

Dr. Ernst Kern

Achtsamkeit und Körperpsychotherapie

„Man sieht nur mit dem Herzen gut“

Herzstück dieses Beitrags ist die Geschichte einer jungen Borderline-Patientin. Sie lässt uns nachempfinden, wie sehr auf Körperwahrnehmungen basierende Achtsamkeit die Heilung der jungen Patientin in Gang setzt; sie im Grunde erst ermöglicht. Ernst Kern zeigt auf, welche herausragende Rolle Achtsamkeit als Grundvoraussetzung für Veränderungsprozesse innerhalb von Therapie und Beratung spielt. Der Artikel spiegelt seine langjährigen Erfahrungen mit dem Personzentrierten Ansatz wider und verdeutlicht die engen Verbindungen zwischen personzentrierten Haltungen und Achtsamkeit. Außerdem durchleuchtet der Autor den Achtsamkeitsbegriff vor dem Hintergrund unterschiedlicher therapeutischer Konzepte und umreißt die Phänomenologie von Achtsamkeit. Er verdeutlicht überdies Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit, Aufmerksamkeit, Gegenwart, Gewahrsein, Gewährwerden, gelebter Erfahrung, Bewusstsein und damit einhergehendem Veränderungspotenzial. Am Ende des Beitrags wird klar, welche Rolle achtsamkeitsbasierte Therapie und Beratung im Umgang mit Emotionen spielt, wie sie die Entwicklung des Selbstwertgefühls unterstützt und zu verbesserter Selbstfürsorge führt.



Dr. Ernst Kern

Psychiatrische Klinik Sonnenberg
Sonnenbergstraße 10, 66119 Saarbrücken,
E-Mail: e.kern.sb@shg-kliniken.de

Diplom-Psychologe, Dr. Phil., approbierter psychologischer Psychotherapeut. Gesprächspsychotherapeut, Klientenzentrierter Körperpsychotherapeut (GFK), Focusing, Tanztherapie und Traumatherapie (EMDR), Ausbilder Gesprächspsychotherapie (Co-Ausbilder), Supervisor. 1986 bis 2004 in einer psychosomatischen Klinik; seit 2005 leitender Psychologe. Weitere Arbeitsschwerpunkte: Trauma, Persönlichkeitsstörungen, ADHS, Pathologisches Glücksspiel, Sucht.

Einleitung

Als der kleine Prinz von Antoine de Saint-Exupéry auf die Erde kam, wunderte er sich über die Menschen. „*Sie haben es sehr eilig, sagte der kleine Prinz. ‚Wohin wollen sie?‘ ‚Der Mann von der Lokomotive weiß es selbst nicht, sagte der Weichensteller. ‚Waren sie nicht zufrieden dort, wo sie waren?‘ ‚Man ist nie zufrieden dort, wo man ist.‘*“ (De Saint-Exupéry 1950, S. 73) In der Wüste begegnet der kleine Prinz dem Fuchs, der ihn das Wunder der Wahrnehmung entdecken lässt: „*Hier ist mein Geheimnis: Es ist ganz einfach: Man sieht nur mit dem Herzen gut*“ (ebd. S. 72).

Die Klinische Psychologie hat den Bedingungen der Wahrnehmung und der Aufmerksamkeit über lange Zeit viel zu wenig Beachtung geschenkt. Erst in den letzten Jahren rückten mit den Erkenntnissen der Neurobiologie insbesondere auf dem Gebiet der Psychotraumatologie Faktoren der Wahrnehmungsverarbeitung stärker in den Mittelpunkt (Van der Kolk 1996). Diese Entwicklung wurde mit der Differenzierung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms (ADHS) fortgesetzt. Bei diesem Störungsbild wird derzeit die klinische Diagnose vor allem

über aufmerksamkeitsbezogene und emotionale Kriterien definiert (Krause 2005). In der Psychotherapie wurde und wird die prinzipiell schon lange bekannte Rolle der Achtsamkeit wieder entdeckt und zunehmend in Konzepte integriert (Linehan 1996).

Ich werde in diesem Beitrag zwei besonderen Aspekten der Achtsamkeit nachgehen, die nach meinen Erfahrungen für die psychotherapeutische Praxis wichtig, interessant, relativ einfach umzusetzen, und auf vielen Ebenen



nützlich sind. Meine beiden Ausgangsthesen dazu lauten:

These 1: Achtsamkeit ist eine zentrale Voraussetzung für psychotherapeutische Veränderungen.

These 2: Der wichtigste Träger der Achtsamkeit neben dem Geist ist der Körper. Das muss von einer Psychotherapie berücksichtigt werden, die mit diesem Konzept arbeitet.

Achtsamkeit als Basis psychotherapeutischer Veränderungen

In meiner alltäglichen Arbeit in Kliniken habe ich häufig mit Borderline-Patientinnen und -patienten zu tun. Bei diesen Patienten ist ein Merkmal besonders ausgeprägt, das in der Verhaltenstherapie gelegentlich als „Affekt-Phobie“ bezeichnet wird (McCullough et al. 2003). Darunter versteht man, dass Menschen weitgehend versuchen, sich nicht zu spüren, da „spüren“ für sie mit überwiegend negativen, schmerzhaften, und nicht-steuerbaren Gefühlen und inneren Zustände verbunden ist. Dieses Vermeidungsverhalten führt zu wachsender innerer und äußerer Kontaktlosigkeit mit der Folge quälender Entfremdung sich selbst und der Welt gegenüber. Konkret bedeutet das, dass diese Personen oft nicht „da“ sind, weder bei sich noch im gegenwärtigen Kontakt z. B. in der therapeutischen Situation.¹

Achtsamkeit als Grundlage für psychologischen Kontakt

Rogers (1957) formulierte sechs Grundbedingungen für konstruktive therapeutische Veränderungen. Davon werden meist nur die drei bekannten Grundhaltungen Kongruenz, empathisches Verstehen und bedingungslos positive Beachtung genannt. Für sie ist ein hohes Ausmaß an Achtsamkeit und Akzeptanz auf Seiten der Therapeuten notwendig (Bundschuh-Mülller 2004).

Weitere Bedingungen von Rogers befassen sich mit den Klienten:

- Zwei Personen befinden sich in psychologischem Kontakt.
- Der Klient nimmt zumindest in einem bestimmten Ausmaß die Angebote des Therapeuten wahr.

Rogers definiert „psychologischen Kontakt“ so, dass die beiden Personen jeweils im gegenseitigen Wahrnehmungsfeld beim anderen eine Unterscheidung machen (vgl. Eckert, Biermann-Ratjen & Höger 2006, S. 119). Bei geringer Achtsamkeit auf Seiten der Klienten ist ein psychologischer Kontakt nur sehr eingeschränkt möglich; dadurch sinkt auch die entwicklungsfördernde Wirkung des Personenzentrierten Beziehungsangebotes. Es lohnt sich also, sich in Therapie und Beratungssituationen mit der Verbesserung der Achtsamkeit unserer Klientinnen und Klienten zu beschäftigen. Dafür ist es notwendig, sich darüber klar zu werden, was mit Achtsamkeit eigentlich genau gemeint ist.

Der Begriff der Achtsamkeit

Heidenreich und Michalak definieren Achtsamkeit folgendermaßen: „...Achtsamkeit (stellt) eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung dar, wobei die Aufmerksamkeit (1) absichtsvoll und (2) nicht-wertend (3) auf das bewusste Erleben des aktuellen Augenblicks gerichtet ist.“ (2004, S. 11)

Linehan (1996) operationalisiert das Konzept in folgenden Kategorien:

Die so genannten „Was“-Fertigkeiten, (d. h. was ist achtsam zu tun?):

- wahrnehmen
- beschreiben
- teilnehmen

Die so genannten Wie-Fertigkeiten (d. h. wie wird etwas achtsam getan?):

- nicht-bewertend
- konzentriert
- wirkungsvoll

Diese einzelnen Aspekte werden im Skills-Training der Dialektisch-Behavioralen Therapie übend vermittelt (Linehan 1996).

ralen Therapie übend vermittelt (Linehan 1996).

Aus funktionaler Sicht ist innere Achtsamkeit eine effektive Technik zur besseren Regulation von Emotionen (Lammers 2007, S. 107ff). Bei der Regulation von Spannungszuständen und Gefühlen schafft Achtsamkeit eine hilfreiche Distanz, aus der heraus auch negative Emotionen besser angenommen werden können und besser kontrollierbar sind.

