

Herausgegeben von

Steven F. Hick & Thomas Bien

Achtsamkeit in der therapeutischen Beziehung

Vorwort von Zindel V. Segal

Aus dem Amerikanischen übersetzt von Michael Schaefer



Arbor Verlag
Freiburg im Breisgau

Inhalt

	Vorwort	9
	ZINDEL V. SEGAL, PHD	
	Einleitung	11
	TEIL 1 Theorie und Praxis	
KAPITEL 1	Therapeutische Beziehungen kultivieren	17
	STEVEN F. HICK	
KAPITEL 2	Die therapeutische Beziehung	41
	MICHAEL J. LAMBERT, WITOLD SIMON	
	TEIL 2 Therapeutische Präsenz	
KAPITEL 3	Die vier unermesslichen Gedanken	63
	THOMAS BIEN	

KAPITEL 4	Anatta	88
	PAUL R. FULTON	
KAPITEL 5	Achtsamkeit und Empathie	111
	RUSSELL A. WALSH	
	TEIL 3	
	Therapeutische Präsenz in verschiedenen Behandlungs-Typen	
KAPITEL 6	Achtsamkeit, Werte und therapeutische Beziehung in der Akzeptanz- und-Commitment-Therapie (ACT)	133
	KELLY G. WILSON, EMILY K. SANDOZ	
KAPITEL 7	Sucht- und Rückfallprävention auf Achtsamkeitsbasis	158
	G. ALAN MARLATT, SARAH BOWEN NEHA CHAWLA, KATIE WITKIEWITZ	
KAPITEL 8	Achtsamkeit, Metakommunikation und Affektregulierung in der psychoanalytischen Behandlung	179
	JEREMY D. SAFRAN, ROMY READING	
KAPITEL 9	Achtsame Beziehung und dialogischer Raum in der Familientherapie	204
	MISHKA LYSACK	

TEIL 4 Unterrichten und Zuhören

KAPITEL 10	Meditation	231
	SHAUNA L. SHAPIRO, CHRISTIN D. IZETT	
KAPITEL 11	Therapeutischer Präsenz den Weg ebnen	251
	DIANE GEHART, ERIC E. MCCOLLUM	
KAPITEL 12	Achtsamkeit in Beziehungen kultivieren	275
	GREGORY KRAMER, FLORENCE MELEO-MEYER MARTHA LEE TURNER	
KAPITEL 13	Achtsames Zuhören bringt bessere Erfolge	303
	REBECCA SHAFIR	
	Nachwort	327
	STEVEN F. HICK, THOMAS BIEN	
	Glossar	333
	Über die Herausgeber	335
	Die Autoren	337
	Dank	339

Vorwort

Für uns Psychotherapeuten sind spannende Zeiten angebrochen. Wir sind Zeugen eines Ereignisses, das in unserem Berufsfeld ein neues Zeitalter einläutet, nämlich des Zusammentreffens zweier bis dato verschiedener Arten des Umgangs mit dem menschlichen Leiden. Eine Tradition geht 2500 Jahre zurück und lehrt ein ruhiges Verweilen inmitten pausenloser mentaler Aktivität, während die andere, nachdem sie viele Jahre lang ohne feste Form existierte, sich im Laufe des letzten Jahrhunderts eine formale Struktur gegeben hat und sich seelischen Zuständen und Symptomen auf dem Wege des Analysierens und Erzählens nähert. Auf vielen Wegen, die es sowohl Patienten wie auch Therapeuten erlauben, die Früchte einer Integration von Achtsamkeits-Praktiken in den traditionellen therapeutischen Rahmen zu ernten, sind sich Achtsamkeit und Psychotherapie auf ganz natürliche Weise begegnet. Im vorliegenden, wichtigen Band beginnen Steven Hick, Thomas Bien und ihre Mitautoren mit einer facettenreichen Untersuchung des Zusammenhangs zwischen therapeutischer Beziehung und Achtsamkeitspraxis eine dringend nötige Diskussion, wie die Konturen dieser sich abzeichnenden Synthese aussehen.

