

Achtsamkeitsbasierte Therapie

Johannes Michalak, Sabine Blaeser, Thomas Heidenreich

Achtsamkeitsübungen helfen, die Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Augenblick zu lenken. Verschiedene Techniken wirken sich positiv auf die Psyche aus und werden erfolgreich in Therapieverfahren integriert.

Einleitung

Jon Kabat-Zinn, der als einer der Ersten das Achtsamkeitsprinzip in den klinischen Kontext integrierte, definiert Achtsamkeit als die absichtsvolle, bewusste und nicht wertende Lenkung der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Augenblick [1]. Nach seinem Verständnis handelt es sich um eine Fähigkeit, die grundsätzlich jedem Menschen innewohnt. Welches medizinische und psychotherapeutische Potenzial damit verbunden ist, hat sich erst durch die Entwicklung achtsamkeitsbasierter Therapieverfahren und die gerade in jüngster Zeit schnell wachsende Forschung in diesem Bereich gezeigt.

Der vorliegende Artikel stellt das Prinzip der Achtsamkeit vor und gibt exemplarisch einen Überblick über einige etablierte achtsamkeitsbasierte Verfahren sowie über den aktuellen Stand ihrer empirischen Überprüfung. Darüber hinaus wird die Rolle der Achtsamkeit des Therapeuten diskutiert. Abschließend folgt ein Ausblick auf künftige Entwicklungen in diesem Bereich.

Das Achtsamkeitsprinzip

Historischer Hintergrund

In allen Kulturen – auch in der westlich-christlichen – finden sich Praktiken zur Förderung einer achtsamen Haltung. Als wesentliches Element östlicher Meditationswege wurden diese Praktiken jedoch v. a. im Rahmen der jahrtausendealten buddhistischen Tradition kultiviert. In den hier vorgestellten achtsamkeitsbasierten Verfahren werden Meditationsformen eingesetzt, die mit nur geringen Veränderungen aus dieser Meditationstradition übernommen wurden. Dennoch ist das Achtsamkeitsprinzip an keinen bestimmten spirituellen oder kulturellen Kontext gebunden, weshalb Achtsamkeitsübungen auch unabhängig von religiösen Orientierungen und weltanschaulichen Haltungen praktikierbar sind.

Achtsamkeitsbasierte Verfahren übernehmen Teile überlieferter östlicher Meditationsformen.

Manche Autoren diskutieren jedoch, inwieweit die religiös-spirituelle Dimension der Meditation, die in den ursprünglichen buddhistischen Ansätzen zentral ist, ebenfalls in den therapeutischen Kontext integriert werden kann und soll und inwieweit ein Verzicht auf solche Aspekte das Potenzial achtsamkeitsbasierter Ansätze einschränkt [2]. Heidenreich und Michalak weisen in diesem Zusammenhang zudem darauf hin,

Achtsamkeit

Eine häufig zitierte Definition stammt von Jon Kabat-Zinn, dem Begründer der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) [1]. Er charakterisiert Achtsamkeit als

- absichtsvolle,
- nicht wertende
- Lenkung der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Augenblick.

Es ist eine alltägliche Erfahrung, dass wir uns während einer Tätigkeit gedanklich mit etwas anderem beschäftigen. Kabat-Zinn spricht in diesem Zusammenhang vom „Autopilotenmodus“ [1]. Eine zentrale Annahme achtsamkeitsbasierter Ansätze ist, dass dieser Autopilotenmodus flexibles und situativ angemessenes Handeln erschwert, da er automatisierte und starre Verarbeitungs- und Reaktionsmuster begünstigt (z. B. Rumination).

Ziel der Achtsamkeitspraxis ist es, das Bewusstsein wieder in den *gegenwärtigen Augenblick* zu holen und mit der aktuellen Tätigkeit in Übereinstimmung zu bringen – also beispielsweise beim Essen den Vorgang des Essens tatsächlich wahrzunehmen anstatt gleichzeitig fernzusehen, zu lesen oder gedanklich bei den Erledigungen des nächsten Tages zu sein. *Absichtsvoll* ist diese Aufmerksamkeitslenkung, weil sie mit dem bewussten Ziel verbunden ist, Achtsamkeit möglichst in allen Lebenssituationen aufrechtzuerhalten – und *nicht wertend*, weil die auftretenden Bewusstseinsinhalte nicht als positiv oder negativ, angenehm oder unangenehm kategorisiert werden, sondern einfach bewusst wahrgenommen werden sollen. Diese nicht wertende Haltung bezieht sich dabei auch auf die Tendenz des Bewertens an sich (d. h. auch der unvermeidliche Akt des Bewertens soll nicht bewertet werden).

dass die religiös-spirituelle Dimension nicht notwendigerweise auf buddhistische/östliche Spiritualität beschränkt werden muss, sondern auch christliche/westliche Zugangswege beinhalten kann [3].

Die Rolle der Akzeptanz

In achtsamkeitsbasierten Ansätzen kommt diesem Begriff eine besondere Bedeutung zu. Meibert, Michalak und Heidenreich beschreiben Akzeptanz als eine Haltung, in der alle Aspekte des Selbst so angenommen werden, wie sie sind [4]. Im Rahmen der Achtsamkeitsmeditation übt man, sich selbst mit seinen Stärken und Schwächen zu akzeptieren und jeden Augenblick

so anzunehmen, wie er sich zeigt. Fühlt man sich beispielsweise gestresst und beginnt aus diesem Zustand heraus mit einer Meditationsübung, bedeutet die Praxis der Achtsamkeit, dieses Gefühl des „Gestresstseins“ wahrzunehmen und zu akzeptieren – und sich nicht dafür zu verurteilen oder unter Druck zu setzen, sich entspannen zu müssen. Akzeptanz bedeutet in diesem Zusammenhang jedoch nicht, dass man jegliche Erfahrung in passiv-resignativer Haltung erdulden muss oder den Wunsch nach Veränderung unterdrücken soll. Kabat-Zinn versteht unter Akzeptanz „die Bereitschaft, Menschen und Geschehnisse möglichst unvoreingenommen, möglichst frei von eigenen Interpretationen zu betrachten. Ein klarer, von Ängsten und vorgefassten Meinungen ungetrübter Geist erkennt die wirklichen Anforderungen einer Situation ungleich besser und ist in der Lage, entsprechend zu handeln“ ([5], S. 53).

Es gilt, seine Stärken und Schwächen zu akzeptieren und jeden Augenblick so anzunehmen, wie er sich zeigt – ohne Wertung.

Zentrale Übungsformen

Die Vermittlung und Kultivierung von Achtsamkeit erfolgt auf der Basis einer intensiven Schulung in formellen und informellen Übungen.