Aus neurobiologischer Perspektive ist ein bestimmtes Maß an Vigilanz und Aufmerksamkeit wichtig, damit das Gehirn etwas Neues lernen kann. Achtsamkeit „öffnet“ uns gewissermaßen für das Lernen, und das gilt natürlich auch für psychotherapeutisches Lernen (Gottwald 2006). Wichtig scheint dabei ein optimaler Stresslevel zu sein. Weder bei zu starker noch bei zu wenig Anspannung sind wir gut aufnahmefähig.

„Aufmerksamkeit, also achtsames gegenwärtiges Erleben, muss somit auf dem Boden der neurobiologischen Befunde als sehr zentrales Veränderungsmoment angesehen werden. Das Erleben von Achtsamkeit bedeutet schon als solches eine Stärkung der reflexiven Ich-Funktionen“ (Gottwald 2006, S. 126).

Neben solchen wichtigen neurobiologischen bzw. verhaltensbezogenen Überlegungen erscheint für einen Personenzentrierten körperpsychotherapeutischen Zugang aber auch eine phänomenologische Betrachtung des Achtsamkeitsbegriffs notwendig und lohnenswert.

Veränderung kann immer nur in der Gegenwart stattfinden: Die Phänomenologie des Gegenwarts Moments von Daniel Stern

Der Entwicklungspsychologe Daniel Stern beschäftigt sich in seinem faszinierenden neuesten Buch mit der Phänomenologie des gegenwärtigen Augenblicks und seiner großen Bedeutung für Psychotherapie:

„Der Gegenwärtmoment kann von der Vergangenheit oder von der Zukunft als Geisel genommen werden. Die Vergangenheit kann die Gegenwart ausblenden, indem sie einen derart großen Schatten über sie wirft, dass die Gegenwart nur bestätigen kann, was bereits bekannt ist (...). Die Gegenwart kann aber auch durch die Zukunft ausgelöscht und derart gründlich und schnell umorganisiert werden, dass sie sich verflüchtigt und kaum mehr existent ist“ (Stern 2005, S. 46). D. h. ohne Achtsamkeit auf die Gegenwart kann es kaum zu einer therapeutisch konstruktiven Veränderung kommen. Stern geht davon aus, dass solche Veränderungen nur auf gelebter Erfahrung beruhen können, und gelebte Erfahrung findet immer in der Gegenwart statt (ebd. S. 14).

„Gegenwärtigkeit ist eine Art existenzieller Affekt (...). Das ist von erheblicher klinischer Bedeutung, weil pathologische Dissoziationszustände das Gefühl für Gegenwartigkeit beeinträchtigen können“ (Stern 2005, S. 43). Das Jetzt ist die einzige psychologische Realität. In der Therapie muss dafür gesorgt werden, dass diese Realität eine verändernde Kraft bekommt, indem sich die Klienten ihrer mehr gewahr werden. Stern unterscheidet dabei ein einfaches Gewahrsein (minimales Bewusstsein) von einem reflexiven Bewusstsein (dem Prozess des Sich-Gewahrwerdens).² Achtsamkeit beinhaltet also zwei Elemente: Die phänomenale Erfahrung und das (mehr oder weniger explizite) Bewusstsein darüber.

Diese Art des Gewahrseins und Sich-Bewusst-Werdens ist nun eine notwendige Voraussetzung, dass ein flüchtiger Moment zu einem erlebten Gegenwärtmoment wird. Wobei der Gegenwärtmoment immer die ursprünglich gelebte Erfahrung ist, das „Rohmaterial“ für spätere „Versprachlichungen“ (ebd. S. 50ff).

Stern nimmt also für die reflexive Funktion nicht eine analytisch-logische Selbstbeobachtung an, sondern eine wie selbstverständliche Haltung des erlebenden Selbst gegenüber dem Gegenwärtmoment:

„Während des Gegenwärtmoments nehmen wir irgendwo im Hintergrund wahr, dass wir selbst der Erlebende sind“ (Stern 2005, S. 75). Diese Hintergrundwahrnehmung basiert nun nach Stern auf dem Körper, als Hintergrundempfinden der Körperhaltung, des Muskeltonus, der Anspannung etc. (vgl. Damasio 2000). Gegenwärtmomente betreffen vor allem den Bereich des impliziten Wissens. Gegenwärtmomente werden ganzheitlich erlebt und haben eine zeitliche Dynamik. Damit werden Erfahrungen in eine kleine dramatische Form gebracht und können so als momentane Gestalt oder Einheit wahrgenommen werden. Diese kleinen dramatischen Gestalten erleben wir über die Vitalitätsaffekte. „Mit dem Begriff Vitalitätsaffekt bezeichne ich die subjektiv erlebten Veränderungen innerer Gefühlszustände, die mit der Zeitkontur des Stimulus einhergehen“ (Stern 2005, S. 79). Das ist so etwas wie eine „Musik der Welt“, aufgrund derer wir auch in kleinen, alltäglichen Erfahrungen ganz grundlegende Erlebensmuster wieder finden können.

Ziehen wir aus diesem sehr komplexen Modell von Stern, das hier nur ganz kurz vorgestellt werden kann, vorläufig einige konkrete Schlüsse für die vorliegende Fragestellung:

- „Gegenwärtigkeit“ ist eine zentrale Voraussetzung für therapeutische Entwicklung. Eine Person kann sich mehr oder weniger stark erlebend im Jetzt befinden. Je nachdem wird sie durch aktuelle Erfahrungen in der Therapiesituation deutlicher oder schwächer erreicht.

- Der Gegenwärtmoment ist eine ursprünglich gelebte Erfahrung, zusammen mit einem selbstverständlichen Hintergrundgefühl, selbst der Erlebende zu sein.

- Dieses ganzheitliche Erleben ist körpernah und liegt im Bereich des impliziten Wissens. Deshalb ist es notwendig, körperorientierte und erlebensaktivierende therapeutische Zugänge einzubeziehen.

- Der Gegenwärtmoment als existenzieller Affekt wird von unserer Psyche immer wieder neu als kleine dramatische Gestalt wahrgenommen. Diese Eigenschaft lässt sich in der therapeutischen Umsetzung von Achtsamkeit nutzen.

Stern unterscheidet nun neben dem subjektiven Gewahrsein und dem reflexiven Bewusstsein noch eine weitere Form: Das intersubjektive Bewusstsein, das dann entsteht, „...wenn zwei Menschen in einem gemeinsamen Gegenwärtmoment zusammen eine intersubjektive Erfahrung erzeugen...“ (Stern 2005, S. 135). Dieses aktuell gelebte Gefühl, in einem Moment „dieselbe mentale Landschaft“ wie das Gegenüber zu bewohnen, ist für Stern charakteristisch und entscheidend für wichtige Momente in der therapeutischen Situation. Ergänzen wir also unsere Bilanz:

- Es lässt sich noch eine weitere Form der Achtsamkeit unterscheiden, die in einer bedeutsamen Beziehungssituation entstehen kann, eine Art „intersubjektiver Achtsamkeit“. Solchermaßen gemeinsam geteilte Erfahrungen liegen an der Wurzel therapeutischer Veränderungen.³

Achtsamkeit und Körperpsychotherapie

Nachdem wir uns mit der wichtigen Rolle von Achtsamkeit für therapeutische Veränderungen beschäftigt haben, stellt sich die Frage, wie genau wir Achtsamkeitsprozesse mittels Psychotherapie aufbauen und unterstützen können? In der Personzentrierten und Experientialen Psychotherapie haben Achtsamkeit und damit verbundene Haltungen (Nicht-Bewertung, Akzeptanz) schon immer eine große Rolle gespielt.

Bundschuh-Müller (2004) beschreibt ausführlich die zentrale Rolle von Achtsamkeit beim Experiencing und im Focusing.

In Sterns Sprache wäre Focusing das ideale Vorgehen, um Gegenwärtmomente hervor zu holen und zu betrach-

ten. Sterns Untersuchungsmethode des mikroanalytischen Interviews (Stern 2005, S. 30ff) hat große Ähnlichkeit mit Focusing-Prozessen, die „mit Zeitlupe und Vergrößerungsglas“ unter Bezug auf den Strom des inneren Erlebens helfen, gefühlte Bedeutungen zu finden. Im Folgenden werden nun in Erweiterung eines rein focusing-orientierten Vorgehens die besonderen Möglichkeiten von körperorientierter Psychotherapie in der Arbeit mit Achtsamkeit herausgearbeitet. Dabei greifen Focusing-Prozesse und direktere Körperarbeit ineinander.

