziel, den Aufwand, der mit der Integration von Online-Modulen in die Psychotherapie verbunden ist, zu bestimmen. Die Studie sollte folgende Forschungsfragen beantworten:

Primäre Forschungsfragen:

- Wie wird ein niederschwelliges Angebot der BC von Patient*innen und Psychotherapeut*innen in der psychotherapeutischen Versorgung genutzt? Wie viele und welche Module werden bei welchen Patient*innen eingesetzt?
- In welchem Maße kann die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie durch den zusätzlichen Einsatz von Online-Modulen intensiviert und stabilisiert werden?
- Sekundäre Forschungsfragen:
- Wie verändert sich das Leistungsspektrum (z. B. Frequenz und Anzahl von Sitzungen) von Psychotherapeut*innen durch den integrierten Einsatz von Online-Modulen in der psychotherapeutischen Versorgung?
- Welcher Sach- und Zeitaufwand entsteht, wenn Online-Module in die psychotherapeutische Versorgung integriert werden?
- Wie verändert sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einschließlich der Psychotherapiedauer von Patient*innen durch den Einsatz von Online-Modulen?

Explorative Forschungsfragen Nebenwirkungen:

- Gibt es Unterschiede in den von den Patient*innen bewerteten negativen Auswirkungen je nach Behandlungsformat (BC vs. Psychotherapie idK)?
- Gibt es Unterschiede in der Beziehung zwischen den von den Patient*innen bewerteten negativen Auswirkungen und psychischer Gesundheit und Lebenszufriedenheit je nach Behandlungsformat (BC vs. Psychotherapie idK)?

Explorative Forschungsfragen Angehörige:

- Wie belastet sind Angehörige von Patient*innen in Psychotherapie und wie verändert sich diese Belastung im Laufe der Psychotherapie?

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Tabelle 1: Projektpartner*innen

Name	Institution	Verantwortlichkeiten/Rolle
Konsortialpartner:		
Prof. Dr. Christine Knaevelsrud	Freie Universität Berlin, Arbeitsbereich Klinisch-psychologische Intervention	Projektleitung/Konsortialführung
Prof. Dr. Johanna Böttcher	Psychologische Hochschule Berlin, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie	Wissenschaftliche Leitung RCT und Weiterentwicklung/Anpassung Online-Module
Prof. Dr. Steffi Pohl	Freie Universität Berlin, Arbeitsbereich Methoden und Evaluation	Psychometrie
Prof. (FH) Gabor Kovacs	H6 Kommunikationsagentur	Technische Umsetzung & Mediendidaktische Aufbereitung
Kooperationspartner:		
AOK Bundesverband		Unterstützung bei technischer Weiterentwicklung und Hosting-Lösung der Online-Module.
BIG direkt gesund		Beratende Funktion bei Planung und Implementierung von e(Mental) Health-Projekten.
Bundespsychotherapeutenkammer		Anpassung der Online-Module und Rekrutierung von Psychotherapeut*innen.
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde		Anpassung der Online-Module und Rekrutierung von Psychotherapeut*innen.
IKK classic		Beratende Funktion bei Planung und Implementierung von e(Mental) Health-Projekten.
IKK Südwest		Beratende Funktion bei Planung und Implementierung von e(Mental) Health-Projekten.
Knappschaft		Beratende Funktion bei Planung und Implementierung von e(Mental) Health-Projekten.

Techniker Krankenkasse	Beratende Funktion bei Planung und Implementierung von e(Mental) Health-Projekten.
-------------------------------	--

Ansprechpartnerin für Rückfragen nach Projektende: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud
(christine.knaevelsrud@fu-berlin.de)

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

2.2.1 Allgemeinverständliche Beschreibung von PsyTOM

Im Projekt PsyTOM wurde mit TONI eine Online-Plattform entwickelt, die Online-Module und -Tools bereitstellt, die in der Psychotherapie eingesetzt werden können. Dabei können Psychotherapeut*innen TONI personalisieren, d.h. nur die Bausteine auswählen, die für die jeweilige Patient*in passen. Die Bausteine wurden so entwickelt, dass sie störungsübergreifend ausgerichtet sind und Problembereiche behandeln, die bei einer großen Bandbreite an psychischen Beschwerden eine Rolle spielen. Eine weitere Besonderheit ist, dass TONI verfahrensübergreifend entwickelt wurde, d.h. von Psychotherapeut*innen verschiedener Verfahren eingesetzt werden kann. Mit dem Einbezug von Psychotherapeut*innen und Patient*innen bei der Entwicklung sowie der personalisierbaren, störungsübergreifenden und verfahrensübergreifenden Ausrichtung ist TONI optimal auf die Bedürfnisse der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland ausgerichtet. Damit geht TONI über die bestehende Regelversorgung hinaus, die keine digitalen Angebote umfasst, die störungsübergreifend, personalisierbar und verfahrensübergreifend ausgerichtet sind und einen flexiblen Einsatz von BC ermöglichen.

2.2.2 Gewährleistung von Interoperabilität und offenen Schnittstellen

Alle Datentypen innerhalb des Content Management System können durch den Einsatz der bereits vorhandenen REST-API/Token Infrastruktur an andere Systeme angebunden werden, wenn zukünftige Forschungssetups oder Einsatzszenarien das erforderlich machen. Die Eintragung in das Interoperabilitätsverzeichnis vesta und das Informationsportal wurde geprüft. Sie ist nach unserer Einschätzung für das Projekt PsyTOM nicht erforderlich, da aktuell keine Schnittstelle zur gematik-Infrastruktur erforderlich war und somit nicht implementiert wurde. Eine ausführliche IT-Verfahrensdokumentation wurde vorgenommen, die das Vorgehen bei der technischen Realisierung sowie das Nachhaltigkeits-/Verwertungspotenzial des Projektes zusammenfasst.

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Um das übergeordnete Ziel des Projekts zu erreichen, wurden während der Projektdurchführung zwei aufeinander aufbauende Phasen durchlaufen, die nachfolgend beschrieben werden.

2.3.1 Phase 1: Partizipative Interventionsentwicklung

In einem mehrstufigen, partizipativen und iterativen Entwicklungsprozess entwickelten wir eine therapeutische Online-Intervention (TONI), die optimal auf zukünftige Nutzer*innen in der Praxis zugeschnitten sein sollte. Der Zeitraum der Datenerhebung erstreckte sich von Februar 2021 bis März 2022 und erfolgte durch Interviews, Fokusgruppen und abschließende Korrekturlesungen.

Der Entwicklungsprozess orientierte sich am IDEAS-Framework (Integrate, Design, Assess, and Share; Mummah et al., 2016), das nutzerzentrierte Entwicklung mit evidenzbasierten Strategien kombiniert. Zu Beginn wurden bestehende kognitiv-verhaltenstherapeutische Module als Ausgangsbasis herangezogen. Anschließend wurden qualitative Interviews mit psychodynamischen (n = 20) und systemischen (n = 9) Psychotherapeut*innen geführt, um Anforderungen an Online-Inhalte aus verschiedenen therapeutischen Perspektiven zu erheben.

Basierend auf der Sammlung von transdiagnostischen Online-Modulen und den Interviews entwickelten wir eine erste Version der Inhalte von TONI, einschließlich Ideen zu möglichen Funktionalitäten. Neben transdiagnostischen Modulen wie dem Verstehen und Bewältigen von Emotionen entwickelten wir Inhalte zu Kommunikation, Sexualität und Ressourcen. Wir präsentierten diese Ideen den Teilnehmer*innen in vier Fokusgruppen, zwei mit Psychotherapeut*innen verschiedener Verfahren (n = 10) und zwei mit Patient*innen (n = 10). Im Herbst 2021 wurde eine überarbeitete Version des Prototyps in einer zweiten Runde mit denselben Teilnehmer*innen erneut erprobt.

Zur Finalisierung der Inhalte wurde eine Korrekturschleife durchgeführt: Drei Psychotherapeutinnen unterschiedlicher Verfahren, zwei Patientinnen mit unterschiedlichen Diagnosen und Bildungshintergründen sowie ein Diversitätsexperte prüften die Texte der Module. Auf Basis dieser Rückmeldungen wurden sämtliche Inhalte überarbeitet und die finale Version der Intervention erstellt.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse dieser ersten Phase zur Interventionsentwicklung findet sich im Kapitel 4.1 und in der zugehörigen Publikation (Behr et al., 2023).

Zentrale Erkenntnisse waren:

- TONI soll eine gemeinsame therapeutische Sprache verwenden
- TONI soll spielerisch und interaktiv sein
- TONI soll transparent dahingehend sein, welche Daten von den Psychotherapeut*innen eingesehen werden können, um so die Autonomie der Patient*innen zu fördern
- TONI soll Verbindungen zu den Präsenzsitzungen herstellen
- Es soll keine Vorgaben darüber geben, wie die Online-Inhalte in der Psychotherapie verwendet werden sollen

Den Psychotherapeut*innen zufolge ist es uns gelungen, eine gemeinsame therapeutische Sprache zu verwenden und Prinzipien anzusprechen, die sich in den verschiedenen therapeutischen Verfahren überschneiden. Gemeinsame Prinzipien umfassten dabei Faktoren wie die Förderung der therapeutischen Allianz, von Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement sowie einen ressourcenbasierten Ansatz. Sie gaben uns einige spezifische Änderungswünsche zu einzelnen Formulierungen und Instruktionen. Die Patient*innen bemerkten, dass die Texte insgesamt leicht verständlich waren und gut in die ambulante Psychotherapie passten. Der Diversitätsexperte gab uns Feedback zu sensiblerer Sprache, beispielsweise bezüglich Geschlecht (z.B. „trans*“ statt „transgender“). Darüber hinaus wirkten unsere Fallbeispiele zu heteronormativ, eine Person mit Behinderungen fehlte, und die Tatsache, dass manchen Menschen aufgrund ihres Hintergrunds Chancen verwehrt werden, wurde nur vage angesprochen. Basierend auf diesem Feedback wurden alle Interventionstexte finalisiert. BC Intervention „TONI“

Die BC Intervention „TONI“ besteht aus 12 transdiagnostischen Modulen (siehe Abbildung 1) und zusätzlichen Funktionen wie einem Tagebuch, einem Notfallkoffer und verschiedenen Trackern zur Protokollierung, wie z.B. der Stimmung, Anspannung, oder des Schlafs. Eine ausführliche Beschreibung aller Module befindet sich in unserem Studienhandbuch für teilnehmende Psychotherapeut*innen in Anlage 3. Bildliche Eindrücke aus der Intervention finden sich in Anlage 4. Innerhalb der Intervention verwenden wir eine gemeinsame therapeutische Sprache und vermeiden Begriffe, die spezifisch für eine der therapeutischen Verfahren sind. Wir halten die Texte dabei so einfach und kurz wie möglich. Der Inhalt wird durch andere Medien wie Videos, Audios oder interaktive Übungen vermittelt. Unter folgendem Link sind alle Videos und Audios der TONI-Anwendung abgelegt: <https://box.fu-berlin.de/s/csFEdTCALSapz2k> (Anlage 9 enthält zudem eine Übersicht über alle Projektentwicklungen mit zugehörigem Link). Wir erstellten zudem sieben Fallbeispiele mit unterschiedlichen Symptomen und Lebensbedingungen, die die Nutzer*innen innerhalb der Intervention begleiten. Bei der Gestaltung der Fallbeispiele sowie Illustrationen in TONI wurde auf Vielfalt in Bezug auf Ethnizität, sexuelle Orientierung, Alter und Bildungsstand geachtet, um Psychotherapiepatient*innen mit verschiedenen Hintergründen anzusprechen. Innerhalb der Intervention werden immer wieder Bezüge zu den Sitzungen idK hergestellt, z. B. mit reflektierenden Fragen am Ende jedes Kapitels und Vorschlägen, Aspekte in der Sitzung zu beobachten, um die Online-Inhalte eng mit den Sitzungen idK zu integrieren.



Abbildung 1: Finale transdiagnostische Online-Module

2.3.2 Phase 2: Die randomisiert kontrollierte Studie

Basierend auf Phase 1, der Interventionsentwicklung, führten wir eine randomisiert kontrollierte Studie (randomized controlled trial; RCT) durch. Die ausführliche Darstellung der Methodik findet sich im nächsten Punkt.

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen

Ein späterer Einstellungsvorgang an den beteiligten Institutionen, minimale Verzögerungen bei der technischen Entwicklung und Rekrutierung sorgten in Summe dafür, dass für das Projekt eine Verlängerung beantragt wurde. Die Befragung wurde über die im Antrag vorgesehene Befragung von Patient*innen und Psychotherapeut*innen auf Angehörige ausgeweitet. Hinsichtlich der Rekrutierung ist es gelungen, die Fallzahl der anvisierten Patient*innen zu erreichen. Um dies zu unterstützen, wurde die Rekrutierung auf GKV Versicherte Patient*innen aus Kostenerstattungspraxen ausgeweitet. Um die Psychotherapeut*innen bei der Implementierung von BC zu unterstützen wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen: Es wurde ein Handbuch erarbeitet, das den Psychotherapeut*innen postalisch zugesandt wurde. Es wurden Schulungsvideos produziert und bereitgestellt, auf die die Teilnehmenden dauerhaft zugreifen konnten. Auf Wunsch der Psychotherapeut*innen wurden außerdem regelmäßig Live Online-Schulungen angeboten. Bei Fragen stand das Studienpersonal per Email und Telefon zur Verfügung. Da es den Psychotherapeut*innen freistand, wie Sie TONI nutzten, gab es zwar Empfehlungen, wie BC implementiert werden kann, aber keine Vorgaben. Wie in Punkt 4.1.1 dargestellt, erhielten über 90% der Patient*innen in der BC Bedingung mindestens ein Online-Kapitel. In den qualitativen Interviews (siehe 4.1.4 und 4.1.5) wurde gleichzeitig deutlich, dass die

Implementierung von BC in der Routineversorgung zum Teil mit Herausforderungen verbunden war (z.B. hinsichtlich zeitlicher Ressourcen).

3 Methodik

3.1 Studiendesign

Es wurde eine parallele, zweiarmige, randomisierte kontrollierte Überlegenheitsstudie durchgeführt, um die Wirksamkeit von BC im Vergleich zur Psychotherapie im direkten Kontakt (treatment as usual, TAU) in Deutschland zu untersuchen. Die Studie wurde im Deutschen Register klinischer Studien registriert (DRKS00028536, registriert am 07.06.2022). Die Ethikkommission der Psychologischen Hochschule Berlin hat die Studie genehmigt (EK202121). In einem Study Protocol wurde der Ablauf der Studie vor Beginn der Rekrutierung detailliert beschrieben (Schaeuffele et al., 2022).

3.2 Zielpopulation

Die Zielpopulation dieser Studie umfasste Psychotherapeut*innen aller anerkannter Psychotherapieverfahren in der routinemäßigen Versorgung in Deutschland und deren Patient*innen. Teilnehmende Psychotherapeut*innen nahmen an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil und hatten Zugang zum Internet. Patient*innen mussten über 18 Jahre alt sein, Zugang zum Internet haben und ausreichende Deutschkenntnisse besitzen.

3.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien für Psychotherapeut*innen:

- Teilnahme an Routinepsychotherapie in Deutschland
- Zugang zum Internet in der Praxis

Einschlusskriterien für Patient*innen:

- Alter über 18 Jahre
- Zugang zum Internet
- Ausreichende Deutschkenntnisse
- Fähigkeit, zu lesen und zu schreiben

Ausschlusskriterien:

Da es sich um eine naturalistische Studie in der Routineversorgung handelt, gab es keine Ausschlusskriterien in Bezug auf Diagnosen oder Schwere der Symptome.

3.4 Fallzahlen und Drop-Out

Wir gingen davon aus, dass BC der Psychotherapie idK hinsichtlich der psychischen Belastung mit einem zusätzlichen Effekt von $d = 0,2$ überlegen sein würde. Es werden 400 Patient*innen

pro Gruppe benötigt, um diesen Effekt 6 Monate nach der Randomisierung in einer randomisierten kontrollierten Studie mit einem t-Test und einem Alpha-Wert von 0,05 (zweiseitig) nachzuweisen. Die Nestung der Patient*innen in Psychotherapeut*innen wurde durch die Berücksichtigung von Psychotherapeut*innen-Effekten einbezogen: Eine angenommene durchschnittliche Fallzahl von 5 neuen Patient*innen pro Jahr und eine Intraklassenkorrelation (intra-class-correlation; ICC) von 0,05 (Schiefele et al., 2017) ergeben einen Designeffekt von 1,2 [Designeffekt = $1 + (nC - 1) \times ICC = 1 + (5 - 1) \times 0,05 = 1,20$]. Zusätzlich wurde eine Drop-Out-Rate von 20% angenommen. Dies führt zu einer erforderlichen Stichprobengröße von mindestens ($400 \times \text{Designeffekt} \times \text{fehlende Werte} = 400 \times 1,2 \times 1,2$) 1152 Patient*innen (ca. 231 Psychotherapeut*innen), um den angenommenen Effekt von $d = 0,2$ nachzuweisen.

3.5 Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung

Die Rekrutierung der Psychotherapeut*innen erfolgte über die Bundes- und Landespsychotherapeutenkammern, DGPPN und weitere Berufsverbände mittels E-Mail-Newslettern, Flyern und Informationsveranstaltungen. Nach der Registrierung der Psychotherapeut*innen auf der Studienplattform rekrutierten diese ihre Patient*innen innerhalb der Probatorik. Die Randomisierung erfolgte auf Patient*innenebene in einem 1:1-Verhältnis zu den Gruppen BC oder TAU. Blockrandomisierung mit einer Blockgröße von vier wurde verwendet, um sicherzustellen, dass jede*r Psychotherapeut*in Patient*innen beider Gruppen behandelte. Patient*innen mussten während der ersten Sitzungen mit ihren Psychotherapeut*innen eingeschlossen werden. Die teilnehmenden Patient*innen und Psychotherapeut*innen gaben vor der Teilnahme eine elektronische Einwilligungserklärung ab. Nach der Einwilligung füllten Patient*innen eine Erhebung aus und wurden anschließend 1:1 automatisiert von der Online-Plattform mit einem „hard coded“ Randomisierungsalgorithmus zu BC oder Psychotherapie idK randomisiert. Aufgrund der Art der Studie konnten weder Patient*innen noch Psychotherapeut*innen verblindet werden.

3.6 Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte

Über die Studiendauer hinweg haben Patient*innen, Psychotherapeut*innen und Angehörige auf der TONI-Plattform eine Reihe von Fragebögen ausgefüllt, um verschiedene Aspekte der Therapie und des Behandlungserfolgs zu erfassen. Für Patient*innen in der BC Gruppe hatten die Psychotherapeut*innen die Möglichkeit, die Fragebogeneingaben ihrer Patient*innen einzusehen. Im Folgenden werden die verwendeten Fragebögen vorgestellt. Tabelle 2 bietet einen Überblick darüber, welche Fragebögen zu welchen Messzeitpunkten ausgefüllt wurden.

Messzeitpunkte waren: Baseline (t0), nach 6 Wochen (t1), nach 12 Wochen (t2), nach 6 Monaten (t3) und bei Patient*innen die früh eingeschlossen wurden, nach 12 Monaten (t4). Die Datenerhebung erfolgte online über die TONI-Plattform. Fragebögen wurden zu den oben genannten Zeitpunkten ausgefüllt. Qualitative Interviews wurden telefonisch durchgeführt und aufgezeichnet.

3.6.1 Befragung der Patient*innen

Primäre und sekundäre Fragestellungen wurden mit Hilfe der folgenden Fragebögen geprüft. Weitere Fragebögen u.a. zu transdiagnostischen Symptomen und Wirkmechanismen wurden explorativ eingesetzt und werden hier nicht detailliert berichtet. Sie sind jedoch ausführlich im Study Protocol (Schaeuffele et al., 2022) dargestellt.

Primärer Endpunkt: Psychische Belastung nach 6 Monaten gemessen durch den zusammengesetzten addierten Score des Patient Health Questionnaire (PHQ-8) und des Generalized Anxiety Screener (GAD-7).

Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8): Der PHQ-8 (deutsche Version: Gräfe et al., 2004) ist ein acht Items umfassendes Screening-Tool zur Beurteilung depressiver Symptome. Die Teilnehmer*innen beantworten Fragen zu ihrem emotionalen Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen auf einer 4-Punkte-Skala (0 = "überhaupt nicht"; 3 = "fast jeden Tag").

Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7): Der GAD-7 (deutsche Version: Löwe et al., 2008) ist ein sieben Items umfassendes Screening-Instrument für Angstsymptome. Die Teilnehmer*innen bewerten das Auftreten von Angstsymptomen in den letzten zwei Wochen auf einer 4-Punkte-Skala (0 = „überhaupt nicht; 3 = „fast jeden Tag“).

Sekundäre Endpunkte:

- Satisfaction with Life Scale (SWLS): Die SWLS (deutsche Version: Glaesmer et al., 2011) misst die allgemeine Lebenszufriedenheit einer Person auf einer siebenstufigen Likert-Skala.
- Assessment of Quality of Life (AQoL-8D): Das AQoL-8D (Richardson et al., 2014) ist ein 35 Items umfassendes Instrument zur Beurteilung der Lebensqualität in acht Dimensionen.
- Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8): Der ZUF-8 (Schmidt & Wittmann, 2002) erfasst die Zufriedenheit der Patient*innen mit der Behandlung.
- Negative Effects Questionnaire (NEQ): Der NEQ (Rozenal et al., 2019) erfasst negative Effekte, die bei psychologischen Interventionen auftreten können.
- System Usability Scale (SUS): Die SUS (Bangor et al., 2008) erfasst die Benutzerfreundlichkeit von Systemen (hier der TONI-Plattform)
- FIMPsy: Der FIMPsy (Grupp et al., 2018) erhebt die Inanspruchnahme medizinischer und nicht medizinischer Versorgungsleistungen bei psychischen Erkrankungen.

Zusätzlich zu den Fragebögen wurden außerdem unterschiedliche Nutzungsparameter erhoben, die beschreiben, wie intensiv die unterschiedlichen Elemente der TONI Plattform genutzt wurden. Unter anderem wurden hier Art und Anzahl verschriebener und angefragter Module, Art und Anzahl angefragter Module, Nutzungsdauer, Anzahl durchgeführter Module und Kapitel, angepinnte Seiten, Anzahl der Tracker- und Tagebucheinträge, Anzahl der gesendeten Nachrichten erhoben.

3.6.2 Befragung von Psychotherapeut*innen

- Nutzungsdauer: Erfasst die Zeit, die Psychotherapeut*innen mit der Nutzung der TONI-Plattform verbracht haben.

- Diagnose-Fragebogen: Dokumentiert die Diagnosen der Patient*innen.
- Clinical Global Impression Scale (CGI-S und CGI-C): Bewertet den Schweregrad der Erkrankung und die Veränderung des Zustands der Patient*innen.

3.6.3 Befragung von Angehörigen

- Psychische Belastung: Bewertet die eigene psychische Belastung der Angehörigen mittels GAD-7 und PHQ-8.
- Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ): Erfasst die Auswirkungen der Pflege der Patient*innen auf die Angehörigen.

3.6.4 Qualitative Interviews

Im Rahmen von PsyTOM wurden zwei Interviewstudien durchgeführt.

3.6.4.1 Einschlusskriterien bei BC – für wen eignet sich Blended Care?

Unser Ziel mit dieser Interviewstudie war es, ein tieferes Verständnis dafür zu gewinnen, welche Faktoren Psychotherapeut*innen berücksichtigen, wenn sie Patient*innen zur Teilnahme an BC einladen. Zu diesem Zweck führten wir Interviews mit sieben Psychotherapeut*innen mit einem psychodynamischen und sieben Psychotherapeut*innen mit einem kognitiv-behavioralen Hintergrund. Der Interviewleitfaden befindet sich in Anlage 5.

3.6.4.2 Hilfreiche und Hinderliche Faktoren bei BC

In dieser Interviewstudie wurden Psychotherapeut*innen und Patient*innen über ihre Erfahrungen mit der BC Intervention befragt. Neun strategisch ausgewählte Psychotherapeut*innen berichteten von ihren Erfahrungen und ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung. Zwanzig strategisch ausgewählte Patient*innen wurden zu ihren Erfahrungen, wahrgenommenen Veränderungen sowie Vor- und Nachteilen der Behandlung befragt. Die Interviewleitfäden finden sich in Anlage 6. Die Auswahl der Psychotherapeut*innen erfolgte über ein strategisches Sampling, bei dem die unterschiedlichen Verfahren berücksichtigt wurden. Bei Verhaltenstherapeut*innen wurde eine Zufallsauswahl aus einem Pool von 35 Personen gezogen, tiefenpsychologisch fundierte und systemische Therapeut*innen wurden gezielt angesprochen, um die Bandbreite therapeutischer Perspektiven abzudecken. Eingeschlossen wurden nur Therapeut*innen, die TONI über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten aktiv genutzt und mindestens eine Patient*in eingeschlossen hatten. Die Patient*inneninterviews wurden mit Personen geführt, die an der BC-Bedingung im RCT teilgenommen hatten. Auch hier wurde strategisch ausgewählt: Es wurden Personen mit unterschiedlichem Alter, Geschlecht, Bildungshintergrund, Diagnosen und sowohl Responder als auch Non-Responder eingeladen. Die Einteilung der Patient*innen in Responder und Non-Responder erfolgte auf Basis des Reliable Change Index (RCI), berechnet anhand der GAD-7- und PHQ-8-Werte von Prä- zu Postmessung im RCT. Als Responder galten Patient*innen mit einer Verbesserung von mindestens 6 Punkten im GAD-7 oder mindestens 7 Punkten im PHQ-8. Die Zielgröße der qualitativen Interviews orientierte sich am Prinzip der theoretischen Sättigung. Es wurde angestrebt, so lange Interviews zu führen, bis keine neuen inhaltlichen Aspekte mehr auftraten. In der Praxis wurden alle Therapeut*innen einbezogen, die auf die Einladungen zur Teilnahme reagierten. Für die Patient*inneninterviews wurde eine Zielgröße

von zehn Teilnehmenden pro Subgruppe (Responder, Non-Responder) gewählt, was gängigen Empfehlungen für thematisch fokussierte Interviewstudien entspricht. Die Interviews wurden im Zeitraum Frühjahr bis Sommer 2023 von Masterstudierenden durchgeführt. Die Interviews wurden telefonisch geführt und dauerten zwischen 20 und 45 Minuten. Sie wurden vollständig audiographisch aufgezeichnet, anschließend wörtlich transkribiert und pseudonymisiert.

Tabelle 2: Übersicht für Einschluss, Randomisierung und Befragungen

		Ein- schluss	Rando mi- sierung	Befragungen				
Befragung/Handlung		-t1	0	t1	t2	t3	t4	andere
Einschluss:	Screening Einschluss							
	Einwilligungserklärung	X						
	Randomisierung		X					
Interventionen:	TAU							
	BC							
Befragungen der Psychotherapeut*innen	Soziodemo-grafische Daten	X						
	CGI-S	X		X	X	X	X	
	CGI-C			X	X	X	X	
	Beschreibung der Probleme der Patient*innen	X						
	Erwartung von Behandlungserfolg und Dropout	X						
	NEQ					X		
	SUS					X		
	Nutzungsdauer					X		
Befragung der Patient*innen	Soziodemografische Daten	X						
	Erwartung von Behandlungserfolg und Dropout	X						
	PHQ-ADS (PHQ-8 & GAD-7)	X		X	X	X	X	
	SWLS	X		X	X	X	X	
	AQoL-8D	X		X	X	X	X	
	FIMPsy	X				X	X	
	NEQ					X		
	Veränderung					X	X	

	SUS					X		
Befragung von Angehörigen	Soziodemografische Daten	X						
	Eigene Psychische Belastung PHQ-ADS (GAD-7 & PHQ-8)	x				x		
	IEQ	x				x		
	NEQ					x		

3.7 Statistische Analysen

3.7.1 Hauptanalysen

Alle Analysen wurden mit R Version 4.4.1 (R Core Team, 2013) durchgeführt. Für die Hauptanalysen haben wir Daten aller randomisierten Patient*innen eingeschlossen (Intention-to-treat (ITT)-Analyse) und die Analysen blind bezüglich der Zuordnung zur Interventionsgruppe durchgeführt. Analysen zur Nutzung von TONI wurden separat nach Abschluss der Hauptanalysen durchgeführt. Zunächst prüften wir die Unabhängigkeit der Beobachtungen im Hinblick auf mögliche Clustereffekte durch Therapeut*innen in einem Mischmodell mit zufälligen Effekten für Patient*in und Therapeut*in. Die Intraklassenkorrelationen (ICC) waren für die meisten Outcomes vernachlässigbar (< 0.05); nur für den durch Therapeut*innen eingeschätzten Schweregrad (CGI-S) war der Clustereffekt leicht erhöht (ICC = 0.127). Aufgrund der insgesamt geringen ICC-Werte wurde dieser Effekt in den weiteren Analysen nicht berücksichtigt. Vor der Datenanalyse wurden die fehlenden Werte der primären und sekundären Ergebnisse mittels multipler Imputation mit Predictive Mean Matching im mice-Paket für R imputiert (van Buuren & Groothuis-Oudshoorn, 2011). Die hierarchische Datenstruktur wurde dabei berücksichtigt, wobei die Patient*innen-ID als Cluster-Variable definiert wurde. Die für die Imputation verwendeten Variablen lassen sich in zwei Gruppen unterteilen: (1) Fragebögen zur Erhebung klinisch relevanter Variablen (siehe vollständige Übersicht der Fragebatterie auf OSF). Für die Imputation wurden die Angaben der Patient*innen verwendet – mit Ausnahme des WAI-SR, bei dem Daten der Therapeut*innen einbezogen wurden. Auf Item-Ebene wurden fehlende Werte durch andere Items derselben Skala oder Subskala imputiert; zur Vermeidung von Kollinearität wurden Items anderer Skalen nur anhand von Skalen- oder Subskalenwerten imputiert. Skalen- und Subskalenwerte wurden passiv imputiert. (2) Zusätzlich wurden demografische und medizinische Merkmale sowie studienbezogene Variablen einbezogen: Alter, Geschlecht, Wohnort, sozioökonomischer Status, Erwerbsstatus, Beziehungsstatus, Bildungsstand, Entfernung zur Praxis, bevorzugte und angewandte PT-Methode, Vorliegen früherer Erkrankungen, familiäre Krankheitsgeschichte, Medikation, Therapieabbruch, Diskriminierungserfahrungen sowie Therapiebeteiligung. Die Variablenauswahl basierte weitgehend auf theoretischen Überlegungen; bei den Erkrankungen wurden zusätzlich signifikante Korrelationen mit Outcomes berücksichtigt. Pro fehlendem Wert wurden 30 Werte imputiert. Die Imputation erfolgte für zeitpunkt- und patientenbezogene Variablen mit Predictive Mean Matching. Die Konvergenz der Imputation war gegeben (Potenzial Scale Reduction Factor < 1.1). Die Imputation wurde auf dem Hochleistungscluster der Freien Universität Berlin durchgeführt.

(Bennett et al., 2020). Obwohl wir Patient*innen randomisiert auf Interventionsgruppen verteilt haben, überprüften wir alle Ausgangsvariablen auf Unterschiede zwischen den Gruppen. Variablen mit Gruppenunterschieden von mindestens einer kleinen Effektgröße wurden in den nachfolgenden Analysen kontrolliert. Zur Bewertung der Effektivität von BC versus TAU führten wir "linear mixed models" durch (Bates, Mächler, Bolker & Walker, 2015). Für jedes primäre und sekundäre Outcome wurde eine separate Analyse durchgeführt. Die Prädiktoren in den „random intercept“-Modellen umfassten den Zeitpunkt, die Studiengruppe und deren Interaktion. Zusätzlich wurde der Bildungsstand als Kovariate aufgenommen, da zwischen den beiden Studiengruppen signifikante Unterschiede in dieser Variablen bestanden. Es wurde ein Random-Intercept-Modell mit zufälligem Intercept pro Patient*in geschätzt. Innerhalb-Person-Residuals zu verschiedenen Zeitpunkten wurden als unabhängig und identisch verteilt angenommen. Für die Modelle wurde eine unstrukturierte Kovarianzstruktur angenommen. Die Ergebnisse wurden gemäß den Imputationspooling-Richtlinien von van Buuren & Groothuis-Oudshoorn (2011, Abschnitt 5.3) über die Imputationen hinweg gepoolt. Die Schätzung der Varianz folgte den Regeln von Rubin (1987, S. 76). Zur Berechnung der Effektstärken (Cohen's d) wurden zunächst geschätzte Mittelwerte der gepoolten Modelle mit dem emmeans-Paket ermittelt (Lenth, 2025). Anschließend wurden t-Tests durchgeführt, um Mittelwertsunterschiede zu testen – innerhalb der Zeitpunkte zwischen Gruppen sowie innerhalb der Gruppen über Zeitpunkte hinweg. Für die Signifikanztests wurde eine multivariate t-Verteilungskorrektur angewandt (Kotz & Nadarajah, 2004). Die Freiheitsgrade wurden mithilfe der Kenward-Roger-Approximation geschätzt. Zur Berechnung der Response Raten wurde gemäß Jacobson & Truax (1991) eine Kombination aus dem Reliable Change Index (RCI) von Baseline bis 6-Monats-Messung und dem Erreichen eines klinischen Cut-offs zur Bestimmung des Therapieerfolgs verwendet. Als „genesen“ galten Patient*innen mit $RCI > 1.96$ und einem Wert unterhalb des Cut-offs bei 6 Monaten. Als „reliabel verbessert“ galten Patient*innen mit $RCI > 1.96$, deren Werte aber noch über dem Cut-off lagen. Als „reliabel verschlechtert“ wurden Patient*innen mit einem $RCI < -1.96$ klassifiziert. Alle übrigen Patient*innen galten als unverändert. Für GAD-7 ($\alpha = .89$) und PHQ-8 ($\alpha = .88$) wurden die internen Konsistenzen der jeweiligen Validierungsstudien verwendet; als Standardabweichungen dienten die beobachteten Baseline-Werte der Stichprobe.

3.7.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Für den Vergleich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Patient*innen in der BC-Gruppe mit Patient*innen in der TAU-Gruppe, wurden für jeden Leistungsbereich Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt. Inanspruchnahme Daten sind typischerweise rechtsschief (die meisten Personen nehmen keine oder sehr wenige Leistungen in Anspruch und wenige Personen nehmen viele Leistungen in Anspruch), so dass hier non-parametrische Verfahren Anwendung finden. Um die Frage zu beantworten, ob BC zu einer veränderten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt, wurden Analysen zu 10 Leistungsbereichen durchgeführt, die aufgrund von psychischen Problemen beansprucht wurden (Hilfe durch Angehörige, Hilfe durch Haushaltskraft, Kontakte zu Psychiater*in, Neurolog*in, Hausärzt*in, anderen Ärzt*innen, PIA, sowie Aufenthalte in Krankenhäusern, Sucht-Rehabilitation und anderer Rehabilitation). Unplausible Werte (z.B. mehr als 7 Tage/Woche Unterstützung wurden entfernt (insgesamt 9 unplausible Werte für Item 1). Kontakte zu Psychotherapeut*in (Item 3) wurden nicht analysiert, da diese Information über

die Psychotherapeut*innen bereits vorlag. Das alpha-Level wurde Bonferroni korrigiert $p=0.05/10=0.01$.

3.7.3 Prozessevaluation

Psychotherapeut*innen und Patient*innen wurden hinsichtlich ihrer Erfahrungen und Zufriedenheit mit der Behandlung befragt (siehe Punkt 3.6.4.2). Die qualitative Auswertung der Interviews erfolgt mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018). Ziel dieses Vorgehens ist es, umfangreiche Textdaten systematisch zu strukturieren und zentrale thematische Inhalte herauszuarbeiten. Zu Beginn werden auf Basis der Interviewleitfäden (siehe Anlage 6) deduktiv Hauptkategorien sowie erste Subkategorien definiert. Diese orientieren sich an den thematischen Schwerpunkten der Leitfragen. Ergänzend werden weitere deduktive Subkategorien aus spezifischen Filterfragen abgeleitet. Anschließend erfolgt eine erste grobe Codierung des Materials entlang dieser deduktiv entwickelten Kategorien. In einem iterativen Verfahren werden im weiteren Verlauf zusätzliche Subkategorien induktiv aus dem Textmaterial herausgearbeitet. Diese entstehen dort, wo inhaltlich relevante Aussagen nicht durch bestehende Kategorien abgedeckt werden, und erweitern das Kategoriensystem um materialgeleitete Aspekte. Durch die Kombination von deduktiven und induktiven Analyseschritten wird gewährleistet, dass sowohl theoretisch fundierte als auch empirisch begründete Inhalte Berücksichtigung finden. Die Codierung und Kategorisierung erfolgt mit Unterstützung der qualitativen Datenanalysesoftware MAXQDA 2024 (VERBI Software, 2021). Berichtet werden die Ergebnisse entsprechend der COREQ-Kriterien (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research; Tong et al., 2007) in geplanten Publikationen.

3.7.4 Nebenwirkungen

Für die explorativen Analysen der Nebenwirkungen untersuchten wir $N = 760$ Patient*innen, die den Fragebogen zu Nebenwirkungen (NEQ) zum t3 Zeitpunkt ausfüllten. Davon befanden sich $n = 377$ Patient*innen in der BC-Gruppe und $n = 383$ Patient*innen in der TAU-Gruppe. Um die Anzahl und Charakteristika der Nebenwirkungen zu untersuchen, die mit der Behandlung in Verbindung gebracht wurden, verwendeten wir deskriptive Statistiken. Da die Annahmen zur Normalverteilung verletzt wurden, führten wir Mann-Whitney-U-Tests durch. Dabei verwendeten wir die Anzahl an Nebenwirkungen, sowie deren subjektive Auswirkung als abhängige Variablen und die Gruppe (BC vs. TAU) als unabhängige Variable. Die gleichen Analysen führten wir auch für die verschiedenen Subskalen des NEQ durch (Symptome, Hoffnungslosigkeit, Abhängigkeit, Stigma, Qualität). Mittels linearer Regressionsanalysen untersuchten wir weiterhin den Zusammenhang zwischen der Anzahl und der Auswirkung negativer Effekte und der psychischen Belastung sowie Lebenszufriedenheit 6 Monate nach Randomisierung je nach Studiengruppe.

3.7.5 Angehörige

Die Patient*innen in beiden Bedingungen konnten eine*n Angehörige*n zur Teilnahme an Befragungen vor (t0) und nach der Therapie (t3) einladen. Den Angehörigen wurden dabei drei Fragebögen zur psychischen Belastung vorgelegt. $N=61$ Angehörige folgten dieser Einladung und füllten den GAD-7 zur Messung der Ängstlichkeit, den PHQ-8 zur Erfassung der

Depressivität und den Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ) aus. Dieses 31 Items umfassende Instrument misst die Belastung von Angehörigen von Patient*innen mit psychischen Störungen in vier Domänen: Drängen/urging (z. B. „Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen Ihren Angehörigen ermutigt, sich um sich selbst zu kümmern?“), Überwachung/supervision (z. B. „Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen darauf geachtet, dass die Person ausreichend Schlaf bekommt?“), Spannung/tension (z. B. „Wie oft hat die Person in den letzten vier Wochen einen Streit verursacht?“) und Sorgen/worrying (z. B. „Wie oft haben Sie sich in den letzten vier Wochen um die Sicherheit der Person gesorgt?“). Ein Gesamtsummenwert, der die gesamte Belastung widerspiegelt, kann auf der Basis von 27 der 31 Items berechnet werden (Bernert et al., 2001). Die Fragen, ob sich die Belastung der Angehörigen über den Verlauf der Therapie verändert und ob diese Veränderung in den zwei Behandlungsgruppen unterschiedlich ausgeprägt ist, wurde anhand von gemischten linearen Modellen untersucht. Dabei wurden Zeit, Gruppe und deren Interaktion als feste Effekte in einem "random intercept" Modell berücksichtigt. Für GAD-7, PHQ-8, den IEQ-Gesamtscore und seine vier Subskalen wurden getrennte Modelle gerechnet. Für die Analyse der IEQ-Werte wurde der alpha-Wert Bonferroni korrigiert $p=0.05/5=0.01$.

4 Projektergebnisse

4.1 Ergebnisse der partizipativen Interventionsentwicklung

Im Rahmen der ersten Projektphase wurde in einem mehrstufigen partizipativen Prozess die therapeutische Online-Intervention TONI entwickelt. Ziel war es, Inhalte zu gestalten, die sowohl transdiagnostisch als auch für verschiedene therapeutische Verfahren geeignet sind.

In den Interviews mit 20 psychodynamischen und 9 systemischen Psychotherapeutinnen zeigte sich, dass eine schulübergreifende Anwendung insbesondere dann möglich erscheint, wenn TONI bestimmte Anforderungen erfüllt. So wurde der Wunsch nach einer gemeinsamen therapeutischen Sprache geäußert, die unabhängig vom Therapieverfahren anschlussfähig ist. Darüber hinaus sollte die Intervention spielerisch und interaktiv gestaltet sein und Patientinnen klar vermitteln, welche Daten durch die Therapeut*innen einsehbar sind, um deren Autonomie zu wahren. Weitere zentrale Anforderungen waren, dass TONI inhaltlich mit den Präsenzsitzungen verknüpft werden kann und dass keine starren Vorgaben gemacht werden, wie die Module im therapeutischen Prozess einzusetzen sind.

Die Fokusgruppen mit Patient*innen und Psychotherapeut*innen bestätigten viele dieser Punkte und ergänzten weitere Aspekte: TONI sollte eine einfache, inklusive Sprache verwenden, Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Hintergründen ansprechen, flexibel auf individuelle Bedürfnisse anpassbar sein, ein professionelles, aber warmes Design aufweisen und einen hohen Datenschutzstandard gewährleisten. Außerdem wurden Inhalte zu Themen wie Ressourcen, Kommunikation und Sexualität als wichtig erachtet.

In der finalen Korrekturrunde wurden die überarbeiteten Module von drei Psychotherapeutinnen, zwei Patientinnen und einem Diversitätsexperten geprüft. Dabei bestätigten die Therapeutinnen, dass zentrale Prinzipien wie Selbstwirksamkeit, Selbstmanagement, Ressourcenorientierung und therapeutische Allianz in den Modulen

enthalten sind. Die Patientinnen beschrieben die Inhalte als leicht verständlich und passend für die ambulante Psychotherapie. Der Diversitätsexperte empfahl u. a. sprachliche Anpassungen wie die Verwendung von „trans*“ statt „transgender“ und wies auf fehlende Diversität in den Fallbeispielen hin, etwa in Bezug auf Behinderung oder soziale Ungleichheit. Diese Hinweise wurden im weiteren Verlauf vollständig berücksichtigt und eingearbeitet.

Die Ergebnisse dieses umfassenden partizipativen Prozesses zeigen, dass durch die Einbindung unterschiedlicher Perspektiven eine Intervention entwickelt werden konnte, die eine hohe Anschlussfähigkeit für therapeutische Praxis und Patient*innenerleben aufweist.

Eine vollständige Übersicht der Kategorien, Subkategorien und zugehörigen Zitate aus den Interviews und den Fokusgruppen ist in Anhang 8 dargestellt. Eine ausführliche methodische Beschreibung und Diskussion des Entwicklungsprozesses findet sich bei Behr et al. (2024) und Fenski et al. (2023).

4.2 Wie wurde TONI genutzt?

4.2.1 Darstellung der Nutzungsdaten

Die TONI Plattform erlaubt es Psychotherapeut*innen, Module oder Kapitel innerhalb von Modulen ihren Patient*innen zuzuweisen. Darüber hinaus können Patient*innen ihre Psychotherapeut*innen bitten, ein Modul zuzuweisen. Hierzu sehen die Patient*innen in ihrer Modulübersicht (siehe Anlage 4: Modulansicht aus Patient*innensicht) zu allen Modulen eine kurze Beschreibung. Bei Interesse können Patient*innen dann entsprechende Module über einen Klick bei ihren Psychotherapeut*innen anfragen. Die Psychotherapeut*innen erhalten hierzu eine Benachrichtigung und entscheiden, ob sie die angefragten Module zu diesem Zeitpunkt freigeben möchten. Im TONI-Handbuch (siehe Anlage 3: Handbuch) stellten wir Empfehlungen zur optimalen Nutzung von BC zur Verfügung (Beispiel: Klären Sie zu Beginn, wie Ihre Patient*innen TONI konkret nutzen sollen: Wie oft sollen Ihre Patient*innen mit TONI interagieren? Schalten Sie nach jeder persönlichen Sitzung Inhalte frei? Sollen Ihre Patient*innen selbst Inhalte anfragen?). Die Psychotherapeut*innen konnten dann selbst entscheiden, in welchem Ausmaß sie BC in ihre individuellen Behandlungen integrieren wollten und wie sie dies mit ihren Patient*innen kommunizierten.

Im Durchschnitt wiesen Psychotherapeut*innen ihren Patient*innen $M = 7,26$ ($SD = 7,01$) von 39 Online-Kapiteln in TONI zu. 534 Patient*innen (91,6 %) erhielten mindestens ein Kapitel, während 273 (46,83 %) mindestens ein Modul anforderten. Im Durchschnitt forderten sie $M = 1,44$ ($SD = 2,3$) Module an. Abbildung 2 zeigt die Häufigkeiten der zugewiesenen Online-Module (definiert als das Erhalten von mindestens einem Kapitel). Die Module „Entwicklung“ und „Werte & Ziele“, die jeweils 227 Patient*innen (38,94 %) zugewiesen wurden, wurden am häufigsten zugewiesen. Am seltensten wurde das Modul „Zusammenarbeit“ zugewiesen (33 Patient*innen (5,66 %)). $N = 174$ Patient*innen (29,85 %) haben mindestens eine Seite in TONI angepinnt, mit einem Durchschnitt von $M = 1,36$ ($SD = 4,5$) angepinnten Seiten. $N = 152$ Patient*innen (26,07 %) hatten mindestens einen Eintrag in einem beliebigen Tracker. Die Nutzung der Tracker variierte stark ($M = 11,23$, $SD = 85,11$, mit einer Spannweite von 0 bis 1907). $N = 73$ Patient*innen (12,52 %) füllten mindestens einen Tagebucheintrag aus. Bezüglich der allgemeinen Nutzung der Plattform loggten sich Patient*innen im Durchschnitt $M = 19,73$ ($SD = 24,66$) Mal ein und verbrachten $M = 367,14$ ($SD = 338,27$) Minuten auf der

Plattform. 117 Psychotherapeut*innen aktivierten die Nachrichtenfunktion. Patient*innen, die die Nachrichtenfunktion aktiviert hatten, sendeten im Durchschnitt $M = 0,42$ ($SD = 1,2$) Nachrichten an ihre Psychotherapeut*innen und erhielten $M = 0,94$ ($SD = 1,56$) Nachrichten von ihren Psychotherapeut*innen. Patient*innen und Psychotherapeut*innen beurteilten außerdem die Usability der Plattform mit der SUS. Die durchschnittlichen SUS-Werte lagen bei 78,22 ($SD = 15,09$) für Patient*innen und 78,73 ($SD = 14,00$) für Therapeut*innen, was jeweils einer guten bis exzellenten Benutzerfreundlichkeit entspricht. Beide Gruppen bewerteten das System damit als sehr benutzerfreundlich.

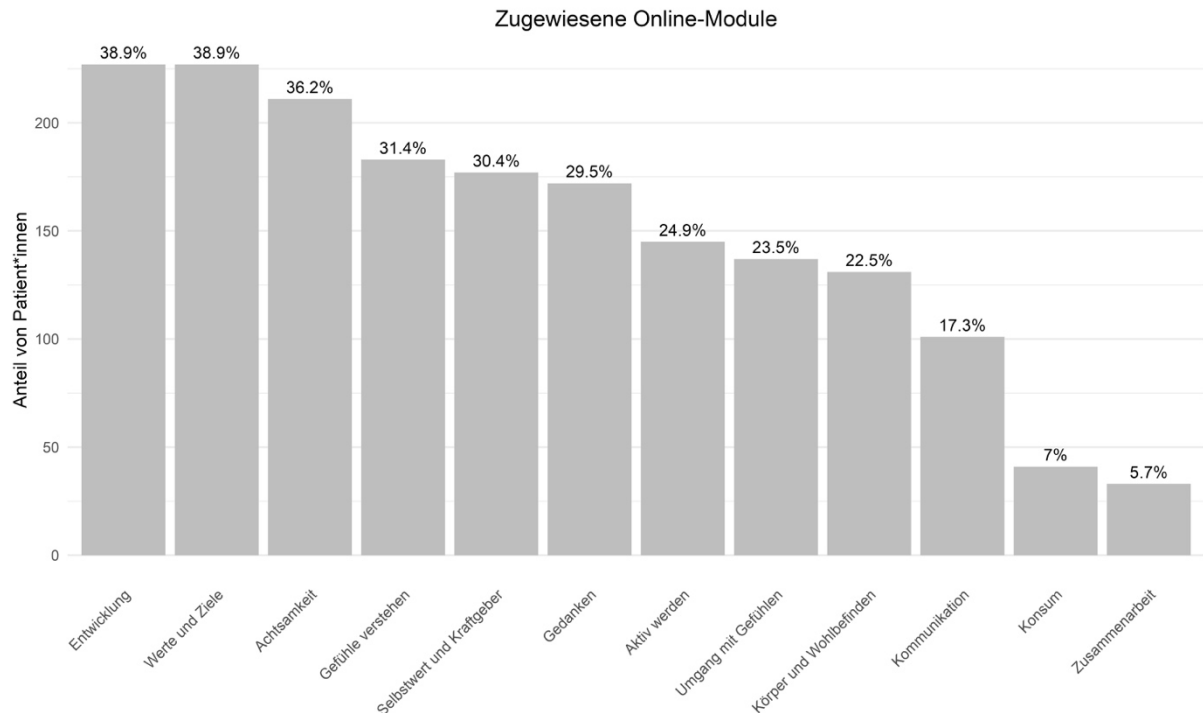


Abbildung 2: Häufigkeiten der zugewiesenen Online-Module

4.2.2 Qualitative Ergebnisse zu „Who blends in and why (not)?“

In qualitativen Interviews mit 14 teilnehmenden Psychotherapeut*innen wurde die Frage beleuchtet, wem Psychotherapeut*innen TONI empfehlen und ob sie bestimmte (implizite) Indikationsmerkmale für BC anwenden. Die Psychotherapeut*innen berichteten wenige harte Ein- oder Ausschlusskriterien für BC. Hinsichtlich Voraussetzungen auf Seiten der Patient*innen betonten alle Psychotherapeut*innen (14/14, 100%), dass die Patient*innen über Kompetenz im Umgang mit dem Internet verfügen müssen. Die Mehrheit der interviewten Psychotherapeut*innen (11/14, 79%) teilte außerdem die Ansicht, dass Patient*innen, die eine ambulante Psychotherapie machen können, prinzipiell auch für BC geeignet seien. Die Motivation der Patient*innen (12/14, 86%) wurde allerdings als zentral für die Empfehlung für BC angesehen. Limitierend wurden gewisse Symptome diskutiert, die möglicherweise eine Anpassung des BC Formates erforderlich machen: dissoziative oder psychotische Symptome (9/14, 64%), aktuelle Symptomschwere (10/14, 71%) und schwere Traumatisierung (6/14, 43%). Psychotherapeut*innen diskutierten weiterhin, dass die Lebensumstände der Patient*innen zu berücksichtigen seien, wenn BC eingeführt wird, wie ein geeigneter Arbeitsplatz (8/14, 57%), technisches Equipment (8/14, 57%) und zeitliche

Ressourcen (10/14, 71%). Im Rahmen der PsyTOM Studie erfolgte der BC-Einschluss zu Beginn der Psychotherapie, allerdings betonten die Psychotherapeut*innen, dass eine tragfähige therapeutische Beziehung für die Einführung von BC einen förderlichen Faktor darstellen würde (13/14, 93%). Eine Tabelle mit den zentralen Ergebnissen befindet sich in Anhang 8. Weitere Ergebnisse aus den Interviews können dem Artikel zur Interviewstudie entnommen werden (Jordan et al., 2025).

