

Meibert • Schellens

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

THERAPIE-BASICS



Online-Material auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Petra Meibert, Dipl.-Psych.
Achtsamkeitsinstitut Ruhr
Hyssenallee 52-56, 45128 Essen

Dr. med. Dagmar Schellens
Psychotherapeutische Praxen Mainspitze
Bahnhofstrasse 22, 65474 Bischofsheim

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Ein-speicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29165-1 Print
ISBN 978-3-621-29166-8 E-Book (PDF)

1. Auflage 2025

© 2025 Programm PVU Psychologie Verlags Union
Verlagsgruppe Beltz
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@belitz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Umschlagbild: Lina-Marie Oberdorfer
Herstellung: Myriam Frericks
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.belitz.de

Inhalt

		5
Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter		6
Hinweise zur Arbeit mit diesem Buch		9
Vorwort		10
1 Wie entstand MBCT?		12
2 Was sind die Grundlagen und Grundhaltungen der MBCT?		22
3 Was sind Indikationen und Kontraindikationen?		36
4 Wie sieht ein idealtypischer, beispielhafter Therapieverlauf aus?		55
5 Wie gestalte ich die therapeutische Beziehung in der MBCT?		83
6 Was sind die wichtigsten Techniken und Strategien in der MBCT?		93
7 FAQ		109
8 Beispiele und Hilfestellungen		119
9 Dos und Don'ts		131
10 Mein Wissen überprüfen und anwenden		140
Hinweise, Antworten und Lösungsbeispiele		147
11 Wo kann ich mehr erfahren?		152
Literatur		158

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Wie entstand MBCT?	12
INFO 1 Entwicklung der Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)	14
INFO 2 MBSR als Quelle von MBCT	15
INFO 3 Erweiterte Anwendungen	17
INFO 4 Achtsamkeitsbasierte Verfahren im Kontext der Aus- und Weiterbildung	18
INFO 5 Anwendung im Kontext psychodynamischer Therapie	19
INFO 6 Die Bedeutung der eigenen Meditationspraxis	20
2 Was sind die Grundlagen und Grundhaltungen der MBCT?	22
INFO 7 Was ist Achtsamkeit?	23
INFO 8 Die Grundhaltungen der Achtsamkeit	25
INFO 9 Die Grundlagen der Buddhistischen Psychologie als Basis für MBCT	26
INFO 10 Die spezifische Vulnerabilität von Menschen mit rezidivierender Depression	29
AB 1 Selbstreflexion: Umgang mit der spezifischen Vulnerabilität	30
INFO 11 Default Mode Network (DMN)	31
INFO 12 Achtsamkeit vs. getriebener Tun-Modus	33
3 Was sind Indikationen und Kontraindikationen?	36
INFO 13 Indikationen und Kontraindikationen	38
INFO 14 Nebenwirkungen von Achtsamkeit	39
INFO 15 Depressionen	40
INFO 16 Suizidalität: vertiefendes Verständnis der Mechanismen	42
AB 2 Selbstreflexion: Hintergrundinformationen zu Suizidalität	45
INFO 17 Traumasensitive Achtsamkeit	46
AB 3 Selbstreflexion: Traumasensitive Achtsamkeit	49
INFO 18 Angststörungen	50
INFO 19 ADHS	51
INFO 20 Zwangsstörungen	52
INFO 21 Bipolare Störungen	53
INFO 22 Psychosen	54
4 Wie sieht ein idealtypischer, beispielhafter Therapieverlauf aus?	55
INFO 23 Ablauf eines MBCT-Kurses im Überblick	57
INFO 24 Das MBCT-Vorgespräch: Aufklärung und Orientierung	60
INFO 25 Sitzung 1: Achtsamkeit und Autopilot	61
INFO 26 Sitzung 2: Im Kopf leben	62
INFO 27 Sitzung 3: Den zerstreuten Geist sammeln	65
INFO 28 Sitzung 4: Aversion erkennen	68
INFO 29 Sitzung 5: Sein lassen / Zulassen und Akzeptanz	71
INFO 30 Sitzung 6: Gedanken sind keine Tatsachen	74

INFO 31	Sitzung 7: Wie kann ich am besten für mich selbst sorgen?	77
INFO 32	Sitzung 8: Rückblick und Ausblick	80
INFO 33	Die Rolle von Booster-Sessions	82
5 Wie gestalte ich die therapeutische Beziehung in der MBCT?		83
INFO 34	Vertrauensaufbau und Arbeitsgrundlage in der MBCT	84
INFO 35	Die Gruppenregeln	85
INFO 36	Die Grundhaltung der Achtsamkeit in der therapeutischen Beziehung	86
INFO 37	Inquiry	88
INFO 38	Umgang mit schwierigen Situationen im Rahmen der Gruppendynamik	91
6 Was sind die wichtigsten Techniken und Strategien in der MBCT?		93
INFO 39	Die formelle und die informelle Praxis in der MBCT	95
INFO 40	Die formellen Übungen	96
INFO 41	Sitzmeditation	98
INFO 42	Erweiterungen der Sitzmeditation	100
INFO 43	Achtsame Bewegungsübungen	102
INFO 44	Gehmeditation	103
INFO 45	Der 3-Schritte-Atemraum	104
INFO 46	Achtsamkeit im Alltag	107
INFO 47	Hausaufgaben	108
7 FAQ		109
INFO 48	Wie gehe ich mit Schwierigkeiten wie Unruhe oder Grübeln beim Üben von Achtsamkeit um?	110
INFO 49	Wie gehe ich mit Nebenwirkungen um?	112
INFO 50	Wie gehe ich damit um, wenn Patient:innen nicht üben?	114
INFO 51	Wie gehe ich mit dem Wunsch nach Ratschlägen um?	116
INFO 52	Kann MBCT als Online-Kurs durchgeführt werden?	117
INFO 53	Kann MBCT mit Einzelpsychotherapie kombiniert werden oder im Einzelsetting durchgeführt werden?	118
8 Beispiele und Hilfestellungen		119
INFO 54	Wie leite ich eine Achtsamkeitsübung an?	121
INFO 55	Beispielanleitung für einen Body Scan	122
INFO 56	Beispielanleitung für einen 3-Schritte-Atemraum	125
INFO 57	Vorlage achtsame Psychoedukation: Toleranzfenster	126
INFO 58	Inquiry nach der Rosinenübung: Beispieldialog	127
INFO 59	Inquiry nach einem Body Scan: Beispieldialog	128
INFO 60	Umgang mit einer schwierigen Situation im Kurs: ein Todesfall	130