Formelle Übungen

Die wichtigsten Elemente der „formellen Praxis“ sind:

- der Body-Scan
- die achtsame Körperarbeit (Hatha-Yoga)
- die Sitz- und die Gehmeditation

Im Rahmen dieser Übungen wird über einen zuvor festgelegten Zeitraum die Entwicklung von Achtsamkeit trainiert. Hierbei geht es nicht darum, ein bestimmtes Ziel zu erreichen oder eine Übung „richtig“ auszuführen. Die Praktizierenden werden stattdessen dazu eingeladen, mit ihrer Aufmerksamkeit im gegenwärtigen Augenblick zu bleiben, das Vorhandene bewusst wahrzunehmen und eine akzeptierende Haltung einzunehmen. Schweift die Aufmerksamkeit ab, so wird dies zunächst bewusst und nicht wertend zur Kenntnis genommen, bevor man wieder sanft zur Übung zurückkehrt. Die einzelnen Elemente der formellen Praxis werden im Folgenden detaillierter vorgestellt.

Die Aufmerksamkeit soll im gegenwärtigen Augenblick bleiben; schweift man ab, kehrt man danach bewusst wieder zum Augenblick zurück.

■ **Body-Scan**

Bei dieser Übung lenken die Teilnehmer ihre Aufmerksamkeit zunächst einige Minuten auf das Atmen. Danach wandern sie mit ihrer Aufmerksamkeit systematisch durch den ganzen Körper. Die einzelnen Regionen werden möglichst bewusst und achtsam wahrgenommen. Es geht dabei nicht darum, an die jeweiligen Körperteile zu denken, sondern in die Körperregion hineinzuspüren und mit Achtsamkeit und einer nicht wertenden Haltung das wahrzunehmen, was man im jeweiligen Moment spüren kann. Wenn man den jeweiligen Körperteil nicht spürt, dann ist es genau dieses Nichtspüren was man wahrnehmen sollte. Wichtig ist, dass es bei dieser Übung nicht um das Erreichen eines bestimmten Zustands geht. Entspannung und Wohlbefinden können sich einstellen, sind aber nicht Ziel der Übung. Ebenso „wertvoll“ ist die bewusste Wahrnehmung von Verspannung oder Unruhe. Auch solchen Empfindungen wird mit einer Haltung möglichst großer Akzeptanz und Offenheit begegnet.

Driftet die Aufmerksamkeit während der Übung ab, kehren die Übenden, sobald sie dies registrieren, sanft wieder zur jeweiligen Körperpartie zurück, ohne sich dafür zu verurteilen. So werden nacheinander alle Teile des Körpers mit Achtsamkeit „gescannt“.

Abschluss der Übung ist die Wahrnehmung des Gesamtkörpergefühls.

Insgesamt dauert der Body-Scan etwa 40 – 45 Minuten. Er kann im Sitzen oder Stehen durchgeführt werden, erfolgt meist jedoch im Liegen. Nach dem Body-Scan, aber auch nach allen weiteren Achtsamkeitsübungen, findet in der Gruppe ein ausführlicher Austausch (engl. Inquiry) über die während der Übungen gemachten Erfahrungen statt. Der Therapeut erkundet dabei die konkreten Erfahrungen im Körper und die gedanklichen Reaktionen darauf. Auf dieser Grundlage werden dann auch mögliche Alternativen zu habituellen Gedanken und Verhaltensmustern entwickelt.

■ **Achtsame Körperarbeit**

In der Regel werden einfache Übungen aus dem Hatha-Yoga vermittelt. Auch hier geht es nicht um das richtige Ausführen der Bewegungsabläufe, sondern um eine achtsame Körperwahrnehmung. Dabei lernen die Teilnehmer, ihre Grenzen bewusst zu spüren und jene

gewohnheitsmäßigen Gedankenmuster wahrzunehmen, die üblicherweise auftauchen, wenn sie an ihre Grenzen stoßen (z. B. „Das schaffe ich niemals“ oder „Streng dich mehr an“). Durch die achtsame und nicht wertende Haltung werden die Yogaübungen und jede andere Form der Körperarbeit zur Meditation.

Tipp für die Praxis

Bei körperlichen Einschränkungen ist es möglich, die betreffenden Übungen zur Körperwahrnehmung abzuwandeln oder nur in der Vorstellung zu praktizieren.

■ **Sitzmeditation**

Diese Übung wird entweder auf einem Stuhl oder (wenn möglich) auf einem Meditationskissen oder -bänkchen auf dem Boden durchgeführt. Die Übenden nehmen zunächst eine aufrechte Haltung ein und lenken ihre Aufmerksamkeit auf ihre Atmung – genauer gesagt auf die körperlichen Empfindungen, die mit der Atmung verbunden sind. Schweift die Aufmerksamkeit zu Gedanken, Gefühlen oder anderen Körperempfindungen ab, wird dieses Abschweifen bewusst und ohne sich dafür zu verurteilen wahrgenommen, bevor die Aufmerksamkeit behutsam zum Atem zurückgeführt wird.

Die gesamte Aufmerksamkeit des Übenden liegt auf seiner (körperlich empfundenen) Atmung.

Es wird empfohlen, zunächst mit 5 – bis 10-minütigen Sitzmeditationen zu beginnen und die Dauer allmählich zu steigern. Im weiteren Verlauf können durch entsprechende Übung auch Sitzperioden von 30 – 45 Minuten und länger erfolgen und diese Meditation kann dabei auf andere Erfahrungsbereiche ausgedehnt werden, wie z. B. auf:

- Geräusche in und außerhalb des Raumes
- Körperempfindungen
- Gedanken
- Gefühle

■ **Gehmeditation**

Bei der Gehmeditation setzt man möglichst langsam einen Fuß vor den anderen. Dazu sollten die Teilnehmer ein Tempo wählen, bei dem sie achtsam auf jeden einzelnen Bestandteil der Bewegung und die damit verbundenen Empfindungen achten können. Zuvor legen sie sowohl eine Zeitspanne fest, wie lange sie diese Meditation durchführen möchten, als auch die Strecke, auf der sie üben wollen. Wichtig ist, dass es auch hier nicht darum geht, ein bestimmtes Ziel zu

erreichen. Am besten wählt man daher eine Strecke, die man ungestört auf und ab gehen kann – ohne einen bestimmten Endpunkt im Hinterkopf haben zu müssen.

Es geht nicht darum, ein bestimmtes Ziel zu erreichen.

Nachdem man die Gehmeditation anfangs zunächst als formale Übung praktiziert, kann man sie später zu einer informellen Übung wandeln, indem man auch andere Strecken im Alltag auf achtsame Weise zurücklegt.

Tipp für die Praxis

Entspannung und Wohlbefinden können sich im Rahmen der formellen Übungen einstellen, sind aber nicht das Ziel. Ebenso „wertvoll“ ist die bewusste Wahrnehmung von Spannung oder Unruhe. Auch solchen Empfindungen wird mit einer Haltung möglichst großer Akzeptanz und Offenheit begegnet.