4.2.3 Qualitative Ergebnisse zur Integration von TONI in die Psychotherapie aus Psychotherapeut*innen-Sicht

Wir haben im Rahmen der Studie Interviews mit neun Psychotherapeut*innen (8 VT, 1 tiefenpsychologisch-fundierte*r Psychotherapeut*in (TP)) geführt, die BC mit TONI implementiert haben.

Wie gut gelang es, die Inhalte von TONI in die Psychotherapie idK zu integrieren? Die TONI-Inhalte sind von den Psychotherapeut*innen unterschiedlich in die Therapie integriert und unterschiedlich eng verzahnt worden. Bei 5/9 Psychotherapeut*innen habe in den Situationen, bei denen sie den Patient*innen die Module freischalteten und TONI parallel (nicht integrativ) zu den Therapiesitzungen lief, keine oder wenig Verzahnung stattgefunden. Wenn diese 5/9 Psychotherapeut*innen die konkreten TONI-Inhalte nicht aufgegriffen haben, hätte die Mehrheit der Patient*innen das TONI-Programm selbstverantwortlich nicht genutzt. Eine höhere Nutzung der Patient*innen hätten diejenigen Psychotherapeut*innen (5/9) erreichen können, die in der Sitzung Raum für Rückfragen gaben, die Patient*innen motivierten ein konkretes Modul in TONI zu bearbeiten, Aufgaben mitgaben und das in der nächsten Sitzung wiederaufgriffen und mit Themen der Therapie in Zusammenhang brachten. Die meisten Psychotherapeut*innen (7/9) berichteten, dass sie inhaltlich passende, einzelne Module freischalteten und diese mit den Patient*innen besprochen hätten.

6/9 Psychotherapeut*innen seien dem Wunsch nach Modulfreischaltung nachgekommen, wenn Patient*innen Module angefragt hätten. 3/9 Psychotherapeut*innen betonten, TONI besonders zu Therapiebeginn als hilfreiches Tool eingesetzt zu haben. Zu dieser Analyse sind Publikationen in Arbeit, in denen die Ergebnisse ausführlich dargestellt und diskutiert werden.

4.2.4 Qualitative Ergebnisse zur Integration von TONI in die Psychotherapie aus Patient*innen-Sicht

Wir haben im Rahmen der Studie Interviews mit zehn BC-Patient*innen, die anhand ihrer Symptomfragebögen von der Behandlung profitierten (sog. Responder), als auch zehn BC-Patient*innen, die anhand ihrer Symptomfragebögen nicht von der Behandlung profitierten (sog. Non-Responder) geführt.

Inwieweit ist es gelungen, TONI und die Therapie idK zu integrieren? Die Integration von TONI in die Psychotherapie variierte sowohl bei Respondern als auch bei Non-Respondern. Für beide Gruppen wurde die Integration als flexibel und anpassungsfähig beschrieben. Unter den Non-Respondern berichteten 7/10 Teilnehmer*innen, dass sie TONI ergänzend nutzten, beispielsweise zur Vertiefung von Therapiethemen vor oder nach der Behandlung. Die Integration konnte von Patient*innen (4/10 Teilnehmer*innen), von Psychotherapeut*innen (3/10 Teilnehmer*innen) oder von beiden gemeinsam (3/10 Teilnehmer*innen) initiiert

werden. Allerdings variierte der wahrgenommene Erfolg der Integration: 1/10 Teilnehmende berichtete von einer hohen Integration, 5/10 von einer teilweisen Integration und 3/10 von keiner Integration. 1/10 Non-Responder führte eine unzureichende Verbindung auf die Länge der Therapiesitzung, verzögerte Modulaktivierungen durch die Psychotherapeut*in oder unzureichend angepasste Inhalte zurück. Responder beschrieben ebenfalls unterschiedliche Grade der Integration. 6/10 Teilnehmende erlebten TONI und ambulante Psychotherapiesitzungen als vollständig integriert, während 4/10 wenig bis keine Integration wahrnahmen. Ähnlich wie bei den Non-Respondern spielte die Initiative der Patient*innen eine wichtige Rolle: 6/10 Responder brachten TONI aktiv in die Psychotherapie idK ein. Ebenso berichteten 6/10 Teilnehmende, dass ihre Psychotherapeut*innen aktiv Inhalte von TONI während der Sitzungen aufgriffen. TONI wurde auch häufig als Ergänzung genutzt: 7/10 Responder verwendeten es, um Sitzungen idK durch Nachbereitung, Hausaufgaben oder die Vorbereitung auf die nächste Sitzung zu unterstützen. Darüber hinaus war die Freiwilligkeit ein zentrales Thema bei den Respondern: 4/10 Teilnehmer betonten die Bedeutung einer optionalen Nutzung ohne Zwang. Zu dieser Analyse sind Publikationen in Arbeit, in denen die Ergebnisse ausführlich dargestellt und diskutiert werden.

4.3 Konnte die Wirksamkeit von Psychotherapie durch TONI gesteigert werden? - Ergebnisse des RCT

4.3.1 Population des RCT

Abbildung 3 zeigt den Patient*innenfluss nach dem CONSORT Flowchart. Insgesamt wurden 1159 Patient*innen zu BC oder TAU randomisiert. Eine Psychotherapeut*in ist aus der Studie ohne Angaben von Gründen ausgetreten. Ihre Daten wurden gelöscht. Ein*e weitere*r Psychotherapeut*in ist im Verlauf der Studie schwer erkrankt. Auch ihre Daten wurden von der Analyse ausgeschlossen. Tabelle 3 zeigt die Baseline-Charakteristika der Patient*innen, die randomisiert auf BC und Psychotherapie idK verteilt wurden. Die Teilnehmenden waren überwiegend weiblich, in den Dreißigern, in einer Beziehung, gebildet und berufstätig. Zwischen der BC und Psychotherapie idK Gruppe gab es signifikante Unterschiede mit mindestens kleiner Effektstärke hinsichtlich des Bildungsniveaus, das wir anschließend in den statistischen Analysen kontrollierten. Tabelle 4 zeigt die Merkmale der Psychotherapeut*innen. Die meisten Psychotherapeut*innen waren in VT approbiert (82,68 %), gefolgt von TP (19,55 %). Im Durchschnitt betreuten die Psychotherapeut*innen $M = 6,23$ Patient*innen ($SD = 4,60$; Spannweite: 1–32).

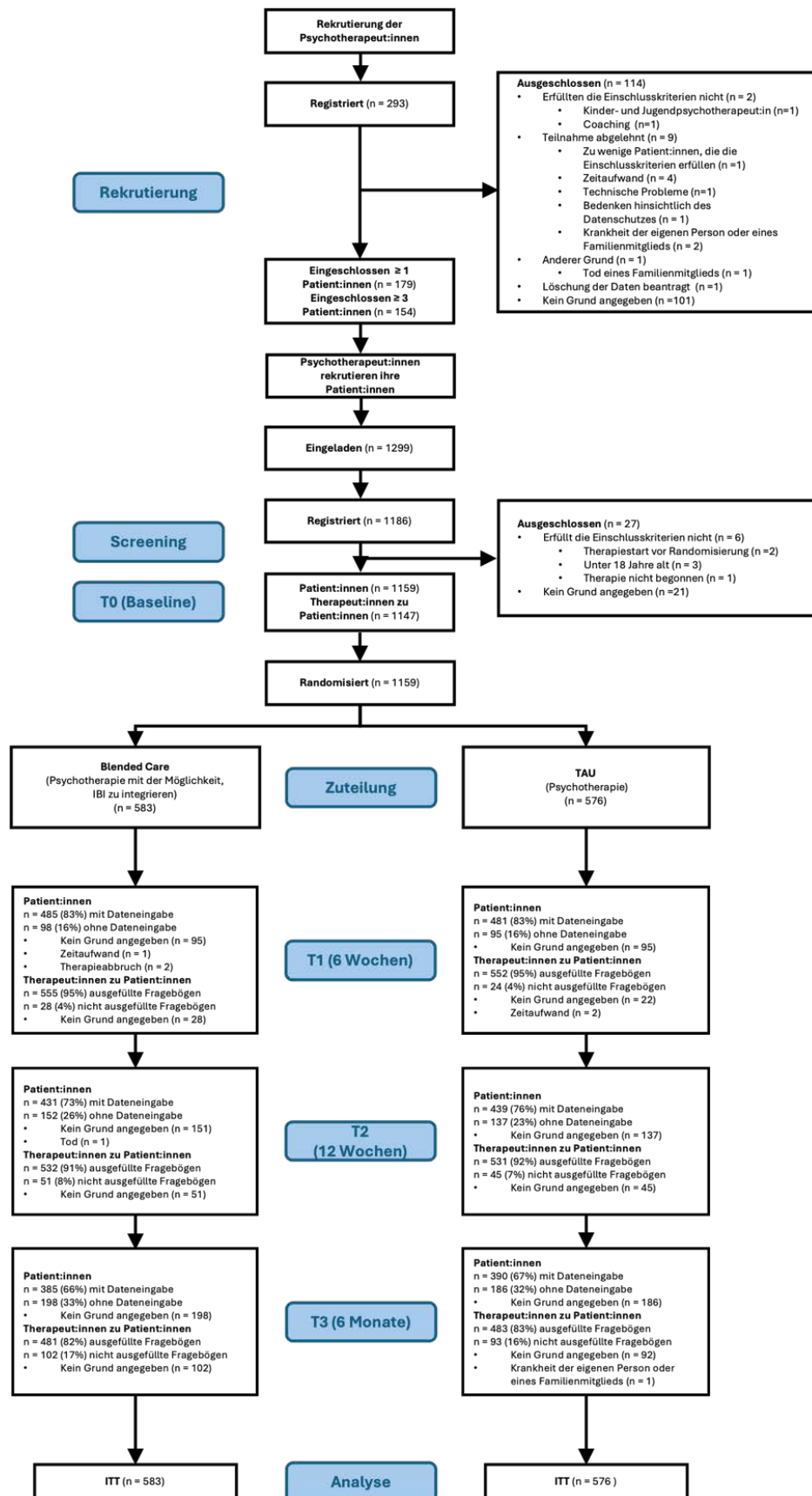


Abbildung 3: Patient*innenfluss

Tabelle 3: Soziodemografische Merkmale der Patient*innen

	BC (n = 583)		TAU (n = 576)		Total (n =1159)		Statistische Tests der Gruppenunterschiede		
	n	%	n	%	n	%	df	X ² a	p
Geschlecht									0,20b
Weiblich	400	68,61	417	72,40	817	70,49			
Männlich	172	29,50	155	26,91	327	28,21			
Nichtbinär	4	0,68	2	0,35	6	0,52			
Genderfluid	4	0,68	0	0,00	4	0,35			
Anderes	1	0,17	0	0,00	1	0,09			
Keine Angabe	2	0,34	2	0,35	4	0,35			
Alter									
Mittelwert (SD)	35,82 (12,57)		37,43 (12,96)		36,62 (12,79)		1154	-2,15	0,03* c
Altersspanne	18-89		18-83		18-89				
Beziehungsstatus							1	2,38	0,12
Single	205	35,16	177	30,73	382	32,69			
In einer Beziehung	378	64,84	399	69,27	777	67,04			
Höchster Schulabschluss									<0,01 **b
Kein Schulabschluss	2	0,34	2	0,35	4	0,35			1,00b
Hauptschulabschluss	40	6,86	25	4,34	65	5,61			0,07b
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	79	13,55	107	18,58	186	16,05			0,02* b
Allgemeine Hochschulreife, Fachhochschulreife	322	55,23	268	46,53	590	50,91			<0,01 **b
Abgeschlossene Berufsausbildung	136	23,33	162	28,13	298	25,71			0,07b
Anderer	4	0,67	12	2,08	16	1,38			0,05* b
Berufsstand							5	7,61	0,18
Angestellt	333	57,12	350	60,76	683	58,93			
Selbstständig	22	3,77	36	6,25	58	5,00			
Arbeitslos	51	8,75	38	6,60	89	7,68			
Berentet	24	4,12	21	3,65	45	3,88			
Studierend oder in Ausbildung	108	18,52	91	15,80	199	17,17			
Anderer	45	7,72	40	6,94	85	7,33			
Lage des Wohnortes							2	1,44	0,49
Ländlich	221	37,91	237	41,15	458	39,52			
Mittelstädtisch	235	40,31	225	39,06	460	39,69			
Großstädtisch	127	21,78	114	19,79	241	20,80			

Migration									
Im Ausland geboren	43	7,38	31	5,38	74	6,38	1	1,61	0,20
Mindestens ein Elternteil im Ausland geboren	130	22,30	102	17,71	232	20,02	1	3,53	0,06
Subjektiver sozioökonomischer Statusd									
Mittelwert (SD)	5,30 (1,87)		5,20 (1,84)		5,25 (1,85)		1157	0,89	0,37c
Bereich	1-10		1-10		1-10				
Medikamentengebrauch	172	29,50	199	34,55	371	32,01	1	3,16	0,08
Gesundheitliche Probleme									
Ja (mindestens eins)e	245	42,02	242	42,01	487	42,02	1	4,81	1,00
BMI ≥ 30	141	24,19	149	25,87	290	25,02	1	0,35	0,56
Herzkrankheit	26	4,46	29	5,03	55	4,75	1	0,10	0,75
Asthma	74	12,69	45	7,81	119	10,27	1	6,97	0,01* *
Krebs	9	1,54	13	2,25	22	1,90	1	0,45	0,50
Diabetes	9	1,54	13	2,25	22	1,90	1	0,45	0,50
Autoimmun-erkrankung	49	8,40	61	10,59	110	9,49	1	1,37	0,24
Psychotherapie-erfahrung	268	45,97	287	49,83	555	47,89	1	1,58	0,21
Durchschnittliche Anzahl der Behandlungen (SD)f	1,76 (1,04)		1,87 (1,28)		1,81 (1,17)		533	-1,14	0,25c
Behandlung innerhalb der letzten 5 Jahre	186	31,90	212	36,80	398	34,34	1	2,87	0,09
Entfernung zur Psychotherapie									
Durchschnittliche Entfernung in Minuten (SD)	23,93 (44,64)		22,28 (28,30)		23,11 (37,42)		1157	0,75	0,45c
Durchschnittliche Behandlungspräferenzg									
Für BC (SD)	7,47 (2,40)		7,49 (2,52)		7,48 (2,46)		1157	-0,10	0,92c
Für TAU (SD)	6,20 (2,86)		6,10 (2,94)		6,15 (2,90)		1157	0,61	0,54c
Primärdiagnosee									

Psychische und/oder Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen	8	1,37	5	0,87	13	1,12	1	0,29	0,59
Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störung	3	0,51	3	0,52	6	0,52			1,00b
Affektive Störung	311	53,34	305	52,95	616	53,15	1	0,01	0,94
Angststörung	134	22,98	138	23,96	272	23,47	1	0,10	0,75
Zwangsstörung	15	2,57	14	2,43	29	2,50	1	<0,01	1,00
Akute Belastungsreaktion oder Posttraumatische Belastungsstörung	55	9,43	33	5,73	88	7,59	1	5,15	0,02*
Anpassungsstörung	93	15,95	98	17,01	191	16,48	1	0,17	0,68
Somatoforme Störung	30	5,15	31	5,38	61	5,26	1	0,02	0,96
Essstörung	24	4,12	17	2,95	41	3,54	1	0,84	0,36
Persönlichkeitsstörung	26	4,46	30	5,21	56	4,83	1	0,21	0,64
Hyperkinetische Störung	15	2,57	12	2,08	27	2,33	1	0,13	0,72
Andere Diagnoseh	21	3,64	25	4,39	46	4,01	1	0,24	0,62
Fehlende Diagnose	8	1,37	6	1,04	14	1,21	1	0,06	0,81
Mindestens eine komorbide Diagnose	333	57,12	307	53,30	640	55,22	1	1,56	0,21
Familiäre Vorgeschichte ähnlicher psychischer Gesundheitsprobleme	301	51,63	290	50,35	591	50,99	1	0,14	0,71

a = Für Stichproben von n < 40 wurde die Yates-Kontinuitätskorrektur genutzt

b = Exakter Fisher-Test

c = t-test für unabhängige Stichproben

d = Basiert auf der MacArthur-Skala zur Erfassung des subjektiven sozialen Status in Deutschland (SSS-D)

e = Mehrfachantworten möglich

f = Unplausible Werte wurden entfernt

g = Patient*innen wurden auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 10 (sehr) gefragt, wie sehr ihnen beide Behandlungsoptionen (BC vs. TAU) zusagen würden.

h = Dissoziative Störungen, Andere und nicht näher bezeichnete Reaktionen auf schwere Belastungen, Andere neurotische Störungen, Sexuelle Funktionsstörungen, Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, Abnorme Gewohnheiten und Störungen der

Impulskontrolle, Tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Emotionale Störung des Kindesalters, Nichtorganische Schlafstörungen

* = $p < 0.05$

** = $p < 0.01$

Tabelle 4: Soziodemografische Merkmale der Psychotherapeut*innen

Variable	n = 178 (%)
Geschlecht	
Weiblich	138 (77,53)
Männlich	38 (21,35)
Keine Angabe	2 (1,12)
Alter	
Mittelwert (SD)	45,54 (9,42)
Altersspanne	27-74
Berufserfahrung in Jahren	
Mittelwert (SD)	12,03 (8,16)
Spanne	1-44
Approbiert in	
Verhaltenstherapie	148 (82,68)
Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie	35 (19,55)
Psychoanalyse	6 (3,35)
Systemischer Therapie	7 (3,91)
Mehr als einem Verfahren	11 (6,14)
Anwendung von	
Verhaltenstherapie	147 (82,12)
Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie	37 (20,67)
Psychoanalyse	5 (2,79)
Systemischer Therapie	22 (12,29)
Mehr als einem Verfahren	30 (16,76)
Lage der Praxis	
Ländlich	60 (33,70)
Mittelstädtisch	61 (34,27)
Großstädtisch	57 (32,02)

Anmerkungen. Demographische Angaben sind für n = 178 Psychotherapeut*innen vorhanden. N = 179 Psychotherapeut*innen rekrutierten Patient*innen und wurden in die späteren Analysen mit einbezogen.

a = Unplausible Werte wurden entfernt

b = Mehrfachantworten möglich

4.3.2 Wirksamkeit BC vs. Psychotherapie

Die Mittelwerte und Standardfehler der primären und sekundären Ergebnismaße sind in Tabelle 5 dargestellt. Abbildung 4 zeigt die Prozent der fehlenden Werte der jeweiligen

Ergebnismaße zu allen Messzeitpunkten. Ergebnisse der linear mixed models sowie die Effektstärken sind in Tabelle 6 aufgeführt. Zur Interpretation der Effektstärken wurde Cohen's *d* herangezogen, wobei Werte von 0,2 als kleiner, 0,5 als mittlerer und 0,8 oder höher als großer Effekt gelten (Cohen, 1988). Die Zeit war ein signifikanter Prädiktor für alle Ergebnisse. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen BC und TAU, noch gab es Hinweise darauf, dass sich die beiden Gruppen im Verlauf der primären oder sekundären Ergebnisse unterschiedlich veränderten. Die Effektstärken zwischen den Gruppen sechs Monate nach Randomisierung waren vernachlässigbar klein und nicht signifikant. Tabelle 7 zeigt den Responder-Status basierend auf dem Reliable Change Index (RCI) und den klinischen Relevanz für den GAD-7 und PHQ-8 bei der 6-Monats-Erhebung, gemäß der Methode von Jacobson und Truax (1991). In der Gesamtstichprobe blieb die Mehrheit der Teilnehmenden im GAD-7 (71,6 %–67,3 % je nach Gruppe) und PHQ-8 (69,6 %–76,8 %) unverändert. Als „recovered“ wurden 18,7 %–20,3 % beim GAD-7 und 19,9 %–24,3 % beim PHQ-8 klassifiziert. Eine reliable Verbesserung zeigte 3,1 %–8,5 %. Eine reliable Verschlechterung war selten und trat bei weniger als 3 % der Teilnehmenden auf. In der Untergruppe von Patient*innen, die zu Beginn klinische Grenzwerte von 10 überschritten (59,10 % beim GAD-7 und 65,14 % beim PHQ-8), wurden etwas höhere Recovery-Raten festgestellt (26,1 %–29,4 %) im Vergleich zur Gesamtstichprobe. Abbildung 5 ergänzt diese Ergebnisse, indem sie subjektive Einschätzungen der globalen Veränderung nach 6 Monaten aus Sicht von Patientinnen und Psychotherapeutinnen veranschaulicht. Die Mehrheit der Einschätzungen fiel in die Kategorien „stark verbessert“ oder „leicht verbessert“ (35,34 %–43,06 %), während nur wenige Bewertungen auf eine Verschlechterung hinwiesen.

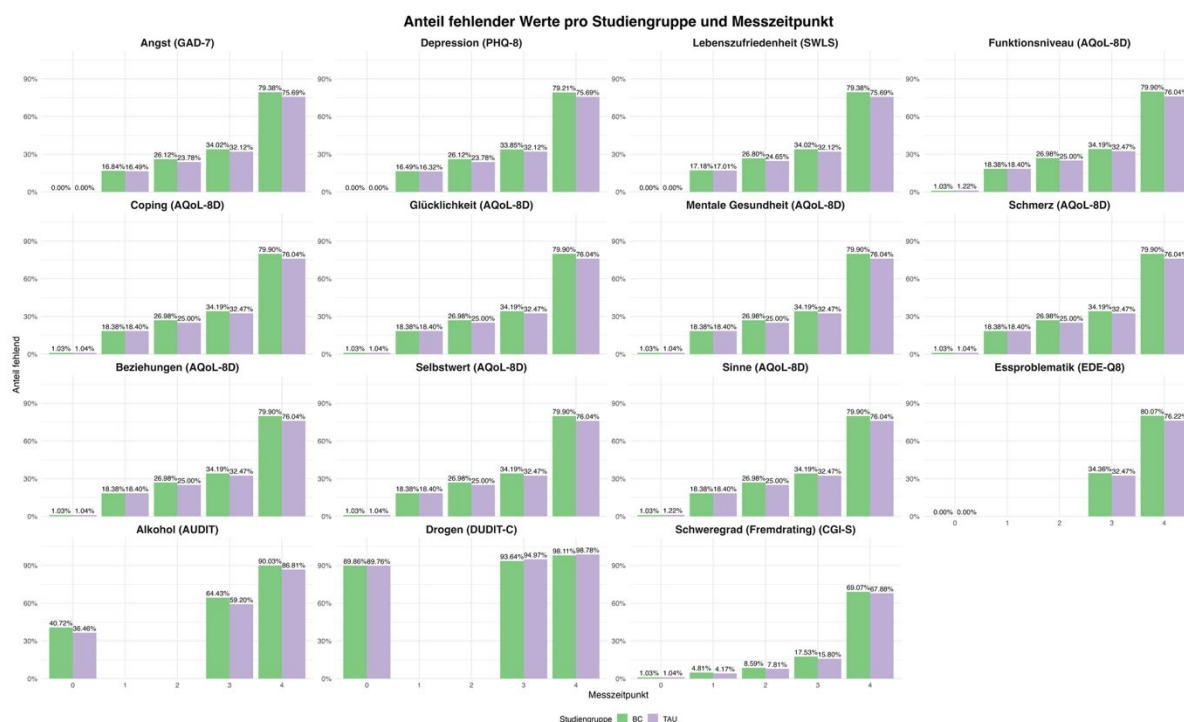


Abbildung 4: Anteil von fehlenden Werten in den Ergebnismaßen zu allen Messzeitpunkten

Tabelle 5: Mittelwerte und Standardfehler für BC und Psychotherapie

Outcome	Gruppe	Baseline		6 Wochen		12 Wochen		6 Monate		12 Monate	
		M	SE	M	SE	M	SE	M	SE	M	SE
Psychische Belastung (GAD-7 + PHQ-8)	BC	23,63	0,63	19,72	0,63	18,45	0,64	17,22	0,64	17,41	0,68
Psychische Belastung (GAD-7 + PHQ-8)	TAU	23,71	0,62	19,57	0,63	18,19	0,62	16,82	0,64	17,02	0,66
Angst (GAD-7)	BC	10,85	0,33	9,03	0,34	8,47	0,33	7,87	0,35	7,95	0,36
Angst (GAD-7)	TAU	10,91	0,33	9,07	0,33	8,42	0,33	7,73	0,33	7,8	0,36
Depression (PHQ-8)	BC	12,79	0,36	10,69	0,36	9,98	0,37	9,35	0,37	9,45	0,39
Depression (PHQ-8)	TAU	12,8	0,35	10,5	0,36	9,77	0,36	9,1	0,37	9,22	0,37
Lebenszufriedenheit (SWLS)	BC	18,37	0,47	18,42	0,48	19,61	0,48	19,65	0,49	19,6	0,51
Lebenszufriedenheit (SWLS)	TAU	18,65	0,46	18,57	0,47	19,92	0,47	20,05	0,47	19,92	0,49
Funktionsniveau (AQoL-8D)	BC	92,07	1,33	89,28	1,34	87,41	1,34	85,65	1,34	86,35	1,35
Funktionsniveau (AQoL-8D)	TAU	92,08	1,32	89,16	1,32	86,3	1,33	84,46	1,34	85,34	1,35
Happiness Subskala (AQoL-8D)	BC	11,66	0,21	11,43	0,21	11,18	0,21	10,93	0,21	11,03	0,23
Happiness Subskala (AQoL-8D)	TAU	11,57	0,2	11,41	0,21	11,08	0,21	10,81	0,21	10,9	0,21
Mental Health Subskala (AQoL-8D)	BC	24,66	0,37	23,49	0,38	22,88	0,38	22,39	0,39	22,52	0,39
Mental Health Subskala (AQoL-8D)	TAU	24,8	0,37	23,67	0,37	22,7	0,36	22,12	0,38	22,34	0,39
Pain Subskala (AQoL-8D)	BC	5,76	0,2	5,63	0,2	5,69	0,2	5,6	0,2	5,67	0,22
Pain Subskala (AQoL-8D)	TAU	5,92	0,2	5,73	0,2	5,65	0,2	5,6	0,2	5,56	0,22
Relationship Subskala (AQoL-8D)	BC	17,47	0,35	17,17	0,36	16,88	0,36	16,67	0,36	16,67	0,37
Relationship Subskala (AQoL-8D)	TAU	17,42	0,34	16,99	0,34	16,58	0,35	16,36	0,35	16,62	0,35
Self-worth Subskala (AQoL-8D)	BC	9,19	0,19	8,86	0,19	8,62	0,19	8,31	0,2	8,42	0,21
Self-worth Subskala (AQoL-8D)	TAU	9,26	0,19	8,85	0,19	8,49	0,19	8,21	0,19	8,34	0,19
Senses Subskala (AQoL-8D)	BC	5,62	0,12	5,56	0,12	5,51	0,12	5,48	0,12	5,56	0,13
Senses Subskala (AQoL-8D)	TAU	5,61	0,12	5,61	0,12	5,54	0,12	5,47	0,13	5,48	0,13
Essstörungssymptomatik (EDE-Q8)	BC	17,13	0,96					16,47	1	16,14	1,18

				Baseline	6 Wochen		12 Wochen		6 Monate		12 Monate	
Essstörungssymptomatik												
(EDE-Q8)	TAU	17,32	0,97						16,54	1,01	16,32	0,99
Alkoholkonsum (AUDIT)	BC	3,70	0,10						3,27	0,12	3,26	0,25
Alkoholkonsum (AUDIT)	TAU	3,44	0,10						3,35	0,13	3,26	0,21
Drogenkonsum (DUDIT-C)	BC	3,54	0,26						3,65	0,28	3,82	0,78
Drogenkonsum (DUDIT-C)	TAU	3,44	0,23						4,03	0,43	4,86	0,74
Schweregrad												
(Psychotherapeut*innen-Rating) (CGI-S	BC	4,62	0,09	4,4	0,09	4,21	0,1	3,99	0,1	3,96	0,11	
Schweregrad												
(Psychotherapeut*innen-Rating) (CGI-S	TAU	4,62	0,09	4,41	0,09	4,27	0,09	4,02	0,1	4,02	0,1	

Anmerkung. Mittelwerte und SEs gemäß den Vorhersagen der linear mixed models, basierend auf den imputierten Daten. Die Ergebnisse sind über die Bildungsniveaus gemittelt. Für AUDIT und DUDIT wurden wegen der Filterfrage und großer Anzahl fehlender Werte keine linear mixed models berechnet. Mittelwerte und SE entsprechen den beobachteten Werten. Die Psychotherapeut*innen bewerteten die Veränderungen zu Beginn der Studie nicht. AQoL-8D: Assessment of Quality of Life-8D; CGI-S: Clinical Global Impression-Severity; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7; PHQ-8: Patient Health Questionnaire-8; SWLS: Satisfaction with Life Scale

Tabelle 6: Ergebnisse der Linear Mixed Models und Between-Group Effektstärken (Cohen's d)

				Baseline		6 weeks		12 weeks		6 months		12 months	
Outcome	Time	Group	Time x Group	d	95%CI	d	95%CI	d	95%CI	d	95%CI	d	95%CI
Psychische													
Belastung (GAD-7 + PHQ-8)	F(4,4624) = 225,94, < ,001	F(1,1156) = 0,18, p = 0,671	F(4,4624) = 0,28, p = 0,894	BC - TAU	-0,01	-0,08 - 0,06	0,01	-0,06 - 0,07	0,01	-0,06 - 0,08	0,02	-0,05 - 0,09	-0,05 - 0,09
Angst (GAD-7)	F(4,4624) = 146,67, < ,001	F(1,1156) = 0,03, p = 0,869	F(4,4624) = 0,2, p = 0,941	BC - TAU	-0,01	-0,07 - 0,05	-0,01	-0,07 - 0,06	0	-0,06 - 0,07	0,02	-0,05 - 0,08	-0,05 - 0,08
Depression (PHQ-8)	F(4,4624) = 190,83, < ,001	F(1,1156) = 0,36, p = 0,552	F(4,4624) = 0,28, p = 0,891	BC - TAU	-0,01	-0,08 - 0,06	0,02	-0,05 - 0,09	0,02	-0,05 - 0,09	0,02	-0,04 - 0,09	-0,05 - 0,09
Lebenszufriedenheit (SWLS)	F(4,4624) = 29,62, < ,001	F(1,1156) = 0,66, p = 0,418	F(4,4624) = 0,14, p = 0,967	BC - TAU	-0,02	-0,1 - 0,05	-0,01	-0,08 - 0,06	-0,02	-0,1 - 0,05	-0,03	-0,11 - 0,04	-0,1 - 0,05
Funktionsniveau (AQoL-8D)	F(4,4624) = 82,17, < ,001	F(1,1156) = 0,28, p = 0,6	F(4,4624) = 0,86, p = 0,49	BC - TAU	-0,01	-0,09 - 0,06	-0,01	-0,09 - 0,07	0,03	-0,04 - 0,11	0,04	-0,04 - 0,12	-0,05 - 0,11
Coping Subskala (AQoL-8D)	F(4,4624) = 52,41, < ,001	F(1,1156) = 2,76, p = 0,0972	F(4,4624) = 0,52, p = 0,722	BC - TAU	0,02	-0,05 - 0,09	0,05	-0,02 - 0,12	0,06	0 - 0,13	0,03	-0,04 - 0,1	-0,02 - 0,12
Happiness Subskala (AQoL-8D)	F(4,4624) = 25,79, < ,001	F(1,1156) = 0,38, p = 0,537	F(4,4624) = 0,13, p = 0,972	BC - TAU	0,02	-0,05 - 0,09	0	-0,07 - 0,07	0,02	-0,05 - 0,09	0,02	-0,05 - 0,09	-0,05 - 0,09



					Baseline	6 weeks	12 weeks	6 months	12 months
Mental Health	F(4,4624) =	F(1,1156) =	F(4,4624) =						
Subskala	94,61,	0,01, p =	0,93, p =		-0,09 -	-0,1 -	-0,05 -	-0,04 -	-0,05 -
(AQoL-8D)	< ,001	0,938	0,446	BC - TAU	-0,02	0,04	-0,03	0,04	0,02
					0,09	0,03	0,1	0,02	0,09
Pain Subskala	F(4,4624) =	F(1,1156) =	F(4,4624) =						
(AQoL-8D)	2,78, p =	0,41, p =	0,77, p =		-0,13 -	-0,11 -	-0,08 -	-0,09 -	-0,06 -
	0,0252	0,522	0,545	BC - TAU	-0,06	0,02	-0,04	0,04	0
					0,07	-0,01	0,06	0,01	0,09
Relationship	F(4,4624) =	F(1,1156) =	F(4,4624) =						
Subskala	15,75,	0,35, p =	0,5, p =		-0,07 -	-0,06 -	-0,04 -	-0,04 -	-0,07 -
(AQoL-8D)	< ,001	0,553	0,735	BC - TAU	0	0,07	0,02	0,09	0,03
					0,11	0,04	0,11	0	0,07
Self-worth	F(4,4624) =	F(1,1156) =	F(4,4624) =						
Subskala	58,48,	0,12, p =	0,65, p =		-0,09 -	-0,07 -	-0,04 -	-0,05 -	-0,06 -
(AQoL-8D)	< ,001	0,726	0,63	BC - TAU	-0,02	0,05	0	0,07	0,03
					0,1	0,02	0,09	0,01	0,08
Senses	F(4,4624) =	F(1,1156) =	F(4,4624) =						
Subskala	2,38, p =	0,11, p =	0,4, p =		-0,07 -	-0,1 -	-0,09 -	-0,07 -	-0,05 -
(AQoL-8D)	0,0497	0,737	0,807	BC - TAU	-0,01	0,06	-0,03	0,04	-0,02
					0,05	-0,01	0,06	0,02	0,08
Essstörungssy	F(4,4624) =	F(1,1156) =	F(4,4624) =						
mptomatik	3,44, p =	0,23, p =	F(4,4624) =		-0,08 -			-0,07 -	-0,07 -
(EDE-Q8)	0,00813	0,632	0,01, p = 1	BC - TAU	-0,02	0,05		-0,01	0,05
Schweregrad									
(Psychotherap	F(4,4624) =	F(1,1156) =	F(4,4624) =						
eut*innen-	74,91,	0,54, p =	0,23, p =		-0,07 -	-0,07 -	-0,1 -	-0,09 -	-0,09 -
Rating) (CGI-S)	< ,001	0,463	0,922	BC - TAU	-0,01	0,06	0	0,06	-0,03
					0,04	-0,02	0,05	-0,03	0,04

Tabelle 7: Raten Reliabler Verbesserung

Outcome	Status	Gesamtstichprobe				Stichprobe über klinischem Cutoff			
		BC		TAU		BC		TAU	
		n	%	n	%	n	%	n	%
GAD-7	Recovered	114	18,7%	122	19,5%	98	28,4%	100	29,4%
	Reliabel Verbessert	19	3,1%	23	3,7%	19	5,5%	23	6,8%
	Reliabel	13	2,1%	10	1,6%	3	0,9%	3	0,9%
	Verschlechtert								
PHQ-8	Unverändert	437	71,6%	421	67,3%	225	65,2%	214	62,9%
	Recovered	112	20,3%	110	19,9%	103	26,1%	98	24,3%
	Reliabel Verbessert	47	8,5%	39	7,1%	47	11,9%	39	9,7%
	Reliabel	9	1,6%	7	1,3%	0	0,0%	3	0,7%
	Verschlechtert								
	Unverändert	415	69,6%	420	76,8%	244	61,9%	263	65,3%

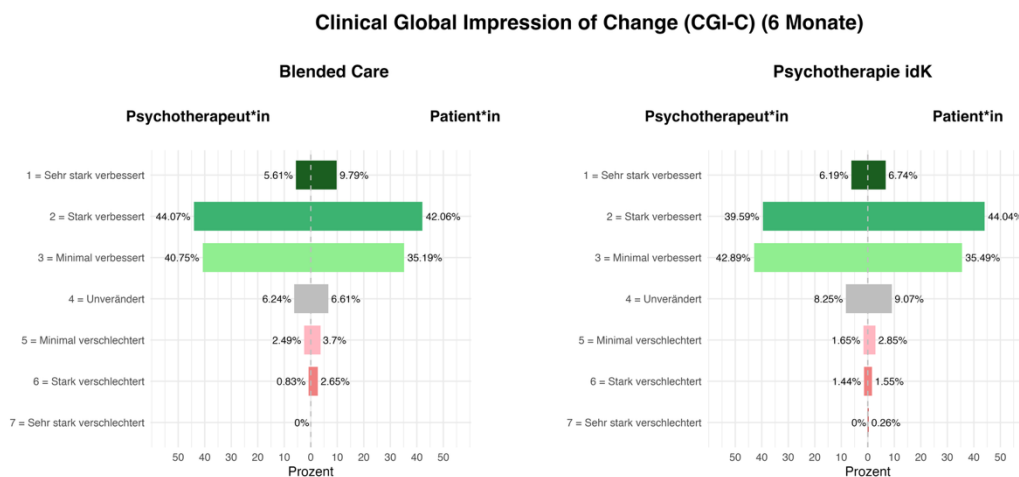


Abbildung 5: Ergebnisse der Clinical Global Impression Scale

4.4 Hat sich das Leistungsspektrum oder die Inanspruchnahme durch TONI verändert?

Sitzungsanzahl und Beendigung der Psychotherapie: Patient*innen, die BC erhielten, hatten durchschnittlich 16,6 (SD = 8,75) persönliche Sitzungen, und Patient*innen, die eine Psychotherapie idK (TAU-Gruppe) erhielten, hatten 16,4 (SD = 7,03) Sitzungen innerhalb von sechs Monaten. Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Anzahl der Sitzungen zwischen den Gruppen ($t(914,29) = 0,57$, $p = 0,566$). Bei 25,26 % ($n = 147$) der Patient*innen in der BC-Gruppe und 26,22 % ($n = 151$) in der TAU-Gruppe gaben die Psychotherapeut*innen an, dass die Behandlung innerhalb des sechsmonatigen Studienzeitraums beendet wurde. In der BC-Gruppe endete die Behandlung bei 67,35 % ($n = 99$) der Patient*innen früher als geplant und bei 32,65 % ($n = 48$) wie geplant. In der TAU-Gruppe endete die Behandlung bei 59,60 % ($n = 90$) der Patient*innen früher als geplant und bei 40,40 % ($n = 61$) wie geplant. Es gab keinen

signifikanten Unterschied in den Beendigungsraten zwischen den Studiengruppen ($\chi^2(1) = 1,61$, $p = 0,205$).

Die Zufriedenheit mit der Behandlung war in beiden Gruppen hoch, mit einem durchschnittlichen ZUF-8-Wert (maximal 32 Punkte) von 27,2 (SD = 3,98) in der BC-Gruppe und 26,9 (SD = 4,38) in der TAU-Gruppe. Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Gesamtzufriedenheit mit der Behandlung zwischen den Gruppen ($t(755,73) = 0,88$, $p = 0,379$).

Tabelle 8 zeigt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufgrund psychischer Probleme für beide Gruppen, gemessen mit dem FimPsy. Die Tabelle umfasst Daten zu zehn Bereichen, von der Inanspruchnahme von Unterstützung durch Angehörige bis zu Krankenhaustagen aufgrund psychischer Störungen. Sechs Monate nach Therapiestart (t3) hatten Patient*innen in der BC Bedingung weniger Kontakte zu anderen Ärzt*innen als Patient*innen in der TAU Gruppe ($U=63196$, $p<0,01$). Alle weiteren Unterschiede zwischen den Gruppen waren nicht signifikant ($U=41769,5 - 71493$; $p=0,02 - 0,97$).

Tabelle 8: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

		t0 (Baseline)			t3 (6 Monate)		
		BC	TAU	Total	BC	TAU	Total
Unterstützung durch Angehörige (Item 1)	MW	40,33	48,69	44,58	21,88	19,6	20,73
	SD	159,7	199,0	180,7	104,9	65,8	87,26
	N	495	513	1008	282	288	570
Unterstützung bezahlte Haushaltshilfe (Item 2)	MW	5,23	5,18	5,21	4,32	1,26	2,81
	SD	51,00	48,05	49,54	24,21	8,34	18,25
	N	537	527	1064	360	351	711
Kontakte zu Psychiater*in (Item 4)	MW	0,89	0,90	0,89	0,86	0,95	0,90
	SD	2,09	2,58	2,34	2,49	2,69	2,59
	N	563	542	1105	366	365	731
Kontakte zu Neurolog*in (Item 5)	MW	0,40	0,23	0,32	0,34	0,23	0,29
	SD	1,52	0,75	1,21	1,59	0,80	1,26
	N	565	555	1120	370	372	742
Kontakte zu Hausarzt*in (Item 6)	MW	2,95	3,31	3,13	2,66	2,54	2,60
	SD	3,42	3,65	3,54	4,00	3,32	3,67
	N	538,0	533	1071	343	356	699
Kontakte zu anderer Ärzt*in (Item 7)	MW	0,23	0,33	0,28	0,06	0,29	0,18
	SD	1,11	1,57	1,36	0,42	1,56	1,15
	N	556	548	1104	361	368	729
Krankenhaustage (Item 8)	MW	2,94	3,30	3,12	1,93	2,39	2,16
	SD	13,40	12,93	13,17	10,70	10,94	10,82
	N	580	575	1155	377	383	760
Tage in Sucht-Reha (Item 9)	MW	0,23	0,30	0,27	0,33	0,37	0,35
	SD	4,09	4,19	4,14	6,25	5,28	5,77
	N	572	564	1136	369	376	745
Tage in anderer Reha (Item 10)	MW	1,67	2,40	2,03	0,95	1,98	1,47

	SD	10,21	11,27	10,75	7,74	8,62	8,21
	N	573	566	1139	368	375	743
Kontakte PIA (Item 11)	MW	0,39	0,19	0,29	0,14	0,10	0,12
	SD	3,83	2,26	3,15	1,89	1,29	1,61
	N	563	553	1116	370	378	748

4.5 Nebenwirkungen

4.5.1 Anzahl und Charakteristika von Nebenwirkungen

Von den 760 Patient*innen, die in unsere Analysen einbezogen wurden, berichteten 531 (70%) von mindestens einer Nebenwirkung, die sie mit der Behandlung in Zusammenhang brachten (= negativer Effekt; $M = 2,1$; Range: 0–13). Die Patient*innen gaben an, dass diese negativen Effekte im Durchschnitt eine moderate negative Auswirkung hatten ($M = 1,7$; Range: 0–4). Der am häufigsten berichtete negative Effekt in beiden Behandlungsgruppen war das Wiederaufkommen unangenehmer Erinnerungen (BC: 55%, TAU: 56%). Insgesamt berichteten 11 Patient*innen (3%) aus der BC-Gruppe und 2 Patient*innen (0,5%) aus der TAU-Gruppe von Suizidgedanken, die sie auf die Behandlung zurückführten. Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant ($\chi^2(1) = 3,58, p = ,06$).

Gruppenunterschiede in negativen Effekten: Es zeigte sich kein Unterschied in der Anzahl der Patient*innen, die in der BC-Gruppe ($n = 264$) im Vergleich zu Patient*innen in der TAU-Gruppe ($n = 267$) von mindestens einem negativen Effekt berichteten, $X^2(1, N = 760) = 0,01, p = ,94$. Es zeigten sich auch keine Unterschiede bezüglich der Häufigkeit ($W = 70308, p = ,56$) oder der Auswirkung ($W = 37326, p = ,23$) negativer Effekte zwischen den Patient*innen der beiden Studiengruppen. Es gab zudem keine Unterschiede zwischen den Studiengruppen in Bezug auf Häufigkeit oder Auswirkung negativer Effekte in den Subskalen des NEQ (alle $p > ,05$, siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Negative Effekte nach Gruppenzugehörigkeit

Subskala des NEQ	Häufigkeiten/ Auswirkung negativer Effekte	Alle (N = 760) M (SD)	BC (n = 377) M (SD)	TAU (n = 383) M (SD)	Wilcoxon rank sum test	p
Insgesamt	Häufigkeiten	1,86 (2,11)	1,84 (2,15)	1,88 (2,06)	70308	,56
	Auswirkung	1,68 (0,84)	1,73 (0,88)	1,64 (0,78)	37326	,23
Symptome	Häufigkeiten	1,19 (1,31)	1,19 (1,34)	1,19 (1,27)	71144	,77
	Auswirkung	1,73 (0,86)	1,80 (0,90)	1,67 (0,81)	30175	,06
Hoffnungs- losigkeit	Häufigkeiten	0,18 (0,5)	0,19 (0,58)	0,16 (0,55)	73331	,42
	Auswirkung	2,14 (1,03)	2,11 (1,00)	2,18 (1,07)	903	,88
Abhängigkeit	Häufigkeiten	0,05 (0,21)	0,04 (0,20)	0,05 (0,21)	71684	,77
	Auswirkung	1,47 (0,99)	1,63 (1,02)	1,33 (0,97)	169,5	,34
Qualität	Häufigkeiten	0,39 (0,95)	0,36 (0,92)	0,43 (0,98)	69420	,22
	Auswirkung	1,55 (0,92)	1,55 (0,92)	1,54 (0,85)	2755	,79
Stigma	Häufigkeiten	0,06 (0,26)	0,06 (0,26)	0,06 (0,25)	71703	,79

	Auswirkung	1,38 (0,85)	1,22 (0,81)	1,53 (0,88)	135	,16
Anmerkung: BC: Blended Care, TAU: Treatment as usual (Psychotherapie idK).						

4.5.2 Nebenwirkungen und psychische Belastung sowie Lebenszufriedenheit

Negative Effekte und psychische Belastung: Die Ergebnisse zeigten, dass eine größere Anzahl negativer Effekte mit einer signifikant höheren psychischen Belastung zu t3 assoziiert war ($b=0,68$, $t(755) = 3,39$, $p < ,001$). Es fand sich kein Unterschied dieses Zusammenhangs je nach Gruppe ($b = 0,06$, $t(755) = 0,21$, $p = ,83$). Weiterhin zeigten die Ergebnisse, dass eine stärker negativ wahrgenommene Auswirkung der negativen Effekte mit einer signifikant höheren psychischen Belastung assoziiert war ($b = 3,99$, $t(527) = 7,09$, $p < ,001$). Auch hier fand sich kein Unterschied dieses Zusammenhangs je nach Gruppe ($b = -0,72$, $t(527) = -0,86$, $p = ,39$).

Negative Effekte und Lebenszufriedenheit: Die Ergebnisse zeigten, dass eine größere Anzahl negativer Effekte mit einer signifikant geringen Lebenszufriedenheit zu t3 assoziiert war ($b=-0,51$, $t(755) = -3,47$, $p < ,001$). Es fand sich kein Unterschied dieses Zusammenhangs je nach Gruppe ($b = 0,14$, $t(755) = 0,68$, $p = ,50$). Weiterhin zeigten die Ergebnisse, dass eine stärker negativ wahrgenommene Auswirkung der negativen Effekte mit einer signifikant geringeren Lebenszufriedenheit assoziiert war ($b = -1,67$, $t(527) = -4,02$, $p < ,001$). Auch hier fand sich kein Unterschied dieses Zusammenhangs je nach Gruppe ($b = -0,12$, $t(527) = -0,20$, $p = ,84$).

4.6 Die Rolle der Angehörigen der teilnehmenden Patient*innen

Die Stichprobe der befragten Angehörigen bestand aus 31 Frauen (53,45 %) und 27 Männern (46,55 %), mit einem durchschnittlichen Alter von etwa 38 Jahren (18 bis 69 Jahre). Die Beziehung der Angehörigen zu den Patient*innen verteilte sich wie folgt: 33 waren Partner*innen (56,90 %), 9 waren Freund*innen (15,52 %), 8 waren Elternteile (13,79 %), 7 waren Geschwister (12,07 %) und 1 war ein Kind (1,72 %). Hinsichtlich der Wohnsituation lebten 32 Angehörige (55,17 %) mit dem*r Patient*in zusammen, während 26 (44,83 %) separat wohnten. Sowohl zu t0 als auch zu t3 fehlen einige Angaben von Angehörigen. Die Anzahl der fehlenden Werte variiert von 4 (GAD-7 zu t0) bis zu 21 (IEQ zu t3). Mittelwerte, Standardabweichungen und N sind in Tabelle 9 abgetragen. Die gemischten linearen Modelle zeigen keine Veränderung der Belastung über die Zeit (GAD-7: $\beta=0,35$, $SE=0,67$, $p=0,61$; PHQ-8: $\beta=0,22$, $SE=0,61$, $p=0,72$; IEQ-Gesamt: $\beta=-0,57$, $SE=2,44$, $p=0,82$; IEQ-Urging: $\beta=0,08$, $SE=0,96$, $p=0,93$; IEQ-Worrying: $\beta=0,45$, $SE=0,75$, $p=0,55$; IEQ-Tension: $\beta=-0,72$, $SE=0,90$, $p=0,43$; IEQ-Supervision: $\beta=0,13$, $SE=0,40$, $p=0,74$). Sie zeigten auch keine signifikanten Interaktionseffekte von Gruppe x Zeit (GAD-7: $\beta=-1,44$, $SE=1,04$, $p=0,17$; PHQ-8: $\beta=-1,33$, $SE=0,96$, $p=0,18$; IEQ-Gesamt $\beta=-2,42$, $SE=3,91$, $p=0,82$; IEQ-Urging: $\beta=-1,49$, $SE=1,53$, $p=0,34$; IEQ-Worrying: $\beta=-1,23$, $SE=1,20$, $p=0,31$; IEQ-Tension: $\beta=0,44$, $SE=1,43$, $p=0,76$; IEQ-Supervision: $\beta=-0,27$, $SE=0,63$, $p=0,67$).

