

Thomas Heidenreich, Katrin Junghanns-Royack, Johannes Michalak*

Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie: Brücke zwischen westlicher Psychotherapie und östlicher Tradition

Mindfulness-Based Cognitive Therapy:

A bridge between Western psychotherapy and Eastern tradition

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über theoretische Hintergründe und praktische Prinzipien der Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT). Dieses Verfahren wurde ursprünglich von Segal, Williams und Teasdale (2002) zur Rückfallprophylaxe bei rezidivierenden Depressionen entwickelt. Das achtwöchige Gruppenprogramm zielt darauf ab, Patienten im Rahmen intensiver Übungen eine bestimmte Form der Aufmerksamkeitslenkung zu vermitteln, die dadurch gekennzeichnet ist, dass den Erlebnisinhalten des gegenwärtigen Augenblicks eine bewusste und nicht wertende Achtsamkeit geschenkt wird.

Schlüsselwörter

Achtsamkeit – kognitive Therapie – Depression – Rückfallprävention

Summary

The present article gives an overview of theoretical foundations and practical principles of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). This therapy program was originally developed by Segal, Williams, and Teasdale (2002) for relapse prevention in patients suffering from recurrent depression. The eight session group treatment focuses on teaching mindfulness to patients; mindfulness can be characterised as paying attention in a certain way: on purpose, in the present moment, and non-judgementally.

Keywords

mindfulness – cognitive therapy – depression – relapse prevention

„Wenn wir wirklich lebendig sind, ist alles, was wir tun oder spüren, ein Wunder. Achtsamkeit zu üben bedeutet, zum Leben im gegenwärtigen Augenblick zurückzukehren.“
(Thich Nhat Hanh)

■ Einführung

Ein Begriff, der in den letzten Jahren vermehrt in der psychotherapeutischen Literatur zu finden ist, ist *Achtsamkeit*, ein zentrales Prinzip jahrhundertealter östlicher Meditationspraxis, das eine bestimmte Form der Aufmerksamkeitslenkung meint: Der Achtsamkeit Praktizierende bemüht sich, so gut es geht die Erfahrungen des gegenwärtigen Augenblicks bewusst wahrzunehmen, ohne sie vorschnell zu bewerten oder zu kategorisieren und ohne die Erfahrung festhalten oder vermeiden zu wollen. Diese Aufmerksamkeitslenkung erfolgt aus der Haltung einer liebevollen und akzeptierenden Zuwendung zu dem, was gerade vorhanden ist. Das Leben im Hier und Jetzt ist die Herausforderung und das Ziel. Achtsamkeitspraxis wurde im Rahmen spiritueller Traditionen entwickelt, dennoch sollte betont werden, dass es sich um eine allgemeinmenschliche Fähigkeit handelt, die jedem

Menschen innewohnt und von jedem, unabhängig von religiösen und weltanschaulichen Haltungen, praktiziert werden kann (Kabat-Zinn, 1990).

Als Gegenpol zur Achtsamkeit findet sich ein Geisteszustand, der dadurch gekennzeichnet ist, nicht im Hier und Jetzt zu verweilen, sondern sich – ohne sich dessen bewusst zu sein – mit der Vergangenheit oder Zukunft zu beschäftigen (z. B. im Auto auf dem Weg zur Arbeit: „Heute kommt zuerst die Abteilungsbesprechung, dann das Telefonat mit meinem Kunden, Herrn XY, und schließlich ...“). Kabat-Zinn (1990) spricht in diesem Zusammenhang vom „Autopilotenmodus“, bei dem unser Körper das eine tut und unser Geist mit etwas ganz anderem beschäftigt ist. 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 Augenblickes, z. B. Körperhaltung, Geräusche, Empfindungen beim Autofahren).

* Thomas Heidenreich: Hochschule Esslingen
Katrin Junghanns-Royack: Port Angeles, WA, USA
Johannes Michalak: Ruhr-Universität Bochum

Grundlage der Integration von Achtsamkeit in Prinzipien der modernen kognitiven Verhaltenstherapie stellt das von Jon Kabat-Zinn (1990) in den 1970er Jahren entwickelte Programm der Mindfulness-Based Stress-Reduction (MBSR; Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion) dar. In diesem achtwöchigen Gruppenprogramm üben Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern intensiv das Prinzip Achtsamkeit ein und integrieren es in ihren Tagesablauf. Achtsamkeit und der täglichen Achtsamkeitspraxis werden dabei eine wichtige Rolle eingeräumt. Empirische Evaluationen dieses Programms liegen mittlerweile für Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern vor (z.B. Schmerzstörungen, Angststörungen, Hauterkrankungen; für eine Übersicht siehe Heidenreich & Michalak, 2003).

Obwohl nachweislich wirksame psychotherapeutische und pharmakologische Behandlungsprogramme für die Therapie depressiver Störungen vorliegen (siehe z.B. Hautzinger & De Jong-Meyer, 1996), sind die hohen Rückfallraten depressiver Patienten nicht zufriedenstellend und das rückfallprophylaktische Potenzial der gängigen Interventionen wird zunehmend kritisch betrachtet. In ihrer Meta-Analyse 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.

Bei ihrer Suche nach einem therapeutischen Ansatz zur Rückfallprävention bei depressiven Störungen griffen Segal, Williams und Teasdale (2002) auf das MBSR-Programm zurück und ergänzten es um kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente, die spezifisch auf ehemals depressive Patienten zugeschnitten wurden. Die sog. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie; für einen ausführlichen Überblick siehe Michalak & Heidenreich, 2009) wird in ihrer Wirksamkeit zur Rückfallprophylaxe kontinuierlich überprüft und mittlerweile auch bei anderen psychischen Krankheitsbildern untersucht. Im Folgenden werden wir einen Überblick über theoretische Grundlagen, Programmteile und empirische Fundierung und Evaluation der MBCT geben.