9 Dos und Don'ts	131
INFO 61 Dos und Don'ts: Durchführung des Inquiry	132
INFO 62 Dos und Don'ts: Umgang mit den Hausaufgaben	134
INFO 63 Dos und Don'ts: Gleichzeitige Anwendung von Psychotherapie und MBCT	136
INFO 64 Dos und Don'ts: Umgang mit Tipps und Ratschlägen aus der Gruppe	137
INFO 65 Dos und Don'ts: Selbstoffenbarung der Kursleitung	138
INFO 66 Dos und Don'ts: Umgang mit Erwartungen an den Kurs	139
10 Mein Wissen überprüfen und anwenden	140
AB 4 Wissen überprüfen: Grundprinzipien der Achtsamkeit und deren Bedeutung	141
AB 5 Wissen überprüfen: Grundlagen der MBCT	142
AB 6 Wissen überprüfen: Traumasensitive Achtsamkeit	143
AB 7 Wissen anwenden: Der Umgang mit der eigenen »Unachtsamkeit«	144
AB 8 Wissen anwenden: Eine Teilnehmerin kommt ins Hyperarousal	145
AB 9 Wissen anwenden: Eine Teilnehmerin entwertet den Kurs und kann die Übungen im Alltag nicht nutzen	146
11 Wo kann ich mehr erfahren?	152
INFO 67 Lehrbücher und Arbeitsmaterialien zu MBCT	153
INFO 68 MBSR, Weiterentwicklungen und besondere Anwendungen der Achtsamkeit	154
INFO 69 Empfehlungen zu den Hintergründen der Buddhistischen Philosophie und Psychologie	155
INFO 70 Kurssuche und Retreat-Zentren	156
INFO 71 MBCT-Ausbildung und -Zertifizierung	157

Hinweise zur Arbeit mit diesem Buch

Zur Reihe »Therapie-Basics«

Die Reihe »Therapie-Basics« besteht aus Einzelbänden, die sich jeweils mit einer Therapieform, einem Setting oder einer Technik beschäftigen. Sie bietet durch das kompakte Darstellen der Inhalte auf einzelnen Informationsblättern einen klaren Überblick über die einzelnen Themenbereiche und ermöglicht ein schnelles Nachschlagen, Wiederfinden und Aneignen der Inhalte.

Zu den Icons

Alle Informations- und Arbeitsblätter sind mit verschiedenen Icons ausgestattet, die zur Orientierung auf den Materialien dienen. Folgende Icons begegnen Ihnen in diesem Buch:

-  **Verstehen:** Auf Informationsblättern mit diesem Icon werden Hintergründe und grundlegende Informationen zu den einzelnen Themen angeboten.
-  **Einsetzen:** Wenn es auf einem gesamten Informationsblatt um die konkrete Umsetzung in die Praxis geht, ist es mit diesem Icon gekennzeichnet.
-  **Reflektieren:** An diesem Icon erkennen Sie Arbeitsblätter, die zur therapeutischen Selbstreflexion eingesetzt werden können.
-  **Überprüfen:** Ob Sie sich mit dem Wissen ausreichend vertraut machen konnten, überprüfen Sie mit den Arbeitsblättern, die dieses Icon tragen.
-  **In der Praxis:** Mit diesem Icon gekennzeichnete Abschnitte illustrieren die direkte Übertragung von Wissen in die therapeutische Praxis.
-  **Im Gespräch bleiben:** Dieses Icon weist auf beispielhafte Therapiedialoge hin.

Vorwort

Vorwort von Petra Meibert. Ich bin Anfang der 2000er Jahre durch die MBSR-Ausbildung, an der ich teilnahm, zu MBCT gekommen. Mein persönliches Leben wurde durch die Praxis der Meditation so sehr bereichert, dass ich diese Möglichkeit in der Form des 8-Wochen-MBSR-Programms weitergeben wollte. Ich habe in der ersten Phase meiner Tätigkeit als MBSR-Lehrerin sehr viele MBSR-8-Wochen Kurse geleitet und Erfahrungen mit dem Format gesammelt. Dann machte mich Johannes Michalak von der Ruhr-Universität Bochum, bei dem ich schon meine Diplomarbeit über die Achtsamkeitsmeditation geschrieben hatte, auf das MBCT-Programm aufmerksam – und ich fing sofort Feuer. Menschen, die unter rezidivierender Depression litten, die Praxis der Achtsamkeit beizubringen, erschien mir als Psychotherapeutin und Achtsamkeitslehrerin sehr sinnvoll, zumal die Forschungsergebnisse zu MBCT vielversprechend waren. Gleichzeitig galt mein Interesse auch der Idee, MBSR-Lehrer:innen, die über klinische Erfahrung verfügten, also als Therapeut:innen arbeiteten, in MBCT auszubilden. Ich war mittlerweile in dem Ausbildungsinstitut, in dem ich MBSR erlernt hatte, als Ausbilderin tätig. Johannes Michalaks Interesse galt Forschungsprojekten zu MBCT und mein Interesse war eher praktischer Natur, ich wollte die Methode erlernen und sie dann auch an Kolleg:innen weitergeben. Wir verabredeten uns mit Prof. Mark Williams, einem der Begründer von MBCT, als er für einen Vortrag in Brüssel war. Er war sofort begeistert von unseren Ideen und sicherte uns seine Unterstützung sowohl in der Forschung als auch für die Entwicklung einer Ausbildung zu. So trafen wir uns auf Einladung von Mark Williams mit einem internationalen Kollegenkreis mehrere Jahre lang jeweils zu Beginn des Jahres in Oxford, wo er mittlerweile forschte und arbeitete.

Meinen ersten MBCT-Kurs leitete ich an der Universität Bochum anhand des Manuals und unter Supervision von Prof. Michalak. Es nahmen Kolleg:innen und einige wenige Patient:innen teil und wir waren alle begeistert. So begann mein Weg mit MBCT, auf den ich mich mit ganzem Herzen eingelassen habe, weil ich es so eine wunderbare, hilfreiche ergänzende Möglichkeit finde, Menschen zu helfen, das Leid (an Depressionen, Ängsten, Zwängen etc.) in ihrem Leben zu reduzieren. Seit 2007 bilde ich anfangs in Zusammenarbeit mit Prof. Mark Williams in Deutschland, Norwegen, Irland und Polen in MBCT aus, heute nur noch im deutschsprachigen Raum, und gebe mein Wissen auch in Workshops weiter. Ich habe mich gefreut, die Gelegenheit zu bekommen, zusammen mit meiner Kollegin Dagmar Schellens ein Fachbuch über MBCT zu schreiben und hoffentlich auf diese Weise zur Verbreitung von MBCT beizutragen. Ich möchte an dieser Stelle zunächst Dr. Dagmar Schellens danken für die wunderbare, inspirierende und fließende Zusammenarbeit beim Schreiben dieses Buches. Des weiteren Prof. Mark Williams, Dr. Melanie Fennell, Dr. Rebecca Crane, Prof. Johannes Michalak sowie Prof. Thomas Heidenreich, die mich auf meinem Weg zu und mit MBCT begleitet haben, sowie all meinen MBCT-Kolleg:innen, insbesondere meinem Ehemann und Kollegen Jörg Meibert für die vielen fruchtbaren intervisorischen Gespräche über das Unterrichten von MBCT. Ein ganz besonderer Dank gilt meinen zahlreichen MBCT-Kursteilnehmer:innen, von denen ich so unendlich viel lernen durfte und die sich mit so viel Mut und Entschlossenheit auf den Weg der Achtsamkeit eingelassen haben. Ein herzliches Dankeschön geht auch an Andrea Glomb vom Beltz Verlag, die uns immer freundlich, geduldig und kompetent beim Erstellen des Buches unterstützt hat.

Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern Inspiration und Erkenntnisse beim Lesen des Buches und dass Sie auch für sich selbst im Sinne der Selbstfürsorge Anregungen gewinnen.

Vorwort von Dagmar Schellens. Im Jahr 2013 beendete ich eine psychoanalytische Psychotherapiesitzung mit einem zum wiederholten Male tiefdepressiven Patienten mit einem Gefühl völliger Hoffnungslosigkeit und Ratlosigkeit. Wir hatten viel verstanden aus seiner Biografie, es gab viele mit dem Nationalsozialismus assoziierte transgenerational wirkende Traumatisierungen, die wir traumatherapeutisch angingen. Er nahm Medikamente (wenn auch nicht gerne), trotzdem ging es ihm nicht besser. Ich beschloss, mich umzusehen, welche Möglichkeiten der Behandlung es noch gebe, insbesondere im Bereich der Prophylaxe. MBSR kannte ich schon und hatte es vielen meiner Patient:innen empfohlen. Einige griffen die Empfehlung auf und die gemeinsame Arbeit gestaltete sich fruchtvoller. Persönlich meditierte ich schon länger und ich bemerkte persönliche als auch berufliche Veränderungen. Dies führte zur Entscheidung, mich mit dem Zusammenhang von Meditation und der Entwicklung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit zu befassen. 2014 begegnete mir MBCT und ich war auf Anhieb begeistert. Ich traf Petra Meibert erstmals auf einem Kennenlerntag zur MBCT-Ausbildung. Sehr berührte mich ihre Frage an uns Teilnehmende, warum wir MBCT unterrichten wollen. Zunächst erlangte ich die Qualifikation zur MBSR-Lehrerin und unterrichtete dies einige Jahre, um Erfahrungen zu sammeln, bevor ich 2019 den Aufbaukurs MBCT absolvierte. Seither unterrichte ich MBCT mit großer Freude und bin in jedem Kurs immer wieder begeistert von der Stringenz der Überlegungen und des Aufbaus. Nichtsdestotrotz ist es nicht einfach! Immer wieder gibt es Situationen in den Kursen, in denen ich mit meinem fachlichen »Latein« am Ende bin und es eben nicht um die Vermittlung von Inhalten geht, um das Bescheidwissen, sondern um die Erforschung der Erfahrung. Den eigenen Impetus im Zaum halten, die eigene Überzeugung im Hintergrund ruhen zu lassen und dem Menschen, der vor mir sitzt, den Raum zu eröffnen, die eigene Erfahrung zu erforschen, ist die eigentliche Herausforderung für uns Lehrende. Die Corona-Pandemie hat dem keinen Abbruch getan, kurzerhand verlegte ich den zum Zeitpunkt des ersten Lockdowns laufenden Kurs in den virtuellen Raum, den ich damals selbst noch nicht kannte. Gerne möchte ich Petra Meibert als meiner MBCT-Ausbilderin und Supervisorin sehr herzlich danken für ihren unermüdlichen Einsatz, MBCT in der Welt bekannter zu machen. Es ist mir eine große Ehre, dass ich dieses Buch mit ihr gemeinsam schreiben durfte! Die gemeinsame Arbeit war sehr inspirierend und hat viel Freude gemacht. Frau Prof. Luise Reddemann danke ich für ihren jahrzehntelangen Einsatz für Menschen mit schwersten Traumafolgestörungen. Auch sie hat frühzeitig begonnen, Achtsamkeit und Mitgefühl in die Therapien zu integrieren und ich schätze mich überaus glücklich, dass ich viele Jahre von ihr lernen durfte und sie in ihrer unermüdlichen Arbeit in Weiterbildungen unterstützen konnte. James Low danke ich für seine stetige Ermutigung und die offene Präsenz, die er im zwischenmenschlichen Kontakt verkörpert. Meinem Ehemann Matthias Troglauer danke ich besonders für die Geduld und den Humor, mit dem er mich schon so lange begleitet. Das meiste lerne ich immer noch von den Patient:innen und Kursteilnehmer:innen, die sich in den Begegnungen einbringen, sich selbst erforschen und mir dabei die Gelegenheit geben, mich zu erforschen. Auch ihnen gilt mein Dank. Herzlichen Dank an Frau Andrea Glomb, unserer Lektorin, deren Zuversicht mich ermutigt hat, an diesem Projekt mitzuwirken. Ich hoffe, dass wir mit diesem Buch einen Beitrag leisten können, MBCT bekannter zu machen und die vielfältigen Einsatzgebiete über das transdiagnostische Rational sichtbar werden zu lassen. Gleichzeitig ist es uns wichtig zu vermitteln, dass sich MBCT nicht einfach »abspulen« lässt. Es lebt davon, dass die Lehrperson mit sich selbst in Kontakt ist, eine eigene Achtsamkeitserfahrung hat und sich selbst den Raum gibt, nicht wissen zu müssen, sondern eine Begegnung zuzulassen.

Essen und Wiesbaden, im Frühjahr 2025

*Petra Meibert
Dagmar Schellens*

1 Wie entstand MBCT?

John Teasdale, Zindel Segal und Mark Williams entwickelten die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) zunächst als eine Weiterentwicklung der klassischen Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). MBCT entstand aus der Erkenntnis, dass achtsame Präsenz eine wertvolle Ergänzung zu kognitiven Techniken sein könnte, um Rückfälle bei depressiven Patient:innen zu verhindern. MBCT kombiniert Achtsamkeit mit kognitiven Interventionen, um den Kreislauf von negativen Gedanken und Emotionen zu durchbrechen und Frühwarnsignale rechtzeitig zu erkennen, um Rückfälle in Depressionen zu vermeiden. MBCT basiert somit auf einem hybriden Ansatz, der die Wirksamkeit der Achtsamkeitspraxis mit den kognitiven Interventionen der westlichen Psychotherapie verbindet. Dabei kristallisierte sich im Laufe der Entwicklung heraus, dass Achtsamkeit die Hauptintervention des MBCT-Programms ist – sowohl als Haltung als auch als Methode.