Tabelle 10: Belastung der Angehörigen

	BC						TAU						Total					
	t0 (Baseline)			t3 (6 Monate)			t0 (Baseline)			t3 (6 Monate)			t0 (Baseline)			t3 (6 Monate)		
	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N
GAD-7	5,88	4,81	33	7,00	4,32	22	6,75	4,55	20	5,24	4,60	17	6,09	4,59	56	6,10	4,35	42
PHQ-8	6,06	4,62	33	6,91	4,84	22	7,30	5,39	20	6,31	6,00	16	6,41	4,81	56	6,39	5,20	41
IEQ- Worrying	5,09	3,32	34	5,27	4,33	22	6,50	4,08	20	5,00	5,35	15	5,61	3,61	57	4,97	4,60	40
IEQ - Urging	3,62	2,92	34	3,77	6,06	22	3,60	2,76	20	2,07	1,44	15	3,54	2,78	57	2,95	4,63	40
IEQ - Supervision	1,29	1,51	34	1,36	2,57	22	1,20	1,67	20	0,73	0,96	15	1,23	1,52	57	1,12	2,00	40
IEQ - Tension	6,21	3,79	34	5,50	3,90	22	5,90	4,97	20	4,93	5,68	15	6,04	4,12	57	5,15	4,51	40
IEQ Gesamt	17,21	8,27	34	16,32	14,07	22	18,00	9,14	20	14,13	9,55	15	17,33	8,34	57	15,03	12,01	40

Anmerkung. GAD-7= Generalized Anxiety Disorder – 7 item Scale, PHQ-8 = Patient Health Questionnaire 8-item Scale, IEQ = Involvement Evaluation Questionnaire

4.7 Welche Vorteile und welche Nachteile erleben Psychotherapeut*innen bei der Nutzung von TONI?

Wir haben im Rahmen der Studie Interviews mit neun Psychotherapeut*innen (8 VT, 1 TP) geführt, die BC mit TONI implementiert haben.

Förderliche und hinderliche Faktoren: Die förderlichen und hinderlichen Faktoren, die sich bei der Nutzung von TONI bzw. BC in den Interviews zeigten, sind in Anlage 7 detailliert aufgeschlüsselt. Im Folgenden werden die Kategorien, die am häufigsten genannt wurden, narrativ dargestellt und mit Zitaten illustriert.

Auf Interventionsebene wurde der modulare Aufbau von TONI (8/9 Interviewte) von den Psychotherapeut*innen als förderlich erlebt. „Also hilfreich [ist] auf jeden Fall der modulare Aufbau. Dass die Patienten schauen können, was sie interessiert und dann selbstständig arbeiten können, das finde ich grundsätzlich schon auf jeden Fall hilfreich.“. Hinsichtlich der Inhalte wurde insbesondere die psychoedukativen Elemente als hilfreich betont: „Ich finde vor allen Dingen die Psychoedukation [hilfreich]. Das fand ich super. Oder auch das Vulnerabilitäts-Stressmodell, oder Suchtverhalten, solche Sachen. Also, reine Infovermittlung, die ist [durch TONI] total erleichtert worden.“

Auch die Vielfältigkeit des Medienmix („Es ist eingänglich, verständlich, die Inhalte sind ganz toll umgesetzt, ob mit Filmchen oder Fragebögen, Erklärungen. Ja, besser kann (...) man's nicht machen, das ist schön.“) und der verfahrensübergreifende Ansatz wurden von 6/10 Psychotherapeut*innen als förderlich hervorgehoben („Also die thematische Aufarbeitung ist super, dass sie schulenübergreifend ist. Offensichtlich sieht man ja in den Inhalten, [dass sie] mit verschiedenen Therapierichtungen zusammengearbeitet haben bei der Konzeption. Es ist inhaltlich, also didaktisch, weiß nicht wie man das nennt, find ich's einfach klasse.“)

Auf Ebene der Patient*innen unterstrichen 5/9 Psychotherapeut*innen die Intensivierung der Psychotherapie als förderlich: „Gerade die Wiederholungen, einfach ein Verständnis zu fördern. Sich auch nach individuellem Bedarf weiterzuentwickeln, also unabhängig von den Sitzungen. Vor allen Dingen auch in Zeiten, wo eben mal eine längere Pause war, dass sie dann trotzdem weiterarbeiten konnten, am Thema dranbleiben konnten und das hat's erleichtert.“

5/9 Psychotherapeut*innen sahen in BC einen hilfreichen Ansatz zu Steigerung der Selbstwirksamkeit und Motivation ihrer Patient*innen: „Das erhöht, finde ich, so den 'Dran-Bleib-Effekt' der Patienten, finde ich. Das sehe ich als deutlich positiv, wenn die Patienten motiviert genug sind. Ich finde auch eine freiere Gestaltung, also so dass dann gesagt werden kann 'Das und das Modul würde ich gerne mir mal angucken' von Patient*innenseite, das finde ich ist auch ein förderlicher Faktor. Im Sinne von Selbstverantwortung übernehmen. Auch eine Selbstwirksamkeit im Rahmen der Therapie zu erleben. 'Ich kann mir gerne etwas wünschen. Darauf wird eingegangen' und wir nehmen es dann auch ernst und arbeiten damit weiter. Ja, das sind förderliche Effekte, finde ich.“

5/9 erlebten TONI als bereichernd für die eigene therapeutische Arbeitsweise: „Ich denk es war dadurch auch nochmal ein Stück intensiver und das ist jetzt in der tiefenpsychologischen Therapie ja oft gar nicht so üblich, dass man irgendwie vielleicht auch sowas wie Hausaufgabebögen mit heimgibt und das fand ich war wirklich eine sehr gute Ergänzung.“

Auch die Zeitersparnis wurde förderlich wahrgenommen (5/9 Psychotherapeut*innen): „Wenn das aber erst so drin ist, ist das glaube ich auch jetzt nicht mehr so zeitintensiv, sondern eher dann eine Hilfe, weil man damit dann ja auch, was weiß ich, sich Recherche spart oder sonst irgendwas, einfach darauf zurückgreifen kann auf die Inhalte von dort.“

Hinsichtlich der hinderlichen Faktoren auf Interventionsebene benannten 5/9 Psychotherapeut*innen die Übersichtlichkeit als hinderlich. Sie wünschen sich eine Kurzübersicht aller eingetragenen Inhalte durch die Patient*innen: „Wenn ich eine schnellere Übersicht hätte, könnte ich eher auch gezielter nachfragen“.

Auf der Ebene der Patient*innen wurde die Motivation als Hürde angesehen (6/9 Psychotherapeut*innen): „Ich hatte das Gefühl, die Patienten bekommen am Anfang eben diesen Link, gucken da einmal rein und verankern aber das auch nicht so richtig mit der Therapie und dann ist irgendwie das Interesse dann so wieder verlorengegangen. Das war so mein Gefühl.“. Auch die Altersstruktur wurde von 6/9 Psychotherapeut*innen als potenziell hinderlich genannt: „Die Jüngeren, die sind wesentlich offener dafür“.

Obwohl die Psychotherapeut*innen nach erfolgreicher Einarbeitung auch eine Erleichterung des Zeitaufwands bemerkten, fehle insgesamt Zeit zum Vor- und Nachbereiten („Und hinderlich ist einfach der Zeitfaktor. Ich hab halt gemerkt, wie zeitintensiv das doch ist wenn man's ernst nehmen möchte im normalen Praxisalltag. Es ist ja schon ganz viel erleichtert, aber Vor- und Nachbereitungszeit ist halt schon tatsächlich im Praxisalltag oft nicht da. Muss man ganz ehrlicherweise sagen.“). Gerade in der engen Verzahnung ergebe sich ein zeitlicher Mehraufwand (7/9 Psychotherapeut*innen) („Ich kann [mich] nicht vor jedem Patienten in TONI einloggen und gucken, welche Übungen für ihn geeignet sein könnten. Deshalb war ja die Idee, dass der Patient sich selber da so seine Übungen zusammensucht.“)

Eine Verunsicherung in der Rolle der BC Psychotherapeut*innen wurde von 7/9 Psychotherapeut*innen als hinderlich für die Implementierung von BC wahrgenommen: „Und ich hatte dann am Anfang überlegt, ob ich die Patienten mal darauf anspreche und habe dann den Eindruck, das war dann eher so, das die Patienten so das Gefühl hatten, die müssen das jetzt für mich machen. So nach dem Motto "Ich habe die Hausaufgaben gemacht". Ich hatte dann eher so das Gefühl, ich komme so in eine kontrollierende Rolle rein, deshalb habe ich die Patienten auch nicht mehr gefragt.“

4.8 Welche Vorteile und welche Nachteile erleben Patient*innen bei der Nutzung von TONI?

Wir haben im Rahmen der Studie Interviews mit zehn BC Patient*innen, die anhand ihrer Symptomfragebögen von der Behandlung profitierten (sog. Responder), als auch zehn BC.Patient*innen, die anhand ihrer Symptomfragebögen nicht von der Behandlung profitierten (sog. Non-Responder), geführt.

Förderliche und hinderliche Faktoren: Die förderlichen und hinderlichen Faktoren, die sich bei der Nutzung von TONI bzw. BC in den Interviews zeigten, sind in Anlage 7 detailliert aufgeschlüsselt. Im Folgenden werden die Kategorien, die am häufigsten genannt wurden, narrativ dargestellt und mit Zitaten illustriert.

Alle Responder (10/10 Teilnehmer*innen) und Non-Responder (10/10 Teilnehmer*innen) erlebten die TONI-Inhalte als hilfreich: „Tatsächlich alle. Also, alle, auf die ich zugreifen konnte. Ich glaube, zwei sind immer noch nicht freigeschaltet. Also ich fand alles super hilfreich“. Wobei einige interviewte Personen dabei einzelne Module als besonders hilfreich hervorhoben: „Also, Kommunikation, dass wenn ich jetzt grad ein Thema gesucht habe, wo ich sage: Oh ich komm überhaupt nicht klar, ich hab hier ein Thema, wie kann ich das machen? Bin ich rein, hab das Modul gefunden und das find ich wiederum sehr gut gelöst. Dass ich einfach sagen kann, genau dieses Modul hilft mir in der Situation, dass ich Dinge verarbeite. Und ich hab' tatsächlich auch mithilfe dadurch es geschafft, eine Situation zu entschärfen. Und hab mit der Person seitdem auch 'ne wunderbare Kommunikation“.

Der Großteil der interviewten Patient*innen sah in TONI eine hilfreiche Möglichkeit ihre Psychotherapie zu intensivieren (9/10 Responder, 10/10 Non-Responder): „Ich sag mal so, TONI hat das Ganze intensiviert, dass ich dann besser verinnerlicht habe, da hat mir TONI geholfen. Das ist so, wie wenn man zum Beispiel in der Uni oder in der Schule was lernt und man sitzt zu Hause, man macht auch mal die Hausaufgaben und übt bisschen und so weiter. Das ist Teil von TONI, dass ich dann bisschen alles intensiviert habe und genauer hingeschaut habe und es verinnerlicht habe.“. Dabei betonten die Teilnehmenden auch, dass TONI dabei unterstützte, therapeutische Inhalte im Alltag präsent zu halten: „Und es war nochmal eine gute Vertiefung, da ich, also da es meistens, also meiner Ansicht nach so war, nach den Stunden, dass man natürlich nachdenkt und reflektiert, was in den Stunden besprochen wurde und das versucht, in den Alltag umzusetzen. Allerdings kann dieser Versuch dann nach ein paar Tagen wieder etwas abebben, da man wieder in seinen Alltag eingefädelt wird und die Therapie dann so etwas vergisst. Und dann war das eben ganz gut, dann die Therapie [mit TONI] sozusagen in den Alltag nochmal reinzuholen und da ein bisschen so gegenwärtig zu machen.“

Außerdem betonten die Interviewten, dass sie durch TONI die Möglichkeit hätten, selbstgesteuert und unabhängig zu arbeiten (9/10 Responder, 9/10 Non-Responder): „Also ich fand es eigentlich schön, dass ich halt so zu Hause, wenn ich halt Lust darauf hatte, auf ein paar Inhalte von TONI zurückgreifen konnte und mich da nochmal so ein bisschen absichern konnte.“ Einige Personen sahen in der eigenständigen Arbeit einen ähnlich therapeutischen Effekt wie die regulären Therapiesitzungen: „Also ich muss sagen, das ist ja genauso wie die Therapie, nur halt, dass man sich da eigenständig durcharbeitet. Wie im Homeoffice halt. Also es ist kein großer Unterschied so, dass da jetzt 'ne Person sitzt, die vielleicht anders auf bestimmte Äußerungen reagiert oder da nochmal erklärt. Also vom Inhalt her ist TONI wirklich top.“

An hinderlichen Faktoren benannten Teilnehmende Aspekte der Usability wie die Übersichtlichkeit (5/10 Responder, 7/10 Non-Responder): „Also bei TONI fand ich die Navigation ein bisschen schwierig. Der Aufbau von der Website, das fand ich teilweise bisschen unübersichtlich. Teilweise hab' ich mich schwer getan, die Module zu finde. Ich weiß auch nicht, vielleicht bin ich da auch einfach ein bisschen fahrig, aber ich fands nicht so ganz intuitiv zum Teil.“ Oder auch eine Unklarheit hinsichtlich der Funktionsweisen der Online-Plattform: „Wer macht diese Vorschläge? Oder wenn ich sag, ich will jetzt daran [an einem Modul] arbeiten, schaltet das dann die Therapeutin frei? Oder oder oder? Wird da auch TONI

aktiv? Oder wie? Also ich hab' immer diese Module gesehen und dann war ich mir aber nie sicher, hat die mir jetzt meine Therapeutin freigeschaltet oder hat TONI die freigeschaltet.“

Auch hinsichtlich der Online-Module bemerkten die Interviewten hinderliche Faktoren (5/10 Responder, 6/10 Non-Responder), z.B. hinsichtlich der Reflexionsfragen, die in jedes Modul integriert wurden: „Die Fragen sind zum Beispiel, manchmal muss man da richtig Gehirnschmalz anschmeißen. Manchmal muss man richtig viel überlegen, was damit gemeint ist. Wenn man es endlich verstanden hat, ist es gut, wenn man es nicht verstanden hat, dann ist es schwierig.“ Auch dass die Module eher allgemein und übergeordnet, so dass sie für viele Personen passen, ausgerichtet sind, wurde zum Teil als hinderlich erlebt: „Viele waren immer sehr allgemein gefasst. Aber klar, natürlich ist das...das ist das Ziel, das jeder dann seine Antwort bieten kann. Manchmal hatte ich Schwierigkeiten und wusste dann erstmal, im ersten Moment halt nicht, was gefordert ist oder was sinnig ist.“

An individuellen Faktoren wurde von 4/10 Respondern und 5/10 Non-Respondern eine Reihe unterschiedlicher hinderlicher Aspekte genannt, von anderen Erwartungen: „Also das war so für mich wahrscheinlich eher hinderlich, so meine Erwartungshaltung. Dass ich die für mich selber zu hoch gesteckt hatte und einfach gedacht habe: das ist halt so, wenn du krank bist, sind halt andere da, so wie beim Arzt. Die lösen dann deine Probleme und dann gehts dir gut.“ Bis zu Präferenzen für ein handschriftliches statt digitalen Formats: „Dass ich das irgendwie physisch vor mir liegen hab, macht für mich doch auch nochmal einiges aus. Denn ich bin schon so eine Person, ich schreib gerne handschriftlich und das macht für mich einen Unterschied, also das bleibt einfach anders hängen.“

Die Interviewten betonten außerdem, dass die Bearbeitung der Online-Module mit einem Zeitaufwand einherging, was als hinderlich wahrgenommen wurde (6/10 Responder, 4/10 Non-Responder): „Das andere ist ein bisschen das Zeitproblem. Manche Sachen, also manche Fragen waren so gestellt, dass man so 'nen bisschen ausholen muss, das Ganze zu beantworten und ich fand es tatsächlich gut, dass man dann so intensiv daran geht, aber mir hat es ehrlich gesagt nicht die Zeit... Mir hat die Zeit gefehlt.“ Es finden sich in den Interviews auch Hinweise, dass manche Module als zu umfangreich erlebt wurden: „Mich hat es ein bisschen überrascht, wie arbeitsaufwändig die Module stellenweise sind. Das ist ja doch ziemlich zeitintensiv.“

5 Diskussion der Projektergebnisse

Das Projekt PsyTOM stieß bei den Vertragspsychotherapeut*innen auf reges Interesse, was sich in vielen Zuschriften, der gut besuchten Teilnahme an Informationsveranstaltungen und schließlich dem Erreichen des Rekrutierungsziel widerspiegelte. Das Erreichen der großen Fallzahl an Patient*innen demonstriert das rege Interesse an verfahrensübergreifenden und personalisierbaren Online-Tools, die an die Routinepraxis angepasst wurden.

Mit TONI förderten wir eine personalisierte und flexible Nutzung der Online-Module. Die Nutzungsdaten zeigten, dass dabei die ersten drei Module („Werte & Ziele“, „Entwicklung“ und „Achtsamkeit“) am häufigsten eingesetzt wurden. Dies könnte darauf hinweisen, dass diese Inhalte besonders gut zur digitalen Vermittlung passen und in ihrer thematischen Breite für viele Patient*innen und therapeutische Ansätze gleichermaßen geeignet sind. Außerdem

betonten einige Psychotherapeut*innen in den qualitativen Interviews, dass die Implementierung von TONI vor allem zu Beginn der Therapie als hilfreich erlebt wurde, was zu dieser Modulauswahl passen würde. Gleichzeitig könnte dieses Ergebnis aber auch auf eine Unsicherheit oder Zurückhaltung der Psychotherapeut*innen bei der individuellen Modulauswahl für ihre Patient*innen hinweisen. Eine mögliche Ursache für diese Zurückhaltung könnte der bisher geringe Erfahrungsstand vieler Psychotherapeut*innen im Umgang mit BC sein. Da BC und der Einsatz digitaler Module in der Therapie noch neu sind, fehlen vielen Psychotherapeut*innen erprobte Strategien und eine klare Orientierung für eine passgenaue Auswahl der Module und Implementierung von BC. Die Entscheidung für die „sicheren“ und universell einsetzbaren Module könnte daher ein Ausdruck einer gewissen Vorsicht im Umgang mit den digitalen Elementen sein. Auch in den Interviews wurde deutlich, dass viele Psychotherapeut*innen noch eine gewisse Verunsicherung in ihrer Rolle als BC-Psychotherapeut*in verspüren, z.B. zu der Frage, wie die Nutzung der Online-Module durch die Psychotherapeut*innen optimal unterstützt werden kann. Diese Routine kann im Rahmen einer solch zeitlich begrenzten Studie wie PsyTOM, in der die teilnehmenden Psychotherapeut*innen durchschnittlich sechs Patient*innen einschlossen (also durchschnittlich 3 Patient*innen BC erhielten), kaum etabliert werden.

In der formativen Interventionsentwicklung zeigte sich, dass in TONI eine Balance gefunden werden soll: Einerseits soll die Behandlungsplanung und damit finale Modulzuweisung bei den Psychotherapeut*innen liegen, aber andererseits sollen individuelle Wünsche der Patient*innen auch Berücksichtigung finden, indem Module angefragt werden können. In den qualitativen Interviews äußerten Patient*innen, dass sie die Modulzuweisung durch Psychotherapeut*innen auch als Nadelöhr empfanden. TONI ist durch den modularen Aufbau flexibel und kann durch die Anpassungen und Rückbezüge zur Psychotherapie idK integrativ eingebunden werden. Allerdings deuten die Ergebnisse aus den qualitativen Interviews daraufhin, dass die fehlenden Zeitressourcen und die fehlende Routine es erschwert haben, BC optimal integrativ einzusetzen.

Entgegen den ursprünglichen Annahmen im Projektantrag, zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen BC und Psychotherapie idK in Bezug auf Therapieergebnisse wie Angst, Depression, Lebenszufriedenheit, Funktionsniveau, therapeutisch eingeschätzte Schwere/Veränderungen oder Zufriedenheit mit der Behandlung. Auch in den Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen zeigten sich keine konsistenten Unterschiede. Eine kürzlich veröffentlichte Meta-Analyse zu BC zeigte ähnliche Befunde und verdeutlicht, dass die Effektivität von BC über Depression hinaus aktuell noch nicht geklärt ist (Nunes-Zlotkowski et al., 2024). Die Nutzung von TONI war Psychotherapeut*innen und Patient*innen freigestellt. Sie konnten entscheiden, welche Inhalte sie wie intensiv nutzten. Dadurch fällt es auch schwer, die Frage, wie gut das Tool genutzt wurde, zu beantworten. Eine durchschnittliche Nutzungsdauer von 6 Stunden ist vergleichbar mit ähnlichen BC Studien (Nunes-Zlotkowski et al., 2024). Eine durchschnittliche Verordnung von nur 7 von möglichen 39 Kapiteln hingegen scheint wenig und darauf hinzudeuten, dass TONI von den Psychotherapeut*innen nicht optimal genutzt wurde. Eine mögliche Kontamination der Kontrollgruppe kann außerdem nicht ausgeschlossen werden, da dieselben Therapeut*innen Patient*innen beider Gruppen behandelten und somit Elemente des BC-Ansatzes unbeabsichtigt auch in der psychotherapeutischen Regelversorgung angewendet worden sein

könnten. Zudem war die weitere Inanspruchnahme von Gesundheitsleitungen inkl. Nutzung digitaler Angebote nicht eingeschränkt, was potenziell zu einer Verwässerung gruppenspezifischer Effekte geführt haben könnte. Auch wenn sich auf den quantitativen Maßen keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen über die Zeit gezeigt haben, fanden wir deutliche Verbesserungen über die Zeit in beiden Gruppen. BC unterscheidet sich in der Wirksamkeit also nicht von Psychotherapie idK. Darüber hinaus zeigen sich die Psychotherapeut*innen weiterhin sehr interessiert an der Nutzung von TONI. Qualitativ betonen sie die Bereicherung für die Therapie und Abwechslung, die ein Tool wie TONI in die Psychotherapie bringen kann. So betonen sie beispielsweise wie die Arbeit mit den Online-Modulen die Psychotherapie intensivieren und vertiefen kann und wie sich ihr eigenes Methodenspektrum durch TONI erweitert hat. Weitere Analysen sekundärer Maße über die im Antrag skizzierten Fragestellungen hinaus (z.B. zu Wirkmechanismen) sind ausstehend.

Der Einsatz von BC führte in unserer Studie nicht zu einer Reduktion der Sitzungsanzahl oder Dropout, was zum Teil auf die Vergütungsstruktur im deutschen Gesundheitssystem zurückzuführen sein könnte. Da Psychotherapeut*innen pro Sitzung vergütet werden, gibt es finanziell keinen Anreiz, der die Psychotherapeut*innen dazu motiviert, Sitzungen zu reduzieren. Der Anteil an Therapieabbrüchen unterschied sich ebenfalls nicht signifikant zwischen BC und Psychotherapie idK. Der initiale Mehraufwand zur Implementierung von BC für Psychotherapeut*innen könnte dazu geführt haben, dass BC nicht im vollen Umfang genutzt wurde und potenzielle Vorteile ausblieben. Obwohl den Psychotherapeut*innen Empfehlungen zur optimalen Nutzung von BC zur Verfügung gestellt wurden (siehe Handbuch, Punkt 5.5 in Anlage 3), lag die konkrete Anwendung zudem in ihrem eigenen Ermessen. Sie konnten selbst entscheiden, welche Funktionen sie nutzen wollten und in welchem Ausmaß sie BC in ihre individuellen Behandlungen integrieren. Daher bleibt unklar, inwiefern einzelne Funktionen – wie etwa die Einsicht in die Fragebogenergebnisse ihrer BC-Patientinnen – tatsächlich genutzt wurden und welchen spezifischen Einfluss diese auf den Behandlungserfolg hatten. Die Bereitstellung und weitere Erprobung von TONI über die Studie hinaus wäre wünschenswert, auch um Psychotherapeut*innen in ihrer BC-Routine zu stärken. Eine Erprobung außerhalb des Studienkontextes wäre außerdem hilfreich, um Psychotherapeut*innen die Möglichkeit zu geben, TONI zu einem für den individuellen Therapieverlauf passenden Zeitpunkt einzubinden. Im Rahmen der Studie musste TONI zu Beginn der Therapie eingeführt werden, wobei die Psychotherapeut*innen betonten, dass für eine gelungene BC-Implementierung eine etablierte therapeutische Beziehung förderlich gewesen wäre. Weitere unterstützende Maßnahmen – etwa in Form von Schulungen oder Leitlinien zur effektiven Nutzung von BC – könnten konkret aus den Erfahrungen im PsyTOM-Projekt abgeleitet werden, und dazu beitragen, das Vertrauen der Psychotherapeut*innen in den Einsatz digitaler Werkzeuge zu stärken.

70% der Patient*innen berichteten von dem Erleben mindestens eines unerwünschten Ereignisses, das sie mit der Behandlung in Verbindung brachten. Diese Zahl ist etwas höher, als in einer BC-Studie für Patient*innen mit einer Depression (61%; Kemmeren et al., 2023) berichtet wurde. Gleichzeitig sind die Zahlen niedriger als in einer anderen Studie, die eine transdiagnostische Population in der psychotherapeutischen Routineversorgung betrachtete (94%; Ladwig et al., 2014). Die Anzahl und Auswirkung von Nebenwirkungen unterschieden sich nicht zwischen BC und Psychotherapie idK. In beiden Gruppen zeigte sich, dass eine

größere Anzahl an berichteten Nebenwirkungen mit einer geringeren Symptomverbesserung von Angst und Depression einherging. Patient*innen, die von mehr Nebenwirkungen berichten, scheinen also weniger von der Behandlung zu profitieren als Patient*innen, die weniger Nebenwirkungen berichten. Auch hier zeigte sich kein Gruppenunterschied. Beide Gruppen scheinen insgesamt vergleichbar hinsichtlich des Erlebens und der Auswirkung von Nebenwirkungen zu sein.

Als nachgeordnetes Ziel der vorliegenden Untersuchung haben wir die Rolle der Angehörigen der teilnehmenden Patient*innen beleuchtet. Nur ein kleiner Teil der teilnehmenden Patient*innen hat ihre Angehörigen zu Erhebungen in der TONI Studie eingeladen. Es zeigte sich, dass die Angehörigen eine moderate und zu anderen Studien vergleichbare Belastung durch die psychische Störung erleben sowie selbst unter leichtgradigen Angst- und Depressionssymptomen leiden. Unser Studiendesign hat es nicht erlaubt, Angehörige systematischer zu erfassen. Unsere Ergebnisse können jedoch als Hinweise auf die Relevanz und die Machbarkeit eines Einbezugs von Angehörigen gesehen werden.

Mit TONI haben wir ein flexibles, modulares und transtheoretisches BC-Tool entwickelt und getestet, das Psychotherapeut*innen aller Verfahren ermöglicht, digitale Komponenten über das gesamte Spektrum psychischer Beschwerden hinweg zu integrieren. Zu den Hauptstärken der Studie gehören das naturalistische Setting sowie die transdiagnostische Anwendung und Evaluation. Weitere Stärken umfassen die ausreichende statistische Power der Studie, um auch kleine Unterschiede zu erfassen, die statistischen Analysen basierend auf verblindeten Daten, den Einsatz sowohl von Selbst- als auch Fremd-bewerteten Messinstrumenten sowie die Anwendung von Prinzipien der Open Science, einschließlich der Veröffentlichung der Daten und Auswertungscodes. Die Integration aller therapeutischen Verfahren sowie aller Diagnosen spiegelt die Routinepraxis wider und erhöht die externe Validität. Dennoch gibt es Einschränkungen hinsichtlich der Generalisierbarkeit unserer Ergebnisse: Trotz umfangreicher Bemühungen, Psychotherapeut*innen verschiedener Verfahren zu rekrutieren, war die Mehrheit verhaltenstherapeutisch orientiert. Der größte Teil der Patient*innen wurde von ihren Psychotherapeut*innen mit einer affektiven Störung diagnostiziert, gefolgt von Angst- und Anpassungsstörungen. Bei den teilnehmenden Psychotherapeut*innen erfolgte vermutlich eine Selbstselektion an Psychotherapeut*innen, die für die Thematik BC offen und motiviert sind. Die Rekrutierung der Patient*innen lag dann in der Verantwortung der Psychotherapeut*innen, was die Bandbreite der Patient*innen-Rekrutierung eingeschränkt haben könnte. Obwohl qualitative Interviews mit Psychotherapeut*innen in unserer Studie darauf hinwiesen, dass sie die Patient*innen-Einschlusskriterien nicht beschränkt haben, könnte dieser Ansatz dennoch die Generalisierbarkeit einschränken. Die Randomisierung der Behandlungen ermöglichte eine kausale Interpretation der Ergebnisse. Um mit systematischem Studienabbruch umzugehen, sammelten wir eine Vielzahl potenzieller Variablen, die den Mechanismus fehlender Daten erklären könnten, und kontrollierten diese mittels multipler Imputation.

Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass die in stärker kontrollierten BC-Settings beobachteten Vorteile möglicherweise nicht vollständig in die Routineversorgung übertragbar sind, was möglicherweise auf Unterschiede in der Implementierung von BC zurückzuführen ist. Obwohl BC keinen Vorteil gegenüber Psychotherapie idK zeigte, unterstreichen das Ausbleiben zusätzlicher Nebenwirkungen sowie das starke Interesse der

Psychotherapeut*innen an der Weiternutzung von TONI über die Studie hinaus das Potenzial das BC mit einem verfahrensübergreifenden, personalisierbaren Tool wie TONI für die Bereicherung und Digitalisierung der Psychotherapie hat. Mit dieser Studie sollte ein allgemeiner Effekt von BC in einem maximal unkontrollierten Setting, in dem es keine Vorgaben zur Nutzung der Online-Module und Tools in TONI gab, nachgewiesen werden. Obwohl die additiven Effekte unter Routinebedingungen von BC versus Psychotherapie idK ausblieben, legen die qualitativen Rückmeldungen nahe, dass es einen Nutzen für TONI geben kann, wenn TONI gezielt eingesetzt wird. Ein Ersetzen von psychotherapeutischen Sitzungen durch ein Online-Modul ist dabei denkbar. Auch sollte eruiert werden, ob es gewisse Subgruppen von Patient*innen gibt, die von BC besonders profitieren und bei denen BC empfohlen werden sollte.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

TONI hat die Möglichkeit, die Psychotherapie um ein digitales BC Angebot zu erweitern, das für die deutsche Routinepraxis optimal zugeschnitten ist: Verfahrens- und diagnoseübergreifend kann es durch den modularen Aufbau bei einer Vielzahl von Patient*innen flexibel eingesetzt werden, was es in der deutschen GKV-Versorgung einmalig macht. Psychotherapeut*innen, die bereits TONI ausprobiert haben, sowie Psychotherapeut*innen, die von TONI in Vorträgen gehört haben, sind sehr interessiert daran, TONI über die Studie hinaus weiter zu nutzen. Es wird angestrebt, TONI weiterhin für den Einsatz in der psychotherapeutischen Versorgung von GKV-Versicherten bereitzustellen. Sofern Kosten für die Bereitstellung (Hosting, technische Wartung) übernommen werden, wäre es möglich TONI zeitnah und flexibel Psychotherapeut*innen mit ihren Patient*innen zur Verfügung zu stellen.

TONI kann die psychotherapeutische Arbeit über digitale Tools erleichtern und erweitern, wobei sich der Einsatz in unserer Studie nicht in einer erhöhten Wirksamkeit oder reduzierten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen niedergeschlagen hat. Damit TONI über die qualitativen Vorteile hinaus eine Steigerung der Kosteneffektivität oder Wirksamkeit erzielen kann, könnten Wege zur Modifikation der Implementierung eruiert werden. Mit dem Einsatz von TONI könnte, wo angemessen und indiziert, eine Reduktion von Präsenzsitzungen angestrebt werden. In der vorliegenden naturalistischen Untersuchung zeigte sich, dass eine solche Reduktion nicht automatisch Konsequenz von BC ist - eine wichtige Erkenntnis für die Implementierung von BC. Eine Förderung und Incentivierung der Reduktion von Sitzungen idK sollte erwägt werden, um eine Steigerung der Effizienz zu erreichen und so zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung beizutragen. Um die Wirksamkeit der ambulanten Psychotherapie durch den Einsatz von TONI zu steigern, könnte in der Implementierung eine intensivere Nutzung des Tools gefördert werden. Dies könnte über eine Stärkung der Patient*innenautonomie erfolgen. Wenn Patient*innen selbstständig TONI-Inhalte für sich auswählen und freischalten können, könnten die fehlenden Ressourcen zur Implementierung, die die Psychotherapeut*innen in den Interviews beschrieben, kompensiert werden. Auch eine Erprobung von TONI als sequenzielle BC Intervention vor (z.B. zur Überbrückung von Wartezeit) oder nach einer Psychotherapie zur Nachsorge wäre zielführend. Zugleich könnte das Engagement von Psychotherapeut*innen innerhalb der TONI Plattform nach Zeitaufwand

und nicht mehr pauschalisiert vergütet werden. So entstünde bei Psychotherapeut*innen ein finanzieller Anreiz zur Nutzung von TONI. Diese Modifikationen in der Implementierung von TONI sollten wissenschaftlich untersucht werden, bevor eine Empfehlung zur Dissemination in der Praxis ausgesprochen werden kann.

7 Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen

7.1 Erfolge Veröffentlichungen:

Die folgenden Manuskripte sind bei wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht worden:

Behr, S., Fenski, F., Boettcher, J., Knaevelsrud, C., Hammelrath, L., Kovacs, G., Schirmer, W., Petrick, H., Becker, P., & Schaeuffele, C. (2024). TONI - One for all? Participatory development of a transtheoretic and transdiagnostic online intervention for blended care. *Internet Interventions*, 35, 100723. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2024.100723>

Fenski, F., Boettcher, J., & Hörz-Sagstetter, S. (2023). Online-Therapie zusätzlich zur Psychoanalyse? Welche Bedarfe formulieren niedergelassene psychodynamische Psychotherapeut*innen an Online-Therapie Module für ihre ambulante Arbeit? *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 73. <https://doi.org/10.1055/a-2050-3413>

Jordan, S., Becker, P., Behr, S., Fenski, F., Knaevelsrud, C., Boettcher, J., & Schaeuffele, C. (2025). "Who blends in and why (not)?" A qualitative study on psychotherapists' patient inclusion in blended care. *Internet Interventions*, 41, 100847. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2025.100847>

Schaeuffele, C., Heinrich, M., Behr, S., Fenski, F., Hammelrath, L., Zagorscak, P., Jansen, A., Pohl, S., Boettcher, J., & Knaevelsrud, C. (2022). Increasing the effectiveness of psychotherapy in routine care through blended therapy with transdiagnostic online modules (PsyTOM): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 830. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06757-0>

Zu Zwecken der Rekrutierung von Psychotherapeut*innen und der Dissemination von Wissen über BC allgemein wurden außerdem die folgenden Artikel in praxisrelevanten Zeitschriften veröffentlicht:

Fenski, F., Behr, S., Schaeuffele, C., Boettcher, J., & Knaevelsrud, C. (2023). Blended Care: Stand der Forschung und Implementierungsmöglichkeiten. *Der Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01579-0>

Schaeuffele, C., Knaevelsrud, C., & Boettcher, J. (2022). Das Beste aus zwei Welten? Zum Potenzial von digitalen Angeboten für die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeutenjournal*, 2/2022, 111-116

7.2 Eingereichte Manuskripte

Die folgenden Manuskripte wurden bei wissenschaftlichen Zeitschriften eingereicht und befinden sich aktuell in Begutachtung. Sie sind als Preprint verfügbar.

Schaeuffele, C., Mutak, A., Behr, S., Fenski, F., Hammelrath, L., Puetz, M., Pohl, S., Knaevelsrud, C., & Boettcher, J. (2024). Increasing the Effectiveness of Psychotherapy through Transdiagnostic Online Modules? Randomized Controlled Trial comparing Blended Care to Psychotherapy in Routine Care. OSF. <https://doi.org/10.31234/osf.io/972z5>

7.3 Geplante Veröffentlichungen

Die folgenden Veröffentlichungen sind für die Veröffentlichung in Zeitschriften mit Peer Review geplant. Sofern das Vorhaben präregistriert wurde, kann die Präregistrierung über den Link eingesehen werden.

Behr, S., Fenski, F., Hammelrath, L., Boettcher, J., Knaevelsrud, C., & Schaeuffele, C. (2024). Mechanisms of Change in Blended Care and Routine Psychotherapy – a secondary analysis of a randomized controlled trial. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/8MCXS>

Boettcher, J., Behr, S., Fenski, F., Hammelrath, L., Boettcher, J., Knaevelsrud, C., & Schaeuffele, C. (2024). Was bringt Blended Care? Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Kosteneffektivität von Blended Care versus Psychotherapie.

Fenski, F., Schaeuffele, C., Behr, S., Hammelrath, L., Knaevelsrud, C., & Boettcher, J. (2024). Are we in agreement? Negative effects of psychotherapy from the perspectives of therapists, patients, and significant others. <https://osf.io/49t72/resources>

Fenski, F., Schaeuffele, C., Behr, S., Hammelrath, L., Knaevelsrud, C., & Boettcher, J., (2024). The Worst of both Worlds? Negative Effects in Blended Care: Characteristics, Predictors & Relationship with Outcome. <https://osf.io/g3hvt/resources>

Duddeck, L., Behr, S., Hammelrath, L., Fenski, F., Knaevelsrud, C., Schaeuffele, C., & Boettcher, J. (2024). Partner in care: Influence and Burden of Significant Others in Outpatient Psychotherapy. <https://osf.io/axvuk/resources>

Eicher, S., Schaeuffele, C., Behr, S., Fenski, F., Hammelrath, L., Puetz, M., Mutak, A., Knaevelsrud, C., & Boettcher, J. (2024). Operational Definitions of Treatment Dropout: A Detailed Examination of Associations with Outcomes and Usage Patterns in a Blended Care Setting. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/G84K9>

Puetz, M., Schaeuffele, C., Behr, S., Fenski, F., Hammelrath, L., Knaevelsrud, C., & Boettcher, J. (2024). The Prevalence of Sexual Problems in Outpatient Psychotherapy and the Potential of Blended Care. <https://osf.io/h6cw8/resources9.1>

7.4 Konferenzbeiträge

Behr, S., Schäuuffele, C., Pantförder, F., Weber, J., Kuss, S., Fenske, S., Böttcher, J. & Knaevelsrud, C. (2024). Wie ein Zahnrad: die Therapie + TONI – Erfahrungen von Behandler*innen und Patient*innen mit Blended Care in der ambulanten Routineversorgung. Posterpräsentation beim Deutschen Psychotherapie Kongress in Berlin, Deutschland.

Behr, S., Schäuuffele, C., Pantförder, F., Weber, J., Kuss, S., Fenske, S., Böttcher, J. & Knaevelsrud, C. (2024). Like Puzzle Pieces: my Therapy + TONI – Exploring the Experiences of Practitioners and Patients with Blended Care in Outpatient Routine Care. Präsentation bei der International Society for Research on Internet Interventions (ISRII) in Limerick, Irland.

Behr, S., Fenski, F., Schäuuffele, C., Böttcher, J. & Knaevelsrud, C. (2022). From practice for practice – participatory intervention development of an integrative transdiagnostic online intervention for blended psychotherapy. Präsentation bei der European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) in Barcelona, Spanien.

Hammelrath, L., Schaeuffele, C., Behr, S., Fenski, F., Boettcher, J., Knaevelsrud C. (2022), It's a match – Development of a matching algorithm to evaluate the fit of therapeutic dyads“, Posterpräsentation beim Deutschen Psychotherapie Kongress (online).

Fenski, F., Behr, S., Hammelrath, L., Schaeuffele C., Knaevelsrud, C. & Boettcher, J. (2023). One for all? Can we create therapeutic online content that can be applied by psychodynamic, systemic, and cognitive-behavioral therapists alike? Präsentation bei der Society for Psychotherapy Research in Dublin, Irland

Fenski, F., Behr, S., Hammelrath, L., Schaeuffele C., Knaevelsrud, C. & Boettcher, J. (2024). The Worst of Both Worlds? Negative Effects in Blended Care. Präsentation bei der International Society for Research on Internet Interventions in Limerick, Irland.

Fenski, F., Behr, S., Hammelrath, L., Schaeuffele C., Knaevelsrud, C. & Boettcher, J. (2024). Sind wir uns einig? Negative Effekte von Psychotherapie aus unterschiedlichen Perspektiven. Präsentation beim Deutschen Psychotherapie Kongress in Berlin, Deutschland.

Schaeuffele, C., Behr, S., Fenski, F., Hammelrath, L., Boettcher, J. & Knaevelsrud, C. (2023). Barriers and Benefits in Blended Care – Die Sicht von Patient*innen und Psychotherapeut*innen. Präsentation beim Deutschen Psychotherapie Kongress in Berlin, Deutschland.

Schaeuffele, C., Behr, S., Fenski, F., Hammelrath, L., Boettcher, J. & Knaevelsrud, C. (2023). How to blend?. Präsentation beim Deutschen Psychotherapie Kongress in Berlin, Deutschland.

Schaeuffele, C., Behr, S., Fenski, F., Hammelrath, L., Boettcher, J. & Knaevelsrud, C. (2023). TONI – eine für alle? Blended Care mit verfahrensübergreifenden und transdiagnostischen

Online-Modulen in der ambulanten Psychotherapie. Präsentation beim DGPPN Kongress in Berlin, Deutschland.

Schaeuffele, C., Behr, S., Fenski, F., Hammelrath, L., Boettcher, J. & Knaevelsrud, C. (2024). Can Blended Care with Transdiagnostic and Transtheoretical Online Modules increase the Effectiveness of Psychotherapy?. Präsentation bei der International Society for Research on Internet Interventions in Limerick, Irland.

Schaeuffele, C., Behr, S., Fenski, F., Hammelrath, L., Boettcher, J. & Knaevelsrud, C. (2024). Kann Blended Care mit transdiagnostischen Online-Modulen die Effektivität von Psychotherapie steigern?. Präsentation beim Deutschen Psychotherapie Kongress in Berlin, Deutschland.

IV Literaturverzeichnis

Altmann U, Thielemann D, Strauß B (2016). Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum, *Psychiat Prax*, 43(7), 360–366.

Bangor, A., Kortum, P. T., Miller, J. T. (2008). An empirical evaluation of the System Usability Scale. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 24(6), 574–594.

Bates, D., Mächler, M., Bolker, B., & Walker, S. (2014). Fitting linear mixed-effects models using lme4. *arXiv preprint arXiv:1406.5823 [stat]* [Internet].

Behr, S., Fenski, F., Boettcher, J., Knaevelsrud, C., Hammelrath, L., Kovacs, G., Schirmer, W., Petrick, H., Becker, P., & Schaeuffele, C. (2024). TONI – One for all? Participatory development of a transtheoretic and transdiagnostic online intervention for blended care. *Internet Interventions*, 35, 100723. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2024.100723>

BPtK. (2021). BPtK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/03/20210329_pm_bptk_monatelange-Wartezeiten.pdf

Glaesmer, H., Grande, G., Brähler, E., Roth, M. (2011). The German version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS). *European Journal of Psychological Assessment*, 27(2), 127–132.

Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). *Diagnostica*, 50(4), 171–181.

Grupp, H., König, H.-H., Riedel-Heller, S., & Konnopka, A. (2018). FIMPsy Fragebogen zur Inanspruchnahme medizinischer und nicht medizinischer Versorgungsleistungen bei psychischen Erkrankungen: Entwicklung und Verwendung. *Psychiatrische Praxis*, 45(2), 87–94.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance : A Statistical Approach to Denning Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

- Jordan, S., Becker, P., Behr, S., Fenski, F., Knaevelsrud, C., Boettcher, J., & Schaeuffele, C. (2025). "Who blends in and why (not)?" A qualitative study on psychotherapists' patient inclusion in blended care. *Internet Interventions*, 41, 100847. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2025.100847>
- Kemmeren, L. L., van Schaik, A., Draisma, S., Kleiboer, A., Riper, H., & Smit, J. H. (2023). Effectiveness of Blended Cognitive Behavioral Therapy Versus Treatment as Usual for Depression in Routine Specialized Mental Healthcare: E-COMPARED Trial in the Netherlands. *Cognitive Therapy and Research*, 47(3), 386–398.
- Kotz, S., & Nadarajah, S. (2004). *Multivariate t-distributions and their applications* [Internet]. Cambridge University Press.
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? - Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). *Verhaltenstherapie*, 24(4), 252–263.
- Lambert MJ (2013). The Efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert MJ (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). John Wiley & Sons: New York
- Lima-Rodríguez, J. S., De Medina-Moragas, A. J., Fernández-Fernández, M. J., & Lima-Serrano, M. (2022). Factors Associated with Quality of Life in Relatives of Adults with Serious Mental Illness: A Systematic Review. *Community Mental Health Journal*, 58(7), 1361–1380.
- Mummah, S. A., Robinson, T. N., King, A. C., Gardner, C. D., & Sutton, S. (2016). IDEAS (Integrate, Design, Assess, and Share): A Framework and Toolkit of Strategies for the Development of More Effective Digital Interventions to Change Health Behavior. *Journal of Medical Internet Research*, 18(12), e317.
- Nunes-Zlotkowski, K. F., Shepherd, H. L., Beatty, L., Butow, P., & Shaw, J. M. (2024). Blended Psychological Therapy for the Treatment of Psychological Disorders in Adult Patients: Systematic Review and Meta-Analysis. *Interactive Journal of Medical Research*, 13(1), e49660.
- Porter, A., Franklin, M., De Vocht, F., d'Apice, K., Curtin, E., Albers, P., et al. (2024). Estimating the effectiveness of an enhanced 'Improving Access to Psychological Therapies' (IAPT) service addressing the wider determinants of mental health: A real-world evaluation. *BMJ Open*, 14(1), e077220.
- R Core Team. (2013). *R: A language and environment for statistical computing* [Internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. Available from: <http://www.R-project.org>
- Richardson, J., Iezzi, A., Khan, M. A., Maxwell, A. (2014). Validity and reliability of the Assessment of Quality of Life (AQoL)-8D multi-attribute utility instrument. *Patient*, 7(1), 85–96.
- Rozental, A., Kottorp, A., Forsström, D., Månsson, K., Boettcher, J., Andersson, G., et al. (2019). The Negative Effects Questionnaire: Psychometric properties of an instrument for assessing negative effects in psychological treatments. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(5), 559–572.

Schaeuffele, C., Homeyer, S., Perea, L., Scharf, L., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2022). The unified protocol as an internet-based intervention for emotional disorders: Randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 17(7), e0270178.

Schiefele, A.-K., Lutz, W., Barkham, M., Rubel, J., Böhnke, J., Delgadillo, J., et al. (2017). Reliability of therapist effects in practice-based psychotherapy research: A guide for the planning of future studies. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 598–613.

Schmidt, J., Lamprecht, F., Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung: Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 39(7), 248–255.

Schuster R, Berger T, Laireiter A-R (2018). Therapist-related feasibility of blended group therapy (bGT): Mixed methods study of a brief online- and mobile-supported group intervention for major depression. *J Med Internet Research*.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*, 166(10), 1092.

Titzler I, Saruhanjan K, Berking M et al. (2018). Barriers and facilitators for the implementation of blended psychotherapy for depression: A qualitative pilot study of therapists' perspective. *Internet Interv*, 12, 150-164.

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.

Topooco N, Riper H, Araya R et al. (2017). Attitudes towards digital treatment for depression: A European stakeholder survey. *Internet Interv*, 8, 1–9.

van Buuren, S., & Groothuis-Oudshoorn, K. (2011). Multivariate imputation by chained equations in R. *Journal of Statistical Software*, 45(3), 1–67.

Zagorscak, P., Heinrich, M., Sommer, D., Wagner, B., & Knaevelsrud, C. (2018). Benefits of Individualized Feedback in Internet-Based Interventions for Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(1), 32–45.

V Anlagen

- Anlage 1: Interviewleitfäden mit psychodynamischen und systemischen Psychotherapeut*innen zum Einsatz von Online-Modulen
- Anlage 2: Inhalte der Fokusgruppendifkussionen mit Patient*innen und Psychotherapeut*innen zur partizipativen Entwicklung von TONI
- Anlage 3: Handbuch zu den Interventionsbausteinen und zur Nutzung von TONI
- Anlage 4: Einblicke in den Aufbau und Übungen in TONI
- Anlage 5: Interviewleitfaden zur Interviewstudie "Who blends in and why (not)?"

- Anlage 6: Interviewleitfäden zur Interviewstudie "Barriers and Facilitators" von TONI / BC mit Psychotherapeut*innen und Patient*innen
- Anlage 7: Qualitative Ergebnisse zu Einschlusskriterien, förderlichen und hinderlichen Faktoren in BC
- Anlage 8: Qualitative Ergebnisse der Interventionsentwicklung
- Anlage 9: Link zu einem Ordner mit sämtlichen TONI-Projektentwicklungen

Interviewleitfäden Psychodynamische Psychotherapeut:innen

Interviewleitfaden Online-Module psychodynamisch

Interviewdauer: 30 Minuten

Kurze Zusammenfassung des Hintergrundes

- Blended Care Ansatz: Integration von Online-Modulen in die ambulante Psychotherapie
- Ziel: niedergelassenen Psychotherapeut*innen störungs- und verfahrensübergreifende Online-Module zur Verfügung zu stellen, die diese dann flexibel in der ambulanten Praxis anwenden können
- Flexibel meint: um Wartezeiten zu überbrücken, zwischen den Sitzungen oder nach Therapieende anwendbar, alle Module können, keins muss angewendet werden
- Herausforderung: viele verhaltenstherapeutische Onlineangebote, sehr wenige psychodynamische Angebote

Soziodemografie

Geschlecht:	m	w		
Alter:	_____			
Jahr der Approbation:	_____			
Fachkunde:	VT	TP	AP	Systemische
Patient*innen	PP	KiJu		
Praxis:	Vollzeit		Teilzeit	
Grundberuf:	Psychologin	Ärztin	Sozialarbeiterin	

Hauptfrage: Welche Online-Module sehen Sie, als Psychodynamiker*in als wert- und sinnvoll für die eigene ambulante Arbeit an?