■ Theoretische Grundlage der MBCT: Rückfallrisiko und kognitive Prozesse depressiver Störungen

Depressive Störungen gehören zu den am weitesten verbreiteten psychischen Erkrankungen, die häufig chronisch verlaufen. Der Großteil depressiver Patienten wird nach erfolgreicher Behandlung einer ersten akuten depressiven Episode erneut erkranken, mit einer Erhöhung des Rückfallrisikos nach jeder weiteren erlebten depressiven Episode. Im Detail heißt das, dass bis zu 50% der Patienten, die sich von einer depressiven Episode erholt haben, zu einem späteren Zeitpunkt einen Rückfall erleiden werden (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). Erschwerend kommt hinzu, dass sich mit jeder weiteren depressiven Episode der Zeitraum bis zur darauffolgenden Episode (d.h. das symptomfreie Intervall) verkürzt.

Epidemiologische Studien liefern Hinweise darauf, dass depressive Störungen in Industrieländern zunehmend häufig und in jüngerem Alter auftreten (Cross National Collaborative Group, 1992; Wittchen, Knäuper & Kessler, 1994). Entsprechend kommt eine WHO-Prognose zu dem Schluss, dass Depressionen im Jahre 2020 weltweit die zweitgrößte Belastung für die Gesundheit darstellen werden (Murry & Lopez, 1998). In Deutschland erfüllen im Verlauf eines 12-Monatszeitraums 8,3% der Bevölkerung die Kriterien einer Major Depression (Wittchen & Jacobi, 2001) mit einer geschätzten Lebenszeitprävalenz von mehr als 16% (Kessler, Berglund, Demler, Jin & Walters, 2005).

Kognitive Prozesse im Rückfallgeschehen

Erklärungsansätze für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Erkrankungen betonen die Bedeutung dynamischer Aspekte des Rückfallgeschehens. Dysfunktionale Grundannahmen und negative Gedankenmuster können bei ehemals depressiven Personen besonders leicht durch eine negative Stimmung aktiviert werden („differential activation hypothesis“; Teasdale, 1988). Während die meisten Menschen gelegentliche Zustände von Niedergeschlagenheit problemlos bewältigen können, löst bereits eine moderat negative Stimmung bei ehemals depressiven Personen eine deutliche 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 weiterem ungünstigem Verhalten, wie z. B. Passivität, und lösen so einen depressiven Aufschaukelungsprozess aus (siehe beispielsweise Segal, Gemar & Williams, 1999).

Neben negativen Gedankenmustern wird auch ein grüblerischer Umgang mit dem Erfahrenen angenommen, welches das Rückfallgeschehen ungünstig beeinflusst. Nolen-Hoeksema (2000) bezeichnet dieses Grübeln als Ruminatio („ruminative response style“): 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 unmotiviert sie sich fühlen. Depressive Personen grübeln fortdauernd über Ursachen und mögliche Folgen der depressiven Stimmung nach und fokussieren dabei in passiver Weise auf ihre Probleme und Unzulänglichkeiten.

Zusammenfassend scheinen demnach vor allem zwei Prozesse im Rückfallgeschehen bei depressiven Störungen von zentraler Bedeutung zu sein, die zusammen einen negativen Geisteszustand („mode of mind“; Segal et al., 2002) charakterisieren: (1) eine leichte Aktivierbarkeit negativer Kognitionen, Grundannahmen und Erinnerungen und (2) eine ruminative Verarbeitung dieser Gedankenmuster. Beide Prozesse bilden

eine ganzheitliche Konfiguration von negativen Stimmungen/ Gedanken/Bildern/Körperempfindungen, die sich im Laufe der Aufschaukelung einer depressiven Episode immer stärker etabliert. Hinzu kommen Feedbackschleifen, die Emotionen und körperliche Empfindungen miteinander verbinden und die dysfunktionalen Muster weiter stabilisieren.

Ein weiterer Aspekt im Rahmen eines depressiven Rückfalls bezieht sich auf die Vulnerabilität für Depressionen durch gestörte Inhibitionstendenzen (siehe Hertel, 1997; zusammenfassend Joormann, 2005). Zentrale Annahme ist dabei, dass vulnerable Personen Defizite in der Inhibition einmal aktivierter negativer Informationen haben. Dies führt dazu, dass das Arbeitsgedächtnis zunehmend mit irrelevanten Informationen belastet wird, was zu einer erhöhten Verknüpfung von relevanten und irrelevanten Informationen führt und zur vermehrten Abspeicherung irrelevanter Informationen im Langzeitgedächtnis.

Kuhl (1994) nimmt an, dass depressive Zustände durch eine erhöhte Tendenz zur Lageorientierung gekennzeichnet sind. Das heißt, Betroffene zeigen besonders nach Misserfolgen Schwierigkeiten, sich von intrusiven Gedanken und Gefühlen zu lösen und sich handlungsorientiert auf neue Tätigkeiten einzustellen. Ein lageorientierter Geisteszustand zeigt demnach deutliche Parallelen zu dem von Kabat-Zinn (1990) beschriebenen Autopilotenmodus: 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, wobei sie verstärkt durch habituelle Verhaltensmuster gesteuert wird.

Neben diesen psychologischen Erklärungsansätzen wurden auch neurobiologische Modelle des Rückfallgeschehens entwickelt (für einen Überblick siehe z. B. Berger, 2000; Post, 1992): der als „Kindling“ bezeichnete Prozess beschreibt neurophysiologische Bahnungsprozesse, die in einer leichteren Aktivierbarkeit depressiver neuronaler Zustände bestehen.

Was kann den depressiven Teufelskreis durchbrechen?