Aus dem o. g. haben wir gesehen, dass das Erleben von Achtsamkeit auf dem Körper basiert. Der Körper ist der Träger der Empfindungen und damit auch der Affekte und Emotionen (Damasio 2000). Dabei spielt das bewusste Erleben durch die Sinne eine große Rolle, was schon in dem Sensory-Awareness-Ansatz von Selver (1988) umgesetzt ist. Weiss (2006) betont, dass in der Körperpsychotherapie die Qualität der Selbstwahrnehmung zentral ist, wichtiger z. B. als verbale Analyse und auch als kathartische Abreaktionen (ebd. S. 407). Gegenwärtig erlebte Wahrnehmungen können einen unmittelbareren und authentischeren Zugang zu sich selbst schaffen.

Der Körper ist der Referenzpunkt für die Suche nach sich selbst: „... wird wie in allen auf das Erleben und die Erfahrung ausgerichteten Methoden der humanistischen und körperbezogenen Psychotherapie davon ausgegangen, dass sich nur das verändern kann, was tief erfahren wurde“ (Geuter 2006, S. 25).

Achtsamkeit braucht ein Objekt, auf das sie sich richten kann. Zum Erlernen von Achtsamkeit ist der Körper als Wahrnehmungsobjekt ein erstes und ideales Instrument. Viele Meditationspraktiken beginnen mit einer Beobachtung des eigenen Atems. „Der Leib ist also der hauptsächlichste Beobachtungsgegenstand bei der Förderung achtsamer Seinszustände.“ (Weiss 2006, S. 409) Da zentrale biographische Erfahrungen im Körpergedächtnis abgespeichert sind, kann eine auf den Körper gerichtete Aufmerksam-

keit gerade die biographische Dimension der Person enthüllen.

Aus körperpsychotherapeutischer Sicht „... zieht sich das Fokussieren der Aufmerksamkeit weiter durch den ganzen Therapieprozess. Der Körper, seine Spannungen, seine Empfindungen, seine ansteigenden und abebbenden Zustände werden immer genauer und feiner wahrgenommen und, da er der Ort der Wahrnehmung ist (Damasio 2000), damit im Weiteren auch Gefühlsfärbungen, bis (zu den) verbundenen symbolischen Ebenen. (...) So entsteht das enge Zusammenspiel von körperlichem Geschehen und Bewusstseinsprozessen, das für die meisten Körperpsychotherapien typisch ist“ (Weiss 2006, S. 409ff).

Einführung der Fallgeschichte von Frau D.⁴

Im weiteren wollen wir anhand einer Fallgeschichte verfolgen, wie das Zusammenspiel von „normaler“, verbal ausgerichteter Psychotherapie oder Beratung mit achtsamkeitsorientierter und körperorientierter Arbeit aussehen kann.

Frau D. meldete sich in der Klinik aufgrund zunehmender Depressivität und Impulsivität. Zuletzt hatte die 20jährige ihre Ausbildungsstelle verloren und wurde nach dem Wegfall der äußeren Struktur immer instabiler. Die Patientin hatte in den letzten Jahren schon öfters depressive Einbrüche, starke Ängste und massive Schlafstörungen erlebt. Sie berichtete über häufige Zustände starker innerer Anspannung, die sie seit vielen Monaten regelmäßig mit Selbstverletzungen zu unterbrechen versuchte. Dabei schnitt sie sich mehrmals in der Woche mit einem Skalpell an Armen oder Beinen.

Ihren Zustand vor den Selbstverletzungen beschrieb sie, als so wie innerlich zu sterben, ohne tot zu sein. Das zerre permanent an ihr, bis sie es nicht mehr aushalte und sich schneide.

Zusätzlich setzte sie neben einem stark reduzierten Essverhalten vereinzelt Drogen und zunehmend Alkohol ein,

um ihre unerträglichen Anspannungen zu dämpfen und z. B. mit Freunden etwas unternehmen zu können.

Anamnestisch berichtete Frau D. über einen leiblichen Vater, der Alkoholiker gewesen sei und unter Alkohol auch gewalttätig sein konnte. Er verstarb noch in der Kindheit der Patientin. Später sei die Mutter eine neue Partnerschaft eingegangen. Die Mutter wurde von der Patientin einerseits als normativ-protektiv erlebt, andererseits als häufig sehr kritisierend und entwertend mit einzelnen, für sie sehr erschreckenden Aggressionsdurchbrüchen. Im folgenden Bild stellte Frau D. ihre Verbindung zur Mutter wie eine Nabelschnur aus Blut dar.



Mit elf Jahren machte die Patientin ihren ersten Suizidversuch, in der Zeit davor verletzte sie sich bereits selbst. Mehrmals versuchte sie, in ihrer Jugend wegzulaufen, landete aber immer wieder zuhause. Trotz der großen Probleme in der Familie gelang es der Patientin, einen Schulabschluss zu schaffen. Nachdem sie von zuhause ausgezogen war, wurde sie aber zunehmend von ihren psychischen Problemen eingeholt. Bei Therapiebeginn sah sie nach dem Abbruch einer Ausbildung keine Zukunfts-

perspektive mehr, zeigte ein starkes Vermeidungsverhalten und hatte sich sehr zurückgezogen. Sie blieb ganze Nächte wach und schlief dann voll Erschöpfung tagsüber.

Frau D. nahm an einem insgesamt 13 wöchigen strukturierten Therapieprogramm teil, das nach dem Konzept der Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie für Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit ambulant-vorstationären, vollstationären und teilstationären Abschnitten durchgeführt wird (Höschel 2006). Die Therapie umfasst sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien (Skillsgruppe, Achtsamkeitsgruppe, Körpertherapie). Verfolgen wir den therapeutischen Weg der Patientin unter der besonderen Perspektive, welche Rolle Achtsamkeitsprozesse und Körperpsychotherapie dabei spielten.

Achtsamkeit kann nach Innen und nach Außen gerichtet werden

Eine sehr konkrete, psychotherapeutisch gut nutzbare Eigenschaft von Achtsamkeit besteht darin, dass sie sowohl nach Innen als auch nach Außen gerichtet werden kann.

In Frau D. herrschten bei Therapiebeginn überwiegend negative Gefühle vor, die noch quälender für sie wurden, wenn sie ihre Aufmerksamkeit darauf richtete. Daher hatte sie sich eine Art chronisches „Von-Sich-Weghören“ angewöhnt, unterstützt durch ständiges Ablenken und nicht selten durch Alkohol oder Drogen. Sie bezeichnet ihren häufigen Zustand als unentwirrbaren Gefühls- und Anspannungsknäuel.

Zur Annäherung an mehr Achtsamkeit führten wir zunächst zwei Elemente in die Therapie ein (vgl. Linehan 1996): Das eine Element waren jeweils zu Beginn der Therapiestunden kleine Übungen zur Wahrnehmung nach Außen. Zwei Minuten Horchen auf Außengeräusche, Betrachten eines Fotos, Fühlen eines Stoffes genügten dazu völlig. Solche Übungen waren für die Patientin weniger bedrohlich als wenn sie ihre Auf-

merksamkeit direkt nach Innen gerichtet hätte. Sie bekam so ein Gefühl für Achtsamkeit und erlebte das eine oder andere Mal eine leichte Beruhigung. So erfuhr Frau D. erstmalig am eigenen Leib die Möglichkeit einer gezielten Aufmerksamkeitsumlenkung zur Stressreduktion (so genannte Stresstoleranzskills, siehe Linehan 1996).

