

Achtsamkeit («Mindfulness») als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin

T. Heidenreich^a J. Michalak^b

^aKlinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main,

^bArbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ruhr-Universität Bochum, Deutschland

Schlüsselwörter

Achtsamkeit · Kognitive Verhaltenstherapie · Stressverarbeitung

Zusammenfassung

Unter Achtsamkeit («Mindfulness») wird eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung verstanden: Den aktuellen Erlebnisinhalten wird bewusst, im augenblicklichen Moment und nicht wertend Aufmerksamkeit geschenkt. Historisch wurden Achtsamkeitsübungen in der buddhistischen Meditationspraxis entwickelt. Achtsamkeitsbasierte Elemente wurden im Laufe der letzten beiden Jahrzehnte verstärkt in verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze integriert. Die vorliegende Arbeit stellt das Prinzip der Achtsamkeit vor und zeigt Parallelen und Unterschiede zwischen verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen und Prinzipien der Achtsamkeit auf. Verschiedene verhaltenstherapeutische bzw. verhaltensmedizinische Ansätze, die achtsamkeitsbasierte Elemente beinhalten, werden kurz beschrieben. Neben J. Kabat-Zinns Ansatz der «achtsamkeitsbasierten Stressreduktion» werden die «achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie» zur Rückfallprophylaxe bei Depression von Z. Segal, M. Williams und J. Teasdale, die «dialektische Therapie der Borderlinestörung» von M. Linehan sowie erste Ansätze zum Einsatz achtsamkeitsbasierter Elemente in der Therapie der Substanzabhängigkeit von A. Marlatt vorgestellt. Der aktuelle Stand der empirischen Überprüfung dieser Ansätze wird diskutiert und ein Überblick zu weiteren Forschungsfragen gegeben.

Key Words

Mindfulness · Cognitive behaviour therapy · Stress management

Summary

Mindfulness as a Treatment Principle in Behaviour Therapy

'Mindfulness' is defined as paying attention in a certain way: on purpose, in the present moment and non-judgmentally. Historically, mindfulness practice was developed in Buddhist meditation practice. In the last two decades, mindfulness-based elements were integrated into cognitive-behavioural treatment. In the present article, mindfulness as a therapeutic principle is presented and parallels and differences between cognitive-behavioural treatment approaches and mindfulness are outlined. Several approaches of cognitive behaviour therapy and behaviour medicine that incorporate mindfulness-based elements are discussed. These approaches include 'mindfulness-based stress reduction' according to J. Kabat-Zinn, 'mindfulness-based cognitive therapy for depression' according to Segal, M. Williams and J. Teasdale, 'dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder' according to M. Linehan as well as the use of mindfulness-based elements in the treatment of substance abuse according to A. Marlatt. Empirical work supporting the efficacy of these approaches is reviewed. The article concludes with a discussion of further research implications.

Einführung

Sei immer achtsam, wenn Du einatmest, und achtsam, wenn Du ausatmest. Wenn Du tief einatmest, dann wisse «ich atme tief ein», und wenn Du tief ausatmest, dann wisse «ich atme tief aus». Wenn Du kurz einatmest, dann wisse «ich atme kurz ein», und wenn Du kurz ausatmest, dann wisse «ich atme kurz aus».

Sutra des Bewußten Atmens, zit. nach Thich Nhat Hanh [2002]

Die Entwicklung von Achtsamkeit ist ein zentrales Anliegen unterschiedlicher Meditationsansätze. Achtsamkeitsbasierte Prinzipien werden in den letzten Jahren auch zunehmend in der Psychotherapie eingesetzt. Bereits frühe Studien belegen die Wirksamkeit von Meditation bei psychischen Störungen: In ihrer Metaanalyse zur Wirksamkeit von Psychotherapie berichten Grawe et al. [1994] über insgesamt 15 Therapiestudien, die Meditation als psychotherapeutisches Prinzip untersuchten (unter anderem bei der Behandlung von Angst- und Spannungszuständen, Schlafstörungen und Substanzabhängigkeit). Insgesamt war die methodische Qualität dieser Studien eher überdurchschnittlich und die Wirksamkeit meditativer Ansätze insbesondere im Hinblick auf die in der Regel kurze Interventionsdauer von ca. 10 Wochen/Sitzungen überraschend hoch. Die kleine Zahl dieser Therapiestudien belegt, dass sich diese Ansätze eher am Rande des psychotherapeutischen Mainstream bewegen. In jüngster Zeit werden achtsamkeitsbasierte Verfahren zunehmend in verhaltenstherapeutische bzw. -medizinische Ansätze integriert und auf breiter internationaler Ebene rezipiert. In der vorliegenden Arbeit sollen diese neuen Entwicklungen dargestellt werden. Zunächst wird das Prinzip der Achtsamkeit erläutert. Danach werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu etablierten verhaltenstherapeutischen Interventionen und Prinzipien diskutiert. Im Anschluss daran werden die wichtigsten Therapieansätze, die achtsamkeitsbasierte Elemente enthalten, vorgestellt. Abschließend werden eine kritische Einschätzung des aktuellen Forschungsstandes vorgenommen und Empfehlungen für weitere wissenschaftliche Untersuchungen gegeben.

Das Prinzip der Achtsamkeit

Kabat-Zinn [1990] charakterisiert Achtsamkeit als eine spezifische Form der Aufmerksamkeitslenkung: 'present moment, on purpose and non-judgemental'. Unter Aufmerksamkeitslenkung *auf den aktuellen Moment* ist zu verstehen, im Kontakt mit dem gegenwärtigen Augenblick zu sein und nicht in Erinnerungen oder Zukunftsplanungen bzw. -grübeleien gefangen zu sein. Es ist eine alltägliche Erfahrung, dass unser Bewusstsein während einer bestimmten Handlung mit völlig anderen Inhalten beschäftigt ist (z.B. bei der Fahrt zur Arbeit: «Heute kommt zuerst das Telefonat mit Y, dann die Dienstbesprechung und schließlich ...»). Kabat-Zinn [1990] spricht in diesem Zusammenhang vom «Autopilotenmodus». Ziel der

Achtsamkeitspraxis ist es, das Bewusstsein wieder in den gegenwärtigen Augenblick zu holen und mit der aktuellen Tätigkeit in Übereinstimmung zu bringen (also beim Autofahren «nur» Auto zu fahren, d.h. den aktuellen Augenblick bewusst wahrzunehmen, z.B. Körperhaltung, Geräusche, Empfindungen). *Absichtsvoll* ist diese Haltung, weil Übende sich bewusst das Ziel setzen, diese Achtsamkeit möglichst in allen Lebenssituationen (angenehmen wie unangenehm scheinenden!) aufrechtzuerhalten, was angesichts der menschlichen Neigung zu Selbstvergessenheit und gedanklichem Abschweifen viel Geduld und beständiges Sich-wieder-Besinnen erfordert. *Nicht wertend* ist die Haltung, weil die auftretenden Bewusstseinsinhalte nicht kategorisiert (positiv oder negativ, angenehm oder unangenehm), sondern einfach bewusst wahrgenommen werden sollen. Diese nicht wertende Haltung bezieht sich auch auf die Tendenz des Bewertens an sich (d.h. auch der unvermeidliche Akt des Bewertens soll nicht bewertet werden).

Eine zentrale Annahme achtsamkeitsbasierter Ansätze ist, dass der Autopilotenmodus flexibles und situativ angemessenes Handeln erschwert, da er automatisierte und starre Verarbeitungs- und Reaktionsmuster begünstigt. In der Theorie wird (fehlende) Achtsamkeit in Verbindung gebracht mit ungünstigen Prozessen wie Rumination [Segal et al., 2002], «experiential avoidance» [Bach und Hayes, 2002; Hayes et al., 1999], ungünstigen metakognitiven Prozessen [Teasdale et al., 2002], einer Tendenz zur Aktivierung übergeneralisierter autobiographischer Gedächtnisinhalte [Williams et al., 2000] sowie einer reduzierten Habituation an unangenehme Stimuli [Breslin et al., 2002].