Im Rahmen der therapeutischen Behandlung hat es sich als bedeutsam erwiesen, den Patienten dabei zu unterstützen, aus dem depressiven Aufschaukelungsprozess auszusteigen. Auf der Grundlage neuer Erkenntnisse der Depressionsforschung kommen Segal et al. (2002) zu dem Schluss, dass eine Veränderung der Inhalte depressiven Denkens nicht ausreichend sei, sondern vielmehr eine Änderung der Haltung, die eine Person gegenüber ihren Gedanken, Bildern und Erinnerungen einnimmt, als entscheidend für die Deeskalierung der Depressionsspirale anzunehmen sei. Ziel ist es dabei, dass Patienten Gedanken und Gefühle als vorübergehende mentale Ereignisse betrachten, die genauso, wie sie entstanden sind, auch wieder verschwinden werden; sie sind keine notwendigerweise validen Aussagen über das eigene Selbst oder die Situation, und man muss sich nicht mit ihnen identifizieren und kann gelassener und im Vertrauen auf die „Eigendynamik“ des Geschehens Gedanken und Gefühle betrachten, ohne sich in ihnen zu verstricken (sog. distancing oder decentering; Segal et al., 2002). Dabei wird nicht nur eine achtsame und nicht identifizierende 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. Im Zusammenhang mit Depression ist es von besonderer Wichtigkeit, dass Achtsamkeit darüber hinaus ein frühzeitiges Wahrnehmen von Veränderungen in den Gefühlen und Gedanken ermöglicht, so dass Patienten leichter – noch vor dem Verfestigen ungünstiger Geisteszustände – aus dem Teufelskreis der Aufschaukelung aussteigen können

■ Die Mindfulness-Based Cognitive Therapy – ein Überblick

Das Programm erstreckt sich über acht zweistündige Sitzungen und vier weitere Sitzungen im Jahr nach Ende des Programms, in dem ehemalige Kursteilnehmer Gelegenheit bekommen, wieder gemeinsam zu üben und über ihre Erfahrungen zu sprechen. Die maximale Teilnehmerzahl des Programms beläuft sich auf 12 Teilnehmer pro Gruppe. Dabei richtet sich das Programm ursprünglich an Patienten, die mindestens zwei (aufgrund der empirischen Ergebnisse zur Wirksamkeit wohl aber eher drei; s.u.) Episoden einer Major Depression in der Vorgeschichte aufweisen, aktuell aber nicht depressiv sind. Das Programm verlangt von den Teilnehmern, zu Hause täglich mindestens 45 Minuten formale Achtsamkeitsübungen zu praktizieren. Wegen der hohen motivationalen Voraussetzung, 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, wird das Programm in der jetzigen Form nicht bei Patienten mit akuter Depression durchgeführt. (Erste Ergebnisse deuten aber darauf hin, dass MBCT auch erfolgreich bei akuten, chronischen und therapierefraktären Patienten eingesetzt werden kann, allerdings stehen Replikationen der Ergebnisse durch randomisierte, kontrollierte Studien noch aus; Barnhofer et al., 2009; Finucane & Mercer 2006; Kenny & Williams, 2007) 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 über 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 regelmäßige Übung zu Hause betrifft.

Insgesamt sollen die Teilnehmer ein „Gefühl“ für den Umgang mit sich selbst und mit ihrer Umwelt entwickeln, das durch Achtsamkeit, Nicht-Beurteilen, Geduld, Vertrauen, Nicht-Greifen und Akzeptanz geprägt ist (siehe Kabat-Zinn, 1990). Dabei wird – so gut es geht – allen aufkommenden Geistesinhalten mit einer möglichst großen Offenheit und Akzeptanz begegnet. Durch den Kursleiter sollten diese Aspekte nicht nur verbal vermittelt, sondern möglichst auch in seinem Verhalten und im Umgang mit den Teilnehmern verkörpert

werden. Im Gegensatz zu klassischer Verhaltenstherapie ist die MBCT durch einen stark körperorientierten Zugang und der Wichtigkeit der unmittelbaren und bewussten Erfahrung des Hier und Jetzt geprägt. Gedanken werden nicht disputiert oder gezielt modifiziert, sondern Patienten werden stattdessen dabei unterstützt, ihre Gedanken wahrzunehmen, nicht persönlich zu nehmen und ihre flüchtige Natur zu erkennen. Wie bereits dargestellt, geht es demnach nicht um die Veränderung von konkreten Gedanken, sondern vielmehr um die Änderung der Haltung diesen Gedanken gegenüber.

Segal et al. (2002) betonen, dass die MBCT hohe Anforderungen an die Kursleiter stellt: Für die Leitung von Achtsamkeitskursen sind neben den grundlegenden psychotherapeutischen Kenntnissen aber vor allem die eigene Erfahrung (mindestens zwei Jahre Meditationspraxis) und die kontinuierliche eigene Achtsamkeitspraxis unabdingbare Voraussetzung für die Weitergabe an andere. Hier wird der Therapeut ganz direkt modellhaft wirksam, indem Achtsamkeit dem Patienten „vorgelebt“ wird. Nur wer am eigenen Leibe erlebt hat, was es bedeutet, Achtsamkeit in seinen Alltag zu integrieren, wer also den Reichtum, aber auch die Schwierigkeiten und Hindernisse beim Üben von Achtsamkeit erlebt hat, kann den Teilnehmern neben dem äußeren Kursrahmen auch einen lebendigen und intuitiven Zugang erleichtern. Nur vor dem persönlichen Erfahrungshintergrund lässt sich beispielsweise ermessen, wie schwierig, aber auch wie notwendig es ist, eine kontinuierliche Übungspraxis von täglich mindestens 45 Minuten formaler Praxis durchzuhalten. Die Autoren des Programms betonen, dass sich die Kursleiter in ihrem Alltag die gleiche Zeit für die Achtsamkeitspraxis wie die Kursteilnehmer reservieren sollten (d.h. mindestens 45 Minuten formale Praxis pro Tag und die kontinuierliche Integration von Achtsamkeit in das tägliche Leben) – nie vollkommen, sondern immer so gut es geht („Don't try too hard!“). Zusätzlich sollten Therapeuten versuchen, jedem Patienten gegenüber eine möglichst offene Haltung einzunehmen, die eine „Kategorisierung“ so weit wie möglich zurückstellt. In diesem Sinne verstehen wir die Achtsamkeitspraxis als hervorragende Möglichkeit, diese Haltungen tagtäglich in der Therapie einzuüben und im wahrsten Sinne des Wortes zu verkörpern.

