

Petra Meibert, Johannes Michalak, Thomas Heidenreich

## Achtsamkeit in kognitiv-behavioralen Therapien

### Mindfulness in Cognitive-Behavioral Therapies

#### Zusammenfassung:

Themen wie Achtsamkeit und Akzeptanz sind in den letzten Jahren in einigen Bereichen der Psychotherapie auf breite Resonanz gestoßen und finden immer häufiger Anwendung im klinischen Alltag, sowohl in ambulanten als auch in stationären Settings. Diese Entwicklung spiegelt sich in einer stark gestiegenen Anzahl von wissenschaftlichen Artikeln sowie der hohen Präsenz dieser Themen auf Fachkongressen wider. Der Artikel gibt einen Überblick über die zwei am besten untersuchten achtsamkeitsbasierten Gruppeninterventionen: MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction) und MBCT (Mindfulness-based Cognitive Therapy) und ihre klinische Anwendung. Das konkrete Vorgehen beim Üben von Achtsamkeit wird vorgestellt, und mögliche Wirkfaktoren der Achtsamkeitspraxis werden diskutiert. Abschließend werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Prinzipien Achtsamkeit und Mentalisierung diskutiert.

#### Schlüsselwörter:

Achtsamkeit – Akzeptanz – Mentalisierung – Mindfulness-based Stress Reduction – Mindfulness-based Cognitive Therapy

#### Summary

In recent years, topics such as mindfulness and acceptance have received broad appreciation in several areas of psychotherapy and have been more frequently applied in clinical practice in both out-patient and in-patient settings. This development is reflected by the significant increase in scientific papers as well as in the strong presence of these topics at congresses. The present paper gives a review about those two mindfulness-based group interventions that have been evaluated most: MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction) and MBCT (Mindfulness-based Cognitive Therapy) as well as their clinical application. We will introduce the concrete procedures performed during the cultivation of mindfulness and discuss possible impact factors of mindfulness practise. Finally, common features and differences between the principles of mindfulness and mentalization are discussed.

#### Keywords:

mindfulness – acceptance – mentalization – Mindfulness-based Stress Reduction – Mindfulness-based Cognitive Therapy

### ■ Einleitung

Achtsamkeitsbasierte Ansätze finden eine immer stärkere Verbreitung in der psychotherapeutischen Praxis, sei es in strukturierten Gruppenformaten wie dem Skills-Training in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT), dem „Mindfulness-based Stress Reduction“-Programm (MBSR), der Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) oder in der Einzeltherapie wie im Rahmen der Acceptance and Commitment Therapy (ACT) und auch DBT. Dabei liegen mittlerweile konsistente Wirksamkeitsnachweise für meditative und achtsamkeitsbasierte Interventionen vor: In ihrer Metaanalyse zur Wirksamkeit von Psychotherapie zeigten Grawe, Donati und Bernauer (1994), dass Meditation eine bei der Behandlung von psychischen Problemen wie Angst- und Spannungszuständen, Schlafstörungen sowie Substanzabhängigkeit positive Wirkung hat. In 15 Therapiestudien, die Meditation als psycho-

therapeutisches Prinzip untersuchten und deren methodische Qualität insgesamt eher überdurchschnittlich gut war, konnten bei relativ kurzer Interventionsdauer von ca. 10 Wochen gute Wirksamkeitsnachweise erbracht werden. Drei Metaanalysen (Baer, 2003; Bishop, 2002; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004), die Studien zu MBSR (zentrale Intervention: Achtsamkeitspraxis) verglichen, kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass es insgesamt konsistente Wirksamkeitsnachweise für die Methode gibt. In den Übersichtsarbeiten von Baer und Grossman et al. werden dabei mittlere Effektstärken berichtet ( $ES = 0,59$  bzw.  $ES = 0,50$ ). Diesen ermutigenden Befunden steht jedoch auch eine Reihe methodischer Schwächen der zusammengefassten Studien gegenüber: So wurden nur in relativ wenigen Studien randomisierte, kontrollierte Designs mit adäquaten Kontrollgruppen realisiert, und erst in den letzten Jahren wurden Intent-to-Treat-Analysen mit klaren Darstellungen der Rekrutierungsprozesse und Drop-

outs berichtet (für eine Übersicht der Forschungsarbeiten siehe Michalak, Heidenreich & Bohus, 2006).

Der konzeptuellen und empirischen Arbeit von u.a. Kabat-Zinn, Linehan, Hayes, Teasdale, Williams und Segal ist es damit zu verdanken, dass aktuell eine Reihe von strukturierten Gruppen- und Einzeltherapieprogrammen zur Verfügung steht, die Achtsamkeit in die Behandlung psychischer oder stressbedingter Störungen mit einbeziehen bzw. als Hauptintervention vermitteln. Diese häufig manualisierten Programme ermöglichen schließlich, die Wirkungen von Achtsamkeit im klinischen Kontext auf hohem Niveau international zu beforschen. Zwei dieser Ansätze, die MBSR und die MBCT, werden wir in diesem Artikel näher vorstellen.

### ■ Was ist Achtsamkeit?

Achtsamkeit ist ein wichtiges Prinzip und grundlegende Übung der Geistesschulung in östlichen, meist buddhistischen Meditationsansätzen. Nach Jon Kabat-Zinn, der die MBSR begründete, beinhaltet Achtsamkeitspraxis eine bestimmte Form der Aufmerksamkeitslenkung: „... paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment and non-judgmentally“ (Kabat-Zinn, 1994, S. 4). Die Aufmerksamkeit wird also absichtsvoll auf die Erfahrung des gegenwärtigen Augenblicks gelenkt, und dies ohne zu bewerten oder vorschnell zu urteilen. Dabei sind die Objekte der Aufmerksamkeit je nach Methode und Fokus innerpsychische Erfahrungen wie Körperempfindungen, Atmung, Gedanken sowie Gefühle oder externe Stimuli, wie z.B. Geräusche (Baer, 2003). Unabhängig davon, worauf die Aufmerksamkeit gelenkt wird (z.B. auf einzelne Objekte oder die Erfahrung des Augenblicks in seiner Ganzheit), sollte Achtsamkeit immer mit einer Haltung der „non judgmental acceptance“ praktiziert werden (Baer, 2003), also einer nicht urteilenden Akzeptanz. Marsha Linehan nennt als Aspekte von Achtsamkeit: Beobachten, Beschreiben, mit Bewusstheit handeln und Akzeptieren, ohne zu beurteilen (observe, describe, act with awareness, accept without judgment). Das „Kentucky Inventory of Mindfulness Skills“ (KIMS; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006; Baer et al., 2008) ermöglicht die Erfassung solcher Qualitäten im Selbstreport (für eine kritische Diskussion der Erfassung von Achtsamkeit durch Fragebögen siehe Grossman, 2008). Die Definition des Psychotherapeuten Germer hebt dagegen stärker die erwünschten Konsequenzen der Einübung von Achtsamkeit ins Zentrum: „Mindfulness is a skill that allows us to be less reactive to what is happening in the moment. It is a way of relating to all experiences – positive, negative, and neutral – such that our overall level of suffering is reduced and our sense of wellbeing increases“ (Germer, 2005, S. 5).

In ihrer operationalen Definition von Achtsamkeit betonen Bishop et al. (2004) insbesondere zwei Komponenten von Achtsamkeit, die auch für die Anwendung bzw. Integration der Achtsamkeit im psychotherapeutischen Kontext zentral sind: die Übung der Achtsamkeit im Sinne einer bewussten Aufmerksamkeitslenkung auf das Hier und Jetzt und die Haltung von Akzeptanz.

### ■ Achtsamkeit und Psychotherapie

Die Übung von Achtsamkeit stellt zunächst auch im Kontext der Psychotherapie eine intentionale Form der Aufmerksamkeitslenkung dar, die das Ziel hat, die in das Feld der Aufmerksamkeit tretenden Phänomene wie Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen, Geräusche oder Gerüche bewusst wahrzunehmen. Dies geschieht, ohne sie als gut oder schlecht, wichtig oder unwichtig, wahr oder falsch, gesund oder schädlich oder hilfreich zu bewerten. Vielmehr geht es darum, den immerwährenden Strom von Wahrnehmungen in unserem Geist bewusst zu beobachten und das Kommen und Gehen sowie die Vergänglichkeit aller Erfahrungen direkt zu erleben (Marlatt & Kristeller, 1999). Wer dies zu üben versucht, dem wird deutlich, wie schnell die Aufmerksamkeit abschweift und sich in Vergangenheitsszenarien oder Zukunftspläne verstrickt, anstatt mit der tatsächlichen Erfahrung des gegenwärtigen Augenblicks in bewusstem Kontakt zu sein. Im Rahmen achtsamkeitsbasierter Ansätze wird diese Tendenz von Kabat-Zinn als Autopilotenmodus unseres Bewusstseins bezeichnet. Die Übung der Achtsamkeit besteht nun im ersten Schritt darin, den Autopiloten, also das automatische Abschweifen des Geistes, wahrzunehmen und im zweiten Schritt achtsam und mit Geduld wieder in die gegenwärtige Erfahrung zurückzukehren, sei sie nun angenehm oder unangenehm oder eher neutral. Dieses Üben geschieht absichtsvoll (on purpose): Der Übende bemüht sich, die Haltung der Achtsamkeit beständig aufrechtzuerhalten, bei allem, was er tut, bzw. immer wieder zu dieser Haltung zurückzukehren. Dies erfordert angesichts der menschlichen Neigung zum Abschweifen sehr viel Geduld und Entschlossenheit; dabei hilft die Haltung der nicht wertenden Akzeptanz, denn auch die Tendenz des Abschweifens soll mit Freundlichkeit und ohne sich selbst zu verurteilen wahrgenommen werden. Wenn der Übende bemerkt, dass er sich für das Abschweifen beurteilt, dann bezieht sich die Achtsamkeitspraxis auch auf das akzeptierende Beobachten des Beurteilens an sich: Auch der Akt des Bewertens soll nicht bewertet werden. Um diese Fähigkeit zu entwickeln und zu festigen, ist es wichtig, so häufig wie möglich, d.h. im Alltag, Achtsamkeit zu praktizieren.

Je nachdem, wie intensiv die Vermittlung von Achtsamkeit in den therapeutischen Prozess einbezogen wird, können wir unterscheiden zwischen achtsamkeitsanalogen Prinzipien, die wir besonders in den humanistischen und tiefenpsychologischen Ansätzen finden, Methoden mit spezifischen Achtsamkeitselementen, wie z.B. die ACT oder die DBT, und schließlich achtsamkeitsbasierten Ansätzen, bei denen Achtsamkeit als Haupttherapieprinzip vermittelt wird (MBSR und MBCT). Diese verschiedenen Ausprägungen des Bezugs auf Achtsamkeit bzw. einzelne Elemente von Achtsamkeit sollen im Folgenden etwas ausführlicher erörtert werden. Trotz der hier genannten Möglichkeit, Achtsamkeit in psychotherapeutische Behandlungen zu integrieren, ist es wichtig, an dieser Stelle auch auf grundlegende Unterschiede dieser beiden Traditionen hinzuweisen: Im deutschen Sprachraum hat sich jüngst Huppertz (2009) intensiv mit dieser Frage beschäftigt. Aus seiner Sicht finden sich Unterschiede sowohl

in der grundsätzlichen Haltung (Psychotherapie: Patient(in) wird „behandelt“; Achtsamkeit: Sowohl Anleiter als auch Patient(in) sind beide Übende, die grundsätzlich mit den gleichen Merkmalen des Geistes ausgestattet sind) als auch im wesentlichen Ziel der beiden Traditionen (Psychotherapie: Änderung seelischer Probleme oder Inhalte; Achtsamkeit: Veränderung in der Haltung und in der Beziehung zum Leiden). Diese Unterschiede – bei allen Möglichkeiten der Integration – nicht aus dem Auge zu verlieren, scheint uns für eine verantwortungsvolle psychotherapeutische Tätigkeit mit dem Achtsamkeitsprinzip essentiell.

### ■ Achtsamkeitsanaloge Prinzipien

Für die humanistischen Therapien wie Gestalttherapie (F. Perls), Focusing (E. Gendlin), Hakomi-Therapie (R. Kurtz) oder die Gesprächspsychotherapie (C. Rogers) sind bestimmte Aspekte, die wir in achtsamkeitsbasierten Therapieansätzen finden, nicht neu, wie die Grundhaltung des Therapeuten, das, was der Patient sagt und von sich zeigt, zunächst einmal wertfrei und akzeptierend anzunehmen und nicht gleich verändern zu wollen. Eine weitere Parallele ist die Betonung der Hier-und-Jetzt-Erfahrung, die sowohl in der Gestalttherapie, im Focusing, in der körperorientierten Hakomi-Therapie wie auch in Achtsamkeitsansätzen im Vordergrund steht. In diesen Therapieansätzen ist als achtsamkeitsanaloges Prinzip auch die Wichtigkeit zu sehen, die dem lebendigen Kontakt zum Körper und zur körperlichen Erfahrung beigemessen wird: So spricht man in der Personenzentrierten Psychotherapie (C. Rogers) von der bedingungslosen Wertschätzung, Echtheit, Kongruenz und Präsenz, in der Gestalttherapie (F. Perls) vom inneren Gewahrsein oder der „Awareness“, im Focusing (E. Gendlin) vom „Felt Sense“ und in der Hakomi-Therapie (R. Kurtz) von der „inneren Achtsamkeit“ (für einen Überblick siehe Germer, Siegel & Fulton, 2009).