Informelle Übungen

Eine besondere Bedeutung kommt in achtsamkeitsbasierten Ansätzen der Integration von Achtsamkeit in den Alltag zu. Um den Teilnehmern den Transfer zu erleichtern, suchen sie sich zunächst eine einzelne Routinetätigkeit aus und führen diese in den darauffolgenden Tagen jeweils in einer achtsamen Haltung aus. Entscheiden sie sich beispielsweise für „achtsames Zähneputzen“, bedeutet dies:

- bei jedem Zähneputzen spüren, wie sich die Zahnbürste in der Hand anfühlt
- den Duft der Zahnpasta wahrnehmen
- den Geschmack und die Konsistenz der Zahnpasta spüren
- die Empfindungen und Bewegungen der Hand, die die Zahnbürste hält, beachten
- wahrnehmen, wenn die Gedanken abschweifen und daraufhin nicht wertend mit der Aufmerksamkeit zur Tätigkeit zurückkehren etc.

Mit zunehmender Praxis werden die Teilnehmer dann dazu ermutigt, *jeder* Alltagstätigkeit mit dieser achtsamen Haltung zu begegnen – egal ob es sich um etwas Angenehmes handelt (z. B. einen Spaziergang im Wald) oder um eine eher „lästige“ Angelegenheit (z. B. Wäsche waschen). Das konkrete Ziel der informellen Übungen besteht darin, das Bewusstsein – so gut es geht – immer wieder in den gegenwärtigen Augenblick zu holen und

mit der aktuellen Tätigkeit in Übereinstimmung zu bringen, sodass sich Achtsamkeit schließlich in allen Lebenssituationen und bei allen Tätigkeiten und Handlungen entwickeln kann. Dies schließt auch die zwischenmenschliche Kommunikation, den Umgang mit schwierigen Gefühlen und Gedanken sowie die Wahrnehmung angenehmer und unangenehmer Empfindungen ein – ebenso wie die eigenen Reaktionen darauf.

Regelmäßige informelle Übungen erhöhen die Achtsamkeit in allen Lebenssituationen.

Tipp für die Praxis

Die regelmäßige Durchführung der Übungen spielt sowohl in der formellen als auch in der informellen Praxis eine Rolle, denn das kontinuierliche Praktizieren ist eine zentrale Voraussetzung für die Entfaltung der Effektivität von Achtsamkeit [6].

Achtsamkeitsbasierte Therapieprogramme

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Verfahren entwickelt, in denen Achtsamkeit von Bedeutung ist. Im Folgenden werden exemplarisch 5 etablierte verhaltenstherapeutisch orientierte Ansätze vorgestellt, die das Achtsamkeitsprinzip in unterschiedlichem Umfang integrieren:

Achtsamkeitsbasierte Verfahren. Bei den sog. achtsamkeitsbasierten Verfahren bildet Achtsamkeit das grundlegende Therapieprinzip. Formellen und informellen Übungen kommt hierbei ein hoher Stellenwert zu. Beispiele hierfür sind:

- Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)
- Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)
- Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)

Achtsamkeitsinformierte Verfahren. In achtsamkeitsinformierten Verfahren werden Achtsamkeit und Akzeptanz dagegen zwar ebenfalls gezielt vermittelt, jedoch eher als eines unter mehreren Behandlungsprinzipien und zudem ohne formelle Meditationspraxis. Beispiele:

- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
- Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR)

Kabat-Zinn, ein ehemaliger Molekularbiologe, entwickelte Ende der 1970er-Jahre in einem verhaltensmedizinischen Setting das „Mindfulness-Based Stress Reduction Program“ [1, 5]. Er selbst hatte langjährige Meditationserfahrung und war einer der Ersten, der das buddhistische Achtsamkeitsprinzip in den klinischen Kontext integrierte. Gedacht war das MBSR-Programm ursprünglich für Patienten mit chronischen und stressbedingten Erkrankungen. Mittlerweile liegen Hinweise auf die Wirksamkeit des Verfahrens bei einer großen Bandbreite an körperlichen und psychischen Störungen vor.

Durchführung. Das Training wird in Gruppen von bis zu 30 Teilnehmern durchgeführt und umfasst 8 wöchentliche Sitzungen von jeweils 2–3 Stunden Dauer sowie einen gemeinsamen „Tag der Achtsamkeit“. Hauptbestandteile des Programms sind die oben beschriebenen formellen und informellen Übungen. Ergänzt werden diese durch psychoedukative Elemente – genauer gesagt durch die Vermittlung wesentlicher Grundlagen aus der Stressforschung.

Formelle und informelle Achtsamkeitsübungen werden ergänzt durch Elemente aus der Stressforschung.

Jede Sitzung hat dabei einen Themenschwerpunkt, in dessen Rahmen die Achtsamkeitsprinzipien gemeinsam erarbeitet werden. In der 2. Sitzung geht es beispielsweise um das „kreative Reagieren auf Lebenssituationen“ als Gegenpol zu dem bereits erwähnten Autopilotenmodus. Um den Transfer der Erfahrungen in den Alltag zu erleichtern, sollten die Teilnehmer darüber hinaus regelmäßig achtsamkeitsbezogene Hausaufgaben durchführen – im Idealfall an 6 Tagen pro Woche für jeweils etwa 45 Minuten. Den thematischen Abschluss des Programms bilden Strategien für die langfristige Integration des Achtsamkeitsprinzips in den Alltag.

Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT)

Segal, Williams und Teasdale entwickelten die „Mindfulness-Based Cognitive Therapy“ als Rückfallprophylaxe für ehemals depressive Patienten [7]. Theoretische Grundlage des Programms ist ein Modell der Autoren zu möglichen Mechanismen im Prozess des Rückfall-

geschehens [8]: Grundannahme ist, dass bei ehemals depressiven Personen bereits milde dysphorische Zustände zu einer Reaktivierung negativer grüblerischer Denkmuster aus früheren Episoden führen können. Segal et al. postulieren, dass die Kultivierung von Achtsamkeit dabei hilft, dieses grüblerische Reaktionsmuster und die damit verbundenen negativen Gedanken und Gefühle möglichst frühzeitig zu erkennen und aus diesen auszusteigen, indem sich der Übende der lebendigen Erfahrung des Hier und Jetzt zuwendet [7].

Disidentification. Darüber hinaus soll durch Achtsamkeit eine Haltung gegenüber diesen inneren Erlebnissen gefördert werden, die als „Disidentification“ bezeichnet wird. Das bedeutet, dass Gedanken nicht als realitätsgetreue Abbilder der Wirklichkeit oder als valide Selbstaussagen betrachtet werden, sondern als das, was sie sind: mentale Ereignisse. In diesem Zusammenhang werden Aussagen wie „Gedanken sind keine Tatsachen“ oder „Ich bin nicht meine Gedanken“ formuliert. Gleiches gilt für Emotionen und körperliche Empfindungen.