Die Perspektiven der Beiträge und die Bandbreite der behandelten Themen, sowohl hinsichtlich der klinischen Anwendungsformen der Achtsamkeit als auch der empirischen Daten zur therapeutischen Allianz, sind umfassend. Es herrscht auch bemerkenswerte Klarheit, Klugheit und Zurückhaltung in der Diskussion darüber, wie viel wir über diese junge Verbindung wissen und wie viel noch nicht – Qualitäten, die im Gefolge

des rasanten Wachstums in diesem Bereich oft fehlen. Dieses Buch bietet auch Raum für eine Reihe polarer Konstrukte, die eine Auflösung in binären Begriffen zu erfordern scheinen, vor allem in Bezug auf verzweifelte Patienten oder die Aufforderung, andere im Bereich klinischer Pflege auf Achtsamkeitsbasis zu schulen. Vermitteln wir Techniken oder eher Präsenz? Geht es um Therapie oder um persönliche Entwicklung? Ermutigen wir zum Lösen von Problemen oder zur subjektiven Selbstentfaltung? Die Literatur zur therapeutischen Beziehung und die Aufsätze über Achtsamkeit bieten einige Antworten, aber das Schöne an diesem Buch ist, dass es der Leserin, dem Leser erlaubt, den Raum zwischen diesen beiden Quellen zu betrachten und zu sehen, wie zwischen ihnen mit dem Bau einer Brücke – vielleicht zunächst einmal eines Baugerüsts – begonnen wird.

ZINDEL V. SEGAL, PHD

Centre for Addiction and Mental Health
(Zentrum für Sucht und geistige Gesundheit)
University of Toronto

Einleitung

Die Arbeit eines fleißigen Therapeuten ist ausgefüllt mit Auseinandersetzungen um Kostenübernahmefragen, mit Terminplanung, Telefongesprächen, der Erstellung und Führung genauer Patientenunterlagen, der Aufstellung von Behandlungsplänen, der Einhaltung von Standards der aufsichtführenden Gremien und vielen anderen Aktivitäten, die mit der therapeutischen Arbeit nur am Rande zu tun haben. Manchmal hat es den Anschein, als wäre die Begegnung mit Klienten eine Störung und diese anderen Dinge wären die Hauptsache. Obwohl man gelegentlich leicht in diese Falle gerät, weiß man als Therapeut doch, dass das wirklich Wichtige die Klienten sind. Für sie ganz da zu sein bedeutet, dass ein Therapeut fähig sein muss, andere Dinge hintanzustellen und zutiefst still, offen und empfänglich zu werden. Die Fähigkeit dazu ist das *sine qua non* einer heilenden therapeutischen Beziehung. Ein anderer Name für diese Fähigkeit ist Achtsamkeit.

Die ursprüngliche Idee für dieses Buch entsprang meiner (SFH) allmählichen Erkenntnis, dass es die Beziehung war und nicht die Technik, die allen erfolgreichen Interventionen zugrunde lag, ob der Rahmen nun eine Einzelperson, eine Gruppe oder eine Gemeinschaft war. Weiterhin stellte ich fest, dass unglaubliche Dinge zu passieren begannen, wenn ich in organisierten Gemeinschaften Beziehungs-Kompetenzen unterrichtete. Die Menschen begannen zunehmend, aufeinander mit Mitgefühl, Verständnis und tiefer Wertschätzung zu reagieren. Ähnliche Ereignisse traten in meiner Gruppenarbeit zutage. Bei Gruppen bereite ich mich darauf vor,

auf zwei Ebenen achtsam zu sein und nicht nur die Aktivitäten sorgfältig zu planen, sondern auch zu versuchen, vor den Sitzungen mich selbst in eine gewisse innere Ruhe und Friedlichkeit zu bringen. Immer wieder stellte ich fest: Wenn ich die erste Vorbereitung versäumt hatte, konnte ich immer noch improvisieren, und der Kurs entwickelte sich meist ohne Schwierigkeiten. Wenn ich jedoch in Achtsamkeit nicht vorbereitet war, liefen die Dinge unweigerlich aus dem Ruder. Jedes Buch über die Präsentation von Programmen zur Achtsamkeit betont diesen Punkt, aber ich fand wenig Erläuterungen zu spezifischen Herausforderungen und der Praxis.

