



# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	3
Abkürzungsverzeichnis .....	4
Eidesstattliche Erklärung .....	4
1 Einleitung.....	5
2 Depression .....	8
2.1 Krankheitsbild – diagnostische Kriterien.....	8
2.2 Störungsbereiche .....	10
2.3 Epidemiologie und Komorbidität.....	12
2.4 Entstehung .....	13
2.4.1 Biologische Erklärungsansätze.....	14
2.4.2 Psychologische und soziale Erklärungsansätze .....	15
2.4.3 Entstehung von depressiven Rückfällen .....	16
2.5 Therapie .....	18
2.5.1 Therapieziele .....	18
2.5.2 Klassische Therapieformen .....	19
2.6 Ambulante Betreuung bei psychischen Erkrankungen .....	20
3 Konzept der Achtsamkeit.....	22
3.1 Begriffsbestimmung.....	22
3.2 Achtsamkeitspraxis.....	25
3.3 Effekte der Achtsamkeitspraxis .....	26
3.4 Wirkmechanismen.....	28
4 Achtsamkeitsbasierte Therapien bei Depressionen .....	31
4.1 Achtsamkeit in der Psychotherapie .....	31
4.2 Achtsamkeitsbasierte Verfahren bei Depressionen .....	32
4.2.1 Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion MBSR.....	32
4.2.2 Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie MBCT.....	33

4.2.3	Akzeptanz und Commitment Therapie.....	35
4.2.4	Dialektisch-Behaviorale Therapie .....	36
4.3	Stand der Forschung.....	37
4.4	Grenzen.....	38
5	Achtsamkeit in der Sozialen Arbeit.....	39
5.1	Notwendigkeit und Nutzen.....	41
5.2	Einsatzmöglichkeiten.....	43
5.3	Voraussetzungen für die Implementierung.....	46
5.3.1	Motivation zur Teilnahme.....	47
5.3.2	Kontinuität der Achtsamkeitspraxis.....	48
5.3.3	Achtsamkeitspraxis der Betreuer*innen.....	50
5.3.4	Weitere Qualifikationen der Betreuer*innen.....	51
5.3.5	Umgang mit Problemen.....	53
6	Fazit und Diskussion .....	55
7	Literaturverzeichnis .....	60

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Eigene Darstellung (vgl. BfArM 2021; Truschel 2020).....	9
Abbildung 2 Risiko- und Schutzfaktoren (Risch 2012, 11).....	14

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ACT	Akzeptanz und Commitment Therapie
ASP	Ambulante Sozialpsychiatrie
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RMT	Radical Mindfulness Therapy
WHO	World Health Organization

## Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

*„Das Gesehene soll lediglich ein Gesehenes sein, das Gehörte lediglich ein Gehörtes, das durch die anderen drei Körpersinne Empfundene lediglich ein Empfundenes, das Erkannte lediglich ein Erkanntes.“*

*Siddharta Gautama (Buddha)*

## **1 Einleitung**

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gelten Depressionen weltweit als Hauptursache von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und Suiziden (fast 800.000 pro Jahr) (vgl. WHO 2017, 5). In Deutschland sind jährlich ca. 8 - 10 % der Bevölkerung davon betroffen (vgl. Bretschneider et al. 2017, 81; vgl. DGPPN 2020, 1). Krankenkassen vermelden in den letzten Jahren einen stetigen Zuwachs an ärztlichen Depressionsdiagnosen, Arbeitsunfähigkeitsaufkommen sowie Erwerbsminderungsrenten, die auf depressive Störungen zurück gehen (vgl. Robert Koch-Institut 2019, 4). Neben der Belastung für das Gesundheitssystem bedeutet eine Depression zudem eine erhebliche und vor allem lange andauernde Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Betroffenen. Dies liegt u. a. am frühen Beginn und an dem meist episodisch wiederkehrenden oder chronischen Verlauf der Krankheit (vgl. Bretschneider et al. 2017, 81).

Als unzureichend kann in diesem Zusammenhang die Versorgungslage bezeichnet werden. So wird aktuell nur gut ein Drittel der Menschen mit einer Depression adäquat psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandelt (vgl. Robert Koch-Institut 2019, 17). Gründe hierfür sind neben langen Wartezeiten oder gar fehlenden Behandlungsangeboten u. a. die fehlenden Kenntnisse über Behandlungsmöglichkeiten, Vermeidungshandeln, fehlende Krankheitseinsicht sowie Motivationsprobleme seitens der Betroffenen (vgl. Kruse & Herzog in DPtV 2020, 29). Zudem werden psychisch erkrankte Menschen noch immer gesellschaftlich stigmatisiert, was dazu führt, dass sie sich aus Angst oder Scham sehr stark überwinden müssen, professionelle Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen (vgl. Pitschel-Walz 2018, 5).

Da sich klinische Symptome und soziale Belastungen bzw. Benachteiligungen oft wechselseitig bedingen, gehören depressiv erkrankte Menschen auch zum Klientel der Sozialen Arbeit (vgl. Schöberl 2019, 16). Besonders der Bereich der Eingliederungshilfe widmet sich Betroffenen, die von einer psychischen Behinderung betroffen oder bedroht sind, um ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung und eine

gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen (vgl. § 90 SGB IX). Die entsprechenden Leistungen werden in Hamburg durch Träger der ambulanten Sozialpsychiatrie (ASP) erbracht. Hierbei handelt es sich um eine bedarfsgerechte ambulante Betreuung, die u. a. auch aufsuchend tätig und somit einen engen Bezug zur Lebenswelt der Klient\*innen hat.

Als Alternative bzw. Ergänzung zu den traditionellen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungsmethoden hat sich das Konzept der Achtsamkeit in den letzten Jahrzehnten einen Namen gemacht. Achtsamkeit, im Sinne einer bewussten Lenkung der Aufmerksamkeit auf das Gegenwartserleben wird in Kliniken und ambulanten Therapien bereits zur Prävention und Behandlung von Depressionen, aber auch weiteren Störungen eingesetzt. Ursprünglich als spirituelle oder reine Entspannungstechnik belächelt, wird die Achtsamkeitsmeditation heute von immer mehr Wissenschaftler\*innen erforscht und von Ärzt\*innen praktisch angewendet. In zahlreichen Studien konnte neben der Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens ihre Wirksamkeit bei Stress, Depressionen, Angststörungen und chronischen Krankheiten nachgewiesen werden (vgl. ebd. 2019, 15). Achtsamkeitskurse werden auch außerhalb des therapeutischen Settings von privaten Lehrer\*innen angeboten, teilweise im Rahmen kasernenanerkannter Präventionskurse.

Vor diesem Hintergrund könnten achtsamkeitsbasierte Trainings auch im Rahmen der ASP den Klient\*innen eine gute Möglichkeit bieten, einen besseren Umgang mit ihren Störungen zu erlernen. Ziel dieser Arbeit ist es daher, anhand der Methodik der Literaturrecherche zu prüfen, ob zukünftig auch Achtsamkeitstrainings bei Menschen mit Depressionen von Sozialarbeiter\*innen in der ambulanten Betreuung eingesetzt werden können. Weiter soll erarbeitet werden, wie eine solche Intervention gestaltet werden müsste, um erfolgreich zu sein.

Achtsamkeit und Soziale Arbeit werden in der deutschen Forschungslandschaft überwiegend unter dem Aspekt der Selbstfürsorge von Sozialarbeiter\*innen aber auch unter dem Aspekt einer gelingenderen, effizienteren Intervention durch die achtsame Haltung der entsprechenden Mitarbeiter\*innen betrachtet. Auf diesen Bereich wird in der vorliegenden Arbeit nur kurz eingegangen. Der Schwerpunkt der Arbeit bezieht sich auf das Vermitteln bzw. Lehren der spezifischen Methoden der Achtsamkeit an die Klient\*innen.

Dazu wird zunächst ein Überblick über das Krankheitsbild der Depression gegeben, samt der charakteristischen Störungsbereiche bei den Betroffenen sowie ihrer Verbreitung und Entstehung.

Im zweiten Teil der Arbeit wird das Konzept der Achtsamkeit vorgestellt. Dabei wird auf die zentralen Effekte und Wirkmechanismen eingegangen, um zu verstehen, warum achtsamkeitsbasierte Interventionen bei zahlreichen der depressiven Störungsbereiche wirksam sein können. Im daran anschließenden Kapitel wird aufgezeigt, wie bzw. in welcher Form Achtsamkeit bisher in der Psychotherapie bei der Behandlung und Rückfallprophylaxe von Depressionen angewendet wird und wo die Grenzen derer liegen.

Im vierten Teil der Arbeit wird diskutiert, warum und inwiefern Achtsamkeitstechniken auch in der Sozialen Arbeit im Rahmen der Eingliederungshilfe bei Menschen mit psychischen Störungen zum Einsatz kommen können. Dabei werden auch die Voraussetzungen beleuchtet, die für eine gelingende Implementierung notwendig sind.

Abschließend werden die Erkenntnisse dieser Arbeit zusammengefasst und es wird ein Ausblick gegeben, wie realistisch eine Implementierung von Achtsamkeitstrainings in die ambulante Betreuung ist. Zudem wird resümiert, welche Voraussetzungen hierfür ggfs. noch erfüllt sein müssen.

## **2 Depression**

Depression ist ein eingetretener oder drohender innerpsychischer Stillstand, der gekennzeichnet ist durch eine niedergeschlagene Stimmung, Antriebsschwäche oder den Verlust von Freude und Interesse (Clausen/Eichenbrenner 2016, 196; vgl. Hammer/Plößl 2015, 84).

Depressionen fallen unter die Kategorie der affektiven Störungen, die charakterisiert sind durch eine Veränderung des Fühlens, speziell der Stimmung oder Affektivität. Da es sich bei Affekten (Gefühlen, Stimmungen, Emotionen) um komplexe, psychosomatische Prozesse handelt, verändert sich mit der Stimmung ebenfalls auch das Denken, Wollen und Handeln – also der Antrieb und das Aktivitätsniveau (vgl. Bosshard et al. 2001, 190f.). Neben körperlichen Beschwerden und Schmerzen geht damit ein starker daraus resultierender Leidensdruck einher (vgl. Pitschel-Walz 2018, 2). Betroffene benötigen oft externe Hilfe, um aus diesem Zustand herauszukommen (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 197; vgl. Pitschel-Walz 2018, 2, 2018).

Im Folgenden werden die Diagnosekriterien und die einzelnen Störungsbereiche sowie die Entstehung depressiver Störungen näher betrachtet. Auf die Epidemiologie und die Komorbidität wird nur kurz eingegangen werden, da sie für die weitere Bearbeitung nicht relevant sind.

### **2.1 Krankheitsbild – diagnostische Kriterien**

Unipolare depressive Störungen, also rein depressive Phasen, machen ca. 65 % der affektiven Störungen aus (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 199). Die Diagnosekriterien einer unipolaren Depression sind in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases – ICD-10 bzw. ICD-11) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie in dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA) gelistet (siehe Abbildung 1). In der 2018 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgestellten 11. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, dem ICD-11, kam es zu einer Änderung der Codierung der Depressionen bzw. depressiven Störungen von ICD-10 F32.- zu ICD-11 6A7 (vgl. Jakob 2018).

Im DSM-5 werden ähnliche Symptome wie im ICD-10/11 benannt, diese unterscheiden sich aber in der Gewichtung und in der Komplexität der Diagnosestellung (Truschel

2020). Hierfür muss in beiden Klassifikationssystemen eine bestimmte Anzahl der Haupt- und Zusatzsymptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen fast täglich auftreten.

Diagnosekriterien ICD-10/11 und DSM-5		
	ICD-10/11	DSM-5
<b>Hauptsymptome</b>	Depressive Stimmung	Depressive Stimmung
	Interessenverlust und Freudlosigkeit	Interessenverlust und Freudlosigkeit
	Antriebsminderung, erhöhte Ermüdbarkeit	
notwendige Anzahl für Diagnosestellung	mind. 2	mind. 1
<b>Zusatzsymptome</b>	Denk- und Konzentrationsstörungen, verminderte Aufmerksamkeit, Unentschlossenheit	Verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit oder Unentschlossenheit
	vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	
	Unbegründete Schuldgefühle, Selbstvorwürfe oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit	Gefühle der Wertlosigkeit oder unangemessenen Schuldzuweisung
	Trostloses und pessimistisches Zukunftsdenken	
	Gedanken oder erfolgte Versuche hinsichtlich Suizid oder Selbstverletzung	Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizid, getätigter oder geplanter Selbstmordversuch
	Schlafstörungen	Schlaflosigkeit oder Schlafsucht
	verminderter oder gesteigerter Appetit	Signifikante Gewichtsveränderung um 5% in einem Monat (ohne Diät) oder verringerter bzw. gesteigerter Appetit
		Müdigkeit oder Energieverlust
		Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung/Retardierung
notwendige Anzahl für Diagnosestellung	mind. 2 zzgl. Hauptsymptome (leichte Episode)	mind. 5 inkl. Hauptsymptome (Major Depression)

Abbildung 1: Diagnosekriterien (eigene Darstellung nach BfArM 2021 & Truschel 2020)

Abhängig von der Anzahl und der Schwere der Symptome unterteilt der ICD-10 (GM Version 2021) die depressiven Episoden in leicht (ICD-10 F32.0/ICD-11 6A70.0), mittelgradig (ICD-10 F32.1/ICD-11 6A70.1) und schwer (ICD-10 F32.2/ICD-11 6A70.3).

Bei leichten oder mittelgradigen Episoden kann auch das Vorliegen eines somatischen Syndroms klassifiziert werden. Merkmale hierfür sind der Verlust von Freude und Interessen an normalerweise angenehmen Aktivitäten, keine bzw. kaum emotionale Reaktion auf freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Unruhe oder Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust (vgl. DGPPN/ÄZQ 2015, 31). Bei den mittelgradigen

(erst seit ICD-11 6A70.2) und schweren Episoden wird zudem noch in das Vorhandensein oder die Abwesenheit von psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3/ ICD-11 6A70.4) unterteilt (vgl. Hammer/Plöchl 2015, 85).

Wiederholen sich diese Episoden in einem Zeitraum, in dem die Kriterien einer depressiven Episode für mindestens zwei Monate nicht erfüllt sind und ohne, dass „unabhängige Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb“ auftreten (BfArM 2021, Eintrag zu F33.- ), spricht man von einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.-/ICD-11 6A71). Diese wird ebenfalls entsprechend ihres Schweregrads sowie des Vorhandenseins von psychotischen Symptomen unterteilt (vgl. BfArM 2021, Eintrag zu F33.-; vgl. Risch et al. 2012, 3).

Im DSM-5 werden depressive Störungen unter der Kategorie „Mood disorders“ (dt. Stimmungserkrankungen) gelistet (vgl. Berger et al. 2012, 423) und in Major Depressive Störung als einzelne oder rezidivierende Episoden unterteilt. Angelehnt an die Kategorisierung des ICD-10 findet hier eine Unterscheidung des aktuellen Schweregrads und des Vorliegens psychotischer Symptome statt.

Anders als im ICD-10 bietet das DSM-5 eine differenzierte Möglichkeit der Einteilung der Remissionsstärke zwischen den depressiven Episoden in partiell oder voll remittiert und trifft Aussagen zur Chronizität der depressiven Störung (vgl. DGPPN/ÄZQ 2015, 29).

Darüber hinaus findet im DSM-5 eine weitere Spezifizierung in die Kategorien „mit Angst“, „mit gemischten Merkmalen“ (wenn manische Symptome vorliegen, die das Kriterium einer manischen Episode aber nicht erfüllen), „mit melancholischen Merkmalen“ (analog zum somatischen Syndrom der ICD-10), „mit atypischen Merkmalen“, „mit Katatonie“ sowie „mit peripartalem Beginn“ und „mit saisonalem Muster“, statt (ebd. 2015, 34).

## **2.2 Störungsbereiche**

Die Depression ist eine „komplexe Störung mit biologischen, psychologischen und sozialen Komponenten“ (Morgan 2009, 190). Die im vorangegangenen Kapitel genannten Symptome äußern sich daher bei den Betroffenen in verschiedenen Bereichen.

Auf der Gefühlsebene kann eine Veränderung von tiefer Traurigkeit über eine innere Unruhe/Getriebenheit bis hin zu einem Zustand der Gefühlsleere stattfinden (vgl.

Pitschel-Walz 2018, 6). Sehr dominant sind auch die Gefühle der Niedergeschlagenheit und der Hilflosigkeit, ebenso wie der Schuld und der Einsamkeit (vgl. Hammer/Plößl 2015, 83).

Auf körperlicher Ebene können vielseitige Beschwerden in allen Körperbereichen auftreten. Beispielhaft sollen hier Müdigkeit, Kraftlosigkeit/Erschöpfung Schlafprobleme, Rücken-, Kopf-, Bauch- und Gliederschmerzen oder vegetative Beschwerden genannt werden. Stehen diese körperlichen Symptome im Vordergrund wird von einer „somatisierten“, also körperlich betonten Verlaufsform gesprochen (vgl. Pitschel-Walz 2018, 7). Nicht selten stehen die körperlichen Beschwerden im Vordergrund und werden behandelt. So wird verhindert, dass die eigentliche Depression dahinter erkannt und entsprechend therapiert wird (vgl. Hapke U. et al. 2017, 121).

Auf kognitiver Ebene ist das Denken oft verlangsamt. Die Konzentrationsfähigkeit nimmt beeinflusst durch Grübeleien ab und die Vergesslichkeit zu. Die Gedankeninhalte sind während einer Depression negativ geprägt und problemfokussiert, besonders bezogen auf die eigene Person. Betroffene haben meist kein Selbstwertgefühl mehr und üben sich stattdessen vermehrt in Selbstverachtung. Auch Gedanken über die aktuelle Situation, die Vergangenheit oder die Zukunft sind mitunter sehr pessimistisch. Es entwickelt sich ein Tunnelblick bezogen auf Negatives. Positives wird nicht mehr als solches wahrgenommen. Die eigene Situation bzw. das eigene Leben erscheinen Betroffenen als ausweglos (kleine Probleme werden als nicht bewältigbar wahrgenommen) und sinnlos, wobei Betroffene sich nicht selten selbst die Schuld dafür geben. Diese Verzweiflung mündet oft auch in Suizidgedanken (vgl. Hammer/Plößl 2015, 83 f.; vgl. Pitschel-Walz 2018, 8).

Adrian Wells fasst die Elemente des Sich-Sorgens, des Grübelns, der Lenkung der Aufmerksamkeit auf Gefahrensignale sowie die dysfunktionalen Bewältigungsstrategien (z. B. Gedankenunterdrückung, Vermeidungsverhalten oder Substanzmissbrauch) als allgemeinen „kognitiven Aufmerksamkeitsstil“ zusammen, der der Depression wie auch den Angststörungen zugrunde liegt (vgl. Hammer/Knuf 2013, 28; vgl. Wells 2011, 25).

Die beschriebenen Beschwerden resultieren auf der Ebene des Verhaltens und der Motivation in einer Antriebslosigkeit und Lähmung des Willens, schlimmstenfalls des Lebenswillens. Durch ihre pessimistische Sichtweise antizipieren Betroffene das Scheitern von Vorhaben und sind überzeugt, Aufgaben nicht bewältigen zu können.

„Sie haben das Wollen verlernt“ (Hammer/Plößl 2015, 90). Selbst alltägliche Aufgaben fallen ihnen schwer, sie müssen sich zu allem zwingen und können sich gleichzeitig zu nichts entscheiden. Das Gefühl der Überforderung führt dazu, dass sie sich aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen, Konfrontationen meiden und somit auch Schwierigkeiten haben, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten (vgl. Hammer/Plößl 2015, S. 84 u. 90; vgl. Pitschel-Walz 2018, 7).

Die genannten Auswirkungen auf die Gefühle, die Gedanken und das Verhalten können sich „gegenseitig verstärken und negativ beeinflussen“ und so zu einem sich verstärkenden Teufelskreis führen (Hammer/Plößl 2015, 84).

Clausen und Eichenbrenner stellen heraus, dass in der Einsamkeit und Verlorenheit der Betroffenen dennoch „die Sehnsucht nach Kontakt, nach Rückkehr in die Welt der Beziehungen spürbar“ ist (2016, 197).