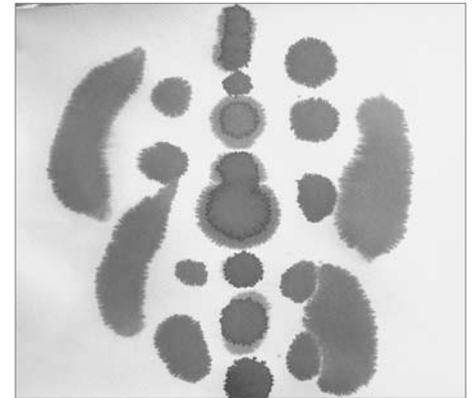
Das andere Element bestand darin, einen Selbstbeobachtungsbogens hinsichtlich wichtiger Kategorien des Selbsterlebens (Bohus 2002) zu führen. Neben der borderline-spezifischen Selbsteinschätzung von Suizidalität und Selbstverletzungsdruck waren das für Frau D. auch ihre Wut und Niedergeschlagenheit, aber auch positive Bereiche wie Hoffnung auf Veränderung und schöne Ereignisse eines Tages. Derartige Selbstbeobachtungsbögen können an jeden Patienten individuell angepasst werden und unterstützen den Aufbau von mehr Achtsamkeit, Selbstwahrnehmung und Selbstbezug ganz entscheidend.

Achtsamkeit ist eine nicht-kognitive Selbstbeobachtung

Ein interessanter Aspekt der Achtsamkeit ist, dass sie gleichzeitig reflexiv ist, ohne aber deswegen primär kognitiv oder verstandesbezogen zu sein. Wie wir gesehen haben, kennzeichnet Achtsamkeit so etwas wie ein Gewahrsein, ohne darüber nachzudenken (Grossmann 2004).

In der Achtsamkeitsgruppe sollten die Patientinnen Aquarellfarbe auf ein weißes Papier tropfen und beobachten wie die Farbe verlief. Frau D. nahm – ohne nachzudenken – rote Farbe und hatte sofort eine Assoziation zur Selbstverletzung. Es sah für sie aus wie Blutstropfen auf weißen Laken, eine Vorstellung, in die sie sich in Phasen inneren Hochdrucks gierig hineinsteigern konnte und die sie auch regelmäßig umsetzte, wenn sie sich mit Rasierklingen selbst verletzte (s. Bild rechts).

In diesem Moment konnte sie erstmals deutlicher auf die von ihr stark idealisierte Situation der Selbstverlet-



zung reflektieren und sich aus der starken Identifikation mit dem selbstschädigenden Anteil ihrer Person lösen. In der aktuellen Situation in der Gruppe quälten sie ihre Schnittnarben. Sie spürte, was zuvor unmöglich erschien, plötzlich den Schmerz im ganzen Körper. So begann sie, ihr Selbstverletzungskonzept in Frage zu stellen („Das ist gar nicht so toll, wie ich immer gedacht habe“).

Dieser Moment der Disidentifikation zeigt an, dass ein innerer Beobachter (Kurtz 1990) oder innerer Pilot (Pessoa 1986) entsteht: „*Der beobachtende Zustand selber wird nicht von den Gefühlen oder von negativen Gedankenketten und auch nicht von belastenden Körperzuständen überflutet, sondern steht außerhalb, ist nicht das beobachtete Objekt (z. B. eine Angst, Körperkontraktion, Vorstellung), sondern der Beobachter*“ (Weiss 2006, S. 411).

Je besser dieser Beobachter ausgebildet ist, umso weniger kann die Person von schwierigen Zuständen völlig bestimmt werden. Das obige Beispiel illustriert auch, wie diese Beobachterfunktion aus einer Situation des direkten Handelns (Experimentieren mit Farbe), aus affektiven Assoziationen und Körpererinnerungen quasi „auftauchen“ kann.

Achtsamkeit beginnt mit körperlichen Empfindungen

Die Wurzel der Achtsamkeit ist der Körper, dort findet sie ihren Ausgangspunkt. Dieser entwicklungspsychologische (Stern 1992) und neurobiolo-

gische (Damasio 2002) Standpunkt wird auch von evolutionsbiologischer Seite her unterstützt.

Grossmann (2004) bezieht sich dabei auf die Nobelpreisträger Edelman und Tononi (2000): „Ihrer Theorie zufolge beinhalten die frühesten Dimensionen der bewussten Wahrnehmung (...) bestimmte körperliche Wesensmerkmale. Diese werden primär durch Strukturen im Stammhirn vermittelt, wo körperliche Zustände im Zusammenhang mit äußerlichen und inneren Bedingungen verarbeitet werden, und sie beinhalten propriozeptive, kinästhetische, somatosensorische sowie weitere sensorische und autonome Komponenten. Den Autoren zufolge drehen sich diese frühesten bewussten Erfahrungen um Körperfunktionen, derer wir uns normalerweise nur vage bewusst sind, die sich jedoch gleichzeitig auf alle Aspekte unseres Wesens auswirken“ (Grossmann 2004, S. 81).

Gravierende Störungen in diesem grundlegenden Körperbezug, oft als Folge von frühen traumatisierenden Entwicklungsbedingungen, zeigten sich auch bei Frau D.:

- ein äußerst negatives Körperbild (die Patientin konnte sich selbst nicht im Spiegel ansehen, konnte keine Komplimente annehmen, erlebte oft Hass auf ihren Körper)
- eingeschränkte Wahrnehmung von Schmerz (Selbstverletzungen erlebte sie als kaum schmerzhaft)
- Depersonalisation und Fremdheitsgefühl (speziell in Selbstverletzungssituationen)
- eingeschränkte körperliche Belastbarkeit (sie fühlte sich chronisch ausgelaugt)
- Missachtung der körperlichen Grundbedürfnisse und Grundrhythmen (Schlafen, Essen, Achten auf Gesundheit, Bewegung)
- große Angst vor Berührungen
- Verlust der Empfindungsfähigkeit
- Funktionalisierung des eigenen Körpers (der Körper soll funktionieren, was sie auch über Alkohol oder Amphetamine sicherzustellen versuchte)

Ein durchgehendes therapeutisches Mittel war es, sehr geduldig Focusing-Fragen in Richtung des Körpers zu stellen (Gendlin 1981, 1998). Das geschah zu Beginn eher beiläufig („Und wie fühlt sich das an, wenn Sie gerade über ihre Mitbewohnerin erzählen?“), bis der Körper langsam mehr in die Aufmerksamkeit gebracht werden konnte („An welcher Stelle können sie das körperlich merken, dass Sie sich über den Brief gefreut haben?“). In der Therapie ist es wertvoll, die Achtsamkeit der Patientinnen und Patienten auf das körperliche Erleben und auf die somatischen Reaktionen als wichtige Informationen zu richten und diese kleine innere Bewegung immer wieder zu schulen. Viele Patienten achten wenig auf ihre Befindlichkeit, bei Borderline ist es fast immer so.

Es war für Frau D. ein großer Schritt zu bemerken, wie oft sie eigentlich abends und nachts völlig übermüdet in Diskotheken saß. Normalerweise hatte sie das ignoriert oder mit Amphetaminen übersteuert. Sie lernte zu beachten, dass zunehmende Gereiztheit, schweißnasse Hände etc. Zeichen für so eine Übermüdung sein konnten. Bei einer ersten Wochenend erprobung zuhause ging sie viel früher als sonst nach Hause, als ihr auffiel, wie müde sie eigentlich war. In ähnlicher Weise lernte sie Anzeichen wahrzunehmen, wenn sie zu wenig gegessen hatte. Als ihre Selbstwahrnehmung sich weiter verbesserte, fiel ihr auf, dass sie in manchen Situationen eine Kinderstimme benutzte. Sie konnte das ebenfalls als Anzeichen für Müdigkeit, Gereiztheit und Anspannung identifizieren. Sie begann insgesamt, in ihrem Alltag Körperempfindungen mehr als Grundlage für Entscheidungen ernst zu nehmen.

Achtsamkeit kann nicht „gemacht“ werden und braucht dennoch Übung

Achtsamkeit ist gleichzeitig ein Tun und eine Haltung. Als Tun braucht sie viel Übung und Wiederholung, wie uns die östlichen Achtsamkeitspraktiken zeigen (Tich Nhat Than 2004). Nur so verändern sich Gewohnheiten und irgend-

wann auch das Anwesendsein im Alltag. Als Haltung des Loslassens, Zulassens, Nicht-Verändern-Wollens (vgl. Rimmel und Richarz 2006) kann sie gleichzeitig nicht einfach durch Willen „gemacht“ werden. Achtsamkeit öffnet sich vielmehr erst mit Geduld und Bereitschaft zur Nicht-Bewertung.

