

Neue Wege der Rückfallprophylaxe bei Depressionen

Die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie

Achtsamkeit ist ein zentrales Prinzip buddhistischer Meditationspraxis. Achtsamkeit meint eine bestimmte Form der Aufmerksamkeitslenkung: Der Achtsamkeit Praktizierende bemüht sich, so gut es geht, die Erfahrungen des gegenwärtigen Augenblicks bewusst wahrzunehmen, ohne sie vorschnell zu bewerten und zu kategorisieren. Diese Aufmerksamkeitslenkung erfolgt dabei aus der Haltung einer liebevollen und akzeptierenden Zuwendung zu dem, was gerade da ist. Als Gegenpol zur Achtsamkeit lässt sich ein Geisteszustand auffassen, der dadurch gekennzeichnet ist, nicht im Hier-und-Jetzt zu verweilen, sondern sich – ohne Bewusstheit dafür – mit der Vergangenheit oder Zukunft zu beschäftigen (z. B. bei der Fahrt zur Arbeit: „Heute kommt zuerst das Telefonat mit Y, dann die Dienstbesprechung und schließlich...“). Kabat-Zinn (1990) spricht in diesem Zusammenhang vom „Autopilotenmodus“. Ziel der Achtsamkeitspraxis ist es demgegenüber, das Bewusstsein wieder in den gegenwärtigen Augenblick zurückzuholen und mit der aktuellen Tätigkeit in Übereinstimmung zu bringen (also beim Autofahren: „ganz“ Auto fahren, d. h. bewusstes Wahrnehmen des aktuellen Augenblicks, z. B. Körperhaltung, Geräusche, Empfindungen beim Autofahren). Auch wenn Übungen zur Kultivierung von Achtsamkeit im Rahmen von spirituellen Traditionen entwickelt wurden, sollte betont werden, dass es sich um eine allgemeinhinnehende Fähigkeit handelt, die jedem Menschen innewohnt und von jedem, unab-

hängig von religiösen und weltanschaulichen Haltungen, praktiziert werden kann (Kabat-Zinn 1990).

In den letzten Jahren wurden im verhaltenstherapeutischen Bereich Programme entwickelt, die der Einübung von Achtsamkeit eine zentrale Rolle im therapeutischen Prozess einräumen (für einen Überblick s. Heidenreich u. Michalak 2003). Pionierarbeit hat hierbei Kabat-Zinn (1990) geleistet, der sich seit Mitte der 70er-Jahre des letzten Jahrhunderts für die Entwicklung und die Verbreitung des „Mindfulness-based stress reduction- (MBSR-)Programms“ eingesetzt hat, in dem Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern in einem achtwöchigen Gruppenprogramm intensiv das Prinzip Achtsamkeit einüben. Empirische Evaluationen dieses Programms liegen mittlerweile für Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern vor (z. B. Schmerzstörungen, Angststörungen oder Hauterkrankungen; für eine Übersicht s. Heidenreich u. Michalak 2003).

Segal et al. (2002) griffen bei ihrer Suche nach einem therapeutischen Ansatz zur Rückfallprävention bei depressiven Störungen auf dieses Programm zurück und ergänzten es um kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente, die spezifisch auf ehemals depressive Patienten zugeschnitten sind. Im Bewusstsein, dass den achtsamkeitsbasierten Elementen zentrale Bedeutung in ihrem Programm zukommt, nannten sie es „mindfulness-based cognitive therapy“ (MBCT; für einen ausführlichen Überblick s. Michalak u. Heiden-

reich 2004). Der achtsamkeitsbasierte Ansatz wurde von den Autoren vor allem deswegen zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen ausgesucht, weil er gut zu neueren Vorstellungen zum Rückfallgeschehen bei Depressionen passt (s. unten).

Theoretischer Hintergrund

Rückfallrisiko bei depressiven Störungen

Depressive Störungen gehören zu den am weitesten verbreiteten psychischen Erkrankungen. In Deutschland erfüllen im Verlauf eines 12-Monats-Zeitraums 8,3% der Bevölkerung die Kriterien einer „Major Depression“ (Wittchen u. Jacobi 2001). Das Lebenszeitrisiko für diese häufig chronisch verlaufende Störung ist hoch und wird auf 10–25% für die weibliche Bevölkerung und 5–12% für die männliche Bevölkerung von Industriestaaten geschätzt (DSM-IV; American Psychiatric Association 1994).

Viele Anzeichen deuten darauf hin, dass sich die genannten Probleme im Laufe der letzten Jahrzehnte verschärft haben und sich auch weiterhin verschärfen werden. So liefern epidemiologische Studien Hinweise darauf, dass depressive Störungen in Industrieländern zunehmend häufiger und in jüngerem Alter auftreten (Cross National Collaborative Group 1992; Wittchen et al. 1994). Entsprechend kommt eine WHO-Prognose zu dem Schluss, dass Depressionen im Jahre 2020 weltweit die zweitgrößte Belastung für die

Psychotherapeut 2005 · 50:415–422
DOI 10.1007/s00278-005-0449-7
© Springer Medizin Verlag 2005

Johannes Michalak · Thomas Heidenreich

Neue Wege der Rückfallprophylaxe bei Depressionen. Die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie

Zusammenfassung

Im vorliegenden Artikel wird ein Überblick über theoretische Hintergründe und praktische Prinzipien der von Segal et al. (2002) entwickelten achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie („mindfulness-based cognitive therapy“, MBCT) zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen gegeben. Das achtwöchige Gruppenprogramm zielt darauf ab, bei rückfallgefährdeten Patienten im Rahmen intensiver Übungen eine bestimmte Form der Aufmerksamkeitslenkung zu entwickeln, die dadurch gekennzeichnet ist, dass den Erlebnisinhalten des gegenwärtigen Augenblicks eine bewusste und nicht-wertende Achtsamkeit geschenkt wird.