Wichtig ist, Gedanken, Gefühle und körperliche Empfindungen nicht als realitätsgetreue Abbilder der Wirklichkeit zu sehen, sondern als mentale bzw. körperliche Ereignisse.

Im Gegensatz zur klassischen kognitiven Therapie wird also keine Modifikation der kognitiven Inhalte angestrebt, sondern eine Veränderung der Haltung gegenüber diesen Gedanken und Empfindungen. Zentral ist dabei die Entwicklung von Akzeptanz und Offenheit.

Durchführung. Die Struktur des MBCT-Programms ähnelt derjenigen von MBSR: Die Behandlung wird in Gruppen (max. 12 Patienten) durchgeführt und umfasst ebenfalls 8 wöchentliche Sitzungen von jeweils ca. 2 Stunden Dauer sowie einen gemeinsamen „Tag der Achtsamkeit“.

In den ersten 4 Sitzungen geht es schwerpunktmäßig um das Erlernen und Einüben von Achtsamkeit; im 2. Teil des Programms (Sitzung 5–8) wird die Behandlung verstärkt durch klassische kognitive Interventionen ergänzt, wie z. B.:

- Psychoedukation zum Thema Depression
- Bedeutung von und Umgang mit automatischen Gedanken
- Aufbau angenehmer Aktivitäten etc.

Zusätzlich werden die Patienten wie auch im MBSR-Programm dazu angeleitet, an 6 Tagen pro Woche

Tipp für die Praxis

Voraussetzung für die Teilnahme am MBCT-Programm ist, dass die Patienten zu Behandlungsbeginn nicht akut depressiv sind.

jeweils mindestens 45 Minuten formale Achtsamkeitsübungen zu praktizieren und Achtsamkeit durch informelle Übungen in ihren Alltag zu integrieren. Vier Booster-Sitzungen, die im Jahr nach dem Abschluss des 8-Wochen-Programms stattfinden, bieten den Patienten darüber hinaus die Möglichkeit, sich zu treffen, gemeinsam zu üben und sich über Erfahrungen auszutauschen.

Studienlage. In randomisierten, kontrollierten Studien konnte belegt werden, dass MBCT, verglichen mit einer Routinebehandlung, die Rückfallgefahr bei ehemals depressiven Patienten um ca. 59% reduziert. Diese Reduktion der Rückfallrate zeigte sich jedoch ausschließlich bei Patienten, die bereits 3 oder mehr depressive Episoden in der Vorgeschichte erlebt hatten, nicht jedoch bei Patienten mit lediglich 2 bisherigen Episoden [9, 10].

Ziel der MBCT ist nicht die Veränderung kognitiver Inhalte; es geht vielmehr um die Modifizierung der Haltung diesen dysfunktionalen Kognitionen gegenüber. Kernelement ist die Kultivierung von Akzeptanz und Offenheit.

Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit (MBRP)

Alan Marlatt und seine Kollegen erforschen bereits seit rund 2 Jahrzehnten die Integration von Achtsamkeitspraxis in klassische Rückfallpräventionsprogramme für Suchterkrankte. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse entwickelten sie die achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention (Mindfulness-Based Relapse Prevention, MBRP). Es handelt sich dabei um ein manualisiertes Rückfallpräventionsprogramm [11], das speziell für Personen konzipiert wurde, die eine Erstbehandlung wegen einer substanzbezogenen Störung erfolgreich abgeschlossen haben. Die MBRP setzt sich im praktischen Teil aus kognitiv-behavioralen Strategien der klassischen Rückfallprävention sowie Elementen der MBSR [1] und der MBCT [7] zusammen.

Durchführung. Im Format ähnelt das Programm den beiden letztgenannten Verfahren: Es finden 8

wöchentliche Gruppensitzungen von jeweils etwa 2 Stunden Dauer statt. Hauptbestandteil sind auch hier die oben beschriebenen formellen und informellen Achtsamkeitsübungen sowie psychoedukative Aspekte (z. B. Wissensvermittlung über Craving, Identifikation von Hinweisreizen und Hochrisikosituationen, Vermittlung von Bewältigungsstrategien etc.). In den ersten 3 Sitzungen geht es dabei schwerpunktmäßig um das Erlernen einer achtsamen Wahrnehmung sowie um die Integration von Achtsamkeitstechniken in den Alltag. Die 3 darauffolgenden Sitzungen konzentrieren sich auf die Akzeptanz von Wahrnehmungen und die Anwendung von Achtsamkeitstechniken auf die Rückfallprävention. In den beiden letzten Sitzungen geht es schließlich um Selbstfürsorge, die Unterstützung durch Netzwerke und um einen ausgewogenen Lebensstil.

Psychoedukative Elemente ergänzen die formellen und informellen Achtsamkeitsübungen.

Urge Surfing. Die regelmäßige Achtsamkeitspraxis soll die Teilnehmer in die Lage versetzen, auf interne und externe Reize weniger automatisiert zu reagieren. Eine wesentliche Rolle spielt hierbei die von Marlatt [12] verwendete Metapher des „Urge Surfing“. Dabei sollen sich die Teilnehmer vorstellen, das Verlangen sei eine Welle, die sich nach und nach aufbaut – und nach einer gewissen Zeit auch wieder abflaut. Das Ziel besteht darin, durch Achtsamkeit und Akzeptanz zu lernen, auf dieser Welle zu „surfen“ – ohne dem Verlangen nachzugeben und davon „überrollt“ zu werden. Auf diese Weise können sie die Erfahrung machen, dass die Welle irgendwann auch wieder kleiner wird, das Verlangen vorübergeht und sie durch die Kultivierung einer akzeptierenden Haltung gegenüber psychischen und physischen (aus medizinischer Sicht unbedenklichen) Entzugserscheinungen mehr Selbstwirksamkeit erlangen.

Die Teilnehmer sollen lernen, auf der „Welle“ des Verlangens zu surfen, bis diese wieder abebbt.

Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)

Die Acceptance and Commitment Therapy oder ACT (als ganzes Wort gesprochen) wurde von Hayes, Strosahl und Wilson entwickelt [13]. Es handelt sich hierbei um einen verhaltensanalytischen störungsübergreifenden Ansatz, der auf lerntheoretischen Annahmen basiert. Im Zentrum der Behandlung steht:

Tabelle 1

Behandlungsschritte der Acceptance and Commitment Therapy.