In den psychodynamischen Therapieansätzen ähnelt die Haltung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit des Therapeuten dem Prinzip des Nicht-Urteilens in den Achtsamkeitsansätzen (vgl. Michal, 2009), und auch das Prinzip des Erforschens sowie der Einsichts- und Erkenntnisgewinnung findet sich in beiden Traditionen – die Wege dahin und der Umgang damit unterscheiden sich dann aber deutlich. Nach Germer sind beide Ansätze (Achtsamkeitsansätze sowie psychodynamische Therapien) „introspektive Unterfangen. Sie unterstellen, dass Aufmerksamkeit und Akzeptanz Veränderungen vorausgehen, und beide anerkennen die Bedeutung unbewusster Prozesse“ (Germer et al., 2009, S. 41).

Neu sind die Prinzipien der Achtsamkeit und Akzeptanz für die Verhaltenstherapie, deren Schwerpunkt lange Zeit fast ausschließlich auf der Veränderung von (dysfunktionalen) Gedanken, Gefühlen, körperlichen Symptomen sowie Verhaltensweisen lag (Heidenreich & Michalak, 2003). Allerdings gibt es auch Ähnlichkeiten zwischen beiden Ansätzen, wie z. B. das Prinzip der willentlich gelenkten Aufmerksamkeit im Rahmen der Problemanalyse oder der möglichst umfassenden Wahrnehmung der Gegenwart bei der Exposition im Rahmen

der Behandlung von Angststörungen. Auch die Idee, sich nicht mit seinen Gedanken und Gefühlen zu identifizieren, findet sich in der kognitiven Therapie der Depression nach Beck oder auch in dem kognitiven Modell der Zwangsstörung von Salkovski, in dem die negativen Auswirkungen der Identifikation mit Gedanken im Fokus stehen. Diese Haltung des Sich-nicht-Identifizierens wird im Rahmen kognitiver Modelle als „Disidentifikation“ bezeichnet und die veränderte Haltung zu den Kognitionen als „metacognitive awareness“ (Heidenreich & Michalak, 2003).

Trotz geschilderter Ähnlichkeiten ist die grundlegende Ausrichtung achtsamkeitsbasierter Ansätze und der kognitiven Therapie dennoch unterschiedlich: In Achtsamkeitsansätzen geht es nicht in erster Linie um Veränderung von Erfahrungen, sondern eben um eine andere Haltung zu unserem Erleben, die sich durch Akzeptanz, Disidentification und die Fähigkeit zur metacognitive awareness auszeichnet. Dieser veränderten Haltung und der Fähigkeit zur Beobachtung von angenehmen sowie unangenehmen Erfahrungen gleichermaßen wird eine heilsame Wirkung zugesprochen.

### ■ Ansätze mit Achtsamkeitselementen

Bestimmte Prinzipien der Achtsamkeit werden als Achtsamkeitselemente in einige verhaltenstherapeutische Ansätze mit einbezogen. So wird sowohl in der DBT als auch in der ACT Achtsamkeit als eine Fertigkeit vermittelt, und es werden kürzere Achtsamkeitsübungen in den Therapieprozess integriert.

In der ACT, die von Steven Hayes entwickelt wurde und als Einzeltherapie durchgeführt wird, ist Achtsamkeit eines von mehreren Behandlungselementen, die sowohl Aspekte von Akzeptanz als auch von Festlegen und Verfolgen persönlich relevanter Werte und Ziele umfassen. Dieser Therapieansatz versteht psychisches Leiden nicht als Folge schwieriger Emotionen oder dysfunktionaler Kognitionen, sondern vielmehr als Konsequenz einer krampfhaften Kontrolle ungewollten bzw. negativen Erlebens (für einen Überblick siehe Heidenreich, Michalak & Eifert, 2007). Die Achtsamkeit wird hier u.a. in Form von einfachen Achtsamkeitsübungen vermittelt, die in der Regel zeitlich kürzer als in den unten ausführlich dargestellten achtsamkeitsbasierten Interventionen durchgeführt werden.

Die DBT wurde von Marsha Linehan (1993a, b) als komplexes störungsspezifisches Interventionsprogramm für Menschen mit Borderline-Störungen entwickelt. Die Therapie wird als Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt und vermittelt Achtsamkeitsübungen im Rahmen des Skills-Trainings (Fertigkeitentraining), in dem das Erlernen neuer Fertigkeiten im Vordergrund steht. Die vier Module des Skills-Trainings sind innere Achtsamkeit, bewusster Umgang mit Gefühlen, zwischenmenschliche Fähigkeiten und Stresstoleranz. In diesem Ansatz steht Achtsamkeit am Beginn des Fertigkeitentrainings und beinhaltet das Erlernen der Aspekte Beobachten im Sinne von aufmerksamer Betrachtung von Ereignissen sowie Beschreiben im Sinne von verbaler Benennung von Ereignissen

und persönlicher Reaktionen. Auch betont Linehan die Wichtigkeit der Haltung von Akzeptanz sowie des nicht wertenden Wahrnehmens der gegenwärtigen Erfahrung. Interessant ist, dass Achtsamkeit hier im Rahmen der Behandlung von schwer gestörten, häufig suizidalen Patienten eingesetzt wird.

### ■ Achtsamkeitsbasierte Interventionen

Wenn Achtsamkeit und Achtsamkeitsprinzipien im Zentrum einer Behandlung stehen, die einen sehr großen Wert auf die Integration der Achtsamkeitspraxis in den Alltag legt, spricht man von „achtsamkeitsbasierten Interventionen“. Es handelt sich um Gruppeninterventionen, und die zwei- bis zweieinhalbstündigen Gruppensitzungen enthalten jeweils intensive Phasen des Praktizierens von Achtsamkeitsübungen sowie des Besprechens der Prinzipien der Achtsamkeit und wie sie in den Alltag integriert werden können. Bei diesen Ansätzen wird von den Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern erwartet, dass sie zu Hause mindestens 30 bis 45 Minuten täglich – also auch an Tagen, in denen keine Sitzungen stattfinden – formale Achtsamkeitsübungen praktizieren; dieselbe Anforderung wird in diesen Ansätzen aber auch an die behandelnden Therapeuten gestellt. Ebenso sollten Alltagstätigkeiten so oft wie möglich mit einer Haltung der Achtsamkeit ausgeführt werden. Bevor die beiden am meisten evaluierten Programme im Einzelnen vorgestellt werden, möchten wir noch auf eine Besonderheit in der Therapeut(in)-Patient(in)-Beziehung eingehen, die achtsamkeitsbasierte Ansätze auszeichnet.

### ■ Die Achtsamkeit des Therapeuten

Eine Besonderheit der achtsamkeitsbasierten Interventionen wie MBSR und MBCT ist es, dass von Therapeuten erwartet wird, dass sie über eine fundierte eigene Achtsamkeitspraxis, bestenfalls in Form einer stabilen täglichen Meditationspraxis, verfügen (in der DBT wird dies empfohlen, nicht aber vorausgesetzt). Die Begründung dieser für die Dissemination achtsamkeitsbasierter Ansätze scheinbar eher hinderlichen Voraussetzung liegt im Kern der Methode: Menschen, die keine oder nur wenig eigene Erfahrung mit Achtsamkeit haben, sind in der Regel nur schwer in der Lage, die konkreten Erfahrungen der Patienten im Laufe der Achtsamkeitsübungen nachzuvollziehen und die notwendige Gelassenheit im Umgang auch mit belastenden Erlebnissen aufzubringen. Dies betrifft jedoch nicht nur den Umgang mit Zweifeln und Rückschlägen, die wie in jeder Therapie auch bei achtsamkeitsbasierten Ansätzen eine Rolle spielen, sondern die ganz alltäglichen Erlebnisse in den Übungen. Der Therapeut muss demnach aus eigener Erfahrung wissen, wie man mit Schwierigkeiten und Hindernissen, die in der Meditation und auf dem Übungsweg auftauchen können, umgeht, um dies auch dem Patienten glaubwürdig vermitteln zu können. Gleichzeitig ist es notwendig, dass er durch seinen eigenen Übungsweg auf einer Erfahrungsebene die Erkenntnis durchdrungen hat, dass es nicht darum geht, positive/angenehme Erfahrungen anzustreben und ihnen anzuhaften. Vielmehr ist es ein wesentliches Element von Achtsamkeitspraxis, dass jeder Erfahrung, sei sie nun angenehm oder unangenehm oder neutral, dieselbe

neugierige und akzeptierende Aufmerksamkeit entgegengebracht wird.

### ■ Spezifische achtsamkeitsbasierte Ansätze

Im Folgenden sollen die beiden am besten untersuchten achtsamkeitsbasierten Ansätze vorgestellt werden, um dann auf die Frage einzugehen, was die möglichen Wirkmechanismen von Achtsamkeit sind. Wir verzichten auf eine ausführliche Darstellung der vorliegenden Studien zur Wirksamkeit, da diese an anderer Stelle ausführlich dargestellt wurden (Michalak et al., 2006).

MBSR – Mindfulness-based Stress Reduction (Stressbewältigung durch Achtsamkeit) nach Jon Kabat-Zinn.

Der wohl mittlerweile bekannteste Ansatz, in dem intensive Achtsamkeitspraxis vermittelt wird, ist die „Mindfulness-based Stress Reduction“ (MBSR) nach Kabat-Zinn (1990; für einen ausführlichen Überblick siehe Heidenreich & Michalak, 2009). Auf der Basis seiner eigenen Erfahrungen mit der Meditationspraxis im Rahmen der Vipassana- und Zen-Tradition sowie einer jahrelangen Hatha-Yoga-Praxis entwickelte Kabat-Zinn ein achtsamkeitsbasiertes Stressreduktionsprogramm zunächst für Patienten mit chronischem Schmerz. Seine Grundidee drückt er mit folgenden Worten aus: „Übungen in Achtsamkeit schienen sich ideal dafür zu eignen, eine stärkere Wahrnehmung der Einheit von Geist und Körper zu kultivieren, speziell hinsichtlich der Art und Weise, wie unbewusste Gedanken, Gefühle und Verhaltensmuster die emotionale, körperliche und geistige Gesundheit untergraben können“ (Kabat-Zinn, 2003, S. 45). Mit der Entwicklung des MBSR-Programms gelang es ihm, alte (buddhistische) „Disziplinen der Geistesschulung“ unter den heutzutage vorherrschenden Gegebenheiten anzuwenden und somit eine wirksame Verbesserung der Gesundheit zu ermöglichen sowie zur Entwicklung von Bewusstheit beizutragen. Die Ursprünge der Achtsamkeitsmeditation finden sich in alten östlichen meist buddhistischen Traditionen, was in den Kursen auch anerkannt wird. Im Rahmen der MBSR werden allerdings keine religiösen oder speziell buddhistischen Themen diskutiert bzw. vertieft, vielmehr wird die Achtsamkeitspraxis wertneutral und kultur- sowie religionsübergreifend vermittelt.