1. Nutzen Sie im Rahmen Ihrer Therapie bereits Übungen, die Ihre Patient*innen auch außerhalb Ihrer Therapiesitzung durchführen sollen?
 - a. Wenn ja, wie sehen diese aus?
 - b. Wenn nein, woran liegt das?
2. Geben Sie Ihren Patient*innen Material mit nach Hause (Bsp.: Psychoedukation)?
 - a. Wenn ja, wie sieht dieses aus und in welchen Situationen geben Sie es normalerweise mit?
 - b. Wenn nein, woran liegt das?

3. *Ich zeige Ihnen nun einige Beispiele möglicher Module. Wie bewerten Sie diese in Hinblick auf ihren Nutzen für Sie in der praktischen Arbeit, bzw. wie sollten diese Module ausgeprägt sein, um von Nutzen für Sie zu sein? (Augenmerk auf psychodynamische Ausführung)*

Modul	Nützlichkeit
Vertiefende Diagnostik	Gar nicht – eher nicht – eher nützlich – voll und ganz nützlich
Hintergrundinformationen zum Störungsbild (Psychoedukation)	Gar nicht – eher nicht – eher nützlich – voll und ganz nützlich
Hausaufgaben	Gar nicht – eher nicht – eher nützlich – voll und ganz nützlich
Stimmungs- oder Gedankenprotokolle	Gar nicht – eher nicht – eher nützlich – voll und ganz nützlich
Emotionsregulation	Gar nicht – eher nicht – eher nützlich – voll und ganz nützlich
Evaluation der Therapie (wo stehe ich gerade, was waren meine Ziele am Anfang, wie nah bin ich diesen, was hat sich geändert, etc.)	Gar nicht – eher nicht – eher nützlich – voll und ganz nützlich
Ätiologie und Aufrechterhaltung: individuelles Störungsmodell	Gar nicht – eher nicht – eher nützlich – voll und ganz nützlich
Achtsamkeit und Entspannung	Gar nicht – eher nicht – eher nützlich – voll und ganz nützlich
Selbstwertstärkung	Gar nicht – eher nicht – eher nützlich – voll und ganz nützlich
Soziales Kompetenztraining	Gar nicht – eher nicht – eher nützlich – voll und ganz nützlich

4. Gibt es weitere offene Punkte/Module, die Ihnen einfallen? Wenn im Nachhinein noch weitere Ideen oder Wünsche bei Ihnen entstehen, würde ich mich sehr freuen, wenn Sie mir diese per E-Mail mitteilen könnten (f.fenski@tp.phb.de).

Thema	Fragen
1. Begrüßung	<p><i>Kurze Vorstellung Interviewerin</i></p> <p><i>Dank für die Bereitschaft und Zeit</i></p> <p><i>Voraussichtliche Dauer: 30–40 min</i></p> <p><i>Kurze Darstellung des FU-Projekts PsyTOM; Definition „Blended Care“</i></p> <p><i>Hauptfrage, die geklärt werden soll: Welche Online-Module sehen Sie als Systemiker:in als wert- und sinnvoll für die eigene ambulante Arbeit an?</i></p> <p><i>Überblick über Ablauf des Interviews</i></p> <p><i>Möglichkeit zu Rückfragen</i></p>
2. Berufsbiographie	<p>Wie alt sind Sie?</p> <p>Haben Sie eine systemische Approbation oder eine systemische Weiterbildung?</p> <p>Arbeiten Sie ambulant oder stationär?</p> <p>Arbeiten Sie in Voll- oder Teilzeit?</p> <p>Haben Sie bereits Erfahrung mit Online-Angeboten?</p>
3. Übungen außerhalb der Sitzungen	<p>Nutzen Sie im Rahmen Ihrer Therapie bereits Übungen, die Ihre Klient:innen auch außerhalb Ihrer Therapiesitzung durchführen sollen?</p> <p><i>[Wenn ja:] Wie sehen diese aus?</i></p> <p><i>[Wenn nein:] Woran liegt das?</i></p>
4. Materialien für Zuhause	<p>Geben Sie Ihren Klient:innen Material mit nach Hause (Bsp.: Psychoedukation)?</p> <p><i>[Wenn ja:] Wie sieht dieses aus und in welchen Situationen geben Sie es normalerweise mit?</i></p> <p><i>[Wenn nein:] Woran liegt das?</i></p>
5. Bewertung möglicher Module	<p>Im Folgenden nenne ich Ihnen einige Beispiele möglicher Inhalte. Ich würde Ihnen gerne zunächst das Modul nur nennen, und Sie bitten, mir zu sagen, wie nützlich Sie das finden, auf einer Vier-Punkte-Skala von „gar nicht nützlich“, „eher nicht“, „eher nützlich“ bis „voll und ganz nützlich“. Danach würde ich gern wissen, wie das ausgestaltet sein sollte, damit Sie das gerne nutzen und sinnvoll finden würden.</p> <p>Vertiefende Diagnostik</p> <p>Hintergrundinformationen zum Störungsbild</p> <p>Hausaufgaben</p> <p>Stimmungs- oder Gedankenprotokolle</p> <p>Emotionsregulation</p> <p>Evaluation der Therapie</p> <p>Ätiologie und Aufrechterhaltung: individuelles Störungsmodell</p> <p>Achtsamkeit und Entspannung</p> <p>Selbstwertstärkung</p> <p>Soziales Kompetenztraining</p> <p>Angehörige / Mehrpersonensetting</p> <p><i>[Wenn „eher nützlich“ oder „voll und ganz nützlich“:]</i></p> <p>Wie sollte dieses Modul ausgeprägt / gestaltet sein, um von Nutzen für Sie zu sein?</p>

Anmerkung. Die kursiv gesetzten Inhalte dienten als Gedächtnisstütze und wurden während des Interviews frei formuliert. In eckigen Klammern sind die Entscheidungsregeln für Vertiefungsfragen festgehalten.

Thema	Fragen
6. Weitere Ideen	Gibt es weitere offene Punkte / Module, die Ihnen einfallen, von der Ihre therapeutische Arbeit / Ihre Klient:innen profitieren könnte?
7. Vorteile und Hürden von Online-Modulen	<p>Sie haben sowohl unsere Ideen für mögliche Module gehört als auch selber Ideen für Inhalte generiert. Wenn Sie sich vorstellen, es gäbe bereits einen fertigen Katalog von Onlinemodulen, aus denen Sie auswählen könnten:</p> <p>Was wären Anreize, die Module zu nutzen?</p> <p>Gibt es etwas, das Sie davon abhalten würde, die Module zu nutzen?</p> <p>[Ergänzungsfrage, wenn genannte Vorteile und Hürden nicht verfahrensspezifisch sind]: Wie sieht es aus mit Vorteilen / Hürden, wenn Sie spezifisch an die systemischen Methoden Denken? Gibt es Besonderheiten?</p>
8. Verabschiedung	<p><i>Danke für die Zeit, den Input; Aufnahmegerät jetzt aus</i></p> <p><i>Weiterer Ablauf</i></p> <p><i>Frage, ob Sie an PsyTOM-Studie teilnehmen wollen würden</i></p> <p><i>Fragen / Anregungen: E-Mail / Telefonnummer</i></p>

Anmerkung. Die kursiv gesetzten Inhalte dienten als Gedächtnisstütze und wurden während des Interviews frei formuliert. In eckigen Klammern sind die Entscheidungsregeln für Vertiefungsfragen festgehalten.

25.07.2021

Agenda für die Gruppendifkussion

I. Begrüßung und Einleitung (10.00 Uhr)

Wer sind wir? Worum wird es heute gehen? Warum ist Ihr Input so wichtig für uns?

Rahmenbedingungen: Einwilligungserklärungen, Schweigepflicht und Diskutieren im digitalen Raum

II. Überblick über die Module

Was ist bereits geplant?

III. Beispielmodul: „Werte und Ziele“

Erster Eindruck eines Moduls, Gestaltung von Videoinhalten

IV. Vorstellung von möglichen Inhalten I

Module: Psychoedukation und Achtsamkeit

Pause (ca. 11.30 Uhr bis 11.45 Uhr)

V. Vorstellung von möglichen Inhalten II

Module: Gedanken, Gefühle verstehen, Selbstwert und Ressourcen, Angehörige

VI. Übergreifende Funktionen

Chatfunktion, Reminder, Modulauswahl, K.o.-Kriterien

Pause (ca. 12.45 Uhr bis 13.00 Uhr)

VII. Brainstorm für weitere Inhalte und Funktionen

Was fehlt noch? Anregungen und Ideen

VIII. Abschluss und Terminfindung

27.08.2021

Agenda für die Fokusgruppe

I. Begrüßung und Einleitung (13:00 Uhr)

Wer sind wir? Worum wird es heute gehen? Warum ist Ihr Input so wichtig für uns?

Rahmenbedingungen: Einwilligungserklärung, Schweigepflicht und Diskutieren im digitalen Raum

II. Diskussion Dos und Don'ts einer Online-Anwendung

Was sollten wir auf jeden Fall beachten? Was dürfen wir auf keinen Fall machen?

III. Beispielmodul: „Motivation, Werte und Ziele“

Erster Eindruck eines Moduls, mögliche Inhalte und Funktionen

IV. Überblick über die restlichen Module

Kurze Vorstellung Inhalte, Umfrage des möglichen Nutzens, Abstimmung drei wichtigster Module für anschließende Diskussion

Pause (ca. 14:25 Uhr bis 14:45 Uhr)

V. Diskussion 3 ausgewählter Module

3 Module, mit dem meisten Gesprächs- und Klärungsbedarf

VI. Diskussion spezifischer Fragen

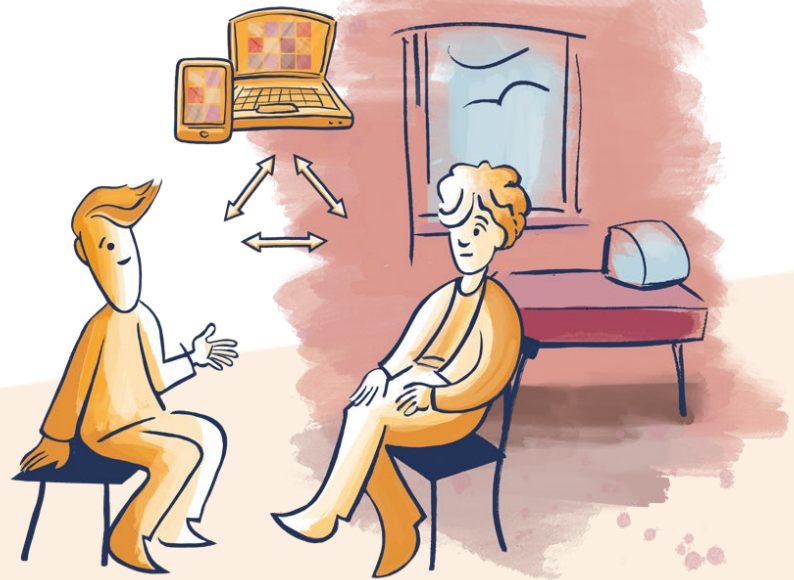
Spezifische Fragen zum Kürzen, zur inhaltlichen Verfahrensvielfalt, zur Modulauswahl

Pause (ca. 16:00 Uhr bis 16:10 Uhr)

VII. Brainstorming weitere Inhalte und Funktionen

Was fehlt noch? Anregungen und Ideen

VIII. Abschluss und Terminfindung



TONI-Handbuch

Für Psychotherapeut:innen

Schön, dass Sie dabei sind!

Liebe Psychotherapeut:innen,

wir freuen uns sehr, dass Sie an unserer Studie teilnehmen. Mit Ihrer Teilnahme unterstützen Sie uns dabei, herauszufinden, ob die Hinzunahme von TONI mit einem Nutzen für die ambulante Psychotherapie in der Routineversorgung verbunden ist. Wir haben im vergangenen Jahr viel Herzblut in die Entwicklung von TONI gesteckt und uns hierfür stetig mit Psychotherapeut:innen verschiedener Verfahren und mit potenziellen Nutzer:innen ausgetauscht (mehr dazu in Kapitel 4). Nun sind wir gespannt, auf Ihre Erfahrung in der praktischen Arbeit mit TONI. Damit Ihre Erfahrung möglichst reibungslos und unkompliziert verläuft, haben wir dieses TONI-Handbuch erstellt.

In diesem Handbuch finden Sie einen Überblick, wie TONI aufgebaut ist und was die wichtigsten Funktionen (Kapitel 1) und Inhalte (Kapitel 2) sind. Wir geben Ihnen eine kleine Einführung zum Blended Care Ansatz und wie TONI in die ambulante Psychotherapie eingebettet werden kann (Kapitel 5). Außerdem finden Sie Informationen zu unserer Studie und den Befragungen, die auf Sie und Ihre Patient:innen zukommen (Kapitel 3). Eine digitale Version des Handbuchs finden Sie im Informationsbereich von TONI.

Sollten Fragen offen bleiben oder Sie zu einem Thema mehr erfahren wollen, freuen wir uns über Ihre Kontaktaufnahme. Wir sind per Mail info@toni-therapie.de oder telefonisch unter 030 838 - 60189 erreichbar.

Vielen Dank und herzliche Grüße vom TONI-Team



Prof. Christine Knaevelsrud
Projektleitung



Prof. Johanna Böttcher
Projektleitung



Dr. Carmen Schäuffele
Projektkoordination



M.Sc. Leona Hammelrath
Wissenschaftliche Mitarbeiterin



M.Sc. Friederike Fenski
Wissenschaftliche Mitarbeiterin



M.Sc. Solveig Behr
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Inhalte

1. Einführung in TONI	7
1.1 Wie ist TONI aufgebaut?	7
1.2 Was sind grundlegende Funktionen in TONI?	8
1.2.1 Psychotherapeut:innen-Bereich	8
1.2.2 Patient:innen-Bereich	9
1.3 Getting Started: Wie funktioniert TONI?	10
1.4 Wer sind die Begleiter:innen in TONI?	11
2. Modulbeschreibungen	14
2.1 Modul: Entstehung	14
2.1.1 Kapitel: Meine psychischen Beschwerden	14
2.1.2 Kapitel: Meine Lebenslinie	15
2.1.3 Kapitel: Mein Familienbaum	16
2.1.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks	16
2.1.5 Ausgewählte Literatur	17
2.2 Modul: Werte und Ziele	18
2.2.1 Kapitel: Motivation	18
2.2.2 Kapitel: Werte	19
2.2.3 Kapitel: Ziele	20
2.2.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks	20
2.2.5 Ausgewählte Literatur	21
2.3 Modul: Achtsamkeit	22
2.3.1 Kapitel: Einführung	22
2.3.2 Kapitel: Achtsamkeit ausprobieren	22
2.3.3 Besonderheiten / Tipps und Tricks	23
2.3.4 Ausgewählte Literatur	24
2.4 Modul: Aktiv werden	25
2.4.1 Kapitel: Aktivität und Stimmung	25
2.4.2 Kapitel: Was mir guttut	26
2.4.3 Kapitel: Aktivitäten umsetzen	27
2.4.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks	28
2.4.5 Ausgewählte Literatur	28
2.5 Modul: Gedanken	29
2.5.1 Kapitel: Der Einfluss unserer Gedanken	29
2.5.2 Kapitel: Lebensgeschichte	30

2.5.3 Kapitel: Verschiedene Blickwinkel	30
2.5.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks	31
2.5.5 Ausgewählte Literatur	31
2.6 Modul: Gefühle verstehen	33
2.6.1 Kapitel: Unsere Gefühle kennenlernen	33
2.6.2 Kapitel: Die Botschaften unserer Gefühle	34
2.6.3 Kapitel: Die Geschichte unserer Gefühle	34
2.6.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks	35
2.6.5 Ausgewählte Literatur	35
2.7 Modul: Umgang mit Gefühlen	36
2.7.1 Kapitel: Gefühle zulassen	36
2.7.2 Kapitel: Schutzschilder unserer Gefühle	37
2.7.3 Besonderheiten / Tipps und Tricks	38
2.7.4 Ausgewählte Literatur	38
2.8 Modul: Selbstwert und Kraftgeber	39
2.8.1 Kapitel: Selbstwert	39
2.8.2 Kapitel: Umgang mit sich selbst	40
2.8.3 Kapitel: Was gibt mir Kraft?	41
2.8.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks	42
2.8.5 Ausgewählte Literatur	42
2.9 Modul: Kommunikation	43
2.9.1 Kapitel: Wie Menschen kommunizieren	43
2.9.2 Kapitel: Wie kommuniziere ich?	44
2.9.3 Kapitel: Über Bedürfnisse sprechen	45
2.9.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks	46
2.9.5 Ausgewählte Literatur	46
2.10 Modul: Körper und Wohlbefinden	47
2.10.1 Kapitel: Der Zusammenhang von Körper und Wohlbefinden	47
2.10.2 Kapitel: Ernährung und Körperbild	48
2.10.3 Kapitel: Schlaf	49
2.10.4 Kapitel: Bewegung	50
2.10.5 Kapitel: Umgang mit körperlichen Beschwerden	51
2.10.6 Kapitel: Sexualität	52
2.10.7 Kapitel: Stress und Entspannung	54
2.10.8 Besonderheiten / Tipps und Tricks	55

2.10.9 Ausgewählte Literatur	56
2.11 Modul: Konsum	57
2.11.1 Kapitel: Mein Konsum	57
2.11.2 Kapitel: Warum konsumiere ich?	58
2.11.3 Kapitel: Verlangen nach Konsum	59
2.11.4 Kapitel: Rückfälle	60
2.11.5 Besonderheiten / Tipps und Tricks	62
2.11.6 Ausgewählte Literatur	62
2.12 Modul: Zusammenarbeit	63
2.12.1 Kapitel: Psychische Beschwerden	63
2.12.2 Kapitel: Entlastung	64
2.12.3 Kapitel: Verbundenheit	65
2.12.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks	66
2.12.5 Ausgewählte Literatur	67
3. Informationen zur Studie	68
3.1 Was sind der Hintergrund und die Ziele der Studie?	68
3.2 Wie läuft die Studie ab?	68
3.3 Welche Befragungen gibt es für mich und meine Patient:innen?	70
3.3.1 Befragungen der Psychotherapeut:innen	70
3.3.2 Befragungen der Patient:innen	70
3.4 Wie interpretiere ich die Ergebnisse der Patient:innenerhebung?	71
3.5 Welche Vergütung gibt es?	73
3.6 Was tut TONI, um den Datenschutz zu gewährleisten?	74
4. Wie wurde TONI entwickelt?	75
4.1 Modulauswahl und Identifizierung von Forschungslücken	75
4.2 Interviews mit psychodynamischen und systemischen Psychotherapeut:innen	76
4.3 Fokusgruppen	76
4.4 Textkorrektur	77
5. Blended Care	77
5.1 Was ist Blended Care?	77
5.2 Wie wirksam ist Blended Care?	77
5.3 Für welche meiner Patient:innen eignet sich Blended Care?	78
5.4 Wie kann TONI in die Psychotherapie eingebettet werden?	78
5.5 Wie kann eine erfolgreiche Verzahnung gelingen?	79
5.6 Ausgewählte Literatur	80

1. Einführung in TONI

TONI steht für **T**herapeutische **O**nline-Intervention. TONI stellt online Inhalte bereit, die Psychotherapeut:innen in der ambulanten Psychotherapie flexibel einsetzen können. So kann TONI die Psychotherapie begleitend unterstützen. Diese Verzahnung aus Psychotherapie und Online-Intervention nennt man auch *Blended Care*, *Blended Therapy*, *verzahnte Psychotherapie* oder *gemischte Psychotherapie*.

TONI bietet dabei nicht nur klassische Psychotherapieinhalte in digitaler Form an, sondern nutzt darüber hinaus die Möglichkeiten digitaler Medien für neue Formate: TONI umfasst Audios, Videos, interaktive Übungen und vermittelt psychoedukative Inhalte unter anderem durch verschiedene Quiz. Welche Übungen konkret in TONI enthalten sind, können Sie den Modulbeschreibungen in [Kapitel 2](#) entnehmen.

1.1 Wie ist TONI aufgebaut?

TONI umfasst **12 Module**, die sich auf transdiagnostische therapeutische Themen, wie Emotionsregulation oder interpersonelle Probleme, beziehen. Durch eine gemeinsame therapeutische Sprache ist TONI zudem verfahrensübergreifend einsetzbar. Die Module bauen nicht aufeinander auf und können flexibel genutzt werden. Sie als Psychotherapeut:in entscheiden, wann und wie Sie die TONI-Module in Ihre Psychotherapie einbinden. In [Kapitel 5](#) finden Sie genauere Informationen darüber, welche möglichen Einsatzbereiche von TONI es gibt und wie eine erfolgreiche Verzahnung von TONI und Ihrer Psychotherapie aussehen kann.



Abb.: Die 12 Module in TONI

Die 12 Module sind in **Kapitel** eingeteilt. Die Module sind unterschiedlich umfangreich und reichen von zwei bis zu sieben Kapiteln. In der Arbeit mit TONI können Sie Ihren Patient:innen das gesamte Modul oder einzelne Kapitel freischalten. Die Kapitel beschäftigen sich mit spezifischen Unterthemen und sind unabhängig voneinander.

Beispiel: Das Modul „Werte und Ziele“ umfasst die drei Kapitel „Motivation“, „Werte“ und „Ziele“. Im Kapitel „Motivation“ geht es um Veränderungsbereitschaft, in „Werte“ um eigene Wertvorstellungen, in „Ziele“ um die Formulierung konkreter Psychotherapieziele. Sie können selbst entscheiden, wie viele und welche Kapitel zu Ihren einzelnen Patient:innen passen.

Eine Besonderheit an TONI ist, dass auch Ihre Patient:innen einen Überblick über alle Module erhalten und sich bei Ihnen Module wünschen können. Ihnen als Psychotherapeut:in steht dann frei, ob Sie dieses Modul oder ein Kapitel dieses Moduls für Ihre Patient:innen freischalten.

Die Kapitel bestehen aus verschiedenen **Elementen**. Sie umfassen:

- Psychoedukative Texte
- Videos
- Audios (z.B. Geschichten oder Entspannungsübungen)
- Übungen
- Fallbeispiele
- Quiz

Nach jedem inhaltlichen Abschnitt werden Vertiefungsfragen gestellt, die eine Brücke von den Online-Inhalten ins Hier und Jetzt schlagen und Patient:innen anregen, auf ihr Erleben während der Arbeit in TONI zu achten und wichtige Erkenntnisse festzuhalten.

Jedes Kapitel endet mit einem Kapitelabschluss, der die wichtigsten Inhalte zusammenfasst. Auch hier haben Patient:innen Gelegenheit zu einer Reflexion über die Inhalte des Kapitels und können sammeln, was sie in die Psychotherapie mitbringen möchten.

1.2 Was sind grundlegende Funktionen in TONI?

1.2.1 Psychotherapeut:innen-Bereich

Übersicht:

- **Neuigkeiten:** Hier finden Sie eine Übersicht über alle neuen Ereignisse und Aufgaben, z.B. dass Patient:innen ein Modul abgeschlossen haben oder dass eine neue Befragung zur Verfügung steht.
- **Neue:r Patient:in:** Hier können Sie neue Patient:innen mit Ihrer Chiffre anlegen und zur Studie einladen.
- **Alle Patient:innen:** Hier finden Sie eine Übersicht über alle Ihre Patient:innen. Klicken Sie auf eine Chiffre, gelangen Sie auf die entsprechende „Patient:innenkarte“ einer Ihrer Patient:innen.
- **Patient:innenkarte:** Hier finden Sie eine Übersicht über eine:n Ihrer Patient:innen mit Infos zum Registrierungsdatum, ungefährem letzten Login sowie zur Studienbedingung und haben die Möglichkeit, Notizen aufzunehmen. Außerdem sehen Sie hier die aktuellen Trackereinträge der Patient:innen und ggf. offene Befragungen für Sie zu den Patient:innen.
- **Informationsbereich:** Hier finden Sie die Einführungsvideos, häufig gestellte Fragen und Informationen zur Studie.
- **Modulbereich:** Sie können Ihren Patient:innen ein Modul oder einzelne Kapitel aus einem Modul zuweisen. Fügen Sie optional eine persönliche Notiz hinzu. Auch die Patient:innen sehen eine Übersicht über alle Module und können Module über einen Klick bei Ihnen anfragen. Sie entscheiden, ob Sie die Module zu diesem Zeitpunkt freigeben möchten.

- **Nachrichten:** Im Nachrichtenbereich gibt es verschiedene Kanäle, die Ihnen die Kommunikation mit unseren Mitarbeiter:innen und Ihren Patient:innen erleichtern soll. Die Kommunikation findet dabei „asynchron“ statt. Das heißt, Sie erhalten Antworten auf Ihre Fragen nicht sofort, sondern nach einer Bearbeitungszeit.
 - **Technischer Support:** Bei technischen Problemen können Sie in diesem Kanal Kontakt zu unserem technischen Support aufnehmen.
 - **TONI-Team:** In diesem Kanal können Sie Kontakt zu unserem Studienteam aufnehmen.
 - **Patient:innen:** Für jede:n Ihrer Patient:innen können Sie individuell entscheiden, ob Sie einen Nachrichtenkanal eröffnen möchten. Wenn der Nachrichtenkanal mit der Person einmal eröffnet wurde, bleibt er für den gesamten Zeitraum der Intervention bestehen. Bitte sprechen Sie mit Ihren Patient:innen ab, wie häufig Sie sich die Nachrichten anschauen werden.

1.2.2 Patient:innen-Bereich

Damit Sie wissen, was auf Ihre Patient:innen in TONI wartet, möchten wir Ihnen an dieser Stelle auch die Funktionen, die Patient:innen in ihrem Bereich nutzen können, vorstellen.


Modulunabhängige Funktionen: Es gibt einige Funktionen in TONI, die unabhängig vom Modulbereich im Dashboard der Patient:innen integriert sind. Diese Bereiche müssen nicht freigeschaltet werden und können von den Patient:innen von Beginn an genutzt werden.

- **Neuigkeiten:** Hier finden Sie eine Übersicht über alle neuen Ereignisse und Aufgaben, z.B. dass neue Inhalte freigegeben wurden oder eine Befragung zur Verfügung steht.
- **Tracker:** Im Trackerbereich können Patient:innen relevante Aspekte psychischer Gesundheit dokumentieren. Dafür stellen wir Vorlagen für Stimmung, Schlaf, Anspannung, körperliches Befinden und körperliche Aktivität bereit. Außerdem können Patient:innen individuelle Tracker anlegen. Die Tracker können beliebig häufig ausgefüllt werden. Die Patient:innen können selbst entscheiden, ob sie den Trackerbereich für Sie als Psychotherapeut:in „sichtbar“ oder „nicht-sichtbar“ stellen. Wenn die Tracker für Sie sichtbar sind, können Sie den Kurvenverlauf auf der Patient:innenkarte einsehen.
- **Tagebuch:** Im Tagebuchbereich können Patient:innen verschiedene Vorlagen für Tagebucheinträge nutzen: Sitzungstagebuch, Kraftgebortagebuch, Traumtagebuch oder blanko Seiten. Dieser Bereich ist privat. Nur Patient:innen können ihre eigenen Einträge einsehen.
- **Notfallkoffer:** Der Notfallkoffer stellt einige Informationen zum Umgang mit Krisen bereit. Patient:innen können ihn mit eigenen hilfreichen Strategien und wichtigen Kontakten befüllen. Sie können diesen Bereich einsehen und mit den Patient:innen besprechen.
- **Reminder:** Genau wie Sie, werden Patient:innen bei wichtigen Ereignissen in TONI (Freischaltung eines Moduls oder Kapitels, offene Fragebogenerhebung) per Mail informiert.

Funktionen in Modulen: Innerhalb der Module gibt es einige wiederkehrende Funktionen:

- **Begleiter:innen:** Die Übungen in TONI werden von Fallbeispielen, sogenannten „Begleiter:innen“, unterstützt. Unter den meisten Übungen finden sich Beispiele von drei Begleiter:innen, die den Patient:innen Anregungen und Hilfestellung bei der eigenen

Bearbeitung geben. Insgesamt gibt es sieben Begleiter:innen mit unterschiedlichen Beschwerdebereichen, Ressourcen und Lebensrealitäten (siehe Kapitel 1.4 “Wer sind die Begleiter:innen in TONI?”). Diese stellen sich im Informationsbereich der Patient:innen vor.

- **Pinnen:** Patient:innen können einzelne Inhalte, die sie besonders interessant finden oder Übungen, die Sie regelmäßig durchführen möchten, auf ihre Startseite „pinnen“. So haben sie nach dem Einloggen immer direkt Zugriff darauf.
- **Versionieren:** Übungen, bei denen es sinnvoll sein kann, sie öfter auszuführen, können mehrfach ausgefüllt werden. Frühere Versionen werden gespeichert und können immer wieder eingesehen werden. Übungen, die beliebig oft ausgefüllt werden können, sind im Handbuch mit diesem Zeichen gekennzeichnet: 
- **Datei-Upload:** In einigen Übungen haben Patient:innen die Möglichkeit, eigene Fotos oder andere Dateien hochzuladen.
- **PDF-Export:** Patient:innen können ausgefüllte Übungen als pdf-Dokument exportieren und speichern.

1.3 Getting Started: Wie funktioniert TONI?

Sowohl Sie als Psychotherapeut:in, als auch Ihre Patient:innen erhalten nach der ersten Registrierung zunächst eine technische Einführung in TONI. Diese Einführung besteht aus mehreren kurzen Videos, die Sie sich zeitlich flexibel anschauen können. Sie dient dazu, mit der Plattform vertraut zu werden und grundlegende Funktionen kennenzulernen. Erst, nachdem Sie sich unsere Einführungsvideos angesehen haben, erhalten Sie Zugriff auf alle Funktionen in TONI.

Die Videos können Sie sich jederzeit noch einmal in Ihrem Informationsbereich anschauen. Dort finden Sie zudem einen FAQ-Bereich für weitere mögliche Fragen während der laufenden Nutzung von TONI. Unterstützend zu unseren Einführungsvideos besteht die Möglichkeit, sich für eine persönliche Online-Schulung für TONI anzumelden. Hierfür nehmen Sie einfach per Chat oder Mail Kontakt zu uns auf – wir stellen Ihnen dann mehrere Daten zur Auswahl.

1.4 Wer sind die Begleiter:innen in TONI?

Die Begleiter:innen sind fiktive Fallbeispiele und unterstützen die Patient:innen in zahlreichen Modulteilern durch ihre eigenen beispielhaft ausgefüllten Übungen. Sie stellen sich den Patient:innen im Einführungsbereich vor.



Kim: Hey, ich bin Kim. Ich bin in Therapie, weil ich seit längerem irgendwie unzufrieden mit mir bin und das Gefühl habe, mein ganzes Leben nicht so richtig auf die Reihe zu bekommen. Ich bin 27 Jahre alt und weiß momentan nicht, was ich nach meinem Studium der Kommunikationswissenschaften machen soll. Ich studiere jetzt auch schon eine ganze Weile und verschiebe immer wieder Abgaben von Hausarbeiten oder Prüfungen. Meine Freund:innen sind alle langsam fertig mit der Uni, nur ich hänge hinterher. Es stört mich sehr, finanziell immer noch abhängig von meinen Eltern zu sein und keinen richtigen Plan zu haben. Auch mein Dating läuft mehr schlecht als recht – als nicht-binäre Person kann das ja eh schwierig sein, selbst wenn man wie ich in einer Großstadt lebt. Wenn ich dann doch mal jemanden kennenlerne, geht es trotzdem früher oder später schief. Manchmal fühle ich mich einfach ziemlich allein. Dann grübele ich viel und kapsle mich von meinen Freund:innen ab. Oder gehe feiern, dabei nehme ich auch öfter mal Ecstasy oder Speed. Nach so einem Wochenende fällt dann natürlich auch die Uni nicht leichter, und manchmal gehe ich dann gar nicht erst hin. Jetzt möchte ich eine Therapie machen, aber habe auch große Angst davor, nicht richtig angenommen zu werden. Ich habe im Gesundheitssystem schon häufiger erlebt, dass meine Geschlechtsidentität nicht akzeptiert wird und ich mir blöde Kommentare oder einfach falsche Bezeichnungen anhören muss. Was ist, wenn mein:e Psychotherapeut:in mich auch nicht versteht?



Daria: Hallo, ich bin Daria. Ich bin 30 Jahre alt, Krankenschwester und Mama von zwei Kindern. Seit der Kleine da ist, ist mir nach und nach alles über den Kopf gewachsen: mein Vater ist krank und benötigt Pflege, der Job ist sehr fordernd, und die Arbeit im Haus erledigt sich auch nicht von alleine. Mein Mann sagt, ich soll auch mal Nein sagen und andere was machen lassen, und er versteht einfach nicht, dass das in diesem Fall nicht geht. Meine Familie und die Kollegen brauchen mich, ich darf sie da nicht im Stich lassen. Aber ich kann einfach nicht mehr. Ohne die Medikamente, die mein Arzt mir mal verschrieben hat, würde gar nichts mehr gehen. Ich weiß nicht, wie das weitergehen soll. Mein Mann hat mich überredet, da mal mit jemandem drüber zu reden, und deswegen habe ich mir eine Therapie gesucht.



Emre: Hi, mein Name ist Emre. Ich bin Informatiker, 34 Jahre alt, Single und lebe in einer WG. Im Großen und Ganzen ist eigentlich alles in Ordnung, aber ich werde das Gefühl nicht los, nicht dazuzugehören. Und ich werde auch so behandelt. Ich bin nicht in Deutschland geboren und habe schon einiges an rassistischer Diskriminierung erfahren müssen. So wollte ich schon vor Monaten aus meiner WG in eine eigene Wohnung umziehen, allerdings bekomme ich nur Absagen. Da mein Name nicht als „typisch deutsch“ gelesen wird, habe ich es auf dem Wohnungsmarkt schwerer, als viele meiner Freund:innen. Wenn ich mit meinen Kumpels neue Leute kennenlerne, wird bei mir auch immer extra noch mal nachgefragt: Wo ich denn herkomme. Viele wundern sich auch, dass ich als 34-jähriger Türke noch keine Frau und Kinder habe, obwohl die meisten von meinen Kumpels auch noch nicht

verheiratet sind. Momentan stelle ich mich sehr in Frage, bin lieber allein und ziehe mich zurück. Um mich von meinem Gedankenkarussell abzulenken, spiele ich zum Beispiel auf der Konsole Online-Spiele. Ich habe mit auch einem Magengeschwür zu kämpfen, was mir ziemliche Schmerzen bereitet – daher koche ich auch nicht so oft und esse eher unregelmäßig. Ich habe jetzt mit einer Therapie angefangen, weil ich hoffe, aus dem ständigen Grübeln herauszukommen und mich ein bisschen mehr selbst zu finden.



Daniela: Hallo, ich bin Daniela. Ich bin 42 Jahre alt und ich habe nach der Trennung von meinem Ex eine Therapie angefangen. Das war hauptsächlich, weil ich unkontrollierte Essattacken habe und mich danach zum Übergeben bringe. Es fällt mir nicht leicht, darüber zu sprechen, aber ich würde mir schon sehr einen neuen Partner wünschen. Wenn ich in Beziehungen bin, werde ich oft sehr eifersüchtig und habe Angst, meinen Partner zu verlieren. Ich gerate da irgendwie immer an Typen, die mich nicht gut behandeln, und es gibt oft Streit, bei dem ich auch ganz schön ausrasten kann. Nach zwei abgebrochenen

Ausbildungen brauche ich einfach wieder einen klaren Weg. Im Moment hänge ich mich von Job zu Job und bin oft krankgemeldet, weil es mir zu viel ist. Rechnungen oder Briefe mache ich nicht einmal mehr auf. Ich habe einen 12-jährigen Sohn und wäre gerne ein besseres Beispiel für ihn, und dafür brauche ich Hilfe.



Michael: Hallo, ich bin Michael, 46 Jahre alt. Ich bin Vertriebler im Außendienst und viel unterwegs. Mein Job ist mir sehr wichtig, ich habe viel Verantwortung und habe hart gearbeitet, um an diesem Punkt zu kommen. Mein Partner hatte damit so seine Probleme und wir haben uns vor einem Jahr getrennt. Seitdem kann ich ohne schlechtes Gewissen Überstunden machen und wurde auch befördert. Allerdings fühle ich mich auch manchmal ganz schön allein. Bei der vielen Arbeit ist es schwer für mich, auch noch Zeit zu finden, einen neuen Mann kennenzulernen. In letzter Zeit habe ich aber irgendwie Schlafprobleme

und dann hatte ich neulich auf dem Weg zu einem Kundentermin so eine Art Panikanfall. Ich bin dann zum Arzt und der meinte, eine Therapie hilft dabei, die Sache in den Griff zu kriegen. Eigentlich ist es alles ja halb so wild, und ich bin fest entschlossen, das unter Kontrolle zu bekommen. Die Therapeutin muss mir im Grunde ja nur zeigen, wie ich die Panikattacken und die Schlafschwierigkeiten überwinden kann. Ich habe manchmal eine ziemlich kurze Zündschnur und bin schnell genervt. Momentan habe ich nicht so viel Freizeit, aber wenn, dann schau ich ganz gern Serien oder Filme.



Armin: Moin, ich bin der Armin! Ich bin 56, Glasermeister und wohne mit meiner Frau auf dem Land – die Kinder sind schon flügge und vor ein paar Jahren ausgezogen. Vor einem Jahr hatte ich einen fiesen Autounfall. Das war eine ziemlich knappe Kiste, ich kann von Glück reden, das überhaupt überlebt zu haben. Der Unfall hat mir gezeigt, wie schnell es vorbei sein kann. Seitdem bin ich krankgeschrieben und traue mich nicht mehr, Auto zu fahren. Aufgrund einer angeborenen Funktionsstörung meiner Beine bin ich schon immer zeitweise auf einen Rollstuhl angewiesen. Nicht mehr Auto zu fahren, schränkt mich nun noch mehr ein und ich grüble viel. Ich denke darüber nach, ob ich

genug Zeit und Energie habe, die Dinge zu tun, die ich tun möchte, ohne ständig jede Eventualität einplanen zu müssen. Wie lange brauche ich mit dem Rollstuhl von A nach B? Was mache ich, wenn ein Aufzug auf dem Weg defekt ist? Ohne mein Einkommen aus dem Betrieb müssen wir den Gürtel außerdem viel enger schnallen. Ich weiß nicht, wie wir uns langfristig finanziell über Wasser halten

sollen. Seit dem Unfall habe ich manchmal Albträume und fühle mich tagsüber unruhig. Manchmal überkommt es mich und ich muss sogar heulen. Das kannte ich vorher gar nicht, da hatte ich eher den Ruf des Spaßvogels.



Marion: Hallo, ich bin Marion. Ich habe lange Jahre als Vorstandsassistentin einer großen Bank gearbeitet, bin 66 Jahre alt und bin nun seit einem Jahr berentet. Ich hätte eigentlich auch weiterarbeiten können. Mein Mann ist vor 5 Jahren nach einem Herzinfarkt verstorben und meine drei Kinder melden sich auch nicht so oft, wie sie könnten. Ich brauche ja auch nicht zuhause sitzen und Däumchen drehen, das liegt mir einfach nicht! In meinem Alter kommen auch ein paar Beschwerden und Sorgen dazu. Rücken, Verdauung, Schlafprobleme... ich habe Angst, dass ich eine Krankheit wie bei meinem Mann zu spät erkenne und dann das gleiche Schicksal erleide wie er. Mein Arzt sagt immerzu, dass meine Leiden nicht unbedingt körperlich sein müssen, deswegen soll ich jetzt eine Psychotherapie ausprobieren.

2. Modulbeschreibungen

2.1 Modul: Entstehung



In diesem Modul geht es darum, wie die psychischen Beschwerden Ihrer Patient:innen entstanden sein könnten. Erste Ideen werden mithilfe des Vulnerabilitäts-Stress-Modells gesammelt und durch Biografie- und Genogramm-Arbeiten vertieft.

2.1.1 Kapitel: Meine psychischen Beschwerden



In diesem Kapitel werden Grundlagen der Verbreitung und Entstehung psychischer Beschwerden vermittelt. Patient:innen lernen das Vulnerabilitäts-Stress-Modell kennen und haben die Möglichkeit, ein individuelles Modell zu erarbeiten.

Inhalt:

Video	„Was sind psychische Beschwerden?“ <ul style="list-style-type: none">- Beispiele für psychische Beschwerden, wie sich diese entwickeln können und ab wann man sich Hilfe suchen sollte.- Entwicklung psychischer Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung über die Jahre.- Vertiefung: Welche Gedanken haben Patient:innen zu dem Video?
Übung	„Meine psychischen Beschwerden“ <ul style="list-style-type: none">- Assoziationen zu den eigenen psychischen Beschwerden werden in Textform festhalten.- Hinweis: Anregung, ein entsprechendes Bild zu malen oder zu fotografieren und dann hochzuladen.
Video	„Das Fass-Modell“ <ul style="list-style-type: none">- Psychoedukation der Entstehung psychischer Beschwerden mittels des Vulnerabilitäts-Stress-Modells.- Der Grundwasserspiegel: Manche Menschen haben von vornherein mehr Wasser im Fass als andere (z.B. aufgrund belastender Erfahrungen in der Kindheit oder einer angeborenen Neigung zu Ängstlichkeit).- Belastungen/Stressoren: Mit jeder neuen Belastung im Alltag kann der Wasserstand weiter ansteigen.- Kraftgeber: Um einen zu hohen Wasserstand zu verhindern, können wir Ventile an unserem Fass öffnen. So kann Wasser abfließen.
Übung	„Mein Fass“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen erarbeiten ihren eigenen Grundwasserspiegel, Belastungen/Stressoren und Kraftgeber.- Je nachdem, wie viele Wörter die Patient:innen in die entsprechenden Felder eintragen, erhöht sich der Wasserspiegel in einem exemplarischen Fass.

	<ul style="list-style-type: none"> - Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit? - <i>Hilfestellung: exemplarische Lebenslinien der Begleiter:innen.</i>
Übung	<p>„Aufrechterhaltung psychischer Beschwerden“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen werden nach einer eigenen Theorie der Aufrechterhaltung ihrer psychischen Beschwerden gefragt. - Hinweis: Patient:innen sollen nur erste Ideen skizzieren und können dies in der Psychotherapie vertiefen.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.1.2 Kapitel: Meine Lebenslinie



In diesem Kapitel werden Zusammenhänge zwischen der eigenen Biografie und der aktuellen Situation der Patient:innen hergestellt. Hierzu erstellen Patient:innen zunächst eine Lebenslinie und werden dann nach Ihrem Erleben befragt.

Inhalt:

Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Lebenslinie stellt bedeutsame positive sowie negative Lebenserfahrungen bildlich dar. - Eine Lebenslinie kann dabei helfen, die Bedeutung von bestimmten Situationen, Erfahrungen, Anforderungen oder Belastungen im Leben zu erkennen. - Es entsteht eine größere Klarheit hinsichtlich der Auswirkungen auf das derzeitige Leben und vorhandene Beschwerden
Übung	<p>„Meine Lebenslinie“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen notieren wichtige Lebensereignisse mit Jahreszahl und Positiv-/Negativbewertungen. - Darstellung der Lebenslinie als Grafik. - <i>Hilfestellung: exemplarische Lebenslinien der Begleiter:innen.</i> - Vertiefungsfragen zu Gedanken und Gefühlen während der Übung, zu dem, was für sie „gute“ und „schlechte“ Zeiten ausgemacht hat, welche Lebensereignisse sie als besonders prägend erlebt haben und welche Menschen besonders bedeutsam für sie waren. - Hinweis: Es kann sinnvoll sein, sich mit Mitgliedern der Wahl- oder Herkunftsfamilie über die Erlebnisse auszutauschen.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.1.3 Kapitel: Mein Familienbaum



In diesem Kapitel erstellen Patient:innen ihr Genogramm („Familienbaum“). Sie werden angeregt, Zusammenhänge zwischen ihrer aktuellen Situation und der Familiengeschichte herzustellen.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Ein Familienbaum ist die grafische Darstellung von Beziehungen und Strukturen innerhalb einer Familie über mehrere Generationen hinweg.- Eine Veranschaulichung mit Hilfe eines Familienbaums kann dabei helfen, Informationen aus der Familiengeschichte zu sammeln, zu ordnen und Zusammenhänge sichtbar zu machen.
Video	„Erstellung Familienbaum: Teil I Symbole“ <ul style="list-style-type: none">- Video-Anleitung zur Erstellung eines Genogramms durch eine Beispielperson.- Drei Generationen werden beispielhaft dargestellt.- Die gängigsten Symbole werden eingeführt.
Video	„Erstellung Familienbaum: Teil II Beziehungen“ <ul style="list-style-type: none">- Video-Anleitung: Am Familienbaum aus Teil I wird weitergearbeitet- Besonderes Augenmerk wird nun auf Beziehungsdynamiken innerhalb der drei Generationen gelegt.- Die gängigsten Linien für Beziehungen werden eingeführt.
Übung	„Mein Familienbaum“ <ul style="list-style-type: none">- Erstellung des eigenen Genogramms (offline mit Papier und Stift).- PDF einer Übersicht über Genogramm-Symbole zum Download.- Hinweis, zunächst mit Klebezetteln zu arbeiten.- Hinweis, sich mit anderen Familienmitgliedern auszutauschen.- Vertiefungsfragen zum eigenen Genogramm: Wo gibt es Wissenslücken und warum? Gibt es Wiederholungen zwischen den Generationen? Wie sehen Rollenverteilungen innerhalb der Familie aus? Was sind positive und negative Einflüsse auf die eigene Entwicklung?
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.1.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks

Die Übung zur Genogramm-Erstellung ist die einzige Übung in TONI, welche aufgrund ihrer Komplexität nicht innerhalb des Programms, sondern offline - mit Papier und Stift - durchgeführt wird. Sie können die Patient:innen auch dazu anregen, das fertige Genogramm mit in die Psychotherapie zu bringen und dort zu besprechen.

Wenn im Kapitel „Meine psychischen Beschwerden“ deutlich wird, dass die Patient:innen über sehr wenige Ressourcen verfügen, kann zur Unterstützung das Kapitel „Was gibt mir Kraft?“ aus dem Modul „Selbstwert und Kraftgeber“ freigeschaltet werden. Wird in dem gleichen Kapitel ein hohes Ausmaß an äußeren Stressoren deutlich, kann das Kapitel „Stress und Entspannung“ aus dem Modul „Körper und Wohlbefinden“ passend sein. Treten im Kapitel „Mein Familienbaum“ vor allem Schwierigkeiten in der Kommunikation innerhalb der Familie hervor, kann zur weiteren eigenen Exploration das Modul „Kommunikation“ freigeschaltet werden. Das Modul „Zusammenarbeit“ bietet sowohl psychoedukative Elemente für nahestehende Personen an, als auch gemeinsame ressourcenorientierte Übungen und kann für einen direkten Austausch von Patient:in und nahestehender Person freigeschaltet werden.

2.1.5 Ausgewählte Literatur

- Brüderl, L., Klank-Rießen, I., & Zens, C. (2015). Therapie-Tools Selbsterfahrung. Beltz.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... & Wittchen, H. U. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87(1), 88-90.
- Jaeggi, E., & Riegels, V. (2008). *Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2009). *Genogramme in der Familienberatung*. Huber.
- Neuhauser, H., Kuhnert, R., & Born, S. (2017). 12-Monats-prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland.
- Reich, G., & von Boetticher, A. (2020). *Psychodynamische Paar-und Familientherapie*. Kohlhammer Verlag.
- Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Vol. 1131). Heidelberg: Springer.

2.2 Modul: Werte und Ziele



Eine Psychotherapie bedeutet Veränderung. Dieser neue Weg ist zu Beginn aber noch unbekannt und vielleicht schwer vorhersehbar. In diesem Modul geht es daher darum, sich über diesen Weg ein bisschen klarer zu werden. Hierfür machen sich die Patient:innen Gedanken zu ihren Werten, ihren Therapiezielen und ihre Motivation, auf ihrem Weg zu bleiben.