Schritt	Inhalt
Akzeptanz	<ul style="list-style-type: none"> ■ Akzeptanz unangenehmer Gefühle, Gedanken und Körperempfindungen ■ Die Patienten lernen, was sie schlecht kontrollieren können (inneres Erleben) und was sie gut kontrollieren können (offenes Verhalten), wenn sie dazu bereit sind.
kognitive Defusion	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aufzeigen der Beziehung zwischen dysfunktionalem Verhalten und dem wörtlichen Glauben an die eigenen (v. a. negativen) Kognitionen ■ durch gezielte Übungen wird das Wörtlichnehmen von Gedanken reduziert
Achtsamkeit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Achtsamkeitsübungen, die die Akzeptanz und kognitive Defusion erleichtern sollen
Selbst-als-Kontext	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bewertungen aus der Beobachterperspektive als Gedanken wahrnehmen (anstatt sich mit ihnen zu identifizieren) und sich gleichzeitig den eigenen Werten entsprechend verhalten – im Sinne von „was wirklich wichtig ist und am Herzen liegt“
persönliche Werte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Klärung und Formulierung persönlicher Werte
Commitment	<ul style="list-style-type: none"> ■ konkrete Umsetzung eigener Werte durch aktives und engagiertes Handeln sowie das Einhalten von Vorsätzen ■ Dabei lernen die Patienten innere Barrieren der Verfolgung ihrer Lebensziele nicht zu bekämpfen oder zu überwinden, sondern sie auf dem Lebensweg mitzunehmen.

- Vermittlung von Akzeptanz
- Bewusstwerdung und Verwirklichung persönlicher Werte („wertgeleitete Verhaltensaktivierung“)

Den theoretischen Rahmen der ACT bildet die sog. „Relational Frame Theory“ (RFT; Bezugsrahmentheorie) [13, 14]. Diesem Ansatz zufolge bietet die menschliche Fähigkeit des Sprachgebrauchs nicht nur Vorteile: So führt die Verwendung abstrakter Regelsysteme im Umgang mit innerer Erfahrung (z. B. „Angst ist gefährlich und muss unter allen Umständen unter Kontrolle gebracht werden“) u. a. dazu, dass flexibles, situationsangepasstes und erfahrungsoffenes Verhalten unterbleibt. Die daraus resultierenden rigiden Verhaltensweisen, deren funktionaler Kern oft in einer Vermeidung unangenehmer innerer Erfahrungen (Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen) besteht („Experiential Avoidance“), bilden wiederum die Grundlage für eine Vielzahl von psychischen Störungen und Erkrankungen. Psychisches Leiden ist demnach nicht die Folge schwieriger Emotionen, irrationalen Denkens oder dysfunktionaler Schemata, sondern entsteht, wenn wir unser Verhalten darauf ausrichten, aversives inneres Erleben krampfhaft kontrollieren oder reduzieren zu wollen. Aus diesem Grund wird im Rahmen der ACT nicht die Beseitigung, sondern die Akzeptanz dieser negativen Erlebnisse angestrebt.

Angestrebt wird bei der ACT nicht die Beseitigung negativer Erlebnisse, sondern deren Akzeptanz.

Die ACT umfasst dabei insgesamt 6 Behandlungsschritte (Tab. 1) mit dem Ziel, größere psychologische Flexibilität und kontextuelle Kontrolle zu erlangen.

Tipp für die Praxis

Obwohl das letztendliche Ziel von ACT nicht in der Reduzierung von Symptomen oder Störungen im engeren Sinne besteht, sondern im Aufbau eines engagierten und sinnerfüllten Lebens, zeigen fast alle klinischen Outcome-Studien, dass auch Symptombeschwerden durch ACT statistisch signifikant abnehmen [14].

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Bei der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach Linehan handelt es sich um einen multimodalen störungsspezifischen Behandlungsansatz für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung [15].

Die DBT wurde als komplexes störungsspezifisches Interventionsprogramm für Borderline-Patienten entwickelt.

Die Vermittlung von Achtsamkeit und Akzeptanz stellt hierbei neben anderen Therapieprinzipien ein zentrales Behandlungselement dar. Das Verfahren entstand Anfang der 1980er-Jahre im Zuge der Entwicklung eines ambulanten Behandlungsprogramms für chronisch suizidale Patientinnen. Linehan konnte beobachten, dass bei dieser Patientengruppe klassische behaviorale Behandlungsprinzipien nur schwer realisiert werden konnten: Veränderungsbemühungen schlugen fehl – ebenso der Versuch, Dinge so zu akzeptieren, wie sie sind [15, 16]. Aus diesem Grund erschien es Linehan wichtig, Veränderungsstrategien und Akzeptanz simultan und balanciert in der Therapie einzusetzen („zentrale Dialektik“): So erfahren die Patienten einerseits, dass der Therapeut sie in ihrer Problematik versteht und validiert – andererseits werden sie zu konkreten Veränderungen in ihrer Situation motiviert.

Die DBT basiert auf Überlegungen zur „zentralen Dialektik“ (Balance zwischen Veränderung und Akzeptanz) der Verhaltenstherapie.

Das Behandlungsvorgehen ist grundsätzlich in 2 Teile gegliedert:

Einzeltherapie. Im Rahmen der Einzeltherapie werden klinisch relevante Verhaltensweisen und Kognitionen bearbeitet, wie der Umgang mit akuten Krisen, Suizidalität, parasuizidalem Verhalten, Traumata und selbstschädigenden Verhaltensweisen.

Gruppentherapie. In der Gruppentherapie steht dann das Erlernen neuer Fertigkeiten im Vordergrund. Dieses sog. „Skills-Training“ [17] beinhaltet 5 Module:

- innere Achtsamkeit
- bewusster Umgang mit Gefühlen
- zwischenmenschliche Fähigkeiten
- Stresstoleranz
- Selbstwert

Im Achtsamkeitsmodul werden kurze Achtsamkeitsübungen durchgeführt, um Gefühl und Verstand wieder in Übereinstimmung zu bringen sowie Kontrolle über die eigene Person und eine innere Distanzierung von dysfunktionalen Kognitionen zu ermöglichen.

Es liegt eine Reihe von positiven Befunden zum Einsatz der DBT vor (s. u.). Allerdings ist es aufgrund der Komplexität der Behandlung nicht möglich, den Beitrag der achtsamkeitsbasierten Prinzipien am Gesamtbehandlungserfolg abzuschätzen.

Das therapeutische Vorgehen bei der DBT erfolgt in Einzel- und Gruppensitzungen.

Aktueller Stand der Forschung

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Studien zur empirischen Überprüfung achtsamkeitsbasierter Ansätze und das Forschungsfeld wächst rasch. Im Folgenden werden daher lediglich exemplarisch einige zentrale Ergebnisse aus Übersichtsarbeiten und Metaanalysen vorgestellt.