Die zentrale Fähigkeit, die im Rahmen des MBCT-Programms erlernt werden soll, ist die Fähigkeit, in Zeiten, in denen ein Rückfall droht, ungünstige Geisteszustände (selbstverstärkende Muster von Rumination und negative Gedanken) zu erkennen und aus ihnen auszusteigen. Die einzelnen Übungen werden in der Gruppe besprochen, wobei ausführlich auf Erfahrungen (auch Erfahrungen während der Übung zu Hause) und Schwierigkeiten eingegangen wird. Dabei werden den Teilnehmern u. a. folgende grundsätzliche Prinzipien und Fähigkeiten durch die konkrete Erfahrung während der Übungen und deren Auswertung vermittelt (vgl. Michalak & Heidenreich, 2009):

Konzentration: In den ersten Sitzungen lernen die Patienten, ihre Aufmerksamkeit stabil auf einzelne Wahrnehmungselemente auszurichten.

Bewusstsein/Achtsamkeit bezüglich Gedanken, Emotionen und Körperempfindungen: Den Patienten wird vermittelt, dass eine bewusste Wahrnehmung ihres aktuellen Zustands eine wesentliche Voraussetzung ist, um ein erneutes Eskalieren depressiver Aufschaukelungsprozesse frühzeitig zu bemerken.

Im gegenwärtigen Moment sein, „Sein“ mehr als „Tun“: Segal et al. (2002) unterscheiden den „Tun-Modus“ („doing mode“) und den „Sein-Modus“ („being mode“). Während Ersterer als Ziel im Wesentlichen die Problemlösung hat (im Sinne der Reduktion von Ist-Soll-Diskrepanzen) und – angewandt auf innerpsychische Zustände – häufig mit dysfunktionalen Abläufen wie Grübeln verbunden ist, beschreibt der Begriff „being mode“ eine Haltung, einfach im aktuellen Moment zu sein, ohne Veränderungen anzustreben oder vorzunehmen.

Heidenreich und Michalak (2009) beschreiben diese und noch weitere Inhalte und Prinzipien der MBCT im Detail. Ein weiteres wichtiges Charakteristikum des Programms ist die Bedeutung, die dem „Empowerment“ der Teilnehmer zukommt. Das bedeutet, dass das Lernen, wann immer möglich, auf direkter eigener Erfahrung beruht und nicht auf Vorträgen der Kursleiter. Zentral ist dabei die Grundhaltung, dass die Teilnehmer die besten Experten für sich selber sind, dass sie also „im Prinzip“ den Samen aller relevanten Erfahrungen und Fähigkeiten bereits in sich tragen. Im Folgenden werden zentrale Übungen der MBCT einführend vorgestellt.

■ Die einzelnen Übungen

Die Rosinenübung

Der Einstieg in das Programm erfolgt durch die sog. Rosinenübung, in der die Teilnehmer eine absolut alltägliche Tätigkeit ausführen: das Essen einer Rosine. Jeder Kursteilnehmer erhält eine Rosine, und das Essen erfolgt sehr langsam, bewusst und mit dem „Anfängergeist“. Zuerst nehmen die Teilnehmer die Rosinen nur auf die Handfläche oder zwischen Daumen und Zeigefinger und betrachten sie ganz ausführlich – betrachten alle Details und Feinheiten, die man normalerweise „übersehen“ würde. Bereits an dieser Stelle werden Hinweise auf den Umgang mit aufkommenden und u.U. ablenkenden Gedanken gegeben. Die folgenden Abläufe, wie Rosine zum Mund führen, beißen und schlucken, werden sehr langsam, bewusst und achtsam durchgeführt. Nach der Übung werden die Erfahrungen der Teilnehmer ausführlich besprochen. Mit dieser ersten Übung der MBCT wird den Teilnehmern versucht zu vermitteln, dass wir bei vielem, was wir in unserem Alltag tun, nicht bewusst „dabei“ sind. Durch das Training der Achtsamkeit sollen uns Aspekte unseres Lebens – positive wie negative – bewusst werden, die sonst von uns abgeschnitten sind.

Der „Body Scan“

Bei dieser Übung liegen die Teilnehmer in der Regel auf dem Rücken auf einer Decke oder weichen Matte. Die Übung dauert ca. 40-45 Minuten und beginnt damit, dass die Teilnehmer

für einige Minuten Kontakt mit ihrem Atem aufnehmen, ohne ihn zu verändern oder zu kontrollieren. Danach wird die Aufmerksamkeit nacheinander auf einzelne Körperteile gerichtet und in diese „hineingespürt“. 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, 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

Bei der Atemmeditation handelt es sich um eine weitere formelle Übung, die insgesamt 30-40 Minuten dauert. Die Teilnehmer nehmen eine aufrechte und entspannte Haltung ein, entweder auf einem Stuhl oder auf einem Kissen am Boden sitzend, und verfolgen den Atem achtsam. Dabei werden vor allem die körperlichen Empfindungen während der Ein- und Ausatmung im Unterbauch achtsam wahrgenommen. Schweift die Aufmerksamkeit ab, so registrieren die Übenden kurz, wohin abgeschweift wurde (z. B. „Gedanken an die Sitzung morgen“) und kehren wieder zum Atem 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 körperlichen Empfindungen der Atmung im Unterbauch bewusst ist, wird der Fokus der Aufmerksamkeit verändert, so dass die Empfindung des Körpers als Ganzes bewusst wird. Tauchen intensive Empfindungen wie Schmerzen oder Verspannungen auf, welche 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 Empfindungen völlig „weggetragen“ werden, sollen sie wieder Kontakt mit dem Hier und Jetzt aufnehmen und dazu ihre Aufmerksamkeit wieder fokussiert auf den Atem lenken. Im Laufe des Programms werden auch andere Bewusstseinsinhalte (Geräusche, Gedanken, Gefühle) in die achtsame Betrachtung während der Meditation einbezogen.