Schlüsselwörter

Achtsamkeit · Depression · Kognitive Therapie · Rückfallprophylaxe

New ways of relapse prevention in depression. The mindfulness-based cognitive therapy

Abstract

The present article gives an overview about theoretical foundations and practical principles of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT; Segal et al. 2002). The group-treatment consisting of eight weekly sessions aims at reducing the risk of relapse in formerly depressed patients. The main focus of the MBCT program is to teach mindfulness to patients suffering from recurrent depression. Mindfulness can be characterised as paying attention in a certain way: on purpose, in the present moment and non-judgmentally.

Keywords

Mindfulness · Depression · Cognitive therapy · Relapse prevention

Gesundheit darstellen werden (Murry u. Lopez 1998).

Eines der Kernprobleme bei depressiven Störungen ist, dass auch nach dem Abklingen einer akuten Episode das Risiko eines erneuten Auftretens der Depression hoch ist. Bis zu 50% der Patienten, die sich von einer depressiven Episode erholt haben, erleiden wieder einen Rückfall (Paykel et al. 1995). Betrachtet man Personen, die bereits mehrere depressive Episoden hatten, so erhöht sich das Rückfallrisiko nochmals deutlich: 70–80% von ihnen erleiden eine weitere depressive Phase (Consensus Development Panel 1985).

Für die Behandlung von Depressionen liegen mittlerweile gut evaluierte psychotherapeutische (z. B. Hautzinger u. de Jong-Meyer 1996) und pharmakologische Behandlungsprogramme vor. Trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit dieser Behandlungsprogramme für die Akutphase lässt sich ihr rückfallprophylaktisches Potenzial durchaus kritisch betrachten. In ihrer Metaanalyse kommen Westen und Morrison (2001) zu dem Ergebnis, dass 12–24 Monate nach einer psychotherapeutischen Behandlung nur noch 25–30% der Patienten das Kriterium „klinisch signifikant gebessert“ erfüllen. Ein beträchtlicher Teil der am Ende der Therapie gebesserten Patienten erlitt im Katamnesezeitraum eine erneute bedeutsame Verschlechterung der Symptomatik.

Prozesse im Rückfallgeschehen

Aus der Perspektive der klassischen kognitiven Theorie der Depression nach Beck (1976) bilden für Depressionen vulnerable Personen, d. h. Personen, die ein erhöhtes Depressionsrisiko aufweisen, früh im Leben aufgrund von Traumata oder ungünstigen Erfahrungen bestimmte Annahmen und Einstellungen aus (z. B. „wenn ich nicht ständig gut bin, werden die anderen mich nicht achten“). Diese prägen auch im späteren Leben ihre Sicht der eigenen Person, der Zukunft und der Umwelt. Eine Depression tritt dann auf, wenn eine Person mit einem negativen Ereignis konfrontiert wird, das wie ein Schlüssel in das Schloss ihrer dysfunktionalen Grundannahmen passt. Laut Beck bestehen solche dysfunktionalen Grundannahmen auch nach dem Abklingen einer depressi-

ven Episode häufig weiter und bewirken, dass die Person auch in Zukunft vulnerabel für das Auftreten weiterer depressiver Phasen ist.

Empirisch ließen sich die Annahmen der Beck-Theorie allerdings nur teilweise bestätigen. In der Tat ist es so, dass während einer akuten Episode das Denken Depressiver durch dysfunktionale Grundannahmen geprägt ist. Klingt die Depression allerdings ab, lässt sich bei ehemals depressiven Personen in normaler Stimmung kein erhöhter Glaube an dysfunktionale Grundüberzeugungen mehr nachweisen (für einen Überblick s. Ingram et al. 1998).

Die genannten Befunde führten in den letzten Jahren dazu, neue Modelle des Rückfallgeschehens bei Depressionen zu entwickeln, die mit diesen Befunden kompatibel sind. Diese Modelle betonen vor allem den dynamischen Aspekt des Rückfallgeschehens. Dysfunktionale Grundannahmen und negative Gedankenmuster kennzeichnen das Denken von ehemals Depressiven nicht durchgehend („trait-like“), sondern werden besonders leicht durch eine negative Stimmung aktiviert („differential activation hypothesis“, Teasdale 1988). Während die meisten Menschen gelegentliche Zustände von Niedergeschlagenheit bewältigen können, löst bei ehemals depressiven Personen bereits eine moderat negative Stimmung eine große und möglicherweise einschneidende Änderung ihrer Gedankenmuster aus. Diese Gedankenmuster beinhalten meist globale, negative Selbsteurteile oder auch Erinnerungen und Bilder, die mit negativen Ereignissen und früheren depressiven Zuständen verknüpft sind. Diese negativen Gedankenmuster verschlechtern wiederum die Stimmung, führen zu ungünstigem Verhalten, wie z. B. Passivität, und lösen so einen depressiven Aufschaukelungsprozess aus (s. beispielsweise Segal et al. 1999).