### **2.3 Epidemiologie und Komorbidität**

Depressionen gehören zu den am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen unserer Zeit. Es wird vermutet, dass sie – neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen – bald zu den zweithäufigsten Krankheitsbildern überhaupt zählen werden (vgl. Fritzsche 2020, 93). Die WHO bezeichnet Depressionen bereits jetzt als „wichtigsten Einzelfaktor für psychische Gesundheitsprobleme in Europa“ (WHO 2012).

Aktuellen Studien zufolge erkranken ca. 15-20 % der Bevölkerung in Industrieländern mindestens einmal im Leben an einer Depression. In Deutschland waren zuletzt jährlich 8,2 % der Menschen davon betroffen (vgl. DGPPN 2020, 1; vgl. Payk 2010, 50). Laut der bundesweite Befragung des Robert Koch-Instituts (GEDA 2014/2015-EHIS ) sind es sogar 10,1% der Erwachsenen in Deutschland, die unter depressiven Symptomen (teilweise ohne Diagnose) leiden (vgl. Bretschneider et al. 2017, 81). Dabei erkranken Frauen circa zwei- bis dreimal häufiger als Männer (vgl. Hammer/Plößl 2015, 86).

Neben dem Familienstand kann der sozioökonomische Status das Depressionsrisiko erhöhen. So leiden besonders verheiratete Frauen mit Kindern und ohne Berufsarbeit sowie Menschen aus niedrigen sozialen Schichten (geringes Einkommen und niedriger Bildungsstand) häufiger an depressiven Störungen (vgl. Hammer/Plößl 2015, 86; vgl. Risch et al. 2012, 6).

Ca. 80 % der Betroffenen erleiden einen Rückfall, es kommt zu mindestens einer erneuten depressiven Episode in ihrem Leben, wobei hier wieder die Frauen ein höheres Risiko tragen. Circa 5-20 % der Erkrankungen verlaufen chronisch (vgl. Hammer/Plößl 2015, 86; vgl. Risch et al. 2012, 6).

Die Komorbiditätsrate ist bei Depressionen sehr hoch. Bis zu 75 % der Störungen werden von mindestens einer weiteren Erkrankung wie somatoformen Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Zwängen, Schlaf- oder Persönlichkeitsstörungen begleitet. Dabei ist die Kombination von Angst- und affektiver Störung am weitesten verbreitet (vgl. DPtV 2020, 21; vgl. Hammer/Plößl 2015, 86; vgl. Risch et al. 2012, 7).

Die WHO nimmt an, dass bei ca. 25 % aller Besucher\*innen einer Arztpraxis depressive Störungen vorliegen, diese aber nur bei einem geringen Teil der Betroffenen entsprechend diagnostiziert werden. Dies liegt oft dran, dass weitere Krankheitssymptome vorrangig behandelt werden (vgl. Hapke U. et al. 2017, 121; vgl. WHO 2012).

Depressionen gehen oft mit einem Suizidrisiko einher. Dies ist besonders bei schweren, rezidivierenden Verläufen erhöht und/oder wenn weitere psychische Störungen vorliegen. Generell besteht bei depressiven Menschen ein erhöhtes Krankheitsrisiko, welches im Vergleich zu Menschen ohne Depressionen auch zu einer erhöhten Sterblichkeit führt (vgl. Risch et al. 2012, 7).

## **2.4 Entstehung**

Wie viele andere psychische Erkrankungen entsteht eine Depression aus komplexen Wechselwirkungen von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren (bio-psycho-soziales Erklärungsmodell). Zur Entstehungserklärung wird das Vulnerabilitäts-Stress-Modell genutzt. Demnach trägt das Individuum durch angeborene oder erworbene biologische Bedingungen und/oder psychosoziale Entwicklungen in der Lebensgeschichte eine bestimmte Verletzlichkeit (Vulnerabilität) bzw. Neigung in sich, an einer Depression zu erkranken.

Durch das Einwirken von bestimmten Stressfaktoren wird diese Verletzlichkeit aktiviert. Zu den sogenannten Stressoren zählen private oder berufliche, mitunter auch chronische Überforderungen. Auch psychische oder soziale Belastungen sowie negative bzw. kritische Lebensereignisse, wie beispielsweise die drohende oder tatsächliche Trennung oder der Verlust einer geliebten Person gehören ebenfalls zu den

Stressfaktoren. Je nach Grad der Vulnerabilität reagieren manche Betroffene bereits bei geringen Belastungen mit depressiven Symptomen. Verfügt das Individuum dann nicht über genügend Schutzfaktoren zur Bewältigung, mündet dies in eine depressive Episode oder gar Krise (vgl. Hammer/Plößl 2015, S. 16 u. 87). Zu diesen Schutzfaktoren gehören u. a. eine positive Einstellung, psychologisches Wohlbefinden (gute Stimmung) und soziale Unterstützung bzw. ein stabiles, soziales Netzwerk (siehe Abbildung 2) (vgl. Risch et al. 2012, S. 14f.).



Abbildung 2 Risiko- und Schutzfaktoren (Risch 2012, 11)

### 2.4.1 Biologische Erklärungsansätze

Die genetische Disposition hat einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung einer Depression. Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, ist für Familienangehörige ersten Grades doppelt so hoch wie bei Menschen ohne familiäre Erkrankungen. Von ihnen erkranken durchschnittlich 15-20 % ebenfalls an einer depressiven Störung (vgl. Hammer/Plößl 2015, 87).

Aus neurobiologischer Sicht nimmt man bei einer Depression einen funktionellen Mangel unterschiedlicher Neurotransmitter an. Sowohl der Spiegel an Noradrenalin und Dopamin im synaptischen Spalt als auch an Serotonin ist bei Menschen mit einer Depression niedrig. Letzterer Botenstoff ist zuständig für die Signalübertragung zwischen den Nervenzellen. Die medikamentöse Therapie mit Antidepressiva wirkt daher durch

die Erhöhung der Verfügbarkeit der genannten Neurotransmitter (vgl. Hammer/Plößl 2015, 87; vgl. Payk 2010, 52).

Auffällig bei Betroffenen ist auch eine erhöhte Kortisolkonzentration im Blut. Dies wird darauf zurückgeführt, dass im Körper chronische Stressreaktionen ablaufen – die Entstehung einer Depression ist also stressassoziiert. Dadurch stehen weniger Rezeptoren für das Serotonin zur Verfügung und die Funktion der Noradrenalin-Rezeptoren ist beeinträchtigt (vgl. Fritzsche 2020, 91; vgl. Hammer/Plößl 2015, S. 87f.).

Bei Menschen, die von einer Depression betroffen sind, wurden auch Veränderungen im Gehirn festgestellt. Hierbei ist bisher allerdings unklar, ob sie Folge oder Ursache der Erkrankung sind: Die rechte Gehirnhälfte direkt hinter der Stirn ist bei depressiv Erkrankten dominant, da die linke Seite weniger aktiv ist. Dadurch sind negative Emotionen, die auf der rechten Seite angesiedelt sind, überrepräsentiert. Negative Gefühle werden durch eine vergrößerte und aktivere Amygdala (Mandelkern) intensiviert und leichter ausgelöst (vgl. Hammer/Plößl 2015, 88). Darüber hinaus ist der Hippocampus verkleinert. Dieser ist wichtig für das Denken und das Gedächtnis und wird daher als mögliche Ursache für die „verminderte Leistungsfähigkeit im Denken“ von Betroffenen angenommen (Hammer/Plößl 2015, 88).

#### **2.4.2 Psychologische und soziale Erklärungsansätze**

Neben den biologischen Ursachen gibt es verschiedene kognitive Erklärungsmodelle für die Entstehung einer Depression. Basis hierfür ist die vom US-amerikanischen Mediziner und Psychotherapeuten Aaron T. Beck (1967) entwickelte kognitive Theorie der Depression. Nach dieser sind dysfunktionale kognitive Schemata maßgeblich an dem Entstehen, dem Aufrechterhalten und dem Verlauf von Depressionen beteiligt. Durch negative Lebenserfahrungen, meist in der Kindheit und Jugend (z. B. Verlust, Zurückweisung, Missbrauch, chronische Belastung, Vernachlässigung) entstehen bei den Betroffenen negative Überzeugungen, Einstellungen und Handlungsmuster (dysfunktionale kognitive Schemata). Diese sind oft rigide, pessimistische und selbstbezogene Schemata, die im weiteren Verlauf die Verarbeitung von Informationen negativ beeinflussen und in Situationen der Belastung zu „selektiver Wahrnehmung und kognitiver Verzerrung“ (Fritzsche 2020, 92; vgl. Risch et al. 2012, 11), sogenannten „Denkfehlern“, führen. Dabei bezieht sich diese verzerrte Wahrnehmung der Realität auf das Selbst, die Umwelt und die Zukunft (kognitive Triade) der Betroffenen. Die daraus

resultierenden Fehlinterpretationen können dazu führen, dass sich die negativen Grundüberzeugungen bestätigen und verfestigen. Durch bestimmte Stressoren, wie negative Lebensereignisse, können diese depressionsförderlichen Schemata, die dauerhaft verdeckt vorliegen, jederzeit aktiviert werden und sich zu einer depressiven Episode entwickeln (vgl. Fritzsche 2020, 92; vgl. Hammer/Plößl 2015, 88; vgl. Risch et al. 2012, 11).

Ein weiterer lerntheoretischer Entstehungsansatz ist das Konzept der erlernten Hilflosigkeit des amerikanischen Psychologen Martin E. P. Seligman (2016). Dieses folgt der Annahme, dass Betroffene lernen können, nicht zu lernen, also eine Überzeugung der Hilflosigkeit entwickeln, wenn sie dauerhaft nichtabwendbaren und schädlichen Umständen ausgesetzt sind, die sie weder bewältigen noch kontrollieren können (vgl. Bosshard et al. 2001, 192; vgl. Hammer/Plößl 2015, 89). Durch diese Erfahrungen können vom Individuum keine kognitiven Handlungskomponenten in Form von Vermeidungs- oder Bewältigungsreaktionen entwickelt werden, Kontroll- und Lösungsversuche bleiben erfolglos (vgl. Fritzsche 2020, 92; vgl. Risch et al. 2012, 92). Als Folge entwickeln Betroffene die Überzeugung, dass nachfolgende negative Situationen für sie ebenfalls nicht kontrollier- oder bewältigbar sind. Das Individuum reagiert dann mit depressivem Rückzug und lässt so real vorhandene Möglichkeiten der Einflussnahme ungenutzt. Zudem sehen Betroffene die Schuld für das Versagen bei sich, was das Gefühl der Hilflosigkeit verstärkt und das Selbstwertgefühl vermindert (vgl. Fritzsche 2020, 92; Risch et al. 2012, 92). „Die konkrete Erfahrung der Hilflosigkeit und deren Verallgemeinerung führen in die Depression“ (Wittchen 2010, 17).

### **2.4.3 Entstehung von depressiven Rückfällen**

Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln erwähnt, kommt es nach der Abschwächung der Symptome einer depressiven Episode (Remission) oft zu Rückfällen. Betroffene erhalten dann die Diagnose einer rezidivierenden Depression.

Zu den Risikofaktoren für einen möglichen Rückfall zählen Begleiterkrankungen wie Dysthymie (anhaltende depressive Verstimmung), Angststörungen, Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Auch vorangegangene depressive Episoden und deren Dauer sowie das Bestehenbleiben einzelner Symptome (Residualsymptome, wie gedrückte Stimmung, Erschöpfung, Schlafstörungen) nach der Remission können einen Rückfall begünstigen (vgl. Risch et al. 2012, 10). Das Risiko, wieder

zu erkranken, steigt bei jedem Wiederauftreten der Symptomatik um 16 % (vgl. Berger et al. 2012, S. 424f.). Man geht von durchschnittlich drei bis vier depressiven Episoden bezogen auf die Lebenszeit von Betroffenen aus, die mit steigender Anzahl in zeitlich kürzeren Abständen wieder auftreten (vgl. Risch et al. 2012, 2).

Zur Erklärung von Rückfällen ohne äußere Auslöser entwickelte Teasdale (1988) anknüpfend an Becks Theorie das Differential Activation Model. Diesem liegt die Annahme zugrunde, dass sich bei der ersten depressiven Episode (meist durch ein kritisches Lebensereignis oder eine belastende Situationen ausgelöst) eine sich gegenseitig verstärkende Beziehung zwischen niedergeschlagener Stimmung und den negativen Wahrnehmungsprozessen und Denkmustern (dysfunktionalen kognitiven Schemata) etablieren kann, die im Gedächtnis abgespeichert wird (vgl. Lau et al. 2004, 1004). Verfallen die Betroffenen später erneut in eine, mitunter nur alltägliche, niedergeschlagene Stimmung, werden die negativen Denkmuster leicht wieder aktiviert (kognitive Reaktivität) und somit auch die depressiven Erlebnismuster hervorgehoben (vgl. ebd. 2004, 1004). Mit wiederholten Episoden wird diese Verknüpfung weiter verstärkt und die depressiven Erlebnismuster werden folglich leichter bzw. schneller aktivierbar (vgl. Risch et al. 2012, 12).

Ausschlaggebend dafür, ob die erste depressive Episode leicht oder schwer verläuft und sich für die Zukunft dieser „Teufelskreis“ etabliert, ist u. a. die komplexe Wechselwirkung aus den Umweltproblemen einer Person, der ihr verfügbaren (sozialen) Unterstützungsmöglichkeiten, ihrem biologischen Zustand und der Art der dysfunktionalen kognitiven Schemata, die während dieser Phase aktiviert und zugänglich gemacht werden (vgl. Teasdale 1988, S. 247f.).

Neben dieser wechselseitigen Beziehung von negativen Gefühlen und dysfunktionalen Gedanken spielen laut Teasdale auch ruminative Verarbeitungsprozesse, die besonders mit negativen Stimmungen einhergehen, bei Depressionsrückfällen eine wesentliche Rolle. Die Inhalte des Grübeln (Rumination) und Nachdenkens beziehen sich auf die betroffene Person selbst, ihr aktuelles negatives Befinden sowie dessen Gründe und mögliche Folgen. Die Betroffenen verfolgen damit die Absicht, durch das bessere Verstehen der eigenen Gefühle und Hintergründe, die eigene Stimmung zu verändern. Es ist mittlerweile bekannt, dass diese Muster des grüblerischen Denkens zu geringeren Problemlösefertigkeiten und einer längeren Dauer der negativen Stimmung führen (vgl. Risch et al. 2012, 12). Sie können in einem spiralförmigen Zyklus dysphorischer

Affekte eskalieren und schließlich zu einer schweren und länger andauernden depressiven Episode führen (vgl. Nolen-Hoeksema 1991 in Bishop et al. 2004, 236; vgl. Risch et al. 2012, 12). Die selektive Aufmerksamkeit der Betroffenen ist während des Grübelns auf das Negative gerichtet. Dadurch wird verhindert, dass dem negativen Denkmuster widersprechende Erfahrungen gemacht werden können, da positive Bemerkungen und Erlebnisse (positive Verstärker) nicht als solche wahrgenommen werden. Dies wiederum verschlechtert die negativen Gefühle und aktiviert stimmungskongruent die negativen Erinnerungen, die wiederum die dysfunktionalen Schemata (u. a. Selbstabwertung) verstärken (vgl. Risch et al. 2012, 13). Der anhaltende pessimistische und hoffnungslose Gefühlszustand kann zu einem sozialen Rückzug führen. Durch die Isolation werden das Grübeln und die Selbstkritik weiter gefördert, das Selbstwertgefühl nimmt durch vermehrte kreisende Gedanken über die eigene Unzulänglichkeit weiter stetig ab und die depressive Verstimmung verschlechtert sich noch mehr. Durch das Fehlen der positiven Verstärker verschlechtert sich die Stimmung der Betroffenen weiter und endet, sofern vorher keine Intervention erfolgt, in einer erneuten depressiven Episode (vgl. Pitschel-Walz 2018, 10; vgl. Risch et al. 2012, 13).

## **2.5 Therapie**

### **2.5.1 Therapieziele**

Bei der Behandlung von depressiven Störungen stehen folgende Ziele im Mittelpunkt:

- Linderung der Symptome der depressiven Störung mit dem Ziel einer vollständigen Remission
- Verringerung der Mortalität, insbesondere durch Suizid
- Berufliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit und Teilhabe wiederherstellen
- Wiedererlangen des seelischen Gleichgewichts und
- Reduktion der Rückfallwahrscheinlichkeit oder einer späteren Wiedererkrankung

Für Patient\*innen sind darüber hinaus noch weitere Ziele in der Therapie wichtig. Hierzu gehören „eine allgemeine bejahende Lebenseinstellung (z. B. Optimismus, Vitalität, Selbstbewusstsein, Lebenswillen), die Rückkehr zum herkömmlichen psychosozialen Funktionsniveau, verbesserte Bewältigung von Alltagsstress und -verpflichtungen oder eine verbesserte Beziehungsqualität zu engen Bezugspersonen“ (DGPPN/ÄZQ 2015, 45).

Besonders unter Berücksichtigung der psychosozialen Entstehungsmodelle (siehe Kapitel 2.4.2) ist es bei der Behandlung einer depressiven Störung auch wichtig, die dysfunktionalen Denk- und Verhaltensmuster zu beeinflussen, das Selbstwertgefühl der Betroffenen zu verbessern, innere und äußere Anforderungen abzubauen und das körperliche Gleichgewicht, z. B. durch Sport oder die Behandlung der Schlafstörung wiederherzustellen (vgl. Fritzsche 2020, 93).

### **2.5.2 Klassische Therapieformen**

Abhängig von der aktuellen Störungsverlaufsphase kommt es entweder zu einer Behandlung der akuten Phase (Akutbehandlung), einer Erhaltungstherapie nach dem Abklingen der depressiven Episode oder einer prophylaktischen Behandlung zukünftiger Episoden (Rückfallprävention) (vgl. Risch et al. 2012, 24; vgl. Wittchen 2010, 28).

Die Nationale VersorgungsLeitlinie für Unipolare Depressionen (2015) empfiehlt für die Behandlung eine psychotherapeutische oder eine medikamentöse Behandlung mit einem Antidepressivum bzw. eine Kombinationstherapie aus beiden in Abhängigkeit von der Schwere und dem Verlauf der depressiven Störung sowie den Wünschen der Betroffenen.

Die aktiv-abwartende Begleitung im Sinne von niedrigschwelligen psychosozialen Interventionen (z. B. Einsatz von Selbsthilfemanualen, technologiegestützte Interventionen) zählt ebenfalls zu den primären Behandlungsstrategien und wird aktuell intensiv auf ihre Wirksamkeit hin untersucht (vgl. DGPPN/ÄZQ 2015, 63).

Ergänzend zu den genannten Behandlungsmethoden kommen weitere Therapieverfahren, wie beispielsweise die Elektrokonvulsionstherapie, Lichttherapie oder Wachtherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie und künstlerische Therapien zum Einsatz (vgl. DGPPN/ÄZQ 2015, 45).

Häufig verbessern sich die Symptome nach einer medikamentösen und/oder psychotherapeutischen Akutbehandlung nur teilweise. Residualsymptome, wie negative Stimmung, Empfindlichkeit, Schlafstörungen oder Erschöpfung treten oft weiterhin in unterschiedlicher Stärke auf und bergen die Gefahr, sich zu einer neuen depressiven Episode zu entwickeln (vgl. Risch et al. 2012, 10).

Besonders in der kognitiven Rückfallprävention entstanden daher in der jüngeren Vergangenheit sehr wirksame Therapieansätze, die das Ziel verfolgen,

rückfallbegünstigende psychologische Risikofaktoren abzubauen und psychologische Schutzfaktoren aufzubauen (vgl. ebd. 2012, 26).

Hierzu zählen u. a. achtsamkeitsbasierte Interventionen wie die Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie und die Akzeptanz und Commitment Therapie (ACT), die in den nachfolgenden Kapiteln näher vorgestellt werden sollen.

## **2.6 Ambulante Betreuung bei psychischen Erkrankungen**

Neben den verschiedenen, auf Genesung ausgerichteten psychiatrischen und psychotherapeutischen Interventionen werden Menschen mit (drohenden) psychischen bzw. seelischen Beeinträchtigungen wie beispielsweise einer länger anhaltenden oder rezidivierenden Depression im deutschen Hilfesystem u. a. im Rahmen der Eingliederungshilfe unterstützt. Die, aufgrund des Bundesteilhabegesetzes seit 2020 im SGB IX § 90 (davor SGB IX § 54) geregelte, Eingliederungshilfe umfasst besondere Leistungen zur „selbstbestimmten Lebensführung“ für Menschen mit (u. a. seelischen) Behinderungen oder von diesen bedrohten (vgl. § 90 SGB IX).