Informelle Übungen

Neben den formellen Übungen Body Scan und Atemmeditation führen die Kursteilnehmer auch sog. informelle Übungen durch, die entscheidend dafür sind, Achtsamkeit so gut es geht kontinuierlich in jeder Situation des Alltags zu praktizieren und zu integrieren. 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. Die Patienten werden dazu

ermuntert, in ihrem Lebensalltag alle Dinge (d. h. angenehme/spannende/geliebte UND unangenehme/langweilige/ungeliebte), die sie gerade tun, auf eine achtsame Art und Weise zu tun. Diese Haltung ist der in unserer Kultur weit verbreiteten Auffassung, wonach die unangenehmen Dinge möglichst zügig und unachtsam „erledigt“ werden sollen, um dann Zeit für Entspannung und Wohlbefinden zu haben, entgegengesetzt.

„Atemraum“

Eine weitere Unterstützung für den Transfer in den Alltag stellt der so genannte Atemraum (breathing space) dar. Die Patienten werden gebeten, sich über den Tag verteilt jeweils drei Minuten Zeit zu nehmen, um achtsam ihren Atem zu beobachten. Im weiteren Kursverlauf wird der Atemraum auch dann eingesetzt, wenn die Teilnehmer im Tagesverlauf merken, dass sich ihre Stimmung verschlechtert, sie unruhig sind oder andere Gefühle der Irritation haben. Der Atemraum soll die Teilnehmer dabei unterstützen, bewusst mit ihrem Hier-und-Jetzt-Erleben in Kontakt zu treten und dann zu entscheiden, was eine heilsame Reaktion auf ihren jetzigen Zustand ist (statt in ihre habituellen Reaktionsmuster zu verfallen).

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente

Neben im engeren Sinne 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 KVT-Bausteine ist, sie aus einer Haltung der Achtsamkeit heraus zu praktizieren. So sollten beispielsweise stabilisierende Aktivitäten nicht im Sinne 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.

■ Umgang mit Barrieren und Schwierigkeiten

Wie bereits erwähnt, werden die Erfahrungen der Teilnehmer mit den entsprechenden Übungen kontinuierlich besprochen. Dies 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: „Du musst es nicht genießen, du musst es nur tun!“ Besonders die folgenden Schwierigkeiten bzw. Barrieren werden regelmäßig von Teilnehmern beschrieben:

„Mache ich es auch richtig?“

Tauchen solche Gedanken und damit verbundene Gefühle auf (z. B. Ängstlichkeit, Resignation), so sollen sie achtsam wahrgenommen und dann möglichst losgelassen werden. Danach wird wieder Kontakt mit der eigentlichen Übung (z. B. der Beobachtung der Atmung) aufgenommen.

Schmerzhafte Empfindungen

Auch hier werden die Teilnehmer eingeladen, solchen Empfindungen mit einer offenen und durch Interesse gekennzeichneten Haltung zu begegnen. Verbinden sich mit den Empfindungen Gedankenketten („Es ist wirklich unangenehm. Warum muss ich so angespannt sein? Warum kann ich nicht mal eine Sache richtig machen?“), sollen diese wiederum achtsam wahrgenommen und losgelassen werden, und der Übende wird dazu ermuntert, die sensorische Qualität der Empfindung mit einer mitfühlenden Haltung genau wahrzunehmen.

Die Rahmenbedingungen sind nicht richtig

Viele Teilnehmer denken, dass erst bestimmte Bedingungen erfüllt sein müssten, damit sie die Übungen mit Gewinn praktizieren können, wie zum Beispiel äußere und innere Ruhe, Störungsfreiheit, Zeit und Entspannung. Auch wenn es natürlich wichtig sein kann, für günstige äußere Rahmenbedingungen bei der Übung zu sorgen, wird es sicherlich niemals optimale Bedingungen geben, häufig noch nicht einmal besonders günstige. Auch hier werden die Teilnehmer dazu eingeladen, diese scheinbar ungünstigen Bedingungen mit in die Übung einzubeziehen und sich dadurch nicht vom Üben abhalten zu lassen. Er geht dabei nicht darum, Störungen „toll“ zu finden und nicht negativ auf sie zu reagieren, sondern wiederum eher darum, solche Reaktion zu beobachten, sie achtsam wahrzunehmen und sich möglichst nicht in sie zu verstricken.

Gedankenwandern

Ein häufiges und auch bei erfahrenden Übenden immer wieder auftretendes Phänomen ist das Abschweifen der Gedanken. Wird dieses mit der Bewertung „Das ist ein Fehler, der korrigiert werden muss“ versehen, so findet man sich schnell in einer Abwärtsspirale von Selbstabwertung und negativen Gefühlen. Der entscheidende Punkt beim Umgang mit Gedankenwandern ist nicht, die Gedanken auszuschalten bzw. ausschalten zu wollen, sondern eine andere Haltung ihnen gegenüber zu entwickeln, d.h., sie als das zu sehen, was sie wirklich sind: Gedankenströme, Ereignisse im Geist.