Aber nicht nur die leichtere Aktivierbarkeit von negativen Gedankenmustern, sondern auch der weitere Umgang mit ihnen beeinflusst das Rückfallgeschehen. Treten negative Stimmungen und Gedanken auf, so versuchen Depressive häufig, die zurückliegenden Ereignisse zu analysieren, um zu verstehen, warum sie wieder depressiv geworden sind, oder sie denken darüber nach, wie passiv und unmo-

tiviert sie sich fühlen. Kurz: Sie grübeln über Ursachen und mögliche Folgen der depressiven Stimmung nach und fokussieren dabei in passiver Weise auf ihre Probleme und Unzulänglichkeiten. Nolen-Hoeksema (2000) bezeichnet diese grüblerische Art des Umgangs als Rumination („ruminative response style“) und grenzt ihn von einem Reaktionsstil ab, der durch Ablenkung und einem „Von-sich-selbst-Weglenken“ der Aufmerksamkeit gekennzeichnet ist („distraction“). In einer Reihe von Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass bei Personen, die zu Grübeln und Rumination neigen, niedergedrückte Stimmung länger anhält, Problemlösefähigkeiten reduziert sind und das Risiko, nach einschneidenden Lebensereignissen depressiv zu werden, erhöht ist.

Insgesamt scheinen also vor allem zwei Prozesse im Rückfallgeschehen bei depressiven Störungen von zentraler Bedeutung zu sein (Segal et al. 2002): die leichte Aktivierbarkeit von negativen Kognitionen, Grundannahmen und Erinnerungen sowie die ruminative Verarbeitung dieser Gedankenmuster. Beide Prozesse sind dabei nicht als Alternativen zu verstehen, sondern sind nach Segal et al. (2002) zwei Aspekte eines negativen Geistesstands („mode of mind“), einer ganzheitlichen Konfiguration von negativen Stimmungen/Gedanken/Bildern/Körperempfindungen, die sich im Laufe der Depressionsaufschaukelung immer stärker etabliert. Dabei betonen Segal et al. neben kognitiven Prozessen auch die Wichtigkeit von Feedbackschleifen, die Emotionen und körperliche Empfindungen miteinander verbinden und ebenfalls zur Aufschaukelung beitragen.

Neben diesen, von den Autoren des Programms entwickelten theoretischen Vorstellungen, wurden in den letzten Jahren auch andere Annahmen zum Rückfallgeschehen bei Depressionen entwickelt. So wird beispielsweise angenommen, dass eine Vulnerabilität für Depressionen durch gestörte Inhibitionstendenzen verursacht wird (Hertel 1997; zusammenfassend Joormann 2005). Dabei wird auch in diesem Ansatz hervorgehoben, dass es weniger wichtig erscheint zu verstehen, wie negative Stimmungszustände entstehen, sondern vielmehr, warum bei manchen Per-

sonen negative Stimmungszustände lang anhalten und nicht reguliert werden können. Zentrale Annahme ist dabei, dass vulnerable Personen Defizite in der Inhibition einmal aktivierter negativer Informationen haben. Das Arbeitsgedächtnis wird zunehmend von irrelevanten Informationen belastet; dies führt zu einer erhöhten Verknüpfung von relevanten und irrelevanten Informationen sowie zur vermehrten Abspeicherung irrelevanter Informationen im Langzeitgedächtnis. Eine Reihe von empirischen Belegen für diese Annahme konnte mittlerweile erbracht werden (Joormann 2005).

Kuhl (1994) nimmt an, dass depressive Zustände durch eine erhöhte Tendenz zur Lageorientierung gekennzeichnet sind. Lageorientierte, im Gegensatz zu handlungsorientierten Personen, weisen Probleme bei der Handlungsregulation auf. Diese Probleme sind vor allem dadurch gekennzeichnet, dass Schwierigkeiten bestehen, sich besonders nach Misserfolgen von intrusiven Gedanken und Gefühlen zu lösen und sich handlungsorientiert auf neue Tätigkeiten einzustellen. Darüber hinaus weisen lageorientierte Schwierigkeiten und Zögerlichkeiten bei der Initiierung von intentionalem Verhalten auf. Somit weist der Lageorientierte Zustand deutliche Parallelen zu dem von Kabat-Zinn (1990) beschriebenen Autopilotenmodus auf: Eine lageorientierte Person ist nicht auf das Hier-und-Jetzt ausgerichtet, sondern beschäftigt sich in grüblerischer Weise mit ihrer Lage und hat Schwierigkeiten, intentionales Verhalten zu initiieren. Hierbei wird sie verstärkt durch habituelle Verhaltensmuster gesteuert.

Neben diesen psychologischen Erklärungsansätzen wurden auch neurobiologische Modelle des Rückfallgeschehens entwickelt. Beispielsweise geht Post (1992) davon aus, dass jede depressive Episode die neurobiologische Schwelle senkt, bei der Depressionen ausgelöst werden, und dass mit der Zeit diese Schwelle so weit gesenkt wird, dass depressive Phasen vermeintlich spontan und ohne äußere Ursache auftreten („Kindling-Phänomen“; vgl. Berger 2000, S. 517). Trotz weit gehender Einigkeit über die Bedeutung neurobiologischer Faktoren konnte allerdings bis heute kein umfassend gültiges Modell etabliert werden (Berger 2000, S. 511).

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Was kann den depressiven Teufelskreis durchbrechen?