MBCT als Haltung und Methode

Vor dem Hintergrund einer vertieften und gefestigten, erfahrungsbasierten Fähigkeit, sich von dysfunktionalen Gedanken und schwierigen Gefühlen zu distanzieren, wird eine dezentrierte Beziehung zu mentalen Inhalten gefördert. Die Haltung dieser neuen Beziehung zu den Gedanken ist geprägt von Offenheit und freundlichem Interesse. Entwickelt wird diese Haltung im Rahmen von Achtsamkeitsübungen, die es ermöglichen, eine erweiterte Perspektive einzunehmen, um Denken und Fühlen zu beobachten. Die Übungen aus der Kognitiven Verhaltenstherapie sowie die psychoedukativen Elemente ermöglichen ein tieferes Verständnis für die kognitiv-emotionalen Zusammenhänge sowie die spezifische Vulnerabilität von Menschen mit rezidivierender Depression und anderen psychischen Problemen. Durch die Art, wie diese Erkenntnisse vermittelt werden, etabliert sich nach und nach eine Haltung der Selbstfreundlichkeit. So wird eine Veränderung auch auf der Verhaltensebene ermöglicht, um Rückfälle zu vermeiden oder die Tiefe und Dauer eines Rückfalls zu verringern.

Diese Entwicklungen markieren den Beginn einer neuen Ära in der psychotherapeutischen Behandlung von Depressionen. In diesem Buch wollen wir nicht nur die theoretischen Grundlagen und die praktische Anwendung von MBCT erläutern, sondern auch auf die zugrunde liegende Philosophie eingehen, die zur Entstehung dieser effektiven Therapieform beigetragen hat. Wir betrachten, wie Achtsamkeit und kognitive Techniken zusammenwirken, um eine tiefgreifende Veränderung im Umgang mit schwierigen Gedanken und Emotionen zu ermöglichen.

Dieses Kapitel erläutert, welche Voraussetzungen und Kompetenzen Therapeut:innen, die mit MBCT arbeiten möchten, neben der klinischen Erfahrung in der Arbeit mit depressiven Patient:innen erfüllen bzw. haben sollten, so wie es auch von den Entwicklern von MBCT aufgrund ihrer Erfahrungen mit der Anwendung von MBCT empfohlen wird.

Informationsblätter dieses Kapitels

INFO 1 Entwicklung der Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

Dieses Informationsblatt gibt einen Überblick über die wichtigsten Überlegungen zur Entstehung von MBCT und der Verbindung von Elementen der Kognitiven Verhaltenstherapie und der Praxis der Achtsamkeit, wie sie in der buddhistischen Tradition bekannt ist.

INFO 2 MBSR als Quelle von MBCT

Wissenschaftliche Studien belegen die Wirksamkeit der Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) zur Stressbewältigung und Emotionsregulation. Dies und die inhaltliche Auseinandersetzung mit MBSR motivierten Williams und Kollegen, diesen Ansatz in ihre Arbeit zur Prävention von Depressionen einzubeziehen. Deshalb wird in diesem Informationsblatt ein Überblick über das MBSR-Programm und seine Inhalte gegeben.

INFO 3 Erweiterte Anwendungen

Das Informationsblatt erläutert den aktuellen Stand der Verbreitung von MBCT sowie verschiedene Settings und erweiterte Anwendungsgebiete und Besonderheiten, etwa die Bedeutung einer traumasensitiven Achtsamkeit.

INFO 4 Achtsamkeitsbasierte Verfahren im Kontext der Aus- und Weiterbildung

Dieses Informationsblatt beschäftigt sich mit dem Stellenwert, den Achtsamkeit in der Ausbildung von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut:innen hat.

INFO 5 Anwendung im Kontext psychodynamischer Therapie

Das Informationsblatt thematisiert die Anwendung von Achtsamkeit in den psychodynamischen Ansätzen.

INFO 6 Die Bedeutung der eigenen Meditationspraxis

Warum ist die eigene Meditationspraxis von Therapeut:innen für die Anwendung von Achtsamkeit im Rahmen der MBCT besonders wichtig? Sie schafft die Grundlage für eine authentische und wirkungsvolle Therapie und dafür, dass Achtsamkeit nicht nur als Technik, sondern auch als gelebte Haltung vermittelt wird. Gleichzeitig ist regelmäßige Achtsamkeitspraxis eine Selbstregulationsmethode für Therapeut:innen, die ihnen hilft, auch in herausfordernden Momenten achtsam zu bleiben und die eigene Resilienz zu stärken.

Entwicklung der Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

Die Entwicklung der Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) ist ein faszinierender Prozess, der sich aus der Schnittstelle zwischen westlicher Psychotherapie und östlicher Meditationspraxis entfaltet hat. MBCT wurde in den frühen 1990er Jahren von den Psychologen Zindel Segal, Mark Williams und John Teasdale entwickelt. Ihr Ziel war es, eine therapeutische Methode zu schaffen, die Menschen dabei unterstützt, Rückfälle in eine Depression vorzubeugen. Dabei beziehen sie sich auf die Erkenntnisse der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und integrieren die Praxis der Achtsamkeit, wie sie in der buddhistischen Tradition bekannt ist.

Ausgangspunkt für die Entwicklung der Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie (Segal et al., 2002) waren Befunde zur langfristigen Wirksamkeit von (pharmakologischen und psychotherapeutischen) Therapieverfahren bei Depressionen, die zeigten, dass das Rückfallrisiko selbst nach erfolgreicher Behandlung der Akutphase hoch ist. Dies gilt insbesondere für Menschen, die schon in ihrer Vorgeschichte depressive Episoden erlebt haben. So lag das Rückfallrisiko in klinischen Populationen bei Personen, die mindestens eine Episode in der Vorgeschichte hatten, bei über 75 Prozent (Weissman et al., 1989; Fava et al., 1996; Paykel et al., 1999). Auf Basis dieser Befunde wollten die Entwickler ein Programm entwickeln, das die Rückfallraten für depressive Episoden deutlich verringern sollte.