2.2.1 Kapitel: Motivation



In diesem Kapitel dreht sich alles darum, wie Patient:innen mit Herausforderungen während eines Veränderungsprozesses umgehen können. Der Begriff Motivation wird erklärt und erarbeitet, was für und was gegen eine Veränderung des Ist-Zustands der Patient:innen spricht. Zusätzlich geht es darum, wie die Patient:innen in der Vergangenheit erfolgreich mit Veränderungen umgegangen sind.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Unsere Motivation etwas zu verändern ist nicht immer gleich, sie schwankt.- Auch in der Psychotherapie sind solche Schwankungen normal und können besprochen werden.
Übung ↓	„Veränderungswaage“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen benennen zuerst, um welche Veränderung es in der Übung gehen soll.- Patient:innen sammeln dann Vor- und Nachteile der Veränderung sowie der Beibehaltung des Ist-Zustands.- Die Eingaben werden als dynamische Waage ausgegeben.- <i>Hilfestellung: exemplarische Waagen der Begleiter:innen.</i>- Hinweis: Bei Phasen geringerer Motivation können Patient:innen immer wieder zu dieser Übung zurückkehren.- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Ein Blick auf den bisherigen Umgang mit Veränderungen kann dabei helfen, die eigenen Stärken zu erkennen.
Übung	„Bisheriger Umgang mit Veränderungen“ <ul style="list-style-type: none">- Erarbeitung von bewältigten Veränderungssituationen.- Betrachtung möglicher Unterstützung dabei.- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.2.2 Kapitel: Werte



Dieses Kapitel dient der Auseinandersetzung mit eigenen Werten. Hierzu wird das Konzept von Werten erklärt. Die Patient:innen sollen die Möglichkeit bekommen, sich ihrer eigenen Werte bewusst zu werden und untersuchen, wie sie diesen im alltäglichen Leben näherkommen können.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Metapher: Werte als Kompass, der im Leben die Richtung vorgibt.- Werte können für verschiedene Menschen ganz unterschiedlich aussehen.
Übung	„Rede zum 90. Geburtstag“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen sollen sich ihren 90. Geburtstag imaginieren und sich vorstellen, dass unterschiedliche Menschen aus ihrem Leben eine Rede über sie halten.- In Stichpunkten werden wichtige Punkte der jeweiligen Reden festgehalten.- <i>Hilfestellung: exemplarische Reden der Begleiter:innen</i>- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit und welche Werte scheinen Ihnen wichtig zu sein?
Übung	„Meine Werte“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen beantworten 36 Fragen, die 12 Werten zugeordnet sind (z.B. Kreativität, Unabhängigkeit, Zuverlässigkeit) .- Ausgabe des individuellen Werteprofiles als Kuchendiagramm.- Vertiefung: Wie nah sehen sich die Patient:innen ihren Werten zum momentanen Zeitpunkt?- Hinweis: In der Psychotherapie kann ein möglicher Veränderungswunsch besprochen werden.
Übung	„Meinen Werten näherkommen“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen halten in einer 4-Felder-Tafel fest:<ul style="list-style-type: none">● Schritte, um den eigenen Werten näher zu kommen● Hinderliche Gedanken und Gefühle● Ressourcen und Strategien zum Umgang mit den hinderlichen Gedanken und Gefühlen● Mögliche hilfreiche Gedanken- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.2.3 Kapitel: Ziele



In diesem Kapitel wird das Konzept von Zielen erklärt. Patient:innen werden eingeladen, konkrete Ziele für ihre Psychotherapie zu formulieren.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Ziele beschreiben das, was wir erreichen möchten.- Zu Beginn der Psychotherapie ist es sinnvoll, sich Ziele für diese zu überlegen.
Audio	„Die Eule im Wald“ <ul style="list-style-type: none">- Die Geschichte beschreibt, dass ein großes Ziel häufig unerreichbar erscheint und es daher gut sein kann, Teilschritte zu formulieren.- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Geschichte für sich mit?
Übung	„Mein Wunder“ <ul style="list-style-type: none">- Wunderfrage: Die Patient:innen stellen sich vor, dass alle ihre Beschwerden über Nacht verschwinden und sie am nächsten Tag befreit davon erwachen werden.- Patient:innen explorieren detailliert, woran sie eine Veränderung bemerken würden und mit welchen Gedanken und Gefühlen diese zusammenhängen würde.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Zwei Beispiele zur Formulierung von Zielen für die Psychotherapie werden gezeigt.- Hilfreich für eine Zielformulierung ist es, wenn das Ziel klar formuliert ist, in der eigenen Kontrolle liegt und im Verlauf überprüft werden kann.
Übung	„Ziele festlegen“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen formulieren Therapieziele und reflektieren, woran sie selbst und ihr Umfeld eine Veränderung bemerken würden.- Hinweis: Ziele können sich im Verlauf der Psychotherapie ändern und es kann hilfreich sein, sich die hier festgehaltenen von Zeit zu Zeit anzuschauen.- <i>Hilfestellung: exemplarische Therapieziele der Begleiter:innen.</i>
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.2.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks

Dieses Modul eignet sich besonders gut zu Beginn der Psychotherapie. Insbesondere das Kapitel „Ziele“ lädt die Patient:innen dazu ein, eigene Ziele für die Psychotherapie zu formulieren. Aber auch im Verlauf der Psychotherapie kann es hilfreich sein, dieses Modul freizuschalten, um den

Veränderungsprozess für die Patient:innen sichtbarer zu machen. Wenn deutlich wird, dass es den Patient:innen schwer fällt, bestimmte Vorhaben in die Tat umzusetzen, kann das Kapitel „Aktivitäten umsetzen“ aus dem Modul „Aktiv werden“ zur Unterstützung freigeschaltet werden.

2.2.5 Ausgewählte Literatur

- Hauke, G. (2006). Das Potenzial der dritten Welle der Verhaltenstherapie. *Mit Achtsamkeit und Akzeptanz auf dem Weg zu wertorientierter Identität. Psychotherapie*, 11, 203–230.
- Jaeggi, E., & Riegels, V. (2008). *Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kriz, J. (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. 6. Aufl. Beltz, Weinheim.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch*. Lambertus-Verlag.
- Neumann, K. (2015). *Systemische Interventionen in der Familientherapie*. Springer-Verlag.
- Wengenroth, M. (2017). *Therapie-Tools Akzeptanz- und Commitmenttherapie*. Beltz.
- Wöller, W., & Kruse, J. (2014). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden*. Schattauer Verlag.

2.3 Modul: Achtsamkeit



In diesem Modul wird das Konzept „Achtsamkeit“ mittels Texten und einer Audio-Geschichte erläutert und unterschiedliche angeleitete Audio-Dateien zum Üben zur Verfügung gestellt.

2.3.1 Kapitel: Einführung



In diesem Kapitel werden Hintergrund und Grundlagen von Achtsamkeit erklärt. Patient:innen werden für den Einfluss von bewertenden Gedanken sensibilisiert.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Achtsames Hier-und-Jetzt-Erleben steht dem sogenannten „Autopiloten“ entgegen.- Achtsamkeit ist Gewöhnungssache und braucht Zeit.- Achtsamkeit bedeutet, ohne Bewertungen wahrzunehmen.
Audio	„Der alte Mann“ <ul style="list-style-type: none">- In dieser Geschichte geht es darum, welche Auswirkungen Bewertungen auf das eigene Handeln haben können und welchen Unterschied es machen kann, eine Situation erst einmal nur zu beobachten und nicht zu bewerten.- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Geschichte für sich mit?
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.3.2 Kapitel: Achtsamkeit ausprobieren



In diesem Kapitel werden unterschiedliche innere und äußere Achtsamkeitsübungen vorgestellt. Patient:innen werden eingeladen, verschiedene Audio-Übungen auszuprobieren und jeweils das Erlebte zu reflektieren.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Ziele von Achtsamkeitsübungen- Mögliche Veränderungen durch Achtsamkeitspraxis- Einladung, verschiedene Strategien auszuprobieren und Methoden zu finden, die individuell passen.- Hinweis: Das Üben wird mit der Zeit immer einfacher, gerade am Anfang kann es helfen, sich immer wieder auf den eigenen Atem zu konzentrieren.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Äußere Achtsamkeit: Bewusstes Wahrnehmen über die fünf Sinne- Innere Achtsamkeit: Wertfreies Wahrnehmen von Gedanken und Gefühlen- Hinweis: Gerade Übungen zu innerer Achtsamkeit können am Anfang sehr herausfordernd sein. Daher kann es hilfreich sein, von Körperempfindungen auf Gefühle zu schließen.
Audios	Äußere Achtsamkeit: <ul style="list-style-type: none">- "Achtsames Sitzen"- "Rosinenübung"- "Gehmeditation"- "Achtsames Hören"- "5-4-3-2-1-Übung" Innere Achtsamkeit: <ul style="list-style-type: none">- "Atemmeditation"- "Bodyscan"- "Selbstmitgefühl"- "Sitzmeditation"- "Bergmeditation" Vertiefung: Nach allen Audios werden die Patient:innen nach aufgetauchten Gefühlen, Bewertungen und Körperempfindungen gefragt.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.3.3 Besonderheiten / Tipps und Tricks

Wir ermutigen Patient:innen in diesem Modul dazu, alle Achtsamkeitsübungen auszuprobieren und diejenigen regelmäßig auszuführen, die Ihnen besonders zusagen. Wenn durch die Bearbeitung der Übungen deutlich wird, dass die Patient:innen wenig wohlwollend mit sich selbst umgehen, kann das Kapitel „Umgang mit sich selbst“ aus dem Modul „Selbstwert und Kraftgeber“ zur Unterstützung freigeschaltet werden.

Das Konzept Achtsamkeit wird manchmal mit Entspannung verwechselt. Wenn deutlich wird, dass Patient:innen nach Entspannung suchen, kann das Kapitel „Stress und Entspannung“ aus dem Modul „Körper und Wohlbefinden“ mit den entsprechenden Audio-Entspannungsübungen freigeschaltet werden.

2.3.4 Ausgewählte Literatur

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(1), 33-47.

Michalak, J., Heidenreich, T., & Williams, J. M. (2021). *Achtsamkeit* (Vol. 48). Hogrefe Verlag.

Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale J. D. (2015). *Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention*

2.4 Modul: Aktiv werden



In diesem Modul geht es um den Zusammenhang von Aktivität und Stimmung. Die Patient:innen werden dazu angeregt, sich mit dem, was ihnen guttut, auseinanderzusetzen. Durch verschiedene Übungen werden sie angeleitet, Aktivitäten, die ihnen guttun könnten, zu planen und umzusetzen.

2.4.1 Kapitel: Aktivität und Stimmung



In diesem Kapitel setzen sich Patient:innen mit dem Zusammenhang von psychischem Befinden und Aktivität auseinander. Sie werden eingeladen, ihre Aktivitäten über eine Woche zu beobachten und Veränderungswünsche zu formulieren.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Aktivität bedeutet nicht gleich Sport, sondern kann ganz unterschiedlich aussehen.
Audio	„Körper und Aktivierung“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen werden angeleitet, ihren Körper durch kleine und größere Bewegungen Schritt für Schritt zu aktivieren.- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Zusammenhang von Aktivität und Stimmung- Traurigkeit oder Erschöpfung führen häufig dazu, dass Menschen sich eher zurückziehen, das kann auf längere Sicht diese Gefühle verstärken.- Positive Aktivitäten führen eher zu einer positiveren Stimmung.- Auch zu viele Aktivitäten können dazu führen, dass wir unsere Bedürfnisse aus den Augen verlieren.
Übung	„Stimmungstracker“ <ul style="list-style-type: none">- Die Stimmung der Patient:innen und zugehörige Aktivitäten werden für eine Woche im Bereich „Tracker“ gesammelt.- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Jeder Mensch kennt sowohl angenehme und eher unangenehme „Pflicht“-Aktivitäten.- Ziel kann es sein, einen Ausgleich zwischen beiden Seiten zu finden.

Übung	„Das Waage-Modell“ <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen sammeln angenehme und unangenehme Aktivitäten der letzten Woche. - Die Eingaben werden als Waage dargestellt. - <i>Hilfestellung: exemplarische Waagen der Begleiter:innen</i> - Vertiefung: Welche Seite überwiegt und was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.4.2 Kapitel: Was mir guttut



In diesem Kapitel setzen sich Patient:innen damit auseinander, welche Aktivitäten ihnen guttun. In einer kreativen Schreib-Übung können sie eigene Ideen entwickeln, in der Übung „Aktivitäten-Automat“ werden durch verschiedene Filter Vorschläge zu Aktivitäten generiert.

Inhalt:

Übung	„Mein idealer Tag“ <ul style="list-style-type: none"> - Exploration von Bedürfnissen und Wünschen. - Patient:innen werden eingeladen, detaillierte Fantasien über einen für sie idealen Tag zu entwickeln und festzuhalten. - Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none"> - Was als angenehme Aktivität erlebt wird, ist von Person zu Person unterschiedlich und ist auch abhängig von der jeweiligen Stimmung.
Übung	„Der Aktivitäten-Automat“ <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen können verschiedene Ziele (sich bewegen, engagieren, etwas unternehmen, sich entspannen, genießen, entdecken, kreativ sein, vergnügen, auspowern) und verschiedene Modi (alleine, mit anderen, drinnen, draußen, zuhause, kostenlos, barrierefrei) auswählen. - Der Aktivitäten-Automat gibt eine Liste mit passenden Vorschlägen aus. - Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.4.3 Kapitel: Aktivitäten umsetzen



In diesem Kapitel können Patient:innen positive Aktivitäten planen. Dafür antizipieren sie mögliche Hürden und Strategien, mit diesen umzugehen. Sie werden eingeladen, für ihre kommende Woche eine angenehme Aktivität zu planen. Nach dieser Woche kann exploriert werden, wie gut die Planung funktioniert hat und wie positive Aktivitäten weiterhin im Alltag integriert werden können.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Auch wenn wir eine angenehme Aktivität ausführen möchten, stellen sich uns manchmal Hürden in den Weg.
Audio	„Zwei Seifenblasen“ <ul style="list-style-type: none">- In dieser Geschichte geht es um eine Seifenblase, die auf eine andere trifft, an dieser nicht vorbeikommt und sie schließlich in sich aufnimmt.- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Es gibt sowohl innere (z.B. eigene Befürchtungen oder Haltungen) als auch äußere (z.B. mangelndes Geld oder Kinderbetreuung) Hürden.
Übung ↓	„Meine Hürden überwinden“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen halten in einer 4-Felder-Tafel fest, welche Aktivitäten sie gerne umsetzen würden, welche inneren und äußeren Hürden sie erleben und über welche Ressourcen sie verfügen, um diese zu überwinden.- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?- Hinweis: Die Patient:innen sollen an Situationen aus der Vergangenheit denken, die sie bereits erfolgreich Hürden gemeistert haben.- <i>Hilfestellung: exemplarische Hürden der Begleiter:innen.</i>
Übung ↓	„Tagesplaner“ <ul style="list-style-type: none">- Tipps zur Planung angenehmer Aktivitäten (konkrete Planung, sich selbst belohnen, nicht entmutigen lassen)- Patient:innen überlegen sich eine angenehme Aktivität für ihre kommende Woche.- Hinweis: Patient:innen können die angenehme Aktivität aus der Übung „Meine Hürden überwinden“ nehmen und sich die Übung auf die Startseite pinnen, um schnell daran erinnert werden zu können.- Vertiefung: Nach einer Woche sollen die Patient:innen angeben, ob die Durchführung geklappt hat. Wenn ja, werden sie gefragt, wie es ihnen damit geht und wie sie die Aktivität besser in ihren Alltag integrieren können. Wenn nein, werden sie gefragt, wie es ihnen damit geht und was sie an der Umsetzung gehindert hat.

Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?
------------------	--

2.4.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks

Dieses Modul eignet sich nicht nur bei einer depressiven Verstimmung Ihrer Patient:innen, sondern kann bei allen Störungsbildern hilfreich sein. Für Patient:innen, die eigene Bedürfnisse schwer wahrnehmen können, eignet sich dabei besonders das Kapitel „Was mir guttut“.

In dem Kapitel „Aktivität und Stimmung“ wird auf den Tracker „Stimmung“ verwiesen. Diesen können die Patient:innen nutzen, um einzuschätzen, in welcher Stimmung sie sind und gleichzeitig, welche Aktivitäten sie zu dem jeweiligen Zeitpunkt ausgeübt haben. Ihre Patient:innen können selbst entscheiden, ob sie ihren Tracker für Sie sichtbar machen möchten oder nicht (siehe „Patient:innen-Bereich“). Ist der Bereich für Sie sichtbar, können sie mit Hilfe der Verlaufskurve in der Sitzung beispielsweise gemeinsam Auslöser für bestimmte Stimmungen herausarbeiten.

In dem Kapitel „Aktivitäten umsetzen“ geht es um mögliche Hürden, die den Patient:innen beim Planen von angenehmen Aktivitäten begegnen können. Zur Unterstützung kann das Kapitel „Motivation“ aus dem Modul „Werte und Ziele“ freigeschaltet werden. Wenn in der Übung „Meine Hürden umsetzen“ besonders eine Vermeidungstendenz der Patient:innen deutlich wird, kann es sich lohnen für ein besseres Verständnis das Kapitel „Schutzschilder unserer Gefühle“ aus dem Modul „Umgang mit Gefühlen“ freizuschalten.

2.4.5 Ausgewählte Literatur

Beck, J.S. (2013). Praxis der kognitiven Verhaltenstherapie (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Hausmann, B. & Neddermeyer, R. (2011). *BewegtSein - Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentwicklung* (2. Aufl.). Wiesbaden: Reichert.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford [deutsch: Akzeptanz und Commitment Therapie. Ein erlebnisorientierter Ansatz zur Verhaltensänderung (2004). München: CIP-Medien].

Hofheinz, C., Michalak, J., & Heidenreich, T. (2017). *Werteorientierte Verhaltensaktivierung bei depressiven Störungen: Therapiemanual*. Beltz.

Jaeggi, E. & Riegels, V. (2008). *Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Martell, C. R., Dimidjian, S., & Hermann-Dunn, R. (2015). *Verhaltensaktivierung bei Depression: Eine Methode zur Behandlung von Depression*. Kohlhammer Verlag.

2.5 Modul: Gedanken



Innerhalb dieses Moduls werden typische Denkmuster der Patient:innen herausgearbeitet und der Einfluss der Biografie darauf deutlich gemacht. Es gibt außerdem ein Kapitel zu Mentalisierung.

2.5.1 Kapitel: Der Einfluss unserer Gedanken



In diesem Kapitel geht es um den Zusammenhang von Gedanken und Erleben. Patient:innen werden eingeladen, sich damit auseinanderzusetzen, wie Gedanken die eigenen Gefühle beeinflussen können. Sie bekommen mit der „Gedankenlupe“ einen Vorschlag, wie sie diese Gedanken im Alltag im Blick behalten und hilfreiche Alternativgedanken entwickeln können.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Automatische, schnelle Gedanken sind manchmal hilfreich und wichtig, manchmal aber auch hinderlich.
Übung	„Unsere schnellen Gedanken“ <ul style="list-style-type: none">- Erste Gedanken zu einem uneindeutigen Bild werden festgehalten und so viele alternative Interpretationen wie möglich gesammelt.- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Warum beschäftigen wir uns mit Gedanken? Gefühle und Gedanken beeinflussen sich wechselseitig. Sie haben einen wichtigen Einfluss auf unser Befinden.
Übung	„Gedanken und Gefühle“ <ul style="list-style-type: none">- Fünf Situationen mit unterschiedlichen Bewertungsmöglichkeiten werden gezeigt.- Je nach angeklickter Bewertung erscheint ein anderes, dazu passendes Gefühl.- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Übung ↓	„Gedankenlupe“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen können eine Situation mit dazugehörigen Gedanken, Gefühlen und möglichen Alternativgedanken festhalten.- Hinweis: Es ist sinnvoll, diese Übung mit verschiedenen Situationen zu wiederholen.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.5.2 Kapitel: Lebensgeschichte



In diesem Kapitel können sich Patient:innen mit Grundannahmen auseinandersetzen. Sie formulieren eigene Grundannahmen und sammeln Ideen, was sie diesen entgegensetzen können.

Inhalt:

Video	„Der angekettete Elefant“ <ul style="list-style-type: none">- Die Geschichte eines angeketteten Zirkuselefanten verdeutlicht den Einfluss von früh entwickelten Annahmen auf das Erwachsenenleben.- Vertiefungsfrage zu eigenen „Gedankenketten“.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Entwicklung von inneren Annahmen („Überlebensregeln“) „ich muss immer“ oder „ich darf nie“.- Diese waren in der Vergangenheit überlebenswichtig, aber können in der Gegenwart hinderlich sein.
Übung ↓	„Eigene Überlebensregeln erkennen“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen werden gebeten, eigene Überlebensregeln festzuhalten.- <i>Hilfestellung: exemplarische Überlebensregeln der Begleiter:innen.</i>
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Überlebensregeln sind veränderbar.
Übung ↓	„Überlebensregeln ins Wanken bringen“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen können Ideen sammeln, was sie ihren Überlebensregeln entgegensetzen möchten.- <i>Hilfestellung: exemplarische Überlegungen der Begleiter:innen.</i>
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.5.3 Kapitel: Verschiedene Blickwinkel



In diesem Kapitel kommen Patient:innen dem Konzept der Mentalisierung näher. In einer Video-Übung geht es darum, die Perspektive von anderen Menschen einzunehmen. Anschließend können Patient:innen sich darin ausprobieren, andere Sichtweisen zu einem ersten Blickwinkel zu entwickeln.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Die Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen (Mentalisierung), wird bereits früh entwickelt. Dabei können auch Missverständnisse entstehen.
-------------	--

Video	„Hineinversetzen“ <ul style="list-style-type: none"> - Verschiedene Interaktionssituationen werden in Videos gezeigt. Patient:innen stellen Vermutungen an, welche Gedanken und Gefühle die Personen im Video haben könnten und werden angeregt, weitere Möglichkeiten zu bedenken. - Vertiefungsfrage, ob eigene Muster in den Antworten erkennbar sind. - <i>Hilfestellung: exemplarische Antworten der Begleiter:innen.</i>
Text	Metapher <ul style="list-style-type: none"> - Metapher von fünf blinden Menschen, die einen Elefanten ertastend untersuchen und zu unterschiedlichen Schlüssen kommen. - Vertiefungsfrage: eigene Gedanken zu dieser Geschichte.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none"> - Neue Sichtweisen können zu neuen Gefühlen führen. - Beispiele zum Wechseln der eigenen Sichtweise (Reframing).
Übung ↓	„Der Blickwinkel-Wechsel“ <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen können üben, verschiedene Sichtweisen auf vorgegebene Situationen zu entwickeln. - <i>Hilfestellung: exemplarische Ideen der Begleiter:innen.</i>
Übung ↓	„Meine Sichtweise wechseln“ <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen werden gebeten, eine eigene Situation aus der letzten Woche zu wählen und mit entsprechenden Gedanken und Gefühlen festzuhalten und im nächsten Schritt einen neuen Blickwinkel auf die Situation zu entwickeln.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.5.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks

Im Kapitel „Lebensgeschichte“ geht es um die Entwicklung von inneren Annahmen durch die eigene Lebensgeschichte. Zur Vertiefung und Unterstützung dieser Überlegungen kann das Modul „Entstehung“ mit den Übungen „Lebenslinie“ und „Genogramm“ freigeschaltet werden.

Bei der Identifikation der Gedanken wird häufig deutlich, welche Themen eine besondere Rolle für das Wohlbefinden der Patient:innen spielen, z.B. negative Überzeugungen zu sich selbst, die auf einen geringen Selbstwert hinweisen, oder negative Annahmen über Gefühle. Je nachdem welche Inhalte sich in den Gedanken herauskristallisieren, können die entsprechenden Inhalte, wie z.B. das Kapitel „Selbstwert“ im Modul „Selbstwert und Kraftgeber“ oder das Modul „Gefühle verstehen“, ergänzt werden.

2.5.5 Ausgewählte Literatur

Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A. (2011). *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide* (2ed.). Oxford: University Press.

Bucay, J. (2008). *Komm, ich erzähl dir eine Geschichte*. Frankfurt am Main: Fischer.

Leahy, R. (2007). *Techniken kognitiver Therapie: ein Handbuch für Praktiker*. Paderborn: Junfermann.

Satir, V. & Baldwin, M. (1991): *Familietherapie in Aktion, die Konzepte von Virginia Satir in Theorie und Praxis (3. Aufl.)*. Paderborn: Junfermann.

Sulz, S. & Hauke, G. (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes*. München: CIP-Medien.

2.6 Modul: Gefühle verstehen



Dieses Modul gibt Anregungen, die eigenen Gefühle besser kennenzulernen und einzuordnen. Patient:innen können versuchen, den Botschaften, die ihnen ihre Gefühle übermitteln möchten, auf die Spur zu kommen. Außerdem geht es um Gefühle, die durch die Lebensgeschichte geprägt wurden, und sich im Hier und Jetzt melden.

2.6.1 Kapitel: Unsere Gefühle kennenlernen



In diesem Kapitel können Patient:innen Arten und Funktionen von Gefühlen erfahren und ihre eigene Einstellung zu Gefühlen reflektieren. Sie sind in verschiedenen Übungen eingeladen zu erforschen, wie sich ihre Körperhaltung und Gefühlserleben gegenseitig beeinflussen.

Inhalt:

Video	Animationsfilm: Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Welche Gefühle gibt es und was sind ihre Funktionen? Das Bild von Gefühlen als Warnlämpchen, die uns Informationen über unsere Bedürfnisse geben, wird eingeführt.- Vertiefungsfrage zu Gefühlen und Gedanken zum Video.
Übung	„Meine Einstellung zu Gefühlen“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen können festzuhalten, welche Gefühle sie gerne häufiger und seltener hätten, welche sie als Stärke oder Schwäche sehen, und ob sie glauben, dass Gefühle anderen gegenüber besser nicht gezeigt werden sollten.- Vertiefungsfragen zu Erkenntnissen aus der Übung.
Übung ↓	„Meine Gefühlslupe“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen können aus illustrierten „Gefühlskarten“ ihr aktuelles Gefühl auswählen, auf einer Körpersilhouette einzeichnen, wo sie dieses Gefühl spüren, und ihren ersten Handlungsimpuls dazu festhalten.- Vertiefungsfragen zum Erleben während der Übung.- <i>Hilfestellung: exemplarische Ideen der Begleiter:innen.</i>
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Gefühle und Körperhaltung beeinflussen sich gegenseitig.
Audio	„Gefühle im Körper“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen werden angeleitet, ihre Körperhaltung zu verändern und zu spüren, welche Auswirkungen dies auf ihr Befinden hat.- Ressourcenorientierter Abschluss: eine individuelle, wohltuende Körperhaltung finden.- Reflexion: Vertiefungsfragen zum Erleben in den unterschiedlichen Körperhaltungen während der Übung.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.6.2 Kapitel: Die Botschaften unserer Gefühle



In diesem Kapitel erkunden Patient:innen, welche Bedürfnisse hinter Gefühlen stecken können. Sie lernen das „Gefühlsteam“ kennen und sind eingeladen auszuprobieren, „leiseren“ Gefühlen Raum zu geben.

Inhalt:


Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Gefühle geben Hinweise auf zugrunde liegende Bedürfnisse.
Übung	„Bedürfnisse entdecken“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen sind eingeladen, verschiedene „Gefühlskarten“ anzuklicken und zu erkunden, welche möglichen Bedürfnisse hinter dem jeweiligen Gefühl stehen können.- Sie halten ein eigenes Gefühl fest, das sie in der vergangenen Woche erlebt haben, und reflektieren mögliche korrespondierende Bedürfnisse.- <i>Hilfestellung: Gefühle und Bedürfnisse der Begleiter:innen.</i>
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Einige Gefühle sind „lauter“ als andere und sind schwieriger zu identifizieren.- Metapher des Familientreffens, auf dem alle durcheinander sprechen.
Übung ↓	„Mein Gefühlsteam“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen können aus den „Gefühlskarten“ ihr aktuelles Gefühl auswählen.- Sie halten fest, welche Gefühle „laut“ bzw. „leise“ sind und reflektieren dahinter liegende Bedürfnisse.- Als „Teamleitung“ setzen sie sich mit der Frage auseinander, nach welchen Gefühlen sie handeln möchten.- <i>Hilfestellung: Gefühle und Handlungsimpulse der Begleiter:innen.</i>
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.6.3 Kapitel: Die Geschichte unserer Gefühle



In diesem Kapitel wird der Zusammenhang zwischen aktuellen Gefühlen und frühen Erfahrungen vermittelt. Patient:innen können ausprobieren, sich diese Schemata als „innere Filme“ vorzustellen und zu experimentieren, wie sie im Hier und Jetzt mit diesen Filmen umgehen können.

Inhalt:

Text und Video	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Gefühle, die wir in der Kindheit oft gespürt haben, werden im Erwachsenenalter manchmal erneut ausgelöst, dann sind wir wie in einem "inneren Film".
Übung 	„Mein Filmdrehbuch“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen benennen eine Situation, in der sie in einen "inneren Film" geraten sind.- Sie geben dem Film einen Titel und explorieren zugehörige Gedanken, Gefühle und überlegen, ob es in ihrer Kindheit Situationen mit ähnlichem Empfinden gab.- <i>Hilfestellung: mögliche frühere und aktuelle Gefühle der Begleiter:innen.</i>- Vertiefungsfragen zu Gedanken zu "inneren Filmen" und Erkenntnissen im Alltag.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Anregungen, wie beim Erleben eines "inneren Films" ins Hier und Jetzt zurückgefunden werden kann (Bewusstwerdung, Vorstellung der Situation als Film und "Experimentieren mit der Fernbedienung", Unterschiede zwischen heute und damals finden, Gefühle und Bedürfnisse benennen).
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.6.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks

Die verschiedenen Gefühle werden in Videos und Übungen im Design der „Gefühlskarten“ dargestellt. Diese Gefühlskarten haben Sie auch ausgedruckt mit dem Handbuch erhalten. Sie können diese in Ihren Sitzungen mit Ihren Patient:innen nutzen und so eine enge Verknüpfung zu den Online-Inhalten herstellen.

Das Modul „Umgang mit Gefühlen“ eignet sich als Ergänzung für eine Vertiefung, insbesondere für Patient:innen, die Schwierigkeiten haben, Gefühle zuzulassen oder zu regulieren.

2.6.5 Ausgewählte Literatur

- Bohus, M., & Wolf-Arehult, M. (2016). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide* (2nd ed.). Oxford: University Press.
- Fürstenau, P. (2001). *Psychoanalytisch verstehen - Systemisch denken – Suggestiv intervenieren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Greenberg, L. (2016). *Emotionsfokussierte Therapie* (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- Hausmann, B. & Neddermeyer, R. (2011). *BewegtSein - Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentwicklung* (2. Aufl.). Wiesbaden: Reichert.
- Jaeggi, E. & Riegels, V. (2008). *Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schwartz, R.C. (19). *Systemische Therapie mit der inneren Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

2.7 Modul: Umgang mit Gefühlen



In diesem Modul geht es um den Umgang mit starken Gefühlen und innerer Anspannung. Patient:innen können unterschiedliche Strategien zur Anspannungsregulation ausprobieren, um eigene Gefühle mehr zuzulassen. Außerdem reflektieren sie über Schutzschilder, die Sie aufgebaut haben, um Gefühle weniger spüren zu müssen.

2.7.1 Kapitel: Gefühle zulassen



In diesem Kapitel werden psychoedukative Inhalte zu starker Anspannung sowie verschiedenen Anspannungsbereichen vermittelt. Die Übungen sind auf den Umgang mit dieser Anspannung ausgerichtet. Hierzu können z.B. ein "Skills-Automat" genutzt sowie eine eigene Skillskette erstellt werden.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Sehr intensive Gefühle können schwer auszuhalten sein.- Sie zu unterdrücken, ist wie einen Wasserball unter Wasser zu halten. Verlässt uns die Kraft, schnellen die Gefühle mit noch mehr Intensität nach oben.- Vertiefungsfrage zu eigenen Erfahrungen mit dem Unterdrücken von Gefühlen.
Übung ↓	„Umgang mit innerer Anspannung“ <ul style="list-style-type: none">- Starke Gefühle gehen mit unterschiedlich starker Anspannung einher.- Woran bemerken Patient:innen ihre Anspannung?- Hinweis Anspannungstracker: Anregung, regelmäßig Anspannungsniveau, Auslöser und Frühwarnzeichen festzuhalten.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Bei der Reduktion von Anspannung helfen Skills.- Erklärung der Zugangskanäle: Sinne, Gedanken, Körper, Handeln.
Übung	„Der Skills-Automat“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen können verschiedene Kanäle und Bedingungen (zu Hause, unterwegs, allein, ...) auswählen.- Der "Skills-Automat" gibt eine Liste mit passenden Vorschlägen aus- Vertiefungsfragen zu individuell passenden Skills.
Übung ↓	„Meine Skillskette“ <ul style="list-style-type: none">- Für bessere Wirksamkeit können Skills aneinandergereiht werden; dabei wird mit dem wirksamsten begonnen.- Patient:innen können 3-4 Skills benennen und zu einer Kette anordnen.- <i>Hilfestellung: Skillsketten der Begleiter:innen.</i>
Audio	„Die Welle der Gefühle surfen“ <ul style="list-style-type: none">- In Form einer Surf-Metapher wird zum Einlassen auf intensive Gefühle angeregt.

	<ul style="list-style-type: none"> - Wunsch ist, die Vergänglichkeit dieser Gefühle zu erleben und eine Akzeptanz für deren Existenz zu entwickeln.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.7.2 Kapitel: Schutzschilder unserer Gefühle



In diesem Kapitel können Patient:innen ihre „Schutzschilder“ kennenlernen und Teufelskreise in ihren Emotionen explorieren. Außerdem werden Möglichkeiten, diese Teufelskreise zu durchbrechen, vorgeschlagen.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none"> - Wir verfügen über viele Strategien, unangenehme Gefühle nicht so stark spüren zu müssen („Schutzschilder“). - Schutzschilder können mehr oder weniger hilfreich sein. Manchmal sind sie langfristig hinderlich für unser Leben.
Übung ↓	„Meine Schutzschilder“ <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen reflektieren, welche Strategien sie nutzen, in welchen Situationen diese eingesetzt werden und wann sie auch hinderlich sein können. - <i>Hilfestellung: Schutzschilder der Begleiter:innen.</i>
Video	„Der kleine Tiger“ <ul style="list-style-type: none"> - Einen kleinen Tiger zu füttern, der einen bedroht, bringt kurzfristig Erleichterung, langfristig wächst aber ein großes Raubtier heran. - Metapher für Vermeidung unangenehmer Gefühle oder Situationen. - Vertiefungsfragen zu Gedanken und Gefühlen während des Videos.
Audio	„Der weiße Bär“ <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen führen ein Experiment zur Gedankenunterdrückung durch („Denken Sie nicht an den weißen Bären.“). - Vertiefungsfragen zu Häufigkeit und Intensität von Gedanken sowie eigenen Schlüssen aus der Übung.
Übung ↓	„Das Experiment“ <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen probieren wie in einem Experiment aus, was es bedeuten würde, die emotionalen Schutzschilder zu senken. - Sie suchen sich eine Situation aus, der sie sich stellen möchten. - Im Vorfeld werden Gedanken und Befürchtungen festgehalten und von 0-100 skaliert. - Nach dem Experiment beschreiben Patient:innen die Situation, ihr Empfinden dabei und ob die Befürchtungen eingetreten sind. - Vertiefungsfragen, was aus der Übung mitgenommen wird.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.7.3 Besonderheiten / Tipps und Tricks

Das Kapitel „Gefühle zulassen“ eignet sich vor allem für Patient:innen mit Schwierigkeiten in der Emotionsregulation. Hier wird auf den Tracker „Anspannung“ verwiesen. Diesen können die Patient:innen nutzen, um einzuschätzen, wie hoch ihre aktuelle Anspannung ist und zu dokumentieren, was in der Situation gerade passiert. Mit Hilfe der Verlaufskurve können in der Sitzung beispielsweise gemeinsam Auslöser und Frühwarnzeichen für Anspannung herausgearbeitet werden. Für Patient:innen, die noch wenig Zugang zu ihren Gefühlen haben, kann es sinnvoll sein, zunächst das Modul „Gefühle verstehen“ zu bearbeiten.

2.7.4 Ausgewählte Literatur

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide* (2ed.). Oxford: University Press.
- Bohus, M., & Wolf-Arehult, M. (2016). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Fürstenau, P. (2001). *Psychoanalytisch verstehen - Systemisch denken – Suggestiv intervenieren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Greenberg, L. (2016). *Emotionsfokussierte Therapie* (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- König, K. (2007). *Abwehrmechanismen* (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steven C. Hayes, Kirk D. Strosahl, Kelly G. Wilson (2014). *Akzeptanz- & Commitment-Therapie*. Paderborn: Junfermann.

2.8 Modul: Selbstwert und Kraftgeber



In diesem Modul geht es um das Selbstbild der Patient:innen und darum, wie sie mit sich selbst umgehen. Dabei werden Dinge, die Patient:innen an sich mögen, als auch weniger gemochte Eigenschaften einbezogen. Außerdem werden eigene Ressourcen reflektiert und vertieft.

2.8.1 Kapitel: Selbstwert



In diesem Kapitel werden Patient:innen eingeladen, zu reflektieren, was Selbstwert für sie bedeutet und welche Quellen von Selbstwert für sie wichtig sind. Sie betrachten ihre Vorstellungen davon, wie sie sind, sein sollten und sein möchten.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Selbstwert beinhaltet alle Bewertungen über sich selbst und häufig eine Vorstellung von einem idealen Ich.
Übung	„Mein Selbstwert“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen reflektieren mit Impulsfragen, wie sie ihren Selbstwert einschätzen, was sie sich von höherem Selbstwert erhoffen und woran sie sowie ihr Umfeld bemerken würden, wenn sie einen höheren Selbstwert hätten.
Audio	„Das Spiegelkabinett“ <ul style="list-style-type: none">- Imaginationsübung: Patient:innen stellen sich ein Spiegelkabinett auf einem Jahrmarkt vor. Die Spiegel zeigen ihr tatsächliches „Bin-Ich“, ihr „Soll-Ich“ und ihr „Wunsch-Ich“.- Patient:innen explorieren die drei Bilder gründlich und werden eingeladen, ihre Gefühle dabei zu identifizieren.
Übung ↓	„Meine drei Spiegelbilder“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen halten schriftlich fest, was die drei Ichs aus dem Audio ausgemacht hat und beantworten Fragen zu ihnen.- Vertiefungsfragen zu aufkommenden Emotionen und eigenen Schlüssen aus der Übung.- <i>Hilfestellung: Erkenntnisse der Begleiter:innen.</i>
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.8.2 Kapitel: Umgang mit sich selbst



In diesem Kapitel setzen sich Patient:innen damit auseinander aus welchen Lebensbereichen ihre „Selbstwert-Pflanze“ ihre Nahrung zieht. Es wird vermittelt, dass zu einem realistischen Selbstbild sowohl Eigenschaften gehören, die man an sich mag, als auch welche, die man weniger mag. In zwei Audio-Übungen können Patient:innen ausprobieren, sich selbst gegenüber eine wohlwollende und mitfühlende Haltung einzunehmen.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Unser Selbstwert kann in unterschiedlichen Lebensbereichen unterschiedlich ausgeprägt sein.- Am stabilsten ist er, wenn er aus verschiedenen Quellen kommt.
Übung	„Mein Selbstwert“ <ul style="list-style-type: none">- Metapher der “Selbstwert-Pflanze” wird eingeführt.- Für ihre “Selbstwert-Pflanze” können Patient:innen in den Bereichen Umgang mit Mitmenschen, Körperliche Aspekte, Beruf & Ausbildung, Freizeit & Hobbys eintragen, welches “Pflanzenfutter”, also welche positiven Eigenschaften, sie an sich erkennen.- Die Übung ist interaktiv und die Pflanze wächst, je mehr in die Felder geschrieben wird.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Menschen haben immer Eigenschaften, die sie mögen und nicht mögen.- Es kann unangenehm sein, die unliebsamen Eigenschaften zu betrachten, aber gehört dazu, sich als ganze Person zu akzeptieren.
Audio	„Dunkle und helle Felder“ <ul style="list-style-type: none">- Die Patient:innen werden dazu angeleitet, sich ihre Persönlichkeit wie eine Landschaft von weit oben aus der Vogelperspektive vorzustellen. Sie betrachten dabei zunächst die hellen Bereiche und stellen sich alles vor, das sie an sich selbst mögen. Dann betrachten sie die dunklen Bereiche, was sie an sich selbst nicht mögen und dann das Unbekannte. Wie sind die unterschiedlichen Bereiche beschaffen, welche Formen nehmen Sie an?- Vertiefungsfragen, wie die Übung erlebt wurde und was die Patient:innen für sich daraus mitnehmen.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Wohlwollender Umgang fällt uns mit anderen oft leichter als mit uns selbst. Wohlwollend mit sich zu sein, heißt nicht, dass es keinen Wunsch nach Veränderung geben kann.
Audio	„Wohlwollende Begleitung“ <ul style="list-style-type: none">- Wohlwollender, wertschätzender Selbst-Anteil wird als innerer Begleiter imaginiert und wohlthuende Sätze verbalisiert.- Vertiefungsfragen zu Gedanken und Gefühlen während des Audios.
Audio	„Selbstmitgefühlspause“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen werden gebeten, sich an eine Situation zu erinnern, die sie als leicht bis mittelmäßig belastend empfunden haben.

	<ul style="list-style-type: none"> - Sie werden angeleitet, die aufkommenden Emotionen zu akzeptieren, und unterstützende Worte an sich selbst zu formulieren. - Vertiefungsfragen zu Gedanken und Gefühlen während des Audios.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.8.3 Kapitel: Was gibt mir Kraft?



Dieses Kapitel ist der ausführlichen Exploration eigener Ressourcen gewidmet. Patient:innen können in der „Ressourcenlandkarte“ ihre inneren und äußeren „Kraftgeber“ sammeln. Sie reflektieren, was ihnen in vergangenen, schwierigen Situationen geholfen hat, und können in Übungen ihren Blick für Glücksmomente im Alltag schärfen.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none"> - Ressourcen („Kraftgeber“) können Fähigkeiten, Menschen, Eigenschaften, materielle Dinge uvm. sein.
Übung	„Ressourcenlandkarte“ <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen reflektieren in einem ersten Schritt: <ul style="list-style-type: none"> • Das kann ich: • Das habe ich: • Das möchte ich: • Die unterstützen mich: - In einem zweiten Schritt werden ihnen die Einträge auf einer „Ressourcenlandkarte“ grafisch aufbereitet angezeigt.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none"> - Wie vergangene Krisen bewältigt wurden, gibt Aufschluss darüber, welche Kraftgeber wir in uns tragen.
Übung	„Meine Kraftgeber“ <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen bearbeiten einen Ressourcenfragebogen und erhalten als Auswertung einen Überblick darüber, welchen Bereich von Ressourcen Sie in Krisen bisher schon genutzt haben.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none"> - In stressigen Phasen kann es schwerer fallen, Kraftgeber gezielt einzusetzen. - Anregungen, sich im Alltag kleine Kraftgeber bewusst zu machen (z.B. eine Glückspause einlegen oder für jeden schönen Moment einen Stein von der einen in die andere Tasche wandern zu lassen). - In TONI findet sich eine Vorlage für ein Kraftgebertagebuch im Tagebuchbereich.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.8.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks

Zur Vertiefung des nicht-bewertenden, mitfühlenden Umgangs mit sich selbst, eignet sich das Modul „Achtsamkeit“.

Für die Förderung von ressourcenorientiertem Verhalten eignet sich das Kapitel „Was mir guttut“ aus dem Modul „Aktiv werden“.

Ist der Selbstwert der Patient:innen stark auf den Körper fokussiert, kann sich das Kapitel „Ernährung und Körperbild“ in Modul „Körper und Wohlbefinden“ anbieten.

2.8.5 Ausgewählte Literatur

Hanning, S. & Chmielewski, F. (2019). *Ganz viel Wert*. Weinheim: Beltz.

Huber, D., & Klug, G. (2017). Ressourcenaktivierung auch in der psychodynamischen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 62(2), 113–120.

Neff, K. (2011). *Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself*. New York: William Morrow.

Potreck, F. & Jacob, G. (2021). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2000), *Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung* (7. Aufl.), Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.

2.9 Modul: Kommunikation



In diesem Modul werden Grundlagen der Kommunikation vorgestellt, schwierige Situationen im Kontakt mit anderen Menschen erarbeitet, sowie die Mentalisierung gefördert.

2.9.1 Kapitel: Wie Menschen kommunizieren



In diesem Kapitel wird das 4-Ohren-Modell vorgestellt. In einem Video gibt es dazu anschauliche Beispiele. Patient:innen reflektieren, wie das Modell auf ihr eigenes Leben übertragbar ist.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Menschen kommunizieren unentwegt verbal und nonverbal.- Kommunikation ist komplex und kann zu Missverständnissen führen.- Einführung des 4-Ohren-Modells nach Schultz von Thun.
Video	„4-Ohren-Modell“ <ul style="list-style-type: none">- In einem psychoedukativen Video werden anhand eines Beispiels die vier Ebenen einer Nachricht verdeutlicht.
Übung	Vertiefung zum Video <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen erkunden, auf welche Situationen in ihrem eigenen Leben das Modell übertragbar ist und ob eines der Ohren bei ihnen besonders ausgeprägt ist.
Übung	„Welches Ohr hört was?“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen können überlegen, was Personen in zwei Beispielen auf den vier Ebenen kommunizieren.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.9.2 Kapitel: Wie kommuniziere ich?



In diesem Kapitel setzen sich Patient:innen mit ihrer persönlichen Art, zu kommunizieren, auseinander. Sie lernen den Kiesler-Kreis kennen. Im „Beziehungsnetz“ können sie alle Menschen aus allen Lebensbereichen eintragen und die einzelnen Beziehungen genauer betrachten.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Sprachliche Entwicklung beginnt früh, und wie wir kommunizieren, ist durch viele Faktoren bedingt.
Übung	„Wie kommuniziere ich?“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen sind eingeladen, festzuhalten, wie in ihrem Elternhaus kommuniziert wurde, wie sich der eigene Kommunikationsstil davon unterscheidet und was sie denken, was andere an diesem Stil mögen oder stören könnte.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Kiesler Kreis: Wie wir kommunizieren (freundlich, abweisend, aktiv und passiv), löst mit hoher Wahrscheinlichkeit eine entsprechende Reaktion beim Gegenüber hervor.- Patient:innen werden angeregt, im Alltag oder der Psychotherapiesitzungen zu reflektieren, wo sie sich selbst im Kommunikationskreis verorten würden.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Oftmals kommunizieren wir in verschiedenen Lebensbereichen unterschiedlich. Das ist auch abhängig von unserem Gegenüber und von unserer Beziehung zu dieser Person.
Übung	„Beziehungsnetz“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen können Personen, die ihnen wichtig sind, auflisten und auf einem Schieberegler einstellen, wie nah oder fern ihnen diese Personen sind. Patient:innen haben auch die Möglichkeit, Fotos der Personen hochzuladen.- In einem zweiten Schritt wird ihnen ihr „Beziehungsnetz“ grafisch dargestellt.- Sie können zu jeder Person folgende Aspekte vermerken: was ihnen an ihr wichtig ist, ob sie sich mit der aktuellen Nähe wohlfühlen, wo sie sich beide im Kommunikationskreis verorten würden und ob sie etwas an der Kommunikation ändern möchten.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.9.3 Kapitel: Über Bedürfnisse sprechen



In diesem Kapitel geht es um Möglichkeiten, Bedürfnisse zu kommunizieren. Patient:innen reflektieren, unter welchen Umständen ihnen dies leichter und schwerer fällt. Sie lernen die vier Schritte gewaltfreier Kommunikation kennen und wenden sie auf eine Situation im eigenen Leben an.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Über Bedürfnisse zu sprechen ist ein wichtiger Teil der Kommunikation mit unseren Mitmenschen.- Eigene Bedürfnisse ausdrücken zu können und die Bedürfnisse von anderen anzuerkennen, ist hilfreich, um gute Beziehungen aufzubauen.
Übung ↓	„Umgang mit meinen Bedürfnissen“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen reflektieren, unter welchen Umständen es ihnen besonders leicht oder schwer fällt, über ihre Bedürfnisse zu sprechen.- Sie werden angeregt, sich mit inneren Überzeugungen auseinanderzusetzen, die es ihnen schwer machen, Bedürfnisse zu äußern.- <i>Hilfestellung: Überlegungen der Begleiter:innen.</i>
Video	„Bedürfnisse äußern“ <ul style="list-style-type: none">- Zwei Videos werden gezeigt. Beide beginnen mit der gleichen Ausgangssituation. Video 1 zeigt den Ausgang ohne gewaltfreie Kommunikation. Video 2 zeigt die Szene mit gewaltfreier Kommunikation.- Die Patient:innen dokumentieren Gedanken und Gefühle bezüglich der beiden Videos.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Der Ansatz der „gewaltfreien Kommunikation“ kann helfen, Bedürfnisse zu äußern, ohne andere Menschen zu verletzen.- Die vier Schritte gewaltfreier Kommunikation sind: Beobachtung mitteilen, Gefühle ausdrücken, Bedürfnis benennen, Wunsch formulieren. Hierzu werden zwei Beispiele exemplarisch dargestellt.
Übung ↓	„Die vier Schritte“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen sind eingeladen, ein Missverständnis oder einen Konflikt aus ihrer vergangenen Woche zu beschreiben.- Sie übersetzen das, was sie in dieser Situation sagten, in die vier Schritte gewaltfreier Kommunikation.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.9.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks

Die Arbeit mit inneren Überzeugungen, die es Patient:innen schwer machen können, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu kommunizieren, können in dem Modul „Gedanken“ vertieft werden.

Das Kapitel „Die Botschaften unserer Gefühle“ im Modul „Gefühle verstehen“ kann Patient:innen unterstützen, einen besseren Zugang zu den eigenen Bedürfnissen zu entwickeln.

Das Kapitel „Verbundenheit“ im Modul „Zusammenarbeit“ beinhaltet Übungen für Patient:innen und ihre nahestehende Person, die sie zu TONI eingeladen haben, um gemeinsam ins Gespräch zu kommen.

2.9.5 Ausgewählte Literatur

Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90(3), 185–214.

Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality*. New York: Ronald Press Company.

Rosenberg, M. (2013). *Gewaltfreie Kommunikation* (11. Aufl.). Paderborn: Junfermann.

Schulz von Thun, F. (1981). *Miteinander reden. Band 1: Störungen und Klärungen. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation*. Reinbek: Rowohlt.

Wiggins, J. S. (1982). Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. *Handbook of research methods in clinical psychology*, 183-221.

2.10 Modul: Körper und Wohlbefinden



In diesem Modul werden verschiedene Bereiche des Zusammenspiels von Körper und Wohlbefinden betrachtet: Ernährung & Körperbild, Schlaf, Bewegung, körperliche Beschwerden, Sexualität sowie Stress & Entspannung.

Hinweis: Dieses Modul beinhaltet eine thematisch breite Sammlung an Kapiteln rund um den Körper. Wir empfehlen, nur einzelne, passende Kapitel freizuschalten.