Frau D. nahm an einer Achtsamkeitsgruppe teil. Regelmäßig führten wir zu Beginn aller Gruppentherapien kurze Achtsamkeitsübungen durch. So konnte Frau D. kontinuierlich mehr Erfahrung mit Achtsamkeit sammeln. Ich hielt sie immer wieder dazu an, auch außerhalb der Therapiestunden zu üben: Nach und nach entdeckte sie die veränderte Erlebensqualität, z. B. dabei, wenn sie achtsam Kuchen backte oder achtsam spazieren ging.

Um die Haltung der Achtsamkeit zu erlernen, ist ein personenzentriert-experientielles Begleiten der inneren Prozesse fast ideal. Die Patientinnen und Patienten lernen am Modell des Therapeuten, so wie er mit ihrem inneren Erleben umgeht, die zentralen Qualitäten der Achtsamkeit: Mitfühlen, nicht-bewerten, innerlich begrüßen und annehmen, die passende Distanz suchen.⁵

Achtsamkeit ist Basis für das Erleben von Selbstwert

Ein weiterer wichtiger Aspekt von Achtsamkeit liegt darin, dass er die Grundlage des Selbstwerterlebens darstellt (Röhrich 2000, S. 87). Ohne sinnlich erlebte Wahrnehmungen kann sich das Selbst nicht füllen, es entsteht kein Wertgefühl. Letztlich ist die subjektive Erfahrung, einen authentisch erlebbaren Körper zu haben, auch Zentrum einer positiv gestalteten Identität (Gugutzer 2002, Geuter 2006). Auch hier ist also der Referenzpunkt für die Selbstwahrnehmung der Körper. Dazu eine eindrückliche Episode etwa aus der Mitte der Behandlung:

Frau D. hatte sich schon früher einige Tätowierungen machen lassen und teilte mit, dass sie am kommenden Wochenende einen Termin mit einem Tat-

too-Studio vereinbart hätte, um sich erneut großflächig tätowieren zu lassen. Als Therapeut läuteten bei mir sofort die Alarmglocken, insbesondere bei der Fragestellung, ob das Tätowieren in diesem Kontext nicht so etwas wie eine „gekaufte“ Selbstverletzung sein konnte. Statt es der Patientin ausreden zu wollen oder gar zu verbieten, gingen wir den Weg, es über ein Anschauen der körperlichen Empfindungen besser verstehen zu wollen. Sie erinnerte sich an frühere Tätowierungssitzungen, vor denen sie sich regelmäßig mit wenig Nahrung und Flüssigkeit, mit durchgemachten Nächten etc. in einen Extrem-Zustand gebracht hatte. So sei sie schon stark dissoziiert in das Tätowieren hineingegangen, hatte dadurch auch kaum Schmerz spüren müssen, hatte stattdessen danach einen „Kick“ durch den Adrenalin-Ausstoß des Körpers.

Als Resultat dieser Therapiestunde nahm sie sich vor, bei ihrem Plan zu bleiben, das Tätowieren diesmal aber bei vollem Bewusstsein mitzuerleben. Beim nächsten Einzelgespräch erzählte sie gleichzeitig erschrocken und staunend, dass ihr das Tätowieren sehr sehr wehgetan habe. Sie habe schon vorher Panikanfälle gehabt, während der Prozedur selbst habe sie dann ständig überprüft, inwieweit sie „dableiben“ konnte. Schließlich habe sie die Tattoo-Sitzung vorzeitig beendet. Sie entschied sich, das Tätowieren zunächst einmal nicht fortzusetzen. An dieser Episode erkannte Frau D. auch, wie häufig sie eigentlich dissoziativ wegdriftete. Sie suchte nach Auslösern und Faktoren, die diese Tendenz verstärkten (wie z. B. zu wenig zu schlafen und zu essen) und fand auf der anderen Seite immer mehr Gefallen an dem Gefühl, sich aktuell lebendig spüren zu können. Das war in der Folge der Kern eines wachsenden Selbsterlebens und Selbst-Wertgefühls.

Auf dieser Basis konnte der Körper immer stärker als Ressource angesprochen werden (Rothschild 2002). Bei der Erarbeitung der Vorstellung eines guten und sicheren inneren Ortes (Reddemann 2001) kam Frau D. zunächst eine Wiese mit hohem Gras und Blumen in den Sinn. In dieses Bild drang dann aber

eine negative Kindheitserinnerung hinein, die die ganze Szene plötzlich düster und bedrohlich werden ließ. Da wir jedoch vorher schon mehrmals eingeübt hatten, „Stehen, gleichzeitig den Bodenkontakt spüren („Grounding“) und dabei vertieft atmen“, konnte die Patientin sich beruhigen. Sie konnte zu einer positiven Vorstellung zurückkehren: Jetzt schilderte sie ein Haus im Wald, in der Sonne stehend und von hohen Bäumen geschützt, mit massiver Holztür, davor eine Bank, auf der sie sitzen und Kekse essen konnte.



Wieder konnte Frau D. die Erfahrung machen, dass sie über eine verstärkte Achtsamkeit auf den Körper Beruhigung und Sicherheit finden konnte. Dann konnte sie sich so positiv erleben, dass sie es sich Wert war, sich einen sicheren Ort zu gönnen, an dem sie sogar etwas Gutes essen durfte.

Achtsamkeit ist Voraussetzung für den Umgang mit Emotionen

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) betont in der Ätiologie und Symptomatik der Borderline-Problematik die Emotionsregulationsstörung als

zentralen Faktor (Linehan 1996, Bohus 2002). Eine ganze Reihe von sehr effektiven Therapieelementen in Einzeltherapie und Skillstraining zielen darauf ab, die Fähigkeiten zum bewussten Umgang mit Emotionen zu verbessern. Die DBT war eines der ersten neueren, integrativen Verfahren, das die Bedeutung der Achtsamkeit „wiederentdeckt“⁶ und im Therapiekonzept verankert hat (Lammers und Stiglmayr 2004). Für die Regulation von Emotionen ist Achtsamkeit auf verschiedene Weisen zentrale Voraussetzung (Lammers 2007, S. 108f):

- Innere Achtsamkeit verhilft dazu, ein wenig Abstand zu eigenen Gefühlen haben zu können, um nicht davon überflutet zu werden.
- Gleichzeitig holt Achtsamkeit bei Emotionsmangel die Emotionen etwas näher heran.
- Achtsamkeit hilft, eigene (meist negative) Bewertungen eher zu bemerken und Abstand davon nehmen zu können.
- Achtsamkeit auf die körperlichen Aspekte bei Emotionen kann die typischen negativen Gedankenketten und sekundär bewertenden Emotionen unterbrechen.
- Achtsamkeit hilft, Emotionen besser identifizieren und differenzieren zu können.

Aus Personenzentrierter Sicht ist daneben noch die große Wichtigkeit von Achtsamkeit für die Akzeptanz von Gefühlen zu betonen. Die vom Personenzentrierten Therapeuten gezeigte Grundhaltung beinhaltet genau diese Erfahrung für die Klientinnen und Klienten: Geduldig, achtsam und nicht-bewertend jedes psychische Erleben anzuschauen, es in seiner Gewordenheit und seinem psychischen Sinn zu respektieren und einen guten Abstand dazu zu finden, um damit umgehen zu können.

In der Therapie gelang es jetzt Frau D. allmählich, aus dem anfänglichen Erleben einer häufigen diffusen und unerträglichen Spannung einzelne Gefühlsqualitäten zu differenzieren. Dabei schob sich immer mehr eine tiefe Traurigkeit in den Vordergrund, die die Patientin gleichzeitig als sehr bedrohlich

erlebte. Die jetzt für sie viel deutlicher spürbare haltende therapeutische Beziehung ermöglichte es ihr, sich diesen Gefühlen weiter zu nähern, ohne sie wie sonst bisher sofort wieder „wegzumachen“. Sie taufte eine ganze Woche als „Woche des tiefen Loches“, in der sie immer wieder deutlich wahrnehmbare Gefühle von großer Traurigkeit bei gleichzeitiger Angst erlebte. In der Woche danach wirkte sie dann gleichzeitig traurig und gut gelaunt, was sie selbst mit Erstaunen bemerkte („Wie ein Loch, das eine gewisse Stärke in sich trägt“). Sie malte dazu ein Bild, in dem sie nebeneinander die Gefühle der Vernichtungsangst (speiender Vulkan), Trauer und Verlassenheit (schwarze Landschaft mit toten Bäumen) und Lebensfreude (Schmetterlinge über einer bunten Blumenwiese) ausdrückte. Obwohl es noch drei unterschiedliche Landschaften und Gefühlswelten waren, konnten die extremen Gefühle jetzt doch schon in einem Bild sein. Dies war ein wichtiger Schritt dorthin, Borderline-typische Entweder-Oder-Erlebensweisen und Schwarz-Weiß-Muster aufzulösen.