Befunde aus klinischen Studien

Insgesamt gibt es konsistente Hinweise auf die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter und -informierter Verfahren bei einer Vielzahl von körperlichen und psychischen Störungen [18]. In Metaanalysen zeigten sich u. a. die folgenden Befunde:

- Bei der Reduktion von Angst- und Depressionssymptomen ergeben sich für MBSR und MBCT mittlere Effektstärken [19]. Spezifiziert man die Analyse auf Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich der Angststörungen oder affektiven Störungen, ergeben sich hohe Effektstärken, die mit denen aus Metaanalysen zur kognitiven Verhaltenstherapie vergleichbar sind.
- In der Metaanalyse von Piet und Hougaard zeigte sich, dass MBCT das Rückfallrisiko für Patienten mit 3 oder mehr Episoden in der Vorgeschichte um 43% senkt [20].
- In einer aktuellen Metaanalyse zur DBT ergab sich eine moderate globale Effektstärke und darüber hinaus eine moderate Effektstärke für suizidales und selbstschädigendes Verhalten [21].
- Metaanalytische Befunde zu ACT ergaben ebenfalls mittlere Effektstärken [22]. Dabei zeigte sich keine Überlegenheit von ACT gegenüber etablierten Therapieansätzen.

Zusammenfassend wird deutlich, dass es mittlerweile eine breite Befundlage zur Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter und -informierter Therapieansätze gibt. Allerdings zeigt sich auch, dass die Effektivität der Verfahren nicht größer ist als diejenige etablierter Therapieansätze. Es dürfte deshalb zunächst einiges dafür sprechen, diese Verfahren v. a. bei schwierigen (therapieresistenten) und chronischen Störungsverläufen einzusetzen. Bei solchen Patienten könnte ein therapeutischer Zugang, der verstärkt die Prinzipien Achtsamkeit und Akzeptanz integriert, eine sinnvolle Alternative bilden.

Tipp für die Praxis

Da die Effektivität der achtsamkeitsbasierten Therapieverfahren vergleichbar ist mit der etablierter Therapieansätze, bietet sich die Behandlung v. a. bei Patienten mit therapierefraktären oder chronischen Verläufen an.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass in den Primärstudien, die den Metaanalysen zugrunde liegen, die Symptomreduktion erfasst wurde. Therapieverfahren wie ACT (aber mit Einschränkungen auch achtsamkeitsbasierte Verfahren) sehen eine Symptomreduktion jedoch nicht als primäres Therapieziel an. Vielmehr möchten diese Ansätze Patienten bei einer grundsätzlicheren Neuorientierung ihres Lebens unterstützen.

Ziel der achtsamkeitsbasierten Therapieverfahren ist nicht in erster Linie die Symptomreduktion, sondern die Hilfe zur Neuorientierung im Leben der Patienten.

Befunde aus neurowissenschaftlichen Studien

Auch die neurowissenschaftliche Forschung befasst sich seit einigen Jahren mit den Effekten achtsamkeitsbasierter Interventionen. Aus Überblicksartikeln von Cahn und Polich [23] sowie Chiesa und Serretti [24] geht beispielsweise hervor, dass Achtsamkeitspraxis im Gehirn zu folgenden Veränderungen führt:

- erhöhte Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit
- Steigerung der Alpha- und Theta-Aktivität im EEG
- Zunahme der Aktivität im präfrontalen Kortex (PFC) sowie im anterioren zingulären Kortex (ACC)
- erhöhte Konzentration der grauen Substanz in Hirnarealen, die für Aufmerksamkeitsleistungen zuständig sind
- weniger altersbedingte Abnahme der grauen Substanz in diesen Bereichen bei Personen mit langjähriger Meditationserfahrung

Sowohl Cahn und Polich [23] als auch Chiesa und Serretti [24] weisen jedoch darauf hin, dass sich die neurowissenschaftliche Forschung zu den Effekten achtsamkeitsbasierter Verfahren noch in ihren Anfängen befindet, und dass diese Ergebnisse erst durch weitere und v. a. methodisch anspruchsvollere Studien überprüft werden sollten.

Grenzen achtsamkeitsbasierter Verfahren

Abschließend wollen wir darauf hinweisen, dass achtsamkeitsbasierte Verfahren zwar offensichtlich einen sehr breiten Indikationsbereich aufweisen, jedoch gibt es – wie bei allen wirksamen therapeutischen Interventionen – auch im Rahmen achtsamkeitsbasierter Verfahren Kontraindikationen.

Kontraindikationen am Beispiel der MBSR

MBSR wurde als ergänzendes Therapieangebot konzipiert und kann daher eine medizinische oder psychotherapeutische Behandlung nicht ersetzen. Beim Vorliegen körperlicher oder psychischer Symptome sollte daher immer zunächst die Indikation einer medizinischen und/oder psychotherapeutischen Versorgung überprüft werden. Die alleinige Behandlung mit MBSR ist v. a. bei Patienten mit psychotischen Krisen, akutem Substanzmissbrauch oder akuter Suizidalität kontraindiziert. Letzteres vor allem deshalb, weil aufgrund des gruppentherapeutischen Settings kein engmaschiges Monitoring gewährleistet werden kann.

Bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen, einer Schwächung aufgrund von Behandlungsmaßnahmen (z. B. Chemotherapie) oder einer Traumatisierung sollte außerdem vorab sowohl mit dem Patienten als auch mit dem behandelnden Arzt geklärt werden, ob die körperbezogenen Achtsamkeitsübungen eine Überforderung für den Patienten darstellen. In diesem Fall sollte das Programm entsprechend modifiziert werden.

Die Achtsamkeit des Therapeuten

Sollte ein Therapeut, der Achtsamkeit vermittelt, sie auch selbst praktizieren? Diese Frage wird in den hier vorgestellten Ansätzen unterschiedlich beantwortet. Insbesondere Vertreter der *achtsamkeitsbasierten* Verfahren betonen jedoch, dass theoretisches Wissen allein nicht ausreicht. Segal, Williams und Teasdale weisen beispielsweise darauf hin, dass es für eine glaubhafte Vermittlung der Achtsamkeitspraxis nötig sei, selbst Erfahrungen damit zu sammeln und regelmäßig und kontinuierlich formelle Achtsamkeitsübungen zu praktizieren [25]. Ihrer Meinung nach „...brauchen die Lernenden das Gefühl, dass der Lehrer sowohl die Fähigkeit als auch die Erfahrung mitbringt, mit den

schwierigen Situationen umgehen zu können, die zwangsläufig auftreten werden“ ([25], S. 71).

Für den Therapeuten kann es hilfreich sein, Achtsamkeit nicht nur mit den Patienten zu üben, sondern auch selbst regelmäßig zu praktizieren.

Anfangs waren die Autoren in dieser Hinsicht zwar skeptisch und fragten sich, ob es überhaupt nötig sei, selbst zu üben. Doch erst nachdem sie sich dazu entschlossen hatten, wurde ihnen klar, wie viel sie ihren Patienten tatsächlich abverlangten. „An manchen Tagen formierte sich ein geradezu einmaliges Aufgebot an Entschuldigungen, um sich vor der Disziplin der täglichen Praxis eine Pause zu gönnen“ ([25], S. 71). Mit der eigenen Übung wuchs allerdings auch der Respekt für die Patienten – „am meisten für jene, die immer zu kämpfen hatten und trotzdem jede Woche wieder zur Sitzung erschienen“ ([25], S. 71).

