

Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch „Nicht-Verändern-Wollen“ – ein Paradigmenwechsel?

Halko Weiss¹, Michael E. Harrer²

¹Hakomi-Institute of Europe, Nürnberg

²Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis, Innsbruck

Zusammenfassung: Die auffallend schnelle Verbreitung und weite Anwendung des buddhistischen Konzepts der Achtsamkeit in der gegenwärtigen Verhaltenstherapie und in der Tiefenpsychologie wird beschrieben und auf einige traditionelle Hintergründe eingegangen. Wirkmechanismen der Achtsamkeit werden dargestellt und auf psychologische sowie neurobiologische Forschung hingewiesen. Ein besonderes Augenmerk wird auf die tiefere Bedeutung der Achtsamkeit für die Haltung und das Vorgehen von Therapeuten und Therapeutinnen gerichtet und die persönlichen Herausforderungen betont, die eine gründliche Auseinandersetzung mit ihr nahelegen. Dabei werden auch Aspekte einer auf Achtsamkeit beruhenden therapeutischen Beziehung angesprochen. Schließlich werden mögliche Gefahren und Grenzen der Anwendung von Achtsamkeit mitreflektiert.

Einleitung

Selten – vielleicht noch nie – hat ein für die akademische Psychologie so ungewöhnliches Konzept wie das der Achtsamkeit so schnell und breit Anklang gefunden. Eine Flut von Publikationen (Johanson, 2006) beschreibt ihre Wirkungen in unterschiedlichsten Anwendungsbereichen: etwa bei Stress, bei der Rückfallprävention von Depressionen, bei Persönlichkeitsstörungen, bei Ängsten, Zwängen, traumabedingten Störungen, bei Krebs und chronischen Krankheiten bis hin zur Paartherapie. Die psychologischen Auswirkungen eines konsequenten Achtsamkeitstrainings kann man im Zusammenhang mit funktionellen und strukturellen Veränderungen im Gehirn verstehen. Aus diesem Grund ist auch die neurobiologische Forschung der physiologischen Basis der Achtsamkeit – als einer trainierbaren, wesentlichen menschlichen Fähigkeit – auf der Spur (Creswell, Way, Eisenberger & Lieberman, 2007; Davidson et al., 2003a; Farb et al., 2007;

Lieberman et al., 2007; Siegel, 2007; Lieberman, 2008).

Das große Echo könnte auch darin begründet sein, dass Achtsamkeit schon eine lange, 2500 Jahre alte Tradition hat und das „Herz der buddhistischen Psychologie“ ist (Germer, 2009a, S. 28). Auch wenn sich die buddhistische Psychologie mit den grundsätzlichen Quellen der Entstehung von Leid und der Befreiung davon auseinandersetzt und die westliche Psychotherapie individuelles Leiden fokussiert, so gibt es doch wesentliche Überschneidungen. Bei der Zusammenführung dieser Wege hat die Verhaltenstherapie eine führende Rolle übernommen. Sie bezeichnet die Einbeziehung der Bewusstseinsentwicklung durch Achtsamkeit als „dritte Welle“ ihrer Geschichte.

Doch ist die Achtsamkeit ein Wolf im Schafspelz: ihre radikalen existenziellen Wurzeln stellen viele paradigmatische Selbstverständlichkeiten der aktuell etablierten Psychotherapien zutiefst in Fra-

ge. Wenn das Konzept in seinem Wesen verstanden und verinnerlicht wird, hat es durchaus das Potential zu einer „Achtsamkeits-Revolution“ (Wallace, 2006). Ihre Anwendung ist daher für Psychotherapeuten, die sich ernsthaft und praktisch mit ihr beschäftigen, eine große professionelle und persönliche Herausforderung.

Im Bewusstsein der Unmöglichkeit, in diesem Rahmen auf alle Entwicklungen einzugehen, folgt eine Übersicht zu Bedeutung, Forschung und Anwendung von Achtsamkeit. Auf dem Hintergrund des inhärenten Menschenbildes soll untersucht werden, welche Impulse von achtsamkeitsbasierten Psychotherapieformen ausgehen könnten. Dabei stehen der Einbezug des Körpers, die achtsame Präsenz der Therapeuten und die Ergebnisoffenheit achtsamer Therapieprozesse – insbesondere in der Tiefenpsychologie – im Mittelpunkt.

Definitionen

Die moderne Anwendung der Achtsamkeit bezieht sich auf drei Aspekte: einen Zustand (state), eine überdauernde Haltung (trait) oder gar Lebenshaltung und ein Trainingsverfahren zur Geistesschulung.

Der vietnamesische buddhistische Mönch Thich Nhat Hanh, einer der Lehrer, die Achtsamkeit im Westen populär gemacht haben, beschreibt sie folgendermaßen:

„Achtsamkeit ist die Fähigkeit, in jedem Augenblick unseres täglichen Lebens wirk-

lich präsent zu sein. ... Achtsamkeit ist eine Art von Energie, die jedem Menschen zur Verfügung steht. Wenn wir sie pflegen, wird sie stark, wenn wir sie nicht üben, verkümmert sie. ... Achtsamkeit lässt uns erkennen, was im gegenwärtigen Augenblick in uns und um uns herum wirklich geschieht“ (Thich Nhat Hanh, 1998, S. 19).

Achtsamkeit ist dabei aber keineswegs an eine Religion gebunden. Sie ist eine phänomenologisch orientierte Methode der Erkenntnis, ein Weg zur Untersuchung und Schulung des Bewusstseins (vgl. u. a. Batchelor, 1997).

Eine moderne, praxisorientierte Definition von Achtsamkeit stammt von Jon Kabat-Zinn, der entscheidend zur ihrer Verbreitung in Medizin und Psychotherapie beigetragen hat:

„Achtsamkeit ist jenes Gewahrsein, das entsteht, wenn sich die Aufmerksamkeit mit Absicht und ohne zu bewerten auf die Erfahrungen richtet, die sich von Moment zu Moment entfalten“ (Kabat-Zinn, 2003, S. 145, Übersetzung durch die Autoren).

Das psychotherapeutische Verständnis von Achtsamkeit ist durch vier Dimensionen charakterisiert:

1. Achtsamkeit ist mit einem bestimmten *Modus des Seins* verbunden: Dieser besteht in einem rezeptiven Beobachten und Gewahrsein dessen, was innen und außen im gegenwärtigen Moment vorgeht. Automatische Reaktionen auf der Handlungsebene werden unterlassen, ihre Impulse aber beobachtet. Achtsamkeit steht somit im Gegensatz zum Alltagsbewusstsein, von Kabat-Zinn „Autopilotenmodus“ genannt (2006a). Sie schließt eine Bewusstheit über den Prozess der Aufmerksamkeitslenkung selbst ein.
2. Achtsamkeit bedeutet, der Erfahrung gegenüber eine *bestimmte Haltung* einzunehmen: Dinge – äußere Objekte, aber auch innere Vorgänge wie Gedanken und Gefühle – werden so akzeptiert wie sie sind. Sie werden nicht bewertet, es erfolgt keine Einordnung in bestehende Konzepte, auch keine Verknüpfung mit vergangenen Erfahrungen. Dinge werden im „Anfänger-Geist“ (Suzuki, 1975) betrachtet, mit Interesse und Neugier.

3. Achtsamkeit bedient sich bestimmter *Techniken*: Konzentration und Fokussierung der Aufmerksamkeit führen zu innerer Ruhe; aus der „Zugangskonzentration“ entsteht die grundlegende Fähigkeit zu immer genauerem und konstanterem Gewahrsein. Einzelne Wahrnehmungselemente können auch innerlich benannt („etikettiert“) werden, ohne sie einer Analyse zu unterziehen.
4. Achtsamkeitsschulung hat *Auswirkungen*: Einsicht, Ruhe, inneren Frieden, Gelassenheit und Gleichmut; die Entwicklung von „Liebender Güte“, von Mitgefühl und Mitfreude; Gegenwärtigkeit/Präsenz; eine Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeit und Offenheit für neue Erfahrungen. „Einsicht“ bedeutet in diesem Zusammenhang, sich von Konzepten zu lösen und die Welt einschließlich sich selbst immer genauer und umfassender so wahrzunehmen, wie sie ist.