Ich (TB) andererseits entdeckte parallel dazu im Kontext meiner Arbeit als Therapeut die gleiche Wahrheit. Wenn ich ruhig und zentriert war, schienen sich in der Therapie Türen zu öffnen, die verschlossen geblieben wären, wenn ich zerstreut, abgelenkt oder auch einfach nur übereifrig gewesen wäre. Und doch schien es mir, wenn ich die immer umfangreicher werdende Literatur zu Interventionen auf Achtsamkeitsbasis las, dass darin die Technik über die Beziehung gestellt wurde. Diese kontinuierliche Reflexion floss schließlich in mein Buch „Mindful Therapy“ ein, mit dem ich diese Lücke zu füllen hoffte.

Im Lichte unserer Erfahrung, wie wertvoll die Beziehung ist, waren uns die in letzter Zeit laut gewordenen Rufe nach empirisch validierten Behandlungsformen auf der Grundlage spezifischer Behandlungsmodelle etwas suspekt. Der Behandlungserfolg variiert tatsächlich überraschend wenig im Zusammenhang mit diesem Faktor. Stattdessen korreliert die *Qualität* der therapeutischen Beziehung durchgängig höher mit Erfolgen beim Klienten als spezialisierte Therapie-*Techniken* (siehe beispielsweise Kapitel 2 dieses Bandes).

Während spezifische Techniken hilfreich sein können, machten wir ständig die Erfahrung, dass Präsenz, tiefes Zuhören, Mitgefühl und ein Gefühl der Verbundenheit die wichtigsten Erfolgsfaktoren waren. Und in der Tat untermauern vorläufige Ergebnisse einiger Studien (Kapitel 1 liefert einen Überblick) die anekdotischen Einzelberichte. Es könnte sogar sein, dass Techniken deshalb wichtig sind, weil sie die therapeutische Beziehung ermöglichen – vielleicht, indem sie ein Gefühl der Hoffnung erzeugen –, statt dass die Beziehung wichtig wäre, weil sie die Techniken unterstützt.

Einer der Herausgeber (TB) nahm kürzlich an einer Konferenz zur kognitiven Verhaltenstherapie von Angststörungen teil. Als der Vortragende in einer spontanen Bemerkung eine Abneigung gegenüber Achtsamkeits-Methoden erkennen ließ, stimmte ein Teilnehmer zu und bemerkte, dass die Psychologie in regelmäßigen Abständen von vorübergehenden Modeerscheinungen dieser Art heimgesucht werde.

Wenn Achtsamkeit eine Modeerscheinung ist, dann eine, die sich 25 Jahrhunderte lang gehalten hat. Wenn sie auch bis vor kurzem noch nicht in kontrollierten klinischen Studien geprüft worden ist, so hat sie sich doch bewährt, hauptsächlich durch die Tradition der buddhistischen Lehren. Da diese Tradition eine tief verwurzelte empirische und erfahrungsmäßige Grundeinstellung hat, überrascht es nicht so sehr, dass sie für den modernen, wissenschaftlich ausgebildeten Therapeuten attraktiv ist. Die traditionellen Achtsamkeits-Übungen, die man heute kennt, sind von Generation zu Generation weitergegeben und dabei durch das Feuer der Zeit und der Erfahrung und durch die Einführung in verschiedenste sprachliche und kulturelle Kontexte geläutert worden.

Im Gegenteil, aus dieser Perspektive könnte man argumentieren, dass die Psychologie, wie wir sie kennen, der Parvenü ist und Achtsamkeit die empirisch gesicherte Methode – wenn wir „empirisch“ in einem allgemeinen Sinn als „auf zuverlässiger und wiederholbarer Erfahrung beruhend“ verstehen und nicht reduzieren auf die wissenschaftliche Priorität kontrollierter klinischer Studien. Angesichts der langen Erfolgsgeschichte der Achtsamkeit ist es vielleicht gar nicht besonders interessant zu fragen, ob Achtsamkeit hilft. In dem Maße, wie Achtsamkeit in der klinischen Erfahrung und Forschung akzeptiert wird, ergeben sich andere Fragen: *Wie* hilft Achtsamkeit? Bei welchen Krankheiten und Störungen? Wie vermittelt man sie den Klienten am besten? Welche Arten von Übungen sind am heilsamsten? Und, wie buddhistische Praktizierende zu allen Zeiten gefragt haben: Wie geht man sie in der jeweiligen Zeit, am jeweiligen Ort, im jeweiligen kulturellen Kontext am besten an?