Die MBSR ist mittlerweile die am umfangreichsten untersuchte Methode der Achtsamkeitsschulung und hat zwischenzeitlich eine sehr starke Verbreitung gefunden: So verweist Bishop (2002) darauf, dass das Programm an über 200 verschiedenen Orten in den USA und Europa durchgeführt wird, und die Zahl wächst ständig. Empirische Unterstützung für die Wirksamkeit des Programms gibt es beispielsweise bei Schmerzsyndromen (Kabat-Zinn, Lipworth & Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney & Sellers, 1986), Angstpatienten (Kabat-Zinn, Chapman & Salomon, 1997; Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995), Psoriasis (Kabat-Zinn et al., 1998), Stress- und Angstkomplexen (Astin, 1997; Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998), Fibromyalgie (Grossmann, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz & Kesper, 2007; Tiefenthaler-Gilmer, 2002) und Krebserkrankungen (Carlson & Garland, 2005; Smith,

Richardson, Hoffman & Pilkington, 2006). Auch liegen zu achtsamkeitsbasierten Ansätzen einige Übersichtsarbeiten vor (Baer, 2003; Bishop, 2002; Grossman et al., 2004; Shigaki, Glass & Schopp, 2006), die die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Ansätze mit mittleren Effektstärken unterstreichen. Ein Charakteristikum dieses Gruppenprogramms ist, dass es mit großen Gruppen durchgeführt werden kann: In der Regel können bis zu 30 Patienten teilnehmen; die hierzulande angebotenen Kurse haben je nach Möglichkeiten und persönlichem Stil des MBSR-Lehrers eine durchschnittliche Gruppengröße von 6 bis 14 Teilnehmer(innen). Insgesamt werden 8 wöchentliche Sitzungen mit einer Dauer von 2 bis 3 Stunden durchgeführt; darüber hinaus wird die Achtsamkeitspraxis an einem zusätzlichen „Tag der Achtsamkeit“ vertieft (vgl. Tab. 1). Zudem werden umfangreiche Hausaufgaben durchgeführt: An 6 von 7 Tagen sollen Übungen im Umfang von ca. 45 Minuten selbständig mit Unterstützung einer Übungs-CD durchgeführt werden. In einem intensiven Vorgespräch werden die Interessenten auf die Anforderungen dieses Programms hingewiesen, und obwohl diese sehr hoch gesteckt sind und Eigeninitiative und persönlichen Einsatz erfordern, entscheiden sich 90% der Interessenten nach dem Gespräch für die Teilnahme an dem Programm; 85% der Teilnehmer beenden den Kurs (z. B. Kabat-Zinn & Chapman-Waldrop, 1988).

Tabelle 1: Die Struktur des MBSR-Programms

<b>Vorgespräch</b>
<p>Intensive Aufklärung über das Programm und gestellte Anforderungen (z.B. persönlicher Einsatz, regelmäßiges Üben) und eventuelle Hindernisse (z.B. Stress)                  Besprechung positiver Effekte bezüglich Lebensqualität, Gesundheit und Umgang mit Stress                  Herausarbeitung von Zielen, die mit dem Kurs erreicht werden sollen (persönliche Effektivitätskontrolle)                  Bemerkung: Kursteilnahme aber ohne Fixierung auf Erwartungen, sondern Betonung einer offenen inneren Haltung                  Entscheidung über die Teilnahme am Programm</p>
<b>Woche 1</b>
<p>Gegenseitiges Kennenlernen                  Einführung in die Praxis der Achtsamkeit und Kernelemente und -aussagen des Kurses                  Erschaffung eines „Raumes von Akzeptanz und Offenheit“                  Rosinen-Übung                  Einführung des Body-Scans (und Erläuterungen zum eigenständigen Üben zu Hause mit Hilfe einer CD)                  Einführung in informelle Achtsamkeitspraxis; Hausaufgabe: z. B. eine Mahlzeit in der Woche achtsam einzunehmen, d.h. Bissen für Bissen wirklich zu essen und ganz beim Kauen, Schlucken oder Schmecken zu sein</p>

<b>Woche 2</b>
<p>Erfahrungsaustausch und Besprechung der Hausaufgabe                  Schwerpunktthema: Funktionsweise der Wahrnehmung, die Gegenüberstellung von unbewusster, automatischer Wahrnehmung und Reaktionsweise (Autopilot) und einer kreativen Wahrnehmung und Reaktionsweise                  Body-Scan                  Einführung der Sitzmeditation (10-minütige Übung)                  Hausaufgaben: informelle Übung (spezifische Alltagstätigkeit, z.B. Spülen, achtsam verrichten); Wahrnehmung und Erfassung positiver Erfahrungen im eigenen Leben</p>
<b>Woche 3</b>
<p>Erfahrungsaustausch und Besprechung der Hausaufgabe                  Besprechung eventueller Schwierigkeiten (z.B. Stress bei der Umsetzung des Gelernten in den Alltag)                  Einführung der achtsamen Körperarbeit und Durchführung der Yoga-Übungsreihe (und eigenständiges Üben zu Hause mittels CD-Anleitung)                  Sitzmeditation (10 Minuten)                  Hausaufgaben: Beobachtung gewohnheitsmäßiger Denkmuster und Reaktionsweisen; bewusste Wahrnehmung und Erfassung von negativen Erfahrungen; Yoga-Übungen im Wechsel mit Sitzmeditation und Body-Scan</p>
<b>Woche 4</b>
<p>Erfahrungsaustausch und Besprechung der Hausaufgabe                  Schwerpunktthema: „Stress und seine Folgen“ (z.B. „Was ist Stress, wie entsteht er, und welche Folgen hat er?“, „Wann und wodurch fühle ich mich gestresst, und wie gehe ich damit um?“, Hausaufgabe: Bewusstmachung von Stressreaktionen im Alltag                  Sitzmeditation (15 bis 20 Minuten); Hausaufgaben: 20-minütige Sitzmeditation und im Wechsel die Yoga-Reihe oder den Body-Scan üben                  Weitere achtsame Körperarbeit</p>
<b>Woche 5</b>
<p>Erfahrungsaustausch und Besprechung der Hausaufgabe                  Schwerpunktthema: „Stress und seine Folgen“ („Wie kann ich auf der Basis dessen, was mir bisher bewusst geworden ist, anders mit Stress umgehen?“)                  Sitzmeditation zur Vertiefung der Meditationserfahrung und Stärkung der Konzentrationskraft                  Hausaufgaben: Weitere Erforschung von Stressreaktionen und Umgang mit Stress; Probieren alternativer, kreativer Reaktionsweisen; Umgang mit stressverschärfenden Gedanken. Fokus: Atem und die Atembeobachtung während der alltäglichen Verrichtungen</p>

<b>Woche 6</b>
Erfahrungsaustausch und Besprechung der Hausaufgabe Schwerpunktthema: „Achtsame Kommunikation“ oder „Umgang mit schwierigen Gefühlen“ Sitzmeditation Besprechung des bevorstehenden „Tages der Achtsamkeit“ Hausaufgabe: im Wechsel weiteres Üben des Body-Scans bzw. Yoga und der Sitzmeditation; Achtsamkeit im Alltag; Wahrnehmung und Beobachtung des Umgangs mit achtsamer Kommunikation oder mit schwierigen Gefühlen
<b>Tag der Achtsamkeit – ganztägiges Seminar (6-7 Stunden)</b>
Vertiefung der Übungspraxis Nach einer Austauschrunde und einigen Erläuterungen durch den Kursleiter wird an diesem Tag nicht mehr gesprochen (achtsamer Schweigetag) Einführung oder Vertiefung der Gehmeditation (kann auch schon in Woche 5 oder 6 eingeführt werden) Schwerpunkt: die eigene Person und die eigenen Erfahrungen; ganz bei sich sein Erfahrungsaustausch am Ende des Tages
<b>Woche 7</b>
Besprechung der Erfahrungen im Nachklang des Tages der Achtsamkeit Schwerpunktthema: „Achtsame Kommunikation und achtsame Selbstsorge“ Hausaufgaben: Praktizieren der Übungen ohne Anleitung (Förderung selbständiger Meditationspraxis)
<b>Woche 8</b>
Erfahrungsaustausch und Besprechung der Hausaufgabe Schwerpunkt: „Die achte Woche ist der Rest Ihres Lebens“; Reflexion über den Kurs und Besprechung der Frage, wie die Achtsamkeitspraxis in den weiteren Alltag integriert wird („Der Kurs ist zwar offiziell beendet, aber die eigentliche Arbeit beginnt erst jetzt“) Beendigung des Kurses mit einem Abschiedsritual
<b>Nachgespräch</b>
ca. 2 Wochen nach Ende des Kurses Auswertung des Kurses Möglichkeit der individuellen Besprechung einzelner Themen und der weiteren Achtsamkeitspraxis

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die formelle Struktur des MBSR-Programms. Die Basis des Programms bilden drei Hauptübungen: die achtsame Körperwahrnehmung (Body-Scan), achtsam und sanft ausgeführte Yogaübungen und die traditionelle Sitzmeditation. Wichtig ist neben der regelmäßigen Praxis dieser formellen Übungen die Integration des im Kurs Erlernten und Erarbeiteten in die persönliche Alltagserfahrung der Teilnehmer: Dies geschieht in Form von sogenannten informellen Übungen, um den Umgang mit stressreichen Situationen, Schmerzen, Krankheit oder anderen Herausforderungen im Leben zu verbessern. Insofern ist die Schulung der Achtsamkeit keine reine Technik, sondern ein Lebensstil, den man Schritt für Schritt durch kontinuierliches Üben entwickelt.

Weiterer wichtiger Inhalt des Kurses ist die Vermittlung von Ergebnissen und Ansätzen aus der Stressforschung sowie das Besprechen und gemeinsame Erarbeiten von Schwerpunktthemen mit dem Ziel der Psychoedukation (z.B. Umgang mit schwierigen Gefühlen, achtsame Kommunikation, Selbstachtung/Mitgefühl, Umgang mit Schmerzen).

Rosinen-Übung. Im Rahmen des MBSR-Programms wird zu Beginn die sog. Rosinen-Übung durchgeführt, um den Einstieg in die Achtsamkeitsthematik zu erleichtern. Dabei wird die ganz alltägliche Handlung des Essens einer Rosine ausgeführt, allerdings unter einer neuen achtsamen Haltung. Der Fokus wird auf Aussehen, Tasten, Geruch und Geschmack gerichtet. Dieser ganze Prozess erfolgt sehr entschleunigt und bewusst mit der Haltung des „Anfängergeistes“. Diese Haltung besteht darin, sich der Rosine mit einer neugierigen, offenen Geisteshaltung zuzuwenden und sie zu erforschen – frisch und neu im gegenwärtigen Augenblick.

Body-Scan. Grundlage des Body-Scans ist das sog. Bodysweeping (Körperdurchkehren), eine Methode, die von Goenka, einem indischen Meditationslehrer, in der Tradition der Vipassana-Meditation entwickelt wurde. Der Body-Scan dauert in der Regel 40 bis 45 Minuten; er kann aber je nach Indikation auch kürzer durchgeführt werden. Bei regelmäßiger Übung ist man nach und nach in der Lage, auch mit kürzerer Übungsdauer eine intensive Körpererfahrung herzustellen. Das wesentliche Merkmal dieser Übung besteht darin, die einzelnen Teile des Körpers nacheinander achtsam zu erspüren: Die Übenden werden im Laufe dieser Übung dazu ermutigt, auf dem Rücken liegend die einzelnen Teile ihres Körpers nacheinander achtsam und nicht wertend wahrzunehmen. Man kann die Übung auch im Sitzen oder Stehen durchführen, traditionell erfolgt sie aber im Liegen.

Die Reihenfolge, in der der Körper „abgetastet“ wird, ist nicht festgelegt. In den MBSR-Kursen wird allerdings folgendermaßen verfahren: In den ersten zwei bis drei Minuten wird die Konzentration auf die Atmung und das Heben und Senken der Bauchdecke oder des Brustkorbs im Atemrhythmus gerichtet. Im Anschluss wird die Achtsamkeit auf die Wahrnehmung des linken großen Zehs gerichtet, dann des kleinen Zehs und aller Zehen dazwischen. Vom linken Fuß aus wandert man mit der Aufmerksamkeit langsam das linke Bein entlang bis zum Becken und Schambeinbereich, schließt nun das rechte Bein

auf dieselbe Art in die Körperwahrnehmung ein und zentriert sich mit der Wahrnehmung wieder im Bereich des Schambeckens. Die Aufmerksamkeit wird im Weiteren auf den Rücken, dann auf den Bauch sowie den Brustkorb gerichtet. Von den Schultern aus lenkt man die Wahrnehmung auf die Hände und spürt die Arme entlang nach oben bis zu den Schultern. Von dort aus ertastet man den Kopf- und Gesichtsbereich. Zum Abschluss der Übung kann man noch eine Weile in dieser intensiven Ganzkörperwahrnehmung verweilen, bevor man dann langsam durch tiefes Durchatmen und eventuell sanfte Bewegungen des Körpers zur „normalen“ Wahrnehmung des Körpers zurückkehrt.

Die Instruktionen werden mit ruhiger und gleichmäßiger Stimme und unter Beachtung von Pausen gegeben. Es geht nicht darum, an die jeweiligen Körperteile zu denken, sondern in die entsprechende Körperregion „hineinzuspüren“ und mit Achtsamkeit und einer nicht wertenden inneren Haltung das wahrzunehmen, was man spüren kann. Und wenn man den jeweiligen Körperteil nicht spürt, dann ist es genau dieses Nicht-Spüren, was man wahrnehmen sollte. Es geht also nicht darum, eine bestimmte Körpererfahrung zu favorisieren, sondern den Körper achtsam wahrzunehmen. Dabei wird geübt, jeder Erfahrung, sei sie nun angenehm, unangenehm oder neutral, dieselbe nicht wertende Aufmerksamkeit entgegenzubringen. Der Übungsleiter sollte explizit dazu ermutigen, dass sich die Teilnehmer erlauben, so zu sein, „wie sie im Moment sind“.