Frau D. konnte jetzt mit Hilfe ihrer Fähigkeiten zur Achtsamkeit erleben, dass sich ihre Traurigkeit aushalten ließ, dass sie nicht mehr das „zerrende, zerreißende Gefühl wie vorher“ war. Damit hatte sie ein primäres und ursprünglich adaptives Gefühl annehmen können, was nach neueren emotionsfokussierenden Therapieansätzen (Greenberg 2006, Lammers 2007) zu den entscheidenden therapeutischen Schritten zählt.

Das Gefühl der Traurigkeit über fehlenden Halt und Geborgenheit hatte sich durch ihre gesamte Kindheit und Jugend gezogen. Dagegen hatte Frau D. einerseits ihre rebellisch-aufsässige, pseudo-unabhängige Fassade aufgebaut und hatte gleichzeitig lernen müssen, – sich anpassend – schwierige und unberechenbare Menschen besänftigen zu können. Gegen das jetzt öfters aufkommende Gefühl der Freude meldeten sich in der Patientin warnende und verbietende innere Einwände. Mit Hilfe der körperorientierten Achtsamkeit konnte Frau D. an ihrer Entdeckung der Freu-

de („ein Lächeln im Gesicht, Wärme im Herzen“) festhalten.

Seitdem sie begonnen hatte, Selbstwert zu erleben, war es der Patientin auch möglich, mit der Metapher des Inneren Kindes etwas anfangen. Sie begann, aus ihrem Körperempfinden heraus bestimmte Gefühle und Bedürfnisse früheren Lebensabschnitten zuzuordnen und versuchte, sich selbst fürsorglicher zuzuwenden. Bei nächtlicher Angst experimentierte sie z. B. damit, das innere Kind zu beruhigen („Roll dich ein, dir passiert nichts!“). Sie fing an, erwachsene sexuelle Bedürfnisse von kindlichen Kuschelbedürfnissen unterscheiden zu lernen, was dazu führte, dass sie promiskuitive Phasen beendete.

Achtsamkeit ist Ausgangspunkt für Körpererinnerungen

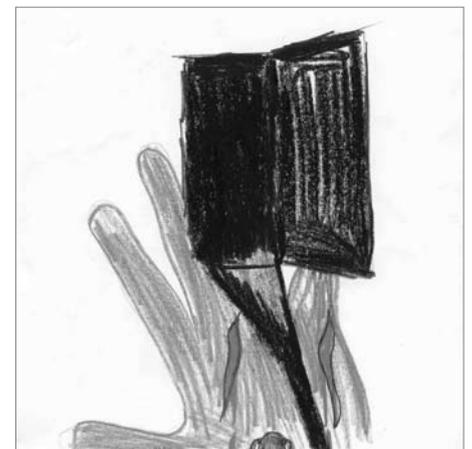
Der Körper ist ein implizites und prozedurales Erinnerungssystem für unsere Erfahrungen (Damasio 2000, Van der Kolk 1996). Neben dem deklarativen Gedächtnis wird heute ein non-deklaratives Gedächtnissystem angenommen, das eng mit dem Körper verknüpft ist („Körpergedächtnis“). Insbesondere frühe oder traumatische Erlebnisse sind nicht als ganze Geschichten abgespeichert, die jederzeit erzählt werden könnten (Van der Kolk 1996). Sie werden manchmal nur durch Achtsamkeit auf Körperwahrnehmungen oder auf bestimmte Bewegungen wachgerufen. Die körperliche Wahrnehmung kann also zu biographischen Aufdeckungen und Bewusstwerdungen führen (Weiss 2006), wie im folgenden Beispiel bei Frau D.:

Sie berichtete in den Einzelgesprächen mehrmals über eine unangenehme Körperempfindung, so wie „nach hinten zu kippen“, was sie aber nicht verstehen konnte. Bei achtsamem Fokussieren auf dieses Erleben konnte sie ein Angstgefühl identifizieren, aus dem sich plötzlich eine konkrete Erinnerung entfaltete. Wenn sie in den Augen ihrer Mutter ungehorsam gewesen sei, wurde sie von der Mutter gezwungen viele Stunden lang am Küchentisch zu sitzen. Die Mutter habe dabei auf sie ein-

geredet. Sie habe nichts tun, den Tisch nicht verlassen, nichts erwidern dürfen. In einem Bild hat die Patientin versucht, dieses Gefühl auszudrücken: Den Mund zugenäht, in einem schwarzen Viereck eingesperrt, das Herz gebrochen.

Durch diesen Prozess konnte die Patientin auch besser vergangenes Erleben (das Gefühl, vor der Mutter fliehen zu wollen, es aber nicht zu dürfen) von der Gegenwart trennen. In der folgenden Stunde schilderte Frau D. erstmals konkrete traumatische Erinnerungen.

Im Anschluss an Übungsangebote mit Körperkontakt in der Körpertherapiegruppe und im Sport erinnerte sie sich daran, dass sie als Jugendliche Berührungen oder körperliche Nähe ihres Stiefvaters nicht ertragen konnte. Gleichzeitig kam ihr eine Episode in den Sinn, bei der ihre Mutter völlig ausgerastet sei und sie mehrere Stunden lang mit dem Messer in der Hand bedroht hatte. Zu dieser Situation konnte Frau D. dann auch ihre Kinderstimme zuordnen, mit der sie versucht hatte, ihre Mutter zu beschwichtigen und die lebensgefährlich erlebte Szene zu überstehen. Dazu malte sie ein Bild: eine sich öffnende Tür; ein bedrohlicher Schatten und eine blutige Hand weisen die in Richtung eines Kindes.



Der therapeutische Umgang mit solchen Situationen und ihre mögliche Bedeutung in Zusammenhang mit Acht-

samkeit wird im nächsten Abschnitt angesprochen.⁸

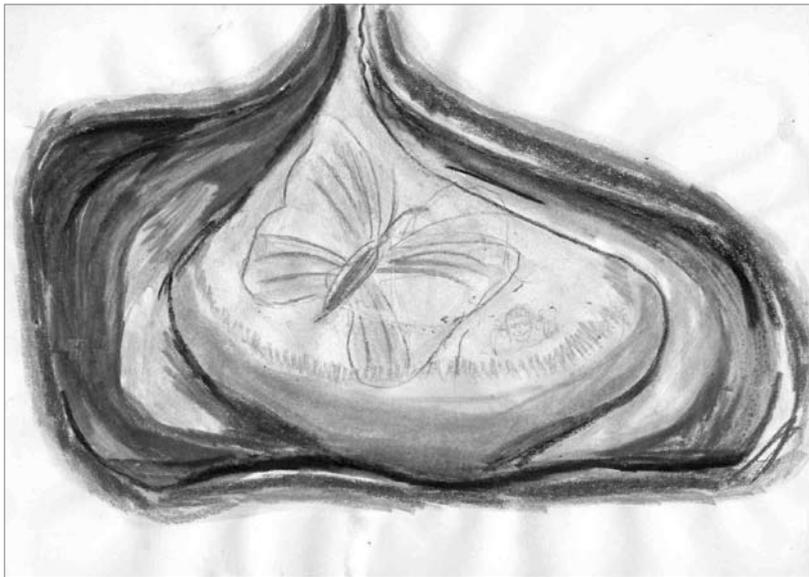
Momente geteilter Achtsamkeit

„Komm und spiel mit mir“, schlug der kleine Prinz (dem Fuchs) vor. „Ich bin so traurig...“, „Ich kann nicht mit dir spielen, ich bin noch nicht gezähmt“, (...), „Was bedeutet zähmen?“, fragte der kleine Prinz. „Zähmen, das ist eine in Vergessenheit geratene Sache. Es bedeutet, sich vertraut machen.“ „Vertraut machen?“ „Gewiss“, sagte der Fuchs. „Noch bist du für mich nichts als ein kleiner Junge, der hunderttausend Jungen völlig gleicht (...) Aber wenn du mich zähmst, (...) wirst du für mich einzig sein in der Welt. Ich werde für dich einzig sein in der Welt. (...) Die Menschen haben keine Zeit mehr, irgendetwas kennen zu lernen. Sie kaufen sich alles fertig in den Geschäften. Aber da es keine Kaufläden für Freunde gibt, haben die Leute keine Freunde mehr. Wenn du einen Freund willst, so zähme mich.“ (De Saint-Exupéry, 1950, S. 65ff)

Der vielleicht noch am wenigsten beachtete, dabei aber meiner Ansicht nach sehr mächtige Aspekt der Achtsamkeit ist ihre intersubjektive Dimension. Wir hatten ja gesehen, dass bereits Rogers darauf hingewiesen hat, wie entscheidend der Aufbau eines psychologischen Kontakts für die Psychotherapie ist. Als phänomenologisches Modell konnten wir in Daniel Sterns Gegenwartsmoment die hohe Bedeutung gemeinsam geteilter Erfahrungen finden. Stern (1998, 2005) nennt sie „Now-Moments“ oder „Moments of Meeting“ (Begegnungsmomente). Bestimmte, in der Therapiesituation in gemeinsamer Achtsamkeit erlebte Situationen und

Prozesse liegen an der Wurzel therapeutisch-konstruktiver Veränderungen.