Vielleicht noch wichtigere Fragen als diese sind jedoch solche, die bis jetzt selten gestellt worden sind. Zum Beispiel: Welche Art von Auswirkung hat die Achtsamkeitspraxis eines Therapeuten, psychologischen Beraters oder Sozialarbeiters auf die therapeutische Beziehung und das Beratungs-

ergebnis? Wie kann man Angehörigen helfender Berufe Achtsamkeit am besten vermitteln? Wie können die, die Achtsamkeit bereits praktizieren, diese Praxis ins Therapiezimmer oder in ihre Sozialarbeit einbringen? Mit dem vorliegenden Band hoffen wir, mit der Beantwortung solcher Fragen einen Anfang zu machen.

In Teil I erforschen wir das Gebiet der Achtsamkeit und der therapeutischen Beziehung, wobei wir zentrale Fragen umreißen und ins Licht rücken und die vorhandene Forschung und Literatur sichten. Teil II führt uns weiter zu zentralen Aspekten der therapeutischen Beziehung im Rahmen einer achtsamkeitsorientierten Methode. Schwierige Begrifflichkeiten wie Mitgefühl, Nicht-Selbst und Empathie werden besprochen und geklärt. Teil III greift diese Fragen in einem Kontext spezifischer Behandlungsansätze wieder auf. Hier sehen wir, wie Achtsamkeit im Rahmen spezifischer Interventionen zu positiven therapeutischen Beziehungen beitragen kann. Indem er all das zusammenfasst, liefert Teil IV Ratschläge und ein paar Lehren, die wir aus der tatsächlichen Erfahrung beim Unterrichten und Erlernen von Achtsamkeit mit dem Ziel der Pflege positiver Beziehungen ziehen konnten.

Teil I

Theorie und Praxis

Was ist Achtsamkeit? Was hat Achtsamkeit mit psychotherapeutischer Praxis zu tun? Im folgenden Abschnitt untersuchen wir, was Achtsamkeit ist und worin ihre eigentliche Wichtigkeit für die psychotherapeutische Praxis besteht.

Steven Hick geht mit uns die konzeptuellen Fragen einer Definition der Achtsamkeit durch und untersucht Achtsamkeit dabei in ihrem dualen Aspekt als Technik wie auch als Rahmen, der therapeutische Präsenz ermöglicht. Er beschreibt die derzeit verfügbaren Methoden, Achtsamkeit zu messen, und untersucht das Problem der objektiven Messung solch einer subjektiven Erfahrung. Er bespricht fünf Studien, die zeigen, dass Achtsamkeit auf die therapeutische Beziehung eine positive Wirkung haben kann.

Michael Lambert und Witold Simon klären die Fragen der Begrifflichkeit und der Messung der therapeutischen Beziehung. Die Partitionierung der Varianz in der Forschung zum psychotherapeutischen Erfolg zeigt, dass Beziehungsfaktoren wichtiger sind als spezifische klinische Techniken. Es ist jedoch schwierig, zu der Art von empathischer Einstellung, die mit positiven Resultaten einhergeht, eine entsprechende Ausbildung zu finden. Die Autoren bieten ein empirisch abgestütztes Hilfsmittel an, um die therapeutische Beziehung nachzeichnen zu können.

Kapitel 1

Therapeutische Beziehungen kultivieren

Die Rolle der Achtsamkeit

STEVEN F. HICK

Dieses Kapitel stellt dar, was Achtsamkeit ist, wie sie kultiviert wird und warum sie für die Beziehung zwischen Klienten und Therapeuten, Gruppentherapeuten, Betreuern und anderen Angehörigen psychosozialer Berufe so wichtig ist. Eine eingehendere Diskussion und ein Überblick über die empirische Forschung, inwiefern die therapeutische Beziehung für den Fortschritt des Klienten und den klinischen Erfolg einen unverzichtbaren Beitrag leistet, bleibt Kapitel 2 vorbehalten.

Dieses Buch ist aus zwei Gründen notwendig. Zum einen, wie Kapitel 2 andeutet, ist die therapeutische Beziehung ganz entscheidend für eine effektive Therapie oder Gruppenarbeit. Mehr noch: Einige Kliniker haben festgestellt, dass sie wichtiger ist als das jeweils zum Einsatz kommende Interventionsmodell. Zweitens hat Achtsamkeit das Potential, bei der Förderung der therapeutischen Beziehung eine zentrale Rolle zu spielen.