Wo liegt der Nutzen des Body-Scans? Man lernt auf praktische Art und Weise, im Körper zu sein und mehr auf seine Signale zu hören. Er ermöglicht eine neue Art des Kennenlernens: Man lernt, den Körper zu erforschen und zu entspannen. Dabei ist das Erreichen von Entspannung nicht das vorrangige Ziel dieser Übung, sondern die achtsame und wertfreie Wahrnehmung des Körpers, so wie er sich im gegenwärtigen Moment anfühlt. Der Body-Scan ist die erste Achtsamkeitsübung, die im MBSR-Programm gelernt und auch täglich praktiziert wird. Zusammen mit der Atembeobachtung bildet sie die Grundlage für alle weiteren Meditationstechniken einschließlich der Sitzmeditation. Die Aufmerksamkeit wird über einen längeren Zeitraum hinweg auf ein ganz bestimmtes Objekt gerichtet; es wird geübt, dort zu verweilen. Dadurch stärken die Teilnehmer(innen) ihre Konzentrationsfähigkeit, und es entwickelt sich langsam ein neuer, für viele noch nie da gewesener Zugang zum eigenen Körper.

Yoga. Der zweite Schritt im MBSR-Programm, nachdem der Body-Scan zwei Wochen lang regelmäßig geübt wurde, ist das Erlernen der achtsamen Körperarbeit. Hierzu werden i.d.R. Übungen aus dem Hatha-Yoga vermittelt, bei denen die Betonung aber, wie bei allen MBSR-Übungen, auf der Achtsamkeit liegt und nicht darauf, ein bestimmtes Ziel zu erreichen oder die Übung „richtig zu machen“. Für den interessierten Leser finden sich Übungen bei Kabat-Zinn (2001) oder bei Segal, Williams & Teasdale (2008).

Mit Hilfe der Yoga-Übungen lernen die Teilnehmer, ihre Grenzen bewusst zu spüren und die gewohnheitsmäßigen Gedankenmuster wahrzunehmen, die auftauchen, wenn man an eine Grenze stößt, wie z. B. „Streng dich mehr an!“ oder

„Das schaffst du nie“ oder „Du kannst das nicht so gut wie die anderen“. Während man seine Grenze spürt und die gedanklichen Bewertungen dabei wahrnimmt, wird die Achtsamkeit ebenso aufrechterhalten wie beim Body-Scan oder in der Sitzmeditation. Durch die Achtsamkeit werden Yoga und jede andere Form der Körperarbeit zur Meditation.

Die Übungen stellen zum einen eine sanfte, wirkungsvolle körperorientierte Meditationsmethode dar; andererseits stärken sie die Flexibilität und die Widerstandskraft des Körpers und kräftigen die Organe, während man lernt, auf alle Körperempfindungen zu achten. Das regelmäßige Praktizieren der Yoga-Übungen unterstützt damit die Entwicklung von innerer Ruhe und Achtsamkeit. Die Übungen vermitteln, wenn sie regelmäßig praktiziert werden, ein Gefühl von Vitalität und Lebensfreude, sind aber auch nicht so leicht wie z. B. der Body-Scan durchzuführen und in den Alltag zu integrieren. Kabat-Zinn beschreibt die Wirkung der Yoga-Übungen wie folgt: „Vielleicht ist das Bemerkenswerteste am Yoga, dass man sich hinterher wie neugeboren fühlt, selbst wenn man vorher völlig erschöpft war. Der ganze Mensch wird im wahrsten Sinne des Wortes regeneriert“ (Kabat-Zinn, 2001, S. 103).

Sitz- bzw. Atemmeditation. Eine zentrale Übung stellt die Sitz- bzw. Atemmeditation dar, bei der die Teilnehmer in einer aufrechten Haltung entweder auf einem Stuhl, Meditationsbänkchen oder mit gekreuzten Beinen auf einem Sitzkissen am Boden sitzen. Während der Meditation versuchen die Übenden, so gut wie möglich ihre Aufmerksamkeit auf die körperlichen Empfindungen beim Ein- und Ausströmen der Luft während des Atmens zu richten und achtsam wahrzunehmen. Wenn die Aufmerksamkeit zu Gedanken, Körperempfindungen, Emotionen etc. abschweift („Ich habe jetzt gerade an die Arbeit gedacht, die ich noch zu tun habe“), so soll dieses Abschweifen zur Kenntnis genommen und die Aufmerksamkeit wieder zum Atem zurückgeführt werden. Das heißt, das Abschweifen oder die eigene Person werden in keiner Hinsicht negativ bewertet. Der Atem dient nach einer solchen „Ablenkung“ als Anker, der die Aufmerksamkeit wieder ins Hier und Jetzt zurückbringt. Mit der Zeit und bei regelmäßiger Übung kann es dann gelingen, Phasen von tiefer innerer Ruhe und Konzentration zu erleben.

Auf der Basis der Konzentration auf die Atmung kann diese Meditation im Sitzen im weiteren Verlauf auch auf andere Erfahrungsbereiche ausgedehnt werden, wie z. B. Geräusche, den Körper in seiner Gesamtheit, das Kommen und Gehen einzelner Körperempfindungen, Gedanken und Gefühle. Dabei wird weiter versucht, so gut es geht, die innere Haltung des nicht wertenden Beobachters aufrechtzuerhalten.

Die meisten Menschen haben keine Erfahrung in Meditation, und es entspricht auch nicht unserer Alltagsrealität. Daher fällt es anfangs schwer, das Nur-Sein oder Nicht-Tun zu üben. Deshalb beginnt man im Kurs zunächst mit fünf- bis zehnminütigen Sitzperioden, die langsam gesteigert werden, sodass die Teilnehmer am Ende in der Lage sind, eine 30-minütige Sitzmeditation (oder länger) durchzuführen. In jedem Fall ist es hilfreich, zu Beginn der Meditation eine Zeit festzulegen, wie lange man sitzen will (z. B. zehn Minuten). Diese Zeit sollte man dann auch einhalten, egal welche Gefühle oder

Gedanken während der Meditation auftauchen. Man sollte die Meditation nicht abbrechen, wenn es unangenehm wird.

Die Wirkung der Sitzmeditation hängt u.a. davon ab, wie oft und regelmäßig geübt wird und ob der Meditierende ein spirituelles oder eher weltliches Ziel mit der Praxis verfolgt. Allgemein kann festgehalten werden, dass die Sitzmeditation einen tiefen inneren Frieden bringen kann und dabei hilft, Weisheit und Erkenntnis zu entwickeln. Mit der Zeit erkennt der Übende, dass alle Empfindungen, Gedanken, Gefühle (positive wie negative, z.B. Wut oder Trauer) oder innere Bilder ebenso wie äußere Objekte wie Geräusche oder Gerüche dem gleichen Prozess der Vergänglichkeit unterliegen: Nichts bleibt so, wie es ist. Durch die Haltung des Nicht-Greifens können neue Sichtweisen über automatisch ablaufende Reaktionen und Verhaltensmuster entwickelt werden. Es wird möglich zu erkennen, dass sowohl angenehme als auch unangenehme Erfahrungen gleichbedeutend sind und zum Leben gehören.

**Gehmeditation.** Bei der Gehmeditation richtet man die volle Aufmerksamkeit auf das Gehen. Man kann, wenn man in der Praxis der Achtsamkeit fortgeschritten ist, die Gehmeditation beim Spaziergang machen, dann ist dies eine informelle Übung. Am Anfang sollte man sie zunächst ganz formal üben, in dem man sich dafür einen Ort sucht, an dem man ungestört auf und ab gehen kann (z. B. im Wohn- oder Schlafzimmer von Wand zu Wand gehen). Man sollte ein Tempo wählen, bei dem man sehr achtsam auf jeden einzelnen Bestandteil der Bewegung achten kann, die der Körper macht, um sich fortzubewegen. Man richtet anfangs die Aufmerksamkeit nur auf einen Aspekt der Bewegung, also z. B. die Füße, um die Konzentrationskraft zu stärken. Gleichzeitig kann man dabei auch den Atem beobachten.

Langsam und achtsam wird ein Schritt vor den nächsten gesetzt. Ist man am Endpunkt angekommen, kann man für einen Moment innehalten und den Körper spüren, bevor man sich dann ganz langsam und bewusst umdreht und die Strecke auf dieselbe achtsame Weise wieder zum Ausgangspunkt zurückgeht. Hat man Übung in der formalen Gehmeditation, kann man damit beginnen, auch die alltäglichen Wegstrecken, die man zurücklegt, mit Achtsamkeit zu gehen. Jede Gelegenheit, bei der man zu Fuß unterwegs ist, kann dadurch zu einer Achtsamkeitsmeditation werden. Auch bei dieser Form der Meditation geht es nicht darum, ein bestimmtes (Weg-) Ziel zu erreichen; man soll „einfach“ im Kontakt mit dem gegenwärtigen Moment sein und die Dinge so erfahren, wie sie sind. Diese Haltung steht im Konflikt damit, dass wir es normalerweise gewohnt sind, immer ein Ziel zu haben, und dieses Ziel auch erreichen wollen. In der Gehmeditation geht es wie bei allen anderen Achtsamkeitsmeditationen auch ausschließlich darum, in der Gegenwart des jeweiligen Momentes zu sein, den Körper zu spüren, die Gedanken und den Atem wahrzunehmen und alles so sein zu lassen, wie es ist. Es gibt kein Ziel, man muss sich nicht beeilen, und man muss auch nichts erreichen.

**Die informellen Übungen: Achtsamkeit im Alltag.** Zu den informellen Übungen gehört das achtsame Verrichten von Routinetätigkeiten (wie Treppensteigen, Duschen oder Ab-

waschen) sowie das Beobachten von angenehmen und unangenehmen Erfahrungen und die Geist-Körper-Reaktionen darauf. Ebenso wird die zwischenmenschliche Kommunikation erforscht sowie der Umgang mit schwierigen Gefühlen und Gedanken. Das Ziel der Schulung der Achtsamkeit ist letztlich die Integration in den Alltag, d.h., alltägliche Tätigkeiten werden mit innerer Präsenz, Wachheit und Achtsamkeit durchgeführt: Wenn man duscht, besteht die Übung darin, dass man nur duscht, das heißt, man sollte sich während des Duschens dessen ganz bewusst sein, dass man duscht, und nicht schon mit den Gedanken auf der Arbeit sein. Aber auch bei Gesprächen, Auseinandersetzungen mit Kollegen oder in der Familie kann Achtsamkeit eine sinnvolle Bereicherung und kraftvolle Unterstützung sein, um das Leben lebendiger zu gestalten. Von Moment zu Moment im Leben sein, das bedeutet Achtsamkeit – und unser Leben besteht nur aus Momenten. Wir haben nur den jetzigen Moment, um lebendig zu sein. Durch die Praxis der Achtsamkeit im Alltag haben manche Teilnehmer(innen) die Erfahrung gemacht, ihr Leben ein Stück mehr zurückzugewinnen. Von Moment zu Moment wieder selbst zu bestimmen, was im Alltag wirklich wichtig ist, und auch die schönen Dinge wahrzunehmen.

## ■ MBCT – Überblick

Eine der am weitesten verbreiteten und in den letzten Jahrzehnten allgemein häufiger auftretende psychische Erkrankung ist die depressive Störung. Sie verläuft oft chronisch, betrifft verstärkt jüngere Personen und ist durch ein hohes Rückfallpotential charakterisiert (z.B. Murry & Lopez, 1998; Wittchen, Knäuper & Kessler, 1994). Menschen, die unter einer Depression leiden, erleben eine Form des Unbefriedigtseins und des „Leidens am Leben selbst“ besonders intensiv. Dinge und Tätigkeiten, die früher gern getan wurden und Freude brachten, wirken während der Depression schal und ohne jeden Reiz. Der Antrieb, sich aktiv in die Auseinandersetzung und Gestaltung des Lebens einzulassen, fehlt. Das gesamte Erleben – einschließlich der Erinnerung an die Vergangenheit, der Perspektive auf die Zukunft und der gegenwärtigen Beziehungen der Person zur Umwelt – ist durchdrungen von einem leidvollen Grundton und einem Gefühl des „Ungenügens“.