Bei der Achtsamkeitsmeditation lassen sich «formelle» und «informelle» Übungen unterscheiden [Kabat-Zinn, 1990; 1994]. Erstere bezeichnen Übungen der Achtsamkeit in allen Körperpositionen (Sitzen, Gehen, Stehen, Liegen): Die Achtsamkeit wird jeweils auf das Erleben in der aktuellen Situation gelegt. So sitzen Teilnehmer bei der in unterschiedlichen Ansätzen sehr wichtigen Atemmeditation aufrecht auf einem Stuhl oder mit gekreuzten Beinen auf einem Sitzkissen am Boden und versuchen so gut wie möglich, ihre Achtsamkeit auf die Empfindungen beim Atmen zu richten. Schweift die Aufmerksamkeit zu Gedanken, Emotionen oder Körperempfindungen ab (was unweigerlich auch geübten Praktizierenden passiert), wird dies bewusst zur Kenntnis genommen und der Fokus der Achtsamkeit sanft zum Atem zurückgeführt. Wichtig ist, immer wieder zu den Empfindungen des Atems zurückzukehren und dabei weiterhin akzeptierend und mitfühlend mit sich umzugehen. Das Ziel besteht nicht darin, Atem, Gedanken oder andere Bewusstseinsinhalte zu verändern oder zu kontrollieren, sondern sich zu erlauben, im gegenwärtigen Augenblick zu sein und nur das Vorhandene bewusst wahrzunehmen. Segal et al. [2002] bezeichnen diese Haltung als «being mode» im Gegensatz zum sonst meist vorhandenen «doing mode». Eine Einführung zur Achtsamkeit findet sich bei Hanh [2002].

Unter «informeller» Übung der Achtsamkeit wird verstanden, im Alltag die Dinge, die gerade getan werden, mit voller Bewusstheit zu tun [Kabat-Zinn, 1994]. Dies kann Alltagshandlungen wie Abwaschen, Putzen, Treppensteigen, aber auch Arbeit oder Hobbys betreffen (d.h. beim Abwaschen «nur» abzuwaschen und nicht an die Tasse Tee danach zu denken). Kabat-Zinn [1994] gibt eine sehr gut lesbare Übersicht zu möglichen Anwendungsfeldern informeller Achtsamkeitspraxis.

Achtsamkeit und klassische Verhaltenstherapie

Obwohl zwischen klassischen verhaltenstherapeutischen Ansätzen und achtsamkeitsbasierten Prinzipien, die aus einer meditativen Tradition entwickelt wurden, zunächst deutliche Unterschiede zu bestehen scheinen, lassen sich dennoch auch eine Reihe von Gemeinsamkeiten finden. Im Folgenden werden einzelne grundlegende Prinzipien achtsamkeitsbasierter Ansätze [siehe Kabat-Zinn, 1990] sowie Parallelen und Unterschiede zu verhaltenstherapeutischen Interventionen dargestellt.

Willentlich gelenkte Aufmerksamkeit

Achtsamkeitsbasierte Ansätze betonen die Notwendigkeit, den Autopilotenmodus zu durchbrechen, der durch ein unreflektiertes Verfangensein in automatisierten Verhaltens- und Erlebnismustern gekennzeichnet ist. Stattdessen soll die Aufmerksamkeit gezielt auf die im Hier und Jetzt ablaufenden Erfahrungen gelenkt werden. Vergleichbar hiermit wird auch in klassischen verhaltenstherapeutischen Interventionen versucht, eine Deautomatisierung ungünstiger Verhaltens- und Erlebnismustern zu erreichen. Dies wird bereits in der Anfangsphase der Therapie durch die im Rahmen einer Problemanalyse [z.B. Bartling et al., 1987; Schulte, 1996] ablaufende genaue Beschreibung des Problemverhaltens angestrebt. Patienten werden dabei dazu angehalten, in der konkreten problematischen Situation ihr Erleben und Verhalten auf unterschiedlichen Ebenen (kognitiv, emotional, physiologisch, motorisch) aufmerksam zu beobachten und mit Hilfe von Tagebuchaufzeichnungen zu notieren. Neben dem Informationsgewinn für die weitere Therapieplanung dürfte eine solche kontrollierte Informationsverarbeitung bereits durch ihre deautomatisierende Funktion therapeutische Effekte haben [Kanfer et al., 2000]. Darüber hinaus betonen Kanfer et al. als wichtiges Prinzip ihres Selbstmanagement-Ansatzes, dass Therapeuten ihre Patienten unterstützen sollen, pathologische Automatismen durch kontrollierte Verarbeitungsmechanismen zu verändern. Eine gezielte Aufmerksamkeitsausrichtung ist nicht nur für die Selbstbeobachtung von ungünstigen Verhaltensweisen notwendig, sondern auch für die weiteren Veränderungsphasen in der Therapie zentral (z.B. beim Aufbau neuer und erweiterter Verhaltensspielräume oder bei der Evaluation der erreichten Veränderungen).

Möglichst umfassende Wahrnehmung der Gegenwart

Eine achtsame Haltung ist dadurch gekennzeichnet, möglichst offen gegenüber allen Erfahrungen des gegenwärtigen Augenblicks zu sein (neben Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen können hierzu auch Erinnerungen zählen). Sowohl angenehme als auch unangenehme Empfindungen sollen achtsam betrachtet werden, ohne sie verstärken oder festhalten bzw. vermeiden oder wegdrängen zu wollen. Parallelen hierzu lassen sich besonders im Bereich der Behandlung von Angststörungen finden. Bei der für viele Angststörungen als Mittel der Wahl zu bezeichnenden in-vivo Reizkonfrontation [Ruhmland und Margraf, 2001a,b,c] sollen die Patienten während der Exposition mit der angstbesetzten Situation sowohl die Angst auslösenden äußeren Situationsmerkmale als auch Aspekte des inneren Erlebens (Befürchtungen, körperliche Reaktionen) wahrnehmen, ohne sie zu vermeiden oder die Angst «deckeln» und unterdrücken zu wollen. Demgegenüber kann eine kognitive Vermeidung (d.h. ein Abziehen der Aufmerksamkeit von besonders Angst auslösenden Situations- oder Erlebnisaspekten) der Veränderung der Angst auslösenden Prozesse und Strukturen entgegenwirken und die Effektivität der Expositionsbehandlung erheblich reduzieren [Foa und Kozak, 1986; Fiegenbaum und Tuschen, 2000].

Auch über den Bereich der Angststörungen hinaus wird die Unterdrückung und Vermeidung unerwünschter Erfahrungen und Gedanken in den letzten Jahren zunehmend als bedeutsam für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen diskutiert. Dies gilt für unterschiedliche Störungen wie Depression [z.B. Beevers et al., 1999], Schlafstörungen [Wegner et al., 1997] oder posttraumatische Belastungsstörung [Ehlers et al., 1998]. Besonders betonen Hayes et al. [1996] die grundsätzliche ätiologische Bedeutung, die der Vermeidung von Erfahrungsaspekten (experiential avoidance) bei unterschiedlichen Verhaltensstörungen zukommen kann.

Sich nicht mit seinen Gedanken und Gefühlen identifizieren

Im Rahmen achtsamkeitsbasierter Ansätze wird der gegenwärtige Augenblick umfassend wahrgenommen. Gleichzeitig wird betont, dass sich der Achtsamkeit Übende nicht mit der Situation identifizieren soll. Situationen, Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen sollen als vorübergehende mentale Ereignisse achtsam wahrgenommen werden. Teasdale et al. [2002] bezeichnen diese Haltung als «decentering» oder «disidentification». Gerade in kognitiven Ansätzen lassen sich hierzu deutliche Parallelen finden. So wird in der kognitiven Therapie der Depression nach Beck [1979] betont, dass Gedanken nicht automatisch als Abbilder der Realität angesehen, sondern hinsichtlich ihrer empirischen und hedonistischen Eigenschaften überprüft werden sollten. Teasdale et al. [2002] weisen darauf hin, dass die Wirkung der klassischen kognitiven Therapie bei Depressionen möglicherweise weniger auf der Veränderung dysfunktionaler Kognitionen beruht als auf einer grundsätzlichen Veränderung der Haltung gegen-

über Gedanken und Gefühlen, die die Autoren als «metacognitive awareness» bezeichnen. Diese Haltung ist dadurch gekennzeichnet, dass Gedanken nicht als Aspekte des Selbst, sondern als mentale Ereignisse erfahren werden.