Eine Reihe von Fragebögen erfasst mit unterschiedlichen Schwerpunkten diese Dimensionen (Brown & Ryan, 2003; Lau et al., 2006; Baer et al., 2004, 2006, 2008; Buchheld, 2000; Walach et al., 2004).



**Institut für
Paartherapie (IfP) e.V.**

Am Wendelsgarten 12, 60437 Frankfurt am Main

Vorstand:

Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Bernd Böttger (DPV, BVpPF, IPI)

Dr. med. Klaus Kocher (DPV, BVpPF)

Dr. med. Dipl. Päd. Alexander Quasebarth

Dreijährige berufsbegleitende Weiterbildung in psychoanalytisch orientierter Paartherapie

an einem verlängerten Wochenende

(Donnerstag – Sonntag)

und weiteren zwei Wochenenden

(Freitag – Sonntag) pro Jahr.

Umfang: Theorie 84 UE, Supervision 60 UE,

Selbsterfahrung 60 UE

Der Besuch eines Seminars wird von der LÄK Hessen mit mindestens 20 Punkten zertifiziert.

Termine 2010:

19. bis 21. Februar,

27. bis 30. Mai und

29. bis 31. Oktober 2010

Angesprochen sind Ärzte, Psychologen und Professionelle aus psychosozialen Berufen.

Weitere Informationen:

Telefon 069 - 950 590 19

E-Mail an info@paarinstitut.de

www.paarinstitut.de

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information

0800 32 22 32 2

(kostenfrei)

Unsere privaten Akutkrankenhäuser:

Schwarzwald, Weserbergland,

Berlin/Brandenburg


www.oberbergkliniken.de

Sofortaufnahme – auch im akuten Krankheitsstadium.

Hochintensive und individuelle Therapien für

Privatversicherte und Beihilfeberechtigte.

Wir helfen bei der Klärung der Kostenübernahme.


Oberberg

Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

Weiterhin lassen sich *vier essentielle Komponenten* von Achtsamkeit beschreiben:

Aufmerksamkeit/Gewahrsein

Jegliches Erleben kann auch im Zusammenhang mit Prozessen der Aufmerksamkeitslenkung verstanden werden. In der Regel erfolgt diese Lenkung jedoch nicht bewusst, sondern weitgehend automatisch. Achtsamkeitsschulung fördert (1) ein Bewusstsein darüber, worauf die Aufmerksamkeit von Augenblick zu Augenblick gerichtet ist; (2) die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit absichtsvoll zu lenken, sie zu öffnen und zu weiten („Panoramabewusstsein“) aber auch, sie zu fokussieren und konzentriert zu bleiben; (3) die Fähigkeit, Aufmerksamkeit auf das Gewahrsein selbst zu richten, unabhängig von wechselnden Objekten („offenes Gewahrsein“; vgl. Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2009).

Gegenwärtiger Moment/Präsenz

Achtsamkeit bedeutet, sich dem gegenwärtigen Erleben zuzuwenden. Sie eröffnet damit die Wahlmöglichkeit, die gewohnheitsmäßige Beschäftigung mit Vergangenheit und Zukunft zu unterbrechen. Diese „Vergegenwärtigung“ erhöht außerdem die Intensität des Erlebens und führt zu einer Qualität von „Präsenz“.

„Wirkliches Leben erfahren wir nur im Hier und Jetzt. Die Vergangenheit ist schon vorüber, und die Zukunft ist noch nicht da. Nur im gegenwärtigen Augenblick können wir das Leben wirklich berühren“ (Thich Nhat Hanh, 1998, S. 17).

Akzeptierende, nicht bewertende Zuwendung

Achtsamkeit begegnet dieser intensivierten Erfahrung aus einer wohlwollend interessierten und akzeptierenden Haltung. Sie pflegt eine fast wissenschaftlich-neutrale *Offenheit* gegenüber allen Prozessen der Innen- und Außenwelt, wie sie sich im jeweiligen Moment zeigen. So wird etwa das Kommen und Gehen von Gedanken, Gefühlen und Empfindungen einfach beobachtet, es erfolgt aber keine Bewertung, keine Bevorzugung angenehmer und *keine Vermeidung* unangenehmer Erfahrungen.

Akzeptanz bedeutet aus dieser Sicht allerdings keineswegs Resignation oder ein Sich-abfinden. Ganz im Gegenteil: Akzeptanz ist Voraussetzung dafür, genau und unvoreingenommen wahrzunehmen, wie die Dinge sind. Gerade das kann zum Ausgangspunkt für Veränderungsprozesse werden.

Der Innere Beobachter

Übung von Achtsamkeit kann auch verstanden werden als die Entwicklung eines „Inneren Beobachters“ (Kurtz, 1994). Dieses Konstrukt weist auf die *Meta-Perspektive* hin, auf das Beobachten aus einer gewissen Distanz, das aber – im Gegensatz zur Dissoziation – zugleich teilhabend ist. Der Denkende wird vom Gedankten, der Fühlende vom Gefühl, der Erfahrende von der Erfahrung differenziert. Gedanken muss aus dieser Perspektive nicht mehr unbedingt geglaubt werden. Achtsamer Umgang mit Emotionen bedeutet, sich nicht von ihnen fortreißen zu lassen oder in sie hineingesogen zu werden, sondern einfach zu beobachten, wie sie kommen und auch wieder gehen. Diese zentrale Wirkdimension von Achtsamkeit wird mit unterschiedlichen Akzentuierungen unterschiedlich bezeichnet, etwa als „Meta-Kognition“ (Flavell & Wellman, 1977), „Observing Self“ (Deikman, 1982), „kognitive Defusion“ in der ACT (s. u.) oder „Monitor-Position“ (Bohus & Huppertz, 2006).

Praxis

Achtsamkeit als Geistesschulung bedient sich einer Kombination aus verschiedenen Wegen der Praxis. Unter *formaler Praxis* versteht man, sich mehr oder weniger regelmäßig für einen bestimmten Zeitraum Übungen zu widmen, wie beispielsweise der Atembeobachtung. *Informelle Praxis* meint, alltägliche Aktivitäten bewusst achtsam auszuführen. Ein *Retreat* ist ein zeitlich befristeter Ausstieg aus dem Alltag, um sich ausschließlich der Übung zu widmen. Typischerweise wird der Übungsweg mit der Beobachtung des Atems begonnen, wobei eine Vielzahl von Methoden und Übungen beschrieben werden (vgl. Weiss, Harrer & Dietz, 2010).

Anwendungen von Achtsamkeit

Der „Achtsamkeits-Boom“ ist vor allem auf die Arbeit von Jon Kabat-Zinn (2003, 2006a, 2006b) und die von ihm initiierten Forschungen seit Ende der 1970er Jahre zurückzuführen: Sein Anliegen war es, Achtsamkeit bei chronisch körperlich kranken Menschen als komplementäres Angebot in die Medizin einzuführen. Das achtwöchige Gruppenprogramm *„Mindfulness-Based Stress-Reduction“ (MBSR)* wird inzwischen an über 240 Kliniken in Nordamerika und Europa in unterschiedlichen Indikationsbereichen angewendet. Umfangreiche Evaluationsstudien zeigen beeindruckende Ergebnisse (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004). Die MBSR-Tradition legt dabei großen Wert auf die Modellfunktion eines authentischen „Lehrers“, die sich auf seine persönlichen Erfahrungen mit Achtsamkeit gründet.