Auch wenn zum heutigen Zeitpunkt nicht vollständig geklärt ist, wie es zu Rückfällen bei Depression kommt, haben die oben beschriebenen theoretischen Vorstellungen und empirischen Befunde dazu geführt, dass sich die Annahmen darüber, wie Personen dabei unterstützt werden können, aus dem depressiven Aufschaukelungsprozess auszusteigen, deutlich verändert haben. Während man auf der Grundlage des ursprünglichen Modells von Beck vor allem davon ausging, dass eine Veränderung der *Inhalte* depressiven Denkens notwendig sei, postulierten Segal et al. (2002), dass weniger eine Veränderung der Inhalte als vielmehr eine *Änderung der Haltung*, die eine Person gegenüber ihren Gedanken, Bildern und Erinnerungen einnehme, als entscheidend für die Deeskaation der Depressionsspirale anzunehmen sei. Betrachtet eine Person ihre (negativen) Gedanken als notwendigerweise wahre und valide Aussagen über ihr Selbst, so ist die Gefahr deutlich erhöht, dass sie in den Teufelskreis der Depressionsaufschaukelung einsteigt. Betrachtet sie Gedanken und Gefühle hingegen als vorübergehende mentale Ereignisse, die genau so, wie sie entstanden sind, auch wieder verschwinden werden, muss sie sich nicht damit identifizieren und kann gelassener sowie im Vertrauen auf die „Eigendynamik“ des Geschehens Gedanken und Gefühle betrachten, ohne sich in ihnen zu verstricken. Dieses „distancing“ oder „decentering“ wurde bereits im Rahmen der Diskussionen über Wirkmechanismen der kognitiven Therapie erörtert (z. B. Beck et al. 1979), bekam nun aber für Segal et al. einen zentralen Stellenwert. Dieser Perspektivenwechsel führte auch dazu, dass sie sich zunehmend nach alternativen Behandlungsansätzen umzusehen begannen und in diesem Zusammenhang auf das MBSR-Programm von Kabat-Zinn (1990) aufmerksam wurden. Nachdem sie sich intensiv und mit eigener praktischer Erfahrung mit dem Ansatz vertraut gemacht hatten, schien er ihnen aus mehreren Gründen besonders geeignet, um den depressiven Aufschaukelungsprozess zu unterbrechen: Kultivierung von Achtsamkeit, die das zentrale Anliegen des MBSR-

Ansatzes ist, fördert in ganz besonders intensiver Weise eine Haltung, die man als „decentering“ bezeichnen kann, und die durch das Nichtidentifizieren mit Erlebnis-inhalten gekennzeichnet ist. Dabei wird nicht nur eine achtsame und nichtidentifizierende Haltung gegenüber Gedanken, sondern auch gegenüber *Gefühlen* und dem *körperlichen Empfinden* entwickelt. Die Ausrichtung auf die Hier-und-Jetzt-Erfahrung verhindert ein „Wegdriften“ in Erinnerungen, Gedanken und Grübeleien und führt zum Kontakt mit der lebendigen Erfahrung des gegenwärtigen Augenblicks. Achtsamkeit ermöglicht darüber hinaus ein frühzeitiges Wahrnehmen von Veränderungen in Gefühlen und Gedanken, sodass vor dem Verfestigen ungünstiger Geisteszustände ein Ausstieg aus dem Teufelskreis der Depressionsaufschaukelung möglich wird. Hierbei wird aufkommenden Geisteszuständen (seien sie positiv oder negativ) mit einer akzeptierenden und offenen Haltung begegnet, die ein vorschnelles Reagieren und „Loswerden-Wollen“ verhindert, die also ruminativer Verarbeitung entgegengesetzt ist. Außerdem bietet das Gruppenformat, in dem das Programm angeboten wird, die Möglichkeit, eine große Zahl von Patienten zu erreichen.

Weiterhin ist anzunehmen, dass das im Rahmen des Programms immer wieder geübte Lösen von ruminativen Zuständen und der Kontakt mit der lebendigen Erfahrung des Hier-und-Jetzt Inhibitionsprozesse verstärken dürften, da die Patienten kontinuierlich darin geübt werden, in Kontakt mit der Erfahrung des Hier-und-Jetzt zu kommen und sich weniger durch irrelevante Geistesinhalte davontragen zu lassen. Dieses kontinuierliche „Sich-Besinnen“ dürfte darüber hinaus die intentionale und bewusste Handlungssteuerung trainieren; dies dürfte wiederum die Verschiebung von einer lageorientierten in Richtung einer handlungsorientierten Verhaltensregulation begünstigen.

Überblick über die Mindfulness-based cognitive therapy

Das Programm erstreckt sich über acht zweistündige Sitzungen. Zusätzlich zu den acht Sitzungen finden im Jahr nach dem Ende des Programms vier weitere Sitzun-

gen statt, in denen die ehemaligen Kurs Teilnehmer Gelegenheit bekommen, wieder gemeinsam zu üben und über ihre Erfahrungen zu sprechen. Das Programm richtet sich an Patienten, die mindestens zwei (aufgrund der empirischen Ergebnisse zur Wirksamkeit wohl aber eher drei; s. unten) Episoden einer „Major Depression“ in der Vorgeschichte aufweisen, aktuell aber nicht depressiv sind. Die Teilnehmer müssen sich bereit erklären, zuhause mindestens 45 Minuten formale Achtsamkeitsübungen zu praktizieren. Wegen der hohen motivationalen Voraussetzungen, die an die Teilnehmer gestellt werden, und aufgrund der zum derzeitigen Erkenntnisstand nur schwer abschätzbaren Auswirkungen, die eine über längere Zeiträume auf das eigene Erleben gerichtete Aufmerksamkeit bei akut Depressiven hat, sollte das Programm in der jetzigen Form nicht bei Patienten mit aktueller Depression durchgeführt werden.

