



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Achtsamkeit und Depressivität –

Implikationen für eine achtsamkeitsbasierte Therapie der Depression

Verfasserin

Lena-Marie Voges

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Oktober 2013

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Mag. Dr. Ulrich Tran

DANKSAGUNG

Ich danke meinem Diplomarbeitbetreuer, ohne welchen diese Arbeit nicht zu Stande gekommen wäre: Mag. Dr. Ulrich Tran von der Psychologischen Fakultät der Universität Wien. Besonderer Dank gilt auch Dr. Gerhard Zarbock (IVAH), welcher die Anregung für die vorliegende Diplomarbeit gegeben hat und während der gesamten Zeit stets hilfreich und unterstützend zur Verfügung stand. Ich danke den zahlreichen TeilnehmerInnen der Studie für die aufgebrauchte Zeit und das Interesse an der vorliegenden Diplomarbeit. Ich danke meinen Eltern, meinen Großeltern, meiner gesamten Familie, meinen Freunden und meinem Freund für ihre liebevolle Unterstützung während meiner gesamten Studienzzeit und darüber hinaus. Danke an meine StudienkollegInnen für die vielen inspirierenden Unterhaltungen, die spannenden Begegnungen und die Motivation, nie aufzugeben.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG.....	10
THEORIE UND FORSCHUNGSSTAND	
1 ACHTSAMKEIT: BEGRIFFSBESTIMMUNG.....	14
1.1 Ursprung der Achtsamkeit – Buddhismus.....	14
1.1.1 Buddhismus-Überblick.....	14
1.1.2 Achtsamkeit im Buddhismus.....	16
1.2 Achtsamkeit in der Psychologie.....	20
1.2.1 Achtsamkeit nach Kabatt-Zinn.....	21
1.2.2 Achtsamkeit nach Bishop et al.....	22
1.2.3 Üben von Achtsamkeit.....	23
1.3 Abgrenzung des Achtsamkeitskonstrukts.....	26
1.3.1 Achtsamkeit, Aufmerksamkeit und Vigilanz.....	26
1.3.2 Achtsamkeit und Selbstaufmerksamkeit.....	27
1.3.2.1 Selbst-Rumination vs. Selbst-Reflexion.....	29
1.3.3 Achtsamkeit und Lageorientierung.....	29
2 ACHTSAMKEIT UND NEUROWISSENSCHAFTEN.....	31
2.1 Neuronale Strukturveränderungen durch Meditation.....	32
2.2 Neuronale Aktivitätsveränderungen durch Meditation.....	33
3 AFFEKTIVE STÖRUNG: DEPRESSIONEN.....	34
3.1 Basisinformation zu Depressionen.....	34
3.2 Entstehungsbedingungen von Depressionen.....	36
3.3 Behandlung von Depressionen.....	40
3.3.1 Psychologische Therapie.....	41
3.3.2 Somatherapie.....	43

4 ACHTSAMKEITSBASIERTE THERAPIEVERFAHREN.....	45
4.1 Übersicht achtsamkeitsbasierter Therapieverfahren.....	45
4.1.1 MBSR - Mindfulness Based Stress Reduction (Kabatt – Zinn, 1989).....	46
4.1.2 DBT - Dialektisch Behaviorale Therapie (Linehan).....	46
4.1.3 ACT - Akzeptanz- und Commitment - Therapie (Hayes, 2001).....	47
4.2 Mindfulness Based Cognitive Therapy.....	49
EMPIRIE	
5 ZIELSETZUNG.....	54
5.1 Fragestellungen und Hypothesen.....	55
5.1.1 Achtsamkeit und Selbstaufmerksamkeit	55
5.1.2 Depressivität und Selbstaufmerksamkeit.....	56
5.1.3 Achtsamkeit und Depressivität.....	56
5.1.4 Lageorientierung, Depressivität und Achtsamkeit.....	56
5.1.5 FFAF Wert und aktuelle Achtsamkeitspraxis.....	57
5.1.6 Depressivität und aktuelle Achtsamkeitspraxis.....	57
5.1.7 Depressiv Auffällige vs. Depressiv Unauffällige.....	57
5.1.8 Depressivität aktuell und Depressionen in der Vergangenheit.....	57
6 METHODIK.....	58
6.1 Studiendesign und Erhebung.....	58
6.2 Erhebungsinstrumente: Fragebögen.....	58
6.2.1 Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18).....	59
6.2.2 Fünf Facetten der Achtsamkeit Fragebogen (FFAF).....	59
6.2.3 Fragebogen zur dysfunktionalen Selbstaufmerksamkeit (DFS).....	60
6.2.4 Handlungskontrolle nach Erfolg, Mißerfolg u. prospektiv (HAKEMP 90).....	61
6.2.5 DIA-X-Interview.....	61
6.3 Statistische Auswertung.....	62
7 ERGEBNISSE.....	63

7.1 Deskriptive Statistik (Basisdatenerhebung).....	63
7.1.1 Demografische Daten.....	63
7.1.2 Achtsamkeitspraxis.....	64
7.1.3 Depressionen (lifetime)	64
7.1.4 Ergebnisdarstellung der Skalenwerte.....	65
7.2 Inferenzstatistik (Auswertung der Hypothesen).....	66
7.2.1 Achtsamkeit und Selbstaufmerksamkeit.....	66
7.2.2 Depressivität und Selbstaufmerksamkeit.....	66
7.2.3 Achtsamkeit und Depressivität.....	66
7.2.4 Lageorientierung, Depressivität und Achtsamkeit.....	66
7.2.5 FFAF Wert und aktuelle Achtsamkeitspraxis.....	67
7.2.6 Depressivität und aktuelle Achtsamkeitspraxis.....	68
7.2.7 Depressiv Auffällige vs. Depressiv Unauffällige.....	68
7.2.8 Depressivität aktuell und Depressionen in der Vergangenheit.....	69

DISKUSSION

8. INTERPRETATION UND DISKUSSION.....	73
---------------------------------------	----

9. KRITIK UND AUSBLICK.....	76
-----------------------------	----

LITERATUR.....	78
----------------	----

ANHANG.....	87
-------------	----

Abbildungsverzeichnis.....	88
----------------------------	----

Tabellenverzeichnis.....	89
--------------------------	----

Abstracts.....	90
----------------	----

Lebenslauf.....	92
-----------------	----

„Die Buddha – Botschaft als Lehre vom menschlichen Geist lehrt ein Dreifaches:
den Geist zu *erkennen*, ihn, der so nahe ist und doch so unbekannt;
den Geist zu *formen*, ihn, der so widersetzlich ist und doch so willfährig;
den Geist zu *befreien*, ihn, der so vielfach gefesselt ist und doch auch frei sein kann:
hier und jetzt.“

Nyanaponika

EINLEITUNG

Wir leben in einer Gesellschaft, welche durch das Streben nach Leistung, den Konkurrenzkampf am Arbeitsmarkt sowie durch Schnelligkeit und Reizüberflutung maßgeblich geprägt ist. Es scheint auf Basis dessen nicht weiter verwunderlich, dass immer mehr Menschen diesem Lebensstil nicht standhalten können und auf der Suche nach Verlangsamung, Entspannung und einer hilfreichen Methode zur Selbstregulation sind. Ein Kontrast zu dem hektischen und oft unreflektierten Alltag, der zur Entwicklung von Krankheitssymptomen führen kann und unter dem eine Vielzahl von Menschen leidet, bildet die Praxis von „Achtsamkeit“, kurz gefasst: die bewusste Wahrnehmung und Akzeptanz dessen, was ist; ein Innehalten im Strom von Tätigkeiten und Gedanken; ein bewusstes Reflektieren dessen, was im Innen und im Außen statt findet.

Die Erforschung des Konzeptes der Achtsamkeit im klinischen Kontext wird aktuell immer mehr, nicht nur in der Populärliteratur und „Selbsthilfebüchern“, sondern zunehmend auch in der wissenschaftlichen Gemeinschaft etabliert und der Begriff „Achtsamkeit“ hat seine möglicherweise ehemals anhaftende Exotik weitgehend verloren. Bereits seit den 1950er Jahren gibt es die durch die empirische Forschung belegte Auseinandersetzung mit dem aus dem asiatischen Raum stammenden Begriff der Meditation und es liegen allein im Jahre 2007 über 1000 empirische Studien zur Meditationsthematik vor (siehe Lutz, Dunne, & Davidson, 2007), was das große forschersische Interesse an jenem Themengebiet generell bekundet, die Tendenz ist seither steigend. Der 2011 an der Universität Hamburg stattgefunden „Internationale Kongress zur Achtsamkeit“ sowie die mit ähnlichem Schwerpunkt gelagerte Veranstaltung „Meditation und Wissenschaft“ 2010 in Berlin zeigen deutlich, wie präsent das Thema Achtsamkeit besonders auch im wissenschaftlichen Kontext, abseits von Esoterik und Religion, ist. Hochaktuell belegen dies auch die im Juni 2013 stattgefunden Achtsamkeitstagung des Forschungsnetzwerkes Achtsamkeit in Bern sowie der erste internationale Kongress zur Achtsamkeit in Rom.

Das ursprünglich aus der südostasiatischen Tradition stammende Konstrukt der Achtsamkeit, welches eine wichtige Säule der Meditationspraxis darstellt, hat seine Wurzeln in der Philosophie des Buddhismus und wird mittlerweile in diversen psychotherapeutischen Interventionsformen genutzt. Im nordamerikanischen Raum unter anderem durch die Arbeiten von Dr. John Kabatt-Zinn (1982, 1994) bekannt geworden, zeigt sich die Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR, dt.: Achtsamkeitsbasierte Stress Reduktion),

eine achtsamkeitsbasierte, in der Regel 8-wöchige, störungsunspezifische Therapiemethode als effektives Mittel zur Linderung einer Vielzahl von physischen und psychischen Beschwerden. Die Vermittlung der Methode erfolgt ohne religiösen Ansatz und ist für jeden Teilnehmer prinzipiell durchführbar. Achtsamkeit wie sie in der westlichen Welt aufgefasst und praktiziert wird ist also nicht mehr ausschließlich als Teil einer Religion zu betrachten, sondern vielmehr als umfassendes Mittel und psychologischer Zweck geistiger und körperlicher Gesundheit.

Zahlreiche Studien belegen die allgemeine Wirksamkeit der Achtsamkeitsintervention. In einer groß angelegten Metaanalyse von 20 Studien zeigten Grossmann, Niemann, Schmidt und Walach (2004) beispielsweise, dass MBSR sowohl bei nicht-klinischen (z. B. Stress) als auch bei klinischen (z. B. Angststörungen und Depressionen) Leiden eine signifikante Verbesserung der Symptomatik erwarten lässt. Auch für verschiedene andere spezifische Störungsbilder werden achtsamkeitsbasierte Therapieverfahren herangezogen, so etwa zur Behandlung von PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Dialektisch Behaviorale Therapie – DBT – nach Marsha Linehan, 1995), zur Behandlung bei Meidungsverhalten (ACT - Akzeptanz - und Commitment Therapie nach Hayes, 2001) sowie – und darum soll es in der vorliegenden Diplomarbeit schwerpunktmäßig gehen – zur Rückfallprävention von Depressionen: die Mindfulness Based Cognitiv Therapy (MBCT) nach Segal, Williams und Teasdale (2000). Es ist leicht erkennbar, dass die Achtsamkeitsintervention in unmittelbarer Relation zu depressiven Erkrankungen stehen kann, nämlich als Gegenkonzept zu der Negativspirale aus maladaptiven Bewertungen der eigenen Gedanken und Gefühle. Wie diese beiden Konzepte, Achtsamkeit und Depressionen, im Speziellen zusammenhängen, soll in der vorliegenden Diplomarbeit genauer erörtert werden. Eine aktuelle Anleitung und Übersicht der Arbeit mit Achtsamkeit speziell für PsychotherapeutInnen und BeraterInnen findet sich in dem Lehrbuch von Zarbock, Amman, und Ringer (2012).

Wie oben erwähnt, zeigt eine Intervention mittels Achtsamkeitstechniken bei Depressiven eine gute Wirkung. So geht auch aus den Forschungsergebnissen von Segal et al. (2000) geht hervor, dass eine Achtsamkeitsintervention bei wiederholt depressiven Patienten (ab dem 3. depressiven Rezidiv) wirkungsvoll ist. Bemerkenswerterweise ist die Intervention allerdings bei Ersterkrankten (im Gegensatz zu längerfristig Erkrankten) wirkungslos bzw. gegebenenfalls sogar kontraindiziert (Segal et al., 2000). Im Rahmen eines am Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg (IVAHA) unter der Leitung von Dr. phil. Gerhard Zarbock geplanten Projektes der Entwicklung von achtsamkeitsbasierten Therapieangeboten für depressive Patienten (ATPD, Achtsamkeitsbasierte Therapie und Prophylaxe der

Depression) ergab sich die Fragestellung, ob und gegebenenfalls wie Achtsamkeit auch zur Erst-Behandlung von depressiven Patienten eingesetzt werden könnte. Im Zuge dessen geht es in der folgenden Diplomarbeit darum, das Konstrukt der Achtsamkeit noch genauer zu differenzieren, als dies bisher geschehen ist und dabei des Weiteren zwischen den verschiedenen Ausprägungen von depressiven Erkrankungen zu unterscheiden. Hier spielen besonders auch die beiden Konstrukte Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung eine Rolle, welche als auslösende Faktoren bei der Entstehung von Depressionen betrachtet werden können (Hautzinger, 2003). Auch wird es notwendig sein, die Erhebung von Achtsamkeit mittels Fragebögen zu überprüfen und etwaige Unklarheiten in den Testinstrumenten zu identifizieren.

Die vorliegende Diplomarbeit ist in drei übergeordnete Abschnitte unterteilt, nämlich einen theoretischen, einen empirischen und schließlich einen Diskussionsteil. Im theoretischen Teil der Arbeit werden Begriffsbestimmungen zur Achtsamkeit sowie Erläuterungen der Rolle der Achtsamkeit im Buddhismus bzw. in der Psychologie gegeben und Achtsamkeit von verwandten Konstrukten abgegrenzt. Des Weiteren wird Grundlegendes zu Depressionen und achtsamkeitsbasierten Therapieverfahren (im Speziellen der achtsamkeitsbasierten Therapie von Depressionen) erörtert. Im empirischen Teil werden Studiendesign, Erhebungsinstrumente, die zentralen Fragestellungen sowie abgeleitete Hypothesen und schließlich die deskriptiv- und inferenzstatistische Datenanalyse dargestellt. Im abschließenden Diskussionsteil erfolgt eine zusammenfassende Ergebnisdarstellung und Interpretation sowie zuletzt mögliche Kritikpunkte der Arbeit und ein Ausblick für die zukünftige Forschung.

THEORIE UND FORSCHUNGSSTAND

1 ACHTSAMKEIT: BEGRIFFSBESTIMMUNG

Mit Synonymen wie „Aufmerksamkeit“, „Genauigkeit“ oder „Interesse“ wird der Terminus Achtsamkeit im Deutschen Duden (2009) beschrieben. Tatsächlich wird jener Leser, welcher sich bisher nicht näher mit der Thematik auseinandergesetzt hat, den Terminus Achtsamkeit vermutlich schon des öfteren gehört haben und mit dem sorgfältigen, aufmerksamen Ausführen einer Aufgabe assoziieren. Ein Beispiel aus dem Alltag soll dies verdeutlichen: in den Wiener öffentlichen Verkehrsmitteln wird der Fahrgast auf den Spalt zwischen Bahnsteig und U-Bahntüre hingewiesen mit der Aufforderung: „Bitte seien Sie achtsam!“, womit wohl eher die eben genannte landläufige Auffassung von Achtsamkeit (im Sinne von Aufmerksamkeit) angesprochen wird.

Bei tieferem Einblick in das Modell der Achtsamkeit aus buddhistischer sowie psychologischer Perspektive wird jedoch transparent, dass Achtsamkeit in jenem Sinne weitaus mehr bedeutet. Um in die Thematik der psychotherapeutischen Intervention mittels Achtsamkeit einzuführen, ist es also zunächst einmal notwendig zu vermitteln, was mit dem Begriff "Achtsamkeit" aus psychologischer Perspektive überhaupt gemeint ist. Zu diesem Zweck sei zu Beginn ein kurzer, überblicksartiger Einblick in die Philosophie des Buddhismus allgemein gegeben, aus welcher das Streben nach bzw. die Kultivierung von Achtsamkeit entsprungen ist, mit besonderem Schwerpunkt auf Achtsamkeit im Speziellen im Buddhismus. Im Anschluss sei auf Achtsamkeit aus psychologischer Sicht eingegangen, mit besonderem Augenmerk auf die Definitionsversuche von Kabatt-Zinn (2003) und Bishop et al. (2004). Es folgt eine exakte Differenzierung zwischen den Modellen der Aufmerksamkeit, Vigilanz, Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung, um diese von dem, in mancherlei Hinsicht ähnlichem, im Endeffekt jedoch sehr unterschiedlichen Modell der Achtsamkeit abzugrenzen.

1.1 Ursprung der Achtsamkeit – Buddhismus

1.1.1 Buddhismus - Überblick

Der Buddhismus ist eine hochkomplexe und äußerst umfangreiche Philosophie, welche im Rahmen dieser Diplomarbeit nur grob und ohne Anspruch auf Vollständigkeit erläutert werden kann. Dennoch wird der Versuch unternommen, zumindest eine Idee dessen

zu vermitteln, was die Philosophie des Buddhismus in ihrem Kern ausmacht. Je nach Lokalisation haben sich in Asien darüber hinaus verschiedene Schulen des Buddhismus mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen herausgebildet. So findet sich der *Theravada* Buddhismus („Lehre der Ältesten“), vorwiegend in Sri Lanka und Südostasien, der *Zen* Buddhismus findet Verbreitung in China und Japan und der *Mahayana* sowie *Vajrayana* Buddhismus ist primär in Tibet vorzufinden (vergleiche Heidenreich & Michalak, 2004, S. 27). Es sei im folgenden Abschnitt so weit wie möglich auf die gemeinsamen Aspekte der verschiedenen buddhistischen Traditionen eingegangen:

In einer umfangreichen schriftlichen Sammlung bestehen die Lehrreden des *Buddha*, welcher frei übersetzt als „der vollkommen Erwachte“ bezeichnet werden kann (siehe Nyanaponika, 1969), aus einer dreiteiligen Erlösungslehre (*Ti-Pitaka*: wörtliche Übersetzung = Dreikorb bzw. modifiziert: Pali-Kanon), „*Dhamma*“ genannt (siehe Nyanatiloka, 1989). Der Begriff „Dhamma“ kann vielfältig übersetzt werden und bedeutet auf Pali u.a.: ‚Vertrag‘, ‚Naturgesetz (Lehre des Buddha)‘, ‚Wahrheit‘, ‚Gerechtigkeit‘ oder auch ‚Daseinserscheinung‘ (siehe Nyanatiloka, 1989). Neben dem Buddha und dem Dhamma bekennt sich der Buddhist zur „*Sangha*“ (der Gemeinde). Buddha, Dhamma und Sangha – der Erwachte, die Lehre und die Gemeinde – werden von dem Buddhist als die „Drei Juwelen“ oder die „Dreifache Zuflucht“ (*triratna*) bezeichnet (siehe Bechert & Gombrich, 1989) – der Buddhist zeigt sich mit Anerkennung dieser als Anhänger der Buddha-Lehren (Nyanatiloka, 1989).

Der historische Buddha selbst war, nach asiatischer Überlieferung, kein Gott, sondern ein Mensch mit Namen *Siddharta* (dt.: „der das Ziel erreicht hat“, Bechert & Gombrich, 1989), *Gautama*, auch genannt *Sakyamuni* (dt.: „der Weise aus dem Geschlecht der Sakyas“, Bechert & Gombrich, 1989), welcher „aus eigener Anstrengung die endgültige Erlösung vom Leiden und höchste Weisheit gewann und zum unvergleichlichen Menschheitslehrer und großen Vorbild wurde.“ (Nyanatiloka, 1989, S. 2). Der Buddha, der vollkommen Erwachte und damit von jeglichem (psychologischen) Leid Befreite, erreichte dies hiernach – so die Überlieferung – allein durch die strenge Geistesschulung mit Hilfe von *Meditation* (im Deutschen Duden 2009: „(sinnende) Betrachtung, kontemplative Versenkung“) und zeigte somit beispielhaft, dass die vollständige Freiheit von Leid ein für jeden Menschen erreichbarer Zustand ist. Der Buddhismus unterscheidet sich damit von den beiden großen Weltreligionen Christentum und Islam insofern, als in jenen beiden für die Erlösung der Menschheit der Glaube an eine Gottheit Grundvoraussetzung ist (siehe Bechert & Gombrich, 1989). In den Lehren des Buddha ist die Voraussetzung zur Befreiung nicht außerhalb, sondern innerhalb des Menschen, nämlich in dessen eigenem Geist, angesiedelt.

Der Kern der überlieferten Lehren des Buddha gestaltet sich wie folgt:

Durch das generelle menschliche Unverständnis über die “*Vier edlen Wahrheiten*”, nämlich:

1. Die edle Wahrheit vom *Leiden* (da alle Dinge vergänglich sind, bedeuten alle Dinge Leid = *dukkha*);
2. Die edle Wahrheit von der *Leidensentstehung* (Begehren bzw. Anhaften an jener Vergänglichkeit führt zu Leid);
3. Die edle Wahrheit von der *Leidens-Erlöschung* (das Nicht-Anhaften befreit von Leid);
4. Die edle Wahrheit von dem zur *Leidens-Erlöschung führenden Pfad* (der *mittlere, achtfache Pfad*: bestehend aus der rechten Erkenntnis, der rechten Gesinnung, der rechten Rede, dem rechten Tun, dem rechten Lebensunterhalt, der rechten Anstrengung, der rechten Achtsamkeit und der rechten Sammlung)

lebt die Menschheit in Unwissenheit und ist somit dem ewigen Kreislauf des immer wiederkehrenden Leides unterworfen (siehe Nyanatiloka, 1989).

1.1.2 Achtsamkeit im Buddhismus

Bereits in der bis zu 2500 Jahre zurückgehenden Tradition des Buddhismus (Nyanaponika, 1969) findet sich die Vorstellung von Achtsamkeit als einem der wichtigsten Aspekte in jener Lehre, um dem Kreislauf des immer wiederkehrenden Leidens zu entgehen: „Achtsamkeit ist die aufmerksamkeitsbezogene Haltung, die den meditativen Praktiken aller buddhistischen Traditionen zugrunde liegt.“ (Gethin, 1998, zitiert nach Hölzel, 2007, S. 4) und “daher wurde die Entfaltung der Achtsamkeit vom Buddha mit recht als ‘der einzige Weg’ bezeichnet” (Nyanaponika, 1969, S. 17). Vers 21 des *Dhammapada*, einer Sammlung von Lehrreden des Buddha, beginnt mit dem Ausspruch: “*Appamado amatapadam*”, was so viel bedeutet wie: “Achtsamkeit ist der Weg zum Todlosen” und weiter: “Unachtsamkeit (ist) der Weg zum Tod. Wer achtsam lebt, der stirbt nicht mehr. Doch der Unachtsame ist schon

wie tot.“ (siehe Schiekel, 1998, S. 2). Weiter zeigt Nyanaponika (1969, S. 11) in seiner freien Übersetzung aus den Lehrreden des Buddha von den vier “Grundlagen der Achtsamkeit” (*Satipatthāna-Sutta*) die höchste Relevanz der Achtsamkeit für den Buddhismus auf, welcher den primären Stellenwert der Achtsamkeit im Buddhismus und der damit einhergehenden Geistesschulung zusammenfassend unterstreicht:

„Es gibt einen einzigen (und direkten) Weg, ihr Jünger, der zur Läuterung der Wesen führt (d. i. zur Klärung des Geistes von aller Wirrsal); (...) und zur Verwirklichung der Wahnerlöschung, *Nibbana*. Und dieser Weg besteht in der Ausbildung der vier Grundlagen der Achtsamkeit.“

Was nun aber ist gemeint mit der Ausbildung von *rechter* Achtsamkeit (“*samma-sati*”) aus buddhistischer Perspektive – nach Nyanaponika (1969) meint der historische Buddha, jener vollkommen Erwachte mit der Entwicklung rechter Achtsamkeit eine höhere “Bewusstseins-Klarheit und Bewusstseins Intensität sowie die Gewinnung einer zunehmend von Fehlerquellen gereinigten Wirklichkeitserkenntnis” (Nyanaponika, 1969, S. 20). Konkreter bedeutet dies die von subjektiven Bewertungen und Vorurteilen befreite Wahrnehmung der (Um-)Welt und damit die „Grundlage (...) für die buddhistische Hauptmeditation: die Betrachtung aller Daseinsvorgänge als veränderlich, unbefriedigend und substanzlos.“ (Nyanaponika, 1969, S. 19). Achtsamkeit per definitionem ist also ein Geisteszustand, welcher sowohl Mittel zum Ziel als auch Zweck (Ziel) selbst ist. Rechte Achtsamkeit aus buddhistischer Perspektive kann somit verstanden werden als die Rückbesinnung auf die bereits im Menschen vorhandene wahre (echte, reine) Wahrnehmung, ein Weg zur Erleuchtung bzw. Erkenntnis (*bodhi*, siehe Nyanatiloka, 1989), die „Befreiung des Geistes“ und die „Entfaltung (...) höchsten Menschentums“ (Nyanaponika, 1969, S. 21).