■ Untersuchungen zur Wirksamkeit und Wirkmechanismen

Die Wirksamkeit der MBCT für die Rückfallprävention bei rezidivierenden depressiven Störungen wurde mittlerweile in mehreren randomisierten, kontrollierten Studien untersucht. In einer der ersten Untersuchungen führten Teasdale et al. (2000) eine große multizentrische Studie durch, in der insgesamt 145 ehemals depressive Patienten entweder einer „Treatment as usual“-Gruppe (TAU) zugeteilt wurden oder einer Gruppe, die zusätzlich mit MBCT behandelt wurde. Teilnahme-kriterien für Patienten beinhalteten mindestens zwei depressive Episoden in der Vorgeschichte, keine depressive Symptomatik zu Behandlungsbeginn und keine antidepressive Medikation. Die TAU-Gruppe erhielt die im Rahmen depressiver Erkrankungen übliche Behandlung (Hausarzt, Psychiater etc). Teasdale und Mitarbeiter erfassten die Rückfallraten der Patienten über einen Zeitraum von 60 Wochen und konnten dabei

differentielle Effekte aufzeigen. 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%). Demgegenüber fand sich eine deutliche und statistisch hochsignifikante Reduktion der Rückfallraten in der MBCT-Gruppe bei den Patienten, die drei oder mehr depressive Episoden in der Vorgeschichte aufwiesen (77% der Stichprobe). In der TAU-Gruppe erlitten im 60-wöchigen Zeitraum 66% der Patienten einen Rückfall, in der MBCT-Gruppe lediglich 37%. Das Rückfallrisiko konnte somit in der MBCT-Gruppe fast um die Hälfte reduziert werden.

In einer Replikationsstudie wiederholten Ma und Teasdale (2004) das Befundmuster an einer Stichprobe von 73 ehemals depressiven Patienten. Auch hier zeigten sich deutlich niedrigere Rückfallraten in der MBCT-Gruppe (36%) als in der TAU-Gruppe (78%) für die Gruppe der Patienten mit drei oder mehr depressiven Episoden in der Vorgeschichte (75% der Gesamtstichprobe). In der Gruppe von Patienten mit zwei Rückfällen in der Vorgeschichte (21% der Gesamtstichprobe) fanden sich wiederum keine signifikanten Gruppenunterschiede: Wie bereits in der Untersuchung von Teasdale et al. (2000) lag die Rückfallrate der MBCT-Gruppe auch in der Replikationsstudie tendenziell über der TAU-Gruppe (50% vs. 20%).

In beiden Untersuchungen zeigten Patienten mit lediglich zwei Episoden in der Vorgeschichte keine Reduktion des Rückfallrisikos in der MBCT-Gruppe. Die Autoren erklären dieses Ergebnis damit, dass bei solchen Personen Rückfälle eher durch kritische Lebensereignisse als durch die im MBCT-Programm im Mittelpunkt stehenden automatisierten Aufschaukelungsprozesse verursacht werden (Ma & Teasdale, 2004).

Auch Bondolfi und Mitarbeiter (2010) konnten die Wirksamkeit der MBCT weiter bekräftigen. Ihre in der Schweiz durchgeführte Replikationsstudie ist die erste Arbeit, in der die Wirksamkeit der MBCT in einer Arbeitsgruppe untersucht wurde, die unabhängig von den Programmentwicklern ist. In dieser Studie wurden Patienten mit mindestens drei zurückliegenden depressiven Episoden über einen Zeitraum von 14 Monaten untersucht; die Teilnehmer wurden zufällig der MBCT+TAU-Bedingung oder der TAU-Bedingung zugeteilt. Ihre Ergebnisse konnten zeigen, dass nach Abschluss der Behandlung der Zeitraum bis zu einem erneuten depressiven Rückfall bedeutend länger in der MBCT+TAU-Gruppe war (204 Tage), verglichen mit der TAU-Gruppe (69 Tage); die Rückfallraten beider Gruppen waren allerdings vergleichbar. Die Autoren fanden zudem, dass Teilnehmer nach Abschluss der MBCT die informelle Achtsamkeitspraxis vergleichbar häufig über einen Zeitraum von 14 Monaten durchführten; bei der formellen Meditationspraxis fand sich eine Reduktion in der Durchführungshäufigkeit. Die Autoren betonen, dass es in zukünftigen Studien wichtig sein wird, weitere Personenmerkmale zu identifizieren (neben der Anzahl zurückliegender depressiver Episoden), die eine moderierende Rolle in der Wirksamkeit der MBCT einnehmen.

Kuyken et al. (2008) zeigten im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie, 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. Die Autoren berichteten Rückfallraten von 47% für MBCT und 60% für antidepressive Erhaltungstherapie nach 15 Monats-Follow-up, und in einigen Outcomekriterien (depressive Restsymptomatik, Anzahl komorbider Störungen, Lebensqualität) war MBCT der antidepressiven Erhaltungstherapie sogar statistisch bedeutsam überlegen.

Einen Vergleich von MBCT mit antidepressiver Erhaltungstherapie führten auch Segal et al. (2010) durch. Einhundertsechzig Patienten, die akut unter der Episode einer Major Depression litten und mindestens zwei weitere Episoden in der Vorgeschichte aufwiesen, wurden zuerst pharmakologisch behandelt. Die 84 Patienten, bei denen durch diese pharmakologische Behandlung eine Remission ihrer depressiven Episode über fünf Monate erreicht werden konnte, wurden randomisiert einer von drei Bedingungen zugeordnet: (1) entweder sie setzten die Medikamente ab und wurden stattdessen mit MBCT behandelt, oder (2) sie wurden weiterhin pharmakologisch mit Antidepressiva behandelt oder (3) die Medikamente wurden abgesetzt, und sie erhielten stattdessen ein Placebo. Rückfallraten wurden über einen Zeitraum von 18 Monaten erfasst. In der Rückfallanalyse wurde zwischen Patienten unterschieden, die eine stabile Remission aufwiesen (49% der Stichprobe) und Patienten mit instabiler Remission (51% der Stichprobe). Instabile Remission lag vor, wenn in dem 5-Monats-Intervall, das zwischen initialer Remission nach Medikamentengabe und der Randomisierung zu einer der drei Studienbedingungen lag, vereinzelte Phasen erhöhter Depressivität auftraten (HAMD-Werte zwischen 8 und 14). Bei den Patienten mit instabiler Remission waren die Rückfallraten sowohl für MBCT (28%) als auch für die medikamentöse Erhaltungstherapie (27%) signifikant niedriger als in der Placebo-Bedingung (71%). Bei Patienten mit stabiler Remission zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Bedingungen (Rückfallraten: MBCT: 62%, Medikamente: 59%, Placebo: 50%). Auch die Ergebnisse dieser Studie zeigen somit, dass MBCT zu einer vergleichbaren Rückfallreduktion wie medikamentöse Depressionsbehandlung führt. Weitere Studien beschäftigten sich mit möglichen Wirkmechanismen von MBCT. Eine Untersuchung von Williams, Teasdale, Segal und Soulsby (2000) stützt die Annahme, dass durch MBCT wesentliche kognitive Faktoren beeinflusst werden können, die dann für das erneute Auftreten depressiver Episoden prädisponieren. So konnten die Autoren zeigen, dass MBCT zu einer Reduktion des bei Depressiven beobachtbaren übergenerellen autobiographischen Gedächtnisses führt (Williams, 1996). Eine Untersuchung von Heeren, Broeck und Philippot (2009) wies neben einer Reduktion der Übergeneralität des autobiographischen Gedächtnisses eine Erhöhung der kognitiven Flexibilität nach. Anhand erster Analysen vermuten die Autoren eine Mediatorrolle der kognitiven Flexibilität beim Einfluss von MBCT auf das übergenerelle Gedächtnis.