Dabei ist es die Aufgabe der Eingliederungshilfe, den Betroffenen eine

„individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können“ (§ 90 (1) SGB IX).

und Benachteiligungen vermeiden bzw. ihnen entgegenzuwirken (vgl. BASFI 2019, 99). Die Eingliederungshilfe ist ein klassisches Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit.

In der Freien und Hansestadt Hamburg wird die Eingliederungshilfe für Menschen mit einer (drohenden) seelischen Behinderung seit 2014 im Rahmen der sogenannten Ambulanten Sozialpsychiatrie (ASP) von gewerblichen und freigemeinnützigen Trägern der Wohlfahrtspflege erbracht. Die ASP umfasst die bedarfsgerechte Einzel- bzw. Intensivbetreuung von Klient\*innen im eigenen Wohnraum, niedrigschwellige (Gruppen-) Angebote in Begegnungsstätten, präventive Hilfen und sozialraumorientierte Netzwerkarbeit. Die ASP soll dabei unterstützen, bei den Klient\*innen eine sich androhende psychische Behinderung zu verhindern oder eine bestehende samt ihrer Folgen zu beseitigen bzw. abzuschwächen und die Betroffenen in die Gesellschaft einzugliedern (vgl. ebd. 2019, 100). Dazu sollen die Klient\*innen befähigt werden, ihre eigenen

„Fähigkeiten weiter zu entwickeln und in ihrem sozialen Umfeld selbständig und möglichst unabhängig [...] zu leben“ (vgl. BASFI 2019, 99 f.; hamburg.de o. J.). Hierbei spielen neben der Ressourcenorientierung auch salutogenetische Aspekte wie Identitätsbildung, soziale Anerkennung und Kompetenzerleben eine wichtige Rolle (vgl. Heidenreich/Laging 2013, 249).

Die Leistungsbereiche, auf die sich die ASP bezieht, sind u. a.:

„Hilfen zur Erarbeitung eines vertiefenden Verständnisses der eigenen Lebenssituation zur Auseinandersetzung mit den sozialen Folgeerscheinungen der seelischen Behinderung und dem Ziel der Erarbeitung entsprechender Bewältigungsstrategien, [...] Persönlichkeitsbildung, Alltagsbewältigung, [...] Hilfen bei der Tages- und Kontaktgestaltung zur Stärkung der Eigeninitiative, des Aufbaus und Erhalts sozialer Kontakte mit dem Ziel der Überwindung der Hemmnisse zur Teilhabe an der Gemeinschaft [...]“ (BASFI 2019, 100).

Der Umfang und Inhalt der Betreuung wird bestimmt durch einen in Absprache mit den Klient\*innen und dem zuständigen Fachamt festgelegten Gesamtplan, der die persönlichen Ressourcen, Förderbedarfe und Teilhabebehmnisse in unterschiedlichen Lebensbereichen berücksichtigt (vgl. ebd. 2019, 100).

Die ASP-Betreuer\*innen pflegen in diesem Zusammenhang einen engen und regelmäßigen Kontakt zu ihren Klient\*innen, der oft in eine vertrauensvolle Beziehung mündet. Dabei steht weniger die Störung im Vordergrund der Betreuung als die Bewältigung der Probleme und Herausforderungen in der Lebenswelt der Klient\*innen, die mitunter daraus resultieren. Aufgrund der Bedarfsorientierung der Hilfe steht den Sozialarbeiter\*innen mehr Zeit für die Betreuung ihrer Klient\*innen zur Verfügung als beispielsweise in der Psychotherapie (eigene Erfahrung).

### **3 Konzept der Achtsamkeit**

Das Konzept der Achtsamkeit geht auf eine über 2.500-jährige Tradition des Buddhismus zurück. Ihr phänomenologischer Charakter sowie Meditations- und Trancetechniken mit einem Fokus auf die Gegenwart finden sich aber in fast allen Religionen und spirituellen Traditionen der Welt wieder (vgl. Heidenreich et al. 2020, 26; vgl. Shapiro et al. 2011, 21 f.). Zu den Grundelementen der Achtsamkeit gehören Bewusstheit, gegenwärtige Erfahrung und Akzeptanz (vgl. Germer et al. 2009, 38).

Im Folgenden wird zunächst beschrieben, was im Kontext dieser Arbeit unter dem Begriff der Achtsamkeit verstanden wird. Anschließend wird dargelegt, wie Achtsamkeit praktiziert werden kann, zu welchen Effekten diese Praxis führt und welche Wirkmechanismen dahinter vermutet werden.

#### **3.1 Begriffsbestimmung**

Übersetzt aus dem buddhistischen Pali (satī und sampajañña, englisch: mindfulness) kann Achtsamkeit „mit Gewahrsein, Umsicht und Bewusstheit“ (Shapiro et al. 2011, 22) sowie mit Aufmerksamkeit und Erinnern beschrieben werden (vgl. Germer et al. 2009, 18). Achtsamkeit ist der Hauptaspekt der Lehre der buddhistischen Psychologie (vgl. ebd. 2009, 18).

Achtsamkeit ist schwierig zu kategorisieren und es herrscht bis heute kein übereinstimmendes Verständnis hierüber in den unterschiedlichen Forschungsdisziplinen. So wird Achtsamkeit als Prozess (im Sinne der Kultivierung einer Achtsamkeitspraxis durch Übung), aber auch als Ergebnis oder als psychologisches Geschehen im Sinne von achtsamem Gewahrsein definiert (vgl. Germer et al. 2009, 19; vgl. Harrer/Weiss 2016, 56; vgl. Shapiro et al. 2011, 22).

Auch unter dem Aspekt, dass Achtsamkeit ein persönlicher Erfahrungsprozess ist, stellt sich eine allgemeingültige Definition schwierig dar (vgl. Shapiro et al. 2011, 21). In der Psychologie finden im Wesentlichen zwei Arbeitsdefinitionen Anwendung (vgl. Michalak et al. 2012, 5), die im Folgenden ausführlicher dargestellt werden.

### Definition Achtsamkeit nach Kabat-Zinn

Die erste, in der klinischen Psychologie gebräuchliche Definition stammt von dem Achtsamkeitsforscher und Therapeuten Jon Kabat-Zinn. Dieser sieht Achtsamkeit nicht als Technik oder Methode, sondern als Seinsweise – die durch Methoden und Techniken geübt werden kann (vgl. Kabat-Zinn 2008, 10). Er definiert Achtsamkeit „als die Bewusstheit, die sich durch gerichtete, nicht wertende Aufmerksamkeit im gegenwärtigen Moment einstellt“ (Kabat-Zinn 2013, 29), „eine Form tiefer Versenkung in das eigene Wesen im Geiste der Selbstbestimmung und Selbstfindung“ (ebd. 2013, 61).

Oftmals bewegen sich die Gedanken der Menschen entweder (meist sorgenvoll) in der Vergangenheit oder in der Zukunft oder sie beschäftigen sich mit anderen abstrakten Gedankenkonstrukten. Achtsamkeit hingegen bedeutet die bewusste Lenkung der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment durch Wahrnehmung der vorhandenen Bewusstseinsinhalte (Sinneseindrücke, Körperempfindungen, Gedanken, Emotionen) (vgl. Michalak et al. 2012, 5).

Neben dieser bewussten Aufmerksamkeitslenkung bezieht der Prozess der Achtsamkeit auch die Schulung der Absicht und der Haltung mit ein (vgl. Utsch 2018, 247). Besonders bei eher ungeübten Menschen verlässt die Aufmerksamkeit schnell das Gegenwartserleben und wandert in die Vergangenheit oder in die Planung zukünftiger Situationen. Durch die absichtsvolle Haltung, mit der Aufmerksamkeit im gegenwärtigen Moment bleiben zu wollen, können Praktizierende, nachdem sie das Abschweifen bemerkt haben, ihre Aufmerksamkeit wieder zurück in das Hier und Jetzt lenken. Diese Haltung ist nicht begrenzt auf die formelle Meditationspraxis, sondern wird auch in alltäglichen Situationen praktiziert. Auch in (beruflichen) Gesprächen oder beispielsweise beim Treppensteigen geht es darum, mit der Aufmerksamkeit bewusst in diesen Situationen zu verweilen und nicht schon gedanklich die nächsten Schritte zu planen (vgl. Hammer/Knuf 2013, S. 19 f.; vgl. Michalak et al. 2012, S. 5 f.).

Als weitere Bestimmung von Kabat-Zinn geht es darum, wertungsfrei wahrzunehmen und zu akzeptieren, was ist, ohne die Erlebnisinhalte als gut oder schlecht, angenehm oder unangenehm zu bewerten oder gar verändern zu wollen. Buchheld et al. bezeichnen dies als ganzheitliche Annahme. Es geht darum, mit den aufkommenden, mitunter auch negativen Gefühlen oder wahrgenommenen Erfahrungen im Kontakt zu bleiben und daraus gewonnene Erkenntnisse auch auf andere Umstände zu übertragen (vgl. Buchheld 2002 in Kuschel 2016, 15). Denn die Art und Weise, wie der Mensch den

Moment, seine Eindrücke und Erfahrungen wahrnimmt und interpretiert (konditionierte Wahrnehmungsmuster), bestimmt seine Realität. Laut der buddhistischen Psychologie entsteht Leiden nicht durch negative Umstände, sondern durch die Bewertung dieser durch das Individuum, verbunden mit der Absicht, dass die Umstände anders sein sollten als sie sind (vgl. Shapiro et al. 2011, S. 23 f.).

#### Arbeitsdefinition nach Bishop et al.

Mit dem Ziel, den Begriff Achtsamkeit zu operationalisieren, entstand in Abstimmung mit führenden Achtsamkeitsforscher\*innen aus verschiedenen Bereichen 2004 die Arbeitsdefinition von Bishop et al. (vgl. Bishop et al. 2004, 230). Nach dieser ist Achtsamkeit ein metakognitiver Prozess mit zwei Komponenten (Zwei-Komponenten-Modell der Achtsamkeit).

Selbstregulation der Aufmerksamkeit ist Teil der ersten Komponente. Diese umfasst sowohl die kontinuierliche Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit, die Fähigkeit zum Fokuswechsel als auch das Verhindern von Verarbeitungsprozessen bezogen auf das Wahrgenommene (vgl. ebd. 2004, 233).

Die fortwährende Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit auf die unmittelbare Erfahrung (wechselnde Gedanken, Gefühle und Sinneseindrücke) kann die Wahrnehmung mentaler Ereignisse im aktuellen Moment verbessern und ein Gefühl der Wachheit und des Gegenwärtigseins hervorrufen (vgl. Bishop et al. 2004, 232).

Teil der Selbstregulation ist es auch, das natürlich auftretende Abschweifen der Gedanken zu bemerken und anschließend den Fokus wieder auf die Wahrnehmung des unmittelbaren gegenwärtigen Augenblicks zurück zu wechseln (vgl. Bishop et al. 2004, 232). Bei der Achtsamkeit geht es nicht um die Verdrängung von Gedanken. Alle aufkommenden Gedanken und Ereignisse sind Objekte der Wahrnehmung und werden nicht als Störung angesehen (vgl. Bishop et al. 2004, 232).

Das nicht eingreifende Wahrnehmen von aufkommenden Gedanken, Gefühlen und Sinneseindrücken ist ein weiterer Aspekt der Selbstregulation der Aufmerksamkeit. Es geht nicht darum, die Erlebnisinhalte zu analysieren, zu bewerten oder zu hinterfragen, sondern um das konkrete Erfahren körperlicher und geistiger Ereignisse (vgl. Bishop et al. 2004, 232; vgl. Michalak et al. 2012, 7).

Die zweite Komponente dieses Modells der Achtsamkeit beinhaltet das Annehmen einer Haltung der Neugierde, Offenheit und Akzeptanz bezüglich der eigenen Erfahrungen im gegenwärtigen Moment (vgl. Bishop et al. 2004, 232).

Bishop et al. fassen dies als Ausrichten auf die Erfahrung (engl. orientation to experience) zusammen. Diese setzt das Aufrechterhalten einer Haltung der Neugierde in Bezug auf die unmittelbaren Erfahrungen und auch bezogen darauf, wohin der Geist bei Abschweifungen wandert, voraus. Alle aufkommenden Gedanken, Gefühle und Sinneseindrücke dienen den Praktizierenden als relevante Beobachtungsobjekte (vgl. Bishop et al. 2004, 233; vgl. Michalak et al. 2012, 7).

Diesen Erlebnisinhalten wird mit einer Haltung der Akzeptanz, also einer Offenheit gegenüber der Realität des gegenwärtigen Moments, begegnet. Die aufkommenden Gedanken, Gefühle und Empfindungen werden in einem aktiven Prozess zugelassen, ohne die Absicht, diese ändern oder andere hervorzurufen zu wollen (vgl. Bishop et al. 2004, 233; vgl. Michalak et al. 2012, 7 f.). Bishop et al. sprechen in diesem Zusammenhang von Achtsamkeit als offenes in-Verbindung-treten mit der Erfahrung (vgl. Bishop et al. 2004, 233; vgl. Michalak et al. 2012, S. 7 f.). Sie bezeichnen Achtsamkeit auch als Prozess der investigativen, absichtsvollen Aufmerksamkeit, die die Beobachtung der stetig wechselnden persönlichen Erfahrungen sowie die Absicht des Verstehens der Beschaffenheit der Gedanken beinhaltet (frei übersetzt nach Bishop et al. 2004, 234).

### **3.2 Achtsamkeitspraxis**

Achtsamkeit kann gelernt und kultiviert werden (vgl. Kuschel 2016, 20). Auch Kabat-Zinn unterstellt allen Menschen die Fähigkeit zur Achtsamkeit und erläutert weiter:

„Um sie zu entwickeln, müssen wir uns lediglich darin üben, der Gegenwart unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden, ohne zu urteilen – zumindest aber uns dessen bewusst zu werden, wie sehr unsere Wahrnehmung für gewöhnlich von Urteilen bestimmt ist“ (Kabat-Zinn 2013, 59).

Die sogenannte Achtsamkeitspraxis bezeichnet einen dynamischen Prozess, bei dem die Praktizierenden lernen, eine differenzierende, nicht reaktive, anhaltende und konzentrierte Aufmerksamkeit zu kultivieren. Diese ermöglicht es ihnen, bewusst wahrzunehmen, was gerade im gegenwärtigen Moment aufkommt (vgl. Shapiro et al. 2011, 32). In angeleiteten Achtsamkeitstrainings werden die Teilnehmer\*innen

beispielsweise angewiesen, jedes einzelne Objekt im Bewusstseinsstrom wahrzunehmen, zwischen den unterschiedlichen Elementen der Erfahrung (z. B. psychische oder körperliche Empfindungen) zu unterscheiden und zu beobachten, wie eine Erfahrung das Aufkommen einer weiteren mit sich bringt (vgl. Bishop et al. 2004, 234).

Um Achtsamkeit zu lernen und zu kultivieren, unterscheidet man die formelle und die informelle Achtsamkeitspraxis. Die formelle Praxis umfasst systematische Meditationspraktiken wie die Sitzmeditation, Body-Scan-Meditationen, Seh- oder Gehmeditationen u. a. Diese können in Kursen, längeren Retreats oder in der eigenen täglichen Meditationspraxis kurz oder intensiv praktiziert werden. Durch die strukturierte Selbstbeobachtung verstehen die Praktizierenden nach und nach, wie der Geist arbeitet und wie dessen Inhalte wahrzunehmen sind (vgl. Germer et al. 2009, 30; vgl. Shapiro et al. 2011, 35).

Bei der informellen Praxis handelt es sich um die Anwendung von Achtsamkeit im Alltag (vgl. Germer et al. 2009, 30; vgl. Shapiro et al. 2011, 35). Dabei geht es darum, auch im täglichen Leben die Aufmerksamkeit bewusst auf den gegenwärtigen Moment zu richten und alltägliche Dinge wie beispielsweise den Atem, die Körperhaltung, das Essen oder Geräusche der Umgebung bewusst und mit Akzeptanz wahrzunehmen und sich somit von störenden Gedanken und Emotionen zu lösen.

### **3.3 Effekte der Achtsamkeitspraxis**

Achtsamkeit führt zu einer Vielzahl an physiologischen und psychischen Effekten. Aufgrund der zahlreichen Studien zur Effizienzforschung können die folgenden Wirkungen als gut belegt bezeichnet werden (vgl. Mayrhofer 2020, 114).

Aus der körperlichen Entspannung, die mit allen meditativen Techniken einher geht, ergeben sich besonders entspannungsbedingte Effekte, wie die Stärkung des Immunsystems, eine erhöhte Belastbarkeit des Herz-Kreislaufsystems oder eine verbesserte Stressresistenz (vgl. Utsch 2018, 249).

Zahlreiche Studien konnten auf der neurobiologischen und -psychologischen Ebene Effekte nachweisen (vgl. Lohmann/Annies 2016, 22), die im Wesentlichen auf neuroplastische Veränderungen bezogen auf die Struktur und Funktion von Gehirnregionen zurückzuführen sind (vgl. Mayrhofer 2020, 115).

Hierzu zählen u. a.:

- Gesteigerte Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisleistungen und Aufmerksamkeit
- Aktivierung des präfrontalen Kortex, Zunahme der grauen Substanz im Gehirn und verringerte Aktivierung der Amygdala → Zunahme der Selbstregulation (inkl. der Kontrolle von Stress und Emotionen) und Abnahme von Missempfindungen
- Erhöhte Antikörperproduktion und Kortisolreduktion → Stärkung des Immunsystems (vgl. Ernst et al. 2009, 21; vgl. Mayrhofer 2020, 115).

Bezogen auf das Sozialverhalten und die interpersonelle Reaktivität führt Achtsamkeit zu:

- erweiterter Sensibilität für das eigene Umfeld
- gesteigerter Wahrnehmung positiver Emotionen und unterstützender Beziehungen
- Entwicklung einer offenen Haltung für neue Informationen (innere Empfindungen und äußere Eindrücke)
- Verbesserung der Inhibitionsfähigkeit (Kontrolle über automatische Reaktionen), besonders bezogen auf die Reizauswahl und Emotionen
- Verbesserung der Fähigkeit, sich in andere hineinzusetzen (Empathie)
- sicheres und weniger ängstliches Sozialverhalten, häufigeres verbales Äußern in sozialen Situationen durch frühzeitigeres Erkennen und Beschreiben der eigenen Emotionen
- mehr Körperzufriedenheit

(vgl. Bishop et al. 2004, 233; vgl. Dekeyser et al. 2008, 1243 f.; vgl. Kuschel 2016, 19; vgl. Lohmann/Annies 2016, 22).

Darüber hinaus kommt es zu einer Verbesserung der kognitiven Komplexität. So werden beispielsweise neue Kategorien zur Strukturierung von Wahrnehmungen geschöpft und kognitive sowie affektive Erfahrungen differenziert und integriert interpretiert (vgl. Bishop et al. 2004, 234; vgl. Kuschel 2016, 17). Das repetitive Denken (Grübeln, Sorgen) wird reduziert (vgl. Remmers 2020, 165). Es entsteht sowohl ein erhöhtes Bewusstsein für unterschiedliche Perspektiven bei der Lösung von Problemen (Langer u. Moldoveanu 2000 zit. nach Kuschel 2016, 17) als auch für körperliche und geistige Vorgänge, die Verhaltensregulationen und -änderungen ermöglichen.

Besonders im psychologischen Bereich sind für die Anwendung bei Depressionen, Angststörungen und Stress hohe Effektstärken nachgewiesen worden (vgl. Mayrhofer 2020, 115).

### **3.4 Wirkmechanismen**

Wie gezeigt wurde, gibt es bereits eine Vielzahl von Studien, die neben der Wirksamkeit von Achtsamkeit eine Vielzahl an positiven Effekten, die die Achtsamkeitspraxis mit sich bringt, nachweisen konnten. Besonders in der Psychotherapieforschung geht man der Frage nach den Wirkmechanismen nach. Man fragt nach den Prozessen oder Ereignissen, die erklären, wie die genannten Effekte und weitere Veränderungen entstehen, also wie genau Achtsamkeit wirkt (vgl. Remmers 2020, 165). Hypothesen hierzu sind bisher noch nicht ausreichend empirisch belegt (vgl. Mayrhofer 2020, 115).