Nehmen wir die letzte geschilderte Situation mit Frau D., in der sie noch weiteren schlimmeren und traumanahen Erinnerungen, die sie bisher noch weitgehend von sich weg gehalten hatte, ins Gesicht sehen musste. Die Achtsamkeit auf die damit verbundenen Gefühle (Entsetzen, Angst, Verlassenheit), die die Patientin und ich gemeinsam ausgehalten haben, ließen Frau D. fast zehn Minuten lang zutiefst weinen. In dieser Zeit war es wichtig, weder über den Schmerz hinwegzureden, noch ihn beschwichtigend wegzutrösten. Es ging darum, den Schmerz achtsam mit ihr zu teilen, einfach und für die Patientin erlebbar und



spürbar „da“ zu sein, sie nicht allein zu lassen.

In solchen gemeinsam geteilten Gegenwartsmomenten können Menschen auch sehr schmerzhaft primäre Gefühle aushalten, radikal akzeptieren und irgendwann Teil der eigenen Person und der eigenen Geschichte werden lassen.⁹

In der Therapie mit Frau D. gab es (wie wahrscheinlich in jeder wirksamen Psychotherapie) eine Reihe solcher Begegnungs- und Gegenwartsmomente, die nicht immer mit so deutlich direkt

ausgedrückten Gefühlen zusammenhängen müssen.¹⁰ Nach und nach entwickelte Frau D. zunehmend Vorstellungen und innere Bilder in Richtung Schutz und Wachstum. Sie malte dazu eine Zwiebel, die schützend um das Kind und um einen Schmetterling in einer fröhlichen Wiese liegt.

Unter der Perspektive solcher achtsam geteilter Gegenwartsmomente wäre auch die besondere Chance von Gruppentherapien (Gottwald 2006) zu nennen. Bei „wirklicher“ innerer Anwesenheit können gemeinsame Erfahrungen hier große Kräfte und Bedeutungen entfalten. Offensichtlich ist auch, dass körperorientiertes Einbeziehen der Sinneskanäle und des inneren Erlebens auf diesen Prozess wahrscheinlich noch mehr Einfluss haben können als Worte.

Abschluss der Fallgeschichte und weitere Entwicklung von Frau D.

Der Übergang in die letzte, vierwöchige teilstationäre Phase war für Frau D. zunächst sehr schwierig. Sie hatte Angst, allein in ihrer Wohnung zu sein, erlebte wieder Druck sich zu schneiden oder sich mit Alkohol zu betäuben. Es gelang ihr, mit Hilfe von achtsamer Wahrnehmung, dazu ein wenig Abstand zu bekommen. Sie konnte sich nachts selbst beruhigen (insbesondere die taktilen Qualitäten des Teddybärs waren dabei ihrem Inneren Kind hilfreich) und konnte am Morgen über Achtsamkeit nach Außen (die Vögel hören, die Sonne spüren, den Kaffee riechen) gut in den Tag finden. So konsolidierte sie Schritt für Schritt die Veränderungen. In einer nachfolgenden ambulanten Einzeltherapie, an der die Patientin immer noch teilnimmt, konnte sie diesen Prozess weiter fortsetzen.

Eineinhalb Jahre nachdem die stationäre Therapie beendet war, macht Frau D. einen weiterführenden Schul-



abschluss (mit guten Noten), jobbt nebenbei und plant ein Studium aufzunehmen. Sie konnte eine Partnerschaft festigen. Sie hat sich nicht mehr selbst verletzt und hat sich auch entschieden, keinen Alkohol mehr zu trinken und keine Drogen mehr zu nehmen. All dies hat sie bis jetzt durchhalten können. Das abschließende Bild (s. nächste Seite) zeigt die Veränderung im Therapieprozess, sich mit dem Herzen mehr in die Welt zu trauen, sich mit Bedürfnissen und verletzlichen Gefühlen so zu zeigen, wie man wirklich ist.

Schlussbetrachtung

In diesem Artikel sollte das zur Zeit sehr „moderne“ Konzept der Achtsamkeit von mehreren, bisher vielleicht weniger im Vordergrund stehenden Seiten her betrachtet werden. Ich war von zwei Thesen ausgegangen. Die erste These war, dass Achtsamkeit eine zentrale Voraussetzung für psychotherapeutische Veränderungen darstellt. Das gilt sowohl innerpsychisch (Achtsamkeit als Basis für den Selbstwert und als Voraussetzung zum Umgang mit Gefühlen), als auch intersubjektiv (achtsam geteilte

Gegenwartsmomente). Die zweite These lautete, dass der Träger der Achtsamkeit der Körper ist, was psychotherapeutische Konsequenzen in der Vorgehensweise haben muss. Der Körper ist der Referenzpunkt für Achtsamkeit, er trägt das Erleben und ist die zentrale „Informationsquelle“ für unser Empfinden und Fühlen. Damit kann er auch Ausgangspunkt für Erinnerungen sein, die über Worte allein manchmal kaum zugänglich sind.

Ich hoffe, dass es anhand der Fallgeschichte deutlich werden konnte, welche zentrale Rolle Achtsamkeit und Körperorientierung in der Psychotherapie spielen kann. Besonders wichtig war es mir dabei zu zeigen, wie sehr es in Bezug auf Achtsamkeit auch nicht-funktionale und nicht überwiegend verhaltensbezogene Begriffe und Modelle braucht. Achtsamkeit ist ein Begriff, der vor allem mit Bewusstsein und Erleben zu tun hat und sich nur aus der Subjekt-Perspektive vollständig erschließt. Nur wenn wir auch phänomenologische und humanistisch-wertbezogene Modelle einbeziehen, kann m. E. die Zauberkraft des erlebten Jetzt noch besser verstanden und in seiner Bedeutung für die therapeutische Situation angemessen gewürdigt werden. Die Personzentrierte Psychotherapie kann dazu wesentliche Beiträge liefern.

„Die Menschen bei dir zu Hause‘, sagte der kleine Prinz, ‚züchten fünftausend Rosen in ein und demselben Garten....und doch finden sie nicht, was sie suchen... Und dabei kann man das, was sie suchen, in einer einzigen Rose oder in einem bisschen Wasser finden.‘ ‚Ganz gewiss‘, antwortete ich. Und der kleine Prinz fügte hinzu: ‚Aber die Augen sind blind. Man muss mit dem Herzen suchen.‘“ (De Saint Exupéry 1950, S. 79)