Umgang mit Kognitionen. Die theoretischen Wurzeln von MBCT liegen in der Kognitiven Verhaltenstherapie, die in den 1960er Jahren von Aaron T. Beck entwickelt wurde und sich auf die Veränderung von negativen Denkmustern konzentriert – diese spielen eine zentrale Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen.

MBCT verfolgt im Umgang mit dysfunktionalen Gedanken einen anderen Ansatz als die klassische KVT. Anstatt sich auf die Veränderung dieser Denkmuster zu konzentrieren, geht es in der MBCT darum, eine *andere Beziehung zu den Gedanken* zu etablieren. Diese Beziehung besteht darin, zu lernen, Gedanken zu beobachten und sie sein zu lassen, anstatt sie zu bekämpfen. So entsteht ein heilsamer Abstand zu den Gedanken. Hierzu integriert die Methode Achtsamkeit – das bewusste Wahrnehmen und Annehmen von Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen, ohne zu urteilen.

■ Wichtig

Nicht die bloße kognitive Einsicht, dass Gedanken »nur« Gedanken sind und keine Tatsachen, führt zur Veränderung der Beziehung zu den Gedanken, sondern die erfahrungsbasierte Erkenntnis durch die Meditationspraxis. In dieser wird geübt, Gedanken als Gedanken bzw. geistige Ereignisse wahrzunehmen und sie weiterziehen zu lassen.

Umgang mit Achtsamkeit. Achtsamkeit ist durch die gesteigerte Bewusstheit für die Erfahrung im Hier und Jetzt sehr gut geeignet, Patient:innen darin zu schulen, Frühwarnsignale für einen drohenden Rückfall in eine Depression rechtzeitig zu erkennen und gegenzusteuern. Achtsamkeit entwickelt erst in Gemeinschaft ihre Kraft – ein weiteres Argument für die Begründer, die auf der Suche nach einer Behandlungsform waren, die sich gut für ein Gruppensetting eignete, um möglichst vielen Patient:innen helfen zu können.

Die Grundstruktur des Programms wurde über die Jahre erhalten. Bestimmte Aspekte, etwa die Bedeutung von Self-Compassion (Mitgefühl mit sich selbst) und Inquiry (das erforschende Gespräch), wurden aber stärker betont.

MBSR als Quelle von MBCT

Ein Schlüsselmoment in der Entstehung von MBCT war die Begegnung von Segal, Williams und Teasdale mit Jon Kabat-Zinn, dem Gründer des Programms *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)*. Kabat-Zinns Arbeiten zur Achtsamkeit und deren Anwendung im Bereich der Psychotherapie inspirierte die Forscher, Achtsamkeit als zentrales Element in ihre zunächst eher kognitive Therapie zu integrieren.

Was ist MBSR?

Jon Kabat-Zinn, Professor für Medizin und einer der bekanntesten Achtsamkeitslehrer weltweit, entwickelte MBSR in den 1970er Jahren am University of Massachusetts Medical Center.

Auf der Basis seiner eigenen Erfahrungen mit der Meditationspraxis im Rahmen der Vipassana- und Zen-Tradition sowie einer jahrelangen Hatha-Yoga-Praxis entwickelte Kabat-Zinn ein achtsamkeitsbasiertes Gruppenprogramm, welches als komplementärmedizinische Intervention Patient:innen mit chronischen Erkrankungen – insbesondere Schmerzerkrankungen – helfen sollte, den Umgang mit ihrer Krankheit zu verbessern und die Krankheitssymptome zu lindern.

MBSR zielt darauf ab, Menschen zu helfen, mit Stress, chronischen Schmerzen und anderen belastenden gesundheitlichen Zuständen besser umzugehen, indem sie ihre Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment richten und sich bewusst von automatischen Reaktionen distanzieren.

MBSR erlangte schnell internationale Anerkennung und wurde in zahlreichen klinischen und therapeutischen Kontexten eingesetzt.

Die Struktur des Programms. MBSR ist ein Gruppenprogramm, welches in der Regel mit ca. 8 bis 20 (oder mehr) Teilnehmenden durchgeführt wird. Es besteht aus ...

- ▶ einem Vorgespräch zur Abklärung der Indikation und Motivation;
- ▶ acht wöchentlichen Sitzungen mit einer Dauer von jeweils zwei bis drei Stunden;
- ▶ dem Erlernen verschiedener Achtsamkeitsübungen wie Body Scan, Achtsame Körperarbeit, Sitz- und Gehmeditation;
- ▶ einem erforschenden Austausch über die Erfahrungen bei der Übung durch Inquiry;
- ▶ einem gemeinsamen Erarbeiten von Schwerpunktthemen wie Stresstheorie, Umgang mit schwierigen Gefühlen und Gedanken, bewusstes Handeln in Stresssituationen, achtsame Kommunikation sowie Selbstachtung / Mitgefühl;
- ▶ einem zusätzlichen »Tag der Achtsamkeit« zur Vertiefung der Achtsamkeitspraxis;
- ▶ Übungen für zu Hause von täglich ca. 40 Minuten mit Unterstützung von Audioaufnahmen (formelle Praxis);
- ▶ der Integration der Achtsamkeit in den Alltag (informelle Praxis).

Obwohl die Anforderungen des Programms sehr hoch sind und Eigeninitiative, persönlichen Einsatz und möglicherweise Änderungen in der Lebensführung erfordern, entscheiden sich 90 Prozent der Interessent:innen für die Teilnahme an dem Programm; 85 Prozent der Teilnehmer:innen beenden den Kurs nach acht Wochen, haben also das vollständige Programm absolviert (z. B. Kabat-Zinn & Chapman-Waldrop, 1988).

MBSR und MBCT: Gemeinsamkeiten

Beide Ansätze, MBSR und MBCT, basieren auf den Prinzipien der Achtsamkeit, haben jedoch unterschiedliche Ursprünge und Anwendungen, die durch den Dialog und die Zusammenarbeit der Pioniere weiterentwickelt wurden.

MBSR als Quelle von MBCT

Kabat-Zinns Arbeiten legten die Grundlage für die breite Anwendung von Achtsamkeit im Gesundheitswesen, während Teasdale, Segal und Williams die Verknüpfung von Achtsamkeit mit kognitiven Konzepten weiterentwickelten, um spezifische psychische Erkrankungen zu adressieren. Kabat-Zinn sah die Arbeit von Teasdale, Segal und Williams als eine sehr wertvolle Erweiterung seiner eigenen Perspektiven auf die Anwendung von Achtsamkeit im therapeutischen Kontext an. Gemeinsam haben sie dazu beigetragen, dass Achtsamkeit nicht nur als Technik zur Stressbewältigung, sondern auch als tiefgreifendes therapeutisches Mittel zur Förderung psychischer Gesundheit anerkannt wurde.