In verschiedenen Quellen werden dennoch unterschiedliche Wirkmechanismen der Achtsamkeit beschrieben. Diese verstärken sich wechselseitig und unterstützen so das eigene Wohlbefinden bzw. den Genesungsprozess (vgl. Hammer/Knuf 2013, 41 f.). Nachfolgend wird auf jene Faktoren näher eingegangen, erklären sollen, inwiefern achtsamkeitsbasierten Interventionen bei Depressionen störungsspezifisch wirken können.

Das metakognitive Bewusstsein gilt dabei als wahrscheinlichster Hauptwirkfaktor (vgl. Lohmann/Annie 2016, 23). Das metakognitive Bewusstsein bzw. die metakognitive Kompetenz beschreibt die Fähigkeit zum Einnehmen einer Metaperspektive u. a. auf das innere Erleben. Man spricht auch von einem „inneren Beobachter“, der mit Bewusstheit z. B. das eigene Denken beobachtet, ohne dies zu bewerten oder gar einzugreifen. Daraus entwickelt sich die Erkenntnis, dass die aufkommenden Gedanken oder Emotionen keine Fakten, sondern nur vorbeiziehende Geistesinhalte sind (vgl. Hammer/Knuf 2013, 33). Gleichzeitig werden sich Praktizierende dadurch aber auch ihrer automatisierten Handlungsimpulse bewusst, die aus dem kognitiv-emotionalen Geschehen resultieren und sie können diese langfristig regulieren bzw. unterbinden (vgl. ebd. 2013, 33).

Dezentrierung/Desidentifikation: Durch die Achtsamkeitspraxis ändern Praktizierende die Perspektive zu ihren Gedanken und Gefühlen. Es kommt zu einer internen Distanzierung (metakognitive Einsicht) von Wahrnehmung (z. B. des Denkens) und

Bewertung (z. B. Auseinandersetzung mit Denkinhalten). Dadurch können sich neue kognitive und emotionale Prozesse entwickeln (vgl. Lohmann/Annies 2016, 23).

Durch diese metakognitive Sichtweise kommt es auch zu einer Trennung von Subjekt (Beobachter\*in) und Objekt (Beobachtetem) bei bleibendem Kontakt zu den jeweiligen Wahrnehmungen (im Gegensatz zur Dissoziation) (vgl. ebd. 2016, 24). Es geht darum, „sich nicht mit [den eigenen] Gedanken zu identifizieren, sondern sie als das zu sehen, was sie letztendlich sind: [vorübergehende] mentale Ereignisse“ (Michalak et al. 2012, 18). Es sind keine inhärenten Aspekte des Selbst und spiegeln auch nicht die Wahrheit über den Wert oder die Angemessenheit des Individuums als Mensch wider. Sie sind auch keine gültigen Reflexionen über die Realität und erfordern dementsprechend auch keine spezifischen Reaktionen oder Verhaltensweisen (vgl. Bishop et al. 2004, 234; vgl. Coffman et al. 2006, 34; vgl. Lohmann/Annies 2016, 23).

Aufmerksamkeitslenkung/-regulation: Mithilfe eines Achtsamkeitstrainings werden Praktizierende für den Prozess der Aufmerksamkeitslenkung sensibilisiert und entwickeln zunehmend eine Bewusstheit dafür. Es geht dabei um die Fertigkeit, wahrzunehmen und zu bemerken, was gerade ist. Die Aufmerksamkeit wird dabei immer wieder auf das Gegenwartserleben, auf das Hier und Jetzt gelenkt und diese Bewusstheit des Gegenwärtigen über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten. Dadurch werden automatisch ablaufende Prozesse bzw. Reaktionsmechanismen entdeckt und können so unterbrochen werden (vgl. Hammer/Knuf 2013, S. 31f.). Dies trägt auch zur Emotionsregulation bei (vgl. Harrer/Weiss 2016, 107).

Akzeptanz und Offenheit: Das Annehmen und nicht wertende Wahrnehmen von dem, was gerade ist, bedeutet Akzeptanz. Das Akzeptieren auch schwieriger Umstände ist eine wichtige Voraussetzung für den Start von etwas Neuem (vgl. Hammer/Knuf 2013, 35). Dabei handelt es sich aber nicht um ein passives Resignieren oder Unterdrücken der aufkommenden Erfahrungen, sondern um ein klar erkennendes Akzeptieren, das einfach sagt: „Das ist es, was hier, jetzt, wahr ist“ (vgl. Michalak et al. 2012, 6; Shapiro et al. 2011, 26) Die Praktizierenden lernen, sich selbst annehmend zu begegnen und so die aufkommenden Situationen und Gefühle differenziert wahrzunehmen. Dies hilft ihnen, funktionale Strategien zur Veränderung und Bewältigung einzusetzen (vgl. Hammer/Knuf 2013, 37; vgl. Risch et al. 2012, 58).

(Selbst-)Mitgefühl: Selbstmitgefühl oder Self-Compassion wird als eine „warmherzige, verstehende und akzeptierende Haltung gegenüber den als negativ bewerteten

Aspekten der eigenen Person und der eigenen Erfahrung“ definiert (Harrer/Weiss 2016, 134). Es besteht laut Kristin Neff aus den Kernkomponenten 1. Selbstfreundlichkeit und einer verstehenden Haltung gegenüber dem eigenen Leid und eigenen Unzulänglichkeiten (im Gegensatz zu Selbstkritik),

2. Erkennen der Verbundenheit mit anderen sowie das Erkennen von Leid als unvermeidlichen Teil menschlichen Lebens (verbindende Humanität im Gegensatz zur Isolation) sowie

3. Achtsamkeit (gleichwertige Wahrnehmung im Gegensatz zur Vermeidung von oder Identifizierung mit schmerzlichen Empfindungen und Gefühlen)

(vgl. Harrer/Weiss 2016, 135; vgl. Neff/Kretzschmar 2012, 59).

Aufgrund der Leistung von Achtsamkeit in dem Konzept des Selbstmitgefühls kann eine lineare Kausalität angenommen werden. Die buddhistische Psychologie sieht die beiden aber als untrennbar miteinander verbunden und sich wechselseitig bedingend (vgl. Mayrhofer 2020, 113).

Mitgefühl mit sich selbst entsteht im Rahmen von Achtsamkeit dadurch, dass Praktizierende durch die kultivierte, achtsame Selbstwahrnehmung mit ihrem eigenen Leid und Schmerz bewusst in Kontakt kommen (dies wird normalerweise unterdrückt/verdrängt). Dies kann in der Folge auch zu Selbstfürsorge und Selbstliebe führen (vgl. Harrer/Weiss 2016, 135).

Selbstmitgefühl wird von einigen Autoren als „Schlüsselmechanismus“ von achtsamkeitsbasierten Programmen bezeichnet, da die positive Selbstzuwendung nicht nur Stress-Symptome reduziert und die kognitive Reaktivität bremst (vgl. Hammer/Knuf 2013, 39; vgl. Harrer/Weiss 2016, 135). Zahlreiche Studien haben auch ergeben, dass ein stärker ausgeprägtes Selbstmitgefühl u. a. mit weniger Psychopathologie, weniger Selbstkritik, Depression, Angst, Rumination, negativen Emotionen, Unterdrückung von Gedanken und mehr akzeptierendem Denken korreliert (vgl. Harrer/Weiss 2016, 135; vgl. Neff/Vonk 2009, 26).

## 4 Achtsamkeitsbasierte Therapien bei Depressionen

### 4.1 Achtsamkeit in der Psychotherapie

Nach der Phase der Lerntheorie und der kognitiven Wende wird die, um Achtsamkeit und Akzeptanz erweiterte, kognitive Verhaltenstherapie als dritte Welle der Verhaltenstherapie bezeichnet (vgl. Utsch 2018, 248). Im Vergleich zu den änderungsbasierten Therapien wird hierbei nicht mehr das Therapieziel verfolgt, störende Symptome wie negative Gedanken oder leidvolle und schmerzhaft Gefühle, z. B. durch das Erarbeiten von Lösungen oder Realitätsüberprüfungen, zu beseitigen oder zu verändern, sondern diese gezielt willkommen zu heißen, einen Umgang mit ihnen zu finden und mit ihnen leben zu lernen (vgl. Segal et al. 2008, 69 f.).

Vertreter dieses neuen Ansatzes gehen davon aus, dass das Bestreben nach Veränderung oder Beseitigung eher zu einer Intensivierung der krankheitsfördernden Symptome führen kann. Daher dürfen die entsprechenden Empfindungen, Gefühle oder Gedanken kommen, werden aufmerksam und akzeptierend (neutral und emotionsfrei) wahrgenommen, aber auch wieder gehen gelassen (vgl. Germer et al. 2009, 39).

Durch die Implementierung von Achtsamkeit in der Psychotherapie sollen unterschiedliche Prozesse angestoßen werden, von denen im Folgenden einige erläutert werden.

Patient\*innen sollen zum einen erkennen, dass Gedanken und Gefühle nur vorübergehende Konstrukte ihres Kopfes sind und keine validen Wirklichkeitsreflektionen bzw. unveränderbaren äußeren Tatsachen (vgl. Coffman et al. 2006, 34; vgl. Hammer/Knuf 2013, 29). Dadurch erlernen Patient\*innen eine innere Distanz zu diesen zu entwickeln („Ich bin nicht mein negativer Gedanke“), wodurch sich deren Bedeutung bzw. Bedrohung verringert (vgl. Hammer/Knuf 2013, 29; vgl. Risch et al. 2012, 51). Zum anderen sollen Bewusstseinsprozesse bei den Patient\*innen gefördert werden, um einen besseren Umgang mit mentalen Prozessen zu finden, die emotionales Leiden und fehlangepasstes Verhalten begünstigen (vgl. Bishop et al. 2004, 230). Der Prozess hilft Patient\*innen außerdem, „die eigene[n] Wahrnehmungsverzerrungen und persönliche Interpretationstendenzen sowie Bedürfnisse, Wünsche oder unbewusste Abwehrmechanismen“ zu erkennen (Brown u. Ryan 2003 zit. nach Kuschel 2016, 15). Darüberhinaus sollen automatisierte Verhaltens- und Reaktionsmuster erkannt und entsprechend unterbunden werden (vgl. ebd. 2016, 15).

Neben der Behandlung von Depressionen werden achtsamkeitsbasierte Interventionen bereits erfolgreich in die Therapie von Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und chronischen Schmerzen eingebunden (vgl. Kuschel 2016, 18). Zahlreiche Untersuchungen haben theoretische Begründungen geliefert, achtsamkeitsbasierte Verfahren auch in die Behandlung zahlreicher klinischer Syndrome wie posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder Substanzabhängigkeiten zu integrieren (vgl. Bishop et al. 2004, 231).

Trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit auf die Psyche wird Achtsamkeit noch nicht als eigenständige psychotherapeutische Methode eingesetzt, da ihr die wesentlichen Qualitätsmerkmale eines anerkannten wissenschaftlichen Verfahrens fehlen (z. B. eigene Persönlichkeitstheorie, Krankheits- und Gesundheitslehre, Theorien der Behandlungspraxis und therapeutischen Beziehung) (vgl. Utsch 2018, 246).

Die führenden achtsamkeitsbasierten Therapieansätze bei Depressionen sollen in den folgenden Kapiteln kurz vorgestellt werden.

## **4.2 Achtsamkeitsbasierte Verfahren bei Depressionen**

### **4.2.1 Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion MBSR**

Die 1979 von Jon Kabat-Zinn eingeführte achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (engl. Mindfulness-Based Stress Reduction, im Folgenden MBSR genannt) zählt zu den am besten erforschten und wissenschaftlich belegten achtsamkeitsbasierten Verfahren (vgl. Ott 2015, 160). Sie besteht bis heute aus einem achtwöchigen erfahrungs- und übungsbasierten Gruppentraining mit einer Sitzung pro Woche à zwei bis drei Stunden, einem Achtsamkeitstag pro Training sowie Hausaufgaben für die restliche Woche. Zu den Kernelementen des MBSR gehören neben den formellen Achtsamkeitsübungen (z. B. Sitzmeditation, Body-Scan, achtsames Yoga, weitere Übungen der Körperwahrnehmung) auch informelle Übungen zur Integration von Achtsamkeit in das tägliche Leben (achtsames Essen, achtsames Gehen, Wahrnehmung der aufkommenden Gefühle im Alltag), ebenso der Erfahrungsaustausch der Teilnehmer\*innen in der Gruppe (vgl. Michalak et al. 2012, 9). Darüber hinaus werden in jeder Sitzung bestimmte Schwerpunktthemen behandelt (z. B. Wahrnehmen von positiven und Umgang mit schwierigen Gefühlen und Gedanken, achtsame Kommunikation, Selbstachtung/Mitgefühl, Stressbewältigung, Umgang mit störenden Körperempfindungen) (vgl. ebd. 2012, S. 9f.).

Das säkularisierte Konzept der MBSR geht davon aus, dass die Teilnehmer\*innen durch die wiederholten Achtsamkeitsübungen lernen, genauer und anhaltender aber auch flexibler in ihrer Aufmerksamkeit und weniger reaktiv und wertend in Bezug auf ihre Erfahrungen zu sein (vgl. Shapiro et al. 2011, 86). Gleichzeitig erkennen sie bei sich gewohnte, eher unangepasste Denk- und Verhaltensmuster und können so aus diesen ausbrechen (Baer 2006; vgl. Shapiro et al. 2011, 86; vgl. Utsch 2018, 247). MBSR verfolgt ein zweifaches Ziel: Zum einen sollen die Teilnehmer\*innen erkennen, wie automatische und gewohnte Muster der Überidentifikation und kognitiver Reaktivität in Bezug auf Sinneswahrnehmungen, Gedanken und Emotionen bei ihnen Stress und emotionales Leiden verstärken. Zum anderen soll die Verletzlichkeit dieser Geisteshaltungen reduziert werden und dadurch eine nachhaltige Verbesserung des emotionalen Wohlergehens bewirkt werden (vgl. Hick 2016, 11).

In ihrer Auswertung empirischer Studien kamen Keng et al. (2011) zu dem Ergebnis, dass MBSR bei den Kursteilnehmer\*innen nach deren persönlicher Einschätzung einerseits zu einer Reduktion von Angst, Depression, Ärger/Wut, Grübeln, psychischen Leiden, wie Stress, geistiger Zerrüttung, posttraumatischen Vermeidungssymptomen und weiteren medizinischen Symptomen führt (vgl. S.1044). Andererseits verbessere es die Stimmung, den Sinn für Spiritualität, Empathie, Zusammengehörigkeitsgefühl, Vergebung, Selbstmitgefühl, Lebenszufriedenheit, Lebensqualität und Achtsamkeitsfähigkeit (vgl. ebd. 2011, 1044). MBSR wird heute u. a. zur Stressreduktion, bei chronischen Erkrankungen (z. B. Schmerzzuständen) oder zur Behandlung von emotionalen und Verhaltensstörungen wie Angst- und Essstörungen eingesetzt (vgl. Bishop et al. 2004, 231; vgl. Michalak et al. 2012, 10).

Außerhalb des Behandlungskontextes werden MBSR-Kurse mittlerweile von privaten Lehrer\*innen für die breite Öffentlichkeit zur allgemeinen Stressreduktion und Steigerung des Wohlbefindens angeboten. Abhängig von der Qualifikation der Anleiter\*innen werden diese als Präventionskurse von den Krankenkassen bezuschusst.

#### **4.2.2 Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie MBCT**

Die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (engl. Mindfulness-Based Cognitive Therapy, im Folgenden MBCT genannt) wurde 2008 von den Psychotherapieforschern und kognitiven Verhaltenstherapeuten Mark Williams, Zindel Segal und John Teasdale zur Rückfallprävention bei Depressionen und Angststörungen entwickelt. Dabei

handelt es sich um eine Weiterentwicklung des MBSR-Konzepts mit Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie, die bereits erfolgreich bei der Behandlung von ehemals depressiven Patienten angewandt wurden (Informationsvermittlung zu Depressionen, Umgang mit Gedanken, Rückfallpläne, etc.). Die MBCT ist ebenfalls als Gruppentherapie konzipiert und folgt einem ähnlichen Ablauf wie die MBSR. Der vertiefte Austausch bezogen auf die gemachten Erfahrungen dient dabei als zentrales therapeutisches Element (vgl. Kupper 2013, S. 164f.; vgl. Michalak et al. 2012, 10).

Die MBCT verfolgt das Ziel, die Vulnerabilität zwischen einzelnen depressiven Episoden zu verringern (vgl. DGPPN/ÄZQ 2015, 98). Williams, Segal und Teasdale sehen das Konzept der kognitiven Reaktivität (wie im Differential Activation Model Kapitel 2.4.3 beschrieben) als Ursache von wiederkehrenden depressiven Episoden (vgl. Harrer/Weiss 2016, 25; vgl. Risch et al. 2012, 27; vgl. Segal et al. 2008). Im Rahmen der Therapie lernen die Patient\*innen durch gezielte Übungen, ihre Aufmerksamkeit weg von den aktivierten selbstabwertenden Gedankenmustern, negativen Gefühlen und dem Grübeln hin zu anderen Bereichen zu lenken.

Es geht dabei nicht darum, die Gedanken zu stoppen, sondern durch die Gegenwartsbezogenheit und den Bezug auf das Gegenwartserleben eine alternative Art der Verarbeitung zu fördern (vgl. Michalak et al. 2012, 19). Das MBCT-Modell geht davon aus, dass durch die absichtsvolle, ungeteilte Aufmerksamkeit auf bestimmte Erlebnisinhalte ein Großteil der Fähigkeit zur Aufmerksamkeitsverarbeitung des Individuums genutzt wird und so nur noch wenig Kapazität zum Grübeln übrig bleibt (vgl. Coffman et al. 2006, 36). Zudem hilft das bewusste Wahrnehmen der eigenen Gedanken und Emotionen den Patient\*innen, depressionsfördernde Erlebnisinhalte rechtzeitig zu erkennen und sich bewusst hilfreichen Maßnahmen zuzuwenden, um einen Rückfall zu verhindern (vgl. DGPPN/ÄZQ 2015, 98; vgl. Harrer/Weiss 2016, 25).

Verschiedene (Meta-)Studien haben bestätigt, dass MBCT das Rückfallrisiko bei Menschen mit drei oder mehr erfolgten depressiven Episoden verringern (Teasdale et al. 2000) oder die Zeit zum nächsten Rückfall im Vergleich zu den klassischen Behandlungsformen verlängern kann (vgl. Kuyken et al. 2016, 565; vgl. Thimm/Johnsen 2020, 582). Untersuchungen von Ma und Teasdale (2004) ergaben, dass bei dieser Gruppe meist keine gravierenden äußeren Ereignisse, wie Trennung, Arbeitsverlust o.ä. Grund der depressiven Episoden waren, sondern diese eher durch Aufschaukelungsprozesse hervorgerufen wurden. Auffallend hier war auch ein früher Störungsbeginn

sowie belastende Kindheitserfahrungen im Vergleich zur Gruppe der Patient\*innen mit zwei oder weniger depressiven Episoden (vgl. Ma und Teasdale 2004 in Michalak et al. 2012, 23).

Bei schweren Verläufen mit stärkeren Symptomen konnten größere Effekte nachgewiesen werden (vgl. Kuyken et al. 2016, 565). Bezogen auf das Rückfallrisiko zeigt die MBCT eine ähnliche Wirksamkeit wie die kognitive Verhaltenstherapie und sogar eine bessere Effektivität als die medikamentöse Erhaltungstherapie mit Antidepressiva (vgl. Meta-Studie von Kuyken et al. 2016, 571).

Erste Studien haben herausgefunden, dass durch MBCT auch akute depressive Symptome verringert werden konnten und schlagen daher vor, es wie andere evidenzbasierte Behandlungen als Primärtherapie in der Akutbehandlung einzusetzen (vgl. Strauss et al. 2014 in Thimm/Johnsen 2020, 588).