Insgesamt sollten die Teilnehmer ein „Gefühl“ für den Umgang mit sich selbst und mit ihrer Umwelt entwickeln, das durch Achtsamkeit, Nichtbeurteilen, Geduld, Vertrauen, Nichtgreifen und Akzeptanz geprägt ist (Kabat-Zinn 1990). Durch den Kursleiter sollten diese Aspekte nicht nur verbal vermittelt, sondern – so gut es geht – auch in seinem Verhalten und im Umgang mit den Teilnehmern *verkörpert* werden. Im Rahmen klassisch kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze gibt es Parallelen zu diesen Prinzipien (z. B. Umgang mit Symptomstress, Abbau von kognitiver Vermeidung), trotzdem weisen sowohl Methode als auch Ziele achtsamkeitsbasierter Ansätze deutliche Unterschiede zu den klassischen Ansätzen auf. Zu nennen wären hier vor allem der stark körperorientierte Zugang sowie die Wichtigkeit der unmittelbaren und bewussten Erfahrung des Hier-und-Jetzt. Ein weiteres wichtiges Unterscheidungsmerkmal gegenüber dem klassischen kognitiven Vorgehen ist, dass Gedanken nicht disputiert oder gezielt modifiziert werden, sondern dass die Patienten statt dessen dabei unterstützt werden sollen, ihre Gedanken wahrzunehmen, nicht persönlich zu nehmen und ihre flüchtige Natur zu erkennen (für einen ausführlichen Überblick bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschieden von verhaltenstherapeutischen und

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

achtsamkeitsbasierten Ansätzen s. Heidenreich u. Michalak 2003).

Aufgrund dieser Unterschiede wird bezüglich der Voraussetzungen, die Kursleiter für die Behandlung mitbringen sollten, von den Autoren des Programms sehr eindeutig betont, dass für die Leitung von Achtsamkeitskursen neben den grundlegenden psychotherapeutischen Kenntnissen vor allem die eigene Erfahrung (mindestens zwei Jahre Meditationspraxis) und die *kontinuierliche* eigene Achtsamkeitspraxis unabdingbare Voraussetzung für die Weitergabe an andere sind.

Die zentrale Fähigkeit, die im Rahmen des MBCT-Programms erlernt werden soll, ist die Fähigkeit, in Zeiten, in denen ein Rückfall droht, ungünstige Geisteszustände, die durch selbstverstärkende Muster von Rumination und negativer Gedanken gekennzeichnet sind, zu erkennen und aus ihnen auszusteigen.

Um dieses Aussteigen zu ermöglichen, versucht das MBCT-Programm, den Teilnehmern Achtsamkeit durch die konkrete Erfahrung innerhalb von Übungen zu vermitteln. Die einzelnen Übungen werden in der Gruppe nachbesprochen; hierbei wird ausführlich auf Erfahrungen (auch Erfahrungen während der Übung zuhause) und Schwierigkeiten eingegangen. Um dem Leser einen ersten Eindruck von der Vorgehensweise zu vermitteln, werden im Folgenden einige der zentralen Übungen kurz vorgestellt:

- „body scan“,
- Atemmeditation,
- informelle Übungen,
- „Atemraum“ und
- kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente.

Body scan. Bei dieser Übung liegen die Teilnehmer in der Regel auf dem Rücken auf einer Decke oder einer weichen Matte. Die Übung dauert ca. 40–45 min. Sie beginnt damit, dass die Teilnehmer für einige Minuten Kontakt mit ihrem Atem aufnehmen, ohne ihn zu verändern oder zu kontrollieren. Dann wird die Aufmerksamkeit nacheinander auf einzelne Körperteile gerichtet und in diese hineingespürt. Begonnen wird mit dem linken Fuß, genauer gesagt mit den linken Zehen. Die Körperregionen werden möglichst bewusst und

achtsam wahrgenommen, ohne dass ein bestimmter Zustand, wie Entspannung, Wohlbefinden oder Ruhe, angestrebt wird. Solch ein Zustand kann sich einstellen, ist aber nicht Ziel der Übung. Genauso „wertvoll“ ist die bewusste Wahrnehmung von Verspannung, Unruhe oder Nichtempfindung. Auch solchen Wahrnehmungen wird mit einer Haltung von möglichst großer Akzeptanz, Offenheit und Neugierde begegnet. Driftet die Aufmerksamkeit während der Übung ab, was unweigerlich geschehen wird, so kehren die Übenden, wenn sie dies registriert haben, bestimmt aber sanft wieder zur jeweiligen Körperpartie zurück, ohne sich dafür zu verurteilen. So werden nacheinander alle Teile des Körpers mit Achtsamkeit „gescannt“. Den Abschluss der Übung bildet die Wahrnehmung des Gesamtkörpergefühls.