Selbst Achtsamkeit zu praktizieren, erfordert also auch vom Therapeuten sehr viel Durchhaltevermögen. Dabei gibt es jedoch erste empirische Hinweise darauf, dass eben dieses Vorgehen zur eigenen Gesundheit beiträgt. Shapiro, Brown und Biegel untersuchten beispielsweise in einer prospektiven, kohortenkontrollierten Studie, welchen Effekt die Teilnahme an einem MBSR-Kurs auf das Befinden von Psychotherapeuten in der Ausbildung hat [26]. Es zeigte sich eine statistisch signifikante Abnahme in Bezug auf Stress, negativen Affekt, Rumination, State- und Trait-Angst sowie eine deutliche Zunahme von positivem Affekt und Mitgefühl mit sich selbst (Self-compassion). Über eine positive Wirkung der Achtsamkeitspraxis auf die physische und psy-

chische Gesundheit von Psychotherapeuten berichten auch Christopher und Maris in ihrer Zusammenfassung mehrerer qualitativer Studien [27].

Die selbst praktizierte Achtsamkeit wirkt sich positiv auf das physische und psychische Befinden des Therapeuten aus.

Hick und Bien gehen zudem davon aus, dass die Achtsamkeit des Therapeuten – unabhängig von jeglicher Schulenzugehörigkeit – dazu beitragen kann, die therapeutische Beziehung zu stärken und positiv zu beeinflussen [28]. Auch hierzu gibt es erste Untersuchungen. Grepmaier et al. fanden in einer randomisierten, kontrollierten Doppelblindstudie beispielsweise, dass Patienten von Psychotherapeuten, die an einem Zen-Kurs teilnahmen, deutlich bessere Therapieergebnisse aufwiesen [29].

Fazit und Perspektiven

Die empirische Überprüfung achtsamkeitsbasierter Ansätze führte in den vergangenen Jahren bereits zu vielversprechenden Ergebnissen. Das Element der Achtsamkeit scheint in der Behandlung verschiedener psychischer Störungen von Bedeutung zu sein und hat offensichtlich das Potenzial, herkömmliche verhaltenstherapeutische Verfahren gewinnbringend zu ergänzen.

Einen wichtigen Einsatzbereich achtsamkeitsbasierter Ansätze sehen wir dabei für die Zukunft auch in der Prävention. Hier liegt es nahe, die Effektivität dieser

Kernaussagen

- Unter Achtsamkeit versteht man die absichtsvolle, bewusste und nicht wertende Lenkung der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Augenblick. Grundsätzlich besitzt jeder diese Fähigkeit und ist in der Lage sie weiter zu kultivieren.
- In den vergangenen Jahren wurden verschiedene verhaltenstherapeutische und -medizinische Verfahren entwickelt, die eine solche Achtsamkeitspraxis in unterschiedlichem Umfang integrieren.
- Die innerhalb dieser Ansätze verwendeten formellen Achtsamkeitsübungen wurden mit nur geringen Veränderungen aus der mehr als 2500 Jahre alten Meditationstradition des Buddhismus übernommen, ihre Durchführung ist prinzipiell allerdings nicht an einen bestimmten spirituellen oder kulturellen Kontext gebunden.
- Im Rahmen der formellen Übungen kann sich Entspannung und Wohlbefinden einstellen, dies ist jedoch nicht das Ziel. Als ebenso „wertvoll“ wird die bewusste Wahrnehmung unangenehmer Empfindungen betrachtet, da es im Rahmen der Achtsamkeitspraxis im Wesentlichen darum geht, eine offene und akzeptierende Haltung gegenüber (positiven und negativen) Gedanken, Gefühlen und körperlichen Empfindungen zu entwickeln.
- Die empirische Überprüfung achtsamkeitsbasierter Verfahren hat gezeigt, dass sich das regelmäßige Praktizieren formeller und informeller Achtsamkeitsübungen positiv auf die physische und psychische Gesundheit auswirkt, und dass achtsamkeitsbasierte Ansätze offensichtlich einen sehr breiten Indikationsbereich aufweisen.

Verfahren vor allem für solche psychischen Störungen zu überprüfen, bei denen ätiologisch betrachtet Aspekte wie geringe metakognitive Awareness, Experiential Avoidance und Gedankenunterdrückung eine Rolle spielen.

Über die Autoren

Johannes Michalak



Dipl.-Psych. Dr. phil. Jahrgang 1967. Seit 2011 Professor für Klinische Psychologie an der Universität Hildesheim. Von 1995–2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter/Assistent an der Arbeits-einheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Ruhr-Universität Bochum. 2006–2007 Vertretungsprofessur an der Universität Heidelberg;

2009 Gastprofessur an der Queen's-University Kingston (Kanada); 2009–2010 Vertretungsprofessur an der Ruhr-Universität Bochum.

Sabine Blaeser



B.Sc. Psych. Jahrgang 1976. Seit 2010 Mitarbeit in dem vom Schweizerischen Nationalfonds geförderten interdisziplinären Projekt „Vertrauen verstehen“ (Teilprojekt: Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie bei generalisierter Angststörung – Auswirkungen auf Symptomatik und Grundvertrauen). Seit 2011 Mitarbeit in einem Projekt

der Universität Witten-Herdecke zu Einflussfaktoren und Outcome-Relevanz ärztlicher Empathie. Mitglied im Research Network on Empathy in Medical Education and Patient Care (EMPA). Forschungsinteressen: Wirkmechanismen achtsamkeitsbasierter Psychotherapie; Empathie in der therapeutischen Beziehung; Verzeihen und Selbstverzeihen.

Thomas Heidenreich



Dipl.-Psych. Dr. phil. Jahrgang 1966. Seit 2006 Professor für „Psychologie für Soziale Arbeit und Pflege“ an der Hochschule Esslingen. Von 1994–2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter/Assistent am Psychologischen Institut der Universität Frankfurt sowie in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Frankfurt.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Johannes Michalak
 Universität Hildesheim
 Marienburger Platz 22
 31141 Hildesheim
 E-Mail: michal@uni-hildesheim.de