#### **4.2.3 Akzeptanz und Commitment Therapie**

Die Akzeptanz und Commitment Therapie (engl. Acceptance and Commitment Therapy, im Folgenden ACT genannt) basiert auf Weiterentwicklungen klassisch behavioraler Therapien (Bezugsrahmentheorie) und kommt eher in der Einzelbehandlung als in Gruppentherapien zum Einsatz (vgl. Shapiro et al. 2011, 95). Bei dieser, im Wesentlichen von Steven Hayes (1999) entwickelten Therapie, geht es zum einen um die Steigerung von Akzeptanz von störenden Gedanken und Gefühlen. Zum anderen sollen die Patient\*innen motiviert werden, nach persönlich relevanten Werten bzw. ihren selbstgewählten Lebenszielen zu handeln (Commitment) (vgl. DGPPN/ÄZQ 2015, 98; vgl. Michalak et al. 2012, 11; vgl. Risch et al. 2012, 27). Es geht also gleichzeitig um Akzeptanz und Veränderung (vgl. Eifert 2013, 83).

Die ACT verfolgt dabei die Annahme, dass das Vermeiden oder Unterdrücken unangenehmer innerer Erlebnisse (Gedanken, Emotionen, Körperzustände) Teil der meisten psychischen Störungen ist und diese dadurch stabilisiert werden (z. B. durch Gedankenunterdrückung, Grübeln oder eine dysfunktionale Ursachensuche). Die Wahrnehmung dieser störenden inneren Erlebnisse als Hindernisse erschwert es den Betroffenen, ein wertbesetztes Leben zu führen (vgl. Michalak et al. 2012, S. 11f.; vgl. Risch et al. 2012, 27).

Achtsamkeitsübungen werden im Rahmen der ACT mit Elementen der traditionellen Verhaltenstherapie verknüpft (z. B. Konfrontation, Paradox, Fähigkeitserwerb und Zielsetzung) (DGPPN/ÄZQ 2015, 98; vgl. Michalak et al. 2012, 12), um den Patient\*innen zu helfen, ihren inneren Erfahrungen mit Akzeptanz zu begegnen. Dies wird erzielt, indem sie diese als vorübergehende, unangenehme psychologische Ereignisse, die aber Bestandteil des Lebens sind, wahrnehmen. Durch die ACT soll die psychische Flexibilität der Patient\*innen gesteigert werden, indem sie lernen, trotz spezieller Erfordernisse der jeweiligen Situation, bewusst in Kontakt mit dem gegenwärtigen Moment zu kommen (vgl. Shapiro et al. 2011, 95).

Die Entwicklung einer akzeptierenden Haltung dient in der ACT als wichtige Unterstützung, um Patient\*innen zu befähigen entsprechend ihrer eigenen Werthaltungen in Bereichen, wie Beziehung, Gesundheit, Beruf etc. engagiert zu handeln (vgl. Michalak et al. 2012, 12; vgl. Shapiro et al. 2011, 97). Dazu werden die Werte und Ziele der Klient\*innen während der Therapie in den Fokus gestellt und die persönlichen Hindernisse und Hemmnisse (meist Angst, Vermeidung, Furcht) zur Erreichung dieser untersucht. Anschließend werden entsprechende Pläne zur Überwindung entwickelt.

#### **4.2.4 Dialektisch-Behaviorale Therapie**

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde von der amerikanischen Therapeutin Marsha Linehan entwickelt und richtet sich vorrangig an Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sie ergänzte das Gruppenprogramm der kognitiven Verhaltenstherapie um das Prinzip der „radikalen Akzeptanz“. Somit stehen das Veränderungsbestreben und die Akzeptanz in einer dialektischen Beziehung zueinander. Die wesentlichen Elemente der Achtsamkeit (im Fall von Linehan basierend auf der Zen-Meditation) werden den Patient\*innen in Form eines Skills-Trainings beigebracht (vgl. Harrer/Weiss 2016, 24).

Die DBT wird erfolgreich angewendet, um Selbstverletzungen sowie Suizidversuche bei chronisch suizidgefährdeten Patient\*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu verringern. Durch das Erlernen der Achtsamkeitstechniken soll die Affekttoleranz verbessert werden (vgl. Bishop et al. 2004, 231). DBT zeigt mittlerweile auch vielversprechenden Ergebnisse im Einsatz bei Depressionen und Angststörungen (vgl. Hick 2016, 12).

### 4.3 Stand der Forschung

Bisherige Studien (u. a. Baer 2003; Grossmann et al. 2007, Vøllestad et al. 2011) konnten die Wirksamkeit bzw. Effektivität von Achtsamkeit bezogen auf diverse körperliche Erkrankungen und psychische Störungen (u. a. Fibromyalgie oder Krebs, Rückfallprophylaxe bei rezidivierender Depression, akuter Depression, Sucht, Schmerz, Angst und Zwang) bestätigen. Allgemein kann Achtsamkeit dabei helfen, den Umgang mit den Störungen und Behinderungen im Alltagsleben zu verbessern (vgl. Gruber et al. 2020, 9; vgl. Heidenreich et al. 2013, 261 f.; vgl. Lohmann/Annies 2016, 25).

Bezogen auf den Schwerpunkt dieser Arbeit konnten mehrere Meta-Analysen belegen, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen, besonders aber die MBCT, wirksam für die Verringerung depressiver Symptome sind. Bei der Rückfallprophylaxe von rezidivierenden Depressionen wurde eine gleiche Effektivität wie bei der medikamentösen Erhaltungstherapie bestätigt. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die (klinische) Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Verfahren mittlerweile empirisch gut belegt und darüber hinaus noch kosteneffizienter ist (vgl. Gruber et al. 2020, 9; vgl. Thimm/Johnsen 2020, 582).

Trotz der vielen Untersuchungen gibt es seitens der Forschenden allerdings immer wieder Kritik an methodischen Schwächen der Studien bezogen auf die Durchführung (z. B. Fehlen von aktiven Kontrollbedingungen und Einheitlichkeit). Des Weiteren wird das Fehlen eines einheitlichen Verständnisses von Achtsamkeit und dessen Implementation kritisiert sowie das Fehlen einer einheitlichen Terminologie der psychischen und physischen Zustände, die bei den Proband\*innen abgefragt werden (vgl. Lohmann/Annies 2016, 25; vgl. Remmers 2020, 165; vgl. van Dam et al. 2018, 51 f.).

Weiter wird kritisiert, dass der Schwerpunkt der Forschungstätigkeit auf der Entwicklung und Erforschung von neuen Einsatzmöglichkeiten von Achtsamkeit mit neuartigen Populationen und Zielproblemen (Erweiterung der Forschungsergebnisse) liegt. So wird sich nicht auf die Evidenzbasierung von achtsamkeitsbasierten Interventionen konzentriert, um grundlegende Fragen (z. B. Wirkmechanismen unter Routinebedingungen) zu beantworten oder um Methoden zur Verbesserung der Akzeptanz, Integration, Skalierung und Nachhaltigkeit von achtsamkeitsbasierten Interventionen in alltäglichen Umgebungen zu untersuchen (vgl. Michalak/Heidenreich 2018, 2). Es ist bisher beispielsweise nicht geklärt, ob die positiven Effekte besonders bei psychischen

Erkrankungen nur durch die Achtsamkeitspraxis zustande kommen oder ob auch andere Faktoren wie die Gruppenkohäsion oder kognitive bzw. verhaltensaktivierende Elemente dazu beitragen (vgl. Remmers 2020, 165).

Weiterer Forschungsbedarf besteht außerdem hinsichtlich der Versorgung (bezogen auf die großflächige Verbreitung achtsamkeitsbasierter Interventionen) und der Indikation bzw. Kontraindikation von Achtsamkeit (vgl. Heidenreich et al. 2013, 268).

#### **4.4 Grenzen**

Trotz der erwiesenen Wirksamkeit und der wachsenden Beliebtheit von achtsamkeitsbasierten Interventionen, ist es wichtig, mögliche Risiken und Grenzen des Einsatzes von Achtsamkeit zu berücksichtigen. Wenn auch noch nicht vollends empirisch belegt, gibt es aus klinischer Sicht potenzielle Kontraindikationen für achtsamkeitsbasierte Interventionen.

So stellen psychotische Störungen (sofern Betroffene nicht hinreichend stabil sind) sowie aktuelle manische Phasen bei affektiven Störungen eine Kontraindikation dar (vgl. ebd. 2013, 270 f.). Auch bei Traumafolgestörungen (wie PTBS), Epilepsie, Anorexie, einer vorhandenen Neigung zur Depersonalisierung oder einer starken vorliegenden emotionalen Dysregulation (bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) kann eine unerwünschte Symptomatik zunehmen oder sich schlimmstenfalls Psychosen entwickeln. Dieses Risiko geht aber meist mit intensiven Meditationsprogrammen (mehrstündige Meditationspraxis, Entzug von Reizen), besonders bei Menschen mit einer entsprechenden Vulnerabilität, einher (vgl. Heidenreich et al. 2013, 269; vgl. Mayrhofer 2020, 115 f.). Daher sollte vor einem intensiven Training eine genaue Differentialdiagnose erfolgen (Utsch 2018, 251 f.). Bei Patient\*innen mit kritischen Lebenserfahrungen ist zusätzlich zur achtsamkeitsbasierten Intervention eine problembewältigungsorientierte Therapie erforderlich (vgl. Michalak et al. 2012, 23).

Es ist auch anzunehmen, dass Therapieziele, wie die Bearbeitung innerer Konflikte, das Erkennen dysfunktionaler, wiederkehrender Muster oder das Ändern ungünstiger Coping- oder Abwehrstrategien bei maladaptiven zwischenmenschlichen Mustern (bei chronischen psychischen Störungen), in dem relativ kurzen Zeitrahmen der achtsamkeitsbasierten Interventionen (wie bei MBCT) nicht vollständig erreicht werden können. Dies ist allerdings noch nicht ausreichend empirisch untersucht. Dennoch kann in

diesen Fällen schon das Üben einer achtsamen Haltung ein wichtiger erster Schritt dahingehend sein, einen neuen Umgang mit sich selbst und mit anderen zu finden (vgl. Remmers 2020, 166).

Mit der zunehmenden Verbreitung von achtsamkeitsbasierten Interventionen besteht überdies die Gefahr, dass sie, ungeachtet empirisch fundierter Behandlungsmethoden, unkritisch als Heilmittel für alle Arten von Krankheitszuständen verwendet werden. So sollten bereits bestehende, empirisch validierte Behandlungsformen eingesetzt werden, sofern die Wirksamkeit der achtsamkeitsbasierten Interventionen für die entsprechende psychische Störung noch nicht gesichert ist (vgl. Heidenreich et al. 2013, 269).

Auch wenn die kritische Situation der Klient\*innen bzw. Patient\*innen aus therapeutischer oder moralischer Sicht verändert werden kann, sollten diese zum aktiven Handeln anstatt nur zum achtsamen Wahrnehmen animiert werden (vgl. Utsch 2018, 251 f.). Michalak und Heidenreich erachten es daher als notwendig, ein funktionales Bedingungsmodell bzw. Richtlinien für den verantwortungsvollen Umgang mit Achtsamkeit in der klinischen Praxis zu entwickeln, einschließlich der Indikationen und angemessenen Ausbildungsqualifikationen der Therapeut\*innen (vgl. 2018, 11).

## **5 Achtsamkeit in der Sozialen Arbeit**

Es konnte bisher gezeigt werden, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen wirksam sind, depressionstypische Aufschaukelungsprozesse negativer Gedanken und Stimmungen sowie dysfunktionale Verarbeitungsprozesse zu unterbrechen bzw. ihnen entgegenzuwirken (vgl. Michalak et al. 2012, 18). Dies wurde bereits vielfach wissenschaftlich bestätigt und kommt daher auch vermehrt im therapeutischen Bereich zum Einsatz. Im Folgenden soll diskutiert werden, inwiefern sich auch die Soziale Arbeit die positiven Effekte eines Achtsamkeitstrainings in der Betreuungsarbeit mit psychisch erkrankten Klient\*innen zunutze machen kann.

Anders als in der Psychotherapie ist die Implementation von Achtsamkeit in die Soziale Arbeit weder theoretisch noch praktisch oder empirisch weit fortgeschritten (vgl. Heidenreich/Laging 2013, 251). Im englischsprachigen Raum haben in den vergangenen Jahren vermehrt Diskussionen zur Integration von Achtsamkeit in die Soziale Arbeit stattgefunden. Jedoch gibt es dort wie auch im deutschen Raum nur wenige

empirische Arbeiten aus diesem Bereich (vgl. ebd. 2013, 251). Dabei wurde besonders in Deutschland die Vermittlung von Achtsamkeitsübungen und -trainings an die Klient\*innen der Sozialen Arbeit bisher kaum berücksichtigt (eigene Recherche).

Die wissenschaftliche Betrachtung von Achtsamkeit bezieht sich in diesem Bereich bisher überwiegend auf Implementation von Achtsamkeit in die Arbeit von Sozialarbeiter\*innen. Dies umfasst die Anwendung von Achtsamkeit zur Selbstfürsorge, die achtsamkeitsinformierte Beratung als Mittel für eine bessere Betreuungsarbeit im Sinne von Rogers' klientenzentriertem Ansatz sowie die Kultivierung einer achtsamen Haltung für eine gelingendere Beziehungsgestaltung mit den Klient\*innen. In Kapitel 5.3.3 wird dieser Aspekt der Integration von Achtsamkeit in die Soziale Arbeit noch einmal thematisiert.

Im Folgenden soll die Implementation von Achtsamkeit im Sinne der Durchführung eines Achtsamkeitstrainings mit Klient\*innen im Rahmen der Betreuung genauer betrachtet und diskutiert werden.

Da sich soziale Benachteiligung und klinische Symptome oft wechselseitig bedingen, treffen Sozialarbeitende häufig auf Klient\*innen mit seelisch-geistigen Befindlichkeiten aus dem Handlungsfeld der Psychiatrie (vgl. Heidenreich/Laging 2013, 248). In der Arbeit mit Menschen in bio-psycho-sozialen Notlagen spielen neben der therapeutischen Behandlung auch der Bezug zu den biografischen Erfahrungen der Adressat\*innen, inklusive derer lebensweltlichen Umstände (Förderung der individuellen Lebenslage und Ressourcen), eine wichtige Rolle für den Aufbau von Bewältigungsstrategien (vgl. Gahleitner/Pauls 2012, 367). Diese zugehende und netzwerkintensive Arbeit wird von Psychotherapeut\*innen i. d. R. nicht geleistet. Gahleitner und Pauls argumentieren, dass diese doppelte Ausrichtung von der Sozialen Arbeit geleistet werden kann, sofern sie als bio-psycho-soziale Hilfeleistung verstanden wird, „die neben anderen wichtigen Kompetenzen auch therapeutische Qualitäten in den Hilfeprozess einbringt“ (ebd. 2012, 368). Zukünftig werden dahingehend neue Anwendungsfelder mit Bezug auf die Achtsamkeit auch für die Soziale Arbeit erwartet (vgl. Hick 2016, 13 f.).

#### Abgrenzung zur Psychotherapie

Da es sich bei der Achtsamkeitsmeditation um ein metakognitives Training handelt, das bisher eher in der kognitiven Verhaltenstherapie verortet ist, „bewegen wir uns hier auf der Schnittstelle zur Psychotherapie, die (abrechnungstechnisch) den Psychologen und Mediziner\*innen vorbehalten ist“ (Clausen/Eichenbrenner 2016, 160).

Auch wegen der fehlenden Approbation dürfen achtsamkeitsbasierte Interventionen wie die MBCT durch Sozialarbeiter\*innen nicht als Ersatz für eine Therapie oder Behandlung von psychischen Störungen eingesetzt werden, sondern nur als komplementäre oder präventive Maßnahme. Wichtig ist dabei aber die vorhandene Kenntnis und Erfahrung im Umgang mit dem (diagnostischen) Störungsbild der Depression sowie den anerkannten (traditionellen) Behandlungsmöglichkeiten (siehe Kapitel 5.3.4) (vgl. Michalak, Johannes, persönliche Korrespondenz, Witten, 20.03.2021). Für die Ausbildung zum bzw. zur MBCT-Lehrer\*in wird zudem eine Qualifikation mit einer Heilerlaubnis (z. B. Heilpraktiker\*innenausbildung) vorausgesetzt (vgl. MBSR-MBCT Verband e. V. 2021).

## **5.1 Notwendigkeit und Nutzen**

Nachfolgend soll begründet werden, warum Achtsamkeitstrainings nicht ausschließlich im klinischen oder therapeutischen Bereich für Menschen mit depressiven Störungen angeboten werden sollten, sondern inwiefern auch in der ambulanten Sozialen Arbeit hierfür ein Bedarf besteht.

Wie in Kapitel 2.3 gezeigt wurde, stehen depressive Störungen und psychische Erkrankungen allgemein in enger Verbindung zu einem niedrigen sozialökonomischen Status (vgl. DGPPN/ÄZQ 2015, 19). Es wird angenommen, dass soziale Faktoren wie Armut direkte gesundheitsschädliche Auswirkungen haben und so (psychische) Krankheiten auslösen können. Diese Entwicklung kann auch umgekehrt stattfinden, dahingehend dass durch psychische Störungen auch soziale und sozioökonomische Probleme für die Betroffenen entstehen können (vgl. Hick/Furlotte 2010, 282).

Somit gehören psychisch Erkrankte oft auch zum Klientel der Sozialen Arbeit, die bei vorrangiger psychischer Behinderung im Rahmen der ASP betreut werden. Von diesen Klient\*innen zeigen viele auch depressive Symptome aufgrund der hohen Komorbidität psychischer Erkrankungen (45 % der Erkrankten haben mindestens zwei psychische Störungen) und der weiten Verbreitung der Doppeldiagnose von Angst- und affektiver Störung (vgl. DPtV 2020, 21).

Aus dem „Report Psychotherapie“ (ebd. 2020) geht hervor, dass die Behandlungsrate von Depressionen aktuell bei unter 35 % liegt, allgemein bei affektiven Störungen sogar nur bei unter 33 %. Dreiviertel dieser Betroffenen werden zudem nicht adäquat zu

den Empfehlungen der „Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression“ psychotherapeutisch behandelt, sondern lediglich durch Allgemeinmediziner\*innen oder mit einer reinen Pharmakotherapie (vgl. BPtK 2013, 17 f.; vgl. DPtV 2020, 28 f.). Als Gründe hierfür werden von individueller Seite her u. a. mangelnden Kenntnisse über Behandlungsmöglichkeiten, Vermeidungsverhalten aufgrund von Scham, Stigmatisierungsangst und Leugnung sowie Motivationsprobleme genannt. Zu den sozialen bzw. institutionellen Barrieren gehören sowohl das unzureichende Erkennen psychischer Störungen durch Ärzt\*innen, das regionale Fehlen von Versorgungsangeboten als auch lange Wartezeiten (3-9 Monate) auf Therapieplätze (vgl. Kruse & Herzog 2012 in DPtV 2020, 29; vgl. WHO 2012).

Viele psychisch Erkrankte erhalten also aus eigenen Gründen, aber auch aufgrund struktureller und institutioneller Probleme keine adäquate Behandlung ihrer Störung. Dies betrifft auch Klient\*innen der ASP. Aufgrund der nachgewiesenen Wirksamkeit von Achtsamkeit bezogen auf depressive Symptome können Achtsamkeitstrainings in der Sozialen Arbeit den Klient\*innen auch ohne Behandlung die Möglichkeit zur Entlastung bezogen auf ihre krankheitsspezifischen Probleme sowie zur Entwicklung neuer Handlungsstrategien für den Alltag bieten. Durch die meist vertraute Beziehung zwischen Klient\*innen und Betreuer\*innen gibt es seitens der Klient\*innen weniger Vorbehalte oder soziale Ängste, dafür aber mehr Vertrauen in eine solche Intervention durch die bekannten Betreuer\*innen im Vergleich zu fremden Ärzt\*innen oder Therapeut\*innen. Damit erfüllt die ASP ihre Aufgabe (siehe Kapitel 2.6), Klient\*innen darin zu unterstützen eine sich androhende psychische Behinderung zu verhindern oder eine bestehende samt ihrer Folgen zu beseitigen bzw. abzuschwächen (vgl. BASFI 2019, 100).