Literatur

- Bohus, M. (2002). Borderline-Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. & Broklaus, I. (2006). Körpertherapie im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie für Borderline-Störungen. In: Rimmel, D., Kernberg, O., Vollmoeller, W., Strauß, B. (Hrsg.). Handbuch Körper und Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer. 272-284.
- Buber, M. (1958). Ich und Du. Stuttgart: Reclam.
- Bundschuh-Müller, K. (2004). „Es ist was es sagt die Liebe – „ Achtsamkeit und Akzeptanz in der Personzentrierten und Experimentiellen Psychotherapie. In: Heidenreich, T. & Michallack, J. (Hrsg.). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Tübingen: DGVT-Verlag. 405-456.
- Damasio, D. (2000). Ich fühle, also bin ich: Die Entschlüsselung des Bewusstseins. München: Ullstein.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (2006). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer.
- Edelmann, G. & Tononi, G. (2000). A Universe of Consciousness. New York: Basis Books.
- Feldenkrais, M. (1981). Die Entdeckung des Selbstverständlichen. Frankfurt: Insel.
- Gendlin, E. (1981): Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme. Salzburg: Otto Müller.
- Gendlin, E. (1998). Focusing-orientierte Psychotherapie – Ein Handbuch der erfahrungsgeliteten Methode. Stuttgart: Klett-CottD.
- Geuter, U. (2006). Die Geschichte der Körperpsychotherapie. In: Marlock, G. & Weiss, H.. Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer. 17-32.
- Gindler, E. (1926). Die Gymnastik der Berufsmenschen. In: Gymnastik: Magazin des deutschen Gymnastik-Bundes, 1 (5/6), 82.
- Gottwald, C. (2006). Neurobiologische Perspektiven zur Körperpsychotherapie. In: Marlock, G. & Weiss, H.. Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer. 119-137.
- Greenberg, L. (2006). Emotionsfokussierte Therapie. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Grossmann, P. (2004). Das Üben von Achtsamkeit. Eine einzigartige Intervention für die Verhaltenswissenschaften. In: Heidenreich, T. & Michallack, J. (Hrsg.). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Tübingen: DGVT-Verlag. 69-102.
- Gugutzer, R. (2002). Leib, Körper, Identität. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Heidenreich, T. & Michallack, J. (Hrsg.). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Höschel, K. (2006). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Regelversorgung – das Saarbrücker Modell. Verhaltenstherapie 2006, 16, 17-24.

Kern, E. (2007). Die körperpsychotherapeutische Perspektive in der Personenzentrierten Traumatherapie. In Vorber.

Krause, J. (2005). ADHS im Erwachsenenalter. Stuttgart: Schattauer, 2. Aufl.

Kurtz, R. (1990). Hakomi. Eine körperorientierte Psychotherapie. München: Kösel.

Lammers, C.-H. (2007). Emotionsbezogene Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Lammers, C.-H. & Stiglmayr, C. (2004). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Heidenreich, T. & Michallack, J. (Hrsg.). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Tübingen: DGVT-Verlag. 247-294.

Linehan, M. (1996). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, D., Wolf, J. & Hurley, C. (2003). Treating Affect Phobid. A Manual for short-term dynamic psychotherapy. New York: Guilford Press.

Orange, D., Atwood, G., & Stolorow, R. (2001). Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Frankfurt: Brandes und Aspel.

Pesso, D. (1986). Dramaturgie des Unbewussten. Eine Einführung in die psychomotorische Therapie. Stuttgart: Klett-CottD.

Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer.

Rommel, D. & Richarz, B. (2006). Bewusstsein und Psychotherapie. Achtsamkeitsbasierte Ansätze bei Persönlichkeitsstörungen und chronischen Stresssyndromen. In: Rommel, D., Kernberg, O., Vollmoeller, W. & Strauß, B.. Handbuch Körper und Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer. 175-196.

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 4, 199-203.

Röhrich, F. (2000). Körperorientierte Psychotherapie bei psychischen Störungen. Göttingen: Hogrefe.

Rothschild, B. (2002). Der Körper erinnert sich. Essen: Synthesis.

Selver, C. (1988). Sensory Awareness. In: Petzold, H. (Hrsg.). Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann, 59-87.

Schmid, P. (2002). Anspruch und Antwort. Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In: Keil, W. & Stumm, G. (Hrsg.). (2002). Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie. Wien: Springer. 65-95.

Stern, D. (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-CottD.

Stern, D. (1998). „Now-Moments“, implizites Wissen und Vitalitätskonturen als neue Basis für psychotherapeutische Modellbildungen. In: S. Trautmann-Voigt & B. Voigt (Hrsg.). Bewegung ins Unbewusste. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen Körperpsychotherapie. Frankfurt/Main: Brandes & Aspel. 82-96.

Stern, D. (2005). Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt: Brandes & Aspel.

Stevens, J. (1975). Die Kunst der Wahrnehmung. München: Kaiser.

Thich Nhat Hanh (2004). Vom Alltagsbewusstsein zum Kern der Übung. In: Heidenreich, T. & Michallack, J. (Hrsg.). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Tübingen: DGVT-Verlag. 47-52.

Van der Kolk, B., McFarlane, D. & L. Weisaeth (Eds.) (1996). Traumatic Stress. New York, Guilford.

Weiss, H. (2006). Bewusstsein, Gewahrsein und Achtsamkeit. In: Marlock, G. & Weiss, H.. Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer. 406-413.

entscheidende psychotherapeutische Bedeutung von Interaktion findet sich auch im neuen interaktionistischen Zweig der Tiefenpsychologie (Orange, Atwood & Stolorow 2001).

⁴ Name und zu stark identifizierbare Merkmale wurden in der Falldarstellung natürlich verändert.

⁵ Rommel und Richarz (2006) betonen, dass die Haltung der Achtsamkeit aus einem psychologischen (konzentriert sein auf eigene Bewusstseinsprozesse) und aus einem ethischen (Freundlichkeit, Geduld, Nicht-Streben, Sanftheit, Mitgefühl, Akzeptanz, Offenheit) Aspekt besteht.

⁶ Meiner Ansicht nach muss man hier von Wiederentdeckung sprechen, da in vielen humanistischen Verfahren (insbesondere Focusing, Gestalttherapie, vgl. z. B. Stevens 1975) Achtsamkeit schon lange eine so selbstverständliche zentrale Rolle spielt, dass sie gar nicht mehr gesondert herausgestellt wurde. Ganz zu schweigen von frühen körperorientierten Ansätzen (z. B. Gindler 1926, Feldenkrais 1981).

⁷ Der Aspekt der Akzeptanz wird zwar auch von Lammers (2007, S. 103ff) und Lammers und Stiglmayr (2004) genannt, aber eher als Bewältigungsstrategie, was m. E. einen deutlichen Unterschied macht zum Personenzentrierten Konzept einer akzeptierenden Grundhaltung.

⁸ Die körperpsychotherapeutische Arbeit mit traumatischen Erfahrungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen ist in diesem Aufsatz nicht das zentrale Thema. Entsprechende Vorgehensweisen, die z. Teil auch mit Frau D. durchgeführt wurden, habe ich an anderer Stelle dargestellt und systematisiert (Kern 2007).

⁹ Dieses Element der gemeinsam geteilten Achtsamkeit verankert die Person in der Gegenwart, macht es gerade deswegen möglich, traumatische Erinnerungen durchzuleben und ist daher auch zentral für jede Traumadurcharbeitung.

¹⁰ Stern selbst gibt das Beispiel eines solchen besonderen Augenblicks, als ein Psychotherapeut am Ende einer Stunde beim Abschied die Hand der Klientin etwas länger hielt als sonst.

Fußnoten

- ¹ Dieses Phänomen zieht sich m. E. auf verschiedene Weise auch durch andere psychische Störungen durch.
- ² Stern betont immer wieder, dass es für eine solche phänomenologische Betrachtung des Jetzt eine eigene Modellperspektive braucht, die für uns sprachlich und auch vom Denken her eher ungewohnt ist.
- ³ Rogers Konzept der Begegnung als zentrales therapeutisches Agens wird m. E. durch diese Analyse von Stern eindrucksvoll unterstützt (Buber 1958, Schmid 2002). Die



Foto: Christoph Pflüger

Äthiopien: Zwei statt einer

In einem Gebiet, in dem die Ernährung nicht das ganze Jahr gesichert ist, werden alle Hände in der Landwirtschaft gebraucht, und im Haushalt ebenso. Aber selbst dann gibt es manchmal kaum etwas zu essen. Die Mekane Yesus-Kirche, der ein-

heimische Partner von „Brot für die Welt“, kämpft auf allen Ebenen gegen den Hunger. So z.B. bei den Konso. Durch den Bau von Kanälen und verbesserte Anbaumethoden sind dort inzwischen zwei Ernten möglich. Das reicht für die Grundernährung, und mit Glück kann noch

etwas auf dem Markt verkauft werden. **Mit Ihrer Spende unterstützen Sie unser Engagement gegen Hunger und Armut.**

Brot für die Welt
Ein Stück Gerechtigkeit

Postbank Köln
Konto 500 500-500
BLZ 370 100 50
Postfach 10 11 42
70010 Stuttgart

Anzeige