Achtsamkeit zu definieren ist ein paradoxes Unterfangen, besonders wenn man die Absicht hat, dabei nur Worte zu benutzen. Zum einen muss man Achtsamkeit wirklich erleben, um sie zu verstehen. Weiterhin lässt sich Achtsamkeit als ein vor-begrifflicher und prä-symbolischer Gegenstand verstehen. Sie ist ein verkörperter Seinszustand, der durch den Gebrauch der Sprache nicht akkurat beschrieben werden kann. Ich habe festgestellt,

dass in dem Maße, wie sich meine Achtsamkeitspraxis entwickelt, Definitionen auf der Basis von Worten ihre Essenz immer weniger zu erfassen scheinen. Nachdem das gesagt ist, ist jedoch festzuhalten, dass zahlreiche Forscher sich eingehend mit dieser Definitionsarbeit befasst und dadurch geholfen haben, Achtsamkeit zu klären und zu konkretisieren, besonders vielleicht für Menschen, die sie nicht praktizieren. Von manchen wird sie definiert als etwas, was eine spirituelle Qualität hat, und von anderen innerhalb eines strikt wissenschaftlichen Orientierungsrahmens. Wieder andere kombinieren beides und suchen wissenschaftliche Beweise für etwas, was im Grunde genommen traditionelle spirituelle Praxis ist. Die meisten betrachten sie als eine Art zu leben oder auf der Welt zu sein und nicht bloß als eine Reihe von Techniken – als einen Weg, der durch Erfahrung kultiviert wird, statt aus einem Buch übernommen zu werden. Während also die Theorie in diesem Buch helfen kann, Achtsamkeit und ihren Nutzen für die therapeutische Beziehung zu formulieren, ist es letztendlich vielleicht nötig, dass Sie „still dasitzen und atmen“ und ein paar der in diesem Buch enthaltenen Übungen in die Tat umsetzen.

Leute aus der Praxis, etwa Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychiater, Familientherapeuten und andere Angehörige psychosozialer Berufe, aber auch Ärzte zeigen außergewöhnliches Interesse an Achtsamkeit, weil sie ihre Praxis beeinflusst, sowohl bei ihnen selbst als auch bei ihren Klienten. Auf Achtsamkeit beruhende Interventionen und Behandlungsansätze für eine Reihe von Problemen, etwa Suchtverhalten, Suizid, Depression, Trauma und HIV/AIDS, um nur einige zu nennen, stoßen auf noch nie dagewesenes Interesse. Wie die Kapitel dieses Buches andeuten, gibt es ein steigendes Interesse an der Achtsamkeits-Praxis als einer Trainingsform, durch die der professionelle Helfer Empathie und Mitgefühl kultivieren oder eine gewisse Präsenz oder die Fähigkeit des Zuhörens entwickeln kann. Achtsamkeit kann sich darauf auswirken, wie der therapeutische Praktiker auf seine Klienten eingeht. Dies wird oft als „therapeutische Beziehung“ bezeichnet (eine eingehende Untersuchung der therapeutischen Beziehung liefert Kapitel 2). Über die direkte Beeinflussung der Interaktion zwischen Klient und Therapeut hinaus kann Achtsamkeit die Art und Weise verändern, wie therapeutische Praktiker mit belastenden Ereignissen in ihrem Berufs- und Familienleben zurechtkommen. Aus

diesem Grund gilt für viele Arbeitgeber im psychosozialen Bereich Achtsamkeit als potentielles Mittel gegen zu große personelle Fluktuation oder Burnout (Wheat, 2005).

Anekdotische Hinweise aus der Durchführung einer Gruppenintervention auf Achtsamkeitsbasis, genannt „Radikales Achtsamkeits-Training“ (eine modifizierte Form der Stressreduktion auf Achtsamkeitsbasis [MBSR]) bringen mich zu der Schlussfolgerung, dass ein zentraler Faktor für ein positives Ergebnis in der Beziehung liegt, die sich zwischen dem Gruppenleiter und den Klienten entwickelt, oder in dem, was wir in diesem Buch die therapeutische Beziehung nennen. Die Forschung, die in diesem Buch untersucht wird, unterstreicht die zentrale Rolle der therapeutischen Beziehung als eines primären Faktors bei der Erzielung eines positiven Ergebnisses beim Klienten. Wenn es darum geht zu untersuchen, was Achtsamkeit zur therapeutischen Beziehung beitragen könnte, herrscht in der vorhandenen Literatur eine Lücke – eine Lücke, die dieses Buch schließen möchte.