Zu klarem Bewusstsein und der Freiheit von Leid soll also die Kultivierung von Achtsamkeit nach der Lehre des Buddhismus führen; wie aber nun ist dies nach buddhistischer Tradition in der Praxis zu erreichen: Die buddhistische Lehre proklamiert als Lösungsweg zwei Arten der Meditation: die *Vipassana*-Meditation (dt.: Achtsamkeitsmeditation; Hellblick, ist das aufblitzende *intuitive Erkennen*, Nyanatiloka, 1989) und die *Samatha*-Meditation (dt.: Ruhe, Gemütsruhe, Nyanatiloka, 1989). *Vipassana* bezeichnet demnach jene Meditation, welche als Ziel die *Einsicht* in die wahre Natur des Geistes hat. Ihr Gegenstück ist die *Samatha*-Meditation: jene soll zu Entspannung und Friedhaftigkeit, sogar zu tiefen Freude- und Glücksgefühlen führen. Im Gegensatz zu der Technik des *Vipassana*

fehlt bei der *Samatha*-Meditation jedoch der Aspekt der tiefsten Erkenntnis und Erleuchtung (siehe Snyder, 2006, 2009). Der Pfad der rechten Achtsamkeit (*Satipatthana*), also die Kultivierung von Achtsamkeit, welcher Bestandteil des mittleren, achtfachen zur Leidensbefreiung führenden Pfades ist, wiederum hat jene *vier Grundlagen* der Betrachtung materieller und nichtmaterieller Objekte (siehe dazu Nyanatiloka, 1989 & Nyanaponika, 1969), welche im Folgenden mithilfe von Unterpunkten genauer bezüglich ihrer einzelnen Ausführungen erläutert werden:

1. Betrachtung des **Körpers** (*kāyā-nupassanā*):

- das *achtsame Ein- und Ausatmen*; womit das Wahrnehmen des Atemflusses gemeint ist, ohne den natürlichen Atemrhythmus dabei zu verändern. Dies soll zu einer tieferen und ruhigeren Atmung und damit zur Entspannung von Körper und Geist führen.
- die *achtsamen Körperhaltungen*; also die Wahrnehmung des Körpergefühls in seiner jeweiligen Position (sei es Sitzen, Liegen, Stehen etc.). Dies dient dem "erhöhten Gewahrsein des augenblicklichen körperlichen Zustandes" und soll unter anderem "körperliche und (...) geistige Ermüdungszustände verhindern" (Nyanaponika, 1969, S. 59 und S. 60).
- die *Wissensklarheit*; hier ist das reine Beobachten von jeglicher körperlicher Veränderung bzw. Aktivität gemeint, damit soll eine gewisse Distanzierung und Nicht-Identifikation mit der eigenen Körperlichkeit (damit ist auch die Nicht-Identifikation mit den eigenen Emotionen gemeint) erreicht werden.
- ebenfalls zum Zweck der Distanzierung von der Identifikation mit der eigenen Körperlichkeit dient die Aufmerksamkeit auf einzelne *Körperteile* und folgende beide Betrachtungen,
- die *vier Elemente*: "die Analyse des Körpers in die vier Grundstoffe" (Nyanaponika, 1969, S. 63), nämlich: Erde, Wasser, Feuer und Luft. Beispielsweise ruft die Achtsamkeit auf die Atmung die Assoziation Wind (Luft) hervor;
- und schließlich die *Leichenfeld-Betrachtungen*, ergo die achtsame Betrachtung von

toten und/oder verwesenen Körpern.

2. Betrachtung der **Gefühle** (*vedanā-nupassanā*):

Die *Gefühle* werden in der buddhistischen Psychologie klar von den *Emotionen* (wie z.B. "Lust, Hass, Stolz, Liebe", Nyanaponika, 1969, S. 65) differenziert. "Das unvermischte Gefühl selber, " so Nyanaponika, 1969 (S. 65) "ist ein moralisch noch undifferenzierter Zustand". Dadurch kann, bei unmittelbarer Wahrnehmung eines Gefühls, noch bevor es zur subjektiv-bewertend gefärbten Emotion wird, dieses als eine körperliche Reaktion auf einen äußeren oder inneren Stimulus erkannt und infolgedessen durch achtsame Hinwendung als nicht dem wahren, reinen Selbst zugehörig identifiziert werden. Dies geschieht mittels der Benennung des Gefühls sobald es wahrgenommen wird und zwar als "angenehm", "unangenehm" bzw. "neutral" (Nyanaponika, 1969, S. 65) Ziel dieser Übung ist es, eine Nicht-Identifikation mit der eigenen Gefühlswelt zu erreichen, jene als vergänglich zu entlarven und damit Einsicht in die unvergängliche Geistesklarheit jenseits von Wandel und Veränderung zu gelangen

3. Betrachtung des **Geistes** (*cittā-nupassanā*):

Bei dieser Übung ist die Aufgabe, den jeweiligen persönlichen Geisteszustand achtsam zu erfassen. In den buddhistischen Schriften wird dabei zwischen "heilsamen" und "unheilsamen" Geisteszuständen unterschieden (Nyanaponika, 1969, S. 68). Als gegensätzliche Geisteszustände (heilsam und unheilsam) seien hier beispielhaft "lustbehaftet und lustfrei, geistig gesammelt und ungesammelt usw." genannt (Nyanaponika, 1969, S. 68). Teil dieser Übung ist es, das jeweils auftretende Gefühl zu benennen, ohne es zu bewerten, wodurch diesem zum einen (insbesondere bei unheilsamen Zuständen) seine Bedeutung und damit auch seine Dauerhaftigkeit genommen werden soll. Zum anderen soll durch die Übung erzielt werden, dass die heilsamen Geisteszustände gefördert und weiter ausgebildet werden.

4. Betrachtung der **Geistobjekte** (*dhamma-nupassanā*) :

Die Übung der Geistobjekt-Betrachtung soll dazu führen, dass (subjektive) Gedankenkonstrukte – ergo Gedanken und deren Inhalte – welche zu Leiden führen, als illusorisch und selbstkonstruiert und damit als nicht der wahren, der "Buddha-Natur", des

Menschen zugehörig erkannt werden. Dies soll mit Hilfe verschiedener Übungen erfolgen, welche dem Meditierenden die vier edlen Wahrheiten wieder und wieder vor Augen führen und dadurch ebenso wie die vorhergehenden drei Betrachtungen zu der Realisation der Vergänglichkeit der Dinge und der Befreiung von Leid führen soll.

1.2 Achtsamkeit in der Psychologie

In der Psychologie als Wissenschaft wird der Schwerpunkt auf Objektivität und Empirie gelegt. Gegenstand der Psychologie sind vergleichbare, beobachtbare Daten, welche bestenfalls unter kontrollierten Rahmenbedingungen erhoben werden sollen. Ruch und Zimbardo (1975, S. 24) definieren Psychologie schlicht als: „die Wissenschaft vom Verhalten der Lebewesen“. In der 14. Auflage des gleichen Werkes beinhaltet die erweiterte Definition der Psychologie nach Zimbardo und Gerrig (1996, S. 4) nun auch das Erleben und Bewusstsein des Menschen: “Der Gegenstand der Psychologie sind Verhalten, Erleben und Bewusstsein des Menschen, deren Entwicklung über die Lebensspanne und deren innere (im Individuum angesiedelte) und äußere (in der Umwelt lokalisierte) Bedingungen und Ursachen”. Dennoch wurde die Psychologie bis zum heutigen Zeitpunkt vorwiegend aus verhaltenstheoretischer Perspektive erforscht. Kognitionen und Emotionen sind zwar Gegenstand der Psychologie, jedoch sollen auch diese objektiviert und ohne Zuhilfenahme des individuellen subjektiven Erlebens der VersuchsteilnehmerInnen erhoben werden. Die „subjektive Wahrnehmung und persönliche(n) Erfahrungen (wurden) im Allgemeinen als Quellen des psychologischen Verständnisses abgewertet und als außerhalb des Bereichs verifizierbaren wissenschaftlichen Wissens angesiedelt betrachtet.“ (Heidenreich und Michalak, 2004, S. 70).

Der wohl bedeutsamste Unterschied zwischen den Schulen des Buddhismus und der Psychologie des Westens ist jener, dass in der westlichen Psychologie bisher noch immer größtenteils von einer stabilen Persönlichkeit (im Sinne von einer bestimmten individuellen Veranlagung) ausgegangen wird. Die Psychologie des Buddhismus hingegen betrachtet das Selbst als ein illusorisches Konstrukt, welches durch subjektiv verzerrte Interpretationen der Wirklichkeit hervorgerufen wird. Das Bewusstsein ist, nach buddhistischer Auffassung, ständiger Veränderung unterworfen, die Vorstellung einer soliden Identität ist eine Illusion (vergleiche Heidenreich und Michalak, 2004, S. 95-96) . Bemerkenswerterweise wurde das aus dem Buddhismus stammende Konzept der Achtsamkeit jedoch gerade von Seiten kognitiv

verhaltenstherapeutisch orientierter WissenschaftlerInnen zum Forschungsgegenstand des westlichen Kulturkreises gemacht (vergleiche Heidenreich und Michalak, 2004, S. 70). Dies erscheint als eine besonders positive Richtung in der Weiterentwicklung der Psychologie insofern, als eine Brücke zwischen Empirie und Bewusstseinsforschung geschaffen wird und sich jene auf den ersten Blick gegensätzliche Disziplinen so unterstützend ergänzen können.

Einer der Pioniere der Etablierung von Achtsamkeit in den psychologischen Anwendungs- und Forschungsfeldern der westlichen Welt ist der ebenfalls aus der Tradition der kognitiven Verhaltenstherapie stammende Dr. Jon Kabatt-Zinn. Im Folgenden sei zur Einführung in die Achtsamkeit aus psychologischer Perspektive die von ihm postulierte Definition sowie erweiternd die operationale Definition von Achtsamkeit durch Bishop et al. (2004) vorgestellt. Außerdem sei auf die Wichtigkeit des Übens im Kontext der Achtsamkeit eingegangen sowie auf die damit zusammenhängende unbedingt erforderliche innere Einstellung.

1.2.1 Achtsamkeit nach Kabatt-Zinn (2003)

Erfahrungsgemäß befindet sich der menschliche Geist gewohnheitsmäßig entweder in Beschäftigung mit Gedanken (häufig auch Sorgen) über die Zukunft, Erinnerungen an die Vergangenheit oder mitunter parallel ablaufenden ständigen Anreihungen von Urteilen über die innerlich oder äußerlich wahrgenommenen aktuellen Vorstellungen und Gefühle. Dennoch ist nach Kabatt-Zinn (2003) Achtsamkeit, die Freiheit von jenen automatisch ablaufenden Aktivitäten des Geistes, ein bereits im Menschen angelegter natürlicher Zustand, welchen es gilt durch die Praxis einer achtsamen Geisteshaltung zu verstärken und immer mehr in das tägliche Leben einfließen zu lassen. Die vielfach zitierte und wohl gängigste Definition von Achtsamkeit aus psychologischer Perspektive ist jene von Kabatt-Zinn, 2003 (zit. nach Heidenreich & Michalak, 2004, S. 107):

„Das Bewusstsein, das entsteht, indem man der sich entfaltenden Erfahrung von einem Moment zum anderen *bewusst* seine *Aufmerksamkeit* widmet, und zwar im *gegenwärtigen Augenblick* und *ohne* dabei ein *Urteil* zu fällen.“

Achtsamkeit beinhaltet somit die reflektierte Reaktion auf Situationen, im Gegensatz zu der reflexartigen, affektiven „Kurzschlussreaktion“, zu der Menschen in der Regel neigen.

Achtsamkeit per definitionem ist also eine *absichtsvolle, präsente* und *wertfreie* Haltung. Absichtsvoll deshalb, weil es von einem zum nächsten Augenblick immer wieder der bewussten Entscheidung bedarf, sich in der achtsamen Wahrnehmung zu üben. Präsent, weil die achtsame Wahrnehmung im gegenwärtigen Moment verankert ist, und der gegenwärtige Moment offensichtlich der einzige Moment ist, der tatsächlich erfahren werden kann. Wertfrei, weil es bei der Kultivierung von Achtsamkeit um die Relativierung der subjektiven Kategorisierungen und die damit verbundene Befreiung von begrenzenden kognitiven und emotionalen Schemata geht. Kabatt-Zinn (2003) verweist bei seinen Ausführungen über das Wesen der Achtsamkeit außerdem auf die wichtige Rolle, die das Herz neben dem Geist für die Achtsamkeit spielt:

„Achtsamkeit (beinhaltet) auch eine liebevolle, mitfühlende Komponente (...), ein Gefühl der offenherzigen, freundlichen Gegenwart und des Interesses. (zitiert nach Heidenreich & Michalak, 2004, S. 108).“

1.2.2 Achtsamkeit nach Bishop et al (2004)

In der operationalen Definition von Achtsamkeit von Bishop et al. (2004) postulieren die Autoren ein Zwei-Komponenten-Modell der Achtsamkeit, welches im Folgenden genauer beschrieben werden soll:

Komponente 1:

Die Selbstregulation der Aufmerksamkeit

Die Selbstregulation der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Augenblick, von Moment zu Moment, führt zu einem erhöhten Grad der Wachheit und zu einem Gefühl des „Lebendigseins“. Hierzu ist die Fähigkeit notwendig, über einen längeren Zeitraum auf kleinere Veränderungen in der Umwelt sowie im eigenen Körper reagieren zu können (siehe dazu Kapitel 1.3.2 Achtsamkeit, Aufmerksamkeit und Vigilanz). Veränderungen in Gedanken, Gefühlen, der Atmung usw. sollen registriert werden. Bishop et al. betonen außerdem die Wichtigkeit zur Befähigung des „switching“, also der flexiblen Aufmerksamkeitslenkung (wieder und wieder) zurück auf den Atem. Auch ist die Fähigkeit erforderlich, Gedanken zu

beobachten ohne sie zu bewerten. Die Rückbesinnung auf den Atem unterstützt diesen Prozess. Achtsamkeit im Sinne von Selbstregulation ist eine metakognitive Fähigkeit, da hiermit eine Kontrolle der Gedanken und des Bewusstseinsstroms erzielt wird.

Komponente 2:

Die neugierige, offene und akzeptierende Art der Aufmerksamkeitslenkung

Die Art und Weise wie die Dinge achtsam wahrgenommen werden ist jene der direkten Erfahrung; so als würden die Dinge zum ersten Mal wahrgenommen werden. Dazu gehört die absolute Akzeptanz dessen, was im jeweiligen Moment wahrgenommen wird. Bishop et al. beschreiben dies als einen „aktiven“ Prozess, da die bewusste Entscheidung für eine akzeptierende und offene Haltung vorausgeht. Achtsamkeit führt somit zur Einsicht in die Relativität und Kontextabhängigkeit von Gedanken und Gefühlen und der automatischen Gewinnung von Abstand im Gegensatz zur Identifikation mit diesen.

1.2.4 Das Üben von Achtsamkeit

Achtsamkeit kann zwar in einen theoretischen Kontext gebracht und damit auch wissenschaftlich und philosophisch verbalisiert werden. Der eigentliche Sinn und Nutzen der Achtsamkeit entfaltet sich jedoch erst dann, wenn sie praktiziert und ihre Auswirkungen selbst erfahren werden:

„Achtsamkeit ist nicht einfach nur eine gute Idee, bei der jemand (...) beschließen kann, ab sofort im gegenwärtigen Augenblick zu leben. (...) Stattdessen ähnelt Achtsamkeit einer Kunstform, die man nur im Laufe der Zeit entwickeln kann und die sich durch regelmäßiges diszipliniertes Üben auf einer täglichen Basis – sowohl formell als auch informell – beständig verbessert. (Kabatt-Zinn, 2003, zitiert nach Heidenreich & Michalak, 2004, S. 115-116)

Eine achtsame Geisteshaltung wird dadurch erzielt, dass Achtsamkeit praktiziert wird. Die tägliche Praxis ist deshalb ein Kernelement der Etablierung eines auf Achtsamkeit beruhenden Lebens. Der wohl wichtigste Aspekt während der Achtsamkeitsübung ist die

innere Einstellung. Dazu kann ein Vergleich mit dem Vorgang des Einschlafens herangezogen werden: zwar benötigt der Mensch in der Regel bestimmte Voraussetzungen, um Einschlafen zu können (eine ruhige Umgebung, angenehme Temperatur usw.), jedoch geht es in der letzten Konsequenz darum, die Kontrolle abzugeben, um tatsächlich einschlafen zu können. Ähnliches gilt für den Versuch, sich absichtlich zu entspannen; dies führt mit großer Wahrscheinlichkeit, insofern die innere Haltung nicht gegeben ist, eher zu Verspannung als zu dessen Gegenteil (vergleiche Kabat-Zinn, 2011, S. 59). Um diese innere Haltung auszubilden, geht es darum, sich wieder und wieder, von Augenblick zu Augenblick, um eine innere Haltung zu bemühen, welche für einen achtsamen Geisteszustand förderlich ist.

Folgende sieben Säulen der *inneren Grundhaltung* nach Kabatt-Zinn (2011, S. 60-70) stützen die Kultivierung von Achtsamkeit:

1. *Nicht-Urteilen*

Zu betonen ist hier die Rolle des „inneren Beobachters“, der in der Lage ist, seine eigenen Erlebnisse mit einem gewissen Abstand wahrzunehmen. Anders als die gewohnte Art, in der Menschen in der Regel denken (nämlich in „schwarz-weiß“ Kategorien), geht es bei der Haltung des Nicht-Urteilens darum, die eigenen Gedanken und Gefühle einfach nur wahrzunehmen und zu registrieren wie sie auftauchen und auch wieder vorüber gehen, ohne sie gedanklich als gut oder schlecht, falsch oder richtig „abzustempeln“.

2. *Geduld*

Wie ein Samen seine eigene Zeit braucht, um zur Pflanze heranzuwachsen, so braucht auch die Kultivierung von Achtsamkeit ihre Zeit und kann nicht künstlich forciert werden. Aufbauend auf jenem Wissen ist eine innere Haltung der Geduld grundlegend.

3. *Anfängergeist*

Vorurteile und (selbstkonstruierte) gedankliche und emotionale Schemata sollen gehen gelassen werden und die Praktizierende soll sich darauf einlassen, die Dinge so wahrzunehmen, als sähe sie diese zum ersten Mal.

4. *Vertrauen*

Es soll vor allem in sich selbst (die eigene, intuitiv wahrgenommene Wahrheit) und die eigene innere Stimme vertraut werden. Dies soll besonders auch im Gegensatz zu dem Nacheifern von Lehrern oder anderen Autoritäten geübt werden.

5. *Nicht-Erzwingen*

Die Ausrichtung auf eine Ziel, die wir aus quasi jeder Aktivität des normalen Alltages kennen, soll bei der achtsamen Haltung dem Gegenteil Platz machen: dem „aktiven Nichts-Tun“ (S. 65). Die Dinge sollen nicht künstlich verändert, sondern so gelassen werden, wie sie sind.

6. *Akzeptanz*

„Akzeptanz bedeutet, die Gegenwart so zu nehmen, wie sie ist“ (S. 67). Der Kampf gegen das, was ist, führt zu Energieverschwendung und Stress. Es ist dabei jedoch wichtig zu betonen, dass mit Akzeptanz keine passive Einstellung, sondern „die Bereitschaft, die Dinge so zu sehen wie sie sind“ (S. 67) gemeint ist. Von diesem Standpunkt ist es eine weitaus gesündere Reaktionsweise auf die verschiedensten Situationen möglich.

7. *Loslassen*

Die Haltung des Nicht-Anhaftens an Gedanken, Gefühlen, Dingen, Menschen, Situation usw. ist essentiell für die Praxis von Achtsamkeit. Kabatt-Zinn (2011, S. 70) verweist hier auf das Beispiel des Einschlafens: gelingt dieses nach dem zu Bett gehen Problemlos, so ist eine Haltung des Nicht-Anhaftens erreicht. Diese Geisteshaltung gilt es auch mit in den Wachzustand zu nehmen.

1.3 Abgrenzung des Achtsamkeitskonstrukts

Da die Bedeutung des Begriffes Achtsamkeit aus buddhistischer und psychologischer Perspektive aufgrund der Wortbedeutung im Alltagsgebrauch - wie weiter oben erläutert - leicht missverstanden werden kann, sowie aufgrund der hohen Komplexität des rechten Verständnisses von Achtsamkeit sei im Folgenden eine differenzierte Betrachtung der Konstrukte Vigilanz, Aufmerksamkeit, Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung gegeben sowie als Unterpunkt eine exakte Unterscheidung zwischen Selbst-Rumination und Selbst-Reflexion, welche eine der Kernpunkte der vorliegenden Arbeit darstellt und jene mit Begriff und Bedeutung der Achtsamkeit verglichen, um diese klar von den vorher genannten abzugrenzen. Dies ist auch in Bezug auf die spätere Fragestellung, in welcher Selbstaufmerksamkeit sowie Lageorientierung genauer beleuchtet werden sollen, von höchster Relevanz.

1.3.1 Achtsamkeit, Aufmerksamkeit und Vigilanz

Nach Häcker und Stapf (2009, S. 87) ist *Aufmerksamkeit* definiert als: „die auf die Beachtung eines Objekts (Vorgang, Gegenstand, Idee usw.) gerichtete Bewusstseinshaltung, durch die das Beobachtungsobjekt apperzipiert wird.“ Der Begriff Apperzeption stammt nach Häcker und Stapf (2009, S. 59) von dem lateinischen Wort *appercipere* ab und bedeutet „etwas hinzu bemerken“. Aufmerksamkeit steht demnach in direktem Zusammenhang mit der Verarbeitung von Stimulus-Informationen; das heißt durch die Aufmerksamkeitsaktivierung verändert sich ein Reiz insofern, als jener von Seiten des Subjekts anders wahrgenommen bzw. überhaupt bemerkt wird. Außerdem „tritt auf der Objektseite ein Herausheben bestimmter Teilinhalte (...), auf der Subjektseite ein erhöhter, konzentrierter Einsatz des ‚Aufnahme- und Verarbeitungsapparates‘ ein.“ (Häcker & Stapf, 2009, S. 87) Aufmerksamkeit meint also die Fokussierung auf einen ganz spezifischen Reiz oder Stimulus und die gleichzeitige Ausblendung irrelevanter Informationen.