In einer Studie von Teasdale et al. (2002; Studie 3) zeigten Patienten, die mit MBCT behandelt wurden, eine Erhöhung der sog. 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.

Metacognitive awareness und Spezifität des autobiographischen Gedächtnisses waren auch zentrale Aspekte in einer aktuellen Untersuchung von Hargus, Crane, Barnhofer und Williams (2010). Insgesamt 27 depressive Patienten (mit suizidalen Krisen in der Vorgeschichte) wurden der MBCT+TAU-Gruppe oder der TAU-Gruppe zugeteilt; vor Durchführung der jeweiligen Behandlung wurden die Teilnehmer bezüglich metacognitive awareness und Spezifität autobiographischer Erinnerungen untersucht. Die Gruppen waren bezüglich beider Variablen vergleichbar zu Beginn der Behandlung, zeigten aber signifikante Unterschiede nach Abschluss der Untersuchung. Die Autoren vermuten, dass MBCT Patienten dazu befähigt, über Erinnerungen früherer Krisen in einer detaillierten, aber distanzierteren Art und Weise zu reflektieren, was langfristig hilfreich in der Rückfallprävention sein wird.

Kuyken et al. (2010) konnten darstellen, dass die Effekte von MBCT durch Achtsamkeit und Self-compassion (Mitgefühl mit sich selber) mediiert werden. Darüber hinaus zeigte sich, dass es im Rahmen von MBCT eine Entkoppelung von kognitiver Reaktivität auf negative Stimmung (s.o.) und Therapie-Outcome gab.

■ Erweiterter Anwendungsbereich der MBCT

Seit der Entwicklung der MBCT im Rahmen der Rückfallprophylaxe depressiver Patienten wurden mittlerweile Ansätze entwickelt, die über die ursprüngliche Anwendung hinausgehen. In einer Pilotstudie mit Patienten, die an Schlafstörungen leiden, untersuchten Heidenreich, Tuin, Pflug, Michal und Michalak (2006), ob achtsamkeitsbasierte Therapie die Schlafqualität (Schlafdauer insgesamt und Einschlafzeit) verbessern und zu einer Veränderung von ungünstigen kognitiven Prozessen führen kann. Patienten, die an primärer Insomnie leiden, nahmen an einem achtwöchigen MBCT-Gruppenprogramm teil, das sich eng an die von Segal et al. (2002) entwickelte MBCT anlehnt, wobei der kognitive Teil Elemente zu Schlafstörungen enthielt (Mindfulness-based cognitive therapy for insomnia, MBCT-I). Ein Prä-post-Vergleich erbrachte eine signifikante Verbesserung der Gesamtschlafzeit und der Einschlafzeit durch MBCT-I sowie signifikante Verbesserungen in Prozessen, die im Rahmen des kognitiven Modells der Schlafstörung von Harvey (2002) als ursächlich für gestörten Schlaf angesehen werden (z.B. Sorgen über das Auftreten bestimmter Gedanken, Versuche der aktiven Neubewertung von Gedanken). Die Autoren bemerken aber auch kritisch, dass ihre Untersuchung methodische Einschränkungen aufweist (z.B. geringe Stichprobengröße, Fehlen aktiver Kontrollbedingungen).

In einer explorativen Studie wurde die Wirksamkeit von MBCT auch bei akut depressiven Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung mit/ohne komorbide Angststörung in der klinischen Erstversorgung überprüft (Finucane & Mercer, 2006). In den Ergebnissen zeigt sich, dass MBCT sowohl effektiv als auch angemessen für den Großteil der Patienten war, und mehr als 50% der Patienten praktizierten Achtsamkeitsübungen auch noch drei Monate nach Kursende. Als Vorteile des MBCT-Programms wurden u.a. genannt: (a) eine gestiegene Fähigkeit zum Entspannen, (b) eine geringere Tendenz, voreilig negative Schlüsse zu ziehen, (c) Lernen, sich eine Auszeit/Pause zu gönnen, (d) Lernen neuer Möglichkeiten, mit schwierigen Emotionen umzugehen, und (e) eine größere Selbstakzeptanz. Zusätzlich zeigte sich durch die Teilnahme am MBCT-Kurs eine signifikante Verbesserung der Depressions- (bei 8 von 11 Patienten; BDI) und Angstwerte (bei 7 von 11 Patienten; BAI). Berechnete Effektstärken lagen bei $d = 1.5$ für Depression und $d = .77$ für Angst. Die Interpretation dieser Ergebnisse ist aufgrund einer fehlenden Kontrollgruppe und einer kleinen Stichprobengröße nur eingeschränkt möglich.