Explizit werden auch im kognitiven Modell der Zwangsstörung von Salkovskis [1989] die negativen Auswirkungen einer Identifikation mit (Zwangs-)Gedanken ausgeführt. Demnach bekommen Zwangsgedanken ihre Angst bzw. «discomfort» auslösende Funktion durch eine spezifische Bedeutungszuschreibung. Werden die potenziellen Zwangsgedanken (z.B. «Ich könnte meinen Mann mit einem Messer erstechen») nicht als harmlose mentale Ereignisse, sondern als bedrohlich interpretiert («Wenn ich mich nicht kontrolliere, kann das wirklich geschehen»; so genannte «thought-action-fusion»), so lösen sie Angst und Handlungsdruck aus (z.B. Bemühungen, den Gedanken zu unterdrücken, Entfernen der Messer aus der Küche). Ziel der Therapie ist es, diese Bedeutungszuschreibung zu verändern, so dass der Zwangsgedanke dasselbe Gewicht wie der Gedanke «Das Gras ist grün» erhält [siehe Lakatos und Reinecker, 1999] und als ein lediglich mentales Ereignis wahrgenommen werden kann. Im Unterschied zum kognitiven Vorgehen wird in achtsamkeitsbasierten Ansätzen eine «Disidentification»-Haltung aber nicht nur gegenüber dysfunktionalen Gedanken eingenommen, sondern gegenüber Gedanken und Erfahrungen insgesamt (positiven wie negativen).

Ein weiteres bedeutsames Prinzip achtsamkeitsbasierter Ansätze ist mit der beschriebenen Haltung gegenüber Gedanken und Gefühlen eng verbunden: Gedanken und Gefühle *müssen* nicht unmittelbar handlungsleitend sein. Ich sollte mein Handeln danach ausrichten, was gut und heilsam für mich und meine Umgebung ist, und mich von gegenwärtigen Gedanken und Gefühlen nicht in meiner Handlungsfreiheit beeinträchtigen lassen. Auch hierzu lassen sich verhaltenstherapeutische Parallelen finden. Beispielsweise wird beim Aufbau angenehmer Aktivitäten im Rahmen der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Depressionen [Hautzinger et al., 2000] betont, dass es durchaus günstig sein kann, Aktivitäten auszuführen, auch wenn sich der betreffende Patient nicht danach fühlt. Gleichzeitig wird er dazu angehalten, die Auswirkungen seiner Aktivitäten zu beobachten und damit zu vergleichen, wie er sich gefühlt hätte, wenn er die Aktivität nicht ausgeführt hätte.

Entspannung

Eine weitere Parallele zwischen Achtsamkeitsmeditation und verhaltenstherapeutischem Vorgehen lässt sich bei der Durchführung von Entspannungsverfahren ziehen: Diese werden in der Verhaltenstherapie bei einer Reihe von Störungen eingesetzt [z.B. Störungen mit körperlichen Beschwerden; Rief und Hiller, 1998]. Entspannungsverfahren ziehen die Aufmerksamkeit von der Außenwelt ab und lenken sie auf innere Abläufe (z.B. An- und Entspannung der Muskeln bei der progressiven Muskelentspannung). Auch wenn Entspannung ein wichtiges Element bei der Meditation ist, ist Achtsamkeitsme-

ditation keine Entspannungsmethode im engeren Sinne, denn die Übenden sollen die aktuellen Empfindungen deutlich wahrnehmen – auch wenn es sich dabei eher um Unruhe oder andere unerwünschte Wahrnehmungen handelt. Das Prinzip Achtsamkeit ist also dem Prinzip Entspannung gleichsam übergeordnet. Dennoch sind einige Aspekte (Fokussierung auf das körperliche Erleben, Rückzug von der sozialen Umwelt für die Dauer der Übungen, Notwendigkeit regelmäßiger Übung, Akzeptanz) durchaus vergleichbar.

Euthyme Therapie

Starke Parallelen bestehen zwischen achtsamkeitsbasierten Ansätzen und den im deutschen Sprachraum entwickelten euthymen Ansätzen [vgl. z.B. Lutz, 2000]: In der «kleinen Schule des Genießens» werden beispielsweise Genussregeln vorgestellt, die unmittelbar mit den Prinzipien der Achtsamkeit korrespondieren («Genuss braucht Zeit», «Genuss geht nicht nebenbei», «Ohne Erfahrung kein Genuss»). Auf der Ebene einzelner Interventionen finden sich starke Ähnlichkeiten, etwa zwischen der von Kabat-Zinn [1990] beschriebenen Rosinenübung und Essen mit Genuss im Rahmen des Genussstrainings. Im Gegensatz zum Genussstraining werden in achtsamkeitsbasierten Ansätzen jedoch nicht nur angenehme, sondern auch unangenehme und neutrale Erlebnisinhalte achtsam wahrgenommen. Ziel ist es also nicht, das Angenehme kurzfristig zu verstärken, sondern eine stärkere Freiheit von Bewertungsprozessen zu erlangen.

Unterschiede zwischen achtsamkeitsbasierten Ansätzen und klassischer Verhaltenstherapie

Neben den aufgeführten Gemeinsamkeiten gibt es allerdings auch einige grundsätzliche Unterschiede und unterschiedliche Schwerpunktsetzungen zwischen achtsamkeitsbasierten Ansätzen und klassischer Verhaltenstherapie. Achtsamkeitsbasierte Ansätze sind als Erweiterungen klassischer verhaltenstherapeutischer Ansätze zu verstehen. Sie sollen verhaltenstherapeutische Programme mit nachgewiesener Wirksamkeit nicht grundsätzlich ersetzen. Ein zentraler Aspekt ist dabei sicherlich die Dialektik zwischen Veränderung und Akzeptanz. Während der Schwerpunkt verhaltenstherapeutischer Interventionen lange Zeit fast ausschließlich auf Veränderung (von Verhalten, Kognitionen, körperlichen Symptomen) lag, wird in achtsamkeitsbasierten Ansätzen verstärkt das Prinzip der Akzeptanz betont. Sowohl Hayes et al. [1999] als auch Linehan [1994] weisen auf die Notwendigkeit hin, zwischen Dingen zu unterscheiden, die verändert werden können und sollen (z.B. belastende Lebenssituationen), und Dingen, die akzeptiert werden sollten (in der Regel innere Abläufe wie Gedanken und Gefühle). So ist die Entwicklung von Akzeptanz ein grundlegendes Therapieprinzip achtsamkeitsbasierter Ansätze und zeigt sich auch deutlich in der konkreten Ausgestaltung der Übungen. In der achtsamkeitsbasierten kognitiven

Therapie zur Rückfallprophylaxe bei Depression [Segal et al. 2002; siehe unten] werden dysfunktionale Kognitionen beispielsweise nicht mehr gezielt verändert, sondern eine achtsame und akzeptierende Haltung gegenüber Gedanken gefördert, was verbunden mit Disidentifikation eine Fortsetzung der Depressionsspirale verhindern und längerfristig zu einem spontanen Auflösen der Gedanken, auch ohne gezielte Bemühungen, führen soll. Breslin et al. [2002, S. 291f.] bemerken hierzu: «Das Vorgehen, negative Gedanken nicht zu disputieren, sondern sie stattdessen wahrzunehmen, nicht persönlich zu nehmen und ihre flüchtige Natur zu erkennen, ist ein Prozess, der Achtsamkeit von traditionellen kognitiv-behavioralen Strategien unterscheidet» (Übers.: T.H. & J.M.).

Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen Verhaltenstherapie und achtsamkeitsbasierten Ansätzen besteht in der Rolle, die dem Körper zukommt. Auch in der klassischen Verhaltenstherapie wird in Verhaltensanalyse und Therapie-durchführung explizit auf physiologische Prozesse Bezug genommen. Körperliche Vorgänge bleiben allerdings entweder nur das Ziel therapeutischer Interventionen (z.B. bei Entspannungsverfahren zur Reduktion von Stress und körperlichen Symptomen), oder sie stellen Informationsquellen dar, die im Rahmen der Problemanalyse oder der Durchführung von Interventionen (z.B. Erfragen von physiologischen Symptomen bei Reizkonfrontation) genutzt werden. In achtsamkeitsbasierten Ansätzen kommt dem Körper eine wesentlich zentralere Rolle zu. Entscheidend ist dabei die achtsame Wahrnehmung des körperlichen *Erlebens*. Die Übenden sollen lernen, nicht in ihren Gedanken zu leben, sondern die Achtsamkeit auf den Körper als Ganzes auszudehnen und aus diesem körperlichen Erleben heraus zu leben. Diesem «im Kontakt sein mit dem Körper» wird bereits eine therapeutische Funktion an sich zugesprochen; es stellt ein grundlegendes Ziel achtsamkeitsbasierter Ansätze dar. Durch diese Haltung soll ermöglicht werden, Emotionen umfassend zu verarbeiten, ohne wichtige Aspekte emotionaler Schemata [d.h. die körperlichen Aspekte; siehe Teasdale, 1999c] abzuspalten [Teasdale, 1999a, Segal et al., 2002, S. 139]. Darüber hinaus erlaubt diese Haltung, die «Weisheit des Körpers» [Kabat-Zinn, 1990] für das eigene Handeln zu nutzen.

Abschließend soll darauf verwiesen werden, dass in der Verhaltenstherapie zwar Konstrukte verwendet werden, die Parallelen zum Prinzip Achtsamkeit haben, z.B. das Konzept der kontrollierten Informationsverarbeitung aus der kognitiven Psychologie [vgl. Fisk et al., 1987; Wells und Matthews, 1994]. Achtsamkeit ist jedoch nicht mit kontrollierter Informationsverarbeitung gleichzusetzen. Informationen können kontrolliert (d.h. bewusst, unter Gebrauch von kognitiven Ressourcen) verarbeitet werden, ohne dass das für die Achtsamkeit charakteristische bewusste Erleben der Hier-und-Jetzt-Qualität damit verbunden wäre. Darüber hinaus ist eine tiefe Achtsamkeit nicht durch die intentionale und willentliche Anstrengung der kontrollierten Verarbeitung gekennzeichnet, sondern wird als ein «Im-Fluss-Sein» erlebt.

Achtsamkeitsbezogene Interventionen in der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin

In diesem Abschnitt werden die aus unserer Sicht wichtigsten verhaltenstherapeutischen bzw. -medizinischen Ansätze kurz vorgestellt, die explizit achtsamkeitsbasierte Elemente enthalten. Auf welche Weise und mit welchem Gewicht Achtsamkeitsprinzipien in die Behandlung integriert sind, ist unterschiedlich: Während Kabat-Zinn [1990] mit seiner «Mindfulness-based stress reduction» einen verhaltensmedizinisch fundierten Ansatz vorlegte, der fast ausschließlich achtsamkeitsbasierte Interventionen einsetzt, beruht die «Mindfulness-based cognitive therapy for depression» von Segal et al. [2002] zwar primär auf achtsamkeitsbasierten Elementen sensu Kabat-Zinn [1990], integriert aber gleichzeitig klassische kognitive Interventionen. In der «dialektischen Verhaltenstherapie» von Linehan [1993a,b] ist Achtsamkeit ein wesentlicher Bestandteil des Fertigkeitstrainings, allerdings ohne formelle Meditationsübungen. Schließlich wurde in der Suchtbehandlung von Marlatt [1994] vorgeschlagen, achtsamkeitsbasierte Elemente zu verwenden.

Kabat-Zinn: Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

Ein sehr populärer achtsamkeitsbasierter Ansatz für Patienten mit psychischen und körperlichen Störungen geht auf Kabat-Zinn [1990] zurück: An mehr als 240 Orten in den USA und in Europa werden derzeit MBSR-Programme durchgeführt [Bishop, 2002]. Die Behandlung ist im Gegensatz zum Gros verhaltenstherapeutischer Interventionen nicht auf spezifische Störungsbilder zugeschnitten, sondern wird bei vielen verschiedenen körperlichen Krankheiten und psychischen Störungen durchgeführt. Kabat-Zinn [1990] zählt seinen Ansatz zu den verhaltensmedizinischen Interventionen, betont jedoch die buddhistische Tradition der eingesetzten Behandlungsstrategien.

Das Programm wird in Gruppen von bis zu 30 Patienten durchgeführt [vgl. auch Santorelli, 1999] und umfasst 8 wöchentliche Sitzungen von ca. 2 Stunden Dauer sowie einen «Tag der Achtsamkeit». Neben den Gruppensitzungen wird die Bedeutung von Hausaufgaben betont: Von den TeilnehmerInnen wird erwartet, an 6 von 7 Tagen bis zu eine Stunde Übungen durchzuführen. In den ersten Gruppensitzungen wird – als formelle Übung – der so genannte Body-Scan eingeübt. Dabei werden die einzelnen Körperteile aufmerksam nacheinander wahrgenommen, wobei auf alle Empfindungen – oder Nicht-Empfindungen – geachtet werden soll. Gleichzeitig werden informelle Übungen betont, d.h. zunächst eine Routineaktivität des Tages (z.B. Zähneputzen, duschen, saugen) mit voller Achtsamkeit zu tun.

In den nächsten Sitzungen werden Übungen aus dem Hatha-Yoga (formelle Übung) sowie Achtsamkeit auf angenehme und unangenehme Ereignisse (informelle Übung) eingeführt. Im weiteren Verlauf des Programms nimmt die Atemmedita-

tion eine besonders wichtige Rolle ein. Neben den Elementen der Achtsamkeitsmeditation werden wesentliche Grundlagen der Stressforschung vermittelt. Jede Sitzung hat einen Themenschwerpunkt, in dem wesentliche Achtsamkeitsprinzipien verdeutlicht werden. Beispielsweise wird in Sitzung 2 das Thema «kreatives Reagieren auf Lebenssituationen» ins Zentrum gestellt und mit der bereits ausgeführten Autopiloten-Haltung kontrastiert. Den Abschluss des Programms bilden Strategien, um die eingeübten Techniken auch längerfristig in den Alltag zu integrieren.

Zur MBSR liegt eine Reihe empirischer Studien vor. In zwei randomisierten, kontrollierten Studien konnte gezeigt werden, dass MBSR in Stichproben der Allgemeinbevölkerung zu einer Verminderung von Stress, Angst und Dysphorie führt [Astin, 1997; Shapiro et al., 1998]. Allerdings wurden in keiner der Studien aktive Kontrollbedingungen eingesetzt, so dass unspezifische Faktoren (z.B. Behandlungserwartungen) eine bedeutsame Rolle gespielt haben könnten. Eine kontrollierte, randomisierte Studie an Patienten mit verschiedenen Krebserkrankungen stammt von Speca et al. [2000]. Die Autoren konnten zeigen, dass Patienten, die das MBSR-Programm durchlaufen hatten, verglichen mit Kontrollen deutliche Reduktionen in negativer Stimmung und der Stressbelastung aufwiesen. Darüber hinaus fand sich ein Zusammenhang zwischen der Zeit, die die Patienten übten, und der Belastungsreduktion. Kabat-Zinn et al. [1998] konnten in einer weiteren kontrollierten Studie zeigen, dass MBSR einen positiven Einfluss auf die Rückbildung der Psoriasis-Symptomatik bei Patienten hat, die sich einer Phototherapie oder Photochemotherapie unterziehen. Neben diesen kontrollierten Studien liegen mehrere empirische Studien ohne Kontrollgruppe zu verschiedenen Störungsbereichen vor: Bei Patienten mit *chronischen Schmerzen* zeigten sich sowohl kurzfristig [Kabat-Zinn et al., 1985] als auch in einer 4-Jahres-Katamnese [Kabat-Zinn et al., 1987] Reduktionen psychischer Belastung und funktionaler Einschränkungen. Eine Studie untersuchte die Auswirkungen von MBSR auf Patienten mit *Fibromyalgie* [Kaplan et al., 1993] und fand bedeutsame Veränderungen psychischer Symptome. Diese Studie ist jedoch kritisch zu bewerten, da die statistischen Analysen nur unzureichend dargestellt werden. Bei *generalisierter Angststörung* und *Panikstörung* zeigten sich signifikante Reduktionen der Symptome zwischen dem Beginn und dem Ende der MBSR-Behandlung [Kabat-Zinn et al., 1992], und diese Veränderungen blieben über einen Zeitraum von 3 Jahren weitgehend stabil [Miller et al., 1995]. Die von uns analog zu Ruhmland und Margraf [2001b] berechneten Prä-Post-Effektstärken (ES) lagen in der Studie von Kabat-Zinn et al. [1992], in der die Daten für Patienten mit generalisierter Angststörung und für Patienten mit Panikstörung gemeinsam berichtet werden, z.B. für das Beck-Angstinventar als Maß für die Hauptsymptomatik bei $ES = 0,98$ und verbesserten sich bis zur 3-Monats-Katamnese noch weiter ($ES = 1,14$). Diese Effekte sind kleiner als die in den 13 von Ruhmland und Margraf [2001b] berichteten Studien zu