Vigilanz (Wachsamkeit) ist definitionsgemäß „der Zustand oder der Grad der Bereitschaft, kleine Veränderungen, die in der Umwelt in zufallsverteilten Zeitintervallen auftreten, zu erkennen und auf sie zu reagieren. Vigilanz ist also die Beobachtungsleistung bei länger dauernden Beobachtungssituationen.“ (Häcker & Stapf, 2009, S. 1075).

Der Unterschied zwischen Aufmerksamkeit und Vigilanz liegt gemäß jenen

Definitionen demnach darin, auf welche Art von Reizen das Subjekt reagiert: bei der Aufmerksamkeit sind es überdauernde Reize und das Subjekt befindet sich in einem dauerhaften Level der Fokussierung; bei der Vigilanz handelt es sich um Reize, welche in bestimmten (nicht konstanten) Zeitintervallen auftreten, das Level der Fokussierung ist hier eher schwankend.

Achtsamkeit unterscheidet sich von Aufmerksamkeit und Vigilanz insofern, als letztere beide lediglich einen Teilaspekt der Achtsamkeit darstellen, das gesamte Konstrukt Achtsamkeit jedoch, wie oben ausführlich erläutert, weit über die bloße Aufmerksamkeits-, oder Vigilanzleistung hinausgeht. Achtsamkeit wird „häufig auch als `reine Aufmerksamkeit` gegenüber geistigen Ereignissen und Prozessen beschrieben“ da „ nur eine minimale Filterung durch Bewertungen und Analysen stattfindet.“ (Heidenreich & Michalak, 2004, S. 73).

1.3.2 Achtsamkeit und Selbstaufmerksamkeit

Ausgehend von den Forschungsarbeiten von Duval und Wicklund (1972) hat sich der Begriff der (objektiven) Selbstaufmerksamkeit entwickelt. Diese bezeichnet nach Ingram (1990, S. 156) „an awareness of self-referent, internally generated information that stands in contrast to an awareness of externally generated information derived through sensory receptors“. Der Begriff *objektive* Selbstaufmerksamkeit mag zunächst verwirrend erscheinen, da hiermit nicht die unverfälschte, nicht subjektive Selbstaufmerksamkeit, sondern die Aufmerksamkeit auf das eigene Selbst als Objekt gemeint ist. Im Gegensatz dazu bezeichnet die *subjektive* Selbstaufmerksamkeit die Aufmerksamkeitsrichtung von dem eigenen Selbst weg auf die Umwelt. In den folgenden Ausführungen ist mit dem Begriff Selbstaufmerksamkeit stets die *objektive* Selbstaufmerksamkeit gemeint.

Der Zustand der Selbstaufmerksamkeit kann nach Fenigstein, Scheier und Buss (1975) weiter in *private* bzw. *öffentliche* Selbstaufmerksamkeit unterteilt werden. Bei der privaten Selbstaufmerksamkeit liegt der Fokus der Aufmerksamkeit der Person auf den von jener selbst wahrnehmbaren Selbstaspekten, wie Gedanken oder Stimmungen; also der Aufmerksamkeitslenkung nach „Innen“. Private Selbstaufmerksamkeit tritt bei jenen Personen auf, welche im Generellen auf die eigene Person konzentriert sind (im Sinne eines *Trait*-Merkmals) . Im Zustand öffentlicher Selbstaufmerksamkeit konzentriert sich die Person auf die von anderen Menschen wahrnehmbaren Aspekte ihrer selbst, wie beispielsweise das Aussehen (Fenigstein et al., 1975). Öffentliche Selbstaufmerksamkeit tritt bei jenen Personen

auf, welche die Aufmerksamkeitslenkung – im Gegensatz zur privaten Selbstaufmerksamkeit – nicht dispositionell auf sich selbst vollziehen, sondern nur in tatsächlichen oder imaginierten sozialen Situationen. Private Selbstaufmerksamkeit weist in zahlreichen Studien Zusammenhänge mit Depressivität auf und objektive Selbstaufmerksamkeit führt analog dazu zu einer verstärkten Wahrnehmung negativer Empfindungen (vergleiche Hoyer, 2000) .

Der maladaptive Prozess der Aufmerksamkeitsrichtung auf die eigene Person kann wie folgt beschrieben werden: Selbstaufmerksamkeit führt nach Duval und Wicklund (1972) dazu, dass ein Vergleich zwischen Real-, und Idealselbst angestellt wird. Fällt dieser Vergleich negativ aus – was häufig der Fall sein kann, da das Idealselbst eine utopische Vorstellung der eigenen Person ist – wird als nächster Schritt der Versuch unternommen, jene negativen Diskrepanzen zu verringern. Dies geschieht entweder, indem das jeweilige Verhalten geändert, also die Aufmerksamkeit nach außen gelenkt wird. Oder die Person reagiert mit Abwehrmechanismen im Sinne von Vermeidung, welche in Depressionen oder Substanzmissbrauch resultieren können (vergleiche Wittchen & Hoyer 2011, S. 330): Nach Pyszczynski et al. (1991) liegt die Ursache depressiver Erkrankungen in der Unfähigkeit begraben „ bei nicht reduzierbarer Diskrepanz zwischen eigenen Standards und der Realität die Aufmerksamkeit vom Selbst wegzulenken“ (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 330). Depressiv erkrankte Personen befinden sich also in einem Zustand der negativen Aufmerksamkeitslenkung auf ihr Selbst. Hull und Young (1983) zeigen in ihrer Studie, dass das Rückfallrisiko Alkoholkranker positiv mit negativen Lebensereignissen und Selbstaufmerksamkeit korreliert (vergleiche Wittchen & Hoyer, 2011, S. 331).

Es ist dabei jedoch wichtig zu betonen, dass (private) Selbstaufmerksamkeit erst dann dysfunktional wird, wenn eine Person nicht (mehr) in der Lage ist, den Zustand der Selbstaufmerksamkeit flexibel (wieder) zu verlassen beziehungsweise alternativ dann, wenn die Selbstfokussierung der Aufmerksamkeit zu der Intensivierung negativer im Gegensatz zu positiven Affekten beiträgt (vergleiche Hoyer, 2000). Das heißt, die Aufmerksamkeitslenkung auf die eigene Person per se ist noch nicht maladaptiv; das wird sie erst dann, wenn sie durch Inflexibilität gekennzeichnet ist (Hoyer, 2000).

Achtsamkeit und Selbstaufmerksamkeit teilen den Aspekt der Kanalisierung der Aufmerksamkeit auf das eigene Erleben, auf die Person selbst. Der entscheidende Unterschied zwischen Achtsamkeit und Selbstaufmerksamkeit liegt jedoch in der Betonung der *nichtwertenden* Aufmerksamkeit, welche die Achtsamkeit (-übung) auszeichnet. Achtsamkeit impliziert Kontrolle über die Art und Weise der Aufmerksamkeitslenkung. „Achtsamkeit ist nicht gleichbedeutend mit Nachdenken“ (Heidenreich & Michalak, 2004, S. 73). Bei der

(dysfunktionalen) objektiven Selbstaufmerksamkeit ist das Gegenteil der Fall: die Person im Zustand dysfunktionaler Selbstaufmerksamkeit bewertet ihre eigenes Selbst als negativ und gerät durch ungünstige Attribuierungsmuster und Verhaltensreaktionen in gesundheitsschädliche kognitive Verkettungen.

1.3.2.1 Selbst-Rumination versus Selbst-Reflexion

In ihrer Forschungsarbeit zeigen Trapnell und Campbell (1999), dass Introspektion im Sinne von privater Selbstaufmerksamkeit nach Fenigstein et al. (1975) nicht als einheitliches Konstrukt betrachtet werden kann. Vielmehr lassen sich nach Trapnell und Campbell (1999) zwei verschiedene Arten der Aufmerksamkeitslenkung auf das innere Erleben unterscheiden: die *Selbst-Rumination* und die *Selbst-Reflexion*; wobei je nach Art und Weise der Aufmerksamkeitslenkung unterschiedliche Kognitionen und Verhaltensweisen resultieren können. Die *Selbst-Rumination* oder umgangssprachlich das Grübeln zeichnet sich durch negative Selbstbewertungen und der Angst zu Versagen sowie Vermeidungsverhalten aus. Gemäß Nolen-Hoeksema (2008) verschlimmert Rumination depressive Zustände, steigert eine negative Denkweise, beeinträchtigt Problemlösestrategien, behindert instrumentelles (ergo zielgerichtetes) Verhalten und untergräbt soziale Unterstützung. *Selbst-Reflexion* hingegen ist durch Neugier und Interesse an der eigenen Gefühls- und Gedankenwelt sowie Annäherungsverhalten geprägt. Diese beiden gegensätzlichen Arten der Selbstanalyse führten zu dem Ausdruck “Selbst-Absorptions Paradox” (Trapnell & Campbell, 1999). Bemerkenswerterweise führt die Aufmerksamkeitslenkung nach Innen also im einen Fall zu positiven, im anderen Fall zu negativen Resultaten, abhängig von der *Art und Weise* der Aufmerksamkeitslenkung einer Person auf sich selbst.

1.3.3 Achtsamkeit und Lageorientierung

Das Konstrukt der Lageorientierung baut auf der Theorie der Handlungskontrolle auf (Kuhl, 1987), welche die Art und Weise beschreibt, auf welche Menschen (unter Stress) Aktionen setzen. Ein handlungsorientierter Mensch setzt den Fokus auf die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten, die ihm in einer bestimmten Situation zur Verfügung stehen und legt dabei ein aktives, zielgerichtetes Verhalten an den Tag. So lange, bis das eigentliche Ziel erreicht ist. Die *Lageorientierung* hingegen beschreibt einen nicht intendierten Zustand, in

welchem Personen statt mit den Handlungsmöglichkeiten in einer bestimmten Situation so sehr mit Gedanken über ihre Lage in Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft beschäftigt sind, dass daraus eine Handlungshemmung resultiert. Das begleitende „sich Gedanken machen“ oder Grübeln wird auch als *Rumination* bezeichnet (vergleiche Kapitel 1.3.2.1).

Lageorientierte hemmen sich durch ihre maladaptiven Kognitionen selbst in ihren Handlungsmöglichkeiten, indem sie entweder ruminieren statt zu handeln oder sich durch ihre ungünstigen Kognitionen während einer Tätigkeitsausführung selbst boykottieren. Es ist bei dem Konstrukt der Lageorientierung außerdem zu betonen, dass es sich hierbei offensichtlich nicht um einen Mangel an Motivation oder der generellen Unfähigkeit, Aktionen zu setzen handelt. Lageorientierte Menschen *wollen* handeln, es mangelt ihnen jedoch an der Umsetzung. Vielmehr legen Lageorientierte eine sich selbst hinderliche *erlernte* Art und Weise des Denkens an den Tag. Sie lenken die Energien, die ihnen zur Verfügung stehen, gegen sich, statt diese selbstwert- und gesundheitsförderlich einzusetzen. Dies steht im engen Zusammenhang mit Depressionen und dem Konzept der *erlernten Hilflosigkeit* (Seligman, 1967) und wird im weiteren Verlauf genauer erörtert (siehe Kapitel 3.2).

Über einen bestimmten Zustand zu reflektieren im Sinne von „erst Denken, dann Handeln“, kann allerdings durchaus hilfreich und notwendig sein. Wie bei dem Konzept der Selbstaufmerksamkeit ist nämlich auch die Lageorientierung *per se* nicht unbedingt als negativ zu bewerten. Problematisch wird es erst dann, wenn der die Fokussierung auf die jeweilige Lage rigide wird und der Betroffene nicht mehr fähig ist, diesen Zustand flexibel zu verlassen und damit quasi in der Selbstreflexion „stecken“ bleibt.

Nach Kuhl (2001) und seiner PSI Theorie (Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen), einer umfassenden Persönlichkeitstheorie mit dem Versuch die verschiedensten psychologischen Schulen sowie neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse in einem Modell zu integrieren, ist die erfolgreiche Bewältigung von Anforderungen im Sinne der Handlungsorientierung am ehesten dann gegeben, wenn sich ausgeprägte *Sensibilität* mit ausgeprägter *Selbstregulation* verbindet. Handlungsorientierte Menschen sind also keineswegs unsensibler oder abgestumpfter als lageorientierte Personen. Vielmehr haben sie gelernt, eine andere, weitaus günstigere Form des Umgangs mit Herausforderungen anzuwenden als Lageorientierte. Das bedeutet, es bedarf zur erfolgreichen Bewältigung von unterschiedlichen Situationen sowohl der empfindsamen Wahrnehmung unangenehmer emotionaler Zustände (wie Ängsten oder schmerzhaften Erlebnissen) als auch der persönlichen Reflexion dieser Situationen. Kuhl (2001) bezeichnet diesen Vorgang als *emotionale Dialektik*. Die Ursache der Entwicklung von Handlungs- bzw. Lageorientierung

liegt nach Kuhl (2001) in der Mutter-Kind Interaktion der frühen Lebensjahre und damit zusammenhängenden Lernerfahrungen und resultierenden Selbstregulationsstrategien.

Lageorientierung unterscheidet sich von Achtsamkeit insofern, als dass sich die lageorientierte Person voll und ganz mit den eigenen (misslichen) Gedanken identifiziert und unfähig ist, diesen Zustand zu kontrollieren bzw. flexibel wieder zu verlassen. Die innere Haltung des *Loslassens* und der *Akzeptanz* (siehe Kapitel 1.2.4), welche in der Achtsamkeitspraxis von essentieller Wichtigkeit sind, stellen das genaue Gegenteil dieser gedanklichen Identifikation dar.

2 ACHTSAMKEIT UND NEUROWISSENSCHAFTEN

Zur Erforschung der Auswirkungen von Achtsamkeit werden nicht nur Fragebogen sondern auch neurowissenschaftliche Verfahren herangezogen. Im Folgenden wird nicht spezifisch zwischen Meditation im Allgemeinen und der Achtsamkeitsmeditation im Speziellen unterschieden – wenngleich im Klinischen Kontext primär der Terminus Achtsamkeitsmeditation eine gewisse Popularität erreicht hat – da etwaige Art der Meditation nachweisbar zu größtenteils homogenen Effekten führt (siehe im Folgenden Luders et al, 2009) und Achtsamkeit sowohl als Prozess als auch als Ergebnis in der Meditationspraxis generell mit inbegriffen ist: „Achtsamkeit ist das Kernstück der Lehren des Buddha“ (Kabat-Zinn, 2004, zitiert nach: Geist, 2010, S. 13).

Lazar et al. (2000) führten die erste funktionelle Magnetresonanztomografie Studie durch, in welcher die Forschergruppe untersuchte, welche Gehirnregionen bei Langzeitmeditierenden bei einer einfachen Meditationsübung aktiv sind. Es zeigte sich, dass durch das Meditieren Gehirnareale aktiviert werden, die an der Aufmerksamkeitsregulation und der Regulation des autonomen Nervensystems beteiligt sind – weiter verlangsamte sich während der Meditation bei den Teilnehmern die Atmung stark, was eine Veränderung des Herz-Kreislauf-Systems zur Folge hatte (Lazar et al, 2000). Verschiedene Verfahren, die mittlerweile zur Hirnstrom-, bzw. Hirnstrukturmessung eingesetzt werden sind die folgenden: Elektroenzephalographie (EEG), Funktionelle bzw. strukturelle Magnetresonanztomographie (MRT) und Voxel-basierte Morphometrie (kurz VBM). Während es eine Vielzahl an Forschung zur Auswirkung der Achtsamkeitsmeditation mit Hilfe psychometrischer Verfahren gibt, ist derzeit noch (immer) verhältnismäßig wenig empirisch belegte neurowissenschaftliche Forschung zur Wirksamkeit des Meditierens vorhanden. Da jedoch mit der neurowissenschaftlichen Achtsamkeits-Forschung die Bandbreite dieser um einen höchst interessanten Aspekt ergänzt wird,

sollen jene aktuellen Ergebnisse und damit die empirisch belegten Auswirkungen des Meditierens auf das Gehirn nachfolgend dargestellt werden. Zu jenem Zweck seien zuerst die neuronalen Strukturveränderungen durch Meditation beschrieben, worauf der Forschungsstand zur Veränderung neuronaler Aktivität durch das Meditieren folgt.

2.1 Neuronale Strukturveränderungen durch Meditation

Die bisherige Forschung zeigt, dass in nun folgenden Hirnregionen morphologische Unterschiede zwischen Meditierenden und Nicht-Meditierenden zu finden sind und zwar in Form von Zunahme grauer Substanz. Die Zunahme grauer Substanz (*Substantia Grisa*) korreliert erwiesenermaßen mit dem Lernen neuer Dinge beziehungsweise dem Üben von bestimmten Tätigkeiten wie zum Beispiel dem Jonglieren oder dem Musizieren, die Nervenzellen im Gehirn verbinden sich so neu und das Gehirn ist fähig, mehr zu leisten (siehe Ilg et al., 2008). Strukturveränderungen wurden festgestellt im Thalamus und Orbito-frontalen Cortex (Luders et al., 2009), jene Regionen werden assoziiert mit Emotionsregulation (genauer: dem Umlernen emotionaler Reaktionen) und Regulation körperlicher Erregung. Die Autoren vermuten deshalb, dass die genannten Areale mit den speziellen Fähigkeiten von Meditierenden zusammenhängen, gewohnheitsmäßig positive Emotionen zu kultivieren, emotionale Stabilität zu erzeugen und sich in achtsamem Verhalten zu üben. Die Autoren schließen aufgrund der Einbeziehung von Praktizierenden vieler verschiedener Arten der Meditation, dass die regionalen Gehirnstrukturveränderungen Teil von neuronalen Korrelaten Langzeitmeditierender allgemein sind, unabhängig von einer speziellen Art des Praktizierens der Meditation (Luders et al., 2009). Weiter wurden morphologische Differenzen im linken und rechten Hippocampus sowie dem linken inferioren temporalen Gyrus festgestellt (Hölzel et al., 2011; Luders et al., 2009), jene Areale werden klassischerweise mit Lernen und Gedächtnis, Emotionsregulation, selbstreferentieller Verarbeitung und Perspektivenübernahme in Verbindung gebracht. Vestergaard-Poulsen et al. (2009) zeigten, dass die Meditation ebenfalls Effekte im Bereich des Gehirnstamms (Nucleus Tractus Solitarius) erzielt, welcher mit der Regulation der Atmung und des Herz-Kreislauf-Systems konnotiert wird, genauer: mit der Kontrolle kardiorespiratorischer parasymphatischer Effekte und Eigenschaften. Die Autoren vermuten ebenfalls einen Rückschluss auf die in anderen Studien berichteten kognitiven, emotionalen und immunreaktiven Einflüsse der Meditation in Zusammenhang mit der Veränderung des Hirnstamms (Vestergaard-Poulsen et al., 2009). Außerdem wurden strukturelle Veränderungen in der Rechten Anterioren Insula und dem Sensorischen (Präfrontalen) Cortex festgestellt (Lazar et al.,

2005), diese Regionen werden in Zusammenhang gebracht mit Aufmerksamkeit, Körperbewusstsein und sensorischer Verarbeitung. (Lazar et al., 2005).

2.2 Neuronale Aktivitätsveränderungen durch Meditation

Die wohl bekannteste Studie zur Aktivitätsveränderung des Gehirns ist jene von Lutz et al. (2005). Die Forschergruppe stellte anhand von Untersuchungen Langzeitmeditierender fest, dass bei diesen während und sogar vor der Meditationspraxis eine stark erhöhte Gamma Aktivität stattfand und zwar in einem solchen Ausmaß, dass sich diese als die höchste der im bisherigen nicht-pathologischen Kontext berichtete Gamma Frequenz zeigte (Lutz et al., 2004). Die Autoren vermuten deshalb, dass Aufmerksamkeits-, und affektive sowie Höchstleistungsprozesse, welche mit der Gamma Aktivität in Verbindung gebracht werden, flexible Fähigkeiten sind, welche trainiert werden können. Hölzel et al. (2007) zeigen die neuronalen Effekte der Achtsamkeit auf die Atmung auf: die Aktivität während der Meditation stieg im Anterioren Cingulären Cortex an, woraus die Autorin auf eine höhere Fähigkeit zur Aufmerksamkeitsregulation der Meditierenden schließt. Die Ergebnisse von Hölzel et al. wurden von Brefczynski-Lewis et al. (2007) validiert und zwar mit ähnlichen Ergebnissen und dem zusätzlichen Resultat, dass es bei einer dritten Gruppe von Meditierenden mit mehr Erfahrung als den beiden anderen Gruppen zu einer Senkung der Gehirnaktivität kam, woraus die anstrengungsfreie Adaption an die Meditation nach einer gewissen Übungszeit abgeleitet werden kann; die Autoren ziehen hier den Vergleich zu dem Lernen einer neuen Sprache bei lingual begabten Menschen (siehe Brefczynski-Lewis et al., 2007). Lutz, Brefczynski-Lewis et al. (2008) zeigten, dass bei Meditierenden im Vergleich zu Nicht-Meditierenden bei der Meditation mit Fokus auf Mitgefühl und liebende Güte (also der willentlichen Konzentration auf jene beiden Empfindungen im meditativen Zustand) eine stärkere Aktivierung emotionaler Schaltkreise vorlag, woraus auf ein höheres Empathievermögen der Meditierenden geschlossen werden kann (Lutz, Brefczynski-Lewis et al., 2008). Davidson et al. 2003 zeigten, dass durch ein 8-wöchiges Mindfulness-Based-Stress-Reduction Training eine Zunahme der EEG Aktivität in der linken Gehirnhälfte erzielt wird, welche regulär mit positiven Affekten in Zusammenhang gebracht wird. Des Weiteren wurde eine Abnahme negativer Affekte und eine verbesserte Immunreaktion der Meditierenden im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt, woraus die Autoren schließen, dass das Achtsamkeitsmeditationstraining durch Aktivierung der linken Gehirnhälfte für eine bessere Immunreaktion verantwortlich ist. (Davidson et al., 2003). Schließlich sei noch auf die Studie von Kerr et al. (2001) hingewiesen, in welcher das

Forscherteam zeigte, dass VersuchsteilnehmerInnen mit einer 8-wöchigen Achtsamkeitspraxis im Vergleich zur ungetübten Kontrollgruppe in der Lage waren, die Alpha Aktivierung (welche in Verbindung gebracht wird mit dem Arbeitsgedächtnis, Aufmerksamkeit und sensomotorischer Integration, siehe Lutz et al., 2007) in ihrem Gehirn bei einem Hinweisreiz selbstständig zu modifizieren. Die AutorInnen schließen daraus den Zusammenhang zwischen Achtsamkeitsmeditation und verbesserter Verarbeitung der Aufmerksamkeit (Kerr et al., 2011).

3 AFFEKTIVE STÖRUNG: DEPRESSIONEN

In dem vorliegenden Abschnitt werden wichtige Basisinformationen zur Erkrankung an Depressionen dargestellt. Es werden Definitionskriterien anhand gängiger Klassifikationssysteme sowie aktuelle Fakten zur Epidemiologie und möglichen Auswirkungen der Erkrankung gegeben, worauf ein Abriss über die verschiedenen Entstehungsbedingungen nach Zimbardo und Gerrig (2008) sowie Davison et al. (2007), sowie das multifaktorielle Modell der Depressionsentwicklung nach Hautzinger (2000) dargestellt wird und die verschiedenen (konventionellen) Behandlungsmethoden angelehnt an Davidson et al. (2007) folgen.