2.10.1 Kapitel: Der Zusammenhang von Körper und Wohlbefinden



In diesem Kapitel geht es darum, Zusammenhänge zwischen körperlichem und psychischem Wohlbefinden zu erkennen. In der „GESUND-Checkliste“ können Patient:innen eine überblicksartige Einschätzung ihres Gesundheitsverhaltens abgeben und erkunden, welche Bereiche für sie besonders wichtig sind und was ihnen leicht bzw. schwerer fällt.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Unser Körper und unsere Psyche hängen untrennbar miteinander zusammen.
Video	„Wie hängen Körper und Psyche zusammen?“ <ul style="list-style-type: none">- Körperliches und psychisches Wohlbefinden hängen eng zusammen.- Sorgen wir für unsere körperliche Gesundheit tun wir automatisch etwas für unsere psychische Stabilität und andersherum.- Vertiefungsfrage zu eigenen Gedanken zum Video.
Übung	„GESUND-Checkliste“ <ul style="list-style-type: none">- Die GESUND-Checkliste bietet einen Überblick, um das eigene Gesundheitsverhalten einzuschätzen. Sie umfasst folgende Punkte:<ul style="list-style-type: none">• G: Gymnastik und Bewegung• E: Ernährung• S: Schlaf• UN: Untersuchungen• D: Drogen und Alkohol vermeiden- Patient:innen kreuzen zutreffende Buchstaben an und können eigene Punkte vermerken, die für sie wichtig sind.- <i>Hilfestellung: GESUND-Checklisten der Begleiter:innen.</i>- Vertiefungsfragen zu Zufriedenheit und Änderungswünschen bezüglich der Check-Punkte; wann fällt es Patient:innen leicht / schwer, für sich zu sorgen?
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.10.2 Kapitel: Ernährung und Körperbild



In diesem Kapitel geht es um das Verhältnis der Patient:innen zu Ernährung und dem eigenen Körperbild. Mythen rund um das Thema Ernährung werden aufgeklärt und die Patient:innen können ein Ernährungsprotokoll führen. Nach einem Video zu Schönheitsidealen geht es darum, einen wertungsfreieren und wohlwollenderen Umgang mit dem eigenen Körper zu entwickeln.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Ernährung und Wohlbefinden beeinflussen sich gegenseitig.- Menschen unterscheiden sich in dieser Hinsicht.
Übung	Reflexionsfragen <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen sind eingeladen, ihren eigenen Körper, Essverhalten und Einstellung zu Essen und Körperbild zu beschreiben.- Impulsfragen regen die Reflexion an, was sie daran jeweils mögen, was sie ändern wollen würden, was ihnen schwerfällt und wie ihre Familie entsprechende Einstellungen geprägt haben könnte.- Auf einer Skala von 0-100 können sie einstellen, ob und wie sehr sie etwas an ihrem aktuellen Essverhalten ändern möchten.
Quiz	„Quiz: Ernährung“ <ul style="list-style-type: none">- Psychoedukation zu Ernährung wird als interaktives Quiz vermittelt: Patient:innen können sechs Aussagen über Ernährung als „richtig“, „teils/teils“ oder „falsch“ einordnen.- Hintergrundinformationen und wissenschaftliche Erkenntnisse zu den sechs Mythen werden vermittelt.- Vertiefungsfragen zu eigenen Gedanken während der Beantwortung des Quiz.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Einigen Menschen fällt es schwer, einzuschätzen, wie viel und wie gesund sie eigentlich essen. Dabei können Ernährungstagebücher helfen.- In der Psychotherapie sollte besprochen werden, ob ein Ernährungstagebuch sinnvoll ist.
Übung	„Ernährungstagebuch“ <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen können über eine Woche festhalten, was sie wann essen und welche Gefühle und Gedanken dabei auftauchen.
Video	„Schönheitsideale und Körperbilder“ <ul style="list-style-type: none">- Schönheitsideale lösen Druck aus. Die Idealvorstellungen verändern sich über die Zeit.- Hilfreich kann es sein, sich weniger zu vergleichen und sich bewusst zu machen, dass Schönheitsideale kommen und gehen.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none">- Gesellschaftliche und mediale Vorstellungen von Schönheit beeinflussen unser Körperbild stark.

	<ul style="list-style-type: none"> - Wir sind schnell und gut darin, unseren Körper (negativ) zu bewerten, was häufig zu Selbstablehnung führt. - Körperakzeptanz bedeutet, den eigenen Körper so anzunehmen, wie er ist.
Übung	<p>„Sich selbst beschreiben“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen bekommen Tipps an die Hand, ihren eigenen Körper möglichst neutral zu beschreiben. - Vertiefungsfragen zu Gedanken und Gefühlen während der Selbstbeschreibung.
Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unser Körper leistet täglich sehr viel für uns. Dennoch urteilen wir oft streng über ihn. - Um die Beziehung zu unserem Körper zu verbessern, kann es helfen, ihm etwas Gutes zu tun, sowohl Entspannendes, als auch Aktivierendes.
Übung	<p>„Dem Körper etwas Gutes tun“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen sind angehalten, zu überlegen, was sie ihrem Körper Gutes tun können. - <i>Hilfestellung: Ideen der Begleiter:innen.</i>
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.10.3 Kapitel: Schlaf



In diesem Kapitel können Patient:innen Mythen über das Thema Schlaf aufdecken, sich einen Überblick über ihren eigenen Schlaf verschaffen und ihre Schlafqualität mit Tipps zu Schlafhygiene und -ritualen verändern. Im Traumtagebuch können Sie ihre Träume festhalten, dazugehörige Gefühle explorieren und Bezüge zum wachen Erleben herstellen.

Inhalt:

Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychische Beschwerden und Schlaf beeinflussen sich gegenseitig. - Schlafprobleme sind nicht selten.
Quiz	<p>„Quiz: Schlaf“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen können in einem Quiz acht Mythen über gesunden Schlaf aufdecken. Nach Beantwortung erscheinen ausführliche Hintergrundinformationen zu den jeweiligen Fakten. - Vertiefungsfragen zu eigenen Gedanken zu dem Quiz.
Übung	<p>„Mein Schlaf“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen können anhand von Impulsfragen ihr Schlafverhalten beschreiben. - Auf einer Skala von 0 - 100 können sie ihre aktuelle Zufriedenheit mit ihrem Schlaf einschätzen.
Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schlafprobleme können unterschiedlich aussehen und unterschiedliche Ursachen haben. - Ansätze für eine gute Schlafhygiene werden vorgestellt und erläutert.

Audio	„Schlafmeditation“ - Patient:innen werden angeleitet, sich zu entspannen und eine Blumenwiese zu imaginieren.
Text	Psychoedukation - Schlafrituale (z.B. Lesen) können helfen, am Ende des Tages Ruhe zu finden.
Übung	„Mein Schlafritual“ - Patient:innen können Ideen zu einem eigenen Schlafritual entwickeln.
Text	Psychoedukation - Menschen setzen sich schon seit Jahrtausenden mit Träumen und deren Bedeutung auseinander. - Es herrscht keine Einigkeit darüber, was Träume sind.
Übung	„Mein Traumtagebuch“ - Menschen können üben, sich besser an ihre Träume zu erinnern - Patient:innen werden eingeladen, ein Traumtagebuch in TONI zu führen. - Sie können notieren, wie sie sich beim Aufwachen gefühlt haben, welche Traum inhalte sie erinnern, was am Vortag passiert ist und was sie davon in den Traum aufgenommen haben könnten.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.10.4 Kapitel: Bewegung



In diesem Kapitel geht es um die Wechselwirkungen von körperlicher Aktivität und psychischem Befinden. Patient:innen beschäftigen sich mit Möglichkeiten, Aktivitäten zu finden, die ihnen Freude bereiten und diese in ihr Leben integrieren. Der „Bewegungs-Automat“ generiert eine Vielzahl von möglichen Aktivitäten, die auf die Bedürfnisse der Patient:innen zugeschnitten sind.

Inhalt:

Text	Psychoedukation - Bewegung hat einen förderlichen Effekt auf unser Wohlbefinden. - 3-5 mal die Woche 30-60 Minuten werden empfohlen, aber jede Bewegung ist hilfreich. - Ein gutes Gleichgewicht zwischen Aktivität und Erholung ist wichtig und variiert individuell.
Übung	„Freude an Bewegung finden“ - Patient:innen haben Raum, um zu notieren, welche Aktivitäten ihnen in der Vergangenheit gut getan haben und wie häufig und in welcher Form sie Sport und Bewegung in ihrem Leben integrieren möchten.
Text	Psychoedukation - Viele Menschen kämpfen mit einem inneren Schweinehund, wenn sie sich vornehmen, mehr Sport zu machen. Das hat nichts mit fehlender Willenskraft zu tun. - Um Bewegung zu finden, die zum eigenen Leben passt, kann es hilfreich sein, Aktivitäten zu wählen, an denen man Freude hat, eine Routine zu

	entwickeln, kleine Schritte zu machen, mit anderen Menschen gemeinsam Sport zu treiben und sich zu belohnen.
Übung	<p>„Der Bewegungs-Automat“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen können verschiedene Intensitäten (Alltagsbewegung, leichte Bewegung, Sport) und verschiedene Modi (allein, gemeinsam, drinnen, draußen, kostenfrei) auswählen. - Der „Bewegungs-Automat“ gibt eine Liste mit passenden Vorschlägen aus. - Vertiefungsfragen zu Erleben während der Übung, möglichen eigenen Ideen und gewonnenen Erkenntnissen. - Schlafprobleme können unterschiedlich aussehen und unterschiedliche Ursachen haben. - Ansätze für eine gute Schlafhygiene werden vorgestellt und erläutert.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.10.5 Kapitel: Umgang mit körperlichen Beschwerden



Dieses Kapitel dient der Beschäftigung mit körperlichen Beschwerden. Patient:innen beschreiben ihre eigenen Beschwerden und deren Umstände. Sie werden eingeladen, Symbole für diese zu finden oder selbst zu gestalten. Die Rolle der Aufmerksamkeit im Umgang mit Beschwerden wird thematisiert. In einer Audio-Übung können die Patient:innen eine „Körperreise“ unternehmen.

Inhalt:

Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperliche Beschwerden erlebt jede Person in ihrem Leben. Wenn diese sehr stark sind oder lange anhalten, können sie sehr belastend für unsere Psyche sein.
Übung	<p>„Meine Beschwerden“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen sind eingeladen, ihre Beschwerden anhand von Impulsfragen zu beschreiben.
Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dauerhafte, körperliche Beschwerden können zu psychischen Beschwerden führen und psychische Belastungen können körperliche Beschwerden verstärken. - Das bedeutet auch, dass wir durch Bewertungen und Aufmerksamkeit einen Einfluss auf die Beschwerden nehmen können. - Im Tracker können körperliche Beschwerden festgehalten und der Zusammenhang zu Stimmung, Schlaf und Aktivität beobachtet werden.
Übung	<p>„Die Gestalt meiner Beschwerden“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen werden angeregt, Verbildlichungen ihrer Beschwerden anzufertigen oder zu finden. - Die Ergebnisse können als Datei in TONI hochgeladen werden. - Reflexionsfragen zum Erleben während der Übung.
Text	Psychoedukation

	<ul style="list-style-type: none"> - Körperliche Beschwerden lösen oftmals negative Gedanken und Gefühle aus und den Wunsch, sich von diesen abzulenken. Bei starken Beschwerden ist das häufig aber gar nicht möglich. - Wir können üben, unsere Aufmerksamkeit bewusst auf unsere körperlichen Wahrnehmungen zu lenken, um anders mit den negativen Gedanken und Gefühlen umzugehen.
Audio	<p>„Körperreise“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Audio-Übung zu wertfreier Wahrnehmung. - Vertiefungsfragen zum Erleben (Gedanken, Gefühle, körperliches Empfinden) während der Übungen.
Übung	<p>„Aktivität vs. Schonung“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen werden gebeten, festzuhalten, was sie tun, um ihren Körper zu schonen, aus welchen Gründen sie dies tun, welche Gründe für mehr Bewegung sprechen würden, und was sie gerne tun würden, statt sich zu schonen.
Übung	<p>„Die Rolle der Aufmerksamkeit“</p> <ul style="list-style-type: none"> - In drei kurzen Übungen können Patient:innen erleben, wie ihr Aufmerksamkeitsfokus die Wahrnehmung ihres Körpers beeinflusst. - Anhand von Impulsfragen werden Unterschiede in der Wahrnehmung exploriert. - Vertiefungsfragen zu Erfahrungen und Erleben während der Übungen.
Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusammenfassung der Erkenntnisse zu Aufmerksamkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeit funktioniert wie ein Scheinwerfer. • Wir können nicht absichtlich nichts wahrnehmen. • Aufmerksamkeit bestimmt unsere Wahrnehmung. • Wahrnehmungen, die wir als bedrohlich, beängstigend oder störend abgespeichert haben, haben die Tendenz, besonders schnell und häufig in unseren Aufmerksamkeitsfokus zu geraten.
Audio	<p>„5-4-3-2-1-Übung“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen können üben, die Erkenntnisse über Aufmerksamkeit gezielt einzusetzen. - Sie benennen erst, jeweils fünf Dinge, die sie sehen, hören und fühlen, dann vier, dann drei usw. - Vertiefungsfragen zu Gedanken, Gefühlen, Bewertungen während der Übung.
Abschluss	<p>Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?</p>

2.10.6 Kapitel: Sexualität



In diesem Kapitel geht es um sexuelles Wohlbefinden. Nach einigen Impulsfragen zu ihrer eigenen Sexualität können Patient:innen Mythen rund um das Thema Sexualität aufdecken. In einer Audio-Übung geht es darum, achtsam herauszufinden, welche Berührungen als genussvoll erlebt werden. Sie finden heraus, wie eigene Bedürfnisse erforscht und kommuniziert werden können.

Inhalt:

Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none">- Der gesellschaftliche Blick auf Sexualität ändert sich , doch es kursieren immer noch heteronormative und vereinfachte Bilder von Sexualität, Bedürfnissen und Vorlieben.- Umfeld und Lebensgeschichte beeinflussen unsere Sexualität.- Die Auseinandersetzung mit eigenen sexuellen Bedürfnissen erfordert Mut.
Übung	<p>„Meine Sexualität“</p> <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen reflektieren anhand von Impulsfragen, was Sexualität für sie bedeutet, welche Vorstellungen in ihrer Familie und ihrem Freundeskreis hinsichtlich Sexualität herrschen, wie wichtig Sex ihnen ist, aus welchen Gründen sie (keinen) Sex haben, was zu gutem Sex für sie dazugehört und ob sie an ihrem Sexualleben etwas ändern möchten.- <i>Hilfestellung: Vorlieben und Schwierigkeiten der Begleiter:innen.</i>- Hinweis: Es kann schwer sein, über die Impulsfragen nachzudenken und die Patient:innen werden angeregt, mögliche aufkommende Hemmungen mit in die Psychotherapie zu nehmen.- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Quiz	<p>„Quiz: Sexualität“</p> <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen können in einem Quiz sechs Mythen über Sexualität aufdecken. TONI gibt ausführliche Hintergrundinformationen zu den jeweiligen Fakten.- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none">- Im Laufe unseres Lebens entwickeln wir eigene sexuelle Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse. Nicht immer sind diese uns klar.- Um eigene sexuelle Bedürfnisse besser wahrnehmen zu können, kann es helfen, zu erforschen, welche Berührungen uns selbst guttun.
Audio	<p>„Berührungen“</p> <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen sind eingeladen, Berührungen beispielhaft an ihren Händen auszuprobieren und mit Druck, Spannung und Atmung zu experimentieren.- Vertiefung: Was erleben die Patient:innen als angenehm/unangenehm, welche Unterschiede wurden in gebender und nehmender Hand erlebt, welchen Einfluss haben Anspannung und Atmung auf das Empfinden, und welche Bedeutung haben Hände in der Sexualität oder in Beziehungen für Patient:innen?
Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none">- Sexualität ist nicht selten mit Angst oder Scham verbunden.

	<ul style="list-style-type: none"> - Menschen, die ihre sexuellen Bedürfnisse kennen und darüber sprechen, sind meist zufriedener mit ihrem Sexleben und ihren Beziehungen.
Übung	<p>„Meine Bedürfnisse“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen haben Raum, zu reflektieren, was sie an ihrer Sexualität (nicht) mögen, welche Sehnsüchte sie haben, was ihnen schwerfällt oder wo sie unsicher sind. - <i>Hilfestellung: verschiedene Bedürfnisse der Begleiter:innen.</i> - Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es kann hilfreich sein, mit Partner:innen über eigene Bedürfnisse beim Sex zu sprechen. - Wenn Patient:innen sich für ein Gespräch entschieden haben, können die Gesprächspartner:innen ganz unterschiedlich reagieren: überrascht, freudig, verunsichert, verletzt. - Es werden Hinweise gegeben, worauf Patient:innen bei einem solchen Gespräch achten sollten.
Übung	<p>„Meine Gesprächsthemen“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen werden angeregt, über Inhalte nachzudenken, die sie gerne mit Partner:innen besprechen würden, sowie über mögliche Ängste und Befürchtungen hinsichtlich eines Gesprächs. - Hinweis: Die Patient:innen werden ermutigt, über diese Ängste und Befürchtungen in der Psychotherapie zu sprechen.
Abschluss	<p>Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?</p>

2.10.7 Kapitel: Stress und Entspannung



In diesem Kapitel geht es um die Fragen: Wie entsteht Stress? Wie äußert er sich körperlich und wozu ist das gut? Wie hängt Stress mit Ansprüchen zusammen, die wir an uns selbst stellen? Anschließend widmen sie sich dem Thema Entspannung. Patient:innen explorieren, was Entspannung für sie bedeutet und können Audio-Übungen zu Entspannung ausprobieren.

Inhalt:

Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stress ist ein wichtiger Einflussfaktor auf unsere psychische Gesundheit. - Sowohl negative Dinge, wie etwa eine Überlastung bei der Arbeit oder Partnerschaftskonflikte als auch Freizeitverabredungen und bedeutende Lebensereignisse können Stress verursachen.
Video	<p>„Wozu ist Stress gut und wann ist Stress schädlich?“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Stressreaktion im Körper wird dargestellt. - Die körperliche Stressreaktion ermöglicht uns Anpassung an herausfordernde Situationen.

	<ul style="list-style-type: none"> - Heute ist Stress in Form von Termin- und Leistungsdruck allgegenwärtig. - Es ist wichtig, Stress auszugleichen, damit er nicht schädlich wird. - Vertiefungsfrage zu eigenen Gedanken zum Video.
Text	<p>„Die perfekte Mauer“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geschichte über einen Mönch, der in seiner Mauer nur die beiden schiefen Steine sieht anstatt die 998 geraden Steine. - Eigene Gedanken zu dieser Geschichte.
Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stress hängt von äußeren und inneren Anforderungen ab.
Übung	<p>„Stressverschärfende Gedanken“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen schätzen in einem Fragebogen ein, inwieweit verschiedene „stressverschärfende“ Gedanken auf sie zutreffen und erhalten eine Auswertung der wichtigsten eigenen stressverschärfenden Gedanken. - Vertiefung zu den häufigsten stressverschärfenden Gedanken, ihrem Zusammenhang zum Stresserleben und hilfreichen Selbstverbalisationen.
Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entspannung ist ein wichtiges Gegengewicht zu Stress. - Was uns entspannt, kann sehr unterschiedlich sein.
Übung	<p>„Was entspannt mich?“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen werden gebeten, festzuhalten, welche Bilder ihnen in den Kopf kommen, wenn Sie an Entspannung denken
Audios	<p>„Meine Entspannungsübungen“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es werden fünf verschiedene Entspannungsübungen angeboten: <ul style="list-style-type: none"> • Progressive Muskelentspannung • Autogenes Training • Beruhigende Atemübung • Fantasiereise „Boot am See“ • Schlafmeditation „Blumenwiese“ - Nach jeder Übung können die Patient:innen ihre Gedanken zur Übung festhalten und sich überlegen, wie sie die Übung in ihren Alltag integrieren könnten.
Abschluss	<p>Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?</p>

2.10.8 Besonderheiten / Tipps und Tricks

Aus diesem Modul sollten nur einzelne, passende Kapitel ausgewählt werden. Für alle Kapitel eignet sich das erste Kapitel „Zusammenhang von Körper und Wohlbefinden“ als Einleitung.

Das Kapitel Bewegung kann durch das Modul „Aktiv werden“ ergänzt werden, um beispielsweise den Zusammenhang von Aktivität und Stimmung zu vertiefen oder innere und äußere Hürden zu klären.

Im Kapitel Umgang mit körperlichen Beschwerden wird die Rolle der Aufmerksamkeit eingeführt. Hierzu eignet sich das Modul „Achtsamkeit“ als Ergänzung.

Das Kapitel Sexualität kann durch das Modul „Kommunikation“ ergänzt werden, um Kommunikationsweisen zu reflektieren und das Äußern von Bedürfnissen zu vertiefen.

Um die Inhalte zum Thema Stress und Entspannung zu vertiefen, kann das Modul „Achtsamkeit“ hilfreich sein, um wertungsfreies Denken und das Bewusstsein im Hier und Jetzt zu etablieren. Das Modul „Gedanken“ kann zur Flexibilisierung stressverschärfender Gedanken ergänzt werden.

2.10.9 Ausgewählte Literatur

- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2016). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Jaeggi, E. & Riegels, V. (2008). *Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kaluza, G. (2015). *Stressbewältigung: TrainingsHandbuch zur psychologischen Gesundheitsförderung* (3. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kleinstäuber, M., Bleichhardt, G., Gottschalk, J.-M., & Rief, W. (2018). *Therapie-Tools Somatoforme Störungen* (1. Auflage). Beltz.
- Kröger, C. (2006). Bereicherung der Sexualität in der Paartherapie. In Wolfgang Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch der Paartherapie*, 212-238. München: UTB.
- Sparmann, J. (2018). *Lustvoll körperwärts: Körperorientierte Methoden für die Sexuelle Bildung von Frauen* (1 Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2014). Relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public health nutrition*, 17(8), 1757–1766.

2.11 Modul: Konsum




In diesem Modul geht es um die Darstellung von substanz- und nicht substanzgebundenem Konsum (Konsummittel und Konsumverhalten). Patient:innen werden dazu angeregt, ihr eigenes Konsumverhalten zu hinterfragen und können Strategien gegen Verlangen und Rückfälle erarbeiten.

2.11.1 Kapitel: Mein Konsum



In diesem Kapitel werden Mythen rund um das Thema Konsum beleuchtet und verschiedene Arten von Konsum vorgestellt. Patient:innen setzen sich mit ihrem eigenen Konsum auseinander. Sie reflektieren ihre Einstellung zum eigenen Konsum und wodurch diese beeinflusst wird. Sie können ihren Konsum für eine Woche genauer beobachten.

Inhalt:

Quiz	<p>„Quiz: Konsum“</p> <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen können in einem Quiz sechs Mythen über Konsum aufdecken. TONI gibt ausführliche Hintergrundinformationen zu den jeweiligen Fakten.- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none">- Es werden zwei Arten von Konsum unterschieden: Konsummittel wie Nikotin, Alkohol oder Cannabis und Konsumverhalten, wie Glücksspiel, Gaming oder übermäßiges Kaufen.- Welche Einstellung Patient:innen dabei zu welcher Konsumart haben, kann sehr unterschiedlich sein
Übung	<p>„Einstellung zu Konsum“</p> <ul style="list-style-type: none">- Patient:innen reflektieren anhand von Impulsfragen, wie sie den Konsum in ihrer Familie erlebt haben und in ihrem heutigen Umfeld erleben, wann und in welcher Menge sie es in Ordnung finden zu konsumieren und wann nicht mehr und warum.- Hinweis: Es kann schwer sein, über diese Fragen nachzudenken und entsprechende Gedanken und Gefühle können gerne mit in die Psychotherapie gebracht werden.- Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Übung 	<p>„Konsumprotokoll“</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen werden gebeten, eine Woche lang ihren Konsum festzuhalten. - Hinweis: Patient:innen können dies mit unterschiedlichen Konsummitteln und -verhalten machen und auch für mehrere Wochen.
Übung	<p>„Mein Konsum“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen reflektieren mittels Skalen, wie sie sich mit ihrem festgehaltenen Konsum fühlen: Wie sehr möchten sie an ihrem Konsum etwas verändern und wie sehr sind sie überzeugt, etwas verändern zu können. - Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit? - Hinweis: Ein möglicher Veränderungswunsch kann in der Psychotherapie besprochen werden.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.11.2 Kapitel: Warum konsumiere ich?



Dieses Kapitel vermittelt Grundlagen von Konsum. Vor- und Nachteile von Konsummitteln und -verhalten können in der „Konsumwaage“ festgehalten werden. Patient:innen können schwierige Situationen, sowie Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen, die mit ihnen einhergehen, genau unter die Lupe nehmen.

Inhalt:

Video	<p>„Die Wirkung von Konsum“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jedes Mal, wenn Menschen etwas tun, das sich gut anfühlt, wird das Belohnungssystem im Gehirn aktiviert. - Es geht dabei sowohl um den Konsum von Substanzen wie Alkohol, Nikotin oder Cannabis (Konsummittel) als auch um den Konsum von Verhaltensweisen, wie Glücks- oder Videospiel (Konsumverhalten). - Das Video zeigt, was passiert, wenn mittels Konsummitteln oder -verhalten eine Art „Abkürzung“ zum Belohnungssystem genommen wird. - Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus diesem Video für sich mit?
Übung ↓	<p>„Konsumwaage“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen betrachten Gründe, die für und gegen Ihren Konsum sprechen. - Hinweis: Sowohl kurzfristige, als auch langfristige Vor- und Nachteile sollen betrachtet werden und Patient:innen können die Waage jederzeit für verschiedene Konsummittel oder -verhaltensweisen ausfüllen.

	<ul style="list-style-type: none"> - Ausgabe als Waage. - <i>Hilfestellung: verschiedene Waagen der Begleiter:innen.</i> - Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none"> - Gründe dafür, warum Menschen konsumieren, können ganz unterschiedlich aussehen: um alleine vor dem Einschlafen besser entspannen zu können, um Kopfschmerzen und den Stress nach der Arbeit zu lindern oder, um in einer Gruppe aufgeschlossener und lustiger zu wirken.
Übung	„Schwierige Situationen“ <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen werden dazu angeregt, eine Liste mit den Situationen zu erstellen, in denen sie konsumieren. - Sie sollen sowohl den Auslöser als auch die Situation kurz beschreiben und an zugehörige Gedanken und Gefühle denken. - <i>Hilfestellung: verschiedene schwierige Situationen der Begleiter:innen.</i> - Vertiefung: In welchen Situationen konsumieren die Patient:innen besonders häufig und was nehmen sie aus dieser Übung für sich mit?
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.11.3 Kapitel: Verlangen nach Konsum



Dieses Kapitel beschäftigt sich damit, wann Patient:innen Verlangen verspüren, zu konsumieren und wie sie damit umgehen können. Der „Notfall-Automat“ schlägt eine Vielzahl von alternativen Aktivitäten vor, die auf die Bedürfnisse der Patient:innen angepasst sind. Eine Audio-Übung kann helfen, aus dem „Autopiloten“ auszusteigen, eine andere, auf den „Verlangenswellen“ zu reiten.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none"> - Wenn Menschen viel und lange konsumiert haben und dann damit aufhören, erleben sie anschließend häufig ein starkes Verlangen, wieder damit anzufangen. - Das Gefühl hält meistens nicht lange an, kann sie aber überraschen und sehr unangenehm für sie sein.
Übung	„Mein Verlangen“ <ul style="list-style-type: none"> - Das Verlangen der Patient:innen und zugehörige Aktivitäten werden für eine Woche im Bereich „Tracker“ gesammelt. - Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none"> - Es gibt ganz unterschiedliche Arten, mit dem Verlangen nach Konsum umzugehen. TONI stellt den Patient:innen drei verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung.
Übung	„Der Notfall-Automat“ <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen können verschiedene Zugangskanäle (denken, handeln, Sinne, beruhigen, ablenken, bewegen) und verschiedene Modi (alleine, mit anderen, drinnen, draußen, zuhause, kostenlos, barrierefrei) auswählen - Der Notfall-Automat gibt eine Liste mit passenden Vorschlägen aus - Hinweis: Patient:innen sollen alle Notfall-Hilfen ausprobieren und können zu der Übung zurückkehren, wenn sie Verlangen verspüren, um mit diesem umzugehen.
Audio	„Der Autopilot“ <ul style="list-style-type: none"> - In der Audio-Übung werden Patient:innen angeleitet, aus dem Zustand des Autopiloten herauszutreten. Sie lernen, sensibler wahrzunehmen und bewusster zu entscheiden, wie sie reagieren wollen, wenn Verlangen aufkommt. - Hinweis: Diese Übung kann fast überall und jederzeit durchgeführt werden, weil sie kurz und ganz einfach ist. Sie ist daher besonders nützlich, wenn Patient:innen sich in einer akuten Stresssituation befinden. - Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Audio	„Wellenreiten“ <ul style="list-style-type: none"> - In diesem Audio werden Patient:innen dazu angeleitet, sich ihr Verlangen wie eine Welle vorzustellen, die einfach kommt, aber auch von selbst wieder verschwindet. - Hinweis: Patient:innen sollen diese Übung nicht durchführen, wenn sie wissen, dass bei ihnen das Verlangen zu konsumieren steigt, wenn sie sich auf dieses zu stark konzentrieren. - Vertiefung: Was nehmen die Patient:innen aus dieser Übung für sich mit?
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.11.4 Kapitel: Rückfälle



In diesem Kapitel geht es darum, Rückfällen vorzubeugen und einen Plan für den Fall eines Rückfalls zu entwickeln. Patient:innen überlegen, welche Situationen für sie mit einem Rückfallrisiko verbunden sind und wie diese gemieden werden könnten. Sie können einen „Notfallplan“ für Rückfälle erstellen. Impulsfragen dienen der Reflexion, welche Erkenntnisse Patient:innen durch einen Rückfall erlangt haben.

Inhalt:

Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter einem Rückfall verstehen wir das (bewusste) Einnehmen von Konsummitteln oder das Zeigen von Konsumverhalten nach einer Zeit des Nicht-Konsums. - Rückfälle können immer wieder auftreten und ganz unterschiedlich aussehen.
Übung	<p>„Vor dem Rückfall“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen reflektieren anhand von Impulsfragen, welche Lebenssituationen bisher zu starken Belastungen geführt haben, welche scheinbar harmlosen Entscheidungen sie in der Vergangenheit in Bezug auf Konsum getroffen haben und woran sie heute erkennen können, dass sie sich in einer potenziell Rückfall-fördernden Situation befinden. - <i>Hilfestellung: Begleiter:innen schildern risikohafte Situationen.</i>
Übung	<p>„Vermeiden risikohafter Situationen“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein Umgang mit potenziell Rückfall-fördernden Situationen, ist die zeitweise Vermeidung dieser Situationen oder Personen, die Patient:innen stark in Versuchung führen könnten. - Patient:innen überlegen sich, welche Situationen oder Personen sie vermeiden sollten und reflektieren zugehörige Gefühle und Gedanken.
Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rückfälle sind häufig mit Gefühlen von Scham und Schuld verbunden. - Ein Rückfall ist kein Ausdruck einer persönlichen Schwäche, sondern gehört in vielen Fällen dazu, wenn eine Person Schwierigkeiten mit dem Thema Konsum hat. - Rückfälle sollten daher nicht vergessen oder als Ausrutscher abgetan werden, sondern es gilt, sie zu verstehen.
Übung	<p>„Notfallplan Rückfall“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen überlegen, welche Schritte Ihnen im Notfall direkt helfen könnten, den Rückfall so schnell wie möglich zu beenden. - Hinweis: Der Notfallplan soll in der Psychotherapie besprochen werden. Es kann für einen schnellen Zugriff auch der Notfallkoffer auf dem Dashboard genutzt werden.
Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - In der akuten Situation des Rückfalls, sollte keine Ursachenforschung betrieben werden. - Auch Vorwürfe oder Schuldgefühle helfen nicht. - Patient:innen können sich stattdessen Gedanken machen, warum sie rückfällig wurden und wie sie in Zukunft vielleicht besser gewappnet sein könnten.
Übung	<p>„Lernen aus Rückfällen“</p>

	- Patient:innen überlegen anhand von Impulsfragen, wie es zum Rückfall kommen konnte, welche Gedanken und Gefühle beim Rückfall in ihnen hoch kamen und was sie tun müssten, um wieder rückfällig zu werden.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.11.5 Besonderheiten / Tipps und Tricks

Dieses Modul richtet sich nicht ausschließlich an Patient:innen mit einer Suchtstörung, sondern soll sich dem Thema Konsum niedrigschwellig nähern. Besonders die Kapitel „Mein Konsum“ und „Warum konsumiere ich?“ können beispielsweise für Patient:innen freigeschaltet werden, bei denen ein unklares Konsumverhalten vorliegt. Die Kapitel „Verlangen nach Konsum“ und „Rückfälle“ richten sich hingegen an Patient:innen mit einer Suchtstörung.

Wenn Sie merken, dass den Patient:innen die Achtsamkeitsübungen aus dem Kapitel „Verlangen nach Konsum“ guttun, können Sie das gesamte Modul „Achtsamkeit“ als Unterstützung freischalten. Wenn im Kapitel „Warum konsumiere ich?“ deutlich wird, dass die Patient:innen unter anderem konsumieren, um sich nicht mit bestimmten Gefühlen auseinandersetzen zu müssen, dann kann für ein besseres Verständnis das Modul „Gefühle verstehen“ freigeschaltet werden und bei Schwierigkeiten in der Emotionsregulation „Umgang mit Gefühlen“. Wird deutlich, dass Patient:innen vor allem in sozialen Situationen konsumieren, da sie sich schlecht abgrenzen können, kann das Modul „Kommunikation“ den Patient:innen dabei helfen, eigene Grenzen besser zu kommunizieren.

Wenn Ihre Patient:innen sich zu den Auswirkungen bestimmter Konsummittel oder -verhaltensweisen weiter informieren möchten, können Sie ihnen die Webseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen empfehlen.

2.11.6 Ausgewählte Literatur

Batra, A. (2017). Leitlinien in der Suchttherapie–Aktueller Stand und Aufgaben. *Suchttherapie*, 18(S 01), S-36.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., Liese, B. S., & Lindenmeyer, J. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Beltz, Psychologie Verlags Union.

Bilitza, K. W. (Ed.). (2008). *Psychotherapie der Sucht: psychoanalytische Beiträge zur Praxis; mit 4 Tabellen*. Vandenhoeck & Ruprecht.

Bilitza, K. W. (Ed.). (2009). *Psychodynamik der Sucht: psychoanalytische Beiträge zur Theorie*. Vandenhoeck & Ruprecht.

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2012). *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit: Das MBRP-Programm. Mit Online-Materialien*. Beltz.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch*. Lambertus-Verlag.

Röhr, H. P. (2008). *Sucht-Hintergründe und Heilung: Abhängigkeit verstehen und überwinden*. Patmos.

2.12 Modul: Zusammenarbeit



In diesem Modul können Patient:innen eine nahestehende Person zur Bearbeitung einladen. Es wird Grundwissen zum Thema psychische Beschwerden, deren Entstehung, sowie zu einer Psychotherapie an eine nahestehende Person der Patient:innen vermittelt. Die nahestehende Person bekommt Zugriff auf entlastende Übungen. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, gemeinsame Übungen durchzuführen.

Hinweis: Dieses Modul besteht aus drei thematisch voneinander abgetrennten Kapiteln, die allerdings immer gemeinsam freigeschaltet werden.

2.12.1 Kapitel: Psychische Beschwerden



Dieses Kapitel ist für nahestehende Personen von Patient:innen konzipiert. Diese können in zwei Video mehr zur Verbreitung psychischer Beschwerden sowie zum Vulnerabilität-Stress-Modell erfahren. Sie sind eingeladen, ihre Hoffnungen, Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen bezüglich der Psychotherapie festzuhalten.

Inhalt:

Video	<p>„Was sind psychische Beschwerden?“</p> <ul style="list-style-type: none">- Beispiele für psychische Beschwerden, wie sich diese entwickeln können und ab wann man sich Hilfe suchen sollte.- Entwicklung psychischer Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung über die Jahre.- Möglichkeit für die eingeladene Person, eigene Gedanken zum Video schriftlich festzuhalten.- Möglichkeit für Patient:innen, auf diese Gedanken schriftlich zu reagieren.
Video	<p>„Das Fass-Modell“</p> <ul style="list-style-type: none">- Psychoedukation der Entstehung psychischer Beschwerden mittels des Vulnerabilitäts-Stress-Modells.- Der Grundwasserspiegel: Manche Menschen haben von vornherein mehr Wasser im Fass als andere (z.B. aufgrund belastender Erfahrungen in der Kindheit oder einer angeborenen Neigung zu Ängstlichkeit).- Belastungen/Stressoren: Mit jeder neuen Belastung im Alltag kann der Wasserstand weiter ansteigen.- Kraftgeber: Um einen zu hohen Wasserstand zu verhindern, können wir Ventile an unserem Fass öffnen. So kann Wasser abfließen.

	<ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit für die eingeladene Person, eigene Gedanken zum Video schriftlich festzuhalten. - Möglichkeit für Patient:innen, auf diese Gedanken schriftlich zu reagieren.
Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none"> - Was ist eine Psychotherapie? - Eine Psychotherapie hat das Ziel, Patient:innen bei der Bewältigung ihrer psychischen Beschwerden zu unterstützen, wobei Weg und Ziel von Patient:in zu Patient:in unterschiedlich aussehen. - Das Umfeld hat häufig auch eine Vorstellung davon, wie Weg und Ziel aussehen könnten.
Übung	„Meine Erwartungen“ <ul style="list-style-type: none"> - Nahestehende Personen können Hoffnungen, Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen bezüglich der Psychotherapie der Patient:in festhalten. - Hinweis: Erwartungen ansprechen. - Möglichkeit für Patient:innen, darauf schriftlich zu reagieren.
Abschluss	Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?

2.12.2 Kapitel: Entlastung



In diesem Kapitel liegt der Fokus darauf, was nahestehende Personen von Patient:innen tun können, um sich selbst zu entlasten. Dazu reflektieren sie über ihre aktuelle Situation und Wohltuendes aus der Vergangenheit und Gegenwart. Der „Aktivitäten-Automat“ gibt eine Reihe von Vorschlägen zu angenehmen Aktivitäten, die auf die eigenen Bedürfnisse angepasst sind. Nutzende können aus einer Vielzahl von Audio-Entspannungsübungen wählen.

Inhalt:

Text	Psychoedukation <ul style="list-style-type: none"> - Auswirkungen von psychischen Beschwerden auf das Umfeld und Möglichkeiten für dieses, einen Umgang damit zu finden.
Übung	„Was tut mir gut?“ <ul style="list-style-type: none"> - Nahestehende Personen halten fest, wie belastet sie sich gerade fühlen, welche Dinge sie momentan und in der Vergangenheit als entlastend wahrgenommen haben, und wie diese wieder aufgenommen werden können. - Möglichkeit für Patient:innen, darauf schriftlich zu reagieren.
Übung	„Der Aktivitäten-Automat“ <ul style="list-style-type: none"> - Nahestehende Personen können verschiedene Ziele (sich bewegen, engagieren, etwas unternehmen, sich entspannen, genießen, entdecken, kreativ sein, sich vergnügen, auspowern) und verschiedene

	<p>Modi (alleine, mit anderen, drinnen, draußen, zuhause, kostenlos, barrierefrei) auswählen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Aktivitäten-Automat gibt eine Liste mit passenden Vorschlägen aus. - Vertiefung: Was nimmt die nahestehende Person aus dieser Übung für sich mit? - Möglichkeit für Patient:innen, darauf schriftlich zu reagieren.
Übung	<p>„Entspannung“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nahestehende Personen werden angeregt, über Momente zu reflektieren, die ihnen Entspannung verschaffen. - Hinweis: Wir haben fünf unterschiedlichen Audio-Übungen zusammengestellt, die alle ausprobiert werden können, um eine für die nahestehende Person passende Entspannungsübung herauszufinden.
Audios	<p>„Meine Entspannungsübungen“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es werden vier verschiedene Entspannungsübungen und eine Schlafmeditation angeboten: <ul style="list-style-type: none"> ● Progressive Muskelentspannung ● Autogenes Training ● Beruhigende Atemübung ● Fantasiereise „Boot am See“ ● Schlafmeditation „Blumenwiese“ - Nach jeder Übung können die nahestehenden Personen ihre Gedanken zur Übung festhalten, um sich zu überlegen, wie sie die Übung in ihren Alltag einfügen könnten. - Möglichkeit für Patient:innen, darauf schriftlich zu reagieren
Abschluss	<p>Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?</p>

2.12.3 Kapitel: Verbundenheit



In diesem Kapitel geht es darum, die Verbundenheit zwischen Patient:innen und ihrer nahestehenden Person zu stärken. Sie sind eingeladen, sich gegenseitig einen wertschätzenden Brief für schwierige Zeiten zu schreiben. Sie machen einander Vorschläge für gemeinsame Unternehmungen und lernen Techniken kennen, um im direkten Gespräch miteinander Nähe herzustellen.

Inhalt:

Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter Belastung neigen wir dazu, Dinge aus den Augen zu verlieren, die wir aneinander schätzen.
Übung	<p>„Ein Brief für schwere Zeiten“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen und ihre nahestehenden Personen sind eingeladen, sich gegenseitig einen wertschätzenden Brief zu schreiben. - Der Brief der anderen Person wird sichtbar, wenn beide ihre Briefe formuliert haben. - Die Briefe sind dann als PDF exportierbar. - Vertiefung: Beide werden nach ihrem Erleben während des Schreibens und des Lesens gefragt.

	<ul style="list-style-type: none"> - Hinweis: Beide können den Brief ausdrucken und herausholen, wenn es ihnen nicht so gut geht, oder sie Unterstützung brauchen.
Übung	<p>„Gemeinsame Unternehmungen“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen und ihre nahestehenden Personen werden eingeladen, Vorschläge und Wünsche für gemeinsame Aktivitäten zu sammeln und zu überlegen, was sie in der Vergangenheit gerne unternommen haben, was sie in der Zukunft gerne tun würden und welche möglichen Hindernisse auftauchen könnten. - Eingaben der anderen Person werden sichtbar, wenn beide ihre Einträge gemacht haben. - Beide werden gebeten, sich zu verabreden und gemeinsam zu planen, welche Vorschläge sie umsetzen möchten.
Text	<p>Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Methode des Zwiegesprächs wird eingeführt: Patient:innen und ihre nahestehenden Personen werden eingeladen, sich zusammenzusetzen und nacheinander 15 Minuten über ein Thema zu sprechen, während die andere Person aufmerksam zuhört. - Hinweis: mögliche Gesprächsthemen (“Was bewegt mich im Moment am stärksten?” / “Was haben wir gemeinsam erlebt?”)
Übung	<p>„Ins Gespräch kommen“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen und ihre nahestehenden Personen werden eingeladen, die Methode des Zwiegesprächs auszuprobieren. - Nach dem Gespräch werden beide gebeten, sich über ihr Erleben währenddessen auszutauschen und die Gedanken schriftlich festzuhalten.
Abschluss	<p>Anregung zur Reflexion: Was ziehen die Patient:innen aus diesem Kapitel für sich selbst und ihre Psychotherapie?</p>

2.12.4 Besonderheiten / Tipps und Tricks

Dieses Modul möchte den Einbezug des Umfelds von Patient:innen in die Psychotherapie fördern und unterstützen. Es richtet sich daher - im Gegensatz zu den anderen Modulen - sowohl an Patient:innen als auch an eine ihnen nahestehende Person. Das Modul wird von Ihnen als Psychotherapeut:in wie gehabt für Ihre Patient:innen freigeschaltet. Ihre Patient:innen können sich das Modul dann ansehen und haben die Möglichkeit, eine ihnen nahestehende Person zur gemeinsamen Bearbeitung einzuladen. Sie als Psychotherapeut:in sehen alle erstellten Inhalte, können aber nicht direkt mit der nahestehenden Person interagieren.

Die psychoedukativen Kapitel „Psychische Beschwerden“ und „Entlastung“ richten sich in erster Linie an die nahestehenden Personen. Aus Studien wissen wir, dass Psychoedukation des Umfeldes hinsichtlich einer Psychotherapie sowohl für das Umfeld selbst als auch für Patient:innen positive Effekte haben kann. Für eine größtmögliche Transparenz sehen Patient:innen aber alle Inhalte ihrer nahestehenden Person und haben die Möglichkeit, direkt auf diese zu reagieren. Das Kapitel „Verbundenheit“ ist hingegen für eine gemeinsame Bearbeitung von Übungen gedacht. Beide Seiten sehen dabei die Inhalte des Gegenübers erst, wenn sie selbst die Übung fertig ausgefüllt haben.

2.12.5 Ausgewählte Literatur

Hansen, H. (2017). A bis Z der Interventionen in der Paar- und Familientherapie. Ein Praxishandbuch. Stuttgart: Klett-Cotta.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... & Wittchen, H. U. (2016).

Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87(1), 88-90.

Moeller, M. L. (2011). *Die Wahrheit beginnt zu zweit: das Paar im Gespräch*. Rowohlt Verlag GmbH.

Neuhauser, H., Kuhnert, R., & Born, S. (2017). 12-Monats-prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland.

Reich, G., & von Boetticher, A. (2020). *Psychodynamische Paar-und Familientherapie*. Kohlhammer Verlag.

von Schlippe, A., Schweitzer, J. (2016). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*.

Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

von Sydow, K., & Borst, U. (Eds.). (2018). *Systemische Therapie in der Praxis*. Beltz.

Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Vol. 1131). Heidelberg: Springer.

3. Informationen zur Studie

TONI wurde im Rahmen einer vom Innovationsfonds geförderten Studie unter der Leitung von Prof. Dr. Christine Knaevelsrud (Freie Universität Berlin) und Prof. Dr. Johanna Böttcher (Psychologische Hochschule Berlin) entwickelt und wird nun wissenschaftlich untersucht.


3.1 Was sind der Hintergrund und die Ziele der Studie?

In unserer Studie untersuchen wir die Kombination von verfahrens- und störungsübergreifenden Online-Modulen und ambulanter Psychotherapie („Blended Care“). Ziel dieser Studie ist es, die Akzeptanz, Durchführbarkeit und Wirksamkeit von TONI zu untersuchen. Uns interessiert, ob und inwieweit die Integration von TONI in die ambulante Psychotherapie mit Vorteilen für Patient:innen und Psychotherapeut:innen verbunden ist. Dazu wird Blended Care (ambulante Psychotherapie plus TONI) in einem randomisiert-kontrollierten Design mit Treatment as usual (TAU; ambulante Psychotherapie ohne TONI) verglichen. Außerdem möchten wir herausfinden, mit welchem Aufwand die Nutzung von TONI verbunden ist.

3.2 Wie läuft die Studie ab?

Sie schließen Ihre Patient:innen zu Beginn der Akutbehandlung bzw. in der 1. probatorischen Sitzung zur Teilnahme in die Studie ein. Damit Sie Ihre Patient:innen über die Studie informieren können (z.B. bereits in der Sprechstunde), haben wir Ihnen Informationsblätter für Ihre Patient:innen zugesendet.

Wie berichte ich meinen Patient:innen von TONI?



- Ich nehme als Psychotherapeut:in an der TONI-Studie der Freien Universität und der Psychologischen Hochschule Berlin teil
- Die TONI-Studie untersucht, ob es einen Nutzen hat, zusätzlich zur Psychotherapie Online-Inhalte (TONI) einzusetzen
- Meine Patient:innen, die eine Therapie beginnen, können mit mir gemeinsam an der Studie teilnehmen
- Damit die Wissenschaftler:innen untersuchen können, ob TONI mit Vorteilen verbunden ist, werden zwei Gruppen verglichen:
 - Eine Gruppe erhält ambulante Psychotherapie
 - Eine Gruppe erhält ambulante Psychotherapie + TONI
- Wenn Sie sich entscheiden mit mir an der Studie teilzunehmen, werden Sie einer der Gruppen zufällig zugelost
- Wenn Sie in die TONI-Gruppe gelost werden, dann können wir zusätzlich zur Psychotherapie Online-Inhalte nutzen. Hierzu gehören Texte, Videos, Audios und Übungen zu Themen wie „Umgang mit Gefühlen“, „Kommunikation“, „Stress“ oder „Sexualität“. Wenn Sie in die andere Gruppe gelost werden, machen wir die Psychotherapie ganz regulär. Sie haben also keinen Nachteil davon mitzumachen.
- Unabhängig davon, in welcher Gruppe Sie sind, laden die Wissenschaftler:innen Sie zu vier Zeitpunkten zu Befragungen ein. Mit den Befragungen können die Wissenschaftler:innen untersuchen, ob es Unterschiede zwischen beiden Gruppen gibt. Wenn Sie an den Befragungen teilnehmen, erhalten Sie eine Vergütung von 100€.

Abb.: Informationen für Patient:innen

Wenn Ihre Patient:innen teilnehmen möchten, legen Sie online innerhalb von TONI eine:n neue:n Nutzer:in an. Dann haben Sie zwei Möglichkeiten, Ihre Patient:innen einzuladen: Sie haben die Möglichkeit auf der Plattform eine PDF mit einem persönlichen, eindeutig zu Ihnen zuordenbaren QR-Code und drei Sicherheitswörter zu erstellen. Diesen können Sie ausdrucken und Ihre:r Patient:in in der nächsten Sitzung mitgeben. Alternativ können Sie einen Einladungs-Link erzeugen und diesen mit Ihren Patient:innen teilen. Die einzige Voraussetzung für die Teilnahme Ihrer Patient:innen ist, dass

diese über 18 Jahre alt sind, über einen Internetzugang verfügen, ausreichende Deutsch-Kenntnisse haben und lesen und schreiben können.

Nachdem Ihr:e Patient:in sich für die Plattform registriert hat und einige Fragen beantwortet hat, wird Ihr:e Patient:in automatisch zufällig entweder der Blended Care-Bedingung oder der TAU-Bedingung zugewiesen. Sie werden selbstverständlich über die Zuweisung informiert, nachdem Sie einige kurze Angaben zu Ihren Patient:innen gemacht haben.

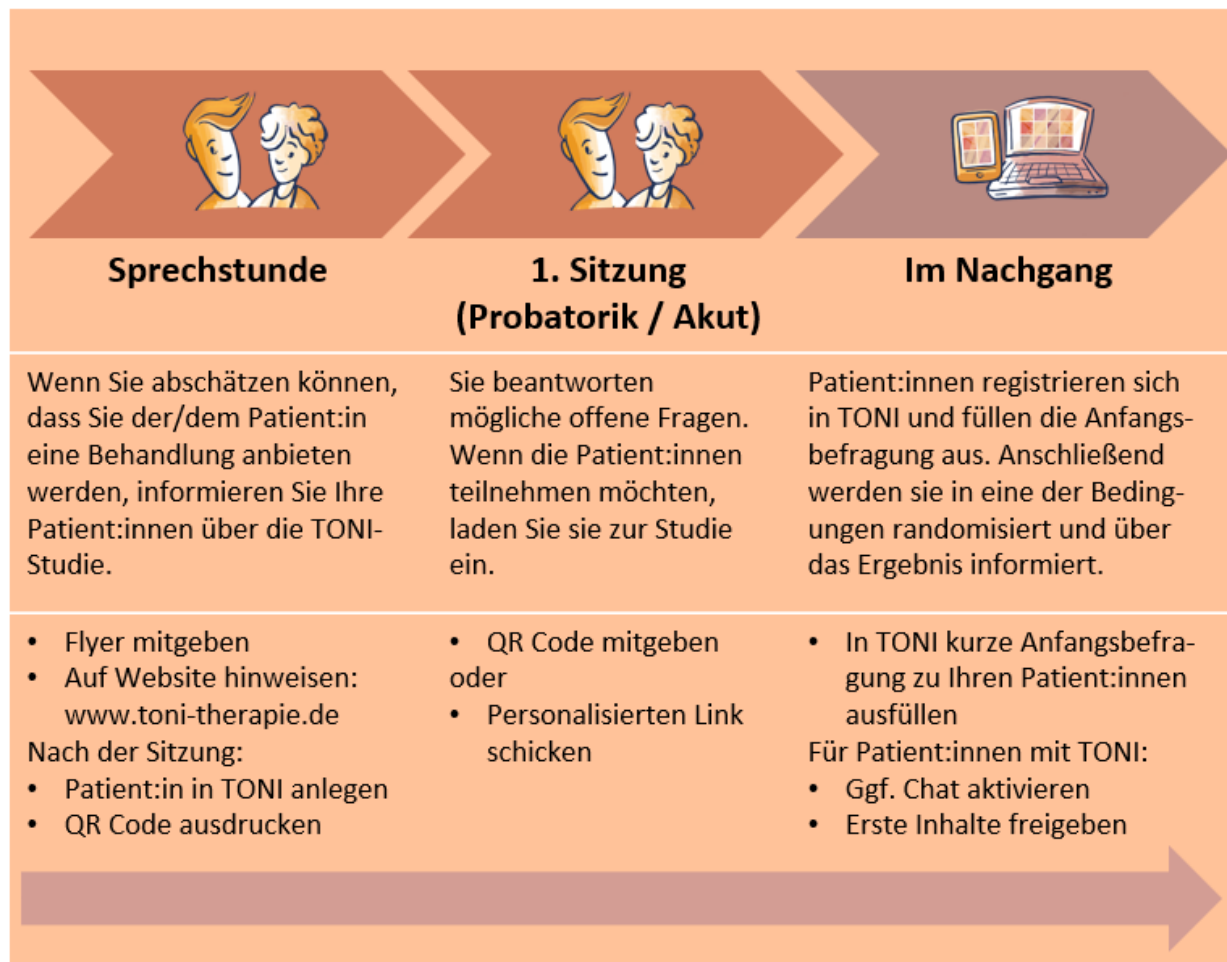


Abb.: Ablauf Patient:innen-Einschluss

Blended Care Bedingung

TAU Bedingung



Sie haben die Möglichkeit Ihren Patient:innen TONI-Module zuzuweisen. Wir werden Sie und Ihre Patient:innen im Studienverlauf zu Erhebungen einladen.