kognitiv-behavioralen Interventionen bei generalisierter Angststörung ($ES = 1,43$ Prä-Post / $ES = 1,23$ Prä-Katamnese bis zu 6 Monaten). Für die 3-Jahres-Katamnese ergibt sich eine Effektstärke von 0,85. In den von Ruhmland und Margraf [2001b] ausgewerteten Studien hatte keine Arbeit einen ähnlich langen Katamnesezeitraum. Die Interpretation dieser Befunde wird jedoch dadurch erschwert, dass einige Patienten gleichzeitig medikamentös behandelt wurden. Kristeller und Hallett [1999] untersuchten die Auswirkungen eines MBSR-Programms auf *Binge Eating Disorder* und konnten eine Reduktion sowohl der Binge-Eating-Frequenz als auch der Angst und Depression, die mit dieser Störung einhergehen, nachweisen.

Mittlerweile liegen zu achtsamkeitsbasierten Therapieansätzen auch drei Übersichtsarbeiten vor [Bishop, 2002; Grossman et al., im Druck; Baer, 2003], wobei die letzten beiden Übersichtsarbeiten quantitative metaanalytische Methodik verwenden. Alle drei kommen zu vergleichbaren Schlussfolgerungen: Es gibt konsistente Nachweise für die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Ansätze mit Effektstärken im mittleren Bereich (Baer: 0,59; Grossman et al.: 0,50). Bei der Bewertung dieser Effektstärken sollte jedoch beachtet werden, dass sie auf heterogenen Stichproben mit teilweise relativ niedrigen Ausgangswerten basieren. Dies dürfte im Vergleich mit stärker kontrollierten Wirksamkeitsstudien zu eher niedrigen Effektstärkeschätzungen geführt haben. Darüber hinaus wird in diesen drei Arbeiten die methodische Qualität der bisherigen Studien als nicht zufriedenstellend eingeschätzt (z.B. keine aktiv behandelte Kontrollgruppe, keine Kontrolle der Auswirkungen paralleler Behandlungen).

Segal, Williams und Teasdale: Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression (MBCT)

Im Gegensatz zur MBSR handelt es sich bei der MBCT um einen stark auf psychologischer Theoriebildung basierenden Ansatz, der darüber hinaus störungsspezifisch (und sogar innerhalb einer Störung phasenspezifisch) ist: Die MBCT wurde entwickelt, um die Rückfallwahrscheinlichkeit von Patienten mit rezidivierenden depressiven Störungen zu senken. Der Hintergrund für diese Bemühungen waren Hinweise, dass Patienten trotz erfolgreicher pharmakologischer und/oder psychologischer Behandlung einer depressiven Episode ein hohes Rückfallrisiko haben [Judd, 1997; Westen und Morrison, 2001]. Im Gegensatz zur akuten Behandlung der Depression existieren bisher nur wenige Ansätze zur Rückfallprophylaxe. In ihrem Versuch, eine wirksame kognitiv-behaviorale Intervention zur Senkung der Rückfallwahrscheinlichkeit von Patienten mit depressiven Störungen zu entwickeln, beschäftigten sich Segal, Williams und Teasdale intensiv mit achtsamkeitsbasierten Interventionsstrategien. Hintergrund waren theoretische Analysen [Teasdale et al., 1995] zu möglichen Mechanismen depressiver Rückfälle: Es wird angenommen, dass depressive Episoden dazu führen, dass negative Ge-

danken- und Gefühlszustände auch nach Abklingen der aktuellen Depression leicht aktiviert werden können. Als Dreh- und Angelpunkt für das Rückfallgeschehen gelten Zustände mit moderat gedrückter Stimmung, in denen negative Gedanken reaktiviert werden. Kommt es zu einer immer festeren Etablierung dieser Denk- und Fühlweisen, ist ein Rückfall in eine depressive Episode zu erwarten. Gelingt es hingegen, die negativen Gedankenmuster frühzeitig zu unterbrechen, kommt es nicht zu einem Rückfall. Als wesentliches Ziel der MBCT formulieren Segal et al. [2002, S. 75] in Übereinstimmung mit Kabat-Zinn [1990]: «Die zentrale Fertigkeit, die das MBCT-Programm vermitteln möchte, ist die Fähigkeit, bei drohendem Rückfall Geisteszustände zu erkennen und loszulassen, die durch selbstaufrechterhaltende Muster grüblerischer negativer Gedanken gekennzeichnet sind» (Übers.: T.H. & J.M.).

Das MBCT-Programm umfasst ebenso wie die MBSR 8 Sitzungen, die in wöchentlichem Abstand durchgeführt werden. Die Gruppengröße liegt jedoch bei maximal 12 Patienten. Die Patienten müssen mindestens eine depressive Episode erlebt haben, dürfen jedoch bei Behandlungsbeginn nicht akut depressiv sein. In den Sitzungen werden jeweils einzelne achtsamkeitsbezogene Elemente eingeübt. Die eingesetzten Methoden entsprechen denen der MBSR (z.B. Body-Scan, Atemmeditation). Darüber hinaus werden jeweils einzelne Themen schwerpunktmäßig behandelt: Zum Beispiel in der ersten Sitzung das Phänomen des Autopiloten. Während der Behandlungsfokus in den ersten Sitzungen auf dem Erlernen und der Einübung von Achtsamkeit liegt, kommen im zweiten Teil des Programms auch klassische kognitive Interventionen (Psychoedukation zur Depression, Bedeutung von und Umgang mit automatischen Gedanken etc.) zum Einsatz.

Zur MBCT liegen derzeit erste empirische Ergebnisse vor: Teasdale et al. [2000] berichten über eine randomisierte, kontrollierte Studie, in der insgesamt 145 Patienten mit Treatment As Usual (TAU) oder zusätzlich MBCT über insgesamt 8 Sitzungen behandelt wurden. Die Ergebnisse belegen, dass die mit MBCT behandelte Gruppe über einen Zeitraum von insgesamt 60 Wochen 50% weniger Rückfälle aufwies als die TAU-Gruppe. Interessanterweise fand sich dieser Zusammenhang jedoch ausschließlich bei Patienten, die bereits drei oder mehr depressive Episoden erlebt hatten (77% der Stichprobe).

Williams et al. [2000] konnten zeigen, dass MBCT in derselben Stichprobe zu einer Reduktion des übergenerellen autobiographischen Gedächtnisses führt, das bei Depressiven beobachtbar ist und als ätiologisch relevant erachtet wird [Williams, 1996]. Dieser Befund stützt die Annahme, dass durch MBCT wesentliche Faktoren beeinflusst werden können, die für das erneute Auftreten depressiver Episoden prädisponieren. Darüber hinaus legten Mason und Hargreaves [2001] eine Studie zur Explikation von Wirkmechanismen der MBCT basierend auf derselben Stichprobe vor. Patienten wurden über ihre Erfahrungen mit dem Programm interviewt und die Antworten mittels eines Kategoriensystems analysiert. Wesentliche Punk-

te für die Teilnehmer waren das Erlernen neuer Fertigkeiten sowie einer insgesamt akzeptierenden Grundhaltung.