3.1 Basisinformation zu Depressionen

Klassifikation. Die Depression ist eine weit verbreitete Störung der Stimmungslage und wird nach dem Klassifikationssystem ICD-10 (WHO) zu den affektiven Störungen gezählt. Unter die affektiven Störungen fallen depressive, manische (gekennzeichnet durch übermäßige Euphorie) und bipolare (gemischte) Erkrankungen. In der vorliegenden Arbeit sind im weiteren Verlauf die *depressive Episode* (im ICD-10 = F 32) sowie die *rezidivierende depressive Störung* (im ICD-10 = F33) von Relevanz. Kennzeichen der depressiven Erkrankung nach ICD-10, welche in der vorliegenden Arbeit thematisiert wird, sind allgemein ausgeprägte Gefühle von Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, der Verlust von Interesse oder Freude an Aktivitäten des Alltags, Schuldgefühle und starke Selbstwertprobleme, Schlafstörungen und Appetitlosigkeit, generelle Antriebslosigkeit oder Unruhe und Konzentrationsschwierigkeiten. Abhängig von Anzahl und Ausprägung der Krankheits-symptome kann die depressive Episode in leicht, mittelgradig oder schwer unterteilt werden. Ausschlaggebend für die Diagnose einer depressiven Erkrankung – welche insbesondere abzugrenzen ist von lediglich emotionalen Verstimmungen – nach dem Diagnosesystem DSM-IV (APA) ist im Speziellen außerdem, dass die genannten Kriterien zur Diagnosestellung in einer Dauer von mindestens zwei Wo-

chen vorhanden sein müssen. Die oben genannten Charakteristika können in den meisten Fällen chronisch und/ oder rezidivierend auftreten und damit die Lebensqualität und sogar die Überlebensfähigkeit der Betroffenen stark beeinträchtigen. Die notwendige Stärke eines Auslösers für die auftretende depressive Erkrankung wird mit jeder Episode geringer, was bedeutet, dass schon bei geringen Auslösern eine Depression immer wahrscheinlicher wird, je öfter diese bereits erlitten wurde (vergleiche Wittchen, 2010).

Tabelle 1:

Häufigkeit typischer Symptome bei Depressionen

(nach Winokur et al., 1969)

Symptom	%
Insomnie	100
traurige Verstimmung	100
Weinerlichkeit	94
Konzentrationschwäche	91
Suizidgedanken	82
Müdigkeit	76
Reizbarkeit	76
psychomotorische Verlangsamung	76
Appetitmangel	66
Tagesschwankungen	64
Hoffnungslosigkeit	51
Gedächtnisstörungen	35
Wahnideen	33
Suizidversuche	15
akustische Halluzinationen	6

Epidemiologie. Epidemiologische Daten in der Forschungsliteratur können aufgrund von verschiedenen Ein- bzw. Ausschlusskriterien erheblich variieren. Die im folgenden dargestellten Informationen einer aktuellen Forschungsarbeit von Busch et al. (2013) zur Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe Erwachsener in Deutschland zwischen 18 und 79 Jahren, sollen deshalb als ungefähre Richtlinien betrachtet werden. Depressionen können allgemein unabhängig von Alter, Geschlecht und soziodemografischem Hintergrund auftreten, wobei weibliches Geschlecht, ein schwaches soziales Netzwerk und sozioökonomische Variablen wie Arbeitslosigkeit oder ein niedriges Bildungsniveau Risikofaktoren darstellen. Nach Busch et al. (2013)

besteht bei 8,1 % der erhobenen Gesamtstichprobe eine aktuelle *depressive Symptomatik*, wobei Frauen mit 10,2 % eine signifikant höhere Prävalenz zeigen als Männer mit 6,1 %. Am höchsten betroffen ist die Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren, wobei die Prävalenz mit zunehmendem Alter (nach 29 Lebensjahren) abnimmt. Hinsichtlich der Größe des Wohnortes findet sich die niedrigste Prävalenz in Kleinstädten (im Vergleich zu Großstädten, ländlicher Umgebung und mittelgroßen Städten). Nach Busch et al. (2013) liegt die Lebenszeitprävalenz einer *diagnostizierten Depression* insgesamt bei 11,6 % und tritt bei Frauen mit 15,4 % nahezu doppelt so häufig auf wie bei Männern (7,8 %). Im Gegensatz zur depressiven Symptomatik steigt die Lebenszeitprävalenz mit zunehmendem Alter an und ist am höchsten von 60 bis 69 Jahren. Die Lebenszeitprävalenz ist, wie bei der depressiven Symptomatik, in Kleinstädten am niedrigsten.

Folgen. Als extremste Begleiterscheinung können Depressionen, falls der Leidensdruck für die Betroffenen unerträglich hoch wird, zu Suizid führen (siehe dazu auch Tabelle 1), worin sich die Ernsthaftigkeit einer depressiven Erkrankung besonders drastisch zeigt. Es ist anzunehmen, dass mehr als 50 % der Personen, welche einen Suizidversuch unternehmen, sei dieser „erfolgreich“ oder nicht, während der Tat depressiv sind (vergleiche Davison et al., 2007, S. 350). Dreiviertel aller Suizide werden laut Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes GBE (2006) von Männern begangen, wobei die Anzahl der Suizidversuche bei Frauen höher ist. Depressionen können einen negativen Einfluss auf den Verlauf zahlreicher anderer Erkrankungen, wie z. B. Herzleiden, haben (GBE, 2006). Depressionen gehen also mit einer äußerst hohen Krankheitsbelastung einher, die sich mit den DALYs (Disability Adjusted Life Years) erheben lässt. Dies sind nach Angaben der WHO die Anzahl der (produktiven) Lebensjahre, welche eine Person durch frühzeitigen Tod oder starken Leidensdruck aufgrund einer Erkrankung verliert. Nach Einschätzung der WHO (2004) ist die Tendenz, an Depressionen zu erkranken, weiterhin steigend und Depressionen befinden sich prognostisch im Jahre 2030 auf Platz Eins der häufigsten gesundheitsgefährdendsten Faktoren (DALYs) weltweit.

3.2 Entstehungsbedingungen von Depressionen

Entstehungsbedingungen bzw. Ursachen von Depressionen können als Risikofaktoren verstanden werden und sind in ihrem Zusammenspiel von komplexer Natur. Das Vorhandensein einer oder mehrerer Risikofaktoren bedeutet nicht zwingend, dass eine Person an Depressionen erkrankt. Meist treten bei einer depressiven Erkrankung soziale, psychologische und

biologische Auslöser gemeinsam auf. Nach Zimbardo und Gerrig (2008, S. 567-570) sowie Davison et al. (2007, S. 314-324, 327-323) können überblicksartig folgende Entstehungsbedingungen für Depressionen genannt werden:

Aus *biologischer Perspektive* werden ein zu geringes Niveau an Serotonin und Noradrenalin als Verursacher von Depressionen gesehen. Hier setzen verschiedene Psychopharmaka mit ihrer depressionsmindernden Wirkung an (siehe Kapitel 3.3). Außerdem werden Depressionen in Zusammenhang mit einer Überaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse sowie mit erhöhtem Wachstum der Schilddrüse in Zusammenhang gebracht, beides Auslöser für erhöhte Kortisolproduktion und Stress (Davison et al., 2007, S. 331). Weiter werden Depressionen mit strukturellen und funktionellen neurologischen Veränderungen in bestimmten Hirnregionen sowie genetischen und vererbaren Faktoren in Zusammenhang gebracht.

Im *psychodynamischen Ansatz* wird eine Fixierung auf die orale Phase der psychosexuellen Reifung für Depressionen verantwortlich gemacht, was durch starke Abhängigkeitsgefühle von (nahestehenden) Anderen in der frühen Kindheit gekennzeichnet ist. Es werden dabei, nach Freud (1917), verdrängte, ursprünglich nach Außen, jedoch reaktiv auf das Selbst gerichtete Wutgefühle, die sich durch ursprüngliche Trauer über Verlust eines nahestehenden Menschen entwickeln, introjiziert und manifestieren sich letztendlich in selbstkritisierenden Gedanken und Schuldgefühlen.

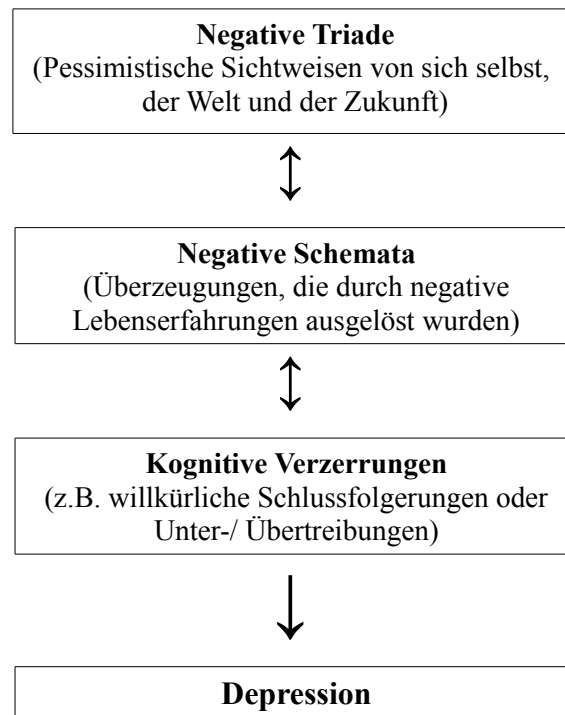
Im *behavioristischen Modell* wird Verstärkung bzw. Bestrafung von Verhalten (Lewinsohn, 1985: Depression als Folge von Verstärkerverlust) als Verursacher von Depressionen betrachtet. Depressiv erkrankte Personen verhalten sich so, dass sie den Kontakt mit anderen Menschen selbst verhindern und dadurch keine positive Verstärkung in Form sozialer Unterstützung erhalten. Außerdem löst das Verhalten depressiver Menschen per se bei anderen Personen Ablehnung aus, was auf die geringen sozialen Fertigkeiten depressiver Personen und das starke Bedürfnis nach Bestätigung bei gleichzeitig negativem Selbstbild Depressiver zurückgeführt wird (vergleiche Davison et al., 2007, S. 324).

Nach dem *kognitiven Modell* gibt es zwei maßgebliche Ansätze, welche noch immer Aktualität besitzen und die Depressionen auf Basis ungünstiger Gedankengänge und subjektiver Bewertungen erklären:

1.) Die *Theorie der kognitiven Schemata* nach Beck (1983), in der postuliert wird, dass aufgrund der kognitiven Triade aus negativen Gedanken über sich selbst, die Umwelt und die Zukunft, welche rigide und in der Kindheit erlernte gedankliche Muster darstellen, die später

in Form automatischer Gedankengänge ablaufen; sowie dem kognitiven Fehler (negative Zustände werden „kindlich denkend“ verallgemeinert) und negativer kognitiver Schemata, Depressionen entstehen.

Tabelle 2: *Theorie der kognitiven Schemata nach Beck (1983)*



2.) Die *Theorie der erlernten Hilflosigkeit* nach Seligman (1967), in der postuliert wird, dass Menschen sich durch schmerzvolle, aversive Ereignisse oder Traumata in ihrer Kindheit, welche sie nicht kontrollieren konnten, auch im späteren Leben im Zustand der erlernten Hilflosigkeit befinden und damit annehmen, keinerlei Kontrolle über verschiedene Situationen zu haben und diesen hilflos ausgeliefert zu sein, selbst wenn diese prinzipiell kontrollierbar wären. Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit wurde von Abramson, Seligman und Teasdale (1978) modifiziert und um den Aspekt der ungünstigen Attribuierung erweitert und zwar in Form von der Attribuierung von Verhaltensfolgen auf internale (sich selbst zuzuschreibende) versus externale (umweltbedingt), stabile (dauerhaft) versus variable (veränderlich) und globale (verallgemeinernd) versus spezifische (situationsabhängig) Faktoren. In Tabelle 2 ist ein beispielhaftes Attributionsschema nach Davison et al. (2007, S. 320) dargestellt.

Tabelle 3: *Depressives Attributionsschema am Beispiel: negative Mathematik Note*

	Internal Stabil	Variabel	External Stabil	Variabel
Global	Ich bin dumm.	Ich bin erschöpft.	Die Tests sind alle unfair.	Heute ist Freitag, der 13.
Spezifisch	Ich bin mathematisch unbegabt.	Ich habe Mathematik satt.	Die Mathematik-Tests sind unfair.	Mein Aufgabenheft hatte die Nr. 13.

Multifaktorielles Erklärungsmodell. In modernen Theorien zur Depressionsentstehung geht man von einem multifaktoriellen Zusammenhang aus. Hautzinger (2003, S. 33-34) postuliert folgendes multifaktorielle Modell zur Depressionsentwicklung, welches das Zusammenspiel der verschiedenen auslösenden Faktoren verdeutlicht und auf einer verhaltenstherapeutischen Herangehensweise begründet ist. Als vorausgehende Bedingungen nennt er „stressreiche oder kritische Lebensereignisse“, besonders im Bereich enger Sozialbeziehungen“ (S. 33). Auslöser für die depressive Negativspirale sind unmittelbarer Unterbrechungen oder Störungen, z. B. leidhafte Emotionen, wodurch wiederum Erinnerungen an ehemals erlebte aversive Erfahrungen aktiviert werden. Durch den Zustand zunehmender Selbstaufmerksamkeit, welcher zu Lageorientierung (vgl. Kapitel 1.3.4) führen kann und negativen Diskrepanzen zwischen Ideal- und tatsächlichem Zustand sowie dadurch entstehender dysphorischer Stimmung resultiert schließlich eine Depression aufgrund anhaltender Lageorientierung, aversiver Erfahrungen und Selbstkritik. Persönliche Vulnerabilitäten verstärken den Schweregrad der depressiven Erkrankung. An diesem Punkt greift der verhaltenstherapeutische Ansatz, indem angenommen wird, dass es nicht nur Vulnerabilitäten sondern auch Immunitäten gibt (wie beispielsweise selbsterwertförderliche Gedanken und soziale Unterstützungen), welche auf jeder Stufe der Depressionsentwicklung präventiv und therapeutisch eingesetzt werden können.

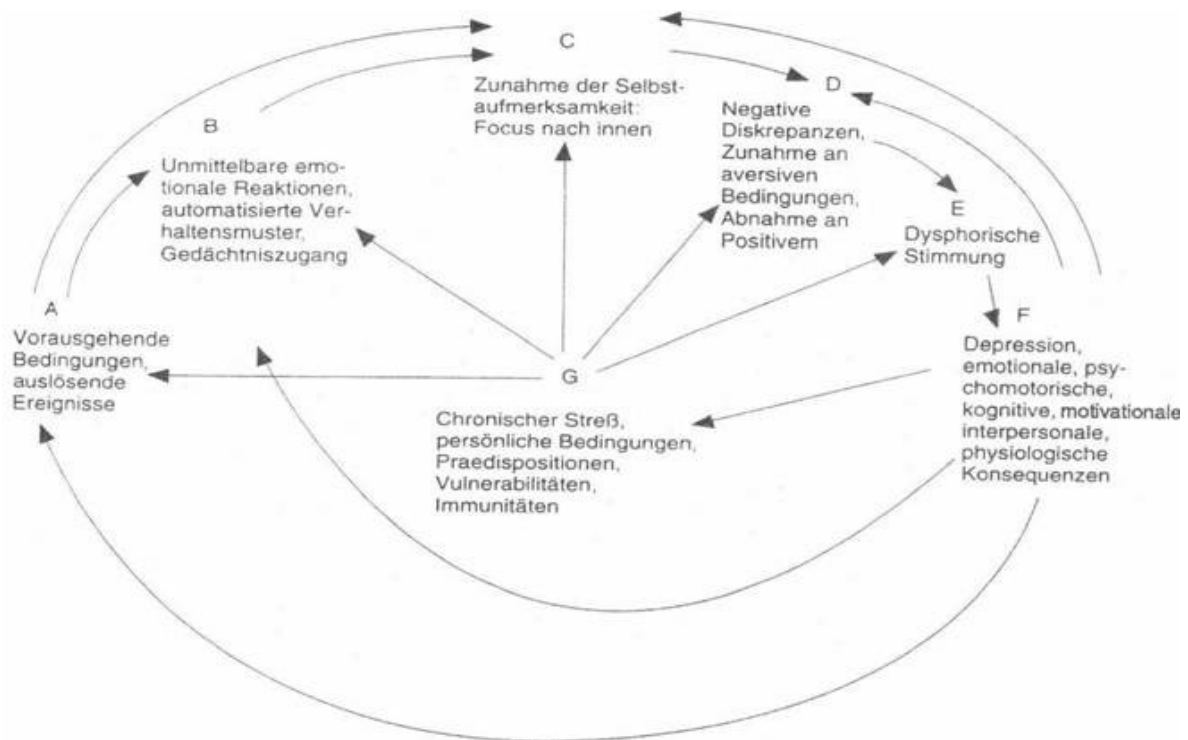


Abbildung 1: Multifaktorielles Modell der Depressionsentwicklung nach Hautzinger (2003)

3.3 Behandlung von Depressionen

Depressionen treten meist episodisch auf und wiederholen sich häufig. Auch wenn es vorkommt, dass depressive Erkrankungen auch ohne Behandlung nicht erneut auftreten, ist dies bei weitem nicht immer der Fall und schlimmstenfalls können depressive Erkrankungen in Suizid münden (siehe Kapitel 3.1). Die Behandlung von Depressionen stellt damit einen höchst relevanten aber auch erfolgsversprechenden Faktor dar, da Depressionen prinzipiell veränderbar sind. Nach Davison et al. (2007, S. 334-343) sowie wissenschaftlichen Evidenzen zur Psychotherapie affektiver Störungen nach de Jong-Meyer et al. (2007) können folgende prinzipiell wirksame Maßnahmen zur Behandlung bei an Depressionen erkrankten Personen gesetzt werden (aufgrund der hohen Relevanz der kognitiven Verhaltenstherapie für die vorliegende Diplomarbeit wird auf diese besonders ausführlich Bezug genommen):

3.3.1 Psychologische Therapie

Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) geht insbesondere auf die Forschungsarbeiten von Beck (1979) und Lewinsohn (1974) zurück (vergleiche Davison, 2007, S. 336). Erlernte dysfunktionale Kognitionen sowie daraus resultierende Emotionen und Verhaltensweisen werden als Ursache der depressiven Erkrankung angesehen und sollen dementsprechend durch funktionale Kognitionen ersetzt werden. Die KVT setzt an Veränderung des Verhaltens (insbesondere in Form von Förderung der Aktivität bzw. Reduktion von depressions-förderlichen Aktionen wie Vermeidungsverhalten, sozialem Rückzug, etc.) und der Kognitionen sowie daraus resultierenden (negativen) Emotionen an. Ein wichtiger Bestandteil der KVT ist die Ziel- und Lösungsorientiertheit sowie „Hilfe zur Selbsthilfe“ des Klienten, das heißt, es soll unter anderem mittels Psychoedukation und zu bearbeitenden „Hausaufgaben“ zur selbstständigen Problemlösekompetenz befähigt werden. Die Wirksamkeit der KVT bei depressiven Erkrankungen ist unter anderem durch die starke Orientierung an empirischer Fundierung der Interventionswirksamkeit durch mehr als 80 kontrollierte Metastudien sehr gut belegt (siehe unter anderem de Jong-Meyer et al., 2007). Der genaue Ablauf einer KVT kann nach Hautzinger (2003) in folgende sechs Phasen unterteilt werden (vgl. Davison et al., 2007, S. 337):

- ♣ Phase 1: zentrale Probleme erkennen und benennen; Aufbau therapeutischer Beziehung, beruhigende Versicherung, Akzeptanz; Anamnese und Lebensgeschichte sowie Symptomatik und Verlauf der Depression
- ♣ Phase 2: Erklärung und Psychoedukation bezogen auf die affektive Störung, Vermittlung des therapeutischen Modells (Emotion, Kognition, Verhalten) und der Therapie-schwerpunkte
- ♣ Phase 3: Aktivitätsaufbau, Tagesstruktur, Förderung angenehmer Tätigkeiten
- ♣ Phase 4: Bearbeiten kognitiver Muster und dysfunktionaler Informationsverarbeitungen
- ♣ Phase 5: Verbesserung der sozialen, interaktionalen, problemlösenden Kompetenzen
- ♣ Phase 6: Vorbereitung auf Krisen, Erkennen von Krisen und Rückschlägen, Beibehaltung des Gelernten, Rückfallverhinderung, Notfallplanung

Die Technik der KVT ist nach Angaben der Bundes Psychotherapeuten Kammer BPtK (2009, S. 6) insofern als „theorieneutral“ zu bezeichnen, als dass neben den konventionellen, rein verhaltenstherapeutischen Methoden verschiedenste Techniken zur Anwendung kommen, welche über den Rahmen der VT hinaus gehen und die im folgenden nach Angaben der BPtK (2009, S. 6-12) überblicksartig angeführt werden sollen:

Klassische lerntheoretische Verfahren (z. B. Training sozialer Kompetenzen, Aufbau positiver Aktivitäten, Tagesstrukturierung), *Konfrontationsverfahren* (z. B. Reizkonfrontation in vivo/ in sensu, systematische Desensibilisierung, *Kognitive- und Selbstkontrolltechniken* (z. B. Kognitive Umstrukturierung, Gedankenprotokolle, Selbstmanagement), *Entspannungs- und körperbezogene Techniken* (z. B. Progressive Muskelrelaxation, autogenes Training, Biofeedback), *Psychoedukative Verfahren* (z. B. Aufklärung über Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell der Angst, Zusammenhänge zwischen Kognition, Emotion und Verhalten), *Achtsamkeitsbasierte Verfahren* (z. B. Achtsamkeitsübungen, Genusstraining, Ressourcenaktivierung). Die achtsamkeitsbasierten Psychotherapie Verfahren haben sich unter dem Ausdruck “Third Wave of Behavioral Therapies” im Rahmen der Verhaltenstherapien etabliert und innerhalb der letzten drei bis fünf Jahre verstärkte forschersiche Aufmerksamkeit und Anwendung erfahren. Betont werden neben achtsamkeits- und emotionsregulationsbasierten Techniken insbesondere die Relevanz der Patient-Therapeuten Beziehung im psychotherapeutischen Setting (vgl. BPtK, 2009). „Third Wave” -Behandlungen können aufgrund der aktuellen Datenlage als empirisch gut abgesichert betrachtet werden (Kahl et al., 2012), es wird auf diese ausführlicher in Kapitel 4 Bezug genommen.

Psychodynamische Therapie

Die tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie beruht auf den Annahmen der Psychoanalyse, dass Störungen aus unbewussten und verdrängten Kindheitserlebnissen resultieren. Im Falle der Depression wird angenommen, dass die Erkrankung durch unterdrückte Wutgefühle verursacht ist (vgl. Kapitel 3.2). Es wird die Therapeut - Patienten - Beziehung zur Aufarbeitung jener Störungen herangezogen. Psychodynamische Theorien sind sogenannte „Einsichtstherien“, das bedeutet, dass mit Erkenntnis der verdrängten Gefühle über die Ursachen dieser in der Therapiesitzung durch die Beziehung zum Therapeuten Einsicht erlangt werden soll. Zur Wirksamkeit können nur einschränkende Aussagen getroffen werden. Nach de Jong-Meyer et al. (2007, S. 29-30) sind psychodynamische Kurzzeittherapien als wirksam einzuschätzen, Psychoanalytische bzw. psychodynamische Langzeitthe-

rapien hingegeben bislang ohne ausreichende Wirkungsnachweise hinsichtlich der Linderung depressiver Symptome. Neuere Forschungsarbeiten mittels bildgebender Verfahren belegen allerdings auch die Wirksamkeit psychodynamischer Langzeit-Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen (Buchheim et al., 2012).

Interpersonelle Therapie

Die interpersonelle Psychotherapie IPT (Schramm, 1998) ist eine speziell auf die Erkrankung an Depressionen zugeschnittene Kurzzeittherapie, deren Kosten in Deutschland trotz gut erwiesener Wirksamkeit (Davison et al. 2007, S. 336) nicht durch die Krankenkasse erstattet werden. Fokus der IPT sind zwischenmenschliche Beziehungen, die für die Depressionsentstehung verantwortlich gemacht werden können und die Lösung der aktuell vorhandenen zwischenmenschlichen Konflikte sowie Reduktion der depressiven Symptomatik.