Neben den bereits erwähnten Effekten bezogen auf störungsspezifische Symptome bietet Achtsamkeit im Bereich der Sozialen Arbeit noch mehr Potential:

So können durch das Achtsamkeitstraining Ziele und Anknüpfungspunkte für bestimmte Interventionen in der Betreuung gefunden werden. Denn depressive Klient\*innen sind oft nicht im Kontakt zu ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen (wie Hobbys, Interessen). Durch Achtsamkeit können sie lernen, sich von Fremderwartungen zu lösen und mehr in Kontakt mit sich selbst zu kommen. Dies begünstigt das Aufdecken von persönlichen „Quellen der Freude“ die wichtig sind für die Motivation zur Genesung und den Weg dahin (vgl. Schöberl 2019, 72).

Achtsamkeit kann sich auch positiv auf weitere Problemfelder von Klient\*innen der Sozialen Arbeit auswirken. Hierzu zählen die

„Verbesserung der zwischenmenschlichen Kontakte, der allgemeinen sozialen Kompetenzen, der Abgrenzungsfähigkeit zu schädlichen Kontakten, des Selbstwerts, außerdem das Finden einer beruflichen Perspektive, eine Verbesserung von arbeitsrelevanten Fähigkeiten, wie Konzentration und Belastbarkeit, einen bewussten und verantwortungsvolleren Umgang mit Finanzen und administrativen Angelegenheiten sowie die Förderung einer realistischen Sichtweise des eigenen Krankheitsbildes und nicht zuletzt einer Behandlungsmotivation“ (ebd. 2019, 73).

## **5.2 Einsatzmöglichkeiten**

### Achtsamkeitstraining als Gruppenangebot

Im Rahmen der ASP können Achtsamkeitstrainings als Gruppenangebote in den Begegnungsstätten als allgemeines Präventionsangebot durchgeführt werden oder mit konkreter problem- bzw. störungsspezifischer Ausrichtung. Ein wesentlicher Vorteil von achtsamkeitsbasierten Gruppenangeboten, den auch Teilnehmer\*innen als solchen identifizieren, ist die gegenseitige Unterstützung durch die anderen Gruppenteilnehmer\*innen. Die Tatsache, dass die Teilnehmenden sehen, dass sie mit ihrem Leiden nicht allein sind und dass sie durch das Beobachten des Bewältigungshandelns anderer neue Möglichkeiten eines achtsamen Umgangs mit den eigenen Erfahrungen entwickeln können, begünstigen ebenfalls den Behandlungserfolg von achtsamkeitsbasierten Gruppenangeboten (vgl. Michalak et al. 2019, 799).

### Achtsamkeitstraining im Einzelsetting

Da Angststörungen oft zu den verbreitetsten Doppeldiagnosen psychischer Erkrankungen zählen (vgl. DPtV 2020, 21), sind diese auch bei dem Klientel der ASP weit verbreitet, ebenso wie Scham. In diesem Fall können achtsamkeitsbasierte Interventionen auch im Rahmen der aufsuchenden Einzelbetreuung im eigenen Wohnraum der Klient\*innen stattfinden. Da Meditation bzw. die Achtsamkeitspraxis allgemein im eigentlichen Sinne eine individuelle Tätigkeit ist, bietet sie sich gut für die Einzelbetreuung an (vgl. Keefe 2011, 307). Sofern das Achtsamkeitstraining im Rahmen der individuellen Betreuungstermine stattfindet muss klar sein, dass hierdurch nicht viel Zeit für die Besprechung von aktuellen Problemlagen oder abweichenden Themen der Klient\*innen während der Termine bleibt (vgl. Kupper 2013, 170).

Die Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierten Interventionen in Bezug auf Depressionen ist bisher am umfangreichsten anhand der gruppenbasierten Kurse erforscht und

bewiesen worden. Erste Untersuchungen von achtsamkeitsbasierten Interventionen im Einzelsetting anhand einer abgewandelten und gekürzten Form des MBCT (iMBCT, individual mindfulness-based cognitive therapy, Tovote et al. 2015) konnten die gleiche Wirksamkeit bei der Reduzierung von depressiven Symptomen (bei Menschen mit Diabetes) nachweisen wie bei Vergleichsgruppen, die mit einer kognitiven Verhaltenstherapie oder einem MBCT-Gruppenangebot behandelt wurden (vgl. Schroevers/Fleer 2019, 2477).

Die Teilnehmer\*innen empfanden zahlreiche Aspekte im Einzelsetting als vorteilhaft gegenüber dem Setting einer Gruppentherapie. Dazu zählen die persönliche und volle Aufmerksamkeit der Anleiter\*innen, weniger Störungen und Schwierigkeiten, ruhig und passiv zu bleiben, weniger Scham und das Gefühl, leichter sie selbst zu sein. Den fehlenden Austausch mit anderen empfanden sie als nachteilig. Es bedarf jedoch weiterer (vergleichender) Studien besonders zu den Störungen und Zielgruppen, bei denen iMBCT besonders wirksam ist (vgl. ebd. 2019, 2477).

Für den verantwortungsvollen Einsatz von Achtsamkeit im Einzelsetting hat eine Expert\*innengruppe um Michalak et al. auf Grundlage verschiedener Literaturlauswertungen (2019) folgende Richtlinien entwickelt:

1. Eigene Achtsamkeitspraxis
2. Selbst-Mitgefühl durch die Therapeut\*innen/Betreuer\*innen
3. Einsatz bei erforschten Krankheitsbildern wie rezidivierender Depression sowie bei Klient\*innen mit starker Tendenz zum Grübeln

### Modifizierte Formen des Achtsamkeitstrainings

Die reinen achtsamkeitsbasierten Verfahren wie MBSR und MBCT sind teilweise nur bedingt geeignet für den Einsatz bei Klient\*innen der Sozialen Arbeit, die neben ihren psychischen Problemen meist weitere Bedürfnisse und Probleme haben, die von den standardisierten Achtsamkeitstrainings nicht abgedeckt werden. Es bedarf daher einer Modifizierung der Programme entsprechend der jeweiligen Zielgruppen (vgl. Heidenreich/Laging 2013, 253).

Eine Variante der Modifizierung von Achtsamkeitstrainings ist die Erweiterung um Elemente der Psychoedukation. Im Rahmen derer erhalten die Teilnehmer\*innen Informationen, wie die Störung entstehen kann und wie sie damit umgehen können.

Dadurch kann ihnen das Gefühl der Ausweglosigkeit und Hilflosigkeit teilweise genommen werden (vgl. Hammer/Plößl 2015, S. 97).

Eine weitere Veränderungsmöglichkeit besteht in der Kürzung der Kurszeiten bzw. der formellen Achtsamkeitsübungen. Dies bietet sich an bei Klient\*innen, die ihre psychische Belastung zwar verringern wollen, aber nicht bereit oder fähig dazu sind, über einen längeren Zeitraum an einem Kurs teilzunehmen, und darin ein Hindernis zur Teilnahme sehen würden. Erste Studien haben ergeben, dass eine verkürzte Unterrichtszeit keinen Einfluss auf die Wirksamkeit des Achtsamkeitstrainings hat (vgl. Carmody/Baer 2009, 636). Weitere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass sowohl längere als auch kürzere Übungseinheiten depressive Symptome, Angststörungen und Stress, im Vergleich zu Kontrollgruppen ohne achtsamkeitsbasierte Interventionen, bei gesunden wie auch psychisch erkrankten Kursteilnehmer\*innen reduzieren (vgl. Carmody/Baer 2009, 627; vgl. Strohmaier et al. 2021, 198). Es wird aber angenommen, dass die guten Ergebnisse in den verkürzten Versionen des MBSR auch abhängig sind von der Erfahrung bzw. Qualifikation der Anleiter\*innen und von dem Grad, in dem diese Achtsamkeit verkörpern (vgl. Carmody/Baer 2009, 636).

Das selbstständige Durchführen der formellen Achtsamkeitsübungen (z. B. Sitzmeditation, Gehmeditation, Bodyscan) Zuhause ist hingegen (wenn auch zeitlich kürzbar) notwendig, um die eigene Achtsamkeit zu stärken und so das Wohlbefinden zu steigern (vgl. ebd. 2009, 635). Bei Teilnehmer\*innen an der MBCT, die mindestens dreimal pro Woche ihre Übungen Zuhause durchführten, konnte eine geringere Rückfallquote nachgewiesen werden (vgl. Crane et al. 2014, 17).

Viele Klient\*innen der Sozialen Arbeit bzw. der ASP sind nicht nur psychisch erkrankt, sondern auch von sozialer Benachteiligung und sozioökonomischen Problemen (auch Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsprozesse) betroffen (vgl. Heidenreich/Laging 2013, 253). Auch dies kann in das Achtsamkeitstraining mit aufgenommen werden. Ein Beispiel hierfür ist das „Radical Mindfulness Training“ (RMT) von Steven Hick. Diese modifizierte Version des MBSR-Trainings wurde basierend auf Rückmeldungen einer Fokusgruppe mit sozial stark benachteiligten Menschen entwickelt. Zentrale Schwerpunkte dieses Trainings sind zum einen die Einbindung persönlicher, zwischenmenschlicher und gesellschaftlicher bzw. struktureller Probleme und Schwierigkeiten der Zielgruppe, entsprechend der auf Veränderung und soziale Gerechtigkeit ausgerichteten Ansätze der Sozialen Arbeit. Weiter umfasst das RMT Aspekte der

soziologischen Bildung, die den Teilnehmer\*innen helfen sollen, die systemischen Wurzeln ihrer Armut zu verstehen. Das Training zielt sowohl auf kommunikative Fertigkeiten als auch die Stärkung des Selbstbewusstseins und der Durchsetzungsfähigkeit (im Sinne eines sozialen Kompetenztraining) ab. Diese sind besonders für die Kommunikation mit institutionellen Einrichtungen (z. B. Jobcenter) sowie bei zwischenmenschlichen Konflikten für die Zielgruppe wichtig. Zusammen mit den psychoedukativen Elementen des MBSR, die die Ursache von Stress erklären und die automatisierten Reaktionsmuster beleuchten, soll mit dem RMT in der Zielgruppe neben der Gesundheit, dem allgemeinen Wohlbefinden, der eigenen Belastbarkeit eine breitere Zufriedenheit mit dem Leben gefördert und gestärkt werden (vgl. Hick/Furlotte 2010, 282-284). Leider wurde das Training bisher nur in Kanada durchgeführt, es gibt also keine Erfahrungswerte hierzu aus Deutschland.

### **5.3 Voraussetzungen für die Implementierung**

Um ein Achtsamkeitstraining mit psychisch, in diesem Falle depressiv erkrankten Menschen, durchzuführen, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Dafür werden zunächst allgemeine Teilnahmevoraussetzungen genannt. In den darauffolgenden Kapiteln wird auf die Motivation bzw. Bereitschaft zur Teilnahme an einem solchen Training und dem Fortführen dessen sowie auf die Achtsamkeitspraxis und Qualifikation der Anleiter\*innen und dem Umgang mit Problemen genauer eingegangen.

Zu den allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen seitens der Klient\*innen zählt zunächst einmal ein ausreichend stabiler Gesundheitszustand. Achtsamkeitsbasierte Interventionen sind nicht geeignet für akut suizidale oder schwer belastete Patient\*innen (vgl. Remmers 2020, 166). Dafür sollte es Vorab-Gespräche geben, bei denen die Teilnehmer\*innen dahingehend gescreent werden und wobei auch mögliche Traumata abgeprüft werden können.

Auch der Wille zur Veränderung und zum Mitmachen ist notwendig, damit das Achtsamkeitstraining akzeptiert und fortgeführt wird. Dies wird im folgenden Kapitel separat betrachtet.

Seitens der Anleiter\*innen sind sowohl Erfahrungen mit dem Störungsbild als auch eine psychosoziale Kompetenz im Umgang mit dem Auftreten von Symptomen

notwendig (vgl. Heidenreich et al. 2013, 273; vgl. Mayrhofer 2020, 116). Hierauf wird in Kapitel 5.3.4 genauer eingegangen.

Die eigne Achtsamkeitspraxis und Erfahrung der Anleiter\*innen mit den achtsamkeitsbasierten Interventionen ist ebenfalls essenziell und wird daher nachfolgend noch genauer betrachtet (vgl. Heidenreich et al. 2013, 273).

### **5.3.1 Motivation zur Teilnahme**

Die Herausforderung der Implementierung eines achtsamkeitsbasierten Trainings bei depressiven Klient\*innen besteht erst einmal darin, sie für die bereitwillige Teilnahme an einem solchen Programm zu gewinnen.

Befinden sich Klient\*innen in einer depressiven Episode, ist es zunächst wichtig, ihren Aktivitätsmodus wiederherzustellen. Betroffene einer Depression fühlen oft keine Lust, aktiv zu werden, besonders durch das antizipierte eigene Scheitern. Wie in Kapitel 2.2 gezeigt wurde, haben sie das Wollen verlernt. Zur Teilnahme an einem Achtsamkeitstraining muss daher zunächst der Wille zur Genesung wiederhergestellt werden.

Das Ziel, die aktuellen Umstände zu verändern, muss von den Klient\*innen wirklich gewollt und mit ihnen zusammen ergründet werden (vgl. Hammer/Plöchl 2015, S. 92f.). Dies erfordert von den Sozialarbeiter\*innen viel Geduld und eine Sensibilität für die Themen und Aktivitäten, die für die Betroffenen möglich bzw. aktivierbar sind. Forderungen, bei denen sich die Klient\*innen gedrängt fühlen, sich zu verändern oder etwas zu tun, was ihnen in ihrer Situation nicht möglich erscheint, führt zu einem erneuten Misserfolg des „Nicht-Erfüllen-Könnens“ und kann schlimmstenfalls die vorhandenen Symptome verstärken (vgl. ebd. 2015, 90f.).

Innerpsychisch leiden Menschen mit einer Depression an einer großen Anspannung. Sie sind zerrissen zwischen dem eigenen Anspruch, etwas leisten zu müssen, sich zu entfalten und dem empfundenen Scheitern und den „als unüberwindbar empfundenen Hindernissen des Alltags“ (Clausen/Eichenbrenner 2016, 197). Es besteht eine Diskrepanz zwischen den eigenen Werten bzw. Zielen und deren Verwirklichung in ihrem Lebensalltag (vgl. Risch et al. 2012, 48).

Förderlich für den Aktivitätsaufbau, in diesem Fall für die Motivation zur Teilnahme an einem Achtsamkeitstraining, ist daher das Identifizieren von persönlichen Werten und individuellen Zielen der Klient\*innen. Wenn diese in Verbindung zum Training gesetzt

werden, kann bei den Klient\*innen ein Commitment zur Teilnahme und auch zum regelmäßigen Üben entstehen. So können die wissenschaftlich bewiesenen Effekte der Achtsamkeitsmeditation mit Bezug auf die individuellen Werte und Ziele betont werden. Beispielsweise kann thematisiert werden, dass negative Grübelgedanken unterbrochen werden können, sich das allgemeine Wohlbefinden verbessern und das Schlafverhalten wieder normalisieren kann oder sich das Sozialverhalten dahingehend verändert, dass soziale Kontakte einfacher aufgebaut werden (vgl. ebd. 2012, S. 30, 46).

Die Ziele, die die Klient\*innen mit dem Achtsamkeitstraining erreichen wollen, sollten attraktiv und wertschätzend formuliert werden. Anschließend werden konkrete Schritte zum Erreichen der Ziele festgelegt. Dabei sind auch mögliche Schwierigkeiten vorausschauend zu besprechen und konkrete Lösungswege dahingehend zu überlegen (vgl. Hammer/Plöchl 2015, S. 92f.).

Zur Wiederherstellung des Aktivitätsmodus ist es in der Intervention vorteilhaft, Handlungen zu erzeugen, die erfolgreich sind. Die Achtsamkeitspraxis kann mitunter bewirken, dass sich Menschen schon anfänglich besser und lebendiger fühlen. Diese positiven Auswirkungen des Übens sind zwar eher selten, können aber die Motivation fördern, weiter dabei zu bleiben (vgl. Michalak et al. 2019, 804).

### **5.3.2 Kontinuität der Achtsamkeitspraxis**

Wie in Kapitel 5.2 bereits betont wurde, ist eine achtsamkeitsbasierte Intervention nur erfolgreich, wenn die Übungen regelmäßig praktiziert werden und Achtsamkeit in den Alltag integriert wird. Dies stellt eine weitere Herausforderung für die erfolgreiche Durchführung eines Achtsamkeitstrainings dar. Es erfordert von den Teilnehmer\*innen eine kontinuierliche Motivation zur selbstständigen Durchführung und dem Beibehalten der Übungen entgegen der Symptomatik der Depression.

Dies kann gelingen, indem zwischen Anleiter\*innen und Klient\*innen ein guter und regelmäßiger Austausch sowie eine Auswertung bezüglich der selbstständig durchgeführten Achtsamkeitsübungen stattfindet. Das regelmäßige Abfragen der Erfahrungen dient zum einen der Motivation der Klient\*innen und zum anderen der Reflexion bezüglich möglicher Probleme und Schwierigkeiten (vgl. Risch et al. 2012, 46).

Bedingt durch ihre Negativ-Brille haben depressive Klient\*innen eine starke Tendenz, Hürden und Schwierigkeiten als dermaßen präsent und unüberwindbar zu sehen, dass

sie sich gelähmt und hilflos fühlen. Folglich verlieren sie ihre Ziele aus den Augen, ebenso wie die Motivation zur Umsetzung (vgl. Hammer/Plößl 2015, S. 92f.). Hier spielt das im vorangegangenen Kapitel angesprochene Commitment eine große Rolle. Wenn die Ziele, die durch das Achtsamkeitstraining erreicht werden sollen, den wirklichen Wünschen und Wertevorstellungen der Klient\*innen entsprechen, können diese beim Aufkommen von Schwierigkeiten oder schwindender Motivation immer wieder in den Fokus gestellt werden. Dabei ist es auch ratsam, dass sich die Betreuer\*innen vergewissern, dass die Klient\*innen den zentralen Zweck des Achtsamkeitstrainings verstanden haben: Zu lernen die Gedanken als vorüberziehende Geisteszustände zu identifizieren und bewusst das Hier und Jetzt wahrzunehmen (vgl. Risch et al. 2012, 54).

Das Aufkommen von störenden Gedanken, Gefühlen, Geräuschen und Körperempfindungen ist ganz natürlich im Verlauf der Achtsamkeitspraxis. Dies kann jedoch dazu führen, dass Klient\*innen demotiviert werden und darin eine erneute Bestätigung des eigenen Scheiterns sehen. Um dem vorzubeugen, ist es wichtig, diese Schwierigkeiten im Vorfeld klar zu besprechen und auch während des Trainings mitfühlend darauf einzugehen und konkrete Handlungsoptionen zu überlegen. Hier spielt die eigene Achtsamkeitspraxis der Anleiter\*innen eine wichtige Rolle. Diese können aus eigener Erfahrung berichten, dass bei ihnen, die vermeintlich „gesund“ sind, ebenfalls immer wieder störende Gedankenmuster aufkommen und wie sie achtsam mit ihnen umgehen. Das Bemerkte störender Gedanken anstatt sich in ihnen zu verstricken, ist bereits ein Zeichen der erfolgreichen achtsamen Wahrnehmung und sollte als solche anerkannt und gelobt werden (vgl. Hammer/Plößl 2015, 92; vgl. Keefe 2011, 307; vgl. Michalak et al. 2019, 804).

Hilfreich im Umgang mit depressiven Klient\*innen ist allgemein, ihnen stellvertretend Hoffnung zu geben und einen Sinn in ihrem Leben zu sehen. Diese Haltung der Hoffnung und die positive Unterstellung, sie könnten ihre Situation ändern und neue Perspektiven für sich finden, muss nicht ständig verbalisiert werden, sollte aber bei den Betreuer\*innen immer präsent sein (vgl. Hammer/Plößl 2015, 90).

Dabei ist jedoch zu bedenken, dass positive Ratschläge oder wohlgemeinte Anregungen durch die pessimistische Situationswahrnehmung von Betroffenen oft nicht angenommen werden, sondern für sie eher ein Beweis dafür sind, dass niemand sie versteht.