Atemmeditation. Nachdem die Teilnehmer eine aufrechte und entspannte Haltung eingenommen haben – entweder auf einem Stuhl oder auf einem Kissen am Boden sitzend – wird der Atem 10–15 min lang achtsam verfolgt. Dabei werden vor allem die Gefühle während der Ein- und Ausatmung im Unterbauch achtsam wahrgenommen. Schweift die Aufmerksamkeit ab – auf Gedanken, Gefühle oder in andere Körperregionen – so registrieren die Übenden kurz, wohin abgeschweift wurde (z. B. „Gedanken an die Sitzung morgen“) und kehren wieder zum Atem zurück. Das Motto lautet: „Wenn Du 100-mal abschweifst, kehre 100-mal zurück“. Hat sich die Aufmerksamkeit auf den Atem einigermaßen stabilisiert, wird die Aufmerksamkeit weiter auf die Wahrnehmung des ganzen Körpers ausgedehnt. Während man sich weiterhin der Gefühle der Atmung im Unterbauch bewusst ist, wird der Fokus der Aufmerksamkeit verändert, so dass das Gefühl des Körpers als Ganzes bewusst wird. Tauchen intensive Empfindungen, wie Schmerzen oder Verspannungen, auf, die die Aufmerksamkeit vom primären Fokus der Übung, dem Atem- bzw. Ganzkörpergefühl, wegziehen, werden die Teilnehmer eingeladen, damit zu experimentieren, ihre Aufmerksamkeit bewusst in diese Regionen zu lenken und diese Empfindungen mit sanfter Aufmerksamkeit genau zu betrachten. Wann immer sie aber durch solche Empfindun-

gen völlig „weggetragen“ werden, sollen sie wieder Kontakt mit dem Hier-und-Jetzt aufnehmen und dazu ihre Aufmerksamkeit wieder auf den Atem lenken. Ist die Aufmerksamkeit wieder so gesammelt, kann sie erneut auf den ganzen Körper ausgedehnt werden. Insgesamt dauert die Übung 30–40 min. Im Laufe des Programms werden auch andere Bewusstseinsinhalte (Geräusche, Gedanken, Gefühle) in die achtsame Betrachtung während der Meditation einbezogen. Im zweiten Teil des Programms werden auch gezielt schwierige und problematische Erlebnisinhalte während der Meditation achtsam betrachtet.

Informelle Übungen. Die Teilnehmer praktizieren Achtsamkeit nicht nur im Rahmen formeller Übungen. Entscheidend ist, Achtsamkeit – so gut es geht – kontinuierlich in jeder Situation des Alltags zu praktizieren. Um den Transfer in den Alltag zu erleichtern, suchen sich die Teilnehmer zuerst einzelne Routinetätigkeiten (z. B. Duschen, Abwaschen) aus, um diese in einer achtsamen Haltung auszuführen.

„Atemraum“. Eine weitere Unterstützung für den Transfer in den Alltag stellt der „Atemraum“ („breathing space“) dar. Die Patienten werden gebeten, sich über den Tag verteilt jeweils 3 Minuten Zeit zu nehmen, um achtsam ihren Atem zu beobachten.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente. Neben im engeren Sinn auf Achtsamkeit bezogenen Übungen, die einen deutlichen Schwerpunkt der MBCT bilden, wurden vor allem im zweiten Teil des Programms (Sitzungen 5–8) auch Elemente wie Informationsvermittlung, Umgang mit Gedanken, Veränderung von Verhalten und Erarbeitung von Rückfallplänen in das Programm aufgenommen. Wichtig bei der Vermittlung solch klassischer kognitiver Verhaltenstherapiebausteine ist, sie aus einer Haltung der Achtsamkeit heraus zu praktizieren. So sollten beispielsweise stabilisierende Aktivitäten nicht im Sinn einer Ablenkung, sondern aus einer achtsamen Haltung, die durch ein „weises“ Sorgen für sich selbst gekennzeichnet ist, ausgeführt werden. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass auch in der zweiten

Phase des MBCT-Programms der zeitlich größte Teil der Sitzungen mit den oben erwähnten formellen Achtsamkeitsübungen ausgefüllt ist.

Untersuchungen zur Wirksamkeit

Die Wirksamkeit der MBCT wurde mittlerweile in zwei randomisierten kontrollierten Studien untersucht. Teasdale et al. (2000) haben eine große multizentrische Studie durchgeführt, in der insgesamt 145 ehemals depressive Patienten entweder einer „Treatment-as-usual- (TAU-)Gruppe“ zugeteilt wurden, oder einer Gruppe, die zusätzlich mit MBCT behandelt wurde. Die Patienten mussten mindestens zwei depressive Episoden in der Vorgeschichte aufweisen, durften zu Behandlungsbeginn nicht depressiv sein und auch keine antidepressive Medikation erhalten. Die TAU-Gruppe konnte sich bei Bedarf an einen Behandler (z. B. Hausarzt, Psychiater) wenden, erhielt also die im Rahmen depressiver Erkrankungen übliche Behandlung.

Die Rückfallraten der Patienten wurden über einen Zeitraum von 60 Wochen erfasst. Es zeigten sich dabei differenzielle Effekte. In der Gruppe der Patienten, die lediglich zwei depressive Episoden in der Vorgeschichte aufwiesen (23% der Gesamtstichprobe), unterschieden sich die Rückfallraten der TAU- und MBCT-Gruppe nicht. Die mit MBCT behandelten Patienten wiesen sogar eine leicht höhere, wenn auch nicht signifikante Tendenz zum Rückfall auf (56% vs. 31%). In der Gruppe von Patienten, die drei oder mehr depressive Episoden in der Vorgeschichte aufwiesen (77% der Stichprobe), zeigte sich dagegen eine deutliche und statistisch hoch signifikante Reduktion der Rückfallraten in der MBCT-Gruppe. In der TAU-Gruppe erlitten im 60-wöchigen Zeitraum 66% der Patienten einen Rückfall, in der MBCT-Gruppe lediglich 37%. Das Rückfallrisiko war in der MBCT-Gruppe also um fast die Hälfte reduziert.