Linehan: Dialektische Therapie der Borderlinestörung (DBT)
Im Gegensatz zu den beiden bisher vorgestellten Behandlungsprogrammen, die Achtsamkeitsprinzipien ins Zentrum der Behandlung stellen, stehen in der DBT nach Linehan [1993a,b] achtsamkeitsbasierte Aspekte neben anderen Behandlungselementen. Besonders interessant an diesem Ansatz ist, dass achtsamkeitsbasierte Aspekte auch in der Behandlung akut schwer gestörter Borderlinepatienten eingesetzt werden. Die Behandlung wird dabei aufgeteilt in Einzeltherapie (vor allem zur Bearbeitung akuter Krisen und Traumata) und Gruppentherapie zum Erlernen neuer Fertigkeiten (Skills Training). Achtsamkeit steht am Beginn des Fertigkeitstrainings [Linehan, 1993b] und umfasst mehrere Aspekte: *Beobachten* im Sinne aufmerksamer Betrachtung von Ereignissen, Emotionen und anderen Verhaltensreaktionen – auch wenn diese belastend sind. Diese Fertigkeit erfordert eine innere Distanz zu den Ereignissen. Der Gegensatz hierzu ist in Vermeidungsstrategien und passiven Versuchen der Emotionskontrolle zu sehen. *Beschreiben* bezeichnet das verbale Benennen von Ereignissen und persönlichen Reaktionen. Darüber hinaus betont Linehan [1993b], analog zu Kabat-Zinn, die Wichtigkeit, eine *nicht wertende Haltung* einzunehmen sowie die Aufmerksamkeit im Hier und Jetzt zu verankern.

Im Skills Training Manual [Linehan, 1993b] wird die Implementierung der Achtsamkeit in die Therapie ausführlich vorgestellt. Wie in den anderen Ansätzen wird dies im Gruppensetting eingeübt. Konkrete Übungen beziehen sich beispielsweise darauf, körperliche Empfindungen achtsam wahrzunehmen (auf einem Stuhl sitzen, die Hand auf einer kalten Oberfläche haben etc.) oder eine veränderte Beziehung zu Gedanken und Gefühlen herzustellen (z.B. die Vorstellung, der Geist sei ein Fließband, auf dem Gedanken und Gefühle vorbeikommen und beobachtet werden). Eine besondere Bedeutung wird auch dem Prinzip «Gedanken als Gedanken erkennen» beigemessen (a.a.O., S. 67).

Obwohl eine Reihe von positiven empirischen Befunden zum Einsatz der DBT bei Borderlinestörungen vorliegt [vgl. Koerner und Dimeff, 2000], ist es aufgrund der Komplexität der Behandlung nicht möglich, den Beitrag der achtsamkeitsbasierten Prinzipien am Gesamtbehandlungserfolg abzuschätzen.

A. Marlatt: Achtsamkeit in der Behandlung von Abhängigkeiten

Alan Marlatt, der mit seinen Arbeiten zum Rückfallgeschehen bei Alkoholabhängigkeit [Marlatt und Gordon, 1985] einen wesentlichen Beitrag zur Suchtforschung geleistet hat, schlägt vor, achtsamkeitsbasierte Prinzipien in der Behandlung von Abhängigkeit zu berücksichtigen [Marlatt, 1994]. Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist die Beobachtung,

dass abhängiges Verhalten damit verbunden ist, den aktuellen Zustand nicht akzeptieren zu können [Marlatt, 1994, S. 175f]: «Zwischen einzelnen «Schüssen» erfährt der Abhängige das Hier und Jetzt als weniger wünschenswert, als irgendwie so kaputt, dass es nur durch den nächsten Schuss repariert werden kann. Die übliche Realität verblasst verglichen mit dem «Kick», den der Schuss bereitstellt. Das Ergebnis davon ist, dass der abhängige Geist auf die Zukunft fixiert und unfähig ist, das Hier und Jetzt zu akzeptieren» (Übers.: T.H. & J.M.). Marlatt schlägt als ein Behandlungsprinzip vor, Achtsamkeit zu üben, d.h. die Patienten anzuhalten, sich der ablaufenden Gedanken und Gefühle bewusst zu werden, sie zu akzeptieren und das Leben von Moment zu Moment zu erleben. Dementsprechend sollen keine Versuche unternommen werden, innere Abläufe (wie z.B. Craving) zu kontrollieren. Das Prinzip, die spontane Veränderlichkeit auch von Empfindungen wie Craving oder Spannungen zu erleben, bezeichnet Marlatt als «urge surfing». Eine wesentliche Strategie ist für Marlatt, mit dem Bedürfnis, die Substanz zu sich zu nehmen (Craving), umzugehen: «Achtsames Gewahrsein des Dranges kann ohne die Notwendigkeit bestehen, achtlos dem Drang nachzugeben. Craving und Drang sind nicht dauerhaft (impermanent); sie entstehen und vergehen wie konditionierte Reaktionen» [Marlatt, 1994, S. 180]. Eine wichtige Rolle spielen achtsamkeitsbezogene Ansätze auch bei einem Rückfall (lapse) und um ein Abgleiten in einen vollständigen Rückfall (relapse) zu verhindern.

Breslin et al. [2002] legten ein Informationsverarbeitungsmodell des Rückfallgeschehens bei Substanzabhängigkeit vor, das explizit Achtsamkeitsprinzipien berücksichtigt. Rückfälle resultieren demnach aus zwei Prozessen: In einem vorbewussten Prozess werden substanzbezogene Gedanken aktiviert; der zweite Prozess läuft bewusst ab (z.B. Selbstwirksamkeitserwartung). Eine Ergänzung verhaltenstherapeutischer Prinzipien durch Achtsamkeitsstrategien sollte insbesondere interne auslösende Faktoren stärker berücksichtigen. Breslin et al. [2002, S. 292] bemerken hierzu: «Die wesentliche Neuigkeit von Achtsamkeit im Abhängigkeitsbereich liegt darin, affektive Auslöser im Gegensatz zu direkten, alkohol- und drogenbezogenen Reizen in der Umwelt zu fokussieren.»

Obwohl unseres Wissens bisher keine empirischen Arbeiten zur Implementierung achtsamkeitsbasierter Prinzipien in der Therapie von Abhängigen vorliegen, könnten diese Überlegungen die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von Abhängigkeitsstörungen befruchten.

Diskussion

In den letzten Jahren wurden achtsamkeitsbasierte Elemente mit Erfolg versprechenden Aussichten in der kognitiven Verhaltenstherapie eingesetzt. Diese Integration umfasst sowohl theoretische Analysen [z.B. Teasdale et al., 1995, 2002; Breslin et al., 2002] als auch die empirische Überprüfung achtsam-

keitsbasierter Interventionen. Für die kommenden Jahre halten wir zwei Forschungsschwerpunkte für bedeutsam: Auf der einen Seite sollte eine weitere konzeptuelle Einbettung achtsamkeitsbasierter Ansätze in den Korpus allgemein- und klinisch-psychologischer Theorien angestrebt werden, z.B. im Hinblick auf das Verständnis der Wirkmechanismen, wobei eine besondere Bedeutung auch im Umgang mit den buddhistischen Wurzeln achtsamkeitsbasierter Ansätze liegt. Auf der anderen Seite steht die Weiterentwicklung störungsspezifischer, achtsamkeitsbasierter, kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen und deren empirische Überprüfung. Diese beiden Bereiche, «konzeptuelle Aspekte» sowie «klinische Forschungsaufgaben» sollen im Folgenden erörtert werden.

Konzeptuelle Aspekte

Die Integration achtsamkeitsbasierter Elemente in die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung wirft bereits vom Ansatz her Fragen auf, da Prinzipien aus zwei Traditionen mit unterschiedlichen Werten und Menschenbildern aufeinander treffen.

Aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Perspektive ist Achtsamkeit derzeit nur unzureichend expliziert und operationalisiert. Insbesondere fehlen reliable und valide Messinstrumente sowie eine klare Einordnung in psychologische Theorien. Bishop [2002, S. 74] bemerkt in diesem Zusammenhang: «Unglücklicherweise wurden die Definitionskriterien von Achtsamkeit bisher nicht wesentlich über unspezifische Beschreibungen des Konstrukts hinausentwickelt.» Erst in jüngster Zeit wurden Arbeiten vorgelegt, die eine operationale Erfassung der Achtsamkeit anstreben [Brown und Ryan, 2003]. Auch im deutschsprachigen Raum liegt mittlerweile ein Versuch vor, Achtsamkeit mit Hilfe eines Fragebogens zu erfassen [Buchheld, 2000]. Erste Analysen konnten nachweisen, dass sich Achtsamkeit mit diesem Fragebogen reliabel erfassen lässt; hinreichend Hinweise auf die Konstruktvalidität liegen jedoch noch nicht vor. Zu einem vertieften Verständnis psychologischer Mechanismen der Achtsamkeit könnten darüber hinaus allgemeinspsychologische Arbeiten zur Aufmerksamkeit bzw. zur Inhibition elaborativer sekundärer Prozesse [vgl. Bishop, 2002] sowie zur Metakognition [Teasdale, 1999a,b] beitragen. Es liegen Studien vor, die die Auswirkungen von Meditation auf verschiedene psychologische Variablen untersuchen [z.B. Brown et al., 1984, zu Wahrnehmungsschwellen; Tloczynski et al., 2000, zu optischen Täuschungen]. Aus der Perspektive der meditativen buddhistischen Tradition, in der achtsamkeitsbasierte Übungen entwickelt wurden, wird im Gegensatz zum Anspruch der empirischen Psychologie auf Explikation und Operationalisierung von Konstrukten bewusst eine große Zurückhaltung gegenüber ontologisierenden Definitionen und Versuchen der begrifflichen Analyse meditativer Erfahrungen geübt [Hanh, 2002; Suzuki, 2001]. Diese Zurückhaltung liegt vor allem darin begründet, dass in der meditativen Tradition der Wert der unmittelbaren achtsam-

men Erfahrung besonders betont wird. Sprachliche Konzepte sind demnach immer nur Hilfsmittel, um diesen achtsamen und gesammelten Zustand zu fördern. Eine sprachliche Fixierung des Erfahrenen birgt somit die Gefahr, die achtsame und offene Wahrnehmung des Erfahrenen zu behindern. Das mit der Achtsamkeitsübung eigentlich Gemeinte liegt demnach immer jenseits der sprachlichen Ebene. Auch Hayes et al. [1999] haben auf die Schwierigkeit hingewiesen, unmittelbar erfahrungsbezogene Aspekte sprachlich abzubilden. Hayes et al. [2001] erweiterten diese Überlegungen in ihrer «relational frame theory» zu einem allgemeinen Modell sprachlichen und nichtsprachlichen menschlichen Verhaltens, das unter anderem die Rolle verbaler Prozesse für die Ausbildung psychischer Störungen herausarbeitet.

Eine weitere, bisher nur unzureichend geklärte Frage ist der Umgang mit den religiösen/spirituellen Grundlagen der Achtsamkeitsmeditation. Verschiedene Autoren bewerten die spirituellen Aspekte der Achtsamkeitsmeditation sehr unterschiedlich: Segal et al. [2002] begreifen Achtsamkeit im Wesentlichen als wert- und traditionsneutrale psychologische Strategie, die zur Behandlung psychischer Störungen flexibel eingesetzt werden kann. Marlatt betont die Verwurzelung in buddhistischen Prinzipien, wobei zentrale Elemente der buddhistischen Lehre benannt (z.B. die «vier edlen Wahrheiten») und in die Behandlung integriert werden. Kabat-Zinn [1990] empfiehlt zwar, die Patienten bei der MBSR nicht durch zu viel buddhistische Hintergründe zu erschrecken, doch stellt sich insgesamt die Frage, inwieweit die religiös-spirituelle Dimension der Meditation, die in den ursprünglichen buddhistischen und anderen meditativen Ansätzen zentral ist, auch in den therapeutischen Bereich integriert werden kann und soll [siehe auch Miller, 1999] und inwieweit ein Verzicht auf solche Aspekte das Potential achtsamkeitsbasierter Ansätze einschränkt. Die religiös-spirituelle Dimension ist dabei aus unserer Sicht nicht notwendig auf buddhistische/östliche Spiritualität beschränkt, sondern kann auch christliche/westliche Zugangswege beinhalten [Kopp, 2002; Enomiya-Lassalle, 1992].

Klinische Forschungsaufgaben

Neben den skizzierten konzeptuellen Aspekten lassen sich konkrete Forschungsaufgaben formulieren, die für eine weitere Integration achtsamkeitsbasierter Ansätze in die kognitive Verhaltenstherapie von Bedeutung sind. Für die weitere Entwicklung störungsspezifischer achtsamkeitsbasierter kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen sind zunächst methodisch anspruchsvolle Studien (randomisierte Studien mit aktiven Kontrollbedingungen) notwendig, um abschätzen zu können, ob achtsamkeitsbasierte Behandlungsstrategien bei einzelnen Störungen und in einzelnen Störungsphasen (Prävention, Akutphase vs. Rezidivprophylaxe) gleich effektiv oder sogar effektiver als herkömmliche kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze sind. Einen wichtigen Einsatzbereich achtsamkeitsbasierter Ansätze sehen wir in der Prävention:

Inwiefern können achtsamkeitsbasierte Ansätze vor einer psychotherapeutischen Behandlung Aufschaukelungsprozesse unterbrechen und damit eine Chronifizierung und Exazerbation von Beschwerden verhindern? Aspekte wie geringe metakognitive Awareness, experiential avoidance und Gedankenunterdrückung werden in neueren Ätiologietheorien bei unterschiedlichen psychischen Störungen als bedeutsam diskutiert. Deswegen liegt es nahe, die Effektivität achtsamkeitsbasierter Ansätze für solche Störungen zu überprüfen. Beispielsweise sollte in einer randomisierten, kontrollierten Studie untersucht werden, ob eine achtsamkeitsbasierte Therapie bei z.B. Schlafstörungen zu einer stärkeren Verbesserung – oder z.B. zu niedrigeren Dropout-Raten – führt als empirisch gut abgesicherte Therapiestrategien. Es sollte auch geprüft werden, inwieweit eine Verschränkung achtsamkeitsbasierter Prinzipien mit klassischen, eher auf aktive Problembewältigung bezogenen Behandlungselementen, wirksam sein könnte. Besondere Aufmerksamkeit sollte auch potenziellen konfundierenden Faktoren wie Selbstselektion geschenkt werden: Bishop [2002] argumentiert, dass achtsamkeitsbasierte Therapien lediglich bei einer Subgruppe von Patienten wirksam sein könnten und bedeutsame Effekte möglicherweise auf Erwartungsprozesse zurückzuführen seien: «Es ist durchaus möglich, dass die Effektivität dieses Ansatzes mehr mit der Art von Menschen zu tun hat, die sich dadurch angezogen fühlt, als mit dem Ansatz selbst» [Bishop, 2002, S. 76]. Gleichzeitig sollten auf der Basis der skizzierten psychologischen Grundlegung der Achtsamkeit plausible Wirkmechanismen untersucht werden. Beispiele in dieser Richtung sind die Ansätze von Breslin et al. [2002] und Teasdale [1999a,b,c].