Sie führen die Psychotherapie wie gewohnt durch. Wir werden Sie und Ihre Patient:innen im Studienverlauf zu Erhebungen einladen.

Wie gehe ich damit um, wenn Patient:innen enttäuscht sind, in der TAU Bedingung zu sein?

Sie haben Ihren Patient:innen vermutlich im Vorfeld von TONI berichtet, um sie für die Studie zu interessieren. Werden die Patient:innen dann in die TAU Bedingung randomisiert und erhalten TONI

nicht, kann es zu Enttäuschung kommen. Wir empfehlen in solchen Situationen darauf zu verweisen, dass klassische Psychotherapie eine Behandlungsmethode ist, die sehr gut erforscht und wirksam ist. Die Blended Care Methode ist ein spannender, aber noch nicht ansatzweise so gut erforschter Ansatz. Mit der Studie möchten wir noch herausfinden, mit welchen Vor- oder Nachteilen er verbunden ist. Die Patient:innen bekommen in der TAU-Bedingung somit eine sehr gute und etablierte Behandlung. Gleichzeitig ist es für die Erforschung von Blended Care sehr wichtig, eine Vergleichsgruppe betrachten zu können. Unabhängig davon, in welcher Gruppe die Patient:innen sind, tragen sie somit einen wichtigen Beitrag zur Erforschung neuer Psychotherapieansätze bei. Darauf verweisen wir auch in einem kurzen Video, das in TONI erscheint, sobald die Patient:innen in die TAU Bedingung randomisiert wurden.

3.3 Welche Befragungen gibt es für mich und meine Patient:innen?

Im Rahmen unserer Studie sind wir sowohl an Informationen zu Ihnen als auch zu und von Ihren Patient:innen im Laufe der Nutzung von TONI interessiert. Sie dienen der Beantwortung unserer Forschungsfragen nach dem Nutzen von TONI in der ambulanten Regelversorgung.

3.3.1 Befragungen der Psychotherapeut:innen

Eingangsbefragung zu Ihrer Person: Bei Registrierung erheben wir kurz Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrer beruflichen Tätigkeit. Darunter sind auch kurze Fragen zu Ihrer Persönlichkeit und Lebensrealität. Diese Informationen sind interessant für uns, um zu erforschen, ob es Psychotherapeut:innen-Patient:innen Kombinationen gibt, die besonders gut zusammenarbeiten können.

Befragungen zu Ihren Patient:innen: Zu jeder:m Ihrer Patient:innen möchten wir gerne zu Beginn der Behandlung Ihre kurze Einschätzung zu Diagnose, Symptomschwere und Behandlungserwartung erfahren. Darüber hinaus werden wir zu unseren Messzeitpunkten nach 6 und 12 Wochen sowie nach 6 Monaten Ihren aktuellen Eindruck zur Symptomschwere und therapeutischen Beziehung erfragen. Nach 6 Monaten interessiert uns außerdem Ihre Einschätzung zu Nebenwirkungen der Psychotherapie. Die Beantwortung sollte zu jedem Messzeitpunkt max. 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Wir informieren Sie im „Neuigkeiten“-Bereich und per Mail, wenn eine neue Befragung verfügbar ist. Die Befragungen finden Sie immer in der entsprechenden Patient:innenkarte. Zu jedem Messzeitpunkt haben Sie vier Wochen Zeit, die Fragebögen auszufüllen. Die Zeit muss limitiert sein, damit wir Ihre Angaben mit denen Ihrer Patient:innen zu einem ungefähr gleichen Zeitraum vergleichen können.

3.3.2 Befragungen der Patient:innen

Patient:innen, die an der TONI-Studie teilnehmen, werden ebenfalls befragt. Unabhängig von der Studienbedingung gibt es dafür vier Messzeitpunkte: zum Studienanfang, nach 6 und 12 Wochen sowie nach 6 Monaten. Eine Subgruppe von Patient:innen, die früh in die Studie eingeschlossen wurden, werden zudem nach 12 Monaten befragt.

Bei Patient:innen in der TONI-Gruppe gibt es ein paar Besonderheiten: Für diese Patient:innen können Sie die Ergebnisse der erhobenen Symptomfragebögen auf der Patient:innenkarte einsehen. Patient:innen in der TONI-Gruppe erhalten außerdem eine kurze wöchentliche Befragung, in der sie

angeben, ob eine persönliche Psychotherapiesitzung stattgefunden hat und inwieweit sie über Online-Inhalte gesprochen haben. Sie haben als Psychotherapeut:in auch die Möglichkeit, bei der Registrierung, das Evaluations-Tool in TONI zu nutzen. In diesem Falle werden Ihre Patient:innen in der TONI-Gruppe zusätzlich wöchentlich zu ihrem Befinden und zur letzten Psychotherapiesitzung (z.B. zur therapeutischen Beziehung) befragt. Diese Angaben können Sie einsehen und für die Psychotherapie nutzen.

3.4 Wie interpretiere ich die Ergebnisse der Patient:innenerhebung?

Im Rahmen der Studie erheben wir eine Reihe von Fragebögen. Für Ihre Patient:innen in der TONI-Bedingungen können Sie die Ergebnisse der Symptom-Fragebögen, die für die Psychotherapie interessant sind, einsehen. Es handelt sich dabei um folgende Fragebögen:

Zu den vier Messzeitpunkten:

Fragebogen	Konstrukt	Interpretation
Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8)	Depressivität	Wertebereich 0 - 24 (Gesamtscore), höhere Werte bedeuten eine höhere Ausprägung von depressiven Symptomen. Score ≥ 10 = Hinweis auf Depression Score ≥ 20 = Hinweis auf schwere Depression
Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7)	Ängstlichkeit	Wertebereich 0-21 (Gesamtscore), höhere Werte bedeuten eine höhere Ausprägung von Angstsymptomen. 0 - 4 = minimal 5 - 9 = gering 10 - 14 = mittelgradig 15 - 21 = schwer
The Personality Inventory for DSM-5 - Brief (PID5BF+)	Persönlichkeitsmerkmale	Wertebereich 0 - 18 (Subskalen), höhere Werte bedeuten eine höhere Ausprägung auf den Persönlichkeitsdimensionen.
Eating Disorder Examination-Questionnaire 8 (EDE-Q8)	Essstörung	Wertebereich 0 - 48 (Gesamtscore), höhere Werte bedeuten eine höhere Ausprägung von Schwierigkeiten im Bereich Essen und Körperbild.
Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire (MFSQ)	Sexuelle Funktion	Screening-Instrument für verschiedene sexuelle Funktionsstörungen mit Wertebereich 5 - 30 (Gesamtscore). Höhere Werte sprechen für größere sexuelle Einschränkungen.
Alcohol Use Disorders Identification Test - consumption (AUDIT-C)	Alkoholkonsum	Wertebereich 0 - 12 (Gesamtscore), höhere Werte sprechen für einen problematischen Alkoholkonsum. Score ≥ 4 (Männer) Score ≥ 3 (Frauen)

		= Hinweis auf riskanten Konsum																		
Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT-C)	Drogenkonsum	Die 1. Frage des Fragebogen ist eine Screeningfrage. Wenn Ihr:e Patient:in verneint, dass Drogen konsumiert wurden, werden keine weiteren Angaben vorgenommen. Wertebereich: 0 - 16 (Gesamtscore), höhere Werte sprechen für einen stärkeren Drogenkonsum. Score ≥ 1 = Hinweis auf problematischen Drogenkonsum																		
OPD-Strukturfragebogen (OPD-SFK)	Strukturturniveau	Wertebereich 0 - 12 (Subskalen) bzw. 0 - 36 (Gesamtscore), höhere Werte ungünstiger <table><tr><td>Skala</td><td>Norm</td><td>Klinik</td></tr><tr><td>Selbstwahrnehmung</td><td>5,1</td><td>6,0</td></tr><tr><td>Kontaktgestaltung</td><td>6,3</td><td>7,3</td></tr><tr><td>Beziehungsmodell</td><td>7,0</td><td>8,5</td></tr><tr><td>Gesamtscore</td><td>18,3</td><td>21,8</td></tr></table>	Skala	Norm	Klinik	Selbstwahrnehmung	5,1	6,0	Kontaktgestaltung	6,3	7,3	Beziehungsmodell	7,0	8,5	Gesamtscore	18,3	21,8			
Skala	Norm	Klinik																		
Selbstwahrnehmung	5,1	6,0																		
Kontaktgestaltung	6,3	7,3																		
Beziehungsmodell	7,0	8,5																		
Gesamtscore	18,3	21,8																		
Assessment of Quality of Life (AQoL-8D)	Lebensqualität	Die Lebensqualität bzw. das Funktionsniveau wird in verschiedenen Bereichen eingeschätzt. Höhere Werte sprechen für höhere Beeinträchtigungen in diesen Bereichen. <table><tr><td>Skala</td><td>Wertebereich</td></tr><tr><td>Coping</td><td>3 - 15</td></tr><tr><td>Beziehungen</td><td>7 - 35</td></tr><tr><td>Eigenständigkeit</td><td>4 - 20</td></tr><tr><td>Psychische Gesundheit</td><td>8 - 40</td></tr><tr><td>Schmerz</td><td>3 - 15</td></tr><tr><td>Selbstwert</td><td>3 - 15</td></tr><tr><td>Zufriedenheit</td><td>4 - 20</td></tr><tr><td>Sinne (z.B. Sehen, Hören)</td><td>3 - 15</td></tr></table>	Skala	Wertebereich	Coping	3 - 15	Beziehungen	7 - 35	Eigenständigkeit	4 - 20	Psychische Gesundheit	8 - 40	Schmerz	3 - 15	Selbstwert	3 - 15	Zufriedenheit	4 - 20	Sinne (z.B. Sehen, Hören)	3 - 15
Skala	Wertebereich																			
Coping	3 - 15																			
Beziehungen	7 - 35																			
Eigenständigkeit	4 - 20																			
Psychische Gesundheit	8 - 40																			
Schmerz	3 - 15																			
Selbstwert	3 - 15																			
Zufriedenheit	4 - 20																			
Sinne (z.B. Sehen, Hören)	3 - 15																			

Wöchentlich:

Während des Registrierungsprozesses müssen Sie sich entscheiden, ob Sie möchten, dass Ihre Patientinnen ihr Befinden, sowie die therapeutische Beziehung regelmäßig über die Plattform evaluieren. Wenn Sie dies mit „ja“ beantworten, können Sie die Ergebnisse der Evaluationen als Kurvenform über die Plattform einsehen. **Achtung:** Diese Einstellung kann im Nachhinein nicht mehr verändert werden. Patient:innen werden wöchentlich folgende zwei kurze Fragebögen mit je vier Fragen vorgelegt:

Outcome Rating Scale (ORS)	<p>Patient:innen werden gebeten, ihr Befinden über die letzte Woche auf einer Skala von 0-10 anzugeben (je höher, desto besser erging es ihnen in der letzten Woche). Dabei schätzen sie ihr Befinden in vier Bereichen ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ganz persönlich - In Familie/nahen Beziehungen - In Arbeit/Schule/Freundschaften - Insgesamt <p>Interpretation: Der RCI (reliable clinical change) des ORS beträgt 6 Punkte. Die Veränderung wird als Differenz zwischen der ersten ORS-Antwort und der jeweils letzten Messung berechnet. Eine Veränderung, die den RCI-Wert (6 Punkte) erreicht oder überschreitet und den klinischen Cut-off-Wert (25) übersteigt, wird als klinisch signifikante Veränderung betrachtet.</p>
Session Rating Scale (SRS)	<p>Patient:innen werden gebeten, die letzte stattgefundene Psychotherapiesitzung in folgenden Bereichen auf einer Skala von 0-10 einzuschätzen. Je höher, desto besser schätzen sie die letzte Psychotherapiesitzung in folgenden vier Bereichen ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeutische Beziehung - Ziele und Themen - Herangehensweise und Methoden - Insgesamt <p>Interpretation: Ausgehend von einer möglichen Gesamtpunktzahl von 40, gibt jede Punktzahl, die unter 36 auf der Gesamtskala oder unter 9 auf einer der individuellen Skalen liegt, Hinweis auf ungünstige Werte im Bereich der therapeutischen Beziehung.</p>

3.5 Welche Vergütung gibt es?

Sie erhalten die folgende Vergütung für Ihre Teilnahme an unserer Studie:

Teilnahme an der Video-Schulung (Anschauen von Einführungsvideos, die TONI erklären)	<p>250€ (ausgezahlt nach Einschluss dreier Patient:innen)</p> <p>Zusätzlich zur Video-Schulung, bieten wir auch eine regelmäßig stattfindende dreistündige live Online-Einführung in TONI an. Diese wurde zur Zertifizierung für Fortbildungspunkte angemeldet.</p>
Pauschale Aufwandsentschädigung pro Patient:in in der TONI-Bedingung	200€
Erhebungen (pro Patient:in eine ausführlichere Erhebung zu Beginn sowie drei kurze Erhebungen über den Verlauf)	<p>Vergütung:</p> <p>Messzeitpunkt 1: 25€</p> <p>Messzeitpunkt 2: 25€</p> <p>Messzeitpunkt 3: 25€</p> <p>Messzeitpunkt 4: 25€</p>

Ihre Patient:innen erhalten folgende Vergütung:

Erhebungen zu 4 Zeitpunkten: <ol style="list-style-type: none"> 1. bei Studieneinschluss 2. nach 6 Wochen 3. 12 Wochen 4. 6 Monaten Eine Subgruppe von früh-eingeschlossenen Patient:innen wird außerdem nach 12 Monaten befragt	Vergütung: Messzeitpunkt 1: 20€ Messzeitpunkt 2: 20€ Messzeitpunkt 3: 20€ Messzeitpunkt 4: 40€ Die Auszahlung erfolgt gesammelt am Ende aller Befragungen.
---	---

3.6 Was tut TONI, um den Datenschutz zu gewährleisten?

Im Rahmen der Studie erheben wir verschiedene personenbezogene Daten von Ihnen. Zunächst erheben wir mit der Registrierung Ihren Namen, Ihre E-Mail-Adresse und/oder Telefonnummer sowie Praxisadresse. Die Praxisadresse wird für die Zusendung von Informationsmaterialien benötigt. Außerdem erfassen wir die Daten aus den Fragebögen, die Sie zu verschiedenen Zeitpunkten ausfüllen. Schließlich erheben wir Daten über die Nutzung des Programms, die automatisch gespeichert werden, z.B. wie oft Sie sich in das Programm einloggen.

Wir haben folgende Maßnahmen ergriffen, um die Vertraulichkeit Ihrer Daten zu gewährleisten:

1. Alle Vorgänge zu Datenschutz und -sicherheit wurden von einem unabhängigen Datenschutzberater geprüft und bewilligt.
2. Die Übermittlung Ihrer Daten über das Internet erfolgt ausschließlich verschlüsselt. Dabei wird eine Technik verwendet, die auch z.B. von Banken im internetbasierten Zahlungsverkehr verwenden (SSL-Verschlüsselung).
3. Bis zur letzten Datenerhebung können Sie die Löschung aller über Sie erhobenen Daten verlangen. Zum Ende der Datenerhebung wird der Datensatz exportiert. Im Datenexport sind die Daten pseudonymisiert gespeichert, d.h. wir können Ihnen Ihren Datensatz nicht mehr zuordnen. Daher können wir einem Antrag auf Löschung Ihrer Daten nur bis zur letzten Datenerhebung nachkommen. Für Publikationen werden wir einen reduzierten, anonymisierten Datensatz verwenden, der keine zuordenbaren Daten enthält. Nach 10 Jahren wird der pseudonymisierte Datensatz gelöscht und lediglich der reduzierte, anonymisierte Datensatz behalten.
4. Das Programm wird auf einem externen Server des deutschen Serveranbieters Mittwald CM Service GmbH & Co. KG gehostet, der nach ISO/IEC 27011 zertifiziert ist und damit höchsten Sicherheitsstandards entspricht.
5. Alle im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten und persönlichen Mitteilungen unterliegen der Schweigepflicht.
6. Die vollständig anonymisierten Daten werden nach der Studie über die Internet-Datenbank Open Science Framework öffentlich zugänglich gemacht. Dieses Verfahren dient der Sicherung guter wissenschaftlicher Arbeit. Andere Forscher:innen können so z.B. die Auswertung reproduzieren oder eine alternative Auswertung testen. Es sind keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich.

Sie selbst sollten zudem auf folgende Punkte achten:

1. Wählen Sie Ihren Arbeitsplatz unbedingt so, dass andere Personen keinen zufälligen Blick auf Ihren Bildschirm werfen können.

2. Loggen Sie sich beim (auch kurzfristigen) Verlassen Ihres Arbeitsplatzes stets aus TONI aus und aktivieren Sie die Bildschirmsperre mit Passwortschutz.
3. Nutzen Sie starke Passwörter.
4. Ändern Sie Ihre Passwörter regelmäßig.
5. Teilen Sie Ihre Passwörter niemandem mit.
6. Sollten Sie Patient:innen-bezogene Unterlagen ausdrucken, bewahren Sie diese in einem abschließbaren Schrank oder Rollcontainer auf.

Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Webseite unter „Datenschutz“.

4. Wie wurde TONI entwickelt?

Im Laufe eines Jahres waren Psychotherapeut:innen aller Fachrichtungen und Patient:innen mit verschiedenen Beschwerdebereichen in einem mehrstufigen Prozess in die Entwicklung und Anpassung von TONI für die ambulante Psychotherapie involviert. Den genauen Ablauf des Entwicklungsprozesses stellen wir Ihnen nachfolgend dar.



Abb.: Entwicklungsschritt von TONI

4.1 Modulauswahl und Identifizierung von Forschungslücken

In einem ersten Schritt identifizierten wir bestehende transdiagnostische Module, die Online-Interventionen einsetzen. Das umfasste eine Auswahl an Modulen, die verschiedene transdiagnostische zugrundeliegende Prozesse adressieren und die damit bei verschiedenen Störungsbereichen eine Rolle spielen. Dazu gehörten z.B. die Themenbereiche Emotionsregulation oder soziale Kompetenz.

Gleichzeitig recherchierten wir zu bereits bestehenden psychotherapeutischen Online-Interventionen. Dabei wurde deutlich, dass verhaltenstherapeutischen Online-Interventionen mit über 300 veröffentlichten Studien bereits sehr gut erforscht sind. Auf Grundlage der Literatur konnten wir zudem einen guten Einblick bekommen, wie Verhaltenstherapeut:innen zum Blended Care Ansatz stehen und welche Anforderungen sie an Online-Module stellen. Im Vergleich dazu konnten wir nur

sehr wenige psychodynamische Online-Interventionen identifizieren und keine systemischen. Auch fehlen Studien dazu, welche Anforderungen und Wünsche psychodynamische sowie systemische Psychotherapeut:innen hinsichtlich Online-Modulen haben. Aus diesem Grund entschieden wir uns dazu, Interviews mit psychodynamischen und systemischen Psychotherapeut:innen durchzuführen und sie nach ihren Bedarfen hinsichtlich einer Blended Care Intervention zu befragen.

4.2 Interviews mit psychodynamischen und systemischen Psychotherapeut:innen

Insgesamt führten wir Interviews mit zwanzig psychodynamischen und neun systemischen Psychotherapeut:innen durch. Wir erfragten, wie spezielle Online-Module aussehen müssten, die Psychodynamiker:innen und Systemiker:innen in ihrer ambulanten Praxis zur Unterstützung ihrer regulären Präsenztherapien anwenden würden. Gleichzeitig fragten wir, ob die Psychotherapeut:innen in ihrer praktischen Arbeit bereits Übungen oder Material bereitstellen, die ihre Patient:innen auch zwischen den Sitzungen ausführen oder nutzen und wenn ja, wie diese inhaltlich gestaltet sind. Alle Interviews wurden transkribiert und mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) analysiert. Dabei wird in mehreren Durchläufen ein Kategoriensystem erstellt, mit dem Zitate inhaltlich strukturieren und ausgewertet wurden.

Die systemischen Psychotherapeut:innen legten einen Schwerpunkt der Anforderungen an eine Online-Intervention insbesondere auf die Ressourcenorientierung und eine Interaktion mit dem Umfeld der Patient:innen. Die Psychodynamiker:innen betonten vor allem die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung und beschäftigten sich mit der Frage, für welche ihrer Patient:innen der Ansatz besonders geeignet sein könnte (beispielsweise für Patient:innen mit einem niedrigeren Strukturniveau). Psychotherapeut:innen beider Verfahren wünschten sich eine verfahrensübergreifende gemeinsame Sprache, eine Förderung der Autonomie der Patient:innen, sowie einen leichten, spielerischen Charakter der Anwendung.

4.3 Fokusgruppen

Basierend auf der Modulauswahl und den Interviews erarbeiteten wir erste inhaltliche Konzepte für unsere TONI-Module. Diese ersten Ideen stellten wir in jeweils zwei Fokusgruppen à fünf Personen Psychotherapeut:innen und Patient:innen vor und diskutierten sie. Psychotherapeut:innen und Patient:innen gaben weitere wichtige Hinweise für die inhaltliche und technische Gestaltung. So betonten beispielsweise beide Seiten, dass eine inklusive Sprache, Diversität in den Fallbeispielen und eine Vermeidung einer „Selbstoptimierungsnote“ wichtig seien. Die Befragten signalisierten außerdem, dass sie sich den Einsatz der Module gut vorstellen konnten.

Auf Grundlage der ersten Fokusgruppen erstellten wir eine erste Online-Testversion von TONI. Anhand dieses TONI-Prototyps konnten Psychotherapeut:innen und Patient:innen sich probenhalber in das Programm einwählen. So konnten sie erste Design-Ideen, aber auch technische Funktionen kennenlernen. Neben Anforderungen hinsichtlich des Designs (möglichst spielerisch und divers), der Sprache (einfach und sensibel) und der Funktionen (benutzerfreundlich und individualisierbar), stellten die Psychotherapeut:innen auch spezifische Anforderungen an TONI. So sollte der Datenschutz eine besondere Bedeutung bekommen (siehe „Was tut TONI, um den Datenschutz zu gewährleisten?“), TONI sollte besonders flexibel nutzbar sein (siehe „Wie kann TONI in die Therapie eingebettet werden?“) und den Patient:innen freistellen, bestimmte Inhalte mit den Psychotherapeut:innen zu teilen (siehe „Patient:innen-Bereich“).

4.4 Textkorrektur

Nachdem alle Module inhaltlich ausgestaltet waren, lasen drei Psychotherapeut:innen verschiedener Verfahren, zwei Patient:innen und ein Antidiskriminierungsexperte die Modultexte und überprüften sie auf die identifizierten Ansprüche. Wir erhielten Rückmeldungen zu Textlänge, Textverständnis, Sprache sowie inhaltlichen NoGos zu spezifischen Modulen. In einem letzten Schritt überarbeiteten wir die Module entsprechend.

5. Blended Care

In diesem Abschnitt erfahren Sie mehr darüber, was den Blended Care Ansatz ausmacht, welche Wirksamkeitsnachweise es für diesen gibt und wie Sie TONI in Ihre persönliche Psychotherapie einbinden können. Zuletzt geben wir Tipps, wie eine erfolgreiche Verzahnung am besten gelingen kann.

5.1 Was ist Blended Care?

Mittels Blended Care (auch verzahnte Psychotherapie genannt) können Online-Interventionen und reguläre Psychotherapie auf ganz unterschiedliche Art und Weise miteinander kombiniert werden. Es ist dabei sowohl die Intensivierung der ambulanten Psychotherapie möglich (z.B. durch die Vertiefung der Inhalte der wöchentlichen Sitzungen durch die Bearbeitung von Online-Modulen von zuhause), als auch das Abwechseln von Präsenzsitzungen und Online-Intervention. Zusätzlich können Online-Interventionen auch genutzt werden, um Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie zu überbrücken, oder zur Stabilisierung des Therapieeffektes nach Therapieende. Blended Care verbindet dabei die Vorteile beider Ansätze: Die Flexibilität und der Transfer in den Alltag, den Online-Interventionen bieten und gleichzeitig der persönliche, individuelle Kontakt einer Psychotherapie, in welcher Krisen schnell erkannt werden und angemessen darauf reagiert wird.

5.2 Wie wirksam ist Blended Care?

Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit deuten darauf hin, dass Blended Care im Vergleich zu regulärer Psychotherapie bei gleicher oder sogar höherer Effektivität zeitökonomischer ist, zu niedrigeren Abbruchraten führt, sowie höhere Abstinenzraten bei Patient:innen mit einer Suchterkrankung erreicht. Auch wenn diese Effekte vielversprechend sind, ist es schwierig, das übergreifende Potenzial von Blended Care zu bestimmen, da es so viele verschiedene Anwendungsmöglichkeiten gibt (siehe „Wie kann TONI in die Psychotherapie eingebettet werden?“). Die Wirksamkeit unterschiedlicher Verzahnungsgrade von Blended Care stellen wir daher im Folgenden separat dar.

Auf Grundlage der aktuellen Forschungslage scheinen alle Kombinationen von Online-Interventionen und Psychotherapie – außer der Nutzung von Online-Interventionen zur Überbrückung von Wartezeiten – mit Vorteilen verbunden zu sein. Studien zeigen, dass Patient:innen, die sich bereits für eine Psychotherapie mit persönlichem Kontakt entschieden haben und bereit sind, die Wartezeit auf sich zu nehmen, eher keinen Nutzen daraus ziehen, eine Online-Intervention als Überbrückung zu nutzen.

Gleichzeitig empfanden Psychotherapeut:innen, die Online-Interventionen im Rahmen erster Studien in ihre Behandlung integrierten, die Nutzung von Online-Modulen grundsätzlich als hilfreich. Sie unterstrichen das Potenzial von Online-Interventionen besonders in den Bereichen Monitoring/Diagnostik, Transfer der Therapieinhalte in den Alltag, Verfügbarkeit von therapeutischen

Inhalten und Verbesserung der Therapiebeziehung durch eine offenere Interaktion auf Patient:innenseite.

5.3 Für welche meiner Patient:innen eignet sich Blended Care?

Blended Care ist ein vergleichsweises neues Forschungsfeld. Wir wissen aktuell nicht, für welche Patient:innen sich die Integration von Online-Interventionen in die Behandlung besonders eignet. Aus der Literatur zu Online-Interventionen allgemein wissen wir allerdings, dass auch schwerer belastete Patient:innen durchaus von Online-Interventionen profitieren können. Dass vor allem jüngere Patient:innen von digitalen Ansätzen profitieren ist auf Grund der aktuellen Studienlage nicht haltbar. Auch besondere Technikaffinität hat keine Auswirkung auf den Therapieerfolg.

5.4 Wie kann TONI in die Psychotherapie eingebettet werden?

Sie können TONI ganz flexibel so einsetzen, wie es optimal für Ihre Patient:innen und Ihre Psychotherapie passend ist. Nachfolgend skizzieren wir einige Möglichkeiten als Anregung. Dabei unterscheidet sich, inwieweit TONI und die Psychotherapiesitzungen miteinander verzahnt sind.

TONI kann als Zusatz zur regulären Psychotherapie angeboten werden, ohne direkt in die Psychotherapie integriert zu werden, zum Beispiel vor der Psychotherapie zur Überbrückung von Wartezeiten. TONI ist so konzipiert, dass es auch nach der Psychotherapie zur Rückfallprävention angewendet werden kann. Während der Studienphase ist das allerdings nicht möglich. Sie und Ihre Patient:innen können sich nach Beendigung der regulären Psychotherapie zwar noch die bereits bearbeiteten Inhalte anschauen, aber keine neuen Module mehr freischalten bzw. bearbeiten. Es können sich auch reguläre Psychotherapiesitzungen vor Ort und Sitzungen, in welchen Ihre Patient:innen eigenständig Inhalte in TONI bearbeiten abwechseln. TONI kann aber auch ein integraler Bestandteil der Psychotherapie sein, indem in den Psychotherapiesitzungen besprochen wird, welche TONI-Inhalte zwischen den Sitzungen bearbeitet werden sollten und die erarbeiteten Inhalte dann wiederum von Ihnen aufgegriffen werden.



Abb.: Verzahnungsmöglichkeiten

TONI eignet sich flexibel für alle dargestellten Möglichkeiten, wobei wir TONI als Überbrückung von Wartezeiten eher nicht empfehlen (siehe „Wie wirksam ist Blended Care?“). Das Besondere an TONI ist, dass eine hohe Verzahnung von TONI und regulärer Psychotherapie möglich ist, der die Vorteile beider Ansätze optimal nutzt.

Sie entscheiden dabei selbst, welcher Grad der Verzahnung am besten zu jeder individuellen Behandlung von Ihnen passt. Die Inhalte mancher Module möchten Sie möglicherweise intensiv gemeinsam mit Ihren Patient:innen vor- und nachbereiten (wie z.B. das Modul „Umgang mit Gefühlen“), während Sie bei anderen Modulen (z.B. „Achtsamkeit“) in den Psychotherapiestunden weniger Zeit für eine Besprechung einplanen. Gleichzeitig gibt es vielleicht Patient:innen, denen Sie mehr Module freischalten als anderen oder entsprechende Inhalte mehr oder weniger verstärkt besprechen. Gleichzeitig gibt es auch die Möglichkeit, dass Ihre Patient:innen direkt Module bei Ihnen anfragen können. Sie sind dabei komplett flexibel und können das bei allen Patient:innen individuell regeln.

5.5 Wie kann eine erfolgreiche Verzahnung gelingen?

Damit Sie TONI optimal in Ihre Psychotherapie integrieren können, haben wir hier ein paar Tipps für Sie zusammengestellt.

1. Wecken Sie positive Erwartungen an die Nutzung von TONI.
2. Nutzen Sie die Vorteile von TONI, um Ihre Therapie zu bereichern: sei es das vereinfachte Monitoring von Symptomen, die Unterstützung in schwierigen Alltagssituationen oder auch die erleichterte Kommunikation von Schwierigkeiten.

3. Klären Sie zu Beginn, wie Ihre Patient:innen TONI konkret nutzen sollen: Wie oft sollen Ihre Patient:innen mit TONI interagieren? Schalten Sie nach jeder persönlichen Sitzung Inhalte frei? Sollen Ihre Patient:innen selbst Inhalte anfragen?
4. Ermutigen Sie Ihre Patient:innen, mit den Online-Inhalten zu interagieren (z.B. Ausfüllen von Trackern, Tagebüchern und Modulen). Studien zeigen: „Wer in Online-Interventionen aktiv ist, profitiert besonders.“
5. Machen Sie transparent, inwiefern Sie als Psychotherapeut:in Inhalte in TONI einsehen werden (z.B. alle Inhalte vor einer persönlichen Sitzung oder erst, nachdem ein Modul fertig bearbeitet wurde).
6. Klären Sie, ob und inwiefern Sie Rückmeldung zu den Inhalten in TONI geben werden (z.B. in den persönlichen Sitzungen mündlich oder in TONI mittels des Chats) .
7. Wenn Online-Inhalte zwischen den Sitzungen bearbeitet werden sollen, besprechen Sie am Anfang der persönlichen Sitzung Erkenntnisse und mögliche Schwierigkeiten.
8. Wenn Übungen gemeinsam in der persönlichen Sitzung besprochen werden, kann die Nutzung von TONI auf einem Tablet sinnvoll sein.

5.6 Ausgewählte Literatur

- Fuhr, K., Fahse, B., Hautzinger, M., & Gulewitsch, M. D. (2018). Erste Erfahrungen zur Implementierbarkeit einer internet-basierten Selbsthilfe zur Überbrückung der Wartezeit auf eine ambulante Psychotherapie. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 68(06), 234-241.
- Haller, K., Becker, P., Niemeyer, H., & Boettcher, J. (2021). Who benefits from guided internet-based interventions? A systematic review of predictors and moderators of treatment outcome.
- Kenter, R. M., van de Ven, P. M., Cuijpers, P., Koole, G., Niamat, S., Gerrits, R. S., ... & van Straten, A. (2015). Costs and effects of Internet cognitive behavioral treatment blended with face-to-face treatment: Results from a naturalistic study. *Internet Interventions*, 2(1), 77-83.
- Schuster, R., Pokorny, R., Berger, T., Topooco, N., & Laireiter, A. R. (2018). The advantages and disadvantages of online and blended therapy: survey study amongst licensed psychotherapists in Austria. *Journal of medical Internet research*, 20(12), e11007.
- Schuster, R., Topooco, N., Keller, A., Radvogin, E., & Laireiter, A. R. (2020). Advantages and disadvantages of online and blended therapy: Replication and extension of findings on psychotherapists' appraisals. *Internet Interventions*, 21, 100326.
- Titzler, I., Saruhanjan, K., Berking, M., Riper, H., & Ebert, D. D. (2018). Barriers and facilitators for the implementation of blended psychotherapy for depression: A qualitative pilot study of therapists' perspective. *Internet interventions*, 12, 150-164.

Und jetzt geht's los!

Bei weiteren Fragen können Sie sich jederzeit per Mail (info@toni-therapie.de) oder Telefon (030 838 63696) bei uns melden.

Wir wünschen Ihnen eine gute Teilnahme in der TONI-Studie.

Ihr TONI-Team



Anlage 4: Einblicke in den Aufbau und Übungen in TONI Übersicht

Therapeut*innen-Dashboard

TONI

Übersicht

Therapist Zero

Übersicht

Alle Patient:innen

Modulbereich

Informationsbereich

Nachrichten

Einstellungen

Abmelden

Willkommen in TONI!

Schön, dass Sie hier sind. Sehen Sie im Neuigkeitenbereich, welche neuen Ereignisse und Aufgaben es für Sie gibt.

Bei Fragen kann Ihnen der Informationsbereich weiterhelfen. Alternativ können Sie sich im Nachrichtsbereich an das TONI-Team oder den Tech-Support wenden.

Übersicht Patient:innen

Neuer Patient:in

Patient:in F020384

Eingeladen am 19.07.2022

Patient:in F180491

Keine Kapitel zugewiesen

Patient:in H070893

Eingeladen am 05.08.2022

Patient:in H170591

Keine Kapitel zugewiesen

Patient:in H170592

0 % der verschriebenen Module bearbeitet

Alle Patient:innen anzeigen

Neuigkeiten

Patient:in K120491 hat ein neues Kapitel begonnen

Kapitel: Meine Lebenslinie wurde bearbeitet.

21.07.2022 08:48

Patient:in K120491 hat ein neues Kapitel begonnen

Kapitel: Einführung wurde bearbeitet.

20.07.2022 15:34

Patient:in S230990 hat ein neues Kapitel begonnen

Kapitel: Sexualität wurde bearbeitet.

18.07.2022 17:13

Patient:in S230990 hat ein neues Kapitel begonnen

Kapitel: Umgang mit körperlichen Beschwerden wurde bearbeitet.

18.07.2022 17:07

Patient:in S230990 hat ein neues Kapitel begonnen

Kapitel: Bewegung wurde bearbeitet.

18.07.2022 17:05

Patient:in S230990 hat ein neues Kapitel begonnen

Kapitel: Ernährung und Körperbild wurde bearbeitet.

18.07.2022 15:39

Patient:in S230990 hat ein neues Kapitel begonnen

Kapitel: Der Zusammenhang von Körper und Wohlbefinden wurde bearbeitet.

18.07.2022 15:31

Patient:in S230990 hat ein neues Kapitel begonnen

18.07.2022

Übersicht Patient*innen-Dashboard

TONI

Übersicht

Studienbedingung: Reguläre Psychotherapie mit TONI

Übersicht

Modulbereich

Tracker

Informationsbereich

Notfallkoffer

Tagebuch

Nachrichten

Einstellungen

Abmelden

Willkommen in TONI!

Schön, dass Sie hier sind.

Sie wurden in die Gruppe gelost, die reguläre Psychotherapie + TONI erhält. Was das bedeutet können Sie in unseren Schulungsvideos im Informationsbereich nachsehen.

Im Neuigkeitenbereich können Sie sehen, welche neuen Ereignisse und Aufgaben es für Sie gibt.

Wie kann TONI Sie heute unterstützen? Sie können sich mit den Inhalten im Modulbereich beschäftigen oder neue Einträge in Ihren Tracker oder im Tagebuch hinzufügen.

Tagesübersicht

Wochenübersicht

Monatsübersicht

Neuigkeiten

Herzlich Willkommen

Ihre zuletzt bearbeitete Seite: Meine Lebenslinie

05.09.2022 11:36

Pinnwand

Kapitel: Meine Lebenslinie

Modul: Entstehung

Zuletzt bearbeitet am 05.09.2022.

Was ist eine Lebenslinie?

Ansicht Tracker Patient*innen

Möglichkeit, Tracker-Ansicht mit Psychotherapeut*in zu teilen

- Übersicht
- Modulbereich
- Tracker**
- Informationsbereich
- Notfallkoffer
- Tagebuch
- Nachrichten
- Einstellungen
- Abmelden

Anspannung


 OK

Stimmung


 OK

Schlaf


 OK

Körperliches Befinden


 OK

Körperliche Aktivität


 OK

Neuen Tracker Anlegen


Möglichkeit, individuelle Tracker anzulegen

Modulansicht aus Patient*innen-Sicht

Möglichkeit, Module anzufragen

- Übersicht
- Modulbereich
- Tracker**
- Informationsbereich
- Notfallkoffer
- Tagebuch
- Nachrichten
- Einstellungen
- Abmelden

Meine Module


Modul: Entstehung
 Kapitel: Meine psychischen Beschwerden
 Kapitel: Meine Lebenslinie
 Kapitel: Mein Familienbaum


Modul: Werte und Ziele
 Kapitel: Motivation
 Kapitel: Werte
 Kapitel: Ziele


Modul: Achtsamkeit
 Kapitel: Einführung
 Kapitel: Achtsamkeit ausprobieren


Modul: Aktiv werden
 Kapitel: Aktivität und Stimmung
 Kapitel: Was mir guttut
 Kapitel: Aktivitäten umsetzen


Modul: Gedanken
 Kapitel: Der Einfluss unserer Gedanken
 Kapitel: Lebensgeschichte
 Kapitel: Verschiedene Blickwinkel


Modul: Gefühle verstehen
 Kapitel: Unsere Gefühle kennenlernen
 Kapitel: Die Botschaften unserer Gefühle
 Kapitel: Die Geschichte unserer Gefühle


Modul: Umgang mit Gefühlen
 Kapitel: Gefühle zulassen
 Kapitel: Schutzschilder der Gefühle


Modul: Selbstwert und Kraftgeber
 Kapitel: Selbstwert
 Kapitel: Umgang mit sich selbst
 Kapitel: Was gibt mir Kraft

Beschreibung aller Module

Beispielübung: Die Gefühlslupe



Schritt 1: Auswahl aktueller Gefühle

< TONI | Kapitel: Unsere Gefühle kennenlernen



Kapitelstart

Abschluss

Meine Gefühlslupe

In dieser Übung geht es darum, Ihre Gefühle im aktuellen Moment und die Zusammenhänge mit Ihrem Körper und Ihrem Handeln besser zu verstehen. Sie werden durch drei Schritte geführt: Im ersten Schritt, wählen Sie 1-3 Gefühle aus, die zu Ihrer aktuellen Gefühlslage am ehesten passen. Im zweiten Schritt, machen Sie sich bewusst, wo in Ihrem Körper Sie die Gefühle spüren. Im dritten Schritt überlegen Sie, welchen Einfluss diese Gefühle haben. Schauen Sie auch, wie es unseren Begleiter:innen mit dieser Übung ging.

Schritt 2: Verorten der Gefühle im Körper

Schauen Sie sich die unten abgebildeten Gefühlskarten genau an und fragen Sie sich: "Wie fühle ich mich gerade?" Wenn Sie ein Gefühl ausgemacht haben, fragen Sie sich, ob noch weitere Gefühle erspürbar sind. Wählen Sie bis zu 3 Karten aus, die Ihrem Gefühlszustand im aktuellen Moment gerade am ehesten entsprechen und klicken Sie auf "Weiter".

Angst

Scham

Trauer



Schritt 3: Handlungsimpuls

Was war Ihr erster Handlungsdrang, als Sie dieses Gefühl bzw. diese Gefühle spürten – was wollten Sie am Liebsten sofort tun?

flüchten, umherlaufen, verkriechen, jubeln, ...

Neu starten

Weiter >

Begleiter:innen



Kim



Michael



Marion

Meine Freundin schrieb in unserer Chatgruppe, dass sie gerne feiern gehen möchte, weil sie und zwei andere ihre allerletzte Uniprüfung geschafft haben. Ich fühle mich gerade einsam und schäme mich. Das fühlt sich an, wie ein Knoten im Bauch und meine Arme sind ganz schwer. Mein Impuls ist es, mich schnell von meinen Gefühlen abzulenken.

Fallbeispiele zur Unterstützung

Legende:

- *kursiv und schwarz*: Fragen/ Intros, die so wörtlich gestellt werden können
- *graue Schrift*: Gedankenstützen und Pfeiler für Fragen, nicht wörtlich fürs Interview gedacht
- *lila Schrift*: Interviewstruktur / Erklärung (wird nicht vorgelesen)

Interviewleitfaden

0. Intro

*Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Gespräch nehmen!
Noch einmal kurz zum Ziel: Das Interview findet im Rahmen meiner Masterarbeit statt und mich interessiert der Entscheidungsprozess, welche Patient:innen Sie zur TONI-Studie einladen.
Bevor ich zu den Fragen komme, noch zwei organisatorische Punkte:
Für die Auswertung des Interviews zeichnen wir diesen Teil des Gesprächs auf. Die Daten werden lediglich zur Transkription verwendet und danach gelöscht. Willigen Sie in die Aufnahme ein? – Aufzeichnung starten
Da wir diese Interviews mit Psychotherapeut:innen verschiedener Verfahren durchführen, kann es vorkommen, dass ich Sie zu meinem Verständnis um eine kurze Erklärung bzw. Klarifikation erwähnter psychotherapeutischer Konzepte bitte. Es wird voraussichtlich 30 Minuten dauern, Sie können zu jedem Zeitpunkt eine Pause erbitten oder das Gespräch ohne die Angabe von Gründen beenden. Haben Sie aktuell noch Fragen?*

1. Motivation an TONI-Studie teilzunehmen

Motivation

“Ganz allgemein interessiert mich: Was hat Sie dazu bewogen, an der TONI-Studie teilzunehmen?”

Vorerfahrung mit Blended Care

“Haben Sie vor der TONI-Studie schon einmal computer- oder mobilgestützte Elemente in der Therapie eingesetzt?”

Falls ja:

2. *“Welche Anwendungen haben sie genutzt?”*
3. *“Wie regelmäßig haben Sie diese Anwendungen eingesetzt?”*
4. *“Wie bewerten Sie diese Erfahrung?”*

“Haben Sie aktuell bereits Patient:innen in TONI eingeschlossen?”

Falls ja:

- *Wie viele?*

Entscheidungsprozess der Patient:innenauswahl

“Nun soll es genauer um die Auswahl der Patient:innen gehen. Sie laden im Rahmen der TONI-Studie neue Patient:innen zur Teilnahme ein.

Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie überlegen, ob Sie einem Patienten bzw. einer Patientin die Teilnahme an der TONI-Studie vorschlagen?”

a. Vertiefung: Patient:innenbezogene Variablen

- *“Gibt es (noch weitere) **Grundvoraussetzungen der Patient:innen**, die für Sie eine Rolle spielen?” (banales Bsp.: sollte lesen + schreiben können)*
- *“Gibt es (noch weitere) **Aspekte der Symptomatik**, die für Sie eine Rolle spielen?”*
- *“Gibt es (noch weitere) **Aspekte der Lebenssituation**, die für Sie eine Rolle spielen?”*
- *“Gibt es (noch weitere) **demografische Aspekte**, die für Sie eine Rolle spielen?”*

Nach der Nennung von Faktoren falls nicht selbst begründet oder ausgeführt:

a. *“Weshalb spielen diese Aspekte eine Rolle für Sie?”*

*“Was davon wären Aspekte, die Sie davon **abhalten**, die Teilnahme an TONI vorzuschlagen?”*

b. Vertiefung: Therapeutische Rahmenbedingungen

“Bis hierhin haben wir uns eher Patient:innenfaktoren angeschaut. Im nächsten Schritt soll es um therapeutische Rahmenbedingungen gehen.”

- *“Inwiefern spielt die **therapeutischen Beziehung** für Sie eine Rolle bei der Patient:innenauswahl?”*
- *“Gibt es (noch weitere) **zeitliche Aspekte**, die für Sie eine Rolle spielen?”*
(bei Nachfrage: Zeitaufwand vor und nach der Sitzung, Verzahnung in f2f-Therapie)
- *“Gibt es (noch weitere) **Inhalte oder Funktionen** von TONI, die für Sie eine Rolle spielen?” (Module, Tracker, Tagebücher)*

Nach der Nennung von Faktoren falls nicht selbst begründet oder ausgeführt:

b. *Weshalb / inwiefern spielen diese Aspekte eine Rolle für die Patient:innenauswahl ?*

“Was davon wären Aspekte, die Sie davon abhalten, die Teilnahme an TONI vorzuschlagen?”

Abschluss “Entscheidungsfindung”

“Gibt es noch weitere Punkte, die Ihnen zum Entscheidungsprozess der Patient:innen-Auswahl einfallen, die Sie noch nicht genannt haben?”

Falls Vorerfahrungen angesprochen:

- *“Sie haben anfangs gesagt, dass Sie schon Vorerfahrung mit computer- oder mobilgestützte Elementen in der Therapie haben. Inwiefern spielt diese Erfahrung eine Rolle in Ihrem Entscheidungsprozess?”*

Tatsächlicher Einschluss und Diskrepanz

a. Falls schon Patient:innen eingeschlossen:

“Wir haben nun über verschiedene Entscheidungsfaktoren gesprochen, die bei der Einladung der Patient:innen eine Rolle spielen könnten. Zu Beginn haben Sie gesagt, dass Sie bereits Patient:innen eingeschlossen haben. Inwieweit denken Sie, gibt es eine Übereinstimmung zwischen den von Ihnen tatsächlich ausgewählten Patienten und den eben genannten Entscheidungsfaktoren?”

Falls es eine Diskrepanz gibt:

- *“Was denken Sie, woher diese Diskrepanz kommen könnte?”*

“Wie denken Sie, wie wird sich Ihre Verwendung von TONI in Zukunft entwickeln?”

b. Falls alle Patient:innen eingeladen:

“Wir haben nun über verschiedene Entscheidungsfaktoren gesprochen, die bei der Einladung der Patient:innen eine Rolle spielen könnten. Zu Beginn haben Sie gesagt, dass Sie zunächst alle neuen Patient:innen eingeladen haben.

Wie viele Pat haben Sie zur Teilnahme eingeLADEN und wie viele tatsächlich eingeSCHLOSSENEN?

Wie erklären Sie sich diesen Unterschied in der Selbstselektion der Patient:innen?

c. Falls noch keine Patient:innen eingeschlossen:

“Wir haben nun über verschiedene Entscheidungsfaktoren gesprochen, die bei der Einladung der Patient:innen eine Rolle spielen könnten. Zu Beginn haben Sie gesagt, dass Sie noch niemanden eingeschlossen haben. Wie kommt das dazu?”

“Wie denken Sie, wie wird sich Ihre Verwendung von TONI in Zukunft (außerhalb der Studie) entwickeln?”

Abschluss

“Vielen Dank! Von meiner Seite aus wäre es das, ich habe ganz viel erfahren. Gibt es noch Punkte, die Sie mit mir teilen möchten?”

Leitfaden Interviews Therapeut*innen

Informationen zum Interview

- «Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben an diesem Interview über TONI teilzunehmen. Wir sind sehr an Ihrer Perspektive interessiert, um TONI weiterzuentwickeln und so die Integration in die Psychotherapie zu erleichtern.»
Organisatorisches:
- «Haben Sie noch Fragen, bevor wir mit dem Interview starten?»
- Sollten Sie nach dem Interview noch Fragen oder Anregungen haben, können Sie mich jederzeit über die aufgeführte Mailadresse kontaktieren oder das Anliegen nach dem Interview einbringen.
Dann beginnen wir mit dem Interview und ich starte die Audioaufnahme.
- *Falls Therapeut:innen bei der Durchführung zu einer Frage sehr viel zu erzählen haben, nach einer gewissen Zeit unterbrechen mit dem Hinweis, das im Anschluss an die Fragen bei genügender Zeit dieses Thema nochmals aufgegriffen werden kann.*

Leitfaden

Vorerfahrungen

Hatten Sie vor der Teilnahme an der TONI-Studie bereits Erfahrungen mit digitalen Interventionen in der Psychotherapie?

Nutzung und Integration von TONI in die Therapie

Wie haben Sie die TONI-Module in die Therapie eingesetzt?

*Wurden Angaben zum **Grad der Integration** gemacht?*

→ Wie haben Sie die Online-Module in die persönlichen Sitzungen integriert?