■ Wichtig

Die Schulung der Achtsamkeit ist keine Technik, sondern ein Lebensstil, den man Schritt für Schritt durch kontinuierliches Üben entwickelt und der auch von der Kursleitung verkörpert werden sollte.

Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT) und die Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR) sollen Menschen helfen, Stress zu bewältigen und ihre psychische Gesundheit durch Achtsamkeitspraktiken wie Meditation, Body Scan und sanfte Körperarbeit zu verbessern.

MBCT und MBSR: Unterschiede

MBSR hilft den Teilnehmenden, durch das Üben von Achtsamkeit Stress abzubauen, und eine gesündere, ausgeglichene Reaktion auf Herausforderungen in allen Lebensbereichen zu entwickeln. Auf der Grundlage des Wissens über die Verbindung zwischen Körper und Geist konzentriert sich das Programm auf die Veränderung der Art und Weise, wie wir mit stressigen oder schwierigen Situationen umgehen. Die Teilnehmer:innen entwickeln ein Bewusstsein für diese Situationen und Gefühle und erforschen ihre Wahrnehmung derselben.

MBCT baut auf dem Curriculum von MBSR auf, um Menschen mit einer Vorgeschichte von Depressionen, Angstzuständen oder anderen psychischen Erkrankungen zu helfen, ihr Leid zu lindern. Die Teilnehmer:innen lernen, Frühwarnzeichen eines Rückfalls zu erkennen, mit den Symptomen sinnvoll umzugehen und zukünftige depressive Episoden zu verhindern. Das Programm konzentriert sich darauf, die negativen Denkmuster zu erkennen und sich von ihnen zu distanzieren, die bei Depressionen und anderen psychischen Störungen häufig auftreten und das depressive Erleben vertiefen und aufrechterhalten können.

■ Fazit

Die Prinzipien beider Ansätze – die Achtsamkeitspraxis von MBSR und die kognitive Neuordnung von MBCT – ergänzen sich, und ihre gemeinsame Anwendung hat das Potenzial, das Verständnis von psychischen Erkrankungen und deren Behandlung auf lange Sicht zu transformieren. Ihre Begegnung und Zusammenarbeit haben einen tiefgreifenden Einfluss auf die moderne Psychotherapie und die Entwicklung integrativer Ansätze zur Förderung von Wohlbefinden und Resilienz. Achtsamkeit hat das Potenzial, die Beziehung der Menschen zu ihrem eigenen Geist und Körper zu verändern und dadurch nachhaltige psychische Gesundheit zu fördern.

Erweiterte Anwendungen

Heute ist MBCT weltweit als effektive Methode zur Rückfallprävention bei Depressionen anerkannt. Die Methode hat sich aber auch in anderen Bereichen der Behandlung von psychischen Problemen etabliert, wodurch sie zu einem wichtigen Bestandteil der modernen Psychotherapie geworden ist.

Ambulant und stationär

Teasdale, Segal und Williams entwickelten MBCT als ambulantes Gruppenprogramm. Aber es gibt mittlerweile auch viele Kliniken, die zumindest Elemente von MBCT in eine stationäre Behandlung einbinden. Ideal ist ein ambulantes MBCT-Angebot als Rückfallprophylaxe für Patient:innen, die wegen einer Angststörung, einer Depression oder anderer psychischer Probleme stationär behandelt wurden.

Traumasensitive Achtsamkeit

Inwieweit müssen Achtsamkeitsübungen bei Menschen mit traumatischen Erfahrungen oder einer PTBS abgewandelt werden? Oder sind sie vielleicht sogar kontraindiziert? Spätestens seit der Veröffentlichung der Arbeiten von David Treleaven (2019) gibt es ausführliche Hinweise für die Modifikation der Anwendung von Achtsamkeit bei Menschen mit Traumaerfahrungen. Achtsamkeitsübungen können die Symptome traumatischen Stresses verstärken. Der traumasensitive Ansatz von Treleaven beinhaltet ein einfühlsames Verständnis und eine selbstbestimmte Hinwendung zum Trauma. Für Menschen mit Traumaerfahrungen sind Achtsamkeitsübungen keine absolute Kontraindikation, aber es braucht eine besondere Begleitung und individuell angepasste Achtsamkeitspraxis. Dann kann die Achtsamkeitsschulung nach Treleaven eine bewusstere Selbstregulation bewirken. Dies geschieht durch die sukzessive Verbesserung des Körpereindrucks sowie die Aufmerksamkeitsschulung und den heilsamen Umgang mit schwierigen Emotionen. Vor allem steht dabei das Etablieren von Sicherheit und Selbststeuerung im Vordergrund.

Besondere Patientengruppen

MBCT ist eine störungsübergreifende Behandlungsmethode und wirkt über die Entwicklung von mehr Akzeptanz, Konzentration sowie eine selbstfreundlichere Haltung den eigenen Erfahrungen gegenüber transdiagnostisch. So findet es auch bei Angststörungen, Zwangsstörungen, akuter und chronischer Depression sowie bei Bipolarer Störung und ADHS seine Anwendung.

MBCT wird mit einer Adaptation des Originalkonzepts der MBCT bei Zwangsstörungen angewendet (Külz & Rose, 2013). Auch für Bipolare Störungen wurde ein Therapiemanual entwickelt. Dieses ergänzt das MBCT-Gruppenprogramm mit 14-tägigen Einzelsitzungen. Auch wird ein besonderer Schwerpunkt auf die Entwicklung von Mitgefühl und Selbstmitgefühl gelegt (Deckersbach et al., 2016).

Die Ergebnisse einer Metaanalyse unterstreichen den möglichen Nutzen von achtsamkeitsbasierten Therapien bei der Reduzierung von ADHS-Symptomen (Cairncross & Miller, 2020).

Achtsamkeitsbasierte Interventionen werden auch mit schizophrenen Patient:innen geübt, allerdings in einer Form, die auf die spezifische Störung angepasst ist, z. B. mit verkürzten Übungen und deutlich mehr Anleitung während der Übungen als im Ursprungsprogramm (Chadwick, 2014).

Achtsamkeitsbasierte Verfahren im Kontext der Aus- und Weiterbildung

Nicht nur in der Verhaltenstherapie werden achtsamkeitsbasierte Prinzipien und Verfahren angewendet, auch im Kontext psychodynamischer Therapien gibt es seit vielen Jahren Überlegungen, wie Meditation und achtsamkeitsbasierte Prinzipien in die Therapien integriert werden können oder möglicherweise schon integraler Bestandteil des Verfahrens sind.