Achtsamkeitsbasierte verhaltenstherapeutische Verfahren

Die Erfolge der MBSR regten Psychotherapeuten und Psychiater dazu an, das Programm störungsspezifisch zu modifizieren. Hier ist vor allem die *„Mindfulness-Based Cognitive Therapy“ (MBCT)* zu nennen. Bei der Entwicklung von MBCT hatten die aus der Verhaltenstherapie kommenden Autoren Segal, Williams und Teasdale (2008) eine klare Zielvorstellung: die Reduktion der Rückfallhäufigkeit bei depressiven Erkrankungen. Bei der Integration von Teilen der MBSR erkannten sie, dass Achtsamkeit nicht einfach als zusätzliches Element zu einem verhaltenstherapeutischen Programm hinzugefügt werden kann. Sie erfordert aus ihrer Sicht eine grundsätzliche Haltungsänderung der Therapeuten und damit eine persönliche Praxis der Achtsamkeit.

Die geringen Erfolge klassisch verhaltenstherapeutischen Vorgehens bei chronisch suizidalen Borderline-Patientinnen führten zur Entwicklung der *„Dialektisch Behavioralen Therapie“ (DBT)* durch Marsha Linehan (1996). Im Rahmen eines einjährigen Gruppenprogramms mit dem Schwerpunkt Emotionsregulation

wird Achtsamkeit als Skill vermittelt. Der Achtsamkeitspraxis der Therapeuten wird keine besondere Bedeutung zugemessen, allerdings ist ihre Fähigkeit zu „*radikaler Akzeptanz*“ beim wertschätzenden Umgang mit den Lösungsversuchen der Patienten gefragt.

In der „*Akzeptanz- und Commitmenttherapie*“ (ACT) (Hayes, Smith & Kugler, 2007) werden mit Hilfe von Übungen Elemente von Achtsamkeit wie „Akzeptanz dessen, was gegenwärtig ist“ und Disidentifikation im Sinne der „kognitiven Defusion“ bei unterschiedlichen Störungsbildern in der Einzeltherapie oder in der Gruppe angewendet.

Wirkmechanismen von Achtsamkeit

Wenn Verhaltenstherapeuten von der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie sprechen, meinen sie damit eine „Lösung zweiter Ordnung“ (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1979). Therapieziel ist nicht mehr, Gedanken und Gefühle zu verändern, sondern die *Beziehung* der Klienten zu ihren Gedanken und Gefühlen. Sie werden daher nicht mehr angeleitet, negative Gedanken oder Selbstbilder auf ihren Wahrheitsgehalt zu überprüfen und sie durch andere, positive Gedanken zu ersetzen. Stattdessen werden diese „einfach“ als Gedanken und Konstrukte erkannt und verlieren damit an Bedeutung. Dieses Vorgehen wird „*distan-*

cing“ oder „*decentering*“ genannt (Segal et al., 2008).

Die Wahrnehmung aus dieser spezifischen, für Klienten zumeist neuen Perspektive nennen Shapiro, Carlson, Astin und Freedman (2006) „*repercieving*“. Neue, „*korrigierende Erfahrungen*“ werden möglich. Das Verweilen in der Beobachterhaltung ermöglicht auch ein Aussteigen aus Automatismen: „*deautomatization*“ (Deikman, 1982; Safran & Segal, 1990) oder „*detachment*“ (Bohart in Martin, 1997, S. 298). Die Aktivierung kognitiv-emotionaler Schemata mit ihren Handlungstendenzen und -entwürfen kann beobachtet und damit relativiert werden (Bohus & Huppertz, 2006). Achtsames Innehalten verhindert Handlungsautomatismen in der Therapie wie im Alltag.

Durch die differenzierte und differenzierende Beobachtung der Komponenten des jeweils gegenwärtigen Erlebens, wie Empfindungen, Gedanken und Gefühlen erfolgt eine „*Dekonstruktion*“ von komplexen Erfahrungen oder auch des Selbstbildes. Dies kann selbst Schmerzen ihren überwältigenden Charakter nehmen und sie handhabbar machen (Young, 2004).

Achtsamkeit wird somit über mehrere Mechanismen wirksam. Martin (1997) sieht in ihr sogar einen allgemeinen Wirk-

faktor der Psychotherapie. Die Vielfalt und Breite der Wirkprinzipien erklären auch das weite Spektrum der erfolgreichen Anwendung achtsamkeitsbasierter Verfahren. Beispielhaft seien aufgeführt: Unspezifischer Stress bei Gesunden (Chiesa & Serretti, 2009; Weinstein, Brown & Ryan, 2009), Rückfallprophylaxe bei Depression (Ma & Teasdale, 2004; Michalak, Heidenreich, Meibert & Schulte, 2008), akute therapieresistente Depression (Kenny & Williams, 2007), Angst (Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995; Evans et al., 2008), Sucht (Hayes et al., 2004b; Heidenreich, Schneider & Michalak, 2006), Essstörungen (Bays, 2009), Burnout-Syndrom (Hayes et al., 2004a; Mackenzie, Poulin & Seidman-Carlson, 2006; Harrer, 2009a), Persönlichkeitsstörungen (Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul & Brink, 2005; Fassbinder et al., 2007), Traumafolgestörungen (Reddemann, 2006; Ogden, Minton & Pain, 2009), Psychosen (Bach & Hayes, 2002; Chadwick, Newman Taylor & Abba, 2005), Zwang (Singh, Wahler, Winton & Adkins, 2004; Patel, Carmody & Simpson, 2007), Schmerz (Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz & Kesper, 2007; Morone, Greco & Weiner, 2008), Krebs (Carlson, Speca, Faris & Pate, 2007; Dobkin, 2008), Palliativmedizin (Harrer, 2009b), sexuelle Störungen (Brotto, Basson & Luria, 2008), Paartherapie (Atkinson, 2005; Christensen, Atkins, Yi, Baucom & George, 2006).

epikur



Die Praxissoftware für Mac, Windows und Linux.

INNOVATIV EFFIZIENT FLEXIBEL MODULAR

Antragsverwaltung / Testdiagnostik / Terminplaner / Antrag VT
Gruppenverwaltung / Formular- und Dokumentensammlung

Das sagen unsere Kunden:

„Ich bin von epikur begeistert. Es ist wunderbar übersichtlich und leicht zu bedienen.“
„Der Support durch kompetente Mitarbeiter ist ein großes Plus von epikur“
„Für Mac-User die Alternative“



www.epikur.de

E-Mail: info@epikur.de

Tel. 030 - 644 924 730

Achtsamkeit in psychodynamischen, körperorientierten und humanistischen Verfahren

Auf Achtsamkeit oder analogen Prinzipien beruhende methodische Ansätze gibt es in den psychodynamischen und körperpsychotherapeutischen Verfahren schon seit über 100 Jahren. Dies wird bei der Rezeption ihrer aktuellen Anwendung in der Verhaltenstherapie oft übersehen, wie etwa von Huppertz (2009). Selbst Freud könnte man zuschreiben, mit der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ und dem „freien Assoziieren“ der Achtsamkeit verwandte Konzepte vorgeschlagen zu haben (vgl. Schade, 2007). Einer der frühen Psychoanalytiker, Roberto Assagioli (1992) entwickelte – von östlicher Philosophie beeinflusst – die Psychosynthese. In Deutschland waren es am Beginn des letzten Jahrhunderts vor allem die Jugendreformbewegung sowie das große Interesse an östlichem Gedankengut und die phänomenologische Philosophie, die einen Hintergrund für achtsame Formen der Bewegungs- und Tanztherapie schufen. Dabei wurde die Arbeit von Elsa Gindler (Weaver, 2006) und Charlotte Selver (Brooks, 1997) zum Ausgangspunkt für eine Reihe von Therapieformen. Sie inspirierte auch Fritz Perls und seine Gestalttherapie (Perls, Hefferline & Goodman, 2006). Wenn auch dessen Konzepte von „awareness“ und „Hier und Jetzt“ nicht die Genauigkeit und Konsequenz des buddhistischen Verständnisses enthielten, war es doch der achtsame östliche Geist, der sich in seinem und vielen anderen humanistischen Verfahren widerspiegelt. Bundschuh-Müller (2007) macht für die Gesprächspsychotherapie geltend, dass sie ein „achtsamkeitsbasiertes personenzentriertes Verfahren“ sei, da die von Rogers vertretene Grundhaltung Achtsamkeit impliziere. Ein Gesichtspunkt, der auch von Walsh (2008) speziell für den Aspekt der Empathie diskutiert wird.