### **5.3.3 Achtsamkeitspraxis der Betreuer\*innen**

Die Haltung der Anleiter\*innen von Achtsamkeitstrainings, wie sie Achtsamkeit verkörpern und leben, ist ausschlaggebend für die Qualität der Intervention. Daher ist eine eigene, langjährige Achtsamkeitspraxis auch das zentrale Zulassungskriterium für die MBSR oder MBCT Lehrer\*innenausbildung (vgl. Harrer/Weiss 2016, 23). Der deutsche Berufsverband der Achtsamkeitslehrenden (MBSR-MBCT Verband e. V.) setzt für die MBSR-Ausbildung u. a. eine mindestens zweijährige Meditationspraxis und Erfahrungen in meditativer Körperarbeit, die Teilnahme an einem mindestens fünftägigen Schweige-Retreat sowie das Absolvieren eines achtwöchigen MBSR oder MBCT-Kurses voraus (vgl. MBSR-MBCT Verband e. V. 2021).

Das Konzept der Achtsamkeit ist nicht wissens-, sondern erfahrungsorientiert. Bei der Vermittlung steht nicht der Wissenstransfer im Mittelpunkt, sondern die Erfahrung. Die eigene, vertiefte Achtsamkeitspraxis der Anleiter\*innen ist dahingehend von großer Relevanz, als dass nur so die zu vermittelnden Übungen hinreichend verstanden werden und die aufkommenden Probleme der Praktizierenden nachvollzogen werden können (vgl. Knuf 2013, 57; vgl. Segal et al. 2008, 70 f.). Hierfür ist es wichtig, die Herausforderungen bzw. Hindernisse zu kennen, die beim Erlernen ganz natürlich auftreten (vgl. Michalak et al. 2019, S. 802 f.).

Neben der Relevanz, die die eigene Achtsamkeitspraxis der Betreuer\*innen bei der Vermittlung der Achtsamkeitsübungen hat, kann es durch die von Offenheit, Neugier und Toleranz geprägte, achtsame Haltung auch zu einer gefestigteren Beziehung mit den Klient\*innen kommen. Durch achtsames Zuhören, erhöhte Empathie und Akzeptanz können diese dazu befähigt werden, „sich selbst zu öffnen und zu erforschen“ (Schöberl 2019, 74; vgl. Turner 2009, 98 f.).

Die achtsame Haltung der Sozialarbeiter\*innen ist auch in der Kommunikation mit depressiven Klient\*innen sehr wichtig. So verbirgt sich hinter den wiederkehrenden Klagen oft ein Ausdruck der Hilflosigkeit und Verzweiflung. Klient\*innen wollen dafür keine hilfreichen Ratschläge von ihren Betreuer\*innen – diese können mitunter sogar dazu führen, dass Betroffene sich genötigt fühlen mit allen Mitteln darzustellen, „dass wirklich nichts geht und alles sinnlos ist“ (vgl. Hammer/Plößl 2015, 93 f.). Durch die bessere Kontrolle der eigenen Aufmerksamkeit können sich die Sozialarbeiter\*innen ihrer eigenen emotionalen Reaktion den Klient\*innen gegenüber bewusst werden, anstatt

nur auf die non-/verbale Kommunikation der Klient\*innen und die eigenen möglichen Antwortmöglichkeiten/Ratschläge zu achten (vgl. Keefe 2011, 306). Mit voller Aufmerksamkeit, wirklich bei der betroffenen Person „da“ zu sein kann mitunter schon heilend wirken (vgl. Knuf 2013, 48).

Durch achtsame Kommunikation bzw. achtsames Zuhören können Betreuer\*innen den Klient\*innen einen Raum geben, über ihre Verzweiflung, ihre Ängste und ihren Ärger zu reden und diese darin auch ernst zu nehmen, um sich dahingehend akzeptierend zu verhalten (vgl. Hammer/Plöchl 2015, S. 93f.). Sofern es die Situation erlaubt, können die Klient\*innen im Sinne der achtsamkeitsbasierten Interventionen auch eingeladen werden, diese Emotionen genauer zu explorieren („Wie äußert sich diese Wut – Wo fühlen Sie sie?“ – „Welche weiteren Gedanken bemerken Sie dabei?“) (vgl. Risch et al. 2012, 53).

Die Fachkräfte in „helfenden Berufen“ sind durch ihre Arbeit regelmäßig psychischen Belastungen ausgesetzt und können ebenfalls von den positiven Effekten der Achtsamkeit bezogen auf ihr eigenes Wohlergehen (erhöhte Selbstsicherheit und Selbstmitgefühl) profitieren (vgl. Heidenreich/Laging 2013, 253; vgl. Michalak et al. 2019, 802). Im Sinne der Selbstfürsorge kann durch die eigene Achtsamkeitspraxis ein besserer innerer Umgang mit den Anforderungen des Berufsbildes gefunden werden (vgl. Schöberl 2019, 71).

Es gibt inzwischen vermehrt Bestrebungen, Achtsamkeitsmethoden in die Ausbildung, Fortbildung, Supervision und Teamentwicklung von psychiatrisch Tätigen einzubinden (vgl. Knuf 2013, 58). Im Ausbildungsbereich für Soziale Arbeit erfolgte dies bisher im deutschen Raum hauptsächlich durch Pfeifer-Schaupp der dafür wirbt, Achtsamkeit als Lehrfach in das Studium der Sozialen Arbeit (mit dem Fokus auf der Selbstfürsorge, weniger auf der Anleitung von Klient\*innen) einzuführen (vgl. Pfeifer-Schaupp 2011).

#### **5.3.4 Weitere Qualifikationen der Betreuer\*innen**

Wie bereits im Verlauf der Arbeit herausgestellt wurde, ist die Qualifikation und Erfahrung der Achtsamkeitslehrer\*innen ausschlaggebend für die Qualität und erfolgreiche Durchführung von Achtsamkeitstrainings. Dieser Aspekt sowie die wachsende Beliebtheit und zunehmende Verbreitung von Achtsamkeitstrainings haben dazu geführt, dass von immer mehr Instituten, Verbänden und Wissenschaftler\*innen Qualitätsstandards gefordert bzw. aufgestellt werden. Infolgedessen hat u. a. eine internationale

Gruppe hochrangiger Ausbilder\*innen im Rahmen des International Integrity Network (IMI) Richtlinien bezogen auf die Ethik, die Ausbildung und die Voraussetzungen für (angehende) Achtsamkeitslehrer\*innen aufgestellt (vgl. Kenny et al. 2020, 2). Diesen liegen u. a. die von Crane et al. (2012) entwickelten und operationalisierten Qualitätskriterien der regelmäßigen Reflexion (Supervision) und Weiterbildung, Aufbau eines Behandler\*innen-Netzwerkes zum gegenseitigen Austausch oder die Bewusstheit über die eigenen Grenzen und die der Maßnahmen zugrunde (vgl. Crane et al. in Harrer/Weiss 2016, 285).

Besonders im Hinblick auf die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen wurde bereits zu Beginn des Kapitels betont, dass sich Sozialarbeiter\*innen bei der Anwendung von Achtsamkeitstrainings hier in einem Grenzbereich zur Psychotherapie bewegen. Um mögliche Schäden für die Klient\*innen auszuschließen, sollten die Übungsleiter\*innen neben den vorab betonten fundierten Kenntnissen in der Achtsamkeit auch über ausgeprägte Erfahrung im Umgang mit psychischen Erkrankungen verfügen. So können psychisch bedingte Probleme erkannt und ggfs. auf unerwünschte Symptome rechtzeitig reagiert werden (vgl. Heidenreich et al. 2013, 269). Heidenreich et al. sehen bei Sozialarbeiter\*innen eine Qualifizierung in der Soziotherapie als geeignet (vgl. ebd. 2013, 270).

Mit zunehmender innerer Ruhe, können verdrängte Gefühle und auch Traumata bei den Teilnehmenden aufkommen, die eine entsprechende Unterstützung seitens der Anleiter\*innen bedürfen (vgl. Remmers 2020, 166). Generell können die Klient\*innen während und auch noch nach den Übungen auf ernsthafte Schwierigkeiten stoßen (z. B. Panikattacken und Zunahme der Schmerzen). Es ist also sehr wichtig, dass die Übungsanleiter\*innen angemessen darauf vorbereitet sind einzugreifen und die Betroffenen ggfs. aus den entsprechenden Zuständen heraus zu holen oder sie an andere Stellen zu verweisen, wo ihnen dahingehend geholfen wird (vgl. Dobkin et al. 2012, S. 47f.).

Um sich zum bzw. zur MBCT-Lehrer\*in ausbilden zu lassen wird vom MBSR-MBCT Verband entsprechend der Richtlinien des IMI zunächst eine abgeschlossene MBSR-Ausbildung mit den entsprechenden Kriterien vorausgesetzt. Darüber hinaus müssen die angehenden Lehrer\*innen über eine „ärztliche, psychosoziale, psychotherapeutische oder spezifische Heilpraktiker- oder Fachpflege (Psychiatrie) Ausbildung“ verfügen und „beraterische, betreuerische oder psychotherapeutische Erfahrung in der

Arbeit mit depressiv erkrankten Menschen“ haben (MBSR-MBCT Verband e. V. 2021). Interessierte Sozialarbeiter\*innen aus dem psychosozialen Bereich benötigen somit vorab zumindest eine abgeschlossene Ausbildung als Heilpraktiker\*in für Psychotherapie.

### **5.3.5 Umgang mit Problemen**

Bei der Durchführung eines Achtsamkeitstrainings können besonders seitens der Teilnehmer\*innen immer wieder Hindernisse und Schwierigkeiten auftauchen, die demotivieren oder sogar verunsichern können. Daher gilt es für die Anleiter\*innen, diese rechtzeitig zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren. Im Folgenden werden einige der häufigsten Probleme mit entsprechenden Handlungsempfehlungen benannt.

In der Achtsamkeitspraxis gibt es bestimmte Phänomene, die unabhängig vom Gesundheitszustand der Teilnehmer\*innen immer wieder auftreten. Hierzu zählt das Abschweifen der Gedanken bzw. der Aufmerksamkeit vom eigentlichen Objekt der Wahrnehmung (z. B. Atmen). Dies bewerten besonders neu Praktizierende und noch mehr jene mit einem ohnehin negativen Selbstbild oft als Versagen (starke Selbstkritik) (vgl. Risch et al. 2012, 55).

Da sich die Selbstzweifel, Versagensängste oder Insuffizienzgefühle der Klient\*innen durch die Achtsamkeitsübungen verschlimmern können, ist es sehr wichtig, dass die gemachten Erfahrungen ständig besprochen werden und ein sehr enger und regelmäßiger Austausch zwischen den Anleiter\*innen und den Klient\*innen stattfindet (vgl. Schöberl 2019, 73). Bei der Besprechung der Erfahrungen sollte auf die Äußerungen der Klient\*innen möglichst offen und vorurteilslos reagiert werden. Besonders bei den Nachbesprechungen kommt die radikal akzeptierende Haltung zum Vorschein (vgl. Kupper 2013, 171).

Bezogen auf das Abschweifen der Gedanken ist es seitens der Anleiter\*innen wichtig, den Klient\*innen glaubhaft zu vermitteln, dass dies keineswegs ein Versagen darstellt, sondern bereits das Bemerkten des Abschweifens ein Zeichen der achtsamen Wahrnehmung ist. Ziel der Übungen ist es nicht, sich kontinuierlich auf etwas bestimmtes zu fokussieren, sondern die Fähigkeit zu trainieren, sich des Abschweifens bewusst zu werden, nicht in die aufkommenden Gedanken einzusteigen, um die Aufmerksamkeit wieder zum Beobachtungsobjekt zurückzulenken.

Durch einen solchen Austausch kann den Klient\*innen auch ihre Tendenz der negativen Selbstbewertung als wichtiges gedankliches Reaktionsmuster vor Augen gehalten werden. Sie können dazu eingeladen werden, dieses Muster auch zukünftig wertungsfrei zur Kenntnis zu nehmen, um dann mit der Übung weiter zu machen (vgl. Risch et al. 2012, 55).

Während der Achtsamkeitsübungen können negative, unangenehme oder unerwünschte Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen aufkommen und dazu führen, dass sich die Teilnehmenden nicht mehr auf das eigentliche Wahrnehmungsobjekt konzentrieren können. Es können sogar Vermeidungsmuster aktiviert werden, begleitet von dem Gefühl, dass Achtsamkeit für sie nicht funktioniert, dass sie wieder gescheitert sind (vgl. Michalak et al. 2019, 804).

Hier können die Anleiter\*innen die Klient\*innen dazu einladen, neugierig und offen wahrzunehmen, wie genau sich diese Emotion anfühlt und wertfrei zu erkunden, wo und wie sie im Körper im gegenwärtigen Augenblick empfunden wird, anstatt die Gefühle zu hinterfragen und in Gedankenketten einzusteigen. Die Aufmerksamkeit sollte auf die körperliche Manifestation der Empfindungen im Hier und Jetzt gelenkt werden (vgl. Michalak et al. 2012, 18 f.).

Anhand dieser aufkommenden „Störungen“ kann den Klient\*innen die natürliche Neigung der meisten Menschen verdeutlicht werden, diese Erfahrungen ändern oder stoppen zu wollen. Durch die Achtsamkeitsübungen soll aber die Fähigkeit, sämtlichen Erfahrungen, seien sie angenehm oder unangenehm, aufmerksam, wertungsfrei und neugierig mit einer akzeptierenden Haltung zu begegnen, geübt werden (vgl. Kupper 2013, 167). Eine Übung im MBSR besteht darin, für eine Woche ein Protokoll zu den angenehmen (in der nächsten Woche zu den unangenehmen) Ereignissen des Tages zu erstellen inkl. der Körperempfindungen und Reaktionen. So können die Zusammenhänge zwischen diesen Ereignissen und den entsprechenden Körperempfindungen, Gefühlen und Gedanken wahrgenommen werden (vgl. ebd. 2013, 167). Diese Übung kann auch die Art verändern, wie sich die Klient\*innen künftig auf aufkommende Schwierigkeiten beziehen (vgl. Michalak et al. 2019, 804).

Auch unterdrückte Gefühle oder Gedanken können mit zunehmender Entspannung natürlicherweise aufkommen und die Klient\*innen beunruhigen oder gar frustrieren. Für diesen Fall müssen sie angewiesen sein, die Achtsamkeitsübung zu unterbrechen

und erst am nächsten Tag fortzuführen oder bis zum nächsten Termin mit der/den Betreuer\*in zu warten (vgl. Keefe 2011, 307).

Wie bereits erwähnt wurde, kann es (besonders bei Menschen mit depressiven Symptomen) dazu kommen, dass die Achtsamkeitsübungen Zuhause nur sehr selten durchgeführt werden. Während des regelmäßigen Austausches zwischen Teilnehmer\*innen und Anleiter\*innen kann nach möglichen Problemen mit den Übungen oder Hinderungsgründen gefragt und ggfs. zusammen mögliche Lösungsstrategien (feste Zeiten, verkürzte Übungseinheiten, Durchführen der Übungen nochmals erklären) überlegt werden. Zudem können die Ziele, die durch das Achtsamkeitstraining erreicht werden sollen, erneut thematisiert werden (vgl. Risch et al. 2012, 55).

## **6 Fazit und Diskussion**

Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit war es zu klären, inwieweit Achtsamkeitstrainings in der ambulanten, sozialen Betreuung von Menschen mit Depressionen eingesetzt werden können und wie ein möglicher Einsatz gestaltet werden kann. Dieser Frage wurde anhand einer Literaturrecherche nachgegangen.

Für die Datenerhebung wurden neben deutschen Quellen überwiegend englischsprachige wissenschaftliche Aufsätze genutzt. Besonders zur Implementierung von Achtsamkeitstrainings in die Soziale Arbeit gab es aus Deutschland kaum Literatur und auch keine erfahrungsbasierten Auswertungen. Auch im internationalen Raum ist das Thema nur wenig beforscht. Viele Rückschlüsse zur Wirksamkeit von Achtsamkeit sowie Voraussetzungen bzw. Anforderungen an die entsprechenden Kurse und Anleiter\*innen wurden daher aus Studien aus dem Bereich der Psychotherapie gezogen. Dadurch kann die Generalisierbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse eingeschränkt sein. Es wird empfohlen, die externe Validität bezogen auf die Soziale Arbeit in zukünftigen oder weiterführenden Arbeiten zu prüfen.

Um herauszuarbeiten, inwiefern sich achtsamkeitsbasierte Interventionen für den Einsatz bei depressiv erkrankten Menschen generell eignen, wurde zunächst das Krankheitsbild genauer betrachtet. Anhand der Störungsbereiche und Entstehung einer Depression wurde deutlich, welche Rolle dysfunktionale kognitive Schemata, also negative bzw. verzerrte Wahrnehmungsprozesse und Denkmuster sowie negative Gedankenspiralen und Grübeln im depressiven Erleben der Betroffenen spielen und dieses

verstärken. Sie sind zudem ursächlich für Rückfälle, zu denen es bei Depressionen vermehrt kommt. Durch die Fokussierung auf Negatives (Tunnelblick) wird zusätzlich verhindert, dass die Betroffenen positive Erfahrungen machen können, um ihr verzerrtes Bild der Realität zu korrigieren oder zu relativieren. Automatisierte Reaktions- und Vermeidungsmuster führen des Weiteren häufig dazu, dass sich die negativen Erwartungen letztendlich bestätigen.

Im weiteren Verlauf der Arbeit wurde das Konzept der Achtsamkeit vorgestellt. Achtsamkeit beschreibt die bewusste Lenkung der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment, die akzeptierend und nicht wertend ist. Durch das kontinuierliche Üben dieser Fertigkeit kommt es zu einer Vielzahl positiver Effekte. Bezogen auf die Depression kann die Selbstregulation verbessert werden und das Missempfinden abnehmen. Auch die Wahrnehmung positiver Emotionen kann gesteigert werden. Die Praktizierenden erlernen eine bessere Kontrolle über automatische Reaktionsmuster, zudem wird das Grübeln reduziert. Hierfür ist u. a. das metakognitive Bewusstsein verantwortlich, welches als wesentlichster Wirkmechanismus der Achtsamkeit angesehen wird. Es beschreibt das wertfreie Beobachten der Gedanken und Gefühle im gegenwärtigen Moment. Dies führt bei Praktizierenden zu der Erkenntnis, dass diese nicht die Realität, sondern nur vorübergehend Geisteskonstrukte sind. Betroffene lernen so, depressionsfördernde Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen sowie automatisch ablaufende dysfunktionale Reaktionsmuster rechtzeitig zu erkennen und aus ihnen entsprechend aussteigen.

Somit eignet sich das Erlernen von Achtsamkeit sehr gut zur Behandlung von depressiven Störungen. Achtsamkeitsbasierte Interventionen und Therapien werden daher schon länger bei verschiedenen Krankheitsbildern in der ambulanten und klinischen Psychotherapie angewandt und sind in ihrer Wirksamkeit empirisch bestätigt.

Depressive Störungen nehmen seit einigen Jahren zu und die aktuelle Corona-Krise lässt vermuten, dass die Zahlen noch weiter ansteigen werden (wissenschaftlich bisher noch nicht bestätigt). Dennoch bleibt ein Großteil der depressiven Störungen aktuell unbehandelt. Aufgrund falscher Diagnosen, fehlender Kenntnis über Behandlungsmöglichkeiten, langer Wartezeiten, aber auch fehlender Krankheitseinsicht und Motivation oder Vertrauen finden Betroffene oft nicht den Weg zu einer Therapie. Dies beschreibt die Problemlage, die zur Entstehung der Forschungsfrage führte.

Da sich psychische Erkrankungen und soziale Probleme wechselseitig bedingen, gehören depressiv erkrankte Menschen sehr oft zum Klientel der Sozialen Arbeit. Daher sollte der Frage nachgegangen werden, wie sich auch die Soziale Arbeit die Vorteile und Wirkmechanismen der Achtsamkeit zunutze machen und dies bei ihren Klient\*innen einsetzen kann.