Dabei sind grundsätzlich zwei Teilnehmende der Therapie ansprechbar: die / der Therapeut:in und der / die Patient:in. Klassischerweise wird eher darauf verwiesen, dass es vorteilhaft ist, wenn der / die Patient:in »achtsamer« werde, um z. B. das Körperempfinden zu schulen oder um früher wahrzunehmen, wenn intensive Emotionen nicht hilfreiche oder gar schädigende Handlungen nach sich ziehen würden. Doch auch der Blick auf die Therapeutenseite ist spannend und soll hier näher ausgeführt werden.

Wo wird »Achtsamkeit« ausdrücklich benannt und verwendet? Im Sinne eines »multimodalen Behandlungsansatzes« sind Achtsamkeitsgruppen vor allem in Kliniken häufig anzutreffen, dort werden sie eher im Sinne eines übenden Verfahrens zur Unterstützung angeboten, ohne explizit Eingang in die Einzelgespräche zu nehmen. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die wenigsten Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeut:innen bislang eine persönliche Erfahrung mit (Achtsamkeits-)Meditation gehabt haben und deshalb die Vorteile weder für sich noch für die Patient:innen nutzen können.

Achtsamkeit in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung

In der Weiterbildungsordnung für Ärzte von 2020 für die Zusatzbezeichnung »Psychotherapie« wird »Achtsamkeitstraining« erstmals genannt. Es müssen »Erfahrungen und Fertigkeiten« im Umfang von 16 Doppelstunden nachgewiesen werden. Für den Zusatztitel »Psychoanalyse« ist dies nicht vorgesehen. Im Kontext der Facharztweiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie müssen Handlungskompetenzen im Bereich »Entspannungsverfahren« nachgewiesen werden, ohne dass hier »Achtsamkeitstraining« genannt wäre. Der Katalog zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie listet Entspannungsverfahren auf, jedoch ohne Achtsamkeit, es muss aber keine bestimmte Stundenzahl nachgewiesen werden. In der Weiterbildungsordnung für den Studiengang zum Fachpsychotherapeuten werden im allgemeinen Teil nur klassische Entspannungsverfahren genannt.

Psychologische und auch Ärztliche Psychotherapeut:innen, die das Richtlinienverfahren »Verhaltenstherapie« anwenden, haben im Kontext der dritten Welle der Verhaltenstherapie zumindest theoretisches Wissen über Achtsamkeit, möglicherweise auch eine einführende Selbsterfahrung erlebt. MBCT im Speziellen dürfen sie anbieten, da dies als »störungsspezifisches indikatives Verfahren« einzusortieren ist. Inwieweit Psychotherapeut:innen der beiden oben genannten Therapieschulen Achtsamkeit nicht nur empfehlen, sondern auch tatsächlich persönlich praktizieren, untersuchten Michalak et al. (2020) in NRW im Rahmen der ambulanten Versorgung. Aufgrund des Fehlens geeigneter Instrumente für beide Fragestellungen generierten sie eigene Items. Insgesamt fanden sie, dass die befragten Psychotherapeut:innen in über 80 Prozent der Fälle Achtsamkeit in ihre Arbeit integrierten. Allerdings boten nur 10 Prozent ein gruppenbasiertes Programm wie MBSR oder MBCT an. Die meisten integrierten Elemente der Achtsamkeitspraxis in unterschiedlichem Ausmaß und unterschiedlicher Art und Weise in die Einzeltherapie. Bezuglich der persönlichen Praxis fanden die Autor:innen, dass 69 Prozent der Befragten eine eigene, regelmäßige Achtsamkeitspraxis oder Meditationspraxis haben. Es fand sich jedoch auch, dass 47 Prozent derer, die angaben, keine eigene Achtsamkeitspraxis zu haben, sie trotzdem in die Behandlungen integrierten.

Anwendung im Kontext psychodynamischer Therapie

Bekannte Autor:innen, die eine Brücke zwischen buddhistischen Prinzipien und psychoanalytischer Praxis zu schlagen versuchen, sind Epstein, Zwiebel, Harrer und Weiss sowie Rugenstein und Gumz. Alle haben sich in mehreren Publikationen ausführlich hiermit befasst. Schellens (2014) hat sich in einer unveröffentlichten Arbeit zur Anerkennung als Lehranalytikerin die Frage gestellt, inwieweit eine regelmäßige Achtsamkeitspraxis die Fähigkeit zur »gleichschwebenden Aufmerksamkeit« fördern könnte. Freuds Hinweis »Lassen wir unser Urteil in Schweben und nehmen alles zu Beobachtende mit gleicher Aufmerksamkeit hin« (zitiert nach Rugenstein und Gumz, 2017, S. 78) legt den Grundstein für das Prinzip der gleichschwebenden Aufmerksamkeit, das zusammen mit dem Pendant der freien Assoziation auf Patientenseite die psychoanalytische Haltung ausdrückt und den Raum, der diese Haltung ermöglicht.

■ Wichtig

Die Fähigkeit zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit wird an psychoanalytischen Instituten vorausgesetzt oder es wird implizit erwartet, dass sich die Haltung gleichsam von selbst während der Aus- und Weiterbildung entwickelt. Eine Operationalisierung gibt es nicht, damit ist die Überprüfung schwierig.

Terneß (2024, S. 41) kommt zu dem Ergebnis:

»Jedoch weisen die Ergebnisse dieser Arbeit und der dargestellten Artikel zumindest darauf hin, dass Zen-Praxis mehr ist als die Weitergabe einer Technik, sondern es um die persönliche Erfahrung geht sowie um die Weitergabe von Erfahrung des Therapeuten auf den Patienten. Die meditative Haltung des Therapeuten wirkt sich scheinbar auf die Patienten aus. Die Therapeuten beschreiben alle in unterschiedlichen begrifflichen Formen, dass die meditative Haltung Fixierungen und Verstrickungen der Patienten wieder in einen fluiden Zustand bringen und wenigstens teilweise auflösen konnte.«

Rugenstein und Gumz (2017) stellen mit dem Allianz-Fokussierten Training (AFT) von Jeremy Safran und Chris Muran eine Methode vor, die eine Brücke darstellen kann. Im Zentrum des AFT steht die therapeutische Strategie der Metakommunikation, die auch als »mindfulness in action« bezeichnet wird. In der Metakommunikation wird das unmittelbare Erleben des Hier und Jetzt in den Fokus des gemeinsamen Interesses von Patient:in und Therapeut:in gerückt. Hierdurch gewinnt Achtsamkeit eine konkrete, für das therapeutische Handeln relevante Akzentuierung. Sie kommen zu dem Fazit: »Achtsamkeit ist im Herzen der psychodynamischen Behandlungstechnik implizit wirksam. (...) Unter der Achtsamkeitsperspektive werden handlungsorientierte Strategien verfügbar, die das ebenso zentrale wie nebulöse psychoanalytische Konstrukt der gleichschwebenden Aufmerksamkeit lehr- und lernbarer machen.« (S. 81)

Als Einstieg in die Thematik empfiehlt sich für psychodynamisch denkende Therapeut:innen die Teilnahme an einem MBSR- oder MBCT-Kurs, bis Achtsamkeit auf tiefergehende Weise in die Aus- und Weiterbildungen integriert worden ist, was sehr zu wünschen wäre.