3.1.2 Somatherapie

Elektrokrampftherapie

Die Elektrokrampftherapie nach Cerletti und Bini (1937) ist trotz ihrer stark negativen Besetzung in der Allgemeinbevölkerung das derzeit effektivste somatische Verfahren zur Linderung schwerer, therapieresistenter depressiver Symptome (Kayser et al., 2010). Trotz fehlender Klarheit über die ursächlichen Wirkmechanismen der EKT ist diese nachgewiesen effektiv und wird im Rahmen der Behandlung schwerer depressiver Erkrankungen angewendet – jedes Jahr werden international ca. eine Millionen EKTs durchgeführt (Kayser et al., 2010). Auch wenn die EKT seit ihrer Entwicklung in den 30er Jahren ständige technische Optimierung erfährt, gibt es eine hohe Rückfallquote der Patienten sowie akute kognitive Defizite nach der Behandlung (Gedächtnisverlust). Außerdem können Kopfschmerzen, Muskelschmerzen und Übelkeit bei etwa 5-10% der Behandelten auftreten (Kayser et al., 2010).

Medikamentöse Therapie

Häufig kommen bei der Therapie depressiver Erkrankungen Medikamente zur Anwendung. Antidepressiva zielen größtenteils auf die Erhöhung des Serotonin bzw. Noradrenalin Haushalts sowie Beeinflussung des Dopamin- und Melatoninhaushaltes im ZNS ab und liefern insgesamt gute Erfolge bei der Behandlung depressiver Symptome (Baghai et al., 2011).

Es treten jedoch trotz kontinuierlicher Optimierung der Verträglichkeit gelegentlich unerwünschte Nebenwirkungen wie Übelkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Mundtrockenheit auf, um nur einige zu nennen. Nach Baghai et. al (2011, S. 72-77) können folgende acht Klassen von Medikamenten je nach spezifischer Art der Symptomatik zur Behandlung depressiver Erkrankungen genannt werden: Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (*SSRI*) – z. B. Fluoxetin; Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (*NARI*) – Reboxetin (der einzige derzeit in Europa zugelassene *NARI*); Selektive Serotonin- und Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer (*SNRI*) – Venlafaxin und Duloxetin; Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva (*NaSSA*) – α -Rezeptor-blockierende tetrazyklische Antidepressiva – z. B. Mirtazapin; Dopamin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (*DNRI*) – Bupropion; Unselektive Serotonin- und Noradrenalin- Wiederaufnahme-Hemmer, tri- und tetrazyklische Antidepressiva (*TCA*) – z. B. Amitriptylin; Mono-Aminooxidase-Hemmer (*MAOI, RIMA, MAOBI*) – z. B. Tranylcypromin; Melatoninagonist und selektiver 5-HT_{2c}-Antagonist – Agomelatin; sowie das pflanzliche Präparat Johanniskraut (*Hypericum Perforatum*), für welches als einziges pflanzliches Mittel eine anti-depressive Wirksamkeit nachgewiesen ist.

Medikamentöse- und Psychotherapie

Die Behandlung einer depressiven Erkrankung kann – insbesondere bei Vorliegen einer rezidivierenden Störung – in Akuttherapie, Erhaltungstherapie und Langzeittherapie (Rezidivprophylaxe) unterteilt werden (Klesse et al., 2010, S. 254). Je nach Schweregrad und Verlaufsform einer depressiven Erkrankung können unterschiedliche Aussagen hinsichtlich der Indikation einer Kombinationstherapie aus Medikamenten und Psychotherapie getroffen werden. In der Akutphase ist die Wirksamkeit der medikamentösen Behandlung in Kombination mit Psychotherapie ausreichend empirisch belegt. Einen Vorteil gegenüber einer alleinigen Psycho- bzw. Pharmakotherapie bietet die Kombinationstherapie bei schweren, chronischen und rezidivierenden Depressionen sowie bei älteren Personen (59-70 Jahre). Lediglich bei leicht- bis mittelgradig schweren depressiven Episoden zeigt die Kombinationstherapie keinen Wirksamkeitsvorteil gegenüber der alleinigen Behandlung mittels Psychotherapie oder Medikamenten (Klesse et al., 2010).

Tabelle 4: Ansatzpunkte der Depressionsbehandlung im Überblick nach
de Jong-Meyer et al. (2007).

Niedrigschwellige Maßnahmen

Selbsthilfe, Laienhilfe

Diagnostik, Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle

Beratung, stützende Gespräche, Clinical Management, Psychoedukation

Kurzfristige psychotherapeutische Maßnahmen

Akutbehandlung der Depression

1. Medikamentöse Behandlung

2. Psychotherapie als Einzeltherapie

3. Psychotherapie als Gruppen- und Paartherapie

4. Kombination medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung

Erhaltungstherapien/Rückfallprophylaxe

1. Medikamentöse Erhaltungstherapie

2. Psychotherapeutische Erhaltungstherapie

3. Kombinierte Erhaltungstherapie

4 ACHTSAMKEITSBASIERTE THERAPIEVERFAHREN

4.1 Übersicht achtsamkeitsbasierter Therapieverfahren

Im Folgenden soll ein kompakter Abriss über die verschiedenen achtsamkeitsbasierten Verfahren in der Psychotherapie gegeben werden, wobei auf die *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (Segal et al., 2000) zur Rückfallprophylaxe von Depressionen in Kapitel 4.2 gesondert und ausführlicher eingegangen werden soll, da diese in der vorliegenden Diplomarbeit ein Kernelement der Untersuchung darstellt.

4.1.1 MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction

MBSR ist ein achtwöchiges Programm basierend auf verschiedenen Achtsamkeits-Verfahren zur Reduktion von Stress. Dieses von Dr. John Kabatt-Zinn (1989) entwickelte Gruppenprogramm findet einmal wöchentlich in der Dauer von zweieinhalb Stunden statt. Außerdem ist ein anschließender Achtsamkeitstag, der in Stille verbracht wird, obligatorisch. Die verschiedenen Übungen zur Kultivierung von Achtsamkeit sollen allerdings von den TeilnehmerInnen nicht lediglich einmal wöchentlich, sondern auf einer täglichen Basis durchgeführt und in den Alltag integriert werden. Methodisch soll die Stressreduktion durch die formellen Gruppenübungen der achtsamen Wahrnehmung des Körpers (*body-scan*), verschiedenen Yogaübungen und der Sitzmeditation erreicht werden. Außerdem sollen informelle Übungen durchgeführt werden, was bedeutet, dass eine achtsame Art und Weise bei den Gegebenheiten des Alltags (wie z. B. dem Abwaschen) angenommen werden soll. Weitere relevante Thematiken bei dem MBSR Programm sind die Psychoedukation bezüglich beispielsweise Selbstwert und Mitgefühl sowie die Aufklärung der TeilnehmerInnen über die Ursachen und Auswirkungen von Stress (vergleiche Heidenreich & Michalak, 2004, S. 144). Die positive Wirkung der MBSR wurde vielfach empirisch belegt und es konnten z. B. nach Brown et al. (2007), Chiesa und Serretti (2009, 2010) sowie Creswell et al. (2009) neben der Stressreduktion sowohl verschiedene Effekte auf das psychologische und physiologische Wohlbefinden als auch eine Verbesserung der Fähigkeit zur Verhaltensregulation und der Qualität in Beziehungen und sozialen Interaktionen nachgewiesen werden (siehe Kilpatrick, Suyenobu & Naliboff, 2011, S.1). Es wird davon ausgegangen, dass jene gesundheitsfördernden Effekte unter anderem durch Veränderungen in zugrundeliegenden Gehirnprozessen herbeigeführt werden. Kilpatrick et al. (2011) postulieren, dass ein 8-wöchiges MBSR Training durch die Modifikation neuronaler funktioneller Vernetzungen einen stabileren Fokus der Aufmerksamkeit ermöglicht, die sensorische Verarbeitung verbessert, sowie das Vermögen, sensorische Erfahrungen bewusst und reflektiert zu verarbeiten, erhöht.

4.1.2 DBT – Dialektisch Behaviorale Therapie (Linehan)

Die Dialektisch Behaviorale Therapie nach Marsha Linehan (1994) ist ein achtsamkeitsbasiertes Therapieverfahren, das speziell für PatientInnen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, entwickelt wurde. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist unter anderem gekennzeichnet durch intensive emotionale Spannungszustände und dadurch

hervorgerufenes, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität. Mit Hilfe von Achtsamkeitsübungen soll – kurz gefasst – die Distanzierung von diesen intensiven Emotionen geschaffen und damit Erleichterung sowie mehr gesundheits-förderliches Verhalten erwirkt werden. Es werden dabei folgende Strategien der Achtsamkeit unterschieden (Heidenreich & Michalak, 2004, S. 292):

1. „Innere Achtsamkeit im Sinne der Wahrnehmung von inneren Vorgängen wie Gedanken und Gefühlen,
2. Fünf-Sinne-Achtsamkeit, d.h. die Fokussierung auf Sinneseindrücke zur Regulation von Spannungszuständen und
3. die `wise-mind`-Achtsamkeit, die auf die intuitive Verbindung von Verstand und Vernunft zielt.“

Die DBT nach Linehan (1994) ist die derzeit am häufigsten untersuchte psychotherapeutische Methode zur Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Kliem, Kröger & Kosfelder, 2011). In einer groß angelegten Metastudie zeigen Kliem et al. (2011), dass DBT zwar nachgewiesen gute Wirksamkeit bei der Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigt. Gleichzeitig wurden jedoch keine Nachweise der Überlegenheit der DBT zu der relativen Wirksamkeit anderer Borderline spezifischer Intervention wie der Schematherapie (Giesen-Bloo et al., 2006), der Transference-Focused-Psychotherapy (Clarkin et al. 2007), psychoanalytischen Therapie-Verfahren (Bateman & Fonagy, 1999, 2008), und General Psychiatric Management (Kolla et al., 2009; McMMain et al., 2009) gefunden (siehe Kliem et al., 2011).

4.1.3 ACT – Akzeptanz- und Commitment - Therapie (Hayes, 2001)

In der ACT geht es vorrangig darum, den menschlichen Handlungsspielraum zu erweitern und rigide Verhaltensmuster und Kognitionen zu durchbrechen. Außerdem soll mithilfe der ACT eine Richtungs- und Zielorientierung anhand persönlicher Werte im Gegensatz zu der Handlung aufgrund äußerer Einflüsse geschaffen werden. Aufbauend auf der *Relational Frame Theory* (Hayes et al., 2001), welche besagt dass Sprache und Kognitionen den Bezugsrahmen für erlerntes Verhalten bilden, soll Vermeidungsverhalten durch Achtsamkeit und Akzeptanz ersetzt werden. Dies soll in folgenden sechs Schritten geschehen (vgl. Heidenreich & Michalak, 2004, S. 295-296, 301, Hayes, 2013):

- 1.) Bereitschaft und Akzeptanz gegenüber unangenehmen Erfahrungen (*Acceptance*)
- 2.) Sprachliche und gedankliche Identifikationen erkennen und sich davon befreien (*Cognitive Defusion*)
- 3.) Ausbildung von Achtsamkeit (*Contact with the Present Moment*)
- 4.) Das Selbst als innerer Beobachter (sicherer, stabiler Kontext) erkennen (*Self as Context*)
- 5.) Herausarbeitung von persönlichen, individuellen Werten (*Values*)
- 6.) Aktive Veränderung des Verhaltens (*Committed Action*)

Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie zeigt sich nach Ruiz (2010), Hayes (2013) und anderen nachweislich als besonders effektiv bei der Behandlung von einem breiten Spektrum an Erkrankungen, welchen „destruktives erfahrungsgemäßes Vermeidungs-Verhalten“ sowie „kognitive Fusion“ zugrunde liegen. Erfahrungsgemäßes Vermeidungs-Verhalten (engl: „Experiential Avoidance“) meint nach Hayes (2013, S. 6) den Versuch, vor aversiven persönlichen Erfahrungen in Form von Gefühlen, Gedanken, Körperempfindungen, usw. zu flüchten, selbst wenn dies ineffektiv oder unnötig ist. Kognitive Fusion bezeichnet die verbale Dominanz über die Verhaltensregulation und den gleichzeitigen Ausschluss anderer Bezüge der Stimuluskontrolle, also die unreflektierte Überidentifikation mit den eigenen Gedanken, selbst wenn diese im jeweiligen Kontext nicht zielführend sind (Hayes, 2013, S. 5). ACT und KVT zeigen gleiche Wirksamkeit bei der Behandlung psychischer Erkrankungen, bei teilweiser Überlegenheit der ACT (Ruiz, 2010), weitere Forschungsarbeiten zur genaueren Differenzierung stehen noch aus (Ruiz, 2010).

Auch in verschiedenen anderen psychotherapeutischen Verfahren wie der *Psychoanalyse*, der *existenziellen Psychotherapie* und der *Personenorientierten Experientialen Psychotherapie* spielen achtsamkeitsbasierte Verfahren eine höchst relevante Rolle. Für die interessierte Leserin sei diesbezüglich weiterführend auf Heidenreich und Michalak (2004, S. 357-405) verwiesen.

4.2 Mindfulness Based Cognitive Therapy

Die Mindfulness Based Cognitive Therapy wurde von Segal, Teasdale und Williams (2000) eigens zur Rückfallprophylaxe von Depressionen entwickelt. Basierend auf dem Untersuchungsergebnis, dass bei Personen, die sich von einer Depression erholt haben, schon eine minimale negative Stimmung als Auslöser für eine Vielzahl an negativen Gedanken (wie z.B.: „Ich bin ein Versager“, „Ich bin schwach“, „Ich bin wertlos“) und Körperempfindungen wie Schwächegefühlen, Trägheit und unerklärlichen Schmerzen fungieren kann, wurde das MBCT Programm entwickelt. Die Betroffenen fühlen sich in die Ausgangslage der Depression zurückgesetzt, was wiederum zu Rumination führt, dem ausgeprägten Grübeln über die missliche Lage (siehe Kapitel 3.2). Statt damit etwas zu lösen, wirkt die Rumination jedoch im Gegenteil sogar noch verstärkend auf die depressive Stimmung. Die verhaltenstheoretische Erklärung für die hohe Rückfallsensibilität von Betroffenen ist folgende: Während einer depressiven Episode hat der Betroffene gelernt, eine Verbindung zwischen den verschiedenen Symptomen herzustellen. Dies führt dazu, dass, sobald eine negative Stimmung auftritt, jene als Auslöser für alle anderen Begleitsymptome dienen kann (z.B. unangenehme Körperempfindungen und negative Gedankenketten). Die depressive Erkrankung kann also sogar im gesunden Zustand leicht reaktiviert werden. Dieser Befund ist von weitreichender Bedeutung in Zusammenhang mit der Entwicklung von MBCT. Denn so wie die Verknüpfung von negativer Stimmung mit Körperempfindungen und damit die depressive Abwärtsspirale gelernt werden kann, können jene Muster auch wieder „ent“-lernt werden.

Die robuste empirische Evidenz für die Wirksamkeit der MBCT ist vielfach vorhanden und spricht nahezu konsistent für die prinzipiellen positiven Effekte auf depressive Erkrankungen. Piet und Hougaard (2011) sowie Hofmann et al. (2010) und andere postulieren in ihren systematischen Reviews und Metaanalysen über verschiedene Forschungsarbeiten zur MBCT deren Wirksamkeit als effektive Intervention bei rezidivierenden depressiven Erkrankungen, insofern diese drei oder mehr Episoden durchlaufen haben (siehe dazu auch Teasdale et al., 2000, 2010), sowie die Wirksamkeit bei der Behandlung von Angststörungen (Hofmann et al., 2010). Kuyken et al. (2010) untersuchten die Wirkmechanismen, die der erfolgreichen MBCT Intervention zugrunde liegen und fanden heraus, dass das erlernte Mitgefühl (gegenüber der eigenen Person) und eine höhere kognitive Nonreaktivität sowie höhere Achtsamkeit dazu führt, dass sich typische depressive Symptome verringern. Nach Kuyken et al. (2008) ist MBCT außerdem eine verhältnismäßig kosteneffektive Methode, nicht zuletzt aufgrund der Vermittelbarkeit in Gruppen von bis zu 15 Personen (vgl. Piet & Hougaard, 2011, S. 1039).

Angelehnt an die MBSR werden bei der Mindfulness Based Cognitive Therapy ebenfalls in 8-wöchigen Übungsklassen verschiedene achtsamkeitsbasierte Verfahren, wie die Meditation auf die Atmung und Yogaübungen herangezogen, welche täglich zuhause geübt werden sollen. Auch beinhaltet MBCT Psychoedukation über das Krankheitsbild der Depressionen und ist im Gegensatz zur MBSR strukturierter insofern, als dass Übungen aus der Verhaltenstherapie mit einfließen und das gesamte Programm sich sehr gezielt auf die Rückfallprophylaxe von Depressionen richtet. Das MBCT Programm gestaltet sich im Überblick folgendermaßen (für eine detaillierte Beschreibung siehe Heidenreich & Michalak, 2004, S.215 -241):

Erste Sitzung: Der Autopilot.

Vermittlung der allgemeinen menschlichen Tendenz, in den „Autopilot-Modus“ zu verfallen, einen Zustand, in dem automatisierte kognitive Prozesse quasi wie von selbst und ohne hinterfragt zu werden ablaufen. Mittels verschiedener Achtsamkeitstechniken soll die Fähigkeit vermittelt werden, zu größere Bewusstheit des aktuellen Augenblicks und weniger Identifikation (negativen) mit subjektiven Gedankengängen zu gelangen.

Zweite Sitzung: Umgang mit Hindernissen.

Hindernisse beim täglichen Üben der Achtsamkeitshaltung werden behandelt. Nach dem Motto ‚*Du musst es nicht genießen, du musst es nur tun!*‘ (Heidenreich & Michalak, 2004, S. 220) wird eine Haltung der Akzeptanz, Offenheit und Wertfreiheit beim Praktizieren vermittelt. Außerdem soll als Hausaufgabe ein Tagebuch mit positiven Erlebnissen angelegt werden, um den Blick auf diese zu verstärken.

Dritte Sitzung: Achtsamkeit des Atems.

Die Meditation auf den Atem wird zum Hauptbestandteil dieser Sitzung, es soll die Fähigkeit geübt werden, sich seines Körpers vollkommen bewusst zu sein und angenehme wie unangenehme Empfindungen achtsam und wertfrei zu beobachten.

Vierte Sitzung: In der Gegenwart bleiben.

Anhaftung und Abneigung sollen gehen gelassen und der jetzige Augenblick in seiner Vollkommenheit wahrgenommen werden. Außerdem findet Psychoedukation über Depressio-

nen statt und es wird eine Dokumentation über Praktizierende des MBSR Programms gezeigt.

Fünfte Sitzung: Erlauben/ Geschehen lassen.

Es geht nun darum, die erlernten Fähigkeiten immer mehr auch im Alltag anzuwenden und eine „radikal andere Haltung gegenüber unerwünschten Erfahrungen zu kultivieren“ (Heidenreich & Michalak, 2004, S. 229). Dabei ist es besonders wichtig Akzeptanz weniger als Strategie und mehr als aufrichtige innere Einstellung auszubilden.

Sechste Sitzung: Gedanken sind keine Tatsachen.

Der Umgang mit problematischen Gedanken wird explizit behandelt, insbesondere deren starker Einfluss auf die Wahrnehmung. Techniken zur Differenzierung von förderlichen, wohltuenden und unförderlichen Gedanken werden vermittelt. Mit besonderem Augenmerk auf den Atem.

Siebte Sitzung: Wie kann ich am besten für mich selber sorgen?

Auf welche Art und Weise agiert ein Mensch aus einer achtsamen Haltung heraus? Im Gegensatz zur passiven Tendenz während einer Depression soll das achtsame Handeln gefördert werden – „kein Aktionismus, sondern ein weises `für sich selber sorgen““ (Heidenreich & Michalak, 2004, S. 234).

Achte Sitzung: Das Gelernte weiterhin anwenden.

Es erfolgt ein Rückblick auf das Programm, sowie die Betonung der Wichtigkeit des kontinuierlichen Übens des Gelernten, auch über das achtwöchige Programm hinaus. Zum Abschluss bekommt jede Teilnehmerin einen kleinen Gegenstand (Murmel, Perle o.ä.) mitgegeben, dass als Erinnerung an die Achtsamkeit dienen soll.

Es sollen als Richtlinie mindestens 45 Minuten formaler Praxis in das tägliche Leben des Übenden integriert werden, jedoch stets unter der Prämisse „So gut es geht“ („Don't try too hard!“) (siehe Michalak & Heidenreich, 2004, S. 216). Zum Abschluss des Kapitels sei noch einmal betont, dass es von großer Wichtigkeit für die Vermittlerin der achtsamkeitsba-

sierten Verfahren ist, sich selbst in Achtsamkeit zu üben und an den Ausführungen teilzunehmen, sowie ein lebendes Beispiel in den Bemühungen um eine achtsame Haltung darzustellen, da (wie in Kapitel 1.2.4 erörtert) Achtsamkeit ein Seinszustand ist, der nur durch das Einnehmen einer achtsamen Haltung erreicht werden kann.

EMPIRIE

5 ZIELSETZUNG

In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf die Anwendung achtsamkeitsbasierte Therapien auf Depression gelegt (wie zum Beispiel in der MBCT nach Segal et al., 2000). Die bisherige achtsamkeitsbasierte Therapie der Depression zeigte sich erst als wirksam ab der dritten depressiven Episode des Patienten (also bei einer bereits *längerfristig* vorliegenden Erkrankung), *nicht* jedoch bei *ersterkrankten* Depressiven (Segal et al., 2000, 2004). Eine kritische Betrachtung der Daten lässt erkennen, dass eine Achtsamkeitsintervention vor dem 3. Rezidiv wirkungslos ist und gegebenenfalls sogar kontrainduktiv sein könnte (bei Ersterkrankten konnte sogar eine leicht erhöhte Tendenz zum Rückfall in der MBCT im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden).

Dies könnte sich darauf begründen, dass MBCT durch die Innenwendung der Aufmerksamkeit eher Selbstaufmerksamkeit (welche zu negativer Bewertung der eigenen Person aufgrund von verstärkter Fokussierung auf die Diskrepanz zwischen Ideal- und tatsächlichem Selbst führt; siehe Kapitel 1.3.3) und Lageorientierung mit behavioralem Rückzug (d.h. einem Zustand, in welchem die Fähigkeit zur Initiierung beabsichtigter Handlungen und zum effizienten Einsatz von Handlungskontrollstrategien beeinträchtigt ist; (siehe Kapitel 1.3.4) anstelle von tatsächlicher Achtsamkeit (nicht wertende, akzeptierende Offenheit gegenüber dem Hier und Jetzt) fördert. Da den drei Konzepten (Selbstaufmerksamkeit, Lageorientierung und Achtsamkeit) die intensive Beschäftigung mit dem eigenen Selbst gemein ist, gilt es, an dieser Stelle sehr genau zu differenzieren, um die salutogenetische Wirkung der Achtsamkeitsanwendung stützen zu können. Im Rahmen eines am Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg (IVA) unter der Leitung von Dr. phil. Gerhard Zarbock geplanten Projektes der Entwicklung von achtsamkeitsbasierten Therapieangeboten für depressive Patienten (ATPD, Achtsamkeitsbasierte Therapie und Prophylaxe der Depression) ergaben sich die beiden *Hauptfragestellungen*:

- 1.: Wie gestaltet sich der Zusammenhang zwischen Achtsamkeit, Selbstaufmerksamkeit, Lageorientierung, Depressivität und Depressionen?
- 2.: Welche Implikationen könnten sich daraus für eine Achtsamkeitsintervention zur Erstbehandlung depressiver Patienten ableiten lassen?