Für die meisten von der Achtsamkeit inspirierten Therapiemethoden war es offensichtlich, dass diese Art von Bewusstseins-schulung mit der genauen, nach innen gerichteten Beobachtung körperlicher Phänomene einhergehen muss. Auch in der traditionellen buddhistischen Übung steht der Körper zunächst fast immer im Vordergrund und wird zum Ankerpunkt für das gegenwärtige Erleben.

So verwundert es nicht, dass es ein Körperpsychotherapeut war, der amerikanische Psychologe Ron Kurtz, der in den 1960er und 1970er Jahren bei der Entwicklung der Hakomi-Methode als erster die Achtsamkeit systematisch, explizit und konsequent in ein psychodynamisches Verfahren integrierte (Kurtz, 1994). Auch Eugene Gendlin (1998) nutzte im Focusing den Körper als das zentrale Objekt achtsamer Beobachtung und auf diese Weise auch als Ausgangspunkt für aufdeckendes Erleben in der Psychotherapie. Zu der Zeit, in der die Verhaltenstherapie die Achtsamkeit entdeckte, hatte sich somit in den tiefenpsychologischen und humanistischen Verfahren bereits eine bedeutsame Entwicklungslinie etabliert, die auf eine reiche Erfahrung mit der Anwendung von Achtsamkeit – oder achtsamkeitsähnlicher Methodik – zurückblicken konnte.

Auch in der Psychoanalyse gibt es seit den 1970er Jahren zahlreiche Versuche, die Praxis der Achtsamkeit für den therapeutischen Prozess nutzbar zu machen (Epstein, 1998; Safran, 2003; Germer, Siegel & Fulton, 2009; Weischede & Zwiebel, 2009).

Grundsätzlich gibt es zwei Formen ihrer konkreten Integration in Psychotherapien: zum einen das Einfügen kleiner Übungen in den Therapieverlauf oder in den Alltag des Klienten (Weiss, Nordlie & Siegel, 2005), zum anderen die *achtsame Haltung* des Therapeuten. Vor allem der zweite Ansatz wird im Rahmen der Psychoanalyse derzeit – auch in der Ausbildung von Psychotherapeuten – verfolgt, und die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Therapeut-Klient-Beziehung diskutiert (Hick & Bien, 2008). Inzwischen liegt auch eine Studie vor, die zeigt, dass sich das Üben der Achtsamkeit auf Seiten der Therapeutinnen günstig auf die Therapieergebnisse auswirkt (Grepmaier & Nickel, 2007).

Disidentifikation

Unabhängig davon, wie Achtsamkeit geübt wird, im Alltag, in Trainingseinheiten, in kleinen Übungen während der Sitzungen oder in der Interaktion mit dem Therapeuten – der zentrale Wirkmechanismus auch in den tiefenpsychologischen Methoden ist die bewusst gemachte *Trennung von Beobachtetem und Beobachter*. Dabei

wird davon ausgegangen, dass Menschen im Alltagsbewusstsein normalerweise mit ihren jeweiligen Zuständen „identifiziert“ sind, insbesondere unter starken emotionalen Belastungen. Dazu eine Fallvignette:

Ein 44-jähriger Buchhalter beschreibt seinen aggressiven Dauerzustand folgendermaßen: „Ich bin ein total wütender Mensch ... ich könnte gerade herumgehen und ein paar Leute umhauen.“ „Ich“ und die Wut sind dabei verschmolzen, er erlebt den wütenden Zustand als er selbst. Das passiert auch, wenn sein Zustand sich plötzlich verändert: Er trifft seine seit Langem im Ausland lebende Tochter und weint vor Glück. Auch diesen Zustand erlebt er als „Ich“: „Ich bin so glücklich“, sagt er in der darauf folgenden Sitzung.

Das regelmäßige Training der Achtsamkeit führt dazu, dass der Klient anfängt, die Zustände auf neue Weise zu erleben: Er gewinnt ein Gefühl für ein „Ich“ in einer Beobachtungsposition, aus der dieses „Ich“ den Zustand der Wut oder den Zustand des Glücks wahrnimmt.

Das beobachtende Wahrnehmen der Innenwelt wird dabei zu einer ruhigen und immer konstanteren Begleitung seiner wechselnden Zustände, die z. B. die Wut wahrnimmt und fühlt, aber eben nicht mit ihr identifiziert ist.

Das Beispiel verdeutlicht, wie sich das Erleben des „Ich“ zunehmend mit dem „Inneren Beobachter“ verbindet. Dieser nimmt nicht nur einzelne Gedanken, Empfindungen und Gefühle wahr. Mit der Zeit werden auch wiederkehrende Aktivierungsmuster als „Zustände“ bzw. wechselnde Identifizierungen mit Persönlichkeitsanteilen erkannt. Diese in einem disidentifiziertem Zustand teilhabend zu beobachten und immer genauer und akzeptierend wahrzunehmen, ist ein Weg zu ihrer Integration (Siegel, 2007). Auch die buddhistische Psychologie misst dem Erkennen und Loslassen von Identifizierungen mit Persönlichkeitsanteilen bzw. Selbstkonzepten eine zentrale Bedeutung zu. Dafür muss aus psychologischer Perspektive möglicherweise zunächst ein reifes „Ich“ entwickelt sein. Engler (2003) beschreibt ein „being somebody“ als Voraussetzung für ein „being nobody“.

Einsicht allein ist zu wenig, um Veränderungsprozesse in Richtung disidentifizierter Zustände herbeizuführen. Es bedarf eines konsequenten Trainings, das aus Sicht neurobiologischer Forschung einen Umbau der Hirnarchitektur zur Folge hat (Davidson et al., 2003a; Smith, Davidson & Kabat-Zinn, 2004; Farb et al., 2007; Lunders, Toga, Lepore & Gaser, 2009) und der die neuronale Basis für disidentifizierte Beobachtungsprozesse bildet.

Der Klient wird dann beispielsweise nicht mehr von seinen selbstverurteilenden Gedankenautomatismen gefangen gehalten (Linehan, 1996) oder von traumatischem Erleben überrollt (Ogden et al., 2009; Reddemann, 2006). Er kann bei seiner Wahrnehmung bleiben, statt zu dissoziieren (Michal et al., 2007) und gewinnt eine größere Toleranz gegenüber aversivem Erleben, was sich etwa auch im Umgang mit Schmerz auswirkt (Grant & Rainville, 2009).

Die Beobachtung von Aktivierungen des „impliziten Gedächtnisses“ im gegenwärtigen Moment

Die Bedeutung des „Hier und Jetzt“ wird in der Humanistischen Psychologie schon seit einem halben Jahrhundert betont (Perls et al., 2006). Bundschuh-Müller macht darauf aufmerksam, dass in E.T. Gendlins erlebensbezogenem Focusing-Ansatz „...das gegenwärtige Erleben der Person, so wie es mo-

mentan im Körper gespürt wird, das Agens des Veränderungsprozesses“ ist (2007, S. 80). In der Psychoanalyse plädiert Stern (2005) für die Beachtung der verändernden Kraft des „Gegenwartsmoments“.