*Wurden Angaben gemacht, zu welchen **Zeitpunkten** die TONI-Module eingesetzt wurden?*

→ Zu welchem Zeitpunkt haben Sie die TONI-Module in der Therapie eingesetzt?

Facilitators (förderlichen Faktoren)

Welche Aspekte wurden durch den Einsatz von TONI gefördert, ermöglicht oder erleichtert? Nachfragen: Was hat Ihnen TONI gebracht?

Wurden Angaben auf Ebene des Therapieprozesses, der PT und der Pat. gemacht?

*→ Was hat TONI für den **Therapieprozess** gebracht?*

*→ Was hat TONI Ihnen als **Therapeut:in** gebracht?*

*→ Was hat TONI Ihren **Patient:innen** gebracht?*

Welche Faktoren haben Sie an TONI selbst als hilfreich oder nützlich empfunden?

Was fanden Sie an der Intervention, dem Aufbau, dem Inhalt von TONI hilfreich?

Wurden Faktoren auf einer generellen Ebene angesprochen?

→ Allgemein zu Online-Programmen zusätzlich zur Psychotherapie, welche Faktoren sehen Sie als förderlich?

→ Was denken Sie, welche Faktoren sind für Online-Programmen in der Psychotherapie förderlich?

Barriers

Welche Aspekte wurden durch den Einsatz von TONI behindert oder erschwert?

Wurden Angaben auf Ebene des Therapieprozesses, der PT und der Pat. gemacht?

*→ Wurde der **Therapieprozess** durch TONI behindert oder erschwert? Wenn ja, wie?*

→ Was war für als **Therapeut:in** hinderlich oder schwierig?

→ Was war für Ihre **Patient:innen** hinderlich oder schwierig?

Welche Faktoren haben Sie an TONI selbst als hinderlich oder negativ empfunden?

Was fanden Sie an der Intervention, dem Aufbau, dem Inhalt von TONI schwierig?

Wurden Faktoren auf einer generellen Ebene angesprochen?

→ Was denken Sie, welche Faktoren sind für Online-Programmen in der Psychotherapie hinderlich? Barrieren?

Vorzeitige Beendigung der TONI-Nutzung bei Patient:innen ("discontinued use", „nicht fortgeführte Nutzung“)

„Haben Patient:innen von Ihnen zwischendurch überlegt, nicht mehr mit den TONI-Inhalten zu arbeiten?“

Falls ja: „Welche Gründe wurden für diese Überlegungen genannt?“

Nachfragen: «In welchen Situationen wollten die Patient:innen nicht mehr mit den TONI-Inhalten arbeiten?»

Zukünftiger Einsatz von digitalen Interventionen

Wenn TONI nach der Studie weiterhin zur Verfügung stehen würde: Würden Sie die TONI-Module über die Studie hinaus nutzen?

Falls Ja: Warum würden Sie TONI weiterhin nutzen wollen?

(Falls nein: Was müsste passieren, damit Sie TONI mehr nutzen würden?)

Welche Strukturen in Ihrem beruflichen Alltag (Ressourcen, Abläufe) sollten gegeben sein, damit Sie digitale Interventionen routinemäßig einsetzen? Organisatorische Abläufe?

Abschliessende Frage

Gibt es einen Aspekt, den Sie zum Schluss noch gerne ansprechen möchten?

Ich beende nun die Aufnahme. Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Adaptiert nach: Bielinski et al. (2022), Mol et al. (2020), Titzler et al. (2018)

Leitfaden für die qualitativen Interviews mit Patient*innen

Interview-Strategie:

Dieses Interview eignet sich am besten als relativ unstrukturierte, empathische Untersuchung der Therapieerfahrung des*r Klient*in. Stellen Sie sich vor, dass Sie in erster Linie versuchen, dem*r Klient*in zu helfen, Ihnen die Geschichte der bisherigen Therapie zu erzählen. Es ist am besten, wenn Sie eine neugierige Haltung zu den im Interview angesprochenen Themen einnehmen, indem Sie die vorgeschlagenen offenen Fragen und einfühlsamen Antworten verwenden, um dem*r Klient*in zu helfen, die Erfahrungen auszuführen. Beginnen Sie also für jede Frage relativ unstrukturiert und legen Sie nur bei Bedarf eine Struktur fest. Für viele Fragen wurden weitere alternative Formulierungen vorgeschlagen, aber denken Sie daran, dass diese möglicherweise nicht erforderlich sind.

- Bitten Sie den*die Klient*in, so viele Details wie möglich anzugeben.
- Verwenden Sie die Formulierung „noch etwas?“ (z.B. „Gibt es noch andere Änderungen, die Sie bemerkt haben?“): Erkundigen Sie sich auf eine unaufdringliche Art, bis dem*r Klient*in die Dinge ausgehen, die er*sie sagen kann.

Einführung ins Interview

„Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um ein paar Fragen zu Ihrer Therapie, die aus Ihrer Psychotherapie und dem Online-Programm *TONI* besteht, zu beantworten. Ich möchte Sie bitten, so viele Details wie möglich anzugeben, damit wir besser verstehen können, wie die Kombination aus der Psychotherapie und TONI wirkt und wie wir die Online-Inhalte verbessern können. Für die Auswertung des Interviews werden wir diesen Teil des Gesprächs aufzeichnen.“

1. Allgemeine Fragen

- a) „Wie geht es Ihnen aktuell, so ganz allgemein?“
- b) „Wie war die kombinierte Therapie, bestehend aus Ihrer Psychotherapie und TONI, für Sie bisher? Wie haben Sie sich damit gefühlt, die kombinierte Therapie zu machen?“
- c) „Wie wurde TONI, also die Online-Elemente, in Ihre Therapie integriert?“
(Vorbereitung, Nachbereitung, Hausaufgabe, Ersatz für Therapiestunde etc.)

2. Veränderungen

- a) „Welche Veränderungen, falls es welche gab, haben Sie bemerkt, seit Sie mit der kombinierten Therapie, also mit Ihrer Psychotherapie und TONI, angefangen haben?“

Folgende Nachfragen/Ergänzungen können hilfreich sein:

- „Handeln, fühlen oder denken Sie anders als zuvor?“
- „Welche Hinweise oder Ideen, vielleicht auch über sich selbst, haben Sie durch die Teilnahme erhalten?“

- „Haben andere Menschen Ihnen gesagt, dass sich etwas an Ihnen verändert hat?“
- b) „Hat sich etwas zum Negativen verändert, seit Sie die Therapie angefangen haben?“
- c) „Gibt es etwas, von dem Sie sich gewünscht haben, dass es sich verändert, was sich noch nicht verändert hat, seit Sie die Therapie angefangen haben?“

3. Hilfreiche Aspekte

- a) „Haben Sie den Eindruck, dass die Kombination aus Ihrer Psychotherapie und TONI hilfreich war?“

➔ wenn JA: „Können Sie zusammenfassen, was für Sie hilfreich war? Bitte nennen Sie, wenn möglich, auch Beispiele.“

Folgende Nachfragen/Ergänzungen können hilfreich sein:

- „Das kann sich sowohl auf allgemeine Aspekte als auch auf bestimmte Ereignisse beziehen.“
 - „Gibt es für Sie etwas, das für Ihren Therapiefortschritt besonders bedeutsam war?“
 - „Waren bestimmte Module oder Kapitel besonders hilfreich bzw. haben in Ihnen etwas angestoßen oder bewegt?“
 - b) „Hätte Ihnen in der Therapie etwas gefehlt, wenn TONI nicht mit eingebunden gewesen wäre?“
- Folgende Nachfrage/Ergänzung kann hilfreich sein:
- „(Wie) war speziell TONI für Ihre Therapie hilfreich?“
 - c) „Was wären hilfreiche Aspekte, um die Verzahnung/Kombination von TONI mit der ambulanten Therapie zu verbessern?“

4. Attributionen

- a) „Ganz allgemein, was denken Sie, hat zu den Veränderungen, die Sie beschrieben haben, geführt? In anderen Worten, was hat die Veränderung angestoßen?“

Folgende Nachfrage/Ergänzung kann hilfreich sein:

- „Das können sowohl Dinge sein, die mit der Therapie zusammenhängen, als auch Dinge, die nichts mit der Therapie zu tun haben.“

5. Problematische/hinderliche Aspekte

- a) „Was an der kombinierten Therapie, bestehend aus Ihrer Psychotherapie und TONI, war hinderlich, nicht hilfreich, negativ oder enttäuschend für Sie?“

Folgende Nachfrage/Ergänzung kann hilfreich sein:

- „Das kann sich sowohl auf allgemeine Aspekte als auch auf bestimmte Ereignisse beziehen.“
- auf verschiedene Varianten des Negativen eingehen/die nachfragen

- b) „Gab es etwas an der kombinierten Therapie, das schwierig oder unangenehm, aber dennoch in Ordnung oder vielleicht hilfreich war? Was waren das für Sachen?“
- c) „Hat Ihnen insgesamt etwas an der Therapie gefehlt?“
Folgende Nachfrage/Ergänzung kann hilfreich sein:
- „Was hätte die Therapie für Sie effektiver oder hilfreicher gemacht?“

6. Drop-out

- a) „Haben Sie zwischendurch überlegt, nicht mehr mit den TONI-Inhalten zu arbeiten?“
Folgende Nachfrage/Konkretisierung kann hilfreich sein:
- „Haben Sie zwischendurch überlegt, nur noch an der Psychotherapie teilzunehmen und die TONI-Inhalte nicht mehr zu nutzen?“

→ wenn NEIN: weiter mit den Fragen zum Thema „Vorschläge“

→ wenn JA:

- a. „Können Sie diese Situation genauer beschreiben?“
- b. „Aus welchen Gründen haben Sie überlegt aufzuhören?“
Folgende Nachfrage/Konkretisierung kann hilfreich sein:
- „Fällt Ihnen dazu noch etwas ein?“
 - „Was war hilfreich, um dabei zu bleiben?“

→ Formulierungen für weitere Nachfragen:

- „Können Sie das genauer erläutern?“
- „Können Sie mir mehr dazu erzählen?“

7. Vorschläge

- a) „Haben Sie irgendwelche Vorschläge für uns bezüglich der Forschung oder der Online-Inhalte?“
- b) „War eine/mehrere Fragen schwierig zu beantworten/irritierend?“
- c) „Gibt es noch etwas, das Sie mir gerne sagen würden?“

Abschluss des Interviews

„Ich beende jetzt die Aufnahme. Vielen Dank, dass Sie die Fragen so offen und ehrlich beantwortet haben und dass Sie sich die Zeit dafür genommen haben.“

Anlage 7: Qualitative Ergebnisse zu Einschlusskriterien, förderlichen und hinderlichen Faktoren in BC

Tabelle 1

*Förderliche Faktoren bei der Nutzung von TONI / BC aus Sicht der Psychotherapeut*innen (PT)*

		PT (N = 9)	Beschreibung
Ebene der Intervention	Modularer Aufbau	8	Aufbau von TONI bzw. einzelne Module hilfreich
	Vielfältiger Medienmix/therapeutische Ansätze	6	Medienvielfalt, Interaktivität und integrative therapeutische Ausrichtung von TONI
	Struktur	5	Klare Struktur und Übersichtlichkeit als förderlich
	Einfache Handhabung	5	Handling und die technische Abläufe von TONI als nützlich
	Gut fundiertes Programm	3	Qualität von TONI (fundiertes, von Expert*innen entwickeltes Programm)
Ebene der Patient*innen	Intensivierung der Therapie, Förderung Reflexion	5	TONI fördert Verständnis und Reflexion, was zu Intensivierung der Therapie führt.
	Selbstwirksamkeit	5	TONI förderlich für Selbstständigkeit, Selbstmanagement
	Unabhängigkeit von Zeit/Ort/Psychotherapeut in	4	Ständige Verfügbarkeit von TONI als förderlich
Ebene der Psychotherapeut*innen	Motivation	5	Motivation förderlich
	Vorerfahrung mit digitalen Anwendungen	7	Vorerfahrungen mit digitalen Inhalten förderlich
	Bereicherung für die therapeutische Arbeitsweise	5	TONI bzw. BC bereichernd für Therapievorgehen bzw. Arbeitsweise
	Zeitersparnis	5	Mit Anwendung von TONI Zeit gespart
	Erleichterte Qualitätssicherung	2	TONI erleichtert Prozessmessungen, Monitoring zur Qualitätssicherung

Tabelle 2

*Hinderliche Faktoren bei der Nutzung von TONI / BC aus Sicht der Psychotherapeut*innen (PT)*

		PT (N = 9)	Beschreibung
Ebene der Intervention	Mangelnde Übersichtlichkeit	5	technisch-organisatorischen Schwierigkeiten bei der Nutzung im Alltag der Psychotherapeut*innen. z.B. Fehlende Übersichtlichkeit des Programms, fehlende Möglichkeit Inhalte auszudrucken.
	Unspezifische Inhalte	3	TONI-Inhalte zu allgemein/unspezifisch für die Therapie
	Fehlende Transparenz d. Inhalte	1	Theoretische Hintergründe hinter Inhalten zu wenig transparent

		PT (N = 9)	Beschreibung
Ebene der Patient*innen	Mobiles Format	4	App für die mobilen Geräte in der Anwendung als hilfreich erachtet werden und gewünscht wurden
	Datenschutz	2	Bedenken hinsichtlich Privatsphäre/Datenschutz
	Geringe Nutzung	3	Wenig Nutzung durch Patient*innen
	Zusatzbelastung durch TONI	5	Druck, Stress, Überforderung durch TONI
	Persönliche Fertigkeiten	3	Persönliche Fertigkeiten/Eigenschaften wie niedrige Reflexionsfähigkeit
Ebene der Psychotherapeut*innen	Motivation/Erwartung	6	Niedrige Motivation/ andere Erwartung
	Alter	6	Höheres Alter/Lebensphase der Patient*innen
	Rahmenbedingungen	3	z.B. Sprachliche Schwierigkeiten
	Hoher Zeitaufwand	7	Hoher Zeitaufwand
	Fehlende Passung	5	Fehlende Passung TONI / Therapievor gehen bzw. Arbeitsweise
	Fehlende Routine mit TONI-Inhalten	5	TONI-Inhalte sind zu wenig präsent um auf sie zugreifen zu können.
	Rolle der BC-Psychotherapeut:in	7	Schwierigkeiten mit BC-Psychotherapeut*innen-Rolle z.B. wie viel sollen Patient*innen kontrolliert/nachgefragt/motiviert werden?
	Mangelnde Implementierung in Versorgung	5	Schwierigkeiten in der Implementierung in der Versorgung, z.B. Abrechnung und Vergütung von BC

Tabelle 3

Förderliche Faktoren zur Nutzung von TONI /BC nach Personen getrennt, die hinsichtlich ihrer Symptome von BC profitiert (Responder) oder nicht profitiert (Non-Responder) haben.

	Responders (N = 10)	Non- Responders (N = 10)	Beschreibung
Therapiekontext	4	3	Psychotherapeutische Beziehung und Durcharbeiten schwieriger Inhalte war förderlich
Technik & Usability	7	10	Hilfreiche Usability Features und Struktur
Direkter Kontakt mit Psychotherapeut*in	4	5	Hilfreich für Personalisierung und Krisenmanagement, zur Vor- und Nachbereitung von TONI.
TONI-Inhalte - Module/Kapitel	10	10	Hilfreiche Auswahl der Module

	Responders (N = 10)	Non- Responders (N = 10)	Beschreibung
TONI-Inhalte- Trackers	1	3	Hilfreich um Symptome und Fortschritte zu monitoren
TONI-Inhalte- Tagebuch	2	3	Hilfreich für Selbstreflexion
TONI-Inhalte- Medien	6	4	Videos und Audios haben bei Verständnis geholfen
TONI-Inhalte- Fragebögen	4	4	Hilfreich für Selbstreflexion und Fortschrittsmonitoring
TONI-Inhalte- Fallbeispiele	2	1	Hilfreich um sich mit anderen verbunden zu fühlen
Intensivierung der Therapie	9	10	Förderung der Auseinandersetzung mit und Vertiefung von Therapiethemen durch TONI-Nutzung zu Hause
Unabhängigkeit / Selbstverantwortung	9	9	Ermöglicht selbstgesteuerte Übungen und Reflexionen
Flexibilität	7	8	Fördert Arbeit in eigenem Tempo, unabhängig von Ort und Zeit
Übertrag in den Alltag	6	5	TONI hat es gefördert, therapeutische Inhalte in den Alltag zu übertragen
Überbrücken von Abwesenheit der Psychotherapeut*in	4	6	TONI hat es gefördert an sich selbst / Problemen zu arbeiten, wenn Psychotherapeut*in keine Zeit hatte
Individuelle Faktoren	2	3	Individuelle Faktoren wie Motivation mit TONI Neues auszuprobieren.

Tabelle 4

Hinderliche Faktoren zur Nutzung von TONI / BC nach Personen getrennt, die hinsichtlich ihrer Symptome von BC profitiert (Responder) oder nicht profitiert (Non-Responder) haben

	Responders (N = 10)	Non- Responders (N = 10)	Beschreibung
Keine Hürden/Barrieren	0	5	Keine hinderlichen Aspekte genannt.
Schwierigkeiten in Psychotherapie	2	4	Hürden mit ambulanten Therapiesitzungen, z.B. Terminschwierigkeiten
Datenschutz	1	1	Bedenken hinsichtlich Privatsphäre/Datenschutz
Fehlende Usability	5	7	Schwierigkeiten auf Grund von Usability
Technische Schwierigkeiten	3	3	Hürden mit technischen Geräten oder dem Zugang der Psychotherapeut*innen zum Inhalt.
TONI-Inhalte - Module	5	6	Manche Module waren unklar oder haben viel Zeit benötigt
TONI-Inhalte - Trackers	1	3	Hürden bei Langzeitnutzung oder intensiver Nutzung

	Responders (N = 10)	Non- Responders (N = 10)	Beschreibung
TONI-Inhalte - Tagebuch	1	0	Tagebuch wurde nicht genutzt.
TONI-Inhalte - Fragebögen	3	3	Manche Fragebögen waren zu allgemein, oberflächlich oder verwirrend
Aufwand - Inhalt	4	3	Überwältigende Emotionen bei Arbeit mit TONI, die allein zu bewältigen waren
Aufwand - Zeit	6	4	Hohe Zeiterfordernis mit der Kombination Psychotherapie plus TONI
Fehlende Individualisierung	3	3	Übungen zu allgemein und nicht personalisiert genug
Individuelle Faktoren	4	5	Individuelle Umstände wie Symptomschwere, Vorbehalte gegen die Studie
Fehlende Integration	5	3	Fehlende Integration von TONI in Therapie
Angenommene Schwierigkeiten für andere	5	4	Angenommene Hürden für andere Patient*innen, wie Motivation oder Verständnis.
Keine Nutzung	4	4	Fehlende Zeit, Motivation, Energie, um konstant mit TONI zu arbeiten.

Kategoriensystem Who blends in?

Code	Definition	Application ("to code when" / "not to code when")	Anchor
Valence	Indicator whether the criterion is rather inclusion or exclusion criterion	-	-
prerequisite	indicates that a criterion is necessary, thus a prerequisite for the use of BT	to code when therapists name characteristics that need to be given in the patient to offer them to participate	<i>So they have to be able to read, so they also have to be able to write without too much of a hurdle, and they also have to understand what is being presented (T5).</i>
(rather) exclusion	indicates that a criterion is not suitable for the use of BT, BT would not be applied under this criterion	to code when therapist considers certain characteristics or circumstances to be necessary or unfavorable for blended therapy, for example, they would not introduce blended care under these circumstances	<i>So highly suspicious and somehow maybe even into... into paranoid symptoms. So I think I would think about it very carefully. No, so if I had the feeling that I would have to spend a lot of time explaining ne... how it works exactly, how data protection is and so on, I think I would... I probably wouldn't do that... do that. I think. (T2)</i>
indifferent	Criterion was discussed, but not considered decisive for the selection	Main category to be coded indifferent when answer for question for main category is that it does not matter; Subcategory to be coded when the therapist has discussed a feature but concludes that the feature is not critical not to code: if factor mentioned as "indifferent" but later turns out to cause usage adaptation / exclusion	<i>Exactly, it would just be the age, but there I would also, first of all, ask the people themselves, so, right? Because someone can be 80 and still be able to navigate well in the Internet, right? (V6)</i>
usage adaptation	Criterion indicates a challenge for usage, and therapist is willing to adapt usage	to code when therapist considers certain characteristics or circumstances to be difficult for online therapy, but they say that the use could be adapted for it	<i>Of course, it depends on the situation: If someone is very suicidal or goes in that direction, you have to, I don't think that's impossible, but you have to take a close look at which modules you select and what might trigger too much or whatever. You can't control what happens in the time in between. But apart from that, I don't think there's anything to be said against it. So in the case of depressive symptoms, I would just take a careful look, especially at what I then select. (V7)</i>

Code	Definition	Application ("to code when" / "not to code when")	Anchor
particularly suitable	Criterion indicates a particular eligibility or prerequisite for the usage of TONI platform, high chances therapists would invite patients with these characteristics to participate	to code when therapist considers certain characteristics or circumstances to be particularly suitable for blended care	<i>So basically everything that goes into the depressive, uh, corner, anxiety disorders... I would say that fits super well. (T7)</i>
Therapist-related factors	Therapist's attitudes and experiences with IBI that might influence the selection process	-	-
Previous Experience with digital Interventions	Use of IBI to date	-	
none	never tried IBI before	to code when the therapist has never tried internet-based interventions before, even if the therapist mentions video therapy due to COVID-pandemia	<i>I: Before the TONI study, have you ever used computer- or mobile-based elements in psychotherapy? T4: No. No. (T4)</i>
little	already tried IBI in therapy a few times	to code when therapist states they have used internet-based interventions a few times, such as prescribing digital interventions (DiGAs are digital health applications that can be prescribed by health professionals in Germany) or working with meditation applications	<i>(Ehm) No, just a mindfulness app, the patients sometimes have mood tracker apps or something like that, which I integrate it a little bit, but actually not in a regular or structured way. (V2)</i>
routinely	IBIs an integral component of the therapy	to code when therapist states that internet-based interventions have already become an integral part of their therapy on a regular basis	<i>So um I regularly prescribed digital health apps and um exactly. Yes. But otherwise actually online surveys, online tests, such ... so more... more diagnostic tools (T5)</i>
Evaluation of earlier Experiences	Evaluation of experience to date		

Code	Definition	Application ("to code when" / "not to code when")	Anchor
low participation	Low participation on the part of the patients	to code when the therapist's previous experience was that internet-based interventions have not been well accepted by their patients yet, e.g. few patients participated or few have actively used it	<i>So, for example, I have prescribed DiGAs (ehm) a few times now and I also had the (...), I was surprised how few people actually used it. (...) I am also in a learning process. And (ehm), yes, it really surprised me, because I was also so really enthusiastic, and I can imagine, if it had affected me, that I would have done it immediately somehow and would have immediately tried somehow to get through it. But (ehm), it was less than I would have expected from the patients actually. (V4)</i>
useful	positive experiences and thus open attitude for further integration of digital intervention in therapeutic practice	to code when the therapist has previously found blended care useful in therapy in the sense that patients have benefited from it or it has opened up new possibilities for him/her	<i>V3: Well, it was (laughs) just the one case, that is of course a thin basis, data basis. (Ehm) Quite subjectively, I was amazed that the patient had benefited so much from it. I had not expected that, but she spoke very positively about it and was actually very taken with the, with this DiGa, yes exactly. (V3)</i>
Motivation to participate/use TONI	therapist's motivation to participate in TONI study		
positive attitude towards TONI	expression of positive associations with and expectations on TONI platform and/or study	to code when therapists show positive impression and expectations towards TONI due to e.g. development-process of the platform, the referral from BPTK, and other platform and study characteristics (transdiagnostic, modular, etc.)	<i>And then TONI came, and I thought "everything so free, everything so possible. I thought, great, great addition. That's what I was looking for.". And that definitely already played a role. (V1)</i>
supporting research	motivation to support research in the field of blended therapy	to code when the motivation for the study is supporting research in the field of blended therapy e.g. due to interest in evidence-based digital interventions	<i>So, on the one hand, I was moved by the fact that PDT is also being researched, I generally find that there is too little research on PDT (T2).</i>
interest in expanding therapeutic possibilities	general openness, interest in expanding therapeutic options through BC e.g. different methods, content, increased flexibility in the design of therapeutic process time- and content-wise	to code when the motivation for the study is that BC gives them new methods or media to work with, or BC enables a new way of influencing the patient, also to code when the therapist is motivated by increased flexibility through BC that enables e.g. remote work, bridging waiting time, longer intervals between sessions on side of the therapist	<i>And then this situation happened with Psycho-online and with the DiGAs, where I thought, yes, why not? Perhaps I can broaden my offer, just as I am learning another technique, I also want to broaden my offer. (V1)</i>

Code	Definition	Application ("to code when" / "not to code when")	Anchor
Patients included			
included	(some) patients have already registered in TONI platform	to code when (some) patients have already registered in TONI platform	<i>So, four have joined in now. I probably suggested it to eight. (V5)</i>
not included	no patient has registered in TONI platform yet	to code when no patient has registered in TONI platform yet	<i>Well, I invited a patient a while ago, and I asked her again because she hadn't replied to the invitation yet. I checked again today and she still hasn't answered. (T6)</i>
Patient-related factors			
Demographics			
	Characterizations of patients in the population and its structure based on objective factors	-	-
gender	the gender with which the patient self-identifies	to code when gender is mentioned as a factor of the selection process not to code when examples of patients participating or stereotypes e.g. "an 80-year-old woman" are mentioned	<i>Not: (Ehm), I would not include, now so as a cliché image, the old lady, 80 years, who can see badly, who (ehm) has memory problems and where the man always sits there and constantly asks, "What are you doing now?". "Why are you on the computer now", or on the laptop, yes. That would now be like that, would now be a clichéd summary. That is already sufficient now as a summary, actually. (V3)</i>
age	numeric and/or developmental age of patients	to code when the patient's age is mentioned as a factor of the selection process, including mentioning the study inclusion criterion (min. 18 years) not to code: lack of certain abilities influences or is associated by the patient's age	<i>It depends on their maturity. So I would decide based on maturity. If it was open for adolescents, there are 14-year-olds for whom I could envision some of the content. (T7)</i>
Living Conditions of Patients			
	psychosocial conditions influencing the selection	-	-
technical equipment	availability of computer or smartphone and internet access to work on digital content.	to code when technical equipment like a smartphone, including mentioning patient's (limited) financial resources leading to (in)availability of devices or internet access not to code when the therapist mentions that devices are shared (then: safe workstation)	<i>The only criterion for exclusion is, of course, if someone does not have the equipment with which they can do this. That has not been the case so far. (T1)</i>

Code	Definition	Application ("to code when" / "not to code when")	Anchor
safe workstation	Place where the content of the platform can be worked on in peace and in privacy	<p>to code when necessities of the situation in which the patient can work on TONI are mentioned, such as privacy and tranquillity, also the necessity for the patient to have their own device when it comes to being able to work on BC in tranquillity and privacy</p> <p>not to code when technical equipment and internet access are described without mentioning aspects of privacy or safe environment</p>	<i>I'd compare this to writing your diary. Working on these modules is something really personal and therefore, a safe space is needed. (T2)</i>
time resources	time resources on the part of patients	<p>to code when time resources or limits on side of the patient are mentioned referring to having time for attending f2f therapy or to work on TONI content, including discussion of distance to therapist's office</p> <p>not to code when time resources and constraints of the therapist are mentioned, not to code when time refers to travel distance to therapy, not to code when time refers to the interval between sessions on side of the therapist</p>	<i>Of course, in case of someone who I assume, I don't know, has small children or something like that, (ehm) that this could perhaps limit the frequency of the therapy, then I would probably consider even more quickly that video material could be helpful, yes, for self-study and so on, yes. But I haven't thought about it until now. But yes, so I would, or also other factors, limitations, physical limitations, (ehm) long distances or so, in which the frequency of therapy is limited (...). (V4)</i>
Symptoms	Diagnoses or symptoms of the patients influencing the selection	-	-
anxiety and depression	Symptom complex including criterion of depression and/or of anxiety diagnosis	To code when mentioned that patient suffers mainly from depression or anxiety disorder	<i>On the other hand, also the problems that the patients bring. Those are often related to depressive attitudes, adjustment disorders, conflicts with self-worth, those things. And then I think that's where TONI offers good material. (V1)</i>
autism	patients that are diagnosed with Autism Spectrum disorders	to code when therapists mention the diagnosis of ASD as criterion for inclusion or exclusion due to possible effects the intervention might have on the patient	<i>I could imagine autism might be... I'd rather not apply it with these patients because... yeah, I'd rather wait for study findings there. (T7).</i>

Code	Definition	Application ("to code when" / "not to code when")	Anchor
dissociative or psychotic symptoms	Possibility that patient may dissociate and or shows psychotic symptoms such as hallucinations, delusions or confused and disturbed thoughts	To code when mentioned that patient is at risk to dissociate during the course of treatment and when therapist mentions psychotic symptoms such as hallucinations, delusions or confused and disturbed thoughts	<i>It would certainly be different if I treated (ehm) psychotic patients on an outpatient basis. Then you could think about it again, if they are in such an acute phase, whether I would offer it to them. (V6)</i>
magnitude of acute and general distress	level of stress resulting from general resilience, which is influenced by psychopathology and life circumstances, as well as from acute distress due to crisis	to code when the patient's level of distress is mentioned, which depends on the patient's ability to cope with distress. This refers to both acute crisis and chronic distress (e.g. high symptom load, death of a close person, conflicts,..) not to code: when symptomatic explanation for stress is given that can be coded with other category of symptoms (psychotic/ dissociative symptoms, severe trauma, anxiety and depression, media addiction)	<i>But in such existential crises... I think it is somehow also important that there is this human encounter and that one is first always very close to what is needed now. (T2)</i>
media addiction	significantly increased media consumption, including high amounts of Screentime hours / per week	to code when media dependence is suspected in the patient	<i>So when I have young people with a significantly increased media consumption... So we are talking about those who are not in school, or who attend school or training irregularly, we are talking about over 100 hours per week in some cases. That's where I say I don't want to encourage them by pointing them to an app so that they can legitimise their high media consumption. I would rather keep my distance if I thought it had the character of addiction. (T6)</i>
level of personality functioning	concept found in Alternative SDM-5 Model of personality disorders (AMDP), including four core personality elements using a self and interpersonal framework comprise the dimensions, describing personality structure	to code when therapists mention organizational level and resulting psychological functioning, such as self-regulation, interactional patterns etc.	<i>Anyway, in retrospect, there are two patients to whom I would have said, "I wouldn't have offered it to them". Because they had such a borderline structure where I could imagine that they might have felt devalued if I had suggested something like that, where it... where they might have had the feeling "she doesn't want to see me" or something. (T3)</i>

Code	Definition	Application ("to code when" / "not to code when")	Anchor
severe trauma	traumatic experiences in the patient's biography and why these can influence the selection process	to code when therapist suspects severe trauma or post-traumatic stress disorder	<i>So if, for example, (...) (mh) (...) someone with post-traumatic stress disorder, where it is even more difficult to build up a relationship, (ehm) then I wouldn't want to put this additionally on them. And (ehm), yes, I would rather go without it (ehm) (V5).</i>
Patients' preconditions	Non-pathologic patient variables	-	
ability to reflect	Ability of metacognitive processes their thoughts, feelings and behavior, "meta-cognitive process" of reflecting on thoughts, emotion and behavior	<p>to code when therapist discusses the patient's ability to observe and work on their thoughts, feelings and behavior, "meta-cognitive process" of reflecting on thoughts, emotion and behavior</p> <p>not: cognitive abilities or dissociative and / or psychotic</p>	<i>And if I have a little more space, if I have understood the patient's problem relatively quickly, if I also have the feeling, it is actually something (ehm) where cognitive work can be applied well, yes. Maybe also this thought, how much influence do I have on my life, how much influence do I have on my thoughts, yes, and how can I influence something. If it doesn't seem so completely unfamiliar to someone, then it's easier for me to dock on. But if that is still totally strange, then I would have, I think, a lot of fear that I hurt people by, by not making them feel taken seriously. Well, because, it would be a misunderstanding, but that the misunderstanding could come up. (V4)</i>
cognitive abilities	Patient's ability to process, reason, and to solve problems, so understanding contents and exercises	capability of patients to understand TONI tasks and contents and ability to work on those	<i>Having limitations in the ability to write and intellectual deficits... I don't know, an IQ of under 85. Where I would guess that you, I have read through this before, they might be overwhelmed by it (T5)</i>
fit for outpatient care	Whether outpatient care is indicated	<p>to code when therapist discusses whether patient is suitable for outpatient therapy rather than an inpatient setting or other form of care</p> <p>not: ability to reflect; fluent in German written and spoken</p>	<i>I think I would not do it now with someone with a psychotic disorder (ehm) I would not use it (ehm). (5 sec) Yes, only then, so you have to check to what extent psychotherapy is possible. And I would be very cautious, if there are suicidal tendencies. (ehm) yes. (V5)</i>
fluency in German (written and spoken)	Patient is able to speak, read and write in German	to code when therapist mentions the ability to speak, read and write in German	<i>So basically, of course, it will be necessary for someone to be able to read and write, and to have sufficient mastery of the German language, so the language is a basic prerequisite (T4)</i>

Code	Definition	Application ("to code when" / "not to code when")	Anchor
Internet literacy	Experience and confidence in using digital devices and digital platforms	to code when therapist talks about the patient's ability to navigate through the internet, for example: patient feels comfortable or insecure in using online applications	<i>I could imagine where I wouldn't apply it would be with someone who I think has... he is not so technically versed (T3)</i>
participation motivation	Willingness and interest of the patients to use TONI platform and to participate in the study	to code when therapist mentions patient's attitude toward using digital interventions: open, motivated, or does not want to participate e.g. due to doubts about data security, lack of interest	<i>If I have the impression that it could be exhausting to convince the person. Well, there was someone, a younger woman, who also had reservations about data protection and didn't want to find out more about it, and then I respected that and left it there, well, that contributed to it. (V5)</i>
therapeutic experience	The patient's knowledge of therapeutic procedures and psychoeducational content of previous therapies	to code when therapist mentions the patient's therapy experience, i.e. the extent to which the patient is familiar with the framework, content such as psychoeducation or therapeutic exercises not: lack of time (Time resources), insecurity in internet usage (internet literacy), high distress (symptoms - > distress)	<i>If someone comes to their third psychotherapy and actually already knows quite a lot and it is more about implementing things, then I don't think I would start offering them all kinds of information again. If someone is in therapy for the first time - as is the case with the current candidate - then I can imagine it better (T4)</i>
Therapy and Study Conditions	General conditions of the study design, platform and temporal organization of the therapy	-	-
Role of Intervention for Psychotherapy	Added value of TONI for therapy. This refers to both the content and the effects of using TONI platform in therapy. (Self-efficacy, new points of view, transfer to everyday life, outsourcing or intensification of psychoeducation).	-	-
give impulses	Provide other points of view to patients in their everyday life, possibility to have influence outside of therapy in everyday life as well as impulses patients take into f2f sessions	to code when the therapist intends to use TONI to enable the patient to gain new perspectives or impulses	<i>My experience with patients who do the modules is that they get impulses again that might otherwise go unnoticed, or they read more deeply into things on their own. So it really stimulates this... so it very much activates the patients' self-work. I find that very, very good. (T1)</i>

Code	Definition	Application ("to code when" / "not to code when")	Anchor
intervention characteristics	Therapist's knowledge about TONI platform (modules, functions) and assessment of the contents relevance for decisions regarding the participation inclusion	to code when therapist reports how much knowledge they have about the platform (e.g. not even looked at it or tested all contents themselves once) and whether TONI platform is relevant for their decision to invite patients	<i>Well, no, I wouldn't say that, because I think that I find suitable modules for every patient. So I don't think there are individual patients where I think it doesn't fit at all. So no, I would not say that I find an exclusion criterion due to the offer of the modules. (V7)</i>
psychoeducation	systematic, structured, and didactic transfer of knowledge about symptomatology and disorder and its treatment, integrating emotional and motivational aspects to enable patients to cope with the illness and to improve its treatment adherence and efficacy (Ekhtiari et al., 2017)	to code when the therapist intends to use TONI to provide psychoeducational content	<i>My main goal with TONI would be to provide the patients with a lot of information and a lot of possibilities to help themselves a bit, um... and the many contents, which are... within the therapy - that's not much, even if they come weekly, it's just 50 minutes a week - the many contents on what do the thoughts do, what do the emotions do, what is useful to know there in the sense of psychoeducation - so that's the main benefit, so to speak, that I expect (T7)</i>
Temporal Aspects	Frequency of therapy, time restrictions within the study, time constraints of therapists		
additional effort	Usage of TONI platform causes additional work for the therapist, e.g. through preparation and review	<p>to code when therapist reports additional effort for themselves due to the application of TONI</p> <p>not to code when additional effort for the patient is mentioned</p>	<i>As of now, I would not include many patients at the same time, because it is enormously important for me to read what the patients write there. Because the modules, the building blocks that I release, I have to be very clear about "what is there again or what is being taught or what can we refer to?" And of course that takes time and I plan for that time. And that already, uh, of course makes a difference. (T7)</i>

Code	Definition	Application ("to code when" / "not to code when")	Anchor
moment of inclusion	The timing of inclusion in the study (after 1st session)	to code when therapist mentions that the timing of invitation (after the 1st session) and for registration in TONI platform influences the selection process	<i>And that's the problem, of course, that this is a study. For the TONI people it has to be like that, obviously, otherwise, it is somehow no longer manageable or measurable. For the practitioner, however, it would be much nicer to be able to do this at some point in the course of treatment. Not that the hurdle of taking these steps, of registering, for some patients, and the more heavily burdened they are, the higher the hurdle, that is already a goal. So if people manage to register somewhere and then re-register and complete the registration and fill out a questionnaire, that is already an enormous step for some patients. And for the study, it is somehow a prerequisite to participate. (V2)</i>
time saving	saving time by outsourcing certain contents, exercises etc.	to code when time savings in the therapeutic process are achieved with the help of TONI. For example, to be able to work on different contents in therapy in parallel with the help of TONI, or to intensify something that has been worked on in therapy not to code when time savings for the patient (e.g. no travel time) are mentioned	<i>And I also see that it is possible through such things... Like I also had a case where a short-term therapy with only 12 sessions was sufficient. And I find that exciting. That you can save therapy sessions and achieve your goal more quickly, so that it somehow fits into these sometimes very tightly scheduled life plans. (T6)</i>
Therapeutic Alliance	Importance of certain factors in the (just emerging) therapeutic relationship		
stability of therapeutic relationship	Therapist's perception of the stability of the therapeutic relationship including doubts and uncertainty of the patient about the therapy	to code when the degree of stability of the therapeutic alliance is mentioned, also: to code when distrust in the therapeutic alliance is mentioned so sustainability is not established yet	<i>But I think with psy-, psychoform cases, with compulsive behavior, I don't think I would do it yet. The problem would actually be that I would be afraid that I would hurt the patients a bit, or that they would not feel taken seriously if I came to them with some (eh) video stories, yes (V4).</i>
submissiveness/favor	Therapist's impression that patients would participate to please the therapist rather than for themselves	To code if therapist mentions the impression that patient wants to please in the relationship	<i>think I would hesitate with someone who was very submissive in the contact, where I would have the feeling that they were not free to make their own decision, where I would have the strong feeling - especially now with the study participation... No, they would do it to do me a favour (T2)</i>

Codes	n total [1x/i]	prerequisite or exclusion (1x/i)	prerequisite (1x/i combination valence and criterion)	exclusion (1x/i combination valence and criterion)	indifferent (1x/i combination valence and criterion)	usage adaptation (1x/i combination valence and criterion)	Particularly suitable (1x/i combination valence and criterion)
Patient-related factors							
Demographics					CBT: 4/7		
age	11/14	CBT: 2/7 PDT: 1/7	CBT: 1/7 (PDT: 2/7 due to study conditions ≥18 years)	CBT: 1/7 PDT: 1/7	CBT: 4/7 PDT: 1/7		PDT: 3/7
gender	2/14				PDT: 1/7		
Living conditions of patients					CBT: 4/7		
technical equipment	8/14	CBT: 3/7 PDT: 4/7	PDT: 3/7	CBT: 3/7 PDT: 3/7		PDT: 1/7	
safe workstation	8/14	CBT: 1/7 PDT: 4/7	PDT: 2/7	CBT: 1/7 PDT: 2/7	CBT: 1/7 PDT: 2/7	PDT: 1/7	
time resources	10/14	CBT: 2/7 PDT: 4/7	CBT: 2/7 PDT: 1/7	PDT: 3/7		CBT: 1/7 PDT: 1/7	CBT: 1/7 PDT: 1/7
Symptoms					CBT: 1/7		
anxiety & depression	6/14					CBT: 1/7 PDT: 2/7	CBT: 2/7 PDT: 1/7
autism	2/14	PDT: 1/7		PDT: 1/7			PDT: 1/7
dissociative or psychotic symptoms	9/14	CBT: 4/7 PDT: 5/7		CBT: 4/7 PDT: 5/7		PDT: 1/7	

[illegible]

Codes	n total [1x/i]	prerequisite or exclusion (1x/i)	prerequisite (1x/i combination valence and criterion)	exclusion (1x/i combination valence and criterion)	indifferent (1x/i combination valence and criterion)	usage adaptation (1x/i combination valence and criterion)	Particularly suitable (1x/i combination valence and criterion)
stability of therapeutic alliance	13/14	CBT: 4/7 PDT: 4/7	CBT: 2/7	CBT: 2/7 PDT: 4/7	CBT: 3/7 PDT: 4/7	CBT: 1/7 PDT: 1/7	PDT: 1/7
submissiveness / favour	2/14	PDT: 1/7		PDT: 1/7		PDT: 1/7	

Anlage 8: Qualitative Ergebnisse der Interventionsentwicklung

1 Categories and subcategories: Psychodynamic requirements and field of application.

Categories	Subcategories	Frequencies	Statements
Psychodynamic Requirements	Autonomy	$n = 7$	"So more in the sense of encouraging independence and kind of taking responsibility for the therapy." (PT12)
	Easy handling	$n = 6$	"So it has to be short, it has to be quick to understand." (PT15)
	Playful Character	$n = 5$	„If you could perhaps play in a small film sequence, which then really only works via such a medium, I think I would find that quite interesting." (PT1)
	Variation	$n = 6$	“That you can somehow, in the sense of a cookbook, provide quite a lot of content, as heterogeneous as possible, what people have already found helpful.” (PT12)
	Language	$n = 6$	"Psychodynamics and the word “training” somehow don't go together." (PT13)
Psychodynamic Field of Application	Integration with f2f-sessions	$n = 4$	"If that runs in parallel, so that when those processes start in therapy, patients can then continue to practice them at home if they want." (PT4)
	Timing	$n = 9$	"Well, I could imagine using it more in situations of crisis, when one works in a more direct, stabilizing, and strength-oriented way." (PT5)
	Reflecting Usage	$n = 4$	"I think I would use it very mindfully and moderately, like everything in psychodynamic therapy, and always ask what it's like to still use that, so to always include it in therapy or not and also to consider it as part of therapy and relationship building." (PT20)
	Patient Groups	$n = 10$	"It totally depends on the patients, so for patients with a low structural level, who need a lot of structure anyway, I can imagine that it might be helpful." (PT14)

2Categories and subcategories: Systemic requirements for implementation.

Categories	Subcategories	Frequencies	Statements
Systemic requirements	Strengths-based	$n = 8$	“I would ask: Where do you want to go? (...) I would not focus on the problem, but the goal. And via the goal, I would get to the strengths.” (PT5)
	Autonomy	$n = 8$	“As for the effect, the client should feel that it helps her.” (PT2)
	Constructivism	$n = 5$	“The more different perspectives there are on a topic, a problem, a diagnosis, the more helpful it is.” (PT1)
	Symbols	$n = 6$	“In a systemic therapy we work a lot with symbols, with substitutes, with representatives, with genograms.” (PT1)
	Scaling and paradoxical interventions	$n = 3$	“For example, by creating a paradoxical guide. 10 things I need to do or how I can contribute to the chronicity of my problem.” (PT6)
	Interaction	$n = 5$	“So I have no idea what kind of tools there might be. But from my point of view, they would certainly have a lot to do with perspective taking, i.e. in the sense of circular questions and mentalizing.” (PT6)
	Language	$n = 7$	“I wouldn't use the term homework, but in systemic therapy we would rather say a suggestion, are you interested in a suggestion?” (PT1)
	Experiencing	$n = 9$	“And if I then see myself as something like a waiter, so to speak, who offers possibilities on a tray, it is then exciting to see which glass (...) the client (...) reaches for - why not have

			some online modules on there as well?" (PT2)
	Positive Emotions	$n = 3$	"It should invite, inspire and encourage. And indeed, the possibilities of such online modules are fascinatingly vast. So using visual material or using sensory.... so image and sound and things like that to inspire and stimulate." (PT2)

3Barriers and facilitators from psychotherapists with different therapeutic approaches.

Categories	Subcategories	Statements
Psychodynamic barriers and facilitators	Therapeutic relationship and process	“I wonder how I can connect TONI to the therapy session?” (PT4.2)
	Personality functioning	“So if there was another module in there (...) where assistance is given - what do I actually have to pay attention to in contact with others, in relation to my own self-awareness?” (PT4.2)
	Structured procedure	“The older I get, the more I realize how important it is, even as a psychodynamic psychotherapist, to work in a structured way. And this is excellent for that.” (PT4.1)
Systemic barriers and facilitators	Social context	“So, from a systemic perspective, it's even a must [to involve relatives].” (PT2.2)
	Strengths-based focus	“When it comes to making problems conscious and immersing ourselves in them, that's something we don't want to do from a systemic perspective. Because then we are immediately caught in this problem-trance again.” (PT2.2)
Cognitive-behavioral barriers and facilitators	Theoretical categorization	“Such classics, where I, as a behavioral therapist, at least think that when I see the headline, I already know what it's about.” (PT3.1)
	Behavior change	“That the patient somehow sets (...) concrete goals for the day.” (PT3.1)

4General barriers and facilitators shared by psychotherapists and user experience.

Categories	Subcategories	Statements
General barriers and facilitators	Transparency	“That means I don't have to worry about privacy, that it's 100 percent waterproof. That would be important for me.” (PT1.1)
	Scientific background	“That would be super important to me. So, a scientific foundation and a quick insight, that you really know what's in there.” (PT3.1)
	Workload	“So, it's just a matter of knowing what I'm kind of recommending to patients (...). And that I know that without it costing me another 3 or 4 or 5 hours of work.” (PT3.1)
	Dealing with emotional stress	“Emergency tool, three steps to calm down quickly.” (PT1.1)
	Psychotherapeutic support	"That's what makes this program so attractive to me, that I don't leave my patient alone with anything, but that I can accompany them therapeutically the whole time, can debrief them, can give explanations. And I would use that individually. " (PT5.1)
	Access to patient data	“I would actually prefer it if the patient could somehow enable me to look at his data. Just as I unlock his module, he can unlock his tracker for me.” (PT3.2)
User experience	Comprehension	"I think [the language] is way too technical, so if we look at my patients, I'd say half would be put off by it, and a third simply wouldn't understand it." (PT1.2)
	Design	"The whole thing needs to be much lighter and playful overall. These pages kill me." (PT1.2)
	Usability	“That the installation of the app is possible at all, especially for patients with less technically sophisticated know-how. In other words, to make it low-threshold.” (PT2.2)
	Compatibility	“That it is really compatible with cheap phones and simple systems and not only runs on the newest and fanciest devices.” (PT2.1)

	Diversity	“Now if you could kind of use the same thing directly again, and just have the same thing again in English, it would also be super convenient.” (PT3.1)
	Customization	“So agree on the language with the help of alternating dialogs. Simple language, more sophisticated language, ..., and you could also decide whether you wanted less text or more depth.” (PT1.2)

5 General barriers and facilitators shared by patients and user experience.

Categories	Subcategories	Statements
General barriers and facilitators	Data Security and Transparency	“While we're on the subject of information, I might also ask myself: What information do I share with my therapist? Or where does that information go? Or does it really just stay with me.” (P5.2)
	Autonomy	„I find it problematic if only the therapist chooses that. So, I find that a little bit not at eye level, simply. (P3.2)“
	Psychotherapeutic Support	“So, that's more what I would see the therapist giving me feedback on that directly and motivating me even further to work on it in certain ways.” (P1.2)
	Crisis Management	“For example, if I’m feeling bad now or I’m pretty desperate at the moment. That maybe there are suggestions of what I can do.” (P1.2)
	Pressure to Perform	“I find it difficult when it’s too focused on this, on functioning. Because then you quickly find yourself under pressure to perform. (...) That the app rather asks you to be positive with yourself. Like mindful, loving, tender rather than to build pressure.” (P3.2)
	Customization	“That you can simply upload a picture that you saw by chance on the Internet or a beautiful scene that you captured on your cell phone that triggered something meaningful in you. That you can upload it and then say: 'I would like to discuss this with my therapist in the next session.’” (P4.1)
User experience	Usability	“First of all, it would be important to me that this application is easy to use. That is sometimes a bit tricky” (P2.2)
	Comprehension	“Yes, well, I think it’s okay, but I also think that for some it would be better shorter. And maybe to go over that extra again in simple language. That it’s kept simple.” (P3.2)
	Design	“And this is just white and dark blue. It doesn’t look so pleasant. But it looks more like as if you logically built it. But not kind of a space where my personal room is and I want to put my most intimate thoughts in.” (P5.2)
	Implementation	“I really like the two-pronged nature of the explanations. So both in writing and with the video. With this, one should actually be able to address all

		those who can find their way around the program in ways that are appropriate.” (P2.2)
	Diversity	“And I noticed that there were no people of color. And that there were only standard-looking, very slim people. There would be a bit of diversity or maybe someone in a wheelchair or something. I think it would be nice to represent all people.” (P2.1)

Anlage 9: Link zu einem Ordner mit sämtlichen TONI-Projektentwicklungen

Link: <https://box.fu-berlin.de/s/eFMFW39wHFkgsAX>

Aufbau des Ordners:

- Begleitende Unterlagen
 - Anforderungskatalog
 - Datenschutzhandbuch
 - IT-Projektdokumentation
 - Skalenhandbuch
- Modulinhalte
 - Einblicke in die Intervention
 - Fallbeispiele
 - Grafiken
 - Modultexte
 - Video- und Audioinhalte
- Rekrutierung
 - Flyer
 - Newsletter
 - Projektvorstellung
 - Teilnehmendeninformation
 - Website
- Schulungsmaterialien
 - Schulung
 - Handbuch