Zwecks Differenzierung soll außerdem der FFMQ bei der Auswertung der Daten genauer betrachtet werden. Der von Baer (2006) durch Faktorenanalyse und Vergleich verschiede-

dener Achtsamkeitsfragebögen entwickelte und häufig angewendete Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) fächert das Konstrukt der Achtsamkeit in fünf Facetten auf (siehe Kap. 2.1), nämlich: *Describe, Act Aware, Nonjudge, Nonreact und Observe*. Es fällt bei näherer Betrachtung auf, dass *Observe* eine weitaus geringere Ladung mit dem Achtsamkeitskonstrukt aufweist, als die restlichen vier Faktoren (siehe Baer et al., 2006). Auch durch seine Nähe zur Lageorientierung (es kann nicht ohne weiteres klar zwischen Lageorientierung und Beobachten (*Observe*) unterschieden werden, da die Lageorientierung das übermäßige Beobachten und als Konsequenz die Handlungsinhibition beinhaltet) sowie zur (dysfunktionalen) Selbstaufmerksamkeit und dessen depressionsfördernden Konsequenzen könnte der *Observe* Faktor problematisch sein. Es soll der gesamte FFMQ in der Erhebung verwendet, jedoch als weitere Zielsetzung ein besonderes Augenmerk auf *Observe* gelegt werden.

Auf Grundlage der empirischen Ergebnisse sollen im Diskussionsteil schließlich Überlegungen entwickelt werden, wie eine achtsamkeitsbasierte Therapie der Depression auch bereits ab der ersten depressiven Episode wirksam sein könnte. Hierzu wird es notwendig sein, Achtsamkeit und Lageorientierung sowie Selbstaufmerksamkeit genauer als bisher zu unterscheiden und entsprechend dieser Unterscheidung Interventionen zu entwickeln, die Achtsamkeit fördern (= nicht-bewertendes Erleben des gegenwärtigen Momentes ohne Vermeidung), sowie Selbstaufmerksamkeit (= gesteigerte Bewertung des eigenen Selbst durch deutliche Ist-Soll-Diskrepanzen) verringern und gleichzeitig Lageorientierung (=Beeinträchtigung der Fähigkeit des Einsatzes von Handlungs-Kontrollstrategien) bei depressiver Befindlichkeit ab- und Handlungsorientierung aufbauen.

5.1 Fragestellung und Hypothesen

Aufbauend auf den oben genannten Überlegungen und der ersten Hauptfragestellung (*Wie gestaltet sich der Zusammenhang zwischen Achtsamkeit, Selbstaufmerksamkeit, Lageorientierung, Depressivität und Depressionen?*) resultieren folgende Fragestellungen, die explizit erläutert werden sollen:

5.1.1 Achtsamkeit und Selbstaufmerksamkeit (*Fragestellung 1*)

Bei dieser Fragestellung geht es darum, zu erheben, ob es Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an Achtsamkeit als Gesamtmaß und dem Grad der Selbstaufmerksamkeit einer

Person gibt. Es wird angenommen, dass ein höheres Maß an Achtsamkeit mit niedriger (dysfunktionaler) Selbstaufmerksamkeit einhergeht.

Achtsamkeit und Selbstaufmerksamkeit korrelieren negativ.

5.1.2 Selbstaufmerksamkeit und Depressivität (Fragestellung 2)

Es wird der Fragestellung nachgegangen, ob erhöhte Selbstaufmerksamkeit mit Depressivität und allgemeiner psychischer Belastung zusammenhängt. Dabei wird vermutet, dass erhöhte Selbstaufmerksamkeit und Depressivität/ allgemeine psychische Belastung einen positiven Zusammenhang aufweisen.

Selbstaufmerksamkeit korreliert positiv mit Depressivität und allgemeiner psychischer Belastung.

5.1.3 Achtsamkeit (Gesamtwert FFAF) und Depressivität (Fragestellung 3)

Hier erfolgt eine Auseinandersetzung mit der Frage, ob das Ausmaß der Achtsamkeit einer Person Einfluss auf den Grad der Depressivität/allgemeinen psychischen Belastung der Person hat. Es wird angenommen, dass höhere Achtsamkeitswerte mit niedrigerer Depressivität/allgemeiner psychischer Belastung zusammenhängen.

Achtsamkeit korreliert negativ mit Depressivität und allgemeiner psychischer Belastung.

5.1.4 Lageorientierung, Depressivität und Achtsamkeitsfacetten (Fragestellung 4)

Die vorliegende Fragestellung beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Lageorientierung, Depressivität und Achtsamkeit. Es soll untersucht werden, ob, wie angenommen, Lageorientierung einen positiven Zusammenhang mit Depressivität aufweist und ob Lageorientierte niedrigere (insgesamt) Achtsamkeitswerte aufweisen. Dabei soll außerdem gesondert die Achtsamkeitsfacette *Observe* berücksichtigt werden, bei welcher vermutet wird, dass sie einen positiven Zusammenhang mit Lageorientierung aufweist.

a) *Lageorientierung korreliert negativ mit Achtsamkeit und positiv mit Depressivität/ psychischer Belastung.*

b) *Lageorientierung korreliert negativ mit der Achtsamkeitsfacette Observe.*

5.1.5 FFAF Wert bei Probanden mit und ohne aktuelle Achtsamkeitspraxis (Fragestellung 5)

Bei dieser Fragestellung geht es um den Einfluss von aktueller Achtsamkeitspraxis auf das Ausmaß an angegebener Achtsamkeit einer Person. Es wird vermutet, dass Personen, welche sich in Achtsamkeit üben, einen höheren Gesamtwert in Achtsamkeit haben als solche ohne Achtsamkeitspraxis.

Probanden mit aktueller Achtsamkeitspraxis haben einen höheren Achtsamkeits-Gesamtwert als Probanden ohne Achtsamkeitspraxis.

5.1.6 Depressivität bei Probanden mit und ohne Achtsamkeitspraxis (Fragestellung 6)

Es wird der Frage nachgegangen, ob die Praxis von Achtsamkeit einen Einfluss auf Depressivität und allgemeine psychische Belastung hat. Die Annahme lautet, dass eine Achtsamkeitspraxis hilfreich gegen Depressivität und allgemeine psychische Belastung wirkt.

Probanden mit Achtsamkeitspraxis sind weniger depressiv/ psychisch belastet als Probanden ohne Achtsamkeitspraxis.

5.1.7 Depressiv Auffällige und Depressiv Unauffällige (Fragestellung 7)

Hier soll zwischen depressiv Auffälligen vs. depressiv Unauffälligen TeilnehmerInnen differenziert und überprüft werden, ob es zwischen diesen Unterschiede in der Ausprägung von Achtsamkeit, Lageorientierung und Selbstaufmerksamkeit gibt. Es wird angenommen, dass depressiv Auffällige weniger achtsam und gleichzeitig eher selbstaufmerksam und lageorientiert sind.

Depressiv Auffällige haben geringere Achtsamkeits-, aber höhere Selbstaufmerksamkeits- und Lageorientierungswerte als depressiv Unauffällige.

5.1.8 Depressivität aktuell und Depressionen in der Vergangenheit (Fragestellung 8)

Bei dieser Fragestellung soll zwischen Personen ohne depressive Vorgeschichte und ohne aktuelle Symptomatik (klinisch Unauffällige), Personen ohne depressive Vorgeschichte mit aktueller Symptomatik (aktuell Depressive), Personen mit depressiver Vorgeschichte aber aktuell keiner Symptomatik (Remittierte) und Personen mit depressiver Vorgeschichte und

aktueller Symptomatik (aktuell Rezidierte) differenziert und die jeweiligen Gruppen gemäß Achtsamkeit, Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung verglichen werden. Es wird angenommen, dass die Gruppen sich bezüglich Lageorientierungs-, Selbstaufmerksamkeits-, und Achtsamkeitswerten voneinander unterscheiden.

Klinisch unauffällige, aktuell depressive, remittierte und rezidierte Personen unterscheiden sich in ihren Achtsamkeits-, Selbstaufmerksamkeits- und Lageorientierungswerten.

6 METHODIK

6.1 Studiendesign und Erhebung

Es erfolgte eine anonymisierte online Erhebung im Querschnitt (*Cross-Sectional-Design*) an einer studentischen Stichprobe ($n = 372$). In der Erhebung wurden mit Hilfe von fünf kurzen Fragebögen allgemeine psychische Belastung und Depressivität (aktuell), Achtsamkeit, Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung erfasst. Außerdem erfolgte zu Beginn der Untersuchung jeweils eine Basisdatenerhebung von Alter, Geschlecht, Wohnort, Studienrichtung und Praxis von Achtsamkeit (in Form von Yoga, Meditation, Achtsamkeits Übungen und/ oder anderen Formen von Meditations- oder Achtsamkeits Übungen). Mit Hilfe von drei gezielten Fragen wurde des Weiteren das Vorhandensein klinisch manifester Depressionen sowie die etwaige erfolgte Behandlung dieser in der Vergangenheit erfragt. Es wurden alle Studienrichtungen und Altersgruppen in die Erhebung miteinbezogen. Insgesamt gelangten $n = 831$ Personen auf die Begrüßungsseite des Fragebogens wovon $n = 372$ TeilnehmerInnen die Fragebögen vollständig und statistisch verwertbar ausfüllten.

6.2 Erhebungsinstrumente

Die verwendeten Fragebögen werden erläutert und ausführlich bezüglich der Erhebung der Konstrukte in folgender Reihenfolge beschrieben: Depressivität/ -allgemeine psychische Belastung aktuell (beide als Vorläufer für Depressionen), Achtsamkeit, Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung sowie klinisch manifeste Depressionen.

6.2.1 Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)

Der BSI-18 ist ein Kurzfragebogen zur Erfassung allgemeiner psychischer (aktueller) Belastung (innerhalb der letzten 7 Tage bis zum aktuellen Zeitpunkt) und beinhaltet die drei Dimensionen *Depressivität*, *Ängstlichkeit* und *Somatisierung*, welche mit insgesamt 18 Items erfasst werden. Außerdem wird mittels des global severity index (GSI) mit einem globalen Gesamtmaß über alle 18 Items die allgemeine psychische Belastung erhoben. Der BSI-18 ist die Kurzform des BSI (Franke, 2000), welches wiederum eine Kurzform der Symptom Check Liste 90 R (Derogatis, 1992) ist und kann durch die weitaus geringere Item Anzahl auf ökonomischere Weise als Screening Instrument eingesetzt werden. Einige Beispielitems des BSI-18 sind: „Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen bis heute unter Ohnmachts- und Schwindelgefühlen? / -dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren? / -Einsamkeitsgefühlen?“. Die Antwortmöglichkeiten zur Selbstbeschreibung befinden sich auf einer vierstufigen Likert Skala von 0 = („überhaupt nicht“) über 1 = („ein wenig“) bis 2 = („ziemlich“) zu 3 = („stark“) und 4 = („sehr stark“). Die interne Konsistenz des Testinstruments liegt zwischen $\alpha = .58$ und $\alpha = .87$ und ist damit als zufriedenstellend zu erachten. Auch bezüglich der Validität führen psychometrische Überprüfungen zu befriedigenden bis guten Ergebnissen.

Folgendermaßen kann zwischen depressiv unauffälligen und depressiv auffälligen Personen unterschieden werden: durch die Transformation der Testrohwerte zu T-Werten (mit einem festgesetzten Mittelwert von 50 und einer Standardabweichung von 10) können die Mittelwerte der erhobenen Stichprobe standardisiert in Hinblick darauf, ob auffällige Abweichungen vom Durchschnitt bestehen, zueinander in Bezug gesetzt werden. Bei einem T-Wert ab 60 (= Cut-Off Wert, entspricht einem Mittelwert von 1.17) besteht klinisch depressive Auffälligkeit. Je höher der T-Wert, desto höher der Depressivitätswert der jeweiligen Person. Nach Franke (2000, S. 61) eignet sich das BSI ebenfalls gut zur Erfassung der psychischen Belastung in studentischen Stichproben.

6.2.2 Fünf Facetten der Achtsamkeit Fragebogen (FFAF)

Bei dem FFAF handelt es sich um die deutsche Übersetzung des Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer, 2006, vgl. Kapitel 2.1) durch Ströhle (KIMS-D-Items, 2010), Michalak & Heidenreich (MAAS-Items, 2008) und Zarbock (2010). Der Fragebogen besteht aus 39 Items, die auf einer fünfstufigen Likert Skala von 1 = („nie oder sehr selten zutreffend“) bis 5 = („sehr oft oder immer zutreffend“) eingeschätzt werden können. Aufgrund

Faktorenanalyse verschiedener gängiger Achtsamkeitsfragebögen (MAAS, Brown & Ryan; 2003; FMI, Grossman, & Walach, 2001; KIMS, Baer, Smith, & Allen, 2004 und CAMS, Feldman, Hayes, Kumar & Greeson, 2004) konnten von Baer (2006) fünf Skalen zur Messung von Achtsamkeit extrahiert werden: *Describe*, *Act with Awareness*, *Nonjudging*, *Nonreactivity* und *Observe* (Beschreiben, Achtsam Handeln, Nicht-Beurteilen, Nicht-Reagieren und Beobachten). Folgende Beispielitems kommen beim FFAF zur Anwendung: „Wenn ich gehe, dann nehme ich ganz bewusst wahr, wie sich die Bewegungen meines Körpers anfühlen.“ (= *Observe*), „Ich kann meine Gefühle gut in Worte fassen.“ (= *Describe*), „Ich beobachte meine Gefühle, ohne mich in ihnen zu verlieren.“ (= *Nonreact*). Anhand der inneren Konsistenz der fünf Facetten lässt sich die Zuverlässigkeit des Instrumentes ablesen. Cronbach's Alpha variiert von $\alpha = .60$ („observe“) bis $\alpha = .90$ („describe“), die Test-Retest-Reliabilität von $r = .61$ bis $r = .84$. Somit ist die Zuverlässigkeit als zufriedenstellend bis gut zu erachten.

6.2.3 Fragebogen zur dysfunktionalen Selbstaufmerksamkeit (DFS)

Der DFS (Hoyer, 2000) ist ein Testinstrument zur ökonomischen Messung der beiden Skalen dysfunktionale und funktionale Selbstaufmerksamkeit. Dysfunktional wird Selbstaufmerksamkeit erst dann, wenn diese durch Inflexibilität gekennzeichnet ist, also dem Unvermögen, den Zustand der Selbstaufmerksamkeit wieder zu verlassen. Mit dem DFS können Gesunde von psychisch Beeinträchtigten TeilnehmerInnen differenziert werden, der DFS wurde erfolgreich sowohl an gesunden als auch klinischen Stichproben validiert. Dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit korreliert positiv mit Lageorientierung und umgekehrt korreliert funktionale Selbstaufmerksamkeit positiv mit Handlungsorientierung, so dass mit dem DFS ebenfalls Rückschlüsse auf jene Konstrukte gezogen werden können.

Der DFS besteht aus 22 Items, die auf einer fünf-stelligen Likert Skala von 1 = („gar nicht zutreffend“), 2 = („kaum zutreffend“), 3 = („ziemlich zutreffend“), 4 = („stark zutreffend“) bis 5 = („völlig zutreffend“) eingeschätzt werden sollen. Folgendes Beispiel-Item soll eine Frage zur dysfunktionalen Selbstaufmerksamkeit hervorheben: „Über meine Fehler denke ich lange nach, auch wenn ich daran nichts ändern kann.“. Die interne Konsistenz der Skalen DFS-D (dysfunktional) und DFS-F (funktional) liegt zwischen $\alpha = .85$ und $\alpha = .92$ und ist damit als gut zu erachten. Auch die Retest- Reliabilität des Instruments ist als gut zu erachten.

6.2.4 Handlungskontrolle nach Erfolg, Mißerfolg u. prospektiv (HAKEMP 90)

Der HAKEMP 90 (Kuhl, 2003) ist ein Testinstrument zur Messung von Handlungsorientierung (HO) bzw. Lageorientierung (LO). Bestehend aus drei Skalen können folgende Aspekte von HO und LO gemessen werden:

1. Handlungs- vs. Lageorientierung nach Misserfolg (HOM vs. LOM)
2. Entscheidungsbezogene („prospektive“) Handlungs- vs. Lageorientierung (HOP vs. LOP)
3. Handlungs- vs. Lageorientierung bei der Tätigkeitsausführung (HOT vs. LOT)

HOM prüft den Grad der Handlungs- vs. Lageorientierung nach negativ erlebten Handlungsergebnissen und ist für die vorliegende Fragestellung relevant. Werte von 0-4 indizieren Lageorientierung, Werte von 5-12 indizieren Handlungsorientierung. HOP prüft den Grad der Handlungs- vs. Lageorientierung bei der Planung zukünftiger Handlungen und HOT prüft den Grad der Handlungs- vs. Lageorientierung während der Durchführung einer Handlung. Mittels Selbstbeschreibung werden im Umfang von 36 Items (12 Items je Skala) Situationsbeschreibungen gegeben. Jeder Situation folgen zwei Antwortalternativen, wobei die eine Alternative handlungsorientiertes und die andere Alternative lageorientiertes (bzw. „aktionistisches“) Verhalten erfasst. Ein Beispiel-Item aus dem HAKEMP90 ist: „Wenn ich etwas Wertvolles verloren habe und jede Suche vergeblich war, dann: a) kann ich mich schlecht auf etwas anderes konzentrieren. b) denke ich nicht mehr lange darüber nach.“. Die interne Konsistenz liegt zwischen $\alpha = .70$ und $\alpha = .82$ und kann somit als gut erachtet werden.

6.2.5 DIA-X-Interview

Das DIA-X -Interview (Wittchen & Pfister, 1997) als Screeningverfahren ist ein Testinstrument zur Erfassung psychischer Störungen generell (DIA-SSQ), Angststörungen (DIA-ASQ) oder – im Falle der vorliegenden Diplomarbeit – zur Erfassung von Depressionen. Bestehend aus 16 Fragen kann mithilfe zweier gezielter Fragen mit dichotomer Antwortmöglichkeit (ja vs. nein) das Vorliegen von Depressionen nach Kriterien von DSM-V und ICD-10 in der Vergangenheit erfasst werden. Anhand folgendem Beispiel-Item soll dies verdeutlicht werden: „Haben Sie jemals über mehr als 2 Wochen fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gelitten?“. Die Retest-Reliabilität beim Screening für Depressionen liegt bei $r = .81$, die Validität bei $.95$, die Gütekriterien des Testinstruments sind dem-

nach als gut einzuschätzen.

6.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der oben formulierten Hypothesen erfolgte mittels des Computerprogramms SPSS (Statistical Package for the Social Science) in der Version 21 und wurde durch folgende Verfahren überprüft (siehe Field, 2011, S.167-179, 349, 422, 585):

Rangkorrelation (Spearman)

Sind die Voraussetzungen für die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson (Normalverteilung und Intervallskalierung) nicht erfüllt, so wird die Rangkorrelation nach Spearman verwendet. Die Rangkorrelation ist ein parameterfreies Verfahren und resistent gegenüber Ausreißern. Mittels Rangkorrelationskoeffizient wird überprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen zwei Variablen gibt, ohne dabei Annahmen über die Verteilung der Wahrscheinlichkeiten zu machen. Nach Cohen (1988, 1992) erklärt ein kleiner Effekt ($r = .10$) 1% der Gesamtvarianz, ein mittlerer Effekt ($r = .30$) erklärt 9 % der Gesamtvarianz und ein großer Effekt ($r = .50$) erklärt 25 % der Varianz (siehe Field, 2011, S. 57).

t-Test für unabhängige Stichproben

Der t-Test für unabhängige Stichproben ist ein Verfahren zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen zweier Stichproben und wird mittels Vergleich von Mittelwertdifferenzen durchgeführt. Da die vorliegenden Hypothesen gerichtet formuliert sind, wird ein einseitiger Signifikanztest gerechnet. Voraussetzungen für den *t*-Test sind Normalverteilung, Unabhängigkeit der Stichproben, Intervallskalenniveau und Homogenität der Varianzen. Mittels *Levene-Test* wird die Varianzhomogenität via SPSS automatisch überprüft. Ist diese nicht gegeben, kann auf den *Welch-Test* ausgewichen werden. Hypothesen vier und fünf werden mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben überprüft. Die Effektstärke kann bei *t*-Tests mittels Cohens *d* angegeben werden.

Multivariate Varianzanalyse (MANOVA)

Die multivariate Varianzanalyse stellt eine Erweiterung der ANOVA dar und kann verwendet werden, um mehrere unabhängige Variablen (Gruppen) mit mehreren abhängigen Va-

riablen (Faktoren) zu vergleichen, Interaktionen zwischen unabhängigen Variablen zu betrachten und um zu analysieren, inwiefern sich die einzelnen Gruppen voneinander unterscheiden. Um spezifische Informationen darüber zu erhalten, welche Gruppen sich voneinander unterscheiden, werden im Anschluss an die multivariaten Varianzanalysen univariate ANOVAS durchgeführt. Hypothesen sieben und acht werden mittels MANOVA überprüft. Die Effektstärke kann bei Varianzanalysen mittels partiellem Eta - Quadrat (η^2) angegeben werden. Das partielle η^2 beschreibt jenes Verhältnis der Varianz, die eine Variable erklärt, welches nicht von anderen Variablen in der Analyse erklärt wird (siehe Field, 2011, S. 415). Folgende Einteilung nach Cohen (1988, S. 283f) lässt sich bei Varianzanalysen machen: Schwacher Effekt: $\eta^2 = 0.01$, mittlerer Effekt: $\eta^2 = 0.06$, starker Effekt: $\eta^2 = 0.14$. Das Signifikanzniveau wird im Voraus auf $p < .05$ festgelegt.

7 ERGEBNISSE

7.1 Deskriptive Statistik (Basisdatenerhebung)

Die Datenerhebung wurde mit dem frei zugänglichen Software-Paket SoSci Survey (www.sosicisurvey.de) durchgeführt, der Befragungszeitraum begann am 12.11.2012 und endete am 12.02.2013. Die Teilnehmer wurden via Schneeballverfahren auf die Erhebung aufmerksam gemacht. Im folgenden werden die Ergebnisse der Basisdatenerhebung dargestellt. Diese umfassen, wie in Kapitel 6.1 erläutert: Geschlecht, Alter, Wohnort, Studienrichtung, Praxis von Achtsamkeit und das etwaige Vorliegen sowie die Behandlung von Depressionen in der Vergangenheit. Es werden in diesem Kapitel die Häufigkeit des Auftretens und die prozentualen Anteile der soziodemographischen Merkmale der TeilnehmerInnen in der Stichprobe erläutert.

7.1.1 Demografische Daten

Die Frage nach dem Geschlecht der TeilnehmerInnen wurde von 79,8 % mit „weiblich“ beantwortet ($n = 297$), während 20,2 % der TeilnehmerInnen angaben, „männlich“ zu sein ($n = 75$). Die TeilnehmerInnen sind nach eigenen Angaben durchschnittlich 26 Jahre alt ($M = 26,4$, $SD = 5,5$), mit einem Altersminimum von 18 und einem Altersmaximum von 56 Jahren. Die Mehrzahl der StudienteilnehmerInnen gibt an, in Österreich zu leben (61,3 %, $n = 228$), gefolgt von TeilnehmerInnen aus Deutschland (35,5 %, $n = 132$). 21 TeilnehmerInnen

geben an, in anderen europäischen Ländern zu leben (= 9,2 %) und ein Teilnehmer ist nach Eigenangabe wohnhaft in den USA. Von den 372 TeilnehmerInnen gaben 62,4 % (n = 232) an, Psychologie zu studieren 14 % (n = 52) studieren nach eigenen Angaben Medien- und Kulturwissenschaft und 23,7 % (n = 88) gaben verschiedene andere Studienrichtungen an.