In einer Replikationsstudie konnten Ma und Teasdale (2004) das Befundmuster an einer Stichprobe von 73 ehemals depressiven Patienten wiederholen. Auch hier zeigten sich für die Gruppe der Patienten mit drei oder mehr depressiven Episoden in der Vorgeschichte (75% der Gesamtstichprobe) deutlich niedrigere Rück-

fallraten in der MBCT-Gruppe (36%) als in der TAU-Gruppe (78%). Das Rückfallrisiko wurde in der MBCT-Gruppe also um mehr als die Hälfte gesenkt. In der Gruppe von Patienten mit zwei Rückfällen in der Vorgeschichte (21% der Gesamtstichprobe) zeigten sich wiederum keine signifikanten Gruppenunterschiede. Auch in der Replikationsstudie lag die Rückfallrate der MBCT-Gruppe tendenziell über der der TAU-Gruppe (50% vs. 20%).

Die Tatsache, dass in beiden Untersuchungen Patienten mit lediglich zwei Episoden in der Vorgeschichte keine Reduktion des Rückfallrisikos in der MBCT-Gruppe aufwiesen, wird dadurch erklärt, dass bei solchen Personen Rückfälle eher durch kritische Lebensereignisse als durch die im MBCT-Programm im Mittelpunkt stehenden automatisierten Aufschaukelungsprozesse verursacht werden (Ma u. Teasdale 2004).

Weitere Studien beschäftigten sich mit möglichen Wirkmechanismen von MBCT. Williams et al. (2000) konnten in einer experimentellen Studie zeigen, dass MBCT zu einer Reduktion des bei Depressiven beobachtbaren und als ätiologisch relevant erachteten übergenerellen autobiographischen Gedächtnisses führt (Williams 1996). Dieser Befund stützt die Annahme, dass durch MBCT wesentliche kognitive Faktoren beeinflusst werden können, die dann für das erneute Auftreten depressiver Episoden prädisponieren.

In einer Studie von Teasdale et al. (2002; Studie 3) zeigten Patienten, die mit MBCT behandelt wurden, eine Erhöhung der „metacognitive awareness“, d. h. der Fähigkeit, eine disidentifizierende Haltung gegenüber Kognitionen einzunehmen. In derselben Veröffentlichung (Studie 2) erwies sich „metacognitive awareness“ als Prädiktor für den Rückfall ehemals depressiver Patienten.

Die Tatsache, dass achtsamkeitsbasierte Ansätze bei einer Vielzahl von unterschiedlichen Störungsbildern (s. oben) positive Wirkungen zeigen, lässt allerdings die Annahme, dass lediglich störungsspezifische Effekte für die rückfallprophylaktische Wirkung des Programms verantwortlich sind, eher unplausibel erscheinen. Vielmehr dürfte es sehr wahrscheinlich sein, dass achtsamkeitsbasierte Ansätze auch Prozesse verändern, die von störungsüber-

greifender Natur sind. Barlow et al. (2004) nennen drei störungsübergreifende Faktoren, die bei der Behandlung von psychischen Störungen zentral sind. Es kann angenommen werden, dass die Entwicklung von Achtsamkeit sich hier positiv auswirken dürfte:

- a) Veränderung antezedenter kognitiver Prozesse – hier begünstigt Achtsamkeit eine frühzeitige Erkennung und ein vermindertes Identifizieren mit ungunstigen kognitiven Bewertungsmustern.
- b) Vorbeugen kognitiver Vermeidung – die achtsame Wahrnehmung der im Hier-und-Jetzt vorhandenen Geistesinhalte ist einer kognitiven Vermeidung entgegen gesetzt.
- c) Unterstützen von Handlungstendenzen, die nicht mit der dysregulierten Emotion assoziiert sind – hier dürfte Achtsamkeit eine stärkere Unabhängigkeit von automatisierten ungünstigen Verhaltenstendenzen (Autopilotenmodus) unterstützen.

Für eine genauere Analyse der Wirkmechanismen von MBCT sind allerdings auf jeden Fall weitere Untersuchungen notwendig, die anspruchsvollere Designs verwenden (z. B. „dismantling designs“, Vergleich mit spezifisch behandelter Kontrollgruppe), die auch eine Abschätzung des Beitrags der im engeren Sinne achtsamkeitsbasierten Elementen verglichen mit den klassisch kognitiven Elementen erlauben. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, ein genaueres Verständnis der Natur einer achtsamen Geisteshaltung zu entwickeln. So stellt sich beispielsweise die Frage, ob das Sich-Lösen aus den für Depressionen charakteristischen ruminativen Prozessen entscheidend ist (d. h. das Lenken der Aufmerksamkeit weg vom Grübeln hin zu dem konkret im Hier-und-Jetzt Gegebenen) oder die Distanzierung gegenüber den Inhalten sorgenvollen Grübelns.