**Theoretische Grundlagen.** Ausgehend von Forschungsergebnissen zum Rückfallgeschehen bei der Depression und der Absicht, ein wirksames kognitiv-behaviorales Therapieprogramm zu entwickeln, mit dessen Hilfe die Rückfallwahrscheinlichkeit von Patienten mit rezidivierenden depressiven Störungen gesenkt werden könnte, beschäftigten sich Segal und seine Kollegen intensiv mit achtsamkeitsbasierten Interventionsmethoden und entwickelten die Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) zur Rückfallprophylaxe bei Depression (für einen ausführlichen Überblick siehe Michalak & Heidenreich, 2005, 2009). Aufbauend auf dem MBSR-Programm und ergänzt um kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente, ist die MBCT ein achtsamkeitsbasiertes Therapieprogramm, bei dem die Kultivierung von Achtsamkeit eine zentrale Rolle spielt. Durch die Ausrichtung auf die Hier-und-Jetzt-Erfahrung soll

ein „Wegdriften“ in Erinnerungen, Gedanken und Grübeleien verhindert und der Kontakt mit der lebendigen Erfahrung des gegenwärtigen Augenblicks ermöglicht werden. Durch ein frühzeitiges Wahrnehmen von Veränderungen eigener Gefühle, Gedanken und Körperempfindungen sollen Depressive in die Lage versetzt werden, aus dem Teufelskreis der Depressionsaufschaukelung auszusteigen. Dabei spielt die Entwicklung einer akzeptierenden und offenen Haltung gegenüber aufkommenden Geisteszuständen, seien sie positiv oder negativ, eine wichtige Rolle.

**Ziel der MBCT.** Ein wichtiges Ziel von MBCT besteht darin, die Haltung gegenüber negativen Gedanken, aber auch gegenüber Gefühlen oder Körperempfindungen zu verändern. Als wesentliche Fertigkeit, die durch MBCT erlernt werden soll, sehen die Autoren „the ability, at times of potential relapse, to recognize and disengage from mind states characterized by self-perpetuating patterns of ruminative, negative thought“ (Segal, Williams & Teasdale, 2002, S. 75). Es wird angenommen, dass eine erhöhte Achtsamkeit genau dies ermöglicht. So sollen zum einen negative Gedanken und Gefühle möglichst frühzeitig wahrgenommen werden. Zum anderen soll durch Achtsamkeit eine Haltung gegenüber diesen inneren Erlebnissen gefördert werden, die als „Disidentification“ bezeichnet wird (Teasdale et al., 2002). Dies meint, dass Gedanken nicht als valide Abbilder der Situation oder als valide Selbstaussagen verstanden werden, sondern als mentale Ereignisse. Die Teilnehmer werden ermutigt, negative Gedankenmuster frühzeitig zu erkennen, sie achtsam wahrzunehmen und – so gut es geht – aus dem depressiven Aufschaukelungsprozess auszusteigen. Im Gegensatz zu klassisch kognitiven Interventionen (vgl. Beck, 1976) geht es dabei aber nicht um die Veränderung der Inhalte depressiven Denkens, sondern wie gesagt um eine Änderung der Haltung gegenüber inneren Bildern, Gedanken und Erinnerungen: Ziel ist die Kultivierung eines akzeptierenden und offenen Umgangs mit Gefühlen und Gedanken.

Durch die konkreten Erfahrungen in den Achtsamkeitsübungen und auch durch das erforschende Nachbesprechen (Inquiry) der Erfahrungen mit der Übungspraxis wird ein Aussteigen aus ungünstigen Gedankenabläufen ermöglicht. Hierzu werden in dem MBCT-Programm folgende grundsätzliche Prinzipien und Fähigkeiten vermittelt:

**Konzentration:** Die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Fokus auszurichten, ist zentral für alle Aspekte der MBCT.

**Bewusstsein/Achtsamkeit bezüglich Gedanken, Emotionen/Gefühlen und Körperempfindungen:** Dies ist wichtig, da wir ungünstige Geisteszustände nicht loslassen bzw. nicht anders mit ihnen umgehen können, solange sie uns nicht bewusst sind. Eine gesteigerte Bewusstheit führt somit dazu, solche Zustände immer früher wahrnehmen zu können, bevor sie sich verfestigt haben. Außerdem erlaubt achtsames Betrachten, dass sich die Erfahrungen „kreativer“ und gemäß ihrer Eigendynamik entfalten können.

**Im gegenwärtigen Augenblick sein:** Der Anleiter kann den Kontakt zum gegenwärtigen Erleben von Moment zu Moment dadurch fördern, dass er keine „vorausseilenden“ Anleitungen

gibt, die dem vorgreifen, was die Teilnehmer im gegenwärtigen Augenblick tun und erleben.

**Akzeptanz/Nicht-Aversion, Nicht-Anhaftung und sanfte Aufmerksamkeit:** Die Motivation, die hinter den automatischen Geisteszuständen steckt, lässt sich als Form von Aversion oder Begehren beschreiben. Wir wollen negative Empfindungen und unangenehme äußere Situationen einfach nicht haben und loswerden. Unser Leben soll auf jeden Fall von Glück, Schmerzfreiheit und angenehmen äußeren Umständen geprägt sein. Sind solche Anhaftungen stark, können sie ein Hindernis für wirkliches tieferes Glück und Zufriedenheit sein. Akzeptanz und Bewusstheit erlauben uns, die „schlechten Dinge“ und die „guten Dinge“ in einer klareren und weiteren Perspektive zu sehen, sodass wir besser in der Lage sind, auf eine Situation in ihrer Gesamtheit zu reagieren anstatt nur auf Einzelaspekte.

**Loslassen:** Erlebnisinhalte werden aufmerksam und achtsam betrachtet. Dabei wird versucht, so gut es geht in bewussten Kontakt mit ihnen zu treten („Ich bin mir bewusst, dass ich gerade jetzt einatme, und nehme wahr, wie sich das anfühlt“). Ich versuche dieses Gefühl aber nicht zu verändern, zu verstärken oder zu unterdrücken, sondern überlasse es seiner Eigennatur und erlebe dabei möglicherweise das Geheimnisvolle dieser alltäglichen Erfahrung. Ähnlich verfare ich auch mit anderen Erlebnisinhalten. Nehme ich beispielsweise ein Spannungsgefühl in der Brust wahr, so betrachte ich es (Achtsamkeit), erlaube ihm zu sein (Akzeptanz) und überlasse es seiner Eigendynamik (Loslassen). Und möglicherweise entdecke ich auch hier das Wunderbare dieser alltäglichen Erfahrung (wunderbar nicht im Sinne einer überwältigenden mystischen Erfahrung, sondern wunderbar im Sinne der Einmaligkeit und Unwiederbringlichkeit dieser Erfahrung im gegenwärtigen Augenblick).

**„Sein“ mehr als „Tun“, nicht zielbezogene Haltung, kein besonderer Zustand (Entspannung, Glück, Frieden), der erreicht werden müsste:** Die ungünstigen Geisteszustände sind häufig dadurch gekennzeichnet, dass ein gegenwärtiger (unerwünschter) Zustand mit einem erwarteten und erhofften besseren Zustand verglichen wird. Dieser Vergleich resultiert dann in dem Versuch, den gegenwärtigen Zustand durch zielgerichtete Handlungen zu ändern. Dieser „Tun-Modus“ („doing mode“), der unser tägliches Leben häufig prägt, ist zwar in vielen Situationen angemessen, kann aber vor allem dann problematisch werden, wenn er automatisiert, d.h. nicht willentlich, und in Situationen, in denen nicht unmittelbar eine günstige Handlung zur Verfügung steht, abläuft. Hier besteht die Gefahr, dass Gedanken sich immer mehr um den ungünstigen gegenwärtigen Zustand, den nicht zu erreichenden erhofften Zustand und um mögliche katastrophale Konsequenzen zu drehen beginnen (Rumination). Das Denken verengt sich, und der volle „Reichtum“ der gegenwärtigen Situation kann nicht mehr erfahren werden. MBCT versucht, den „Geschmack“ für einen alternativen Modus, den „Seins-Modus“ („being mode“), zu entwickeln. Dieser „Seins-Modus“, der schwer durch Worte und Konzepte zu vermitteln ist und nur im Rahmen der eigenen konkreten Erfahrung zugänglich werden kann, lässt das einmalige und komplexe Muster jedes einzelnen Augenblicks „einfach“ sein,

wie es ist. Es gilt, keinen speziellen Zustand wie Entspannung, Glück oder Frieden zu erreichen; deswegen bedarf es keiner zielgerichteten Anstrengung, sondern der gegenwärtige Augenblick ist auf seine Weise „vollkommen“ (was nicht leidfrei bedeutet).

**Die Aufmerksamkeit auf die körperliche Manifestation eines Problems richten:** Die sanfte Aufmerksamkeit auf den „felt sense“ (sensu Gendlin, 1981; siehe auch Bundschuh-Müller, 2009) eines Problems richten, also auf seine körperliche Manifestation, kann nicht nur die Verstärkungswirkung der Aversion mindern, sondern gibt auch der Achtsamkeit Raum, „ihre Arbeit zu tun“. Dabei können die Dinge geschehen und sich entfalten, ohne dass sie von Konzepten und Worten „gestört“ werden. Auf einer grundsätzlichen Ebene muss ich mich also nicht anstrengen, damit es mir besser geht, sondern kann dem „Prozess“, der sich entfaltet, vertrauen. Dies ist nicht mit Fatalismus und „Hände in den Schoß legen“ zu verwechseln. Aus der achtsamen Wahrnehmung des Problems kann sehr wohl die Erkenntnis entstehen, dass ich Dinge verändern sollte, dass ich Dinge sogar mit meiner äußersten Anstrengung verändern sollte. Diese Veränderung erfolgt dann aber aus der Achtsamkeit und dem Innehalten heraus und verliert ihre getriebene Qualität.

Ein weiteres wichtiges Charakteristikum des Programms bezieht sich auf das „Empowerment“ der Teilnehmer, d. h., das Lernen, wann immer möglich, beruht auf direkter eigener Erfahrung und nicht auf Vorträgen der Kursleiter. Zentral ist dabei die Grundhaltung, dass die Teilnehmer die besten Experten für sich selber sind; Empowerment wird vor allem durch folgende Durchführungsprinzipien gefördert:

**Feedback:** Unmittelbar nach jeder Übung wird nach dem Feedback der Teilnehmer gefragt. Dabei werden die Teilnehmer zuerst gebeten, ihre Empfindungen, Gedanken und Gefühle während der Übung zu beschreiben. Danach erst werden sie gefragt, ob sie irgendwelche Kommentare zu ihren Erfahrungen haben.

**Keine Pflicht:** Es besteht für die einzelnen Teilnehmer keine Pflicht zur verbalen Einbringung. Im Vorgespräch wird betont, dass die Teilnehmer nach der Vorstellungsrunde nicht verpflichtet sind, sich im weiteren Verlauf des Kurses verbal zu äußern. Wichtig ist allerdings, sich achtsam in das Programm einzubringen und die anderen Teilnehmer mit der wachsamsten Präsenz zu beschenken, die zum Beispiel in achtsamem Zuhören der Äußerungen anderer bestehen kann.

**Offener Fragestil:** Kursleiter benutzen möglichst offene Fragen und ermutigen die Äußerung von Zweifeln, Schwierigkeiten und Vorbehalten.

Feedback zu den Übungserfahrungen und Äußerungen der Teilnehmer wird möglichst konkret und spezifisch gegeben. Bei Ermutigungen werden Ausdrücke wie „... so gut Sie können“ (z. B. „Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit – so gut Sie können – auf den Atem“) anstatt „versuchen“ benutzt.

Es wird, so gut es geht, eine Balance hergestellt zwischen der Empfehlung, Erwartungen loszulassen (auch Erwartungen an das Programm), und dem Vertrauen, dass sich wichtige Veränderungen durch die Achtsamkeitspraxis ergeben werden. Im Vorgespräch werden beispielsweise mit den Teilnehmern

die Ziele, die sie für das Programm haben, erarbeitet. Gleichzeitig werden sie aber gebeten, dieses Ziel für die Dauer des Programms loszulassen.

Es wird eine Haltung gefördert, die durch eine möglichst große Neugierde und Offenheit gegenüber der Erkundung eigener Erfahrungen geprägt ist, auch wenn solche Erfahrungen langweilig oder negativ zu sein scheinen.

**Ablauf der MBCT.** Wie bereits beschrieben, handelt es sich bei der MBCT um ein 8-Wochen-Programm, bestehend aus wöchentlichen Sitzungen à 2 Stunden. Die Gruppengröße ist auf max. 12 Patienten beschränkt, die mindestens drei depressive Episoden erlebt haben und zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns nicht mehr akut depressiv sind. Der Ablauf der einzelnen Sitzungen, die jeweils ein Thema schwerpunktmäßig behandeln, findet sich in der folgenden Tabelle 2. Handouts für die Teilnehmer geben Zusammenfassungen der einzelnen Sitzungen und der wichtigsten Themen. Darüber hinaus werden den Patienten Übungs-Kassetten oder -CDs ausgehändigt. Nach Programmende haben die Patienten die Möglichkeit, sich in vier weiteren Booster-Sitzungen zu treffen, gemeinsam zu üben und sich über ihre Erfahrungen auszutauschen.