Tabelle 5: Wohnort der StudienteilnehmerInnen.

Land	N	%
Österreich	228	61,3
Deutschland	132	35,5
Anderes Land Europa	21	9,2
Anderer Kontinent	1	0,4

7.1.2 Praxis von Achtsamkeit

Von den 372 TeilnehmerInnen gaben 75,5 % (n = 281) an, keine Achtsamkeit zu praktizieren. Bei der Art der Achtsamkeitspraxis waren multiple Antworten möglich. 11,8 % (n = 44) Personen gaben an, Yoga zu praktizieren. 8,1 % (n = 30) Teilnehmer üben sich nach Eigenangabe in der Meditation. 7,8 % (n = 29) gaben an, andere Arten (wie z. B. Autogenes Training, Qigong etc.) als die auszuwählenden der Achtsamkeitsübung zu verfolgen und 3,8 % (n = 14) gaben an, klassische Achtsamkeitsmeditation zu praktizieren.

7.1.3 Depressionen in der Vergangenheit

Von den 372 TeilnehmerInnen gaben über die Hälfte (59,4 %, n = 221) der Personen an, in der Vergangenheit bereits unter Depressionen gelitten zu haben. Die übrigen 40,6 % (n = 151) TeilnehmerInnen, hatten in der Vergangenheit nach Eigenangaben nicht unter Depressionen gelitten. Weitaus mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen (76,3 %, n = 284) gaben während dessen an, wegen Depressionen noch niemals in Behandlung gewesen zu sein, während nur 23,7 % (n = 88) angaben, bereits aufgrund einer depressiven Erkrankung behandelt worden zu sein.

7.1.4 Depressivität (aktuell)

Von den 372 TeilnehmerInnen gaben weitaus mehr als die Hälfte (78,2%, n = 291) der Personen an, zum Zeitpunkt der Erhebung (und innerhalb der letzten 7 Tage) nicht depressiv

zu sein (BSI-18 Cut - Off Wert), wohingegen die restlichen 81 Personen (21,8 %) anhand ihres Antwortverhaltens auf depressive Auffälligkeit schließen lassen.

7.1.7 Ergebnisdarstellung der Skalenwerte

Es werden im Folgenden die Ergebnisse der einzelnen Skalen zusammenfassend (Mittelwert, Standardabweichung und Itemanzahl) tabellarisch dargestellt.

Tabelle 6:

Ergebnisdarstellung der Skalenwerte

Skala	Items	M	SD
Observe	8	3.40	.60
Describe	8	3.74	.69
Act with Awareness	8	3.34	.63
Nonjudge	8	3.69	.85
Nonreact	7	3.03	.60
Achtsamk.(gesamt)	39	3.45	.42
Selbstaufmerksamkeit	14	3.01	.67
Lageorientierung	12	5.60	3.12
Depressivität	18	.56	.54

7.2 Inferenzstatistik (Auswertung der Hypothesen)

7.2.1 Achtsamkeit und Selbstaufmerksamkeit

H1: Achtsamkeit und (dysfunktionale) Selbstaufmerksamkeit korrelieren negativ.

Der vermutete lineare Zusammenhang wurde mittels Produkt-Moment-Korrelation berechnet. Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Selbstaufmerksamkeit der auf dem 1% Niveau signifikant ist (siehe Tabelle 7).

7.2.2 Selbstaufmerksamkeit und Depressivität

H2: Selbstaufmerksamkeit korreliert positiv mit Depressivität und allgemeiner psychischer Belastung.

Der vermutete lineare Zusammenhang wurde mittels Produkt-Moment-Korrelation berechnet. Selbstaufmerksamkeit und Depressivität (Gesamtwert BSI-18) weisen einen positiven Zusammenhang auf, der auf dem 1% Niveau signifikant ist (siehe Tabelle 7).

7.2.3 Achtsamkeit (Gesamtwert FFAF) und Depressivität

H3: Achtsamkeit korreliert negativ mit Depressivität und allgemeiner psychischer Belastung.

Der vermutete lineare Zusammenhang wurde mittels Produkt-Moment-Korrelation berechnet. Achtsamkeit und (aktuelle) Depressivität (Gesamtwert BSI - 18) korrelieren negativ mit einem Zusammenhang, der auf dem 1% Niveau signifikant ist (siehe Tabelle 7).

7.2.4 Lageorientierung, Depressivität und Achtsamkeit

H4a: Lageorientierung korreliert negativ mit Achtsamkeit und positiv mit Depressivität/ psychischer Belastung.

Der vermutete lineare Zusammenhang wurde mittels Produkt-Moment-Korrelation berechnet. Lageorientierung weist einen negativen Zusammenhang mit Achtsamkeit auf und ist auf dem 1% Niveau signifikant. Lageorientierung korreliert positiv mit Depressivität/ psy-

chischer Belastung aktuell (Gesamtwert BSI – 18) und ist auf dem 1% Niveau signifikant (siehe Tabelle 7).

H4b: Lageorientierung korreliert negativ mit der Achtsamkeitsfacette „Observe“.

Da die Signifikanz der Korrelationsergebnisse deutlich von dem 5% Niveau abweicht, lassen sich diese Werte nicht eingehender interpretieren.

Tabelle 7: Korrelationen zwischen Achtsamkeit (AM), Selbstaufmerksamkeit (SA), Depressivität (DT) und Lageorientierung (LO)

	Achtsamkeit	Selbstaufmerks.	Depressivität	Lageorientierung
AM	1	-.57	-.47	-.31
SA	-.57	1	.46	.41
DT	-.47	.46	1	.15
LO	-.31	.41	.15	1

7.2.5 FFAF Wert bei Probanden mit und ohne aktueller Achtsamkeitspraxis

H5: Probanden mit aktueller Achtsamkeitspraxis haben einen höheren Achtsamkeits-Gesamtwert als Probanden ohne Achtsamkeitspraxis.

Diese Hypothese wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben überprüft. Die Gruppen unterscheiden sich laut t-Test signifikant auf dem 1% Niveau mit ($t(370) = 3,453$, $p = .001$) $d = 0.41$. TeilnehmerInnen, welche Achtsamkeit praktizieren können somit als insgesamt achtsamer eingeschätzt werden, als solche, die sich nicht in Achtsamkeit üben.

7.2.6 Depressivität und aktuelle Achtsamkeitspraxis

H6: Probanden mit Achtsamkeitspraxis sind weniger depressiv/ psychisch belastet als Probanden ohne Achtsamkeitspraxis.

Diese Hypothese wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben überprüft. Es zeigte sich kein signifikanter Gruppenunterschied auf dem 5% Niveau hinsichtlich des Grades psychischer Belastung/ Depressivität (aktuell, Gesamtwert BSI-18) bei Probanden mit Achtsamkeitspraxis im Vergleich zu Probanden ohne Achtsamkeitspraxis ($t(370) = .391, p = .696, ns$). Es kann daher keine Aussage bezüglich der Gruppenunterschiede getroffen werden.

7.2.7 Depressiv Auffällige vs. Depressiv Unauffällige

H7: Depressiv Auffällige haben deutlich geringere Achtsamkeits-, aber deutlich höhere Selbstaufmerksamkeits- und Lageorientierungswerte als depressiv Unauffällige.

Die vorliegende Hypothese wurde mittels multivariater Varianzanalyse überprüft. Die erwarteten Gruppenunterschiede werden durch die Resultate der Varianzanalyse und Mittelwertvergleiche bestätigt: Es zeigte sich ein signifikanter multivariater Haupteffekt der Gruppen (Pillai's Trace = 0.260, $F(3, 368) = 43.09, p < .001$, partielles $\eta^2 = .260$).

Da die unabhängigen Variablen nur zwei Ausprägungen haben, kann man durch Betrachtung der Mittelwerte (deskriptive Statistiken) die Information darüber nutzen, welche Gruppe den höheren Mittelwert hat (also inwiefern sich die Gruppen voneinander unterscheiden).

Der Mittelwert der Skala Achtsamkeit (Gesamtwert des FFAF) beträgt bei Depressiv Auffälligen 3.13 (SD = .40) und bei Depressiv Unauffälligen 3.54, (SD = .38). Dieser Unterschied ist signifikant $F(1, 370) = 73.56, p < .001$, partielles $\eta^2 = .17$.

Der Mittelwert der Skala Selbstaufmerksamkeit beträgt bei Depressiv Auffälligen 3.60 (SD = .60) und bei Depressiv Unauffälligen 2.84 (SD = .60). Dieser Unterschied ist signifikant $F(1, 370) = 99.89, p < .001$, partielles $\eta^2 = .18$.

Der Mittelwert der Skala Lageorientierung (LOM) beträgt bei Depressiv Auffälligen 1.70 (SD = 1.80) und bei Depressiv Unauffälligen 1.40 (SD = 1.98). Dieser Unterschied lässt sich nicht eingehender interpretieren, da $F(1, 370) = 1.77, p = .183$, partielles $\eta^2 = .005, ns$.

Depressiv auffällige Personen können somit als signifikant weniger achtsam und gleichzeitig (dysfunktional) selbstaufmerksamer eingeschätzt werden als depressiv unauffällige.

ge Personen.

Bezüglich des Unterschiedes in der Ausprägung von Lageorientierung zwischen den Gruppen depressiv Auffällige/ -Unauffällige können keine Aussagen getroffen werden.

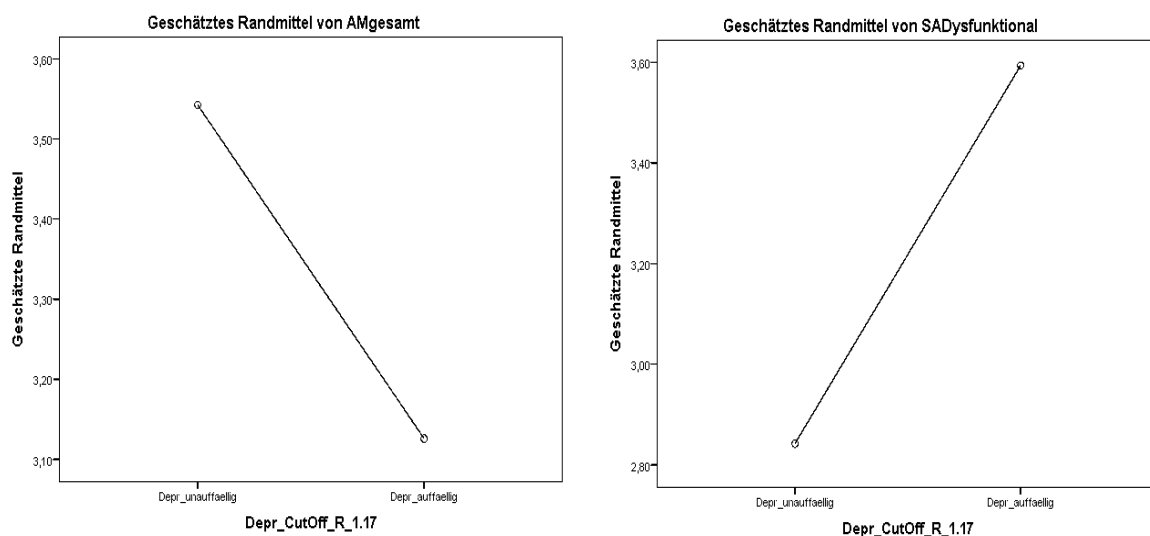


Abbildung 2: Profildiagramme der Mittelwertunterschiede von Achtsamkeit und Selbstaufmerksamkeit bei Depressiv auffälligen und Depressiv unauffälligen Personen.

7.2.8 Depressivität aktuell und Depressionen in der Vergangenheit

H8: Klinisch unauffällige, aktuell depressive, remittierte und rezidierte Personen weisen unterschiedliche Achtsamkeits-, Selbstaufmerksamkeits- und Lageorientierungswerte auf.

Die vorliegende Hypothese wurde mittels multivariater Varianzanalyse überprüft. Die erwarteten Gruppenunterschiede werden durch die Resultate der Varianzanalyse bestätigt:

Es zeigte sich ein signifikanter multivariater Haupteffekt (Pillai's Trace = 0.320, $F(9, 1104) = 14.67$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .11$). Für die einzelnen abhängigen Variablen ist dabei der Effekt der Gruppenzugehörigkeit über alle abhängigen Variablen signifikant; mit $F(3, 368) = 25.65$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .17$ für die Variable Achtsamkeit, $F(3, 368) = 41.89$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .26$ für die Variable Selbstaufmerksamkeit und $F(3, 368) = 4.88$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .04$ für die Variable Lageorientierung.

Die Vergleiche zwischen den Gruppen (anhand Scheffe Test) zeigen mit einem $p < .001$ folgendes Ergebnis:

Achtsamkeit ist am höchsten ausgeprägt bei klinisch unauffälligen Personen, gefolgt von remittierten Personen. Aktuell depressive Personen weisen die niedrigsten Achtsamkeitswerte gefolgt von rezidierten Personen, die etwas höhere Achtsamkeitswerte, im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen jedoch schwach ausgeprägte Achtsamkeit zeigen. Es zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied bezüglich Achtsamkeit zwischen klinisch unauffälligen und aktuell depressiven sowie rezidierten Personen und zwischen remittierten und aktuell depressiven sowie rezidierten Personen.

Selbstaufmerksamkeit ist am höchsten ausgeprägt bei aktuell depressiven Personen, gefolgt von rezidierten Personen. Klinisch unauffällige Personen weisen die niedrigsten Selbstaufmerksamkeitswerte gefolgt von remittierten Personen, die etwas höhere Selbstaufmerksamkeitswerte, im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen jedoch relativ niedrig ausgeprägte Selbstaufmerksamkeit zeigen. Es zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied bezüglich Selbstaufmerksamkeit zwischen klinisch unauffälligen, und remittierten, depressiven sowie rezidierten Personen sowie zwischen remittierten und rezidierten Personen.

Lageorientierung ist am höchsten ausgeprägt bei remittierten und rezidierten Personen. Klinisch unauffällige und aktuell depressive Personen (ohne depressive Vorgeschichte) weisen die niedrigsten Lageorientierungswerte auf. Es zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied bezüglich Lageorientierung zwischen klinisch unauffälligen und remittierten sowie zwischen klinisch unauffälligen und rezidierten Personen.

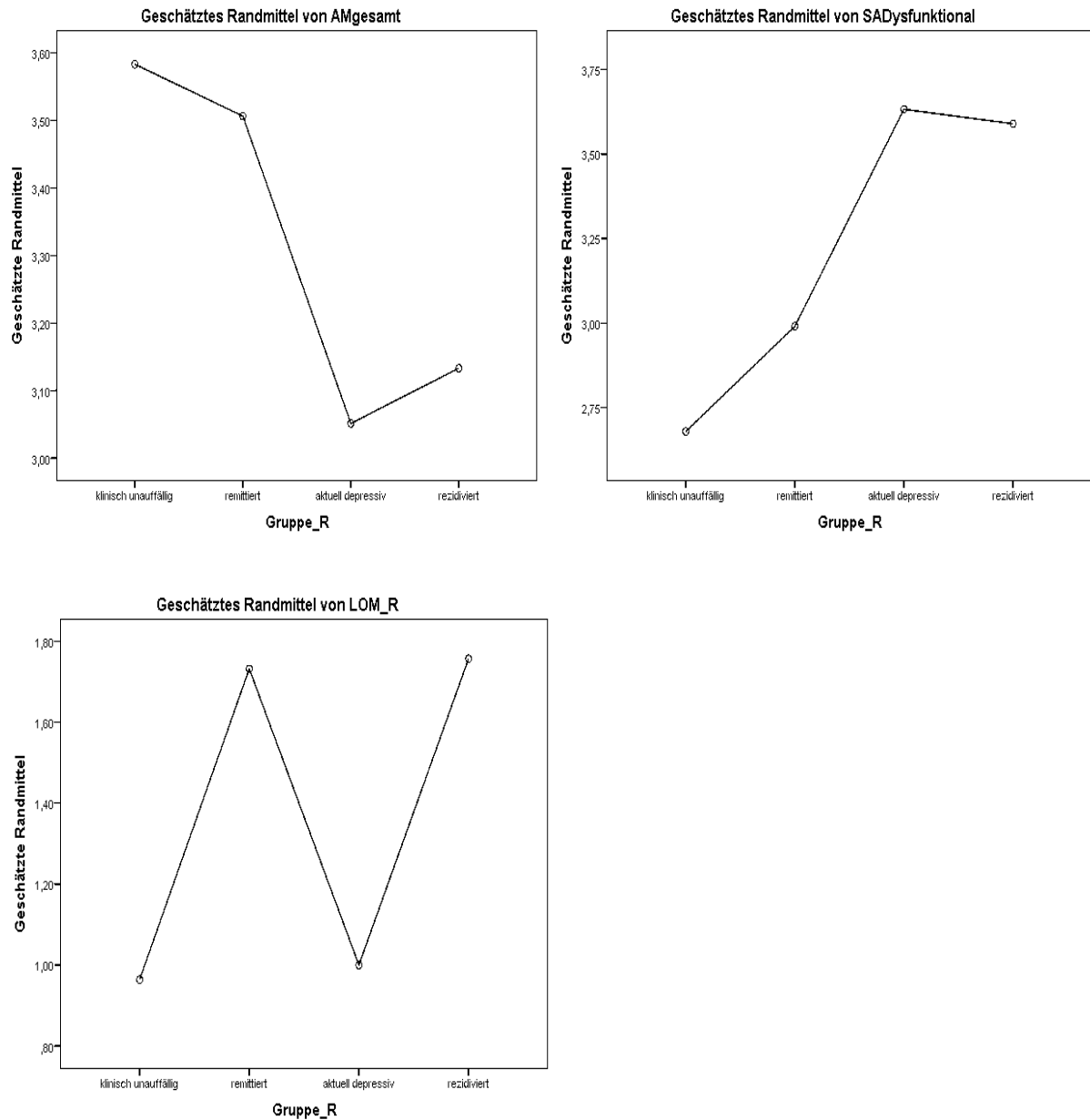


Abbildung 3: Profildiagramme der Mittelwertunterschiede von Achtsamkeit (AM), Selbstaufmerksamkeit (SA) und Lageorientierung (LOM) bei klinisch unauffälligen, aktuell depressiven, remittierten und rezidierten Personen

DISKUSSION

8 INTERPRETATION UND DISKUSSION

In diesem abschließenden Kapitel werden zunächst infolge eines kompakten Überblicks der Zielsetzung der Arbeit die Ergebnisse der Datenanalyse zusammengefasst und anhand vorausgehender Forschungsergebnisse interpretiert. Es folgt die Darlegung möglicher Kritikpunkte der Arbeit und ein Ausblick für die zukünftige Forschung.

In der vorliegenden Arbeit ist der Fokus aufbauend auf den Forschungsergebnissen von Segal et al. (2000) auf die achtsamkeitsbasierte Therapie depressiver Erkrankungen gerichtet. Die Autoren zeigten in ihren Untersuchungen, dass eine achtsamkeitsbasierte Intervention erst ab dem 3. depressiven Rezidiv (also bei längerfristig Erkrankten) Wirkung zeigt, bei ersterkrankten Depressiven zeigte sich eine achtsamkeitsbasierte Intervention als wirkungslos und gegebenenfalls sogar kontrainduktiv. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zu erheben, wie sich Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit, Depressionen, Depressivität und deren Vorläufern (Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung) gestalten und welche Aussagen anhand dessen bezüglich möglicher Implikationen einer achtsamkeitsbasierten Therapie auch schon bei Ersterkrankten getroffen werden können.

Die erste Hauptfragestellung, wie sich der Zusammenhang zwischen Depressionen, Depressivität, Selbstaufmerksamkeit, Achtsamkeit und Lageorientierung gestaltet, wird im folgenden beantwortet.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind größtenteils konsistent mit den hier postulierten Forschungshypothesen und bisherigen Forschungsergebnissen anderer Autoren. Es zeigte sich in der Datenanalyse ein positiver Zusammenhang zwischen aktueller Depressivität und Lageorientierung sowie (dysfunktionaler) Selbstaufmerksamkeit. Dies entspricht dem multifaktoriellen Modell zur Depressionsentwicklung von Hautzinger (2003), in welchem dieser Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung als auslösende Faktoren für die Entstehung von Depressionen postuliert sowie dem Konzept der Rumination, das eng mit Lageorientierung und Selbstaufmerksamkeit verwandt und nach Nolen-Hoeksema (2008), Smith & Alloy (2009) und anderen ein maßgeblicher Bestandteil depressiver Erkrankungen ist.

Ein negativer Zusammenhang zeigte sich zwischen Achtsamkeit, aktueller Depressivität, (dysfunktionaler) Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung. In Anbetracht der umfangreichen Forschung zur Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Verfahren bei Depressionen (siehe u. a. Piet und Hougaard, 2011, Hofmann et al., 2010, Kuyken et al., 2010) gliedert sich dieses Ergebnis übereinstimmend in bereits postulierte Forschungsergebnisse ein. Per definitionem ist Achtsamkeit als Übungsmethode und andauernder Zustand durch eine gegenwärtige, be-

wusste Haltung der Nicht-Reaktivität und Nicht-Bewertung von Gedanken eine der Depression entgegengesetzte Qualität (siehe unter anderem Weiss & Harrer, 2010, S. 14-15)

Als weitere Schwerpunktsetzung wurde die Achtsamkeitsfacette „Observe“ des FFMQ (Baer, 2006) eingehender betrachtet. Trotz seiner auffällig geringeren Ladung mit Achtsamkeit als die restlichen vier Faktoren (siehe Baer, 2006) und seiner scheinbaren Nähe zur Lageorientierung („Observe“ = Beobachten der eigenen Person), können die Ergebnisse der Datenanalyse nicht eingehender interpretiert werden, da sich kein signifikantes Ergebnis auf dem 5% Niveau zeigte.

Die Resultate der Gruppenvergleiche zeigten höhere Achtsamkeitswerte bei Praktizierenden von Achtsamkeitsübungen, als bei Personen, welche keine regelmäßigen Achtsamkeitsübungen durchführen. Es kann damit die generelle salutogenetische Wirkung der Achtsamkeitsanwendung gestützt werden, welche von zahlreichen Autoren postuliert wird (siehe unter anderem Kilpatrick et al., 2011, Wayment et al., 2011). Des Weiteren sprechen die Ergebnisse der Datenanalyse dafür, dass aktuell depressive Personen als weniger achtsam und gleichzeitig selbstaufmerksamer eingeschätzt werden können als depressiv unauffällige Personen. Dies bestätigt ebenfalls die oben aufgezeigten Forschungsergebnisse und die Forschungshypothesen von Voges (2013). Zur Unterscheidung zwischen aktuell depressiven/ nicht depressiven Personen hinsichtlich Lageorientierung können keine Aussagen getroffen werden, da sich kein signifikantes Ergebnis auf dem 5% Niveau zeigte.

Auffallend bei der Überprüfung der Hypothesen und entgegen den postulierten Annahmen der vorliegenden Arbeit sowie den bisherigen Forschungsergebnissen zur salutogenetischen Wirksamkeit von Achtsamkeit sowohl bei klinischen als auch bei nicht-klinischen (wie z.B. Stress) Auffälligkeiten (Walach, 2004) ist, dass Probanden, welche Achtsamkeit praktizieren, sich nicht hinsichtlich ihrer *aktuellen* Depressivität von Probanden ohne Achtsamkeitspraxis unterscheiden. Dieses Ergebnis zeigt sich wiederum als konsistent mit Segal et al. (2000, 2010), Piet und Hougaard (2011), Hofmann et al. (2010) und anderen.