Erst durch die Übung von Achtsamkeit wird es möglich, längere Zeit mit der Aufmerksamkeit in der Gegenwart zu verweilen und nicht Gedankenketten folgend, in Vergangenheit oder Zukunft zu wandern. Einem entsprechend geübten Klienten wird es zunehmend möglich, immer genauer seine automatisch ablaufenden inneren Prozesse zu beobachten. Die habituellen Abläufe des prozeduralen Gedächtnisses sowie die der mentalen Prozesse werden wohlwollend erlaubt, unter Umständen auch erforscht, sich daraus ergebende Impulse aber nicht in Handlung umgesetzt (Weiss, 2009).

Mit Hilfe eines trainierten „Inneren Beobachters“ wird damit in der psychodynamischen Therapie ein besonderer, neuer Arbeitsmodus möglich: ein andauerndes, genaues, nach innen gerichtetes Studium der gegenwärtigen Aktivierungen des „impliziten“ Gedächtnisses (Roth, 2003; Schacter, 1992). Hiermit sind in erster Linie emotionale und körperliche Phänomene gemeint, die auftreten, wenn aufgrund individueller Auslöser automatische, meist unbewusste Reaktionen ablaufen (Bargh & Chartrand, 1999). Ein Fallbeispiel:

Ein 34-jähriger Standesbeamter kommt wegen Schlafstörungen und unkontrollierbarer Nervosität in Gegenwart seiner Vorgesetzten in Therapie. Er bemerkt, dass er sofort den Blicken seines Therapeuten ausweicht, sobald sich die beiden auch nur für einen Moment anschauen. Der Therapeut führt ihn in einen achtsamen Zustand, hier mit geschlossenen Augen. Dann bittet er ihn, ganz genau zu beobachten, was im Inneren passiert, wenn er sich vornimmt, die Augen zu öffnen – im Wissen, dass der Therapeut ihn anblickt. Nach einigen Sekunden fängt er an, zu beschreiben, wie sich bei dieser Vorstellung sein Bauch verkrampft. Der Therapeut fragt nun nach und untersucht in einem achtsamen, nach innen gerichteten Zustand gemeinsam mit ihm die genauen Empfindungen im Bauch. Diese werden beiden nun immer feiner und detaillierter bewusst. Über mehrere Minuten wird die damit verbundene intensive Angst deutlich, die den ganzen Körper erfasst und ihn subtil „vibrieren“ lässt. Nun studieren beide gemeinsam diese Angst und deren Qualitäten. Dabei tauchen plötzlich Bilder von bösen, bohrenden Augen auf, die der Klient aus seinen Träumen kennt. Er bemerkt, dass er intuitiv zu erwarten scheint, dass die Augen anderer Menschen feindlich und drohend auf ihn gerichtet sind, besonders dann, wenn diese Personen „größer“ sind, als er selbst.

Die Wollmarshöhe





Ärztefortbildung

Kennenlernen und Fortbilden 14 Punkte / LÄK-BW

Einladung: **Kostenfreie FB für Ärzte und Psychologen** (Begleitung - Kollegen / Familie möglich)

Thema: **Erfahrungslernen und Handlungsorientierung in der Psychotherapie**

Vortrag und Kurzfilm über integrative Behandlungsmodelle, Erfahrungslernen in stationären Konzepten, Workshop Hochseilgarten, Qi Gong, Therap. Bogenschießen, Mental Excellence-Konzept / Fahrsimulator.

Termine 2010: 24. April | 24. Juli | 09. Okt. | 30. Okt.

Informationen und Anmeldeformulare sind im Internet auf der Seite www.wollmarshoehoe.de für Sie vorbereitet!

Ärztefortbildung

Therapeutisches Bogenschießen 60 Punkte / LÄK-BW

Für Ärzte und Psychologen

Curriculäre Fortbildung / 4 Wochenendeinheiten

Termine 2010: I 07. - 09. Mai II 18. - 20. Juni
III 09. - 11. Juli IV 01. - 03. Okt.

Ärztefortbildung

Intuitives Bogenschießen

Für Ärzte und Psychologen

Erfahrungsorientiertes Wochenendseminar / Selbsterfahrung

Termin 2010: 02. - 04. Juli

www.wollmarshoehoe.de

Klinik Wollmarshöhe
Fachkrankenhaus für psychosomatische Medizin
Internistische Medizin, Neuropsychologie / Neurologie, Psychiatrie

Kontakt: Tel. 07520/927-0 | info@wollmarshoehoe.de
Region Bodensee / Oberschwaben

Orientierung auf den Körper und die Gefühle

Achtsamkeit hat ihren Ausgangspunkt im Körper, ihr Körperbezug ist essentiell. So beginnt etwa die auf Buddha zurückgehende Achtsamkeitsmeditation (Vipassana) mit der inneren Betrachtung körperlicher Phänomene, wie der Atemtätigkeit. Der Körper ist zugleich das einfachste Objekt der Beobachtung und der Ort an dem sowohl prozedurale, als auch emotionale Ereignisse wahrgenommen werden. Dazu gehören etwa in der frühen Mutter-Kind-Interaktion erlernte motorische Schemata (Stern, 1979; Downing, 2006; Siegel, 2006). Die Bedeutung des „Körpers“ bzw. seiner mentalen Repräsentanz beim Erleben von Emotionen (Damasio, 2000, 2004) und bei der Selbstorganisation der menschlichen Psyche ist auch auf der Basis der neurobiologischen Forschung allgemein anerkannt (Davidson, Scherer & Goldsmith, 2003b; Damasio, 2005).

So fördern etwa die Gestalttherapie und verschiedene Körperpsychotherapien mit ihrem Fokus auf *sinnlicher* Selbstreflexivität (Marlock, 2006) eine genaue Leibwahrnehmung. Sie nutzen Methoden, die der Achtsamkeit zumindest nahe kommen. Dabei werden Klienten angehalten, aus einem nach außen gerichteten, automatisch (selbst)organisierten Zustand im Alltagsbewusstsein in einen selbstwahrnehmenden und untersuchend-achtsamen Zustand zu wechseln.

Der Ablauf kann dem ähneln, was im Protokoll einer körperpsychotherapeutischen Sitzung mit einer 26-jährigen Studentin beschrieben wird:

Klientin: (Erzählt von einem Streit mit ihrer Chefin bei einer Tele-Marketing-Firma) „Dabei hatte ich sehr wohl beide Zettel ausgefüllt ... sie hatte nur nicht richtig nachgeschaut. Jedenfalls hat sie mich derart angebrüllt, dass mir fast das Trommelfell geplatzt ist ... und alle haben natürlich herübergeschaut.“ (Spricht mit lächelndem Gesicht.)

Therapeut: „Du lachst (Pause) aber es scheint dir nicht wirklich nach Lachen zuzumute zu sein?“

Klientin: (Gesicht wird ernst) „Nein, ... nein, ... das ging mir schon ganz schön nahe.“ (Die Klientin berichtet im Alltagsbewusstsein, entfernt vom gegenwärtigen Moment. Um einen Schritt in die Achtsamkeit vorzubereiten nutzt der Therapeut den Widerspruch zwischen zwei „Teilen“, die sie bemerkt: einem beschämten und einem, der die Scham verbergen will.)

Therapeut: „Das trifft dich irgendwie?“ (Er spricht in der Gegenwartsform.)