Die Bedeutung der eigenen Meditationspraxis

Segal et al. (2015) sind der Meinung, dass ein Kurs, der ohne fundierte eigene Meditationspraxis der Therapeutin angeboten wird, nicht als MBCT-Kurs bezeichnet werden sollte:

»..., dass zukünftige Kursleiter:innen von MBCT ein Jahr lang eine tägliche formale Achtsamkeitspraxis üben, bevor sie MBCT an ihre Patient:innen weitergeben. Ohne diese Erfahrung kann der verwendete Ansatz nicht als Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie bezeichnet werden, (...) denn ›achtsamkeitsbasiert‹ bedeutet, dass wir auf der Basis unserer eigenen Achtsamkeitspraxis lehren« (S. 102).

Die radikale Veränderung in der Beziehung zu den Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen, die einen Rückfall in eine erneute depressive Episode begünstigen, kann nicht kognitiv vollzogen werden, sondern bedarf einer tiefergehenden Erfahrung, die aus einem anderen »geistigen Modus« kommt. Um Patient:innen dahin zu führen, braucht es die eigene Achtsamkeitserfahrung und das Durchdringen dieser Haltung in Anbetracht von eigenen, vielleicht auch schwierigen oder unangenehmen Erfahrungen. Segal et al. (2015) gehen davon aus, dass das persönliche, grundlegende Verständnis und die innere Ausrichtung der Kursleiter:innen zu den stärksten Einflussfaktoren in der MBCT gehören: »Es färbt die Art der Präsentation jeder einzelnen Übung und des Umgangs mit jeder einzelnen Interaktion, unabhängig davon, ob der Kursleiter sich dessen bewusst ist oder nicht« (S. 11). Und weiter führen sie aus, »... dass Menschen nur dann imstande sind, zukünftige schwierige Situationen frühzeitig zu erkennen und klug mit ihnen umzugehen, wenn sie gelernt haben, eine andere Haltung gegenüber dem ›Schlachtfeld‹ ihrer Gedanken und Gefühle einzunehmen. Eine solche andere Haltung einzunehmen, heißt, einen anderen geistigen Modus auszuprobieren als jenen, in dem wir uns normalerweise aufzuhalten und der sich auch in der Therapie häufig wiederfindet. Es bedeutet auch, den alten Modus, bei dem Probleme behoben und in Ordnung gebracht werden, durch einen neuen Modus zu ersetzen, bei dem die Dinge so sein können, wie sie gerade sind, um klarer zu sehen, wie man am besten darauf reagiert« (S. 116).

Die Bedeutung der eigenen Meditationspraxis von Therapeut:innen für die Achtsamkeit im Rahmen der MBCT ist also zentral, da sie direkt die Authentizität der Achtsamkeitspraxis beeinflussen kann, die wir in die Therapie einbringen sowie den Raum, den wir im Kurs schaffen können. Aber auch für die Selbstregulationsfähigkeit ist eine eigene Meditationspraxis sehr hilfreich.

Auswirkungen der Meditationspraxis für Therapeut:innen

- **Resilienz und emotionale Balance:** Eine regelmäßige Meditationspraxis unterstützt Therapeut:innen, mit den emotionalen Herausforderungen, die in der Arbeit mit Patient:innen auftreten können, besser umzugehen. Sie sind weniger anfällig für Burn-out.
- **Selbstregulation und Präsenz:** Eine regelmäßige Meditationspraxis fördert die Fähigkeit der Therapeut:innen, ihre eigene Achtsamkeit und emotionale Präsenz zu stärken. Diese Selbstregulation ist essenziell, um in der Therapie wirklich im Moment zu sein, ohne sich von eigenen Gefühlen oder Gedanken ablenken zu lassen. Nur wenn Therapeut:innen in der Lage sind, ihre eigene Aufmerksamkeit zu steuern und achtsam zu bleiben, können sie diese Fähigkeit auch an ihre Patient:innen vermitteln.

Die Bedeutung der eigenen Meditationspraxis

Auswirkungen der Meditationspraxis von Therapeut:innen für Patient:innen

- ▶ **Vorbildfunktion:** Therapeut:innen, die regelmäßig meditieren, können als authentische Vorbilder für ihre Patient:innen fungieren. Die Achtsamkeit, die sie in ihrer eigenen Praxis erleben, wird oft in ihre therapeutische Haltung integriert. Patient:innen erleben dadurch, dass Achtsamkeit nicht nur ein theoretisches Konzept ist, sondern eine gelebte Praxis, die auch in schwierigen Situationen hilfreich sein kann.
- ▶ **Empathie und Mitgefühl:** Achtsamkeit, Mitgefühl und Empathie sind besonders in der MBCT wichtig, um Patient:innen zu unterstützen, ihre eigenen schwierigen Gedanken und Emotionen mit einer nicht-wertenden, mitfühlenden Haltung zu betrachten. Therapeut:innen, die selbst regelmäßige Meditationen praktizieren, können auf diese Weise eine tiefere empathische Verbindung zu ihren Patient:innen aufbauen.
- ▶ **Integration von Achtsamkeit:** Eine eigene Meditationspraxis hilft den Therapeut:innen, Achtsamkeit nicht nur als Werkzeug in der Therapie zu verstehen, sondern als Lebenshaltung. Diese tiefere Integration der Achtsamkeitspraxis ermöglicht es, die Prinzipien der MBCT in einem breiteren Kontext zu vermitteln, der über die Sitzungen hinausgeht. Patient:innen können dadurch erkennen, dass Achtsamkeit mehr ist als eine Technik zur Bewältigung von psychischen Beschwerden – sie ist ein Weg, das Leben bewusster zu gestalten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die eigene Meditationspraxis von Therapeut:innen für die Anwendung von Achtsamkeit im Rahmen der MBCT eine Schlüsselrolle spielt. Sie fördert die Authentizität der Praxis, stärkt die emotionale Resilienz und Empathie und hilft dabei, Achtsamkeit als lebendige Haltung und nicht nur als Technik zu vermitteln.