Die Resultate der multiplen Gruppenvergleiche zeigen zusammenfassend folgendes Bild: Klinisch unauffällige Personen (mit den höchsten Achtsamkeitswerten) unterscheiden sich signifikant von aktuell depressiven und rezidierten Personen (mit den niedrigsten Achtsamkeitswerten). Dies ist konsistent mit der bisherigen Achtsamkeitsforschung im Kontext von depressiven Symptomen (siehe u. a. Mark & Williams, 2008). Klinisch unauffällige Personen weisen außerdem die niedrigsten Selbstaufmerksamkeits- und Lageorientierungswerte auf und unterscheiden sich damit signifikant von remittierten und rezidierten Personen (vergleiche Nolen-Hoeksema, 2008, Smith & Alloy, 2009, Mark & Williams, 2008). Auf-

fälligerweise weisen klinisch unauffällige und aktuell depressive Personen (ohne depressive Vorgeschichte) ähnlich niedrige Lageorientierungswerte auf.

Die zweite Hauptfragestellung, welche Implikationen sich für eine achtsamkeitsbasierte Therapie depressiver Ersterkrankter ableiten lassen könnten, wird im folgenden Abschnitt beantwortet.

Es zeigen sich zusammenfassend Depressive als weniger achtsam, sowie Achtsamkeitspraktizierende als achtsamer, jedoch zeigt sich kein Unterschied in der Ausprägung der Depressivität zwischen Achtsamkeitspraktizierenden und jenen, welche keine Achtsamkeit praktizieren. Es lässt sich darauf aufbauend vermuten, dass die korrekte *Art und Weise* der Achtsamkeitsübung, insbesondere bei ersterkrankten Depressiven, eingehender behandelt werden sollte, um das gewünschte Resultat (höhere Achtsamkeit) wahrscheinlicher zu machen (vgl. Segal et al., 2000, 2010). Des Weiteren ist anhand der Datenanalyse ersichtlich, dass klinisch Unauffällige und Remittierte die höchsten Achtsamkeitswerte aufweisen, dass also sowohl bei solchen Personen, welche in der Vergangenheit unter Depressionen litten, als auch bei jenen, welche noch nie unter Depressionen litten, die *aktuelle* Freiheit von Depressivität maßgeblich für das aktuelle Ausmaß an Achtsamkeit ist. Es könnte sich daraus folgern lassen, dass für die erfolgreiche Anwendung der Achtsamkeitsübung möglicherweise ein gewisses Maß an derzeitigem „gesunden“ Vermögen zur Selbstreflektion förderlich ist, um nicht in maladaptive Lageorientierung oder Selbstaufmerksamkeit abzugleiten. Die Vermutung, welche sich aus der Datenlage der vorliegenden Diplomarbeit für Voges (2013) ergab ist, dass durch die Innenwendung der Aufmerksamkeit eher die Depressionen verstärkenden Zustände der (dysfunktionalen) Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung, anstelle von tatsächlicher Achtsamkeit gefördert werden. Dies, so die weitere Vermutung, fällt möglicherweise deshalb bei Ersterkrankten schwerer ins Gewicht als bei bereits längerfristig Erkrankten, da sich bei diesen (Ersterkrankten) das negative Selbstbild noch nicht derart „gefestigt“ hat, wie es bei längerfristig erkrankten der Fall ist. Dafür spricht auch die auffällig niedrige Ausprägung von Lageorientierung bei aktuell depressiven ohne depressive Vorgeschichte im Gegensatz zu depressiven mit symptomatischer Vorgeschichte. Dadurch könnte bei Ersterkrankten eine weitere Verschlechterung des Zustandes durch die Innenwendung der Aufmerksamkeit mittels Achtsamkeitsanwendung möglich sein.

Voges (2013) vermutet schlussfolgernd, dass es bei Ersterkrankten für eine erfolgreiche Therapie im Wesentlichen auf den Wiederaufbau von positiven Aktivitäten (Sport, Bewegung, Genusstraining, etc.,...) ankommt – im Sinne klassischer Lerntheoretischer Verfahren im Rahmen der KVT – , damit der Verstärkerverlust kompensiert wird (BPtK, 2009) und

Handlungs- anstelle von Lageorientierung und (dysfunktionaler) Selbstaufmerksamkeit eintritt. Alternativ könnte eine Modifikation des Achtsamkeitstrainings speziell angepasst an die Anforderungen ersterkrankter depressiver Patienten notwendig sein, damit das Abgleiten in eine die Depression verstärkende Lageorientierung und gesteigerte (dysfunktionale) Selbstaufmerksamkeit verhindert werden kann. Dementsprechend könnte es notwendig sein, Achtsamkeit und Lageorientierung sowie Selbstaufmerksamkeit genauer als bisher zu unterscheiden und entsprechend dieser Unterscheidung Interventionen speziell für Ersterkrankte zu entwickeln. Diese Interventionen sollten insbesondere Achtsamkeit (also das nicht-bewertende Erleben des gegenwärtigen Moments ohne Vermeidung) fördern, sowie Selbstaufmerksamkeit (die gesteigerte Bewertung des eigenen Selbst durch deutliche Diskrepanzen zwischen Ideal- und Realselbst) verringern und gleichzeitig Lageorientierung (die Beeinträchtigung der Fähigkeit des Einsatzes von Handlungskontrollstrategien) bei depressiver Befindlichkeit ab- und Handlungsorientierung aufbauen.

9 KRITIK UND AUSBLICK

Ein Kritikpunkt, welcher sich auf die verwendete Stichprobe bei der Datenerhebung bezieht, ist jener der externen Validität. Betrachtet man den deskriptiv statistischen Abschnitt eingehender, fällt auf, dass weitaus mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen angaben, unter Depressionen (lifetime) zu leiden. Ob dies auch in der Grundgesamtheit, also in der Gesamtpopulation der Fall ist, ist fragwürdig. Dieses Ergebnis könnte möglicherweise die Repräsentativität der Erhebung abschwächen. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch die generelle hohe Prävalenzrate von StudentInnen bezüglich psychischer Beschwerden (Holm-Adulla et al., 2009). Es wäre dennoch interessant, die Konstrukte in der Zukunft an einer normalverteilten, auch nicht-studentischen, (noch) größeren Stichprobe zu erheben.

Inhaltlich sind in Bezugnahme auf Empfehlungen für die zukünftige Forschung zwei Punkte hervorzuheben. Zum einen zeigte sich bezüglich der Achtsamkeitsfacette „Observe“ kein signifikantes Ergebnis unter dem 5% Niveau, insofern ist keine differenzierte Aussage über jenen Faktor möglich. Es wird deshalb angeraten, in Folgestudien den „Observe“ Faktor im Zusammenhang mit dem Konstrukt der Achtsamkeit und insbesondere der Intervention bei Ersterkrankten genauer zu betrachten, um darüber klare Aussagen treffen zu können. Dadurch und durch die vorher dargestellten Resultate der vorliegenden Arbeit gestützt wird empfohlen, in zukünftigen Forschungsarbeiten nicht nur mittels Befragungen, sondern vor allem mittels kontrollierter Interventionsstudien zu untersuchen, welcher Art sich eine Modifikation der

Achtsamkeitsintervention bei Ersterkrankten gestalten soll, um vergleichbare Erfolge mit der MBCT bei längerfristig erkrankten depressiven Patienten erzielen zu können.

LITERATURVERZEICHNIS

Baer, R. A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.

Baghai T. C., Volz H. P., Möller H. J. (2011). Antidepressive Pharmakotherapie: Aktueller Stand und neue Entwicklungen. *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie*, 12, 70-81.

Bechert, H. & Gombrich, R. (Hrsg.) (1989). *Der Buddhismus - Geschichte und Gegenwart*. München: Beck.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, D. N., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.

Bohlmeijer, E., ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M. & Baer, R. (2011). Psychometric Properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Depressed Adults and Development of a Short Form. *Assessment*, 18, 308-320.

Bortz, J. & Döring, N. (2006) *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.

Brefczynski-Lewis, J. A., Lutz, A., Schaefer, H. S., Levinson, D. B. & Davidson, R. J. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104, 11483-11488.

Buchheim, A., Viviani, R., Kessler, H., Kächele, H., Cierpka, M., et al. (2012) Changes in Prefrontal-Limbic Function in Major Depression after 15 Months of Long-Term Psychotherapy. *PLoS ONE* 7(3), e33745. doi:10.1371/journal.pone.0033745

BundesPsychotherapeutenKammer (BptK) (2009). Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie, Verhaltenstherapie. URL:

http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Themen/ambulante_Versorgung/20091110_stn_bptk_pt-richtlinie_vt.pdf. Abgerufen am 01.09.2013.

Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733-739.

Butcher, J. N., Mineka, S. & Hooley, J. M. (2009). *Klinische Psychologie*. München: Pearson.

Chu, L. (2009). The benefits of meditation vis-à-vis emotional intelligence, perceived stress and negative mental health. *Stress and Health*, 26, 169-180.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum.

Davison, G. C., Neale, J. M. & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch*. Beltz: Weinheim.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. K., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.

De Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C. & Schramm, E. (2007) *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Im Auftrag der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Dudenredaktion (Hrsg.) (2009). *Duden - die deutsche Rechtschreibung* (2009). Mannheim: Dudenverlag.

Duval, S. & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic Press.

Fenigstein, A., Scheier, M. & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 43, 522-527.

Field, A. (2011). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage.

Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Geist, A. M. (2010). *Die Wirkung von Achtsamkeit auf gesundheitsbezogene Lebensqualität, Symptombelastung, Emotionsregulation und Kohärenzgefühl*. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Wien.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes GBE (2006). *Gesundheit in Deutschland*. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Berlin.

Grossmann, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.

Häcker O. & Stapf K. H. (Hrsg.) (2009). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch. 15., überarbeitete und erweiterte Auflage*. Bern: Huber.

Hautzinger M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Berlin: Beltz.

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J. & Villatte, J. L. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior therapy*, 44, 180-198.

Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.) (2004). *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie*. Tübingen: dgvt.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T. & Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183.

Holm-Adulla, R. M., Hofmann, F. H., Sperth, M. & Funke, J. (2009). Psychische Störungen und Beschwerden von Studierenden. *Psychotherapeut*, 54, 346-356.

Hölzel, B. (2007). Achtsamkeitsmeditation: Aktivierungsmuster und morphologische Veränderungen im Gehirn von Meditierenden. *Dissertation*.

Hölzel, B., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R., & Vaitl, D. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neuroscience Letters*, 421, 16-21.

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T. & Lazar S.W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191, 36-43.

Hoyer, J. (2000). Der Fragebogen zur Dysfunktionalen und Funktionalen Selbstaufmerksamkeit (DFS): Theoretisches Konzept und Befunde zur Reliabilität und Validität. *Diagnostica*, 46, 140-148.

Ilg, R., Wohlschläger, A. M., Gaser, C., Liebau, Y., Dauner, R., Wöller, A., Zimmer, C., Zihl, J. & Mühlau, M. (2008). Gray matter increase induced by practice correlates with task-specific activation: A combined functional and morphometric magnetic resonance imaging study. *Journal of Neuroscience*, 28, 4210-4225.

Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107, 156-176 .

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are*. New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2011). *Full Catastrophe Living*. New York: Bantam.

Kahl, K G, Winter, L. & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Curr Opin Psychiatry*, 25, 522-528.

Kayser, S., Walter, H. & Schläpfer, T. (2010). Elektrokrampftherapie und neue Hirnstimulationsmethoden. *Nervenheilkunde*, 3, 117-123.

Kerr, C. E., Jones, S. R., Wan, Q., Pritchett, D. L., Wasserman, R. H., Wexler, A., Villanueva, J. J., Shaw, J. R., Lazar, S. W., Kaptchuk, T. J., Littenberg, R., Hämäläinen, M. S. & Moore, C. I. (2011). Effects of mindfulness meditation training on anticipatory alpha modulation in primary somatosensory cortex. *Brain Res. Bull.*, 85, 96-103.

Kilpatrick, L. A., Suyenobu, B. A. & Naliboff, B. D. (2011). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Intrinsic Brain Connectivity. *Neuroimage*, 56, 290-298.

Kliem, S., Kröger, C. & Kosfelder, J. (2011). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis Using Mixed-Effects Modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 936-951.

Kretschmann, H. J. & Weinrich, W., (2003). *Klinische Neuroanatomie und kraniale Bilddiagnostik. Atlas der Magnetresonanztomographie und Computertomographie*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Klesse, C., Berger, M., Bermejo, I., Bschor, T., Gensichen, J., Harfst, T., Hautzinger, M., Kolada, C., Kühner, C., Matzat, J., Mundt, C., Niebling, W., Richter, R., Schauenburg, H., Schulz, H., Schneider, F. & Härter, M. (2010). Evidenzbasierte Psychotherapie der Depression. *Psychotherapeut*, 55, 247-263.

Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.

Kuhl, J. & Kazen, M. (2003). *Handlungs- und Lageorientierung: Wie lernt man, seine Gefühle zu steuern?* Göttingen: Hogrefe.

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? *Behavior Research and Therapy*, 48, 1105-1112.

Lazar, S., Bush, G., Gollub, R. L., Fricchione, G. L., Khalsa, G. & Benson, H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport*, *11*, 1581-1585.

Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., et al. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*, *16*, 1893-1897.

Lewinsohn, P. M., Hobermann, H., Teri, L. & Hautzinger, M. (1985). *An integrative theory of depression*. New York: Academic Press.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.

Luders, E., Toga, A. W., Lepore, N. & Gaser, C. (2009). The underlying anatomical correlates of long-term meditation: Larger hippocampal and frontal volumes of gray matter. *NeuroImage*, *45*, 672-678.

Lutz, A., Greischar, L., Rawlings, B., Ricard, M. & Davidson, J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *PNAS*, *46*, 16369-16373.

Lutz, A., Dunne, J. D. & Davidson, R. J. (2007). Meditation and the Neuroscience of Consciousness: an Introduction. In Zelazo, P. D., Moscovitch, M. & Thompson, E. (Hrsg.), *Cambridge Handbook of Consciousness* (S. 497-549). New York: Cambridge.

Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T. & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the Neural Circuitry of Emotion by Compassion Meditation: Effects of Meditative Expertise. *PLoS ONE* *3*(3): e1897. doi:10.1371/journal.pone.0001897

Löwe B., Spitzer R. L., Zipfel S. & Herzog W. (2002). *PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten*. Karlsruhe: Pfitzer.

Ma, S. H. & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 31-40.

Mark, J. & Williams, G. (2008). Mindfulness, Depression and Modes of Mind. *Cogn Ther Res, 32*, 721-733.

Marlatt, G. A. (1994). Addiction, mindfulness, and acceptance. In Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M. & Dougher, M. J. (Hrsg.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (S. 175-197). Reno: Context Press.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 400-424.

Nyanaponika, M. (1969). *Geistestraining durch Achtsamkeit*. Stambach: Beyerlein-Steinschulte.

Nyanatiloka, M. (1989). *Das Wort des Buddha*. Stambach: Beyerlein-Steinschulte.

Nyanatiloka, M. (1989). *Buddhistisches Wörterbuch*. Stambach: Beyerlein-Steinschulte.

Piet, J. & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 1032-1040.

Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*, 125-162.

Schiekel, M. B. (1998). *Dhammapada - die Weisheitslehren des Buddha*. Freiburg: Breisgau.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D. & Williams, J. M. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy. Theoretical Rationale and Empirical Status. In Hayes, S. C., Folette, V. M. & Linehan, M. M.

(Hrsg.), *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. (S. 45-65). New York: Guilford.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2008). *Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Smith, J. M. & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clin Psychol Rev.*, 29, 116-128.

Snyder D. (2006). *The Complete Book of Buddha 's Lists - Explained*. Las Vegas: Vipassana Foundation.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V., Soulsby, J. & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.

Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the Five-Factor Model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284-304.

Vestergaard-Poulsen, P., van Beek, M., Skewes, J., Bjarkam, C. R., Stubberup, M., Bertelsen, J. & Roepstorff, A. (2009). Long-term meditation is associated with increased gray matter density in the brain stem. *NeuroReport*, 20, 170-174.

Wayment, H. A., Wiist, B., Sullivan, B. M. & Warren, M. A. (2011). Doing and Being: Mindfulness, Health, and Quiet Ego Characteristics Among Buddhist Practitioners. *J Happiness Stud*, 12, 575-589.

Weiss, H. & Harrer, M. E. (2010). Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch „Nicht-Verändern-Wollen“ – ein Paradigmenwechsel? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 14-24.

Winokur, G., Clayton, P. J., Reich, T. (1969). *Manic depressive illness*. Saint Louis: CV Mosby Company.

Wittchen, H. U., & Pfister, H. (Hrsg.) (1997). *DIA-X-Interview. Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X-Interviews*. Frankfurt/M.: Harcourt Test Services.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Klose, M. und Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen*. Berlin: Robert Koch Institut.

World Health Organization WHO (2004). The global burden of disease update. URL: http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. Abgerufen am 2.9.2013.

Zarbock, G., Ammann, A. & Ringer, S. (2012). *Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater*. Basel: Beltz.

Zimbardo, P. G. & Ruch, F. L. (1975). *Psychology and life. 9th edition*. Glenview, Ill.: Scott, Foresman.

Zimbardo, P. G. & Gerrig, R. J. (1996). *Psychology and life. 14th edition*. New York: Harper-Collins College Publishers.

Zimbardo, P. G. & Gerrig, R. J. (2008). *Psychologie*. Pearson: München.

ANHANG

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: <i>Multifaktorielles Modell der Depressionsentstehung nach Hautzinger</i>	40
Abbildung 2: <i>Profildiagramme der Mittelwertunterschiede von Achtsamkeit und Selbstaufmerksamkeit bei Depressiv auffälligen und Depressiv unauffälligen Personen</i>	69
Abbildung 3: <i>Profildiagramme der Mittelwertunterschiede von Achtsamkeit (AM), Selbstaufmerksamkeit (SA) und Lageorientierung (LOM) bei klinisch unauffälligen, aktuell depressiven, remittierten und rezidierten Personen</i>	71

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: <i>Häufigkeit typischer Symptome bei Depressionen (nach Winokur et al., 1969)</i>	35
Tabelle 2: <i>Theorie der kognitiven Schemata nach Beck (1983)</i>	38
Tabelle 3: <i>Depressives Attributionsschema am Beispiel: negative Mathematik Note</i>	39
Tabelle 4: <i>Ansatzpunkte der Depressionsbehandlung im Überblick nach de Jong-Meyer et al. (2007)</i>	45
Tabelle 5: <i>Wohnort der StudienteilnehmerInnen</i>	64
Tabelle 6: <i>Ergebnisdarstellung der Skalenwerte</i>	65
Tabelle 7: <i>Korrelationen zwischen Achtsamkeit (AM), Selbstaufmerksamkeit (SA), De- pressivität (DT) und Lageorientierung (LO)</i>	67

ABSTRACTS

Mindfulness and Depressiveness – Implications for a Mindfulness - Based Therapy of Depression

The present work focused on the construct of mindfulness within the clinical context, with particular relevance to the mindfulness-based therapy (MBT) of depressive disorders. Previous results indicated no effects of MBT in first-episode depressive patients but only in third-episode patients (Segal et al., 2000, 2004). It is likely that the introversion of attention in MBT leads to dysfunctional self-attention and a state-orientation (causal factors of depression) instead of mindfulness among first-episode patients. The correlation between depressiveness (current), depression (lifetime), mindfulness, dysfunctional self-attention and state-orientation was explored in an online survey. The following instruments were applied: depressiveness – *BSI-18* (Franke, 2000), life-time depression – *DIA-X Interview* (Wittchen & Pfister, 1997), mindfulness – *FFAF* (Ströhle, 2010; Michalak & Heidenreich, 2008; and Zarbock, 2010), dysfunctional self attention – *DFS* (Hoyer, 2000) and state-orientation – *HAKEMP 90* (Kuhl, 2003). Confirming hypotheses significant negative correlations were found between mindfulness and depressiveness as well as significant positive correlations between depressiveness, state-orientation and dysfunctional self-attention. Participants practicing mindfulness did not report less depressive symptoms than participants not practicing mindfulness. For future research it is recommended to discriminate between mindfulness from state-orientation as well as dysfunctional self-attention more clearly and to develop interventions that increase mindfulness while simultaneously decreasing dysfunctional self-attention and state-orientation.

Keywords: mindfulness, depression, therapy, state orientation, MBCT

Achtsamkeit und Depressivität –

Implikationen für eine achtsamkeitsbasierte Therapie der Depression

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Konstrukt der Achtsamkeit im klinischen Kontext, im Speziellen mit der achtsamkeitsbasierten Behandlung von depressiven Erkrankungen. Die bisherige achtsamkeitsbasierte Therapie der Depression zeigte sich erst als wirksam ab der dritten depressiven Episode des Patienten (also bei einer bereits längerfristig vorliegenden Erkrankung), nicht jedoch bei ersterkrankten Depressiven (Segal et al., 2000, 2004). Bei Ersterkrankten könnte durch die Innenwendung der Aufmerksamkeit eher Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung (auslösende Faktoren für die Entstehung von Depressionen, siehe Hautzinger, 2003) anstelle von Achtsamkeit erzeugt werden. In Form einer Online-Erhebung wurde der Zusammenhang zwischen Depressivität (aktuell), Depressionen (lifetime), Achtsamkeit, Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung erhoben. Es kamen folgende Instrumente zum Einsatz: Depressivität – *BSI-18* (Franke, 2000), Life-Time Depressionen – *DIA-X Interview* (Wittchen & Pfister, 1997), Achtsamkeit – *FFAF* (Ströhle, 2010; Michalak & Heidenreich, 2008; Zarbock, 2010), Selbstaufmerksamkeit – *DFS* (Hoyer, 2000) und Lageorientierung – *HAKEMP 90* (Kuhl, 2003). Hypothesenkonform zeigten sich signifikant negative Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an Achtsamkeit und Depressivität, sowie signifikant positive Zusammenhänge zwischen Depressivität, Lageorientierung und Selbstaufmerksamkeit. TeilnehmerInnen mit Achtsamkeitspraxis unterschieden sich jedoch nicht signifikant hinsichtlich Depressivität von TeilnehmerInnen ohne Achtsamkeitspraxis. Es wird empfohlen, in zukünftigen Forschungsarbeiten Achtsamkeit und Lageorientierung sowie Selbstaufmerksamkeit in kontrollierten Studien genauer als bisher zu unterscheiden und entsprechend dieser Unterscheidung Interventionen zu entwickeln, die Achtsamkeit fördern, sowie Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung bei depressiver Befindlichkeit ab- und Handlungsorientierung aufbauen.

Keywords: Achtsamkeit, Depressionen, Therapie, Lageorientierung, MBCT

Lebenslauf

Lena-Marie Voges
Geburtsort: Berlin
E-Mail: lena-marie.voges@gmx.de



Ausbildung

- 2006 – 2013 Diplom Studium: **Psychologie**, Universität Wien
Schwerpunkt: Klinische und Gesundheitspsychologie
Diplomarbeit: „Achtsamkeit und Depressivität – Implikationen
für eine achtsamkeitsbasierte Therapie der Depression.“
- 2001 – 2005 Maria Montessori Gesamtschule, Abitur
- 1997 - 2001 Rudolf Steiner Schule, Freie Waldorfschule
- 1995 - 1997 Comenius Gymnasium
- 1991 - 1995 Maria Montessori Grundschule

Praktika und Mitarbeit:

- 2013 Praxis für spezielle Schmerztherapie und Neurologie (Hamburg)
- 2011 Praktikum Drogentherapie Zentrum (Berlin)
- 2002 Praktikum Psychiatrische Klinik St. Alexius (Neuss)

Kenntnisse und Qualifikationen:

Sprachen: Deutsch und Englisch (sehr gut in Wort und Schrift), Latein (Schulkenntnisse), Spanisch (Grundkenntnisse)
Programme: MS Office, SPSS

Persönliche Eigenschaften:

Empathie, Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit, Ausdauer, Integrität

Interessen:

Kunst, Literatur, Philosophie, Reisen, Musik, Malen und Zeichnen, Natur, Ernährung, Sport: Schwimmen, Radfahren