Klientin: „Ja, das ist mir unheimlich peinlich.“

Therapeut: „... richtiges Schämen?“

Klientin: „Ich glaub‘ schon.“

Therapeut: „Hättest du Interesse, dieses Gefühl einmal genauer zu erforschen?“

Klientin: „Naja, ... ich schäm‘ mich ja viel ...“

Therapeut: „Eigentlich, ‘ne wichtige Sache?“

Klientin: „Das stimmt.“

Therapeut: „Dann nimm dir doch mal einen Moment Zeit, um achtsam zu werden.“ (Die Klientin hat schon Erfahrung mit Achtsamkeit.)

Klientin: (Setzt sich zurück, der Blick senkt sich, sie fokussiert nach innen.)

Therapeut: „Lass die Szene doch noch einmal vor deinem geistigen Auge ablaufen.“

Klientin: (Nickt nach einer Weile)

Therapeut: „Was kannst du bemerken? ... Wie reagiert dein Inneres?“

Klientin: (Pause) „Alles zieht sich zusammen ... ich fühle, wie ich zu lächeln anfange ... da ist nur ein Impuls ... nur weg!“

Therapeut: „Da passiert ‘ne ganze Menge auf einmal?“ (Pause)

Klientin: „Ja, aber dieses Kontrahieren ... dieses Wegschrumpfen ... das ist richtig intensiv.“

Therapeut: „Wollen wir einen Moment dabei bleiben und es genauer untersuchen?“

Klientin: (Nickt langsam) „Ja, ... ja, ... mein Gott, das ist, als wenn jede Zelle sich verkrampft.“

In der Folge erlaubt sich Frau L., langsam ihren Schamzustand entstehen zu lassen, um ihn zu erkunden. Sie bleibt für etwa zehn Minuten in Achtsamkeit, um herauszufinden, wie dieses Gefühl der Scham beschaffen ist und seine Hintergründe ins Bewusstsein treten zu lassen. Sie ist im Zustand der Scham und studiert zugleich diesen Zustand aus der Beobachterposition.

Orientierung auf die Erfahrung

Das Wesen der Achtsamkeit steht im Widerspruch zu einem mental reflektierenden Vorgehen. Wenn Reflexionen auftauchen, werden diese – wie auch andere Phänomene – aus einer wohlwollend-distanzierten Perspektive beobachtet. Sie werden bemerkt und studiert, aber nicht als Ausdruck der Realität verstanden.

Achtsamkeit eignet sich aus diesen Gründen besonders für eine Nutzung innerhalb der von Greenberg, Watson und Lietaer (1998) als „erfahrungsorientiert“ bezeichneten Psychotherapieformen wie der Gesprächstherapie, Focusing und bestimmten Körperpsychotherapien, somit Verfahren, die sehr großes Gewicht auf die Rolle des Bewusstseins, der Gefühle und meist auch des Körpers legen. Er schreibt:

„Es wurde (von Greenberg et al., Anm. der Autoren) kürzlich ein dialektisch-konstruktivistisches Modell einer erfahrungsorientierten (experientiellen) Therapie vorgeschlagen, in dem Erfahrungstheorie auf einer Linie mit modernen Sichtweisen von Emotion, von konstruktiver Kognition und von der Arbeitsweise dynamischer Systeme integriert und entwickelt wird. ... Aus dieser Sicht wird eine Person als ein symbolisierendes, Bedeutung schaffendes Wesen verstanden, das als ein dynamisches System handelt und ständig Informationen aus vielen Ebenen der Verarbeitung, sowohl aus inneren als auch äußeren Quellen, in bewusste Erfahrung synthetisiert. Drei Hauptebenen der

EMDR-Institut Deutschland

der autorisierte Partner des Instituts von Francine Shapiro PhD, USA



EMDR ist eine der erfolgreichsten Psychotherapiemethoden zur Behandlung von Traumafolgerkrankungen und gut integrierbar in jedes Psychotherapieverfahren. 2006 wurde EMDR als wissenschaftliche Methode anerkannt.

Unser Institut ist das **führende Ausbildungs-Institut** in EMDR. **Dr. Arne Hofmann** führte EMDR im deutschsprachigen Raum ein und entwickelte es mit seinem Team weiter. Die praxisnahe Ausbildung erfolgt in supervidierten Kleingruppen und ist mit **Fortbildungspunkten** zertifiziert.

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

25.-27.02.10 + 08.05.10 **Oberursel**
 11.-13.03.10 + 16.04.10 **Bad Mergentheim**
 07.-09.05.10 + 19.06.10 **Bad Segeberg/Hamburg**
 17.-19.06.10 + 17.09.10 **Köln**
 23.-25.09.10 + 19.11.10 **Chemnitz**
 30.09.-02.10. + 04.12.10 **Wiesloch**
 22.-24.10.10 + 27.11.10 **München**
 29.-31.10.10 + 15.01.11 **Bad Bevensen (bei Lüneburg)**
 04.-06.11.10 + 03.12.10 **Köln**
 11.-13.11.10 + 21.01.11 **Nürnberg**

Info und Anmeldung:

D - 51427 Bergisch Gladbach
 Telefon: +49 - (0) 22 04 - 2 58 66
 Telefax: +49 - (0) 22 04 - 96 31 82

EMDR-Institut
 Dolmanstraße 86 b
www.emdr.de
 info@emdr-institut.de

Die Alexianer sind eine Unternehmensgruppe der Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Bundesweit betreiben wir Krankenhäuser, Heime der Alten- und Behindertenhilfe, ambulante Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen sowie Werkstätten für behinderte Menschen und Integrationsfirmen. Als Tochter des Ordens der Alexianerbrüder mit über 800-jähriger Tradition sind wir Arbeitgeber für mehr als 10.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.



Alexianer
 KRANKENHAUS MARIA-HILF
 GMBH KREFELD

Die Krankenhaus Maria-Hilf GmbH Krefeld betreibt verschiedene Einrichtungen mit insgesamt 524 akutmedizinischen Betten sowie 53 Betten für medizinische Rehabilitation, einen Wohn- und Betreuungsverbund für Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen mit 145 Plätzen, Tagespflege mit 12 Plätzen für Menschen mit Demenz, KreVital – Institut für Gesundheitsförderung, eine Krankenpflegeschule und einen ambulanten Pflegedienst. Unsere Einrichtungen werden wegen des hohen fachlichen Niveaus und der persönlichen Atmosphäre geschätzt. Wir sind zertifiziert nach dem Audit berufundfamilie als besonders familienfreundlicher Arbeitgeber sowie nach KTQ. Der Sitz des Unternehmens liegt verkehrsgünstig im Süden Krefelds.

Für unsere Psychiatrische Institutsambulanz suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n einsetzungsfreudige/n

Psychologische/n Psychotherapeutin/-en

sowie eine/n

Assistenzärztin/-arzt

IHR AUFGABENGEBIET UMFASST:

- integrative Vernetzung zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich
- Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen
- Durchführung von Gruppentherapien für verschiedenste Störungen
- aufsuchende therapeutische Tätigkeit im Rahmen von Hausbesuchen

SIE VERFÜGEN ÜBER:

- eine abgeschlossene oder zumindest weit fortgeschrittene Weiterbildung
- Verantwortungsbereitschaft sowie Integrations- und Teamfähigkeit
- Kenntnisse in Planung und Durchführung von psychopathometrischen Testungen
- Grundkenntnisse in neuropsychologischer Diagnostik und Therapie wären wünschenswert

WIR BIETEN IHNEN:

- eine äußerst abwechslungsreiche und vielseitige Tätigkeit mit einem größtmöglichen Maß an Selbstverantwortung und eigenständiger Organisation,
- sehr gute Arbeitsbedingungen (aufgeschlossenes, gut eingespieltes Team sowie kollegiale und freundliche Arbeitsatmosphäre in großzügigen, modernen Räumlichkeiten mit psychodiagnostischem Testlabor)
- eine leistungsgerechte Vergütung nach AVR-Caritas einschließlich aller Sozialleistungen und einer zusätzlichen Altersversorgung
- bei entsprechender Eignung die Möglichkeit zusätzlicher Einnahmen im Rahmen des Liquidationsrechtes des Chefarztes
- Unterkunftsmöglichkeit im Personalwohnheim
- die Möglichkeit, Ihre Kinder betreuen zu lassen
- der Chefarzt verfügt über eine zweijährige Weiterbildungsbezugnis für das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie

Für nähere Auskünfte steht Ihnen Chefarzt Dr. med. S. Spittler gern zur Verfügung: Tel.: (02151) 334-7701.