Fazit für die Praxis

Achtsamkeit, ein Prinzip, das im Rahmen einer Meditationstradition kultiviert wurde, in die Behandlung von psychischen Störungen zu integrieren, stellt aus unserer Perspektive zugleich eine Chance wie

auch ein Risiko dar. Die Chance besteht unserer Meinung nach darin, aus einer Jahrtausende alten Tradition und der in ihr entwickelten Weisheit lernen zu können. Hier bieten sich Möglichkeiten, Vereinseitigungen, wie z. B. den starken Fokus westlicher Psychotherapien auf Veränderung, in Richtung einer Balance zwischen den dialektischen Polen Akzeptanz und Veränderung auszugleichen. Darüber hinaus scheint uns der Einbezug des körperlichen Hier-und-Jetzt-Erlebens eine wichtige Ergänzung bestehender Ansätze darzustellen. Somit können achtsamkeitsbasierte Ansätze das therapeutische Potenzial bestehender Ansätze deutlich erweitern. Auf der anderen Seite besteht allerdings auch das Risiko einer vorschnellen Vereinnahmung. Dies gilt sicherlich für beide Richtungen: Achtsamkeitsübungen ohne eine erfahrungsbasierte Kenntnis ihrer inneren Prinzipien lediglich technizistisch einzusetzen, dürfte zu problematischen Verkürzungen und einer verflachten Praxis führen. Anwendung von Achtsamkeitsübungen im klinischen Bereich ohne deren Wirksamkeit unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten zu überprüfen, ignoriert die Notwendigkeit, therapeutische Maßnahmen auch unter einer intersubjektivierbaren Perspektive auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen.

Korrespondierender Autor

Dr. phil. Johannes Michalak

Arbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ruhr-Universität, Universitätsstraße 150, 44780 Bochum
E-Mail: micha@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

Interessenkonflikt: Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

Literatur

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington D.C.
Barlow DH, Allen LB, Choate ML (2004) Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther* 35:205–230
Beck AT (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders. International University Press, New York
Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979) Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York

- Berger M (2000) Affektive Erkrankungen. In: Berger M (Hrsg) Psychiatrie und Psychotherapie. Urban u. Fischer, München, S 483–566
- Consensus Development Panel (1985) NIMH/NIH consensus development conference statement: mood disorders – pharmacologic prevention of recurrence. *Am J Psychiatry* 142:469–476
- Cross National Collaborative Group (1992) The changing rate of major depression. *JAMA* 268:3098–3105
- Hautzinger M, Jong-Meyer R de (1996) Zwei Multizenter-Studien zur Wirksamkeit von Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei depressiven Patienten: Einführung, Rahmenbedingungen und Aufgabenstellung. *Z Klin Psychol* 25:83–92
- Heidenreich T, Michalak J (2003) Achtsamkeit („mindfulness“) als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. *Verhaltenstherapie* 13:264–274
- Hertel PT (1997) On the contribution of deficient cognitive control to memory impairments in depression. *J Abnorm Psychol* 104:517–525
- Ingram RE, Miranda J, Segal ZV (1998) Cognitive vulnerability to depression. Guilford Press, New York
- Joormann J (2005) Inhibition, rumination, and mood regulation in depression. In: Engle RW, Sedek G, Hecker U von, McIntosh DN (eds) Cognitive limitations in aging and psychopathology: attention, working memory, and executive function. University Press, Cambridge (in press)
- Kuhl J (1994) A theory of action and state orientations. In: Kuhl J, Beckmann J (eds) Volition and personality: action versus state orientation. Hogrefe, Göttingen, pp 9–46
- Kabat-Zinn J (1990) Full catastrophe living: the program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center. Delta, New York
- Ma SH, Teasdale JD (2004) Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 72:31–40
- Michalak J, Heidenreich T (2004) Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen. In: Heidenreich T, Michalak J (Hrsg) Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. DGVt, Tübingen, S 195–247
- Murry CL, Lopez AD (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. Harvard University Press, Boston
- Nolen-Hoeksema S (2000) The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 109:504–511
- Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A (1995) Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med* 25:1171–1180
- Post RM (1992) Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 149:999–1010
- Segal ZV, Gemar M, Williams S (1999) Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *J Abnorm Psychol* 108:3–10
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD (2002) Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. Guilford Press, New York
- Teasdale JD (1988) Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cogn Emot* 2:247–274
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby J, Lau MA (2000) Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 68:615–623
- Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV (2002) Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 70:275–287
- Westen D, Morrison K (2001) A multidimensional meta-analysis of treatment for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 69:875–899
- Williams JMG (1996) Autobiographical memory in depression. In: Rubin D (ed) Remembering our past: studies in autobiographical memory. Cambridge University Press, Cambridge, pp 244–267
- Williams JMG, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J (2000) Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *J Abnorm Psychol* 109:150–155
- Wittchen H-U, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland: eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsbl* 44:993–1000
- Wittchen H-U, Knäuper B, Kessler RC (1994) Lifetime risk of depression. *Br J Psychiatry Suppl* 165:16–22

Möchten Sie einen Beitrag beim Psychotherapeut einreichen?

Wir freuen uns, dass Sie unsere Zeitschrift Psychotherapeut mitgestalten wollen.

Um Ihnen bei der Manuskripterstellung behilflich zu sein, haben wir für Sie unsere Autorenhinweise zusammengefasst, die Sie im Internet finden unter:

Psychotherapeut.springer.de

Die Hinweise können alternativ auch in der Verlagsredaktion angefordert werden, die Ihnen jederzeit für Rückfragen zur Verfügung steht.

Senden Sie Ihren Beitrag an:

Redaktion „Psychotherapeut“
Regine Karcher-Reiners
Springer-Verlag
Klugstraße 39
80638 München
Deutschland

Tel. ++49-(0)89-5160-3658
Fax ++49-(0)89-5160-4742
E-Mail: regine.karcher-reiners@springer-sbm.com