Vor Kursbeginn findet mit allen zukünftigen Teilnehmern ein einstündiges Eingangsinterview statt, in dem die Hintergründe des Programms erläutert werden und der Interviewer einen ersten Einblick in die Faktoren, die bei dem einzelnen Teilnehmer mit der Auslösung und der Aufrechterhaltung der Depression verbunden waren, zu erhalten versucht. Außerdem wird in dem Interview betont, dass das MBCT-Programm mit „harter Arbeit“ verbunden sein wird, vor allem was die Durchführung von regelmäßiger Übung zu Hause betrifft (während des gesamten Programmzeitraums an sechs Tagen in der Woche 45 bis 60 Minuten Übung). Darüber hinaus wird abgeklärt, ob ein aktueller Drogen- oder Alkoholmissbrauch vorliegt, wobei dieser eine Kontraindikation für die Teilnahme an dem Programm darstellt. Im Vorgespräch wird das Thema Suizidalität ebenfalls thematisiert.

In den Sitzungen werden analog zum MBSR die formalen Achtsamkeitsübungen – Body-Scan, Sitzmeditation und Yoga – gemeinsam geübt sowie die informelle Achtsamkeitspraxis für den Alltag vermittelt. Die einzelnen Übungen werden im Anschluss an das gemeinsame Üben in der Gruppe besprochen, wobei ausführlich auf Erfahrungen und auch Schwierigkeiten eingegangen wird. In den ersten vier Sitzungen geht es dabei vor allem um das Erlernen und Einüben von Konzentration und der Haltung der Achtsamkeit. Im zweiten Teil des Programms (Sitzungen 5-8), in dem weiterhin die Achtsamkeitsübungen im Vordergrund stehen, wird die Behandlung ergänzt durch klassische kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente (Bedeutung von und Umgang mit automatischen Gedanken, Psychoedukation zur Depression, Erkennen von Frühwarnsymptomen sowie Erarbeitung von Rückfallplänen). Dabei ist besonders wichtig, dass auch die kognitiven Elemente aus einer achtsamen Haltung heraus vermittelt und umgesetzt werden.

Tabelle 2: Die einzelnen Sitzungen des MBCT-Programms (Segal et al., 2002; dt.: Segal et al., 2008; vgl. auch Michalak & Heidenreich, 2005, 2009)

<p>In den Sitzungen 1-4 stehen vor allem das Erlernen und Einüben von Achtsamkeit im Vordergrund. Die Teilnehmer lernen, das Abschweifen ihrer Aufmerksamkeit bewusster wahrzunehmen und wieder in die Gegenwart zurückzuholen. Der Atem fungiert als „Anker der Achtsamkeit“.</p>
<p><b>Sitzung 1: Autopilot</b></p> <p>Vorstellungsrunde der Teilnehmer und des Therapeuten Besprechen der Gruppenregeln (Schweigepflicht etc.) Vermittlung von Grundprinzipien der Achtsamkeitspraxis und erstmalige Durchführung des Body-Scans Durchführung der „Rosinen-Übung“ (vgl. oben, MBSR) Sitzungsthema: Rolle des Autopilotenmodus im Alltag und damit einhergehende Konsequenzen Abschluss der Sitzung: 2- bis 3-minütige Atemmeditation Hausaufgabe: achtsame Ausführung einer Alltagshandlung (z. B. Duschen)</p>
<p><b>Sitzung 2: Umgang mit Barrieren/Hindernissen</b></p> <p>Beginn: Body-Scan; Besprechung der Übung und Besprechung der Hausaufgaben Sitzungsthema: Hindernisse beim Üben: „Ich habe keine Zeit“; „Ich war ganz toll entspannt“; „Mir hat alles wehgetan“ Die Besprechung der Übungserfahrungen dient vor allem dazu, eine Haltung gegenüber diesen Hindernissen zu entwickeln, die zum einen durch Akzeptanz gekennzeichnet ist und die gleichzeitig die Bereitschaft fördert, sich trotz der Hindernisse nicht vom Üben abhalten zu lassen. Diese Haltung lässt sich kurz und bündig in der Aussage zusammenfassen: „Du musst es nicht genießen, du musst es nur tun!“ Mentale Übung zur Verbindung von Gedanken und Gefühlen Abschluss der Sitzung: 10-minütige Atemmeditation</p>
<p><b>Sitzung 3: Achtsamkeit auf den Atem</b></p> <p>Beginn: 5-minütige Übung zum Hören oder Sehen (Verdeutlichung alltäglicher Kategorisierungen) Durchführung einer 30-minütigen Sitzmeditation (alternativ: Vermittlung der 40-minütigen Yoga-Übungsreihe aus dem MBSR-Programm) Besprechen der Übung und Besprechen der Hausaufgabe Einführung der „3-Minuten-Atemübung“ Dehnübungen aus dem Yoga (10 Minuten), um die Kultivierung von Achtsamkeit auch auf den Körper zu unterstützen (alternativ: 15- bis 20-minütige Sitzmeditation, wenn vorher die Yoga-Reihe vermittelt wurde; Austausch in der Gruppe). Abschluss der Sitzung: 2- bis 3-minütige Atemmeditation</p>

**Sitzung 4: Im Hier und Jetzt bleiben**

Beginn: 5-minütige Übung zum Hören oder Sehen  
Durchführung einer 40-minütigen Sitzmeditation  
Besprechen der Übung und Besprechen der Hausaufgabe: Gefühle der Aversion gegenüber negativen Erlebnissen und Anhaftung an positive Erlebnisse  
Sitzungsthema: Aktuelle Erfahrungen akzeptieren; im Hier und Jetzt bleiben  
Vermittlung störungsspezifischer kognitiver Elemente (automatische negative Gedanken, diagnostische Kriterien für Depression)  
Abschluss der Sitzung: „3-Minuten-Atemübung“

In den Sitzungen 5-8 steht der Umgang mit schwierigen Gefühlen im Mittelpunkt. In dieser Phase werden auch verstärkt klassische kognitiv-behaviorale Elemente in die Behandlung integriert. Schwerpunkt auch in dieser zweiten Phase bleiben aber die Achtsamkeitsübungen.

**Sitzung 5: Zulassen / Dinge so sein lassen, wie sie sind**

Beginn: 40-minütige Sitzmeditation (Atmung, Körper, Geräusche, Gedanken, Gefühle, offenes Gewahrsein)  
Im Rahmen der Sitzmeditation Vermittlungen erster Schritte hin zu einer Haltung des liebevollen „Um-sich-Kümmerns“  
Besprechen der Übung und Besprechen der Hausaufgaben  
Sitzungsthema: Zulassen, d. h., „was immer ich im Moment empfinde, es ist o.k.“  
Psychoedukation Depression: Symptome; automatische Reaktionsmuster auf unangenehme Ereignisse und deren Rolle im Rückfallgeschehen depressiver Störungen  
Abschluss der Sitzung: „3-Minuten-Atemübung“

**Sitzung 6: Gedanken sind keine Tatsachen**

Beginn: 40-minütige Sitzmeditation (Atmung, Körper, Geräusche, Gedanken, schwierige Empfindungen)  
Besprechen der Übung und Besprechung der Hausaufgaben  
Sitzungsthema: Umgang mit (schwierigen) Gedanken  
Übung zur Entwicklung einer alternativen Haltung gegenüber Gedanken („Gedanken sind mentale Ereignisse und weniger Tatsachen“)  
Erste Vorbereitung auf den Abschluss des Programms: Strategien für die selbständige Weiterführung der Achtsamkeitspraxis (Betonung der Regelmäßigkeit, d.h. tägliche Praxis)  
Abschluss der Sitzung: „3-Minuten-Atemübung“

**Sitzung 7: Wie kann ich mich am besten um mich selbst kümmern?**

Beginn: 40-minütige Sitzmeditation (Atmung, Körper, Geräusche, Gedanken, schwierige Empfindungen)  
 Besprechung der Übung und Besprechen der Hausaufgaben  
 Sitzungsthema: Handlungen und Verhaltensweisen, die aus einer achtsamen Haltung heraus erfolgen können, um „für sich selber zu sorgen“; Bearbeitung von Fragen:  
 „Welche Dinge tue ich in meinem Alltag, die mir guttun und die mich ‚nähren‘?“  
 „Was tue ich in meinem Leben, das meine Möglichkeiten beeinträchtigt, mich ganz, gelassen und in Kontakt mit dem gegenwärtigen Augenblick zu erleben?“  
 „Wie kann ich Dinge, die mir guttun, häufiger tun?“  
 „Wie kann ich Dinge, die mich destabilisieren, am besten weniger oft machen?“  
 Übungen, die die Teilnehmer dabei unterstützen sollen, achtsam und „weise“ in Situationen zu reagieren, die zu Rückfällen führen können (Arbeit in Kleingruppen)  
 Psychoedukation: Depressionsspirale, Frühwarnzeichen  
 Vorbereiten auf das Ende des Kurses  
 Abschluss der Sitzung: „3-Minuten-Atemübung“

**Sitzung 8: Einsatz der neu gelernten Dinge auch zukünftig**

Beginn: Body-Scan; Besprechen der Übung und Besprechen der Hausaufgaben  
 Rückblick auf das Erlebte und Gelernte während der vergangenen Wochen  
 Betonung der Wichtigkeit der weiteren täglichen Achtsamkeitspraxis auch nach Ende des Programms  
 Besprechung konkreter Pläne, die Übungen weiterhin durchzuführen  
 Übung: Rückblick und Ausblick  
 Abschlussrunde – Abschlussritual

Im Hinblick auf empirische Untersuchungen zur Rückfallprävention bei rezidivierenden depressiven Störungen durch MBCT berichten Teasdale et al. (2000) in einer Studie an 145 ehemals depressiven Patienten, dass über einen Zeitraum von insgesamt 60 Wochen die zusätzlich mit MBCT behandelte Gruppe ca. 50% signifikant weniger Rückfälle aufwies als die Kontrollgruppe, die „Treatment As Usual“ (TAU) durchlief. Dieser Zusammenhang zeigte sich jedoch ausschließlich bei Patienten, die bereits drei oder mehr depressive Episoden erlebt hatten (77% der untersuchten Stichprobe). Die Unterschiede bei Patienten mit zwei Rückfällen in der Vorgeschichte (23% der Gesamtstichprobe) waren nicht signifikant – hier zeigte sich eher eine nichtsignifikante Tendenz in die umgekehrte Richtung mit mehr Rückfällen in der MBCT-Gruppe (56% vs. 31%). Ähnliche Ergebnisse fanden sich in einer Replikationsstudie von Ma und Teasdale (2004). Auch in ihrer Untersuchung an 73 ehemals Depressiven konnte das Rückfallrisiko

in der MBCT-Gruppe, verglichen mit der TAU-Gruppe, um mehr als 50% gesenkt werden: Für die Patienten mit drei oder mehr depressiven Episoden in der Vorgeschichte (75% der Gesamtstichprobe) zeigten sich signifikant niedrigere Rückfallraten in der MBCT-Gruppe (36%) im Vergleich zu 78% in der TAU-Gruppe; bei Patienten mit zwei Rückfällen (21% der Gesamtstichprobe) zeigten sich erneut keine signifikanten Gruppenunterschiede. Die Ergebnisse der Untersuchungen von Teasdale et al. (2000) sowie Ma und Teasdale (2004) konnten in einer kritischen erneuten und kombinierten Analyse der ursprünglichen Ergebnisse weiter bekräftigt werden (Williams, Russell & Russell, 2008). MBCT führte zu einer Reduktion der Rückfallraten nach 12 Monaten von 70% zu 39% der Patienten und verlängerte damit den Zeitraum bis zum Auftreten einer erneuten depressiven Episode um mindestens 18 Wochen.

Da sich in beiden Untersuchungen keine Unterschiede und keine Reduktion der Rückfallwahrscheinlichkeit in der MBCT-Gruppe bei Patienten mit zwei Episoden in der Vorgeschichte finden konnten, argumentieren Ma und Teasdale (2004), dass bei solchen Patienten Rückfälle eher durch kritische Lebensereignisse verursacht werden; die im MBCT-Programm im Mittelpunkt stehenden automatisierten Aufschaukelungsprozesse dürften bei diesen Patienten eine geringere Rolle spielen.

Dass MBCT auch kognitive Faktoren positiv zu beeinflussen scheint, die für ein erneutes Auftreten depressiver Episoden prädisponieren, zeigen die Ergebnisse von Williams, Teasdale, Segal und Soulsby (2000): Patienten, die an der MBCT teilnahmen, zeigten eine signifikante Reduktion des bei Depressiven wiederholt beobachteten übergenerellen autobiografischen Gedächtnisses (Williams, 1996). Darüber hinaus beurteilten Teilnehmer dieser Stichprobe das Erlernen neuer Fertigkeiten und eine insgesamt akzeptierende Grundhaltung als wesentliche Aspekte dieses Programms (Mason & Hargreaves, 2001).