Literatur

- 1 Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: the program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta; 1990
- 2 Miller WR, ed. Integrating spirituality into treatment. Resources for practitioners. Washington: American Psychological Association; 1999
- 3 Heidenreich T, Michalak J. Achtsamkeit („Mindfulness“) als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. Verhaltenstherapie 2003; 13: 264–274
- 4 Meibert P, Michalak J, Heidenreich T. Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion. In: Heidenreich T, Michalak J, Hrsg. Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Tübingen: dgvt-Verlag; 2004: 166–167
- 5 Kabat-Zinn J. Gesund durch Meditation – Das Große Buch der Selbstheilung. München: Barth; 2001
- 6 Hülsebusch J, Michalak J. Die Rolle der Übungshäufigkeit in der Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie. Z Klin Psychol Psychother 2010; 39: 261–266
- 7 Segal Z, Williams JM, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2002
- 8 Teasdale JD, Segal Z, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? Behav Res Ther 1995; 33: 25–39
- 9 Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. J Consult Clin Psychol 2004; 72: 31–40
- 10 Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol 2000; 68: 615–623
- 11 Bowen S, Chawla N, Marlatt A. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide. New York: Guilford Press; 2011
- 12 Marlatt A. Addiction, mindfulness, and acceptance. In: Hayes SC, Jacobson NS, Follette VM, Dougher MJ, Hrsg. Acceptance and change: content and context in psychotherapy. Reno: Context Press; 1994: 175–197
- 13 Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999
- 14 Hayes SC, Luoma JB, Bond FW et al. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcome. Behav Res Ther 2006; 44: 1–25

- 15 Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993
- 16 Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993
- 17 Bohus M, Wolf M. Interaktives Therapieprogramm für Borderline-Patienten. Stuttgart: Schattauer; 2009
- 18 Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 1041–1056
- 19 Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA et al. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 169–183
- 20 Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 1032–1040
- 21 Kliem S, Kröger C, Kosfelder J. Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. A meta-analysis using hierarchical linear models. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 936–951
- 22 Powers MB, Zum Vörde Sive Vörding MB, Emmelkamp PMG. Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom* 2009; 78: 73–80
- 23 Cahn BR, Polich J. Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychol Bull* 2006; 132: 180–211
- 24 Chiesa A, Serretti A. A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychol Med* 2010; 40: 1239–1252
- 25 Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention. Tübingen: dgvt-Verlag; 2008
- 26 Shapiro SL, Brown KW, Biegel GM. Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Train Educ Prof Psychol* 2007; 1: 105–115
- 27 Christopher JC, Maris JA. Integrating mindfulness as self-care into counselling and psychotherapy training. *Counselling Psychother Res* 2010; 10: 114–125
- 28 Hick SF, Bien T. Mindfulness and the therapeutic relationship. New York: Guilford Press; 2008
- 29 Grepmaier L, Mitterlehner F, Loew T et al. Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychother Psychosom* 2007; 76: 332–338

CME-Fragen

CME-Teilnahme

- ▶ Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>
- ▶ Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für eine CME-Teilnahme verfügbar.
- ▶ Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter <http://cme.thieme.de/hilfe> finden Sie eine ausführliche Anleitung.

1

Welche der folgenden Aussagen trifft *nicht* auf den Begriff der Achtsamkeit zu?

- A Es handelt sich um eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung.
- B Der gegenwärtige Augenblick wird absichtsvoll und nicht wertend wahrgenommen.
- C Sowohl angenehmen als auch unangenehmen Erfahrungen und Empfindungen wird mit einer offenen und akzeptierenden Haltung begegnet.
- D Die Veränderung von Gedanken, Empfindungen und Erfahrungen steht im Vordergrund.
- E Es handelt sich um eine Fähigkeit, die jedem Menschen innewohnt und von jedem kultiviert werden kann.

2

Welche der folgenden Übungen zählt *nicht* zu den klassischen formellen Achtsamkeitsübungen im Rahmen achtsamkeitsbasierter Behandlungsansätze?

- A Gehmeditation
- B Body-Scan
- C Atemmeditation
- D achtsame Körperarbeit
- E Mantra-Meditation

3

Welche Aussage ist richtig? Die Wurzeln des Achtsamkeitsprinzips liegen im Wesentlichen im...

- A Sikhismus.
- B Buddhismus.
- C Shintoismus.
- D Jainismus.
- E Taoismus.

4

Was versteht man unter informellen Übungen?

- A Entspannungsübungen
- B das Lesen achtsamkeitsbezogener Texte
- C Imaginationsübungen
- D die achtsame Durchführung von alltäglichen Handlungen
- E spezielle Atemübungen

5

Von wem wurde die achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) entwickelt?

- A Marsha M. Linehan
- B Jon Kabat-Zinn
- C Alan Marlatt
- D Steven C. Hayes
- E Mark G. Williams

6

Welches der folgenden Elemente ist *nicht* zentraler Bestandteil der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR)?

- A formelle Achtsamkeitsübungen
- B Hausaufgaben
- C Selbsthypnose
- D informelle Achtsamkeitsübungen
- E psychoedukative Vermittlung wesentlicher Grundlagen aus der Stressforschung

CME-Fragen

Achtsamkeitsbasierte Therapie

7

Welche der folgenden Aussagen trifft auf die MBCT zu?

- A** Die Abkürzung steht für „Mindfulness-Bringing Cognitive Therapy“.
- B** Es handelt sich um ein 4-wöchiges Gruppenprogramm.
- C** Ziel des Programms ist eine Veränderung kognitiver Inhalte im Sinne der kognitiven Therapie nach Aaron T. Beck.
- D** Das Prinzip der Akzeptanz spielt in diesem Ansatz keine Rolle.
- E** Das Programm eignet sich besonders zur Reduzierung der Rückfallgefahr bei Patienten mit mindestens 3 depressiven Episoden in der Vorgeschichte.

8

Was versteht Alan Marlatt im Rahmen der Mindfulness-Based Relapse Prevention unter dem sog. „Urge Surfing“?

- A** eine Imaginationsübung zur Entspannung in Stresssituationen
- B** durch Achtsamkeit und Akzeptanz auf der „Welle des Verlangens“ surfen, ohne von ihr überrollt zu werden
- C** eine Form der Selbsthypnose
- D** die Ablenkung vom Verlangen durch angenehme Tätigkeiten
- E** die Vermeidung von suchtbezogenen Hinweisreizen

9

Welche der folgenden Aussagen trifft *nicht* auf die Acceptance and Commitment Therapy (ACT) zu?

- A** Es ist ein störungsspezifischer Ansatz, der für Patienten mit chronischen Schmerzen entwickelt wurde.
- B** Die Bewusstwerdung und Verwirklichung persönlicher Werte und die Vermittlung von Akzeptanz stehen im Zentrum der Behandlung.
- C** In 6 Behandlungsschritten wird versucht, größere psychologische Flexibilität, kontextuelle Kontrolle und den Aufbau eines sinnerfüllten, engagierten Lebens zu erreichen.
- D** Es handelt sich um einen verhaltensanalytischen störungsübergreifenden Ansatz.
- E** Die ACT basiert u. a. auf empirisch basierten Überlegungen zur menschlichen Sprache, Verhaltensflexibilität und Kognitionen.

10

Für die Behandlung welcher Störung wurde die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) konzipiert?

- A** Depression
- B** soziale Phobie
- C** Schizophrenie
- D** generalisierte Angststörung
- E** Borderline-Persönlichkeitsstörung