Achtsamkeit in einem therapeutischen Kontext

Achtsamkeit wird beschrieben als Fokussierung von Aufmerksamkeit, als Gewähr- oder Bewusst-Sein, Intentionalität, Nicht-Werten, akzeptierende Haltung und Mitgefühl. Mark Lau und sein Team am „Centre for Addiction and Mental Health“ (Zentrum für Suchtverhalten und psychische Gesundheit) in Toronto haben Definitionen von Kabat-Zinn (1990), Shapiro/Schwartz/Bonner (1998) und Segal/Williams/Teasdale (2002) zusammengetragen, die Achtsamkeit als eine nicht-elaborative (Dinge nicht weiter fortspinnende), nicht-wertende, in der Gegenwart zentrierte Bewusstheit beschreiben, in der alle Gedanken, alle Gefühle, alle Empfindungen, die im Aufmerksamkeitsfeld aufsteigen, so anerkannt und akzeptiert werden, wie sie sind. Die in der Gegenwart verankerte Bewusstheit, die Art und Weise, aufmerksam zu sein, wird in allem, was man tut, einschließlich der eigenen therapeutischen oder sozialen Arbeit, kultiviert, aufrechterhalten und integriert. Zugrunde liegen der Achtsam-

keit eine kontinuierliche Meditationspraxis oder andere Übungen, die ein tiefgreifendes Nachforschen und Ergründen vorantreiben. Viele Elemente, die in der Achtsamkeit enthalten sind, lassen sich auf jahrhundertealte meditative Traditionen zurückführen.

Innerhalb der Beziehung zwischen Klient und Therapeut ist Achtsamkeit eine Art und Weise, empathisch, präsent und tief zuhörend aufmerksam zu sein, die durch die kontinuierliche Disziplin der Meditationspraxis kultiviert, aufrecht erhalten und in unsere Arbeit als Therapeuten integriert werden kann. Man kann sich Achtsamkeit als eine Art Umschwenken vom „Tun-Modus, in den „Seins-Modus“ vorstellen. Wir neigen dazu, viel von unserer Zeit als „Betriebsnudeln“ zu verbringen und von einer Aktivität zur nächsten zu rennen – unser Leben in einer permanenten Treitmühle zu leben.¹ Dieser Lebensstil lenkt uns von unserem Leben ab. Der „Seins“-Modus stellt den Therapeuten direkt in das Hier und Jetzt der Begegnung mit dem Klienten. Achtsamkeitsmeditation ist eine Aktivität, die den „Seins“-Modus beispielhaft verkörpert. Es ist eine nicht wertende, für jeden neuen Moment neue Bewusstheit.

Larry Rosenberg (1988, S. 15), ein Meditationslehrer, vergleicht Achtsamkeit mit einem Spiegel, der einfach reflektiert, was da ist. Er betont den gegenwärtigen Moment und den Aspekt des Nicht-Wertens. Achtsamkeit ist eine im Menschen angelegte Fähigkeit, die volle Aufmerksamkeit gezielt darauf zu richten, wo wir sind, auf unser tatsächliches Erleben, und daraus zu lernen. Man kann dies in Gegensatz setzen zu einem Leben „auf Auto-pilot“, wo wir unseren Tag durchlaufen, ohne wirklich da zu sein. Wir können zur Arbeit fahren oder duschen, ohne wirklich dabei zu sein. Wir alle kennen das Phänomen, dass wir irgendwo hinfahren und plötzlich merken, dass wir uns des Fahrens gar nicht bewusst sind und im Moment nicht einmal wissen, wo wir sind.