Bei MBCT wurden in jüngerer Zeit auch Anwendungen und Modifikationen bei anderen Störungen entwickelt: Heidenreich, Tuin, Pflug, Michal und Michalak (2006) untersuchten die Anwendung bei Patienten mit Schlafstörungen, während Kenny und Williams (2007) die Anwendung bei akuter Depression überprüften. Als Teil einer randomisierten Pilotstudie untersuchten Williams, Alatiq et al. (2008) die Nützlichkeit von MBCT bei Patienten mit bipolarer Störung (in Remission) bezüglich ihrer Angst- und Depressionssymptomatik zwischen den Episoden, verglichen mit einer Wartekontrollgruppe. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass MBCT zu einer signifikanten Verbesserung der depressiven und Angstsymptomatik bei Patienten mit bipolarer Störung beitrug.

Kuyken et al. (2008) konnten in einer randomisierten, kontrollierten Studie zeigen, dass MBCT bei ehemals depressiven Patienten mit drei oder mehr Episoden in der Vorgeschichte zur Reduktion der Rückfallraten mindestens ebenso wirksam ist wie antidepressive Erhaltungstherapie (der derzeitige „gold standard“ medikamentöser Behandlung): Rückfallraten nach 15 Monaten-Follow-up wurden mit 47% für MBCT und 60% für antidepressive Erhaltungstherapie berichtet. In einigen Outcomekriterien (depressive Restsymptomatik, Anzahl

komorbider Störungen, Lebensqualität) war MBCT der antidepressiven Erhaltungstherapie sogar überlegen.

## ■ Mögliche allgemeine Wirkprinzipien von Achtsamkeit

Im Gegensatz zur Wirkungsforschung steckt die Forschung zu den möglichen Wirkmechanismen achtsamkeitsbasierter Interventionen noch in den Kinderschuhen. Dennoch konnten vor allem im Laufe der letzten Jahre empirische Hinweise erbracht werden, die ein Licht auf mögliche Wirkprinzipien werfen. Eine Voraussetzung dafür ist, dass achtsamkeitsbasierte Ansätze wirklich zu einer Erhöhung der Achtsamkeit führen: In einigen Studien konnte diesbezüglich nachgewiesen werden (z.B. Michalak, Heidenreich, Ströhle & Nachtigall, 2008), dass achtsamkeitsbasierte Ansätze in der Tat mit einer Erhöhung der (in diesem Fall psychometrisch erfassten) Achtsamkeit einhergehen. Diese Beobachtung ermöglicht es, in methodisch aufwändigeren Analysen Mediatoren- bzw. Moderatorenmodelle zu prüfen. Als mögliche Wirkmechanismen werden diskutiert (vgl. Heidenreich & Michalak, 2009):

**Ausstieg aus dem Autopilotenmodus:** Diese von Kabat-Zinn (1990) formulierte Hypothese betont eine größere Flexibilität im Umgang mit automatisierten Reaktionen. Empirische Nachweise stammen aus Einzelfallstudien von Singh et al. (2007), die eine Verbesserung habitueller Ärgermuster bei psychisch schwer beeinträchtigten Patienten durch Achtsamkeitstraining nachweisen konnten.

**Achtsamkeit als Alternative zu Rumination und Ablenkung:** Segal et al. (2002) gehen davon aus, dass eine achtsame Haltung ermöglicht, ruminative Prozesse bereits zu einem frühen Zeitpunkt zu erkennen und sich nicht in ihnen zu verlieren. Dies ermöglicht, aus negativen depressiven Aufschaukelungsprozessen bereits frühzeitig auszusteigen und wieder Kontakt mit der Erfahrung des aktuellen Moments aufzunehmen.

**Verbesserung der Emotionsregulation:** Arch & Craske (2006) konnten in einer Studie zeigen, dass bereits eine 15-minütige Atemübung dazu beitragen kann, die Stimmung zu stabilisieren. Auch Zeidler (2007) konnte eine Verbesserung der Affektregulierung finden.

**Disidentifikation mit kognitiven Inhalten:** Laut Teasdale et al. (2002) führt Achtsamkeit dazu, dass Gedanken und Gefühle als vorübergehende Elemente des Geistes wahrgenommen werden können (metacognitive awareness). In ihrer Studie konnten sie zeigen, dass MBCT-Patienten durch eine Erhöhung der „metacognitive awareness“ charakterisiert sind; „metacognitive awareness“ ist ein Prädiktor für den Rückfall ehemals depressiver Patienten.

**Verbesserung der Körperwahrnehmung:** Achtsamkeitsbasierte Ansätze zeichnen sich durch ihre hohe Körperorientierung aus. Die Patienten werden intensiv darin geschult, ihren Körper bewusst zu erspüren. Dies kann ihnen möglicherweise dabei helfen, Aufschaukelungsprozesse zwischen körperlichen Prozessen (z. B. bestimmten Arten, sich zu bewegen; Michalak et al., 2009) und emotionalen/kognitiven Prozessen besser wahrzunehmen und aus ihnen auszusteigen (Michalak, Troje & Heidenreich, in Vorbereitung).

**Entspannung:** Achtsamkeitsübungen können Zustände tiefer körperlicher Entspannung auslösen. Allerdings sei darauf verwiesen, dass Achtsamkeitsübungen keine Entspannungsübungen im engeren Sinne darstellen. Die achtsame Wahrnehmung von Verspannung oder Erregtheit kann genauso „wertvoll“ sein wie sich einstellende Entspannung. In einer empirischen Studie, in der Achtsamkeit mit Entspannungsverfahren verglichen wurde (Jain et al., 2007), konnte gezeigt werden, dass zwar beide Verfahren zu Entspannungseffekten führen, Achtsamkeitsübungen darüber hinaus aber auch die Tendenz zum Grübeln reduzieren.

Weitere Wirkmechanismen, die diskutiert werden, aber bisher nicht direkt empirisch überprüft wurden, sind zum einen die achtsame Konfrontation mit bis dahin vermiedenen inneren Erlebnissen (schmerzhafte Emotionen, Aspekte eines negativen Selbstkonzeptes), die möglicherweise zu einer Reduktion der emotionalen Potenz solcher Erlebnisse führen kann. So bewirkt das ruhige Beobachten von schwierigen Gefühlen, das in der Achtsamkeitsmeditation geübt wird, möglicherweise die Deautomatisierung des Vermeidungsverhaltens. Darüber hinaus könnte das In-Kontakt-Treten mit der körperlichen Manifestation von Gefühlen dazu führen, dass diese früher erkannt (wichtig für Rückfallprophylaxe!) und ihre Bedeutung für die Person besser (organismischer) geklärt werden kann. Beides wiederum sollte einen flexibleren und stimmigeren Umgang mit Gefühlen ermöglichen. Darüber hinaus sollte nicht unterschätzt werden, dass Achtsamkeit zu einem gestärkten Kontakt mit der Reichhaltigkeit jeden Augenblicks führen kann, was eine möglicherweise entscheidende Ressource darstellt.

## ■ Achtsamkeit, Bindung und Mentalisierung

In einem Sonderheft, das der Bedeutung von Bindung und Mentalisierung für die Therapie Erwachsener gewidmet ist, ist neben der Darstellung wesentlicher Grundprinzipien der Achtsamkeit natürlich auch eine vergleichende Darstellung dieser Konzepte sinnvoll. Wir verzichten dabei auf eine ausführliche Erläuterung des Bindungskonzepts (vgl. den Beitrag von Milch & Sahhar in diesem Heft) und des Konzepts der Mentalisierung (vgl. hierzu die Beiträge von Fonagy & Bateman sowie Bolm) und werden direkt auf die Darstellung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden eingehen. Ein Problem dabei ist die Unschärfe, die den hier bedeutsamen Begriffen zu eigen ist: Im klinischen Alltag besteht insbesondere für den Begriff der Achtsamkeit die Neigung, analog einem Rorschach-Test jeweils bevorzugte Inhalte mit diesem Begriff zu verbinden. Wir verwenden die Begriffe deshalb, soweit es möglich ist, in ihren weiter oben aufgeführten Definitionen.

Es wird angenommen, dass ein enger Zusammenhang zwischen einer sicheren frühen Bindung und Mentalisierung besteht: Eine sichere frühe Bindung wird als wesentliche Voraussetzung für den erfolgreichen Aufbau der Mentalisierungsfähigkeit konzipiert (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Einen interessanten Versuch zur Integration des Bindungskonzepts mit dem Achtsamkeitsprinzip hat der Neurowissenschaftler

Daniel J. Siegel (2007) unternommen. Er sieht dabei Parallelen zwischen den Fähigkeiten, die man im Rahmen des Übens von Achtsamkeit lernt, und denen, die man für den Aufbau empathischer Beziehungen braucht. So lernt man im Rahmen der Achtsamkeitspraxis, sich feinfühlig auf sich und seine jeweiligen Zustände einzustimmen und sich dadurch selbst zum „besten Freund“ zu werden. Genau diese im Rahmen der Achtsamkeitspraxis vertieften Qualitäten sind es dann, die benötigt werden, wenn man sich im Rahmen von sozialen Beziehungen empathisch und feinfühlig auf sein Gegenüber und auf die gemeinsame Beziehung einstimmen möchte.

Ganz parallel hierzu sehen Safran und Muran (2000) in ihrem psychodynamisch orientierten Alliance-Ruptures-Ansatz einen zentralen Stellenwert von Achtsamkeit im Rahmen der Arbeit mit der therapeutischen Beziehung und ihren Brüchen. Ein achtsamer Therapeut kann deutlicher wahrnehmen, was implizit in der Beziehung zu seinem Patienten geschieht, und ist eher in der Lage, auch in schwierigen Interaktionssituationen leichter wieder einen gewissen inneren Raum zu gewinnen, der es ihm besser ermöglicht, mit dem Patienten in einen Klärungsprozess einzutreten.

Choi-Kain und Gunderson (2008) haben sich ausführlich mit der Entwicklung des Mentalisierungskonzepts befasst und darauf hingewiesen, dass ähnlich der oben für Achtsamkeit dargestellten Problematik der Begriff „Mentalisierung“ im klinischen Alltagssprachgebrauch häufig unscharf verwendet wird. Sie legen ihrer Analyse die klassische Definition von Bateman und Fonagy (2004) zugrunde: Mentalisierung ist demnach “the mental process by which an individual implicitly and explicitly interprets the actions of himself or herself and others as meaningful on the basis of intentional mental states such as personal desires, needs, feelings, beliefs, and reasons” (zit. nach Choi-Kain & Gunderson, 2008, S. 1128). In dieser Definition sind drei relevante Dimensionen benannt, auf die sich Mentalisierung beziehen kann: Auf der Prozessebene kann Mentalisierung sowohl implizit als auch explizit ablaufen (unbewusste und automatisierte Annahme des mentalen Funktionierens eines Gegenübers z.B. in einem Gespräch vs. der bewusste Einsatz von Mentalisierung), auf der Inhaltsebene lassen sich ein Fokus auf eigene mentale Prozesse vs. mentale Prozesse bei anderen unterscheiden, und schließlich lassen sich kognitive und affektive Aspekte unterscheiden. Je nachdem, welche dieser Dimensionen betrachtet wird, lässt sich nach Choi-Kain und Gunderson eine größere oder kleinere Nähe zu einzelnen Aspekten des Achtsamkeitsprinzips darstellen. Unter den oben genannten Merkmalen von Achtsamkeit besteht eine konzeptuelle Nähe zu „describe“ und „observe“, während es für „act with awareness“ und „accept without judgment“ keine Pendanten im Bereich der Mentalisierung gibt. Die Gemeinsamkeiten liegen dabei in erster Linie darin, dass beide Prinzipien eine Aufmerksamkeitsausrichtung auf persönliche Erfahrung anstreben, um Tendenzen von Impulsivität und Reaktivität abzumildern (Choi-Kain & Gunderson, 2008, S. 1130).