Die Betreuung von Menschen mit vorrangig psychischen Problemen findet im Rahmen der Eingliederungshilfe im Hamburg durch die ambulante Sozialpsychiatrie statt. Diese hat als Handlungs- bzw. Interventionsauftrag, die Klient\*innen u. a. darin zu unterstützen, ein vertiefendes Verständnis der eigenen Lebenssituation zu erarbeiten, um sich besser mit den sozialen Folgeerscheinungen der seelischen Behinderung auseinanderzusetzen. Dabei wird das Ziel verfolgt, entsprechende Bewältigungsstrategien zu erarbeiten. Außerdem ist neben der Stärkung der Eigeninitiative die alltagsnahe Beratungsarbeit ein weiterer Bereich, den die Sozialarbeiter\*innen mit den Klient\*innen während der Betreuung bearbeiten sollen. Ziel aller Anstrengungen ist immer die „Überwindung der Hemmnisse zur Teilhabe an der Gemeinschaft“ (BASFI 2019, 100). Hieraus ergibt sich für die Autorin dieser Arbeit ein Mandat zur Implementierung eines Achtsamkeitstrainings in die ambulante Betreuung, da die Effekte der Achtsamkeitspraxis auch zur Erreichung der hier genannten Ziele beitragen können.

Was es jedoch kritisch zu betrachten gilt ist, dass der Einsatz achtsamkeitsbasierter Interventionen besonders bei Menschen mit psychischen Erkrankungen im seltenen Fall auch zu einer Verschlechterung der Symptome bis hin zu Psychosen führen kann. Daher bedarf es für die Implementierung von Achtsamkeitstrainings einer fachgerechten und krankheitsspezifischen Ausbildung bzw. Erfahrung der Betreuer\*innen, nicht nur bezogen auf das Konzept der Achtsamkeit, sondern wesentlich auch im Hinblick auf den Umgang mit entsprechenden Symptomen.

Die MBCT, die einen vielversprechenden Ansatz bei der Rückfallprophylaxe von Depressionen darstellt und bereits für die Akutbehandlung von depressiven Episoden angeregt wird, setzt für ihre Anleiter\*innen eine Qualifikation mit Heilerlaubnis voraus. Dies könnte sich in der Praxis für Sozialarbeiter\*innen als zu kosten- und zeitintensiv abzeichnen, weswegen von diesen Kursen womöglich abgesehen wird.

Anders verhält es sich mit MBSR-Kursen sowie modifizierten, gekürzten Achtsamkeitstrainings, die nicht vorrangig auf die Störung an sich eingehen, aber dennoch die Fertigkeiten der Achtsamkeit schulen und so die allgemeinen, positiven Effekte der

Achtsamkeit mit sich bringen. Sie können als wirksame Methode eingesetzt werden, um Klient\*innen einen besseren Umgang mit den Symptomen ihrer Erkrankung zu lehren und ihnen zu helfen, neue Bewältigungsstrukturen zu entwickeln.

Durch die Recherche ist deutlich geworden, dass das Konzept der Achtsamkeit auch über die Depressionen hinaus bei verschiedenen psychischen Störungen und Problemen, die bei Klient\*innen der Sozialen Arbeit auftauchen, wirksam ist.

Neben der Qualifikation der Anleiter\*innen ist auch die Motivation der Klient\*innen zur Teilnahme an solchen Trainings als kritischer Faktor zu betrachten. Es muss zunächst eine Veränderungsmotivation vorhanden sein sowie die Bereitschaft bzw. das Commitment, regelmäßig an den Kursterminen teilzunehmen und die Übungen selbstständig zu Hause durchzuführen. Dies stellt besonders bei Klient\*innen mit depressiven Symptomen eine große Herausforderung dar. Auch aufgrund der Komorbidität, beispielsweise mit sozialen Angststörungen, kann angenommen werden, dass Klient\*innen insbesondere Gruppentrainings irgendwann abbrechen oder aufgrund persönlicher Befindlichkeiten oder Probleme nur unregelmäßig daran teilnehmen. Hier bietet sich die Vermittlung der Achtsamkeitsübungen im Einzeltraining während der Betreuungstermine an. Auf diesem Weg kann besser auf individuelle Probleme eingegangen werden und die Verbindlichkeit gegenüber den Betreuer\*innen ist eher gegeben als in Gruppensettings. Der Nachteil an dieser Variante ist jedoch, dass nicht viel Zeit für die Bearbeitung weiterer Probleme der Klient\*innen während der Betreuungstermine bleibt.

Es mangelt aktuell noch an Erfahrungswerten und konkreten Beispielen aus der Praxis, um diese Annahmen zu bestätigen bzw. zu widerlegen. Das Fehlen von Wirksamkeitsstudien bezogen auf die Vermittlung von Achtsamkeitstrainings in der sozialen Betreuung kann eine Einführung in die Praxis zusätzlich erschweren, da zunächst die Träger überzeugt werden müssen, zeitliche Kapazitäten hierfür zu schaffen. Achtsamkeitskurse können unter die Leistung der Präventionskurse der Träger fallen, jedoch stellt sich dann immer noch die Frage nach der Refinanzierbarkeit der entsprechenden Ausbildung für die Mitarbeiter\*innen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Wirksamkeit von Achtsamkeitstrainings bei Depressionen wissenschaftlich bestätigt ist. Sie stellen eine gute Alternative zu traditionellen Behandlungsmethoden dar. Da sie außerhalb von klinischen oder therapeutischen Settings angewandt werden können, bieten sie für Menschen, die aus

unterschiedlichen Gründen keine Therapie wahrnehmen, eine gute Möglichkeit, einen besseren Umgang mit ihrer Erkrankung zu finden und das eigene Wohlbefinden zu steigern. Im Bereich der ambulanten Sozialpsychiatrie, die sich dieser Zielgruppe widmet, kann sich die Implementierung von Achtsamkeitstrainings aufgrund des engen und vertrauensvollen Verhältnisses zwischen Sozialarbeiter\*innen und Klient\*innen sehr positiv auswirken. Dies setzt voraus, dass die Anleiter\*innen gut ausgebildet und erfahren sind im Umgang mit der Zielgruppe.

Es bedarf jedoch noch weiterführender Studien zur Wirksamkeit, aber auch zu möglichen Gefahren von Achtsamkeit in Bezug auf die ambulante Betreuung durch Sozialarbeiter\*innen. Auch konkrete Praxiserfahrungen und -beispiele sind notwendig, um dahingehend Handlungsempfehlungen auszusprechen.

## 7 Literaturverzeichnis

- Baer, Ruth A.** (Hrsg.) (2006): *Mindfulness-based treatment approaches. Clinician's guide to evidence base and applications.* Amsterdam/Boston: Elsevier Academic Press.
- Bents, Hinrich et al.** (Hrsg.) (2020): *Achtsamkeit und Selbstmitgefühl. Anwendungen in der psychotherapeutischen Praxis.* Heidelberg.
- Berger, Mathias et al.** (Hrsg.) (2012): *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie.* 4. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Bishop, Scott R. et al.** (2004): Mindfulness: A proposed operational definition. In: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3),230–241.
- Bosshard, Marianne et al.** (2001): *Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie.* Lehrbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bretschneider, Julia et al.** (2017): *Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland.* Berlin.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte** (Hrsg.) (2021): *ICD-10-GM Version 2021. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision.* Online unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/> (Zugriff: 25.03.2021).
- Bundespsychotherapeutenkammer** (Hrsg.) (2013): *10 Tatsachen zur Psychotherapie.* BPtK-Standpunkt.
- Carmody, James/Baer, Ruth A.** (2009): How long does a mindfulness-based stress reduction program need to be? A review of class contact hours and effect sizes for psychological distress. In: *Journal of clinical psychology*, 65(6),627–638.
- Clausen, Jens/Eichenbrenner, Ilse** (2016): *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen.* 2. Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Coffman, Sandra J. et al.** (2006): Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Depressive Relapse. In: Ruth A. Baer (Hrsg.): *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications.* 31–50.
- Crane, Catherine et al.** (2014): The effects of amount of home meditation practice in Mindfulness Based Cognitive Therapy on hazard of relapse to depression in the Staying Well after Depression Trial. In: *Behaviour research and therapy*, 63,17–24.
- Crane, Rebecca S. et al.** (2012): Competence in Teaching Mindfulness-Based Courses: Concepts, Development and Assessment. In: *Mindfulness*, 3(1),76–84.

- Dekeyser, Mathias et al.** (2008): Mindfulness skills and interpersonal behaviour. In: *Personality and Individual Differences*, 44(5),1235–1245.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde** (Hrsg.) (2020): Basisdaten Psychische Erkrankungen. Berlin.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde/Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin** (Hrsg.) (2015): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN); Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V.** (Hrsg.) (2020): Report Psychotherapie 2020.
- Dobkin, Patricia L. et al.** (2012): For Whom May Participation in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program be Contraindicated? In: *Mindfulness*, 3(1),44–50.
- Eifert, Georg H.** (2013): Akzeptanz- und Commitmenttherapie bei Angststörungen - ein Balance-ACT zwischen Akzeptanz und Veränderung. In: Andreas Knuf, Matthias Hammer (Hrsg.): *Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen*. 82–105.
- Ernst, Sarah et al.** (2009): Die Bedeutung achtsamkeitsbasierter Interventionen in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. In: *Forschende Komplementärmedizin (2006)*, 16(5),296–303.
- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration** (Hrsg.) (2019): Versorgung psychisch kranker Menschen in Hamburg. Psychiatrie-Bericht. Hamburg.
- Frey, Dieter** (Hrsg.) (2016): Psychologie der Werte. Von Achtsamkeit bis Zivilcourage - Basiswissen aus Psychologie und Philosophie. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Fritzsche, Kurt** (2020): Depressive Störungen. In: Kurt Fritzsche, Michael Wirsching (Hrsg.): *Basiswissen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 85–100.
- Fritzsche, Kurt/Wirsching, Michael** (Hrsg.) (2020): Basiswissen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; Imprint: Springer.

- Gahleitner, Silke B./Pauls, Helmut** (2012): Soziale Arbeit und Psychotherapie - zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen. In: Werner Thole (Hrsg.): *Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch*. 367–374.
- Germer, Christopher K. et al.** (Hrsg.) (2009): Achtsamkeit in der Psychotherapie. Freiamt im Schwarzwald: Arbor-Verl.
- Gruber, Elena et al.** (2020): Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in der Psychotherapie – state of the art. In: Hinrich Bents, Miriam Gschwendt, Johannes Mander (Hrsg.): *Achtsamkeit und Selbstmitgefühl: Anwendungen in der psychotherapeutischen Praxis*. 5–16.
- hamburg.de** (o. J.): Ambulante Sozialpsychiatrie. Online unter: <https://www.hamburg.de/ambulante-leistungen-erwachsene/4580268/ambulante-sozialpsychiatrie/> (Zugriff: 28.04.2021).
- Hammer, Matthias/Knuf, Andreas** (2013): Grundlagen von Achtsamkeitskonzepten. In: Andreas Knuf, Matthias Hammer (Hrsg.): *Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen*. 18–43.
- Hammer, Matthias/Plößl, Irmgard** (2015): Irre verständlich. Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen. 3. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Hapke U. et al.** (2017): Depression in der Bevölkerung: Diagnoseraten im Versorgungskontext und epidemiologische Befunde.
- Harrer, Michael E./Weiss, Halko** (2016): Wirkfaktoren der Achtsamkeit. Wie sie die Psychotherapie verändern und bereichern. Stuttgart: Schattauer.
- Heidenreich, Thomas et al.** (2013): Empirische Ergebnisse zur Achtsamkeit. In: Andreas Knuf, Matthias Hammer (Hrsg.): *Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen*. 260–273.
- Heidenreich, Thomas et al.** (2020): Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Liebevoller Güte - Grundlagen und Bedeutung in der Psychotherapie. In: Hinrich Bents, Miriam Gschwendt, Johannes Mander (Hrsg.): *Achtsamkeit und Selbstmitgefühl: Anwendungen in der psychotherapeutischen Praxis*. 25–34.
- Heidenreich, Thomas/Laging, Marion** (2013): Achtsamkeit in der Sozialen Arbeit: Ansatzpunkte und Potenziale. In: Andreas Knuf, Matthias Hammer (Hrsg.): *Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen*. 246–258.

- Hick, Steven** (Hrsg.) (2016): *Mindfulness and social work*. New York: Oxford University Press.
- Hick, Steven F.** (2016): Mindfulness and Social Work: Paying Attention to Ourselves, Our Clients, and Society. In: Steven Hick (Hrsg.): *Mindfulness and social work*. 1–30.
- Hick, Steven F./Furlotte, Charles** (2010): An Exploratory Study of Radical Mindfulness Training with Severely Economically Disadvantaged people: Findings of a Canadian Study. In: *Australian Social Work*, Vol. 63(No. 3),281–298.
- Jakob, Robert** (2018): ICD-11 – Anpassung der ICD an das 21. Jahrhundert. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 61(7),771–777.
- Kabat-Zinn, Jon** (2008): Vorwort. In: Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams, John D. Teasdale (Hrsg.): *Die achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention*.
- Kabat-Zinn, Jon** (2013): *Gesund durch Meditation. Das vollständige Grundlagenwerk zu MBSR*. München: O.W. Barth.
- Keefe, Thomas** (2011): Meditation and Social Work Practice. In: Francis J. Turner (Hrsg.): *Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches*. 293–314.
- Keng, Shian-Ling et al.** (2011): Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. In: *Clinical psychology review*, 31(6),1041–1056.
- Kenny, Maura et al.** (2020): Tending the Field of Mindfulness-Based Programs: The Development of International Integrity Guidelines for Teachers and Teacher Training. In: *Global advances in health and medicine*, 9,2164956120923975.
- Knuf, Andreas** (2013): Achtsame Haltung psychiatrisch Tätiger. In: Andreas Knuf, Matthias Hammer (Hrsg.): *Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen*. 44–64.
- Knuf, Andreas/Hammer, Matthias** (Hrsg.) (2013): *Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen*. Köln: Psychiatrie-Verl.
- Kupper, Zeno** (2013): Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression. In: Andreas Knuf, Matthias Hammer (Hrsg.): *Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen*. 160–184.
- Kuschel, Hanna** (2016): Achtsamkeit. In: Dieter Frey (Hrsg.): *Psychologie der Werte: Von Achtsamkeit bis Zivilcourage - Basiswissen aus Psychologie und Philosophie*. 13–24.

- Kuyken, Willem et al.** (2016): Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. In: *JAMA psychiatry*, 73(6),565–574.
- Lau, Mark A. et al.** (2004): Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. In: *Behaviour research and therapy*, 42(9),1001–1017.
- Lohmann, Bettina/Annie, Susanne** (2016): Achtsamkeit in der Verhaltenstherapie. Störungsspezifische Interventionen und praktische Übungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Mayrhofer, David** (2020): Achtsamkeitsbasierte Interventionen und Selbstmitgefühl im Psychodrama: Wege der Integration. In: *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 19(1),109–120.
- MBSR-MBCT Verband e. V.** (Hrsg.) (2021): Ausbildung - Achtsamkeit lehren. Online unter: [www.mbsr-verband.de/ausbildung/voraussetzungen](http://www.mbsr-verband.de/ausbildung/voraussetzungen) (Zugriff: 10.05.2021).
- Michalak, Johannes et al.** (2012): Achtsamkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Michalak, Johannes et al.** (2019): Principles for a Responsible Integration of Mindfulness in Individual Therapy. In: *Mindfulness*, 10(5),799–811.
- Michalak, Johannes/Heidenreich, Thomas** (2018): Dissemination before evidence? What are the driving forces behind the dissemination of mindfulness-based interventions? In: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(3),
- Morgan, Stephanie P.** (2009): Depression. Dem Leben zugewandt. In: Christopher K. Germer, Ronald D. Siegel, Paul R. Fulton (Hrsg.): *Achtsamkeit in der Psychotherapie*. 189–220.
- Neff, Kristin/Kretzschmar, Gisela** (2012): Selbstmitgefühl. Wie wir uns mit unseren Schwächen versöhnen und uns selbst der beste Freund werden. 3. Aufl. München: Kailash.
- Neff, Kristin D./Vonk, Roos** (2009): Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. In: *Journal of personality*, 77(1),23–50.
- Ott, Ulrich** (2015): Meditation für Skeptiker. Ein Neurowissenschaftler erklärt den Weg zum Selbst. München/©2015.: Droemer Verlag.
- Payk, Theo R.** (2010): Depression. München: Reinhardt.
- Pfeifer-Schaupp, Ulrich** (2011): Achtsamkeit in der Sozialen Arbeit. Ein mögliches neues Lehrfach? In: *Sozialmagazin: die Zeitschrift für soziale Arbeit*, (4),18–31.

- Pitschel-Walz, Gabriele** (2018): Lebensfreude zurückgewinnen. Ratgeber für Menschen mit Depressionen und deren Angehörige. 2. Aufl. München: Elsevier.
- Remmers, Carina** (2020): Im Hier und Jetzt für morgen sorgen. Der Einfluss von Achtsamkeit auf emotionale Prozesse in der Depressionsbehandlung. In: Hinrich Bents, Miriam Gschwendt, Johannes Mander (Hrsg.): *Achtsamkeit und Selbstmitgefühl: Anwendungen in der psychotherapeutischen Praxis*.
- Risch, Anne K. et al.** (2012): Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender Depression. Rückfälle verhindern, psychische Gesundheit erhalten. Berlin: Springer-Medizin.
- Robert Koch-Institut** (2019): Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede.
- Schöberl, Nina-Maria** (2019): Bewusstseinsprozesse in der klinischen sozialen Arbeit: Achtsamkeit als Methode. Stuttgart: ibidem Verlag.
- Schroevers, Maya J./Fleer, Joke** (2019): Why Are Researchers Not Interested in Studying Individual Mindfulness-Based Interventions? In: *Mindfulness*, 10(11),2476–2478.
- Segal, Zindel V. et al.** (Hrsg.) (2008): Die achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression. Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention. Tübingen: DGVT Verl.
- Seligman, Martin E. P./Petermann, Franz** (2016): Erlernte Hilflosigkeit. 5. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz.
- Shapiro, Shauna L. et al.** (2011): Die Kunst und Wissenschaft der Achtsamkeit. Die Integration von Achtsamkeit in Psychologie und Heilberufe. Freiburg im Breisgau: Arbor-Verl.
- Strohmaier, Sarah et al.** (2021): Effects of Length of Mindfulness Practice on Mindfulness, Depression, Anxiety, and Stress: a Randomized Controlled Experiment. In: *Mindfulness*, 12(1),198–214.
- Teasdale, J. D. et al.** (2000): Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. In: *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4),615–623.
- Teasdale, John D.** (1988): Cognitive Vulnerability to Persistent Depression. In: *Cognition & Emotion*, 2(3),247–274.
- Thimm, Jens C./Johnsen, Tom J.** (2020): Time trends in the effects of mindfulness-based cognitive therapy for depression: A meta-analysis. In: *Scandinavian journal of psychology*, 61(4),582–591.

- Thole, Werner** (Hrsg.) (2012): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Tovote, K. A. et al.** (2015): Long-term effects of individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for depressive symptoms in patients with diabetes: a randomized trial. In: *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 186–187.
- Truschel, Jessica** (2020): Depression Definition and DSM-5 Diagnostic Criteria. Online unter: [www.psychom.net/depression-definition-dsm-5-diagnostic-criteria/](http://www.psychom.net/depression-definition-dsm-5-diagnostic-criteria/) (Zugriff: 12.04.2021).
- Turner, Francis J.** (Hrsg.) (2011): Social Work Treatment. Interlocking Theoretical Approaches. 5. Aufl. s.l.: Oxford University Press USA.
- Turner, Kielty** (2009): Mindfulness: The Present Moment in Clinical Social Work. In: *Clinical Social Work Journal*, 37(2), 95–103.
- Utsch, Michael** (2018): Achtsamkeit – eine Brücke zwischen Psychotherapie und Spiritualität? In: Michael Utsch, Raphael M. Bonelli, Samuel Pfeifer (Hrsg.): *Psychotherapie und Spiritualität: Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen*. 245–254.
- Utsch, Michael et al.** (Hrsg.) (2018): Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- van Dam, Nicholas T. et al.** (2018): Mind the Hype: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on Mindfulness and Meditation. In: *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 13(1), 36–61.
- Wells, Adrian** (2011): Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression. Weinheim u.a.: Beltz.
- Wittchen, Hans-Ulrich** (Hrsg.) (2010): Depressive Erkrankungen. Berlin: Robert-Koch-Inst.
- World Health Organisation** (Hrsg.) (2012): Depressionen in Europa. Online unter: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe> (Zugriff: 13.04.2021).
- World Health Organisation** (2017): Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Genf.