Unsere Arbeitsatmosphäre ist geprägt durch ein Miteinander, das durch das christliche Menschenbild bestimmt ist. Wir wünschen uns dabei Ihre aktive Mitwirkung.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:
Krankenhaus Maria-Hilf GmbH Krefeld
Chefarzt Dr. med. S. Spittler
Psychiatrische Institutsambulanz
Oberdiebener Straße 136 · 47805 Krefeld



Weitere Informationen erhalten Sie im Internet unter:

www.maria-hilf.de · www.alexianer.de · www.alexianer-kloster.de

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HYPNOSE UND HYPNOTHERAPIE (DGH)



HYPNOTHERAPIEWEITERBILDUNG für DiplompsychologInnen, ÄrztInnen

KONSTANZ und WIESBADEN

Referent: Prof. Dr. Walter BONGARTZ
www.hypnose-kikh.de

Beginn des curriculums: Konstanz: 02.10.2010
 Wiesbaden: 23.10.2010

**Kursinformationen/
 Anmeldung:** K.I.K.H. (Klingenberger Institut für
 Klinische Hypnose)
 Färberstr. 3A
 78467 Konstanz
 Fon/Fax: 07531 - 6060350
bongartz@hypnose-kikh.de

COESFELD

Referentin: Dr. Helga HÜSKEN - JANSSEN
www.dgh-hypnose.de

Beginn des curriculums: COESFELD: 03.12.2010

**Kursinformationen/
 Anmeldung:** Westfälisches Institut für
 Hypnose und Hypnotherapie
 Druffelsweg 3
 48653 Coesfeld Fon: 02541 - 6500
HHueskenJanssen@aol.com

Verarbeitung – die angeborene sensumotorische, die des emotional-schematischen Gedächtnisses und die Verarbeitung auf der konzeptuellen Ebene – werden identifiziert. Dabei werden Menschen so verstanden, dass sie ihre Erfahrungen in Schemata hinein organisieren, die auf der Gefühlsebene verankert sind und die dann eine zentrale Rolle in der Funktion und bei der Schaffung von Bedeutung spielen“ (Greenberg et al., 1998, S. 42-43, Übersetzung und Hervorhebung durch die Autoren).

Da Achtsamkeit in der Therapie dazu genutzt werden kann, diese inneren Verarbeitungsprozesse und Schemata zu beobachten, zu aktivieren und ins Erleben zu heben, ist auch ein Durcharbeiten dieser Erfahrungen möglich, sowie die Vermittlung „korrigierender“ Erfahrungen (Alexander & French, 1946). Solche Prozesse werden zum Beispiel bei Kurtz (1994) und Weiss, Harrer und Dietz (2010) beschrieben. Dabei werden, anders als in den klassischen Achtsamkeitsübungen, beobachtete Objekte nicht nur wahrgenommen und dann aus der Wahrnehmung „fallen gelassen“. Stattdessen können dabei auftretende, problematische Zustände mit Hilfe des Therapeuten über längere Zeit bewusst fokussiert und vertiefend erforscht werden. Das entstehende, zunehmend komplexe Erleben kann nach seiner Aktivierung durch genau konzipierte neue Erfahrungen positiv verändert werden (vgl. Grawe, 2004, S. 429; Nadel, 1994; Nader, 2003).

Achtsamkeit der Therapeuten

Bei achtsamkeitsbasiertem Vorgehen wird der Achtsamkeit des Therapeuten zumeist eine besondere Bedeutung zugesprochen. Wegen ihrer wachsenden Popularität könnten sich allerdings auch Therapeuten zur Nutzung der Achtsamkeit hingezogen fühlen, die wenig eigene Erfahrung mit Achtsamkeitspraxis haben. Auf dieses Problem wurde auch in der Verhaltenstherapie ausführlich hingewiesen, beispielsweise von Segal, Williams und Teasdale (2008). Insbesondere zielorientierte und manualisierte Interventionen behindern unter Umständen die wissenschaftlich-neugierige Haltung der Achtsamkeit. Sie beschrän-

ken eine ergebnisoffene, akzeptierende Grundhaltung, die aus der Perspektive der Achtsamkeit Voraussetzung für exaktes Beobachten und zunehmenden Frieden mit sich selbst und Anderen ist (Germer, 2006; Kornfield, 2008). Eine solche Haltung widerspricht in vielerlei Hinsicht dem vorherrschenden Behandlungsparadigma unserer Zeit. Die Umstellung auf eine achtsame Haltung ist daher für Therapeuten in der Regel eine große Herausforderung. Wenn sich die Wirkung der Achtsamkeit entfalten soll, muss ein Therapeut sie vorleben können. Sie spiegelt sich dann in einer liebevollen und präsenten therapeutischen Beziehung wider (Hick, 2008).

Die therapeutische Beziehung gilt allgemein als wichtigster einzelner Wirkfaktor der Psychotherapie (Lambert, 1992). Der Achtsamkeit kann bei ihrer bewussten Gestaltung vielleicht eine bedeutsame Rolle zugebilligt werden (Fulton, 2009). Psychotherapeuten können durch eine geschulte Achtsamkeit auf mehrfache Weise zum Gelingen des therapeutischen Prozesses beitragen:

- Ihre Präsenz (Gehart & McCollum, 2008) und Aufmerksamkeit für das Erleben des Klienten sowie ihr gleichbleibendes Interesse („wholehearted attention“; Horney, 1951) können an sich schon zu einer für viele Klienten neuen, heilsamen Erfahrung werden.
- Die Fähigkeit zur „bifokalen Wahrnehmung“ wird verfeinert, indem Therapeuten lernen, das Erleben des Klienten und zugleich ihr eigenes zu beobachten. Weischede und Zwiebel (2009, S. 39) beziehen sich auf Freud und das von ihm beschriebene Beobachten der eigenen psychischen Vorgänge unter Vermeidung kritischer Bewertungen. Allerdings hätten weder Freud noch seine Nachfolger beschrieben, wie diese Haltung kultiviert werden könnte.
- Die akzeptierende Haltung dient dem Klienten als Modell, sich eigenen abgelehnten Anteilen wohlwollend und ohne Selbstkritik zuzuwenden, sie zu verstehen und anzunehmen. In der Begrifflichkeit Bions könnte man Achtsamkeit auch als Erweiterung der Fähigkeit des Therapeuten zu „Reverie“ oder als Verbesserung des „inneren Containers“ verstehen, in-

dem dieser jeden Inhalt bewahren kann, ohne das Bedürfnis, diesen zurückzuweisen oder durch eine Handlung loszuwerden (vgl. Pelled, 2007).

- Achtsamkeitsschulung erhöht die Empathiefähigkeit (Shapiro & Izett, 2008), indem vermehrte Selbsteinfühlung auch zu einem tieferen Verständnis darüber führt, wie Menschen ihre eigene Welt erschaffen. Mitgefühl für andere und sich selbst (Self-Compassion, vgl. Neff, 2003; Germer, 2009b) wird gefördert.
- Die Fähigkeit des Therapeuten, intensive Gefühle wahrzunehmen und auszuhalten, wirkt für Klienten als Modell, sich ihnen ebenfalls zuzuwenden und sich ihnen auszusetzen.
- Eigene Theorien und Modelle werden zunehmend als solche erkannt und dadurch weniger für „wahr“ gehalten. Therapeuten sind dann auch weniger an sie gebunden und werden ergebnisoffener.
- Achtsamkeit verhilft zu einem bewussteren Umgang mit eigenen narzisstischen Themen, mit Selbstbild und Selbstwert und zu einer höheren Toleranz gegenüber den eigenen Grenzen.