Komponente der Mentalisierung	Achtsamkeit
Impliziter Modus	Nein
Expliziter Modus	Ja
Auf das Selbst bezogen	Ja
Auf Andere bezogen	Nein
Kognitiv vs. affektiv	Beides bedeutsam

Tabelle 3: Konzeptuelle Überlappungen von Achtsamkeit und Mentalisierung (nach Choi-Kain & Gunderson, 2008, S. 1131)

Achtsamkeit und Mentalisierung sind nach Choi-Kain und Gunderson beide auf den expliziten Modus bezogen, während zum Bezug auf den impliziten Modus der Mentalisierung aus ihrer Perspektive kein Pendant im Bereich der Achtsamkeit vorliegt. Allerdings ist es unserer Meinung nach wichtig, darauf zu verweisen, dass auch durch das Praktizieren von Achtsamkeit ein feinfühliges Einstimmen auf Interaktionen gefördert werden kann und damit auch auf impliziter Ebene ein besseres Verständnis des Gegenübers erleichtert wird. In ähnlichem Sinne deckt Achtsamkeit analog der Mentalisierung den Bezug auf Abläufe des Selbst ab, während nach Choi-Kain und Gunderson dem auf andere bezogenen Fokus im Kontext der Mentalisierung ein Pendant im Bereich der Achtsamkeit fehlt. Auch hier würden wir wiederum darauf verweisen, dass Achtsamkeit im eigentlichen Sinne weiter ist, als es in der Gegenüberstellung von Choi-Kain und Gunderson erscheint: So sollte Achtsamkeit eben auch ein besseres Wahrnehmen des Gegenübers und der ablaufenden Interaktionsmuster ermöglichen. Nach Choi-Kain und Gunderson ist beiden Konzepten gemeinsam, dass sowohl affektive als auch kognitive Prozesse betrachtet werden. Sie grenzen darüber hinaus in ihrer Arbeit Mentalisierung von weiteren verwandten Konzepten wie Psychological Mindedness, Empathie und Affect Consciousness ab. Auf der anderen Seite lassen sich auch Unterschiede ausmachen: Mentalisierung bezieht sich ausschließlich auf die Interaktion mit Menschen, während Achtsamkeit auch unbelebten Gegenständen entgegengebracht werden soll; Achtsamkeit ist auf den gegenwärtigen Moment gerichtet, während Mentalisierung explizit auch die Vergangenheit und die Zukunft berücksichtigt. Allerdings sollte betont werden, dass ein achtsames Vergewärtigen des Hier und Jetzt auch einen „Kontakt“ mit den aus der Vergangenheit stammenden Bewertungs- und Handlungsimpulsen fördert und auch die in der Gegenwart im Rahmen einer achtsamen Haltung bewusster gewählten Handlungen ein In-Kontakt-Sein mit der Zukunft beinhalten. Schließlich zielt Achtsamkeit darauf ab, sich Erfahrungen bewusst zu werden, während der Schwerpunkt der Mentalisierung auf der Konstruktion einer Repräsentation und Sinn bezogen ist (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Im deutschen Sprachraum hat sich jüngst Huppertz (2009) mit

der Frage nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen Achtsamkeit und Mentalisierung auseinandergesetzt. Auch aus seiner Sicht ist das Verhältnis dieser beiden Begriffe komplex: „Achtsamkeit ist daher einerseits viel mehr als Mentalisierung, weil sie sich nicht nur auf das Verstehen anderer Menschen bezieht, andererseits aber auch weniger, weil sie keine komplexen Hypothesen hervorbringt“ (Huppertz, 2009, S. 168). Im weiteren Verlauf betont er sowohl das Potential, das das Konzept der Mentalisierung im Rahmen achtsamkeitsbasierter Psychotherapie hat, als auch umgekehrt das Potential der Achtsamkeit für die Praxis der Mentalisierung, insbesondere für den Umgang mit schwierigen zwischenmenschlichen Situationen. Eine aus unserer Sicht vereinfachende Position nehmen Germer und Kollegen ein: „Peter Fonagys Begriff der Mentalisierung, der Fähigkeit, über eigene Mentalzustände und die anderer nachzudenken, ist eine Achtsamkeitsfertigkeit“ (Germer et al., 2009, S. 41).

## ■ Fazit und Ausblick

Unser Anliegen in diesem Artikel war in erster Linie die Darstellung von Achtsamkeit und ihrer Bedeutung im Rahmen aktueller kognitiv-behavioraler Therapien sowie die Darstellung von Bezügen zu den in diesem Sonderheft zentralen Begriffen Bindung und Mentalisierung. Es zeigte sich, dass das Verhältnis der Begriffe Bindung, Mentalisierung und Achtsamkeit komplex ist und eine sorgfältige Analyse erfordert. Erste Ansätze von Choi-Kain und Gunderson (2008), Huppertz (2009) und Germer et al. (2009) weisen aus unserer Sicht dabei in die richtige Richtung: Wir sind davon überzeugt, dass ein intensiver und fachlich fundierter Austausch zwischen Vertreterinnen und Vertretern des Mentalisierungskonzepts und Vertreterinnen und Vertretern achtsamkeitsbasierter Ansätze potentiell sehr fruchtbar ist – wir würden uns wünschen, dass ein solcher Austausch im Laufe der kommenden Jahre weitergeführt wird – auf der Basis von Gesprächen, gemeinsamen theoretischen Arbeiten und auch im Rahmen gemeinsamer empirischer Projekte.

## ■ Literatur

- Arch, J.J. & Craske, M.G. (2006). Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1849-1858.
- Astin, J.A. (1997). Stress Reduction through Mindfulness Meditation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 97-106.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D. & Williams, J.M.G. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment*, 15(3), 329-342.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Bishop, S.R. (2002). What do we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Specca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Bundschuh-Müller, K. (2009). „Es ist was es ist sagt die Liebe ...“ Achtsamkeit und Akzeptanz in der Personenzentrierten und Experimentiellen Psychotherapie. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie*. Ein Handbuch (S. 423-476). Tübingen: dgvt.
- Carlson, L.E. & Garland, S.N. (2005). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Sleep, Mood, Stress and Fatigue Symptoms in Cancer Outpatients. *International Journal of Behavior Medicine*, 12(4), 278-285.
- Choi-Kain, L.W. & Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127-1135.
- Gendlin, E.T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam.
- Germer, C.K. (2005). Mindfulness. What is It? What does it matter. In C.K. Germer, R.D. Siegel & P.R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 3-27). New York: Guilford Press.
- Germer, C.K., Siegel, R.D. & Fulton, P.R. (Hrsg.). (2009). *Achtsamkeit in der Psychotherapie*. Freiburg: Arbor Verlag.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossman, P. (2008). Invited commentary: On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 405-408.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Grossmann, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A. & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(4), 226-233.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (2003). Achtsamkeit („Mindfulness“) als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. *Verhaltenstherapie*, 13, 264-274.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.). (2009). *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie*. Ein Handbuch. Tübingen: dgvt.
- Heidenreich, T., Michalak, J. & Eifert, G. (2007). Balance von Veränderung und achtsamer Akzeptanz: Die dritte Welle der Verhaltenstherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57, 475-486.
- Heidenreich, T., Tuin, I., Pflug, B., Michal, M. & Michalak, J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for persistent insomnia: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 188-189.
- Huppertz, M. (2009). *Achtsamkeit. Befreiung zur Gegenwart: Achtsamkeit, Spiritualität und Vernunft in Psychotherapie und Lebenskunst*. Paderborn: Junfermann.
- Jain, S., Shapiro, S.L., Swanick, S., Roesch, S.C., Mills, P.J., Bell, I. & Schwartz, G.E.R. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 11-21.

- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go, there you are: Mindfulness Meditation in everyday life. New York: Hypersion.
- Kabat-Zinn, J. (2001). Gesund durch Meditation. Das Große Buch der Selbstheilung. München: Barth.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Yoga der Achtsamkeit. *Yoga aktuell*, 6, 45-50.
- Kabat-Zinn, J. & Chapman-Waldrop, A. (1988). Compliance with an outpatient stress reduction program: rates and predictors of program completion. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 333-335.
- Kabat-Zinn, J., Chapman, A. & Salomon, P. (1997). The relationship of cognitive and somatic components of anxiety to patient preference for alternative relaxation techniques. *Mind/Body Medicine*, 2, 101-109.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). The Clinical Use of Mindfulness Meditation for the Self-Regulation of Chronic Pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. & Sellers, W. (1986). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M.J., Cropley, T.G., Hosmer, D. & Bernhard, J.D. (1998). Influence of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention on Rates of Skin Clearing in Patients With Moderate to Severe Psoriasis Undergoing Phototherapy (UVB) and Photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 25-632.
- Kenny, M. & Williams, J.M.G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E. & Teasdale, J.D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966-978.
- Linehan, M.M. (1993a). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford.
- Linehan, M.M. (1993b). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford.
- Ma, S.H. & Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Marlatt, G.A. & Kristeller, J.L. (1999). Mindfulness and Meditation. In: Miller WR(ed.): Integrating spirituality into treatment (pp. 67-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mason, O. & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 197-212.
- Michal, M. (2009). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychoanalyse. In T. Heidenreich, J. Michalak (Hrsg.), Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch (375-396). Tübingen: dgvt.
- Michalak, J. & Heidenreich, T. (2005). Neue Wege der Rückfallprophylaxe bei Depressionen: Die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie. *Psychotherapeut*, 50, 415-422.
- Michalak, J. & Heidenreich, T. (2009). Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch (S. 195-256). Tübingen: dgvt.
- Michalak, J., Heidenreich, T. & Bohus, M. (2006). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Gegenwärtiger Forschungsstand und Forschungsentwicklung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 241-253.
- Michalak, J., Heidenreich, T., Ströhle, G. & Nachtigall, C. (2008). Die deutsche Version der Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS). Psychometrische Befunde zu einem Achtsamkeitsfragebogen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(3), 200-208.
- Michalak, J., Troje, N. & Heidenreich, T. (in Vorbereitung). Embodied effects of mindfulness-based cognitive therapy.
- Michalak, J., Troje, N., Heidenreich, T., Fischer, J., Vollmar, P. & Schulte, D. (2009). The Embodiment of Sadness and Depression – Gait Patterns Associated with Dysphoric Mood. *Psychosomatic Medicine*, 71, 580-587.
- Miller, J.J., Fletcher, K., Kabat-Zinn, J. (1995). Three-Year Follow-up and Clinical Implications of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention in the Treatment of Anxiety Disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17, 192-200.
- Murry, C.L. & Lopez, A.D. (1998). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard University Press.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). Negotiating the therapeutic alliance. New York: Guilford Press.
- Segal, Z., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach to Preventing Relapse. New York: Guilford.
- Segal, Z., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2008). Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention. Tübingen: dgvt.
- Shapiro, S.L., Schwartz, G.E., Bonner, G. (1998). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581-599.
- Shigaki, C.L., Glass, B., Schopp, L.H. (2006). Mindfulness-Based Stress Reduction in Medical Settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(3), 209-216.
- Siegel, D.J. (2007). The Mindful Brain. Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being. New York: Norton.
- Singh, N.N., Lancioni, G.E., Winton, A.S.W., Adkins, A.D., Wahler, R.G., Sabaawi, M. & Singh, J. (2007). Individuals with mental illness can control their aggressive behavior through mindfulness training. *Behavior Modification*, 31, 313-328.
- Smith, J.E., Richardson, J., Hoffman, C. & Pilkington, K. (2006). Mindfulness-Based Stress Reduction as supportive therapy in cancer care: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(3), 315-327.
- Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. & Segal, Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J. & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Tiefenthaler-Gilmer, U. (2002). Achtsamkeitsmeditation als klinische Intervention. Eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit eines

- Achtsamkeitsmeditationsprogramms an Patientinnen mit Fibromyalgiesyndrom. Dissertation. Universität Wien.
- Williams, J.M.G. (1996). Autobiographical memory in depression. In D. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 244-267). Cambridge: Cambridge University Press.
- Williams, J.M.G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M.J.V., Duggan, D.S., Hepburn, S. & Goodwin, G.M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affect Disorders*, 107, 275-279.
- Williams, J.M.G., Russell, I. & Russell, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy: Further issues in current evidence and future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 524-529.
- Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., Segal, Z. & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.
- Wittchen, H.-U., Knäuper, B. & Kessler, R.C. (1994). Lifetime risk of depression. *British Journal of Psychiatry*, 165, 16-22.
- Zeidler, W. (2007). Achtsamkeit und ihr Einfluss auf die Emotionsverarbeitung. Eine experimentelle Untersuchung der Wirkmechanismen. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.

## ■ Korrespondenzadressen

Petra Meibert, Dipl.-Psych.  
Laurastr.87 | 45289 Essen  
Tel.: 0201/545 0996  
Fax: 0201/545 2754  
E-Mail: J.P.Meibert@t-online.de

PD Dr. phil. Johannes Michalak, Dipl.-Psych.  
Ruhr-Universität Bochum  
Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie /  
Zentrum für Psychotherapie  
Universitätsstraße 150 | 44780 Bochum  
Tel.: 0234/32 27939  
Fax: 0234/32 14304  
E-Mail: Johannes.Michalak@rub.de

Prof. Dr. phil. Thomas Heidenreich, Dipl.-Psych.  
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege  
Hochschule Esslingen  
Flandernstrasse 101 | 73732 Esslingen am Neckar  
Tel.: 0711/397 4575  
Fax: 0711/397 4595  
E-Mail: thomas.heidenreich@hs-esslingen.de