Ausblick

Aufgrund theoretischer Erwägungen und empirischer Befunde erscheinen uns achtsamkeitsbasierte Ansätze Erfolg versprechend im Hinblick auf eine weitere Verbesserung kognitiv-behavioraler Behandlungskonzepte. Über diese konzeptuellen und anwendungsorientierten Erwägungen hinaus erscheinen uns auch noch grundlegendere Aspekte von Bedeutung zu sein: Die Überwindung der «Einseitigkeit» früherer, ausschließlich veränderungsorientierter verhaltenstherapeutischer Ansätze in Richtung auf eine ausgewogenere Balance zwischen Veränderung und Akzeptanz [vgl. Linehan, 1994] stellt einen notwendigen Perspektivwechsel dar. Darüber stellt Achtsamkeit mit der Betonung der Wichtigkeit der Erfahrung des gegenwärtigen Augenblicks und der Einbeziehung des körperlichen Erlebens in erster Linie ein Lebensprinzip dar und erst in zweiter Linie eine therapeutische Strategie ('Mindfulness is a way of life rather than a short-term therapy that will "cure" whatever has "gone wrong" with the person.' Segal et al. [2002, S. 261]) – eine Tatsache, die vor allem präventive Konzepte vielversprechend erscheinen lässt.

Literatur

- Astin JA: Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychother Psychosom* 1997;66:97–106.
- Bach P, Hayes SC: The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:1129–1139.
- Baer R: Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol-Sci Pr* 2003;10:125–143.
- Bartling G, Echelmeyer L, Engberding M, Krause R: *Problemanalyse im therapeutischen Prozeß*, ed. 2. Stuttgart, Kohlhammer, 1987.
- Beck AT: *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen*. München, Pfeiffer, 1979.
- Beevers CG, Wenzlaff TM, Hayes AM, Scott WD: Depression and the ironic effects of thought suppression: Therapeutic strategies for improving mental control. *Clin Psychol-Sci Pr* 1999;6:133–148.
- Bishop SR: What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosom Med* 2002;64:71–84.
- Breslin FC, Zack M, McMain S: An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clin Psychol-Sci Pr* 2002;9:275–299.
- Brown D, Forte M, Dysart M: Visual sensitivity and mindfulness meditation. *Percept Mot Skills* 1984;58:775–784.
- Brown K, Ryan R: The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003;84:822–848.
- Buchheld N: *Achtsamkeit in Vipassana-Meditation und Psychotherapie. Die Entwicklung des «Freiburger Fragebogens zu Achtsamkeit»*. Frankfurt, Peter Lang, 2000.
- Ehlers A, Mayou RA, Bryant B: Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol* 1998;107:508–519.
- Enomiya-Lassalle HM: *Der Versenkungsweg, ZEN-Meditation und christliche Mystik*. Stuttgart, Herder, 1992.
- Fiegenbaum W, Tuschen B: *Reizkonfrontation*; in Margraf J (Hrsg): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 1. Berlin, Springer, 2000, pp 413–426.
- Fisk AD, Ackerman PJ, Schneider W: Automatic and controlled processing theory and its application to human factors problems; in Hancock PA (ed): *Human Factors Psychology*. Amsterdam, Elsevier, 1987, pp 159–197.
- Foa EB, Kozak MJ: Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychol Bull* 1986;99:20–35.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F: *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen, Hogrefe, 1994.
- Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H: Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *J Psychosom Res* (in press).
- Hanh TN: *Das Wunder der Achtsamkeit*. Berlin, Theseus, 2002.
- Hautzinger M, Stark W, Treiber R: *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*, ed. 5. Weinheim, Beltz, 2000.
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K: *Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment*. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1152–1168.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG: *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York, Guilford, 1999.
- Hayes SC, Roche B, Barnes-Holmes D: *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. Hingham, Kluwer, 2001.
- Judd LL: The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:989–991.
- Kabat-Zinn J: *Full catastrophe living*. New York, Delta, 1990.
- Kabat-Zinn J: *Wherever You Go There You Are. Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York, Hyperion, 1994.
- Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R: The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med* 1985;8:163–189.
- Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R, Sellers W: Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clin J Pain* 1987;2:159–173.
- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lenderking WR, Santorelli SF: Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1992;149:936–943.
- Kabat-Zinn HJ, Wheeler E, Light T, Skillings A, Scharf MJ, Cropley TG, Hosmer D, Bernhard JD: Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosom Med* 1998;60:625–632.
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D: *Selbstmanagement-Therapie*, ed 3. Berlin, Springer, 2000.
- Kaplan KH, Goldenberg DL, Galvin-Nadeau M: The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *Gen Hosp Psychiatry* 1993;15:284–289.
- Koerner K, Dimeff L: Further data on dialectical behavior therapy. *Clin Psychol-Sci Pr* 2000;7:104–113.
- Kopp J: *Schneeflocken fallen in die Sonne: Christuserfahrung auf dem Zen-Weg*. Anweiler, Plöger, 2002.
- Kristeller JL, Hallett CB: An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *J Health Psychol* 1999;4:357–363.
- Lakatos A, Reinecker H: *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual*. Göttingen, Hogrefe, 1999.
- Linehan MM: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford, 1993a.
- Linehan MM: *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford, 1993b.
- Linehan MM: *Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy*; in Hayes SC, Jacobson NS, Follette VM, Dougher MJ (eds): *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno, Context Press, 1994, pp 73–86.
- Lutz R: *Euthyme Therapie*; in Margraf J (Hrsg): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*. Berlin, Springer, 2000, pp 447–463.
- Marlatt A: *Addiction, mindfulness, and acceptance*; in Hayes SC, Jacobson NS, Follette VM, Dougher MJ (eds): *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno, Context Press, 1994, pp 175–197.
- Marlatt A, Gordon JR: *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York, Guilford Press, 1985.
- Mason O, Hargreaves I: A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Br J Med Psychol* 2001;74:197–212.
- Miller WR (ed): *Integrating Spirituality into Treatment. Resources for Practitioners*. Washington, American Psychological Association, 1999.
- Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J: Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:192–200.
- Rief W, Hiller W: *Somatisierungsstörungen und Hypochondrie*. Göttingen, Hogrefe, 1998.
- Ruhmland M, Margraf J: *Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Phobie und Zwangsstörungen: Meta-Analysen auf Störungsebene. Verhaltenstherapie* 2001a;11:14–26.
- Ruhmland M, Margraf J: *Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. Verhaltenstherapie* 2001b;11:27–40.
- Ruhmland M, Margraf J: *Effektivität psychologischer Therapie von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. Verhaltenstherapie* 2001c;11:41–53.
- Salkovskis PM: Cognitive behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989;27:677–682.
- Santorelli SF: *Heal Thy Self: Lessons on Mindfulness in Medicine*. Boston, Random House, 1999.
- Schulte D: *Therapieplanung*. Göttingen, Hogrefe, 1996.
- Segal Z, Williams M, Teasdale J: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York, Guilford, 2002.
- Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G: *Effects on mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students*. *J Behav Med* 1998;21:581–599.
- Specia M, Carlson LE, Goodey E, Angen M: A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med* 2000;62:613–622.
- Suzuki S: *Zen-Geist, Anfänger-Geist*. Berlin, Theseus, 2001.
- 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.
- Teasdale JD: Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behav Res Ther* 1999a;37:53–77.
- Teasdale JD: Metacognition, mindfulness, and the modification of mood disorders. *Clin Psychol Psychoth* 1999b;6:146–155.
- Teasdale JD: Multi-level theories of cognition-emotion relations; in Dalgleish T, Power M (eds): *Handbook of Cognition and Emotion*. Chichester, Wiley, 1999c, pp 665–681.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA: Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:615–623.
- Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV: Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:275–287.
- Tloczynski J, Santucci A, Astor-Stetson E: Perception of visual illusions by novice and longer-term meditators. *Percept Mot Skills* 2000;91:1021–1026.
- Wegner DM, Broome A, Blumberg S: Ironic effects of trying to relax under stress. *Behav Res Ther* 1997;35:11–21.

Wells A, Matthews G: Attention and Emotion. A Clinical Perspective. Hove, Lawrence Erlbaum, 1994.

Westen D, Morrison K: A multidimensional meta-analysis of treatment for depression, panic, and generalized anxiety disorder: A empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:875–899.

Williams JMG: Autobiographical memory in depression; in Rubin D (ed): *Remembering Our Past: Studies in Autobiographical Memory*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996, pp 244–267.

Williams JM, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J: Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *J Abnorm Psychol* 2000;109:150–155.