Es gibt allerdings bisher nur vereinzelt dokumentierte, dafür aber vielversprechende Versuche, Achtsamkeitsschulung in die Ausbildung von Psychotherapeuten zu integrieren (Fulton, 2009; Gehart & McCollum, 2008; Grepmaier et al., 2007).

Grenzen der Anwendung von Achtsamkeit

Die Anwendung des buddhistischen Konzepts der Achtsamkeit in der modernen Psychotherapie stößt auch an Grenzen. Ganz grundsätzlich lässt sich mit Grossman (2008) kritisch fragen, inwieweit die modernen westlichen Versuche, Achtsamkeit zu konzeptualisieren, zu operationalisieren und zu messen überhaupt der Breite und Tiefe des Konzepts gerecht werden. Es bestünde die Gefahr, Achtsamkeit zu trivialisieren.

Die Anwendung von Achtsamkeit ist mit großen Herausforderungen an die Therapeuten verbunden:

- Die Haltung der Ergebnisoffenheit: Diese steht in einem grundsätzlichen Spannungsfeld zu den Veränderungsansprüchen der Klienten, den Anforderungen des Gesundheitssystems und der Therapeuten an sich selbst (vgl. Lau & McCain, 2005).
- Der Umgang mit der Paradoxie einer akzeptanzbasierten Veränderung, die aus dem „Nicht-Verändern-Wollen“ entsteht, und doch die Veränderung intendiert.
- Die Widersprüche zwischen den Konzepten diagnostischer Einordnung und störungsspezifischer, bisweilen sogar manualisierter Vorgehensweisen und einer bewusst ohne Konzepte gestalteten Begegnung mit dem Klienten im „Anfängergeist“ und eines prozessorientierten Vorgehens. Dies ist mit dem Verlust einiger Dimensionen einer Sicherheit gebenden Expertenrolle verbunden.
- Die grundlegende Akzeptanz auch schwieriger Persönlichkeitsanteile der Klienten, besonders wenn diese selbst darunter leiden.
- Die Nähe und Intimität der Begegnung, die das präsente, achtsame Miteinander herstellt.
- Die Modellfunktion, welche der Therapeut auf der Basis seiner persönlichen Erfahrung das Konzept – im engeren Sinne des Wortes – verkörpert.

Es gibt dazu Grenzen auf der Seite der *Klienten*: Achtsamkeit ist eine komplexe psychische Leistung, die meist erst im Verlauf der Psychotherapie entwickelt und geübt werden muss. So verhindert etwa ein erhöhtes oder zu geringes Aktivierungsniveau den Zugang zu achtsamen Zuständen. Bei Klienten mit strukturellen Störungen sind oft am Beginn einer Therapie eine differenziertere Wahrnehmung des Körpers und eine Beobachtung und Beschreibung von Gedanken und Gefühlen ohne unmittelbar zu handeln nahezu unmöglich. Dann bedarf es einer längeren, strukturbildenden Vorarbeit, um Achtsamkeit überhaupt erst zu ermöglichen. Die Entwicklung selbstreflexiver Fähigkeiten in Form eines wohlwollenden „Inneren Beobachters“ ist dann u. U. ein jahrelanger Prozess (vgl. Günther, 2006).

Beschreibungen von „Nebenwirkungen“ von Achtsamkeitstrainings beziehen sich nicht auf die beschriebenen Anwendungen, sondern auf längere Intensiv-Retreats (Shapiro, 1992). Die Sorge, dass Achtsamkeit zu einer psychischen Dekompensation führen kann, wird von Bohus & Wolf (2009, S. 85) entkräftet: Sie betonen, dass sie bei ihren über 500 mit der DBT behandelten Borderline-Patientinnen während oder nach Achtsamkeitsübungen noch nie eine psychotische Entgleisung beobachtet hätten.

Eine potentielle Gefahr liegt in einer aus Sicht der Autoren falsch verstandenen Achtsamkeitspraxis im Sinne von Dissoziation und einem Vermeiden von Unangenehem und Schmerzlichem, oder der Abspaltung von unakzeptablen Persönlichkeitsanteilen. Speziell „klassische“ Anleitungen zur Konzentration etwa auf den Atem und dem Loslassen aller anderen Wahrnehmungen könnten in diesem Sinne verstanden und wirksam werden.

Achtsamkeit stößt zuletzt noch auf die kulturell-weltanschaulichen Grenzen des Anwendungskontextes. Ihr Welt- und Menschbild steht im Widerspruch zu dem der „Reparaturmedizin“ und des Gesundheitssystems, das die aktuelle Psychotherapieauffassung prägt (Linford & Arden, 2009).

Ausblick

Es ist anzunehmen, dass die Integration von Achtsamkeit in psychotherapeutische Prozesse keine Modeerscheinung ist. Der Stand der Forschung und Praxis ist bereits sehr fortgeschritten und scheint darauf hinzuweisen, dass Achtsamkeitsübungen einen tiefen Einfluss auf die Struktur des Bewusstseins und des Gehirns ausüben. Solch ein Bewusstseins-training eröffnet eine inspirierende neue Perspektive in der Psychotherapie, da ei-



UNIVERSITÄTSVERBUND FÜR FORTBILDUNG IN PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPIE Praxissymposium (8 Fortbildungspunkte, LPPKJP-Hessen)

Sa. 12. Juni 2010, 9:00 – 18:00

Körper, Emotion und Selbstwert in der Psychotherapie

Prof. Paul Gilbert: Compassion Focused Therapy; UK
Prof. Dr. Georg Eifert: Selbstwert in der akzeptanzbasierten Therapie; USA
PD Dr. Johannes Michalak: Achtsamkeit, Emotion und Körper; GER
Dr. Anne Dyer: Körperbildtherapie; GER

Informationen/Anmeldung:

Dr. Heike Winter, Ausbildungsprogramm Psychologische Psychotherapie, Postfach 11 19 32, Fach 120, 60054 Frankfurt/Main
Tel.: 069-798 23723, Mail: ausbildungsprogramm@psych.uni-frankfurt.de, Web: www.psychotherapie-ausbildung-frankfurt.de

ne fundamentale Ressource aktiviert zu werden scheint.

„Psychologische Techniken aus einer 2500 Jahre alten Tradition zur Verfügung zu haben, die offensichtlich unser Gehirn verändern, unser Verhalten zum Besseren formen und intuitive Einsichten ermöglichen, wie man das Leben vollständiger lebt, sind eine Gelegenheit, die Psychotherapeuten schwerlich ignorieren können. Die Zeit wird erweisen, was wir daraus machen“ (Germer, 2009a, S. 49).

Literatur

Die Literatur zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de, weiterführendes zu Achtsamkeit unter www.achtsamleben.at.



Dipl.-Psych. Halko Weiss Ph.D.

Psychologischer Psychotherapeut,
Mitbegründer und Senior Trainer des Hakomi Institute in Boulder, Colorado, USA
Trainer, Coach, Supervisor
Lagerlöfstraße 22
22391 Hamburg
HalkoHD@aol.com



Dr. med. Michael E. Harrer

Psychiater und Psychotherapeut (Kathym imaginative Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie, Hakomi) und Supervisor in freier Praxis in Innsbruck
Jahnstraße 18
A-6020 Innsbruck
michael.harrer@chello.at