In ersten Ergebnissen einer randomisierten, kontrollierten Studie von Barnhofer et al. (2009) wurde die Wirksamkeit von MBCT bei Patienten mit chronischer Depression weiter unterstützt. Der Prä-post-Vergleich zeigte, dass die selbst berichtete depressive Symptomatik in ihrem Schweregrad in der MBCT-Gruppe signifikant reduziert werden konnte; keine signifikanten Veränderungen zeigten sich demgegenüber in der TAU-Gruppe. Auch in den unkontrollierten Studien von Kenny und Williams (2007) sowie Eisendrath et al. (2008) fanden sich signifikante Reduktionen der Depressionssymptomatik bei chronischen Depressionen. Eine weitere Untersuchung von Williams et al. (2008) widmet sich der Wirksamkeit von MBCT bei bipolaren Patienten (mit Suizidalität). Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass MBCT zu einer signifikanten Verbesserung der Angstsymptomatik bei Patienten mit bipolarer Störung beitrug. Ebenso zeigte sich eine Verbesserung der depressiven Symptomatik.

■ Fazit

Die voranstehenden Ausführungen belegen, dass achtsamkeitsbasierte Verfahren im Rahmen der Behandlung depressiver Störungen aktuell intensiv diskutiert und beforscht werden. Neben der Verringerung der Rückfallneigung bei rezidivierenden depressiven Störungen rücken dabei zunehmend auch Anwendungen im Rahmen akuter bzw. chronischer Depression in den Vordergrund. Für die kommenden Jahre ist zu erwarten, dass sich die Forschung neben einer intensiveren Analyse möglicher Wirkmechanismen der bisher in ihrer Wirksamkeit gesicherten Anwendungsgebiete auf weitere Anwendungsgebiete achtsamkeitsbasierter Verfahren konzentrieren wird.

■ Literatur

- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R. & Williams, J.M.G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 366-373.
- Berger, M. (2000). Affektive Erkrankungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 483-566). München: Urban & Fischer.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Van der Linden, M., Gex-Fabry, M., Biz-zini, L., Weber Rouget, B., Myers-Arrazola, L., Gonzalez, C., Segal, Z., Aubry, J.-M. & Bertschy, G. (2010). Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders*, 122, 224-231.
- Consensus Development Panel (1985). NIMH/NIH consensus development conference statement: Mood disorders – pharmacologic prevention of recurrence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 469-476.
- Cross National Collaborative Group (1992). The changing rate of major depression. *Journal of the American Medical Association*, 268, 3098-3105.
- Eisendrath, S.J., Delucchi, K., Bitner, R., Fenimore, P., Smit, M. & McLane, M. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for treatment-resistant depression: a pilot study. *Psychotherapie Psychosomatik*, 77, 319-320.
- Finucane, A. & Mercer, S.W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry* [electronic resource <http://www.biomedcentral.com/bmcpsychiatry/>], 6, 14.
- Hargus, E., Crane, C., Barnhofer, T. & Williams, J.M.G. (2010). Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion*, 10, 34-42.
- Harvey, A.G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 869-893.
- Hautzinger, M. & de Jong-Meyer, R. (1996). Zwei Multizenter-Studien zur Wirksamkeit von Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei depressiven Patienten: Einführung, Rahmenbedingungen und Aufgabenstellung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 83-92.
- Heeren, A., van Broeck, N. & Philippot, P. (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 403-409.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (2003). Achtsamkeit („Mindfulness“) als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. *Verhaltenstherapie*, 13, 264-274.
- Heidenreich, T., Tuin, I., Pflug, B., Michal, M. & Michalak, J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for persistent insomnia: A pilot study. *Psychotherapie Psychosomatik*, 75, 188-189.
- Hertel, P.T. (1997). On the contribution of deficient cognitive control to memory impairments in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 517-525.
- Joormann, J. (2005). Inhibition, rumination, and mood regulation in depression. In R.W. Engle, G. Sedek, U. von Hecker & D.N. McIntosh (Eds.), *Cognitive limitations in aging and psychopathology: Attention, working memory, and executive function* (pp. 275-312). Cambridge: University Press.

- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta.
- 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.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R. & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kuhl, J. (1994). A theory of action and state orientations. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and Personality: Action versus state orientation* (pp. 9-46). Göttingen: Hogrefe.
- 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 & Clinical Psychology*, 76, 966-978.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J.D. & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1105-1112.
- Ma, S.H. & Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Michalak, J. & Heidenreich, T. (2009). Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (3. Aufl.; S. 195-256). Tübingen: DGVT-Verlag.
- 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.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Paykel, E.S., Ramana, R., Cooper, Z., Hayhurst, H., Kerr, J. & Barocka, A. (1995). Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. *Psychological Medicine*, 25, 1171-1180.
- Post, R.M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.
- Segal, Z.V., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin L., Bloch, R. & Levitan, R.D. (2010). Antidepressant Monotherapy vs Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1256-1264.
- Segal, Z.V., Gemar M.C. & Williams J.M.G. (1999). Differential cognitive response to all mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3-10.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Teasdale, J.D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition & Emotion*, 2, 247-274.
- Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurs, H., Pope, M., Williams, S. & Segal, Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting & 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 & Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- 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. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 875-899.
- 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., Teasdale, J.D., Segal, Z.V. & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.
- 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 Affective Disorders*, 107, 275-279.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland: Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt*, 44, 993-1000.
- Wittchen, H.-U., Knäuper, B. & Kessler, R.C. (1994). Lifetime risk of depression. *British Journal of Psychiatry, Suppl.* 165, 16-22.

■ Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Thomas Heidenreich
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Hochschule Esslingen
Flandernstraße 101 | 73732 Esslingen am Neckar
Tel.: +49-711-397-4586 | Fax: +49-711-397-4595
thomas.heidenreich@hs-esslingen.de