Thich Nhat Hanh, ein vietnamesischer Zen-Mönch, Dichter und Friedensstifter, fasste die Essenz der Achtsamkeit in einem Radio-Interview wie folgt zusammen:

„Achtsamkeit ist ein Teil des Lebens. Wenn Sie achtsam sind, sind Sie ganz lebendig, sind Sie ganz anwesend. Sie können mit den Wundern des Lebens in Berührung kommen, die Sie stärken und heilen können. Und Sie sind

stärker, Sie sind ausdauernder, um mit dem Leiden in Ihnen selbst und um Sie herum umgehen zu können. Wenn Sie achtsam sind, können Sie den Schmerz, den Kummer in sich und um Sie herum erkennen, umarmen und verkraften ... Und wenn Sie mit Konzentration und Einsicht weitermachen, werden Sie fähig sein, das Leiden in sich zu verwandeln und bei der Verwandlung des Leidens um Sie herum mitzuhelfen. (Ein Transkript ist zugänglich unter speakingoffaith.publicradio.org/programs/thichnhathanh/transcript.shtml)“

Die Praxis der Achtsamkeit beinhaltet sowohl formelle als auch informelle Meditations-Praktiken sowie nicht auf Meditation beruhende Übungen. Formelle Achtsamkeit, meist als Meditation bezeichnet, beinhaltet intensive Introspektion, bei der man seine Aufmerksamkeit auf ein Objekt gerichtet hält (Atem, Körperempfindungen) oder auf das, was jeden Moment entsteht („choiceless awareness“, „unvermeidliche Bewusstheit“ genannt). Informelle Achtsamkeit ist die Anwendung achtsamer Aufmerksamkeit im Alltag. Achtsames Essen und achtsames Gehen sind Beispiele für informelle Achtsamkeits-Übungen. Tatsächlich kann jede alltägliche Aktivität das Objekt informeller Achtsamkeitspraxis sein. In meinen Kursen zur Achtsamkeit lasse ich die Menschen sich sehr früh mit informeller Praxis beschäftigen, indem ich sie bitte, an jedem Tag zwischen den Kursstunden eine bestimmte Aktivität achtsam durchzuführen und über die Erfahrung zu berichten. Die Liste der Aktivitäten, von denen sie berichten, ist endlos: achtsam Zähne putzen, achtsam hinter einem langsamen Auto bleiben, achtsam bügeln und so weiter.

Nicht auf Meditation beruhende Achtsamkeits-Übungen werden besonders in der dialektischen Verhaltenstherapie (DBT; Linehan, 1993) und in der Akzeptanz-und-Commitment-Therapie eingesetzt (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, siehe weiter unten). Für Therapeuten und ihre Ausbilder wären ein paar von diesen Übungen eine große Hilfe, um Achtsamkeit für ihre therapeutischen Beziehungen zu kultivieren. ACT beinhaltet 41 Übungen, von denen neun zum Typ „formelle oder informelle Achtsamkeit“ gehören. Der Rest basiert nicht auf Achtsamkeit. Zum Beispiel beginnt ACT mit einer Übung namens „Leidens-Inventur“, bei der der/die Klient/in schmerzhaft und schwierige Themen in seinem/

ihrem Leben auflistet und gewichtet. Eine andere Übung demonstriert, wie schwierig es ist, Gedanken zu unterdrücken. Dabei werden die Teilnehmer gebeten, sich im Geiste ein ganz klares Bild von einem gelben Jeep zu machen und dann so gut wie möglich zu versuchen, überhaupt nicht mehr an einen gelben Jeep zu denken. DBT beinhaltet ausführliche Fragebögen und Übungen, die Klienten helfen sollen, Emotionen besser zu regulieren, ihr persönliches Identitätsgefühl zu stärken und ihr Urteilsvermögen und ihre Beobachtungsgabe zu schärfen. Andere Übungen beinhalten zum Beispiel das Achten auf Elemente der Außenwelt wie Musik oder Gerüche (Baer, 2006).

Ob auf Meditation basierend oder nicht: Achtsamkeit ist eine fortlaufende Disziplin und Praxis, die unsere Fähigkeit verfeinert, aufmerksam zu sein, und genau hierin liegt das Potential zu effektiven therapeutischen Beziehungen. Oft beginnt man die Achtsamkeits-Schulung, indem man den Fokus der Aufmerksamkeit auf irgendetwas eingrenzt und vereinfacht, zum Beispiel den Atem oder eine bestimmte Aktivität. Wenn man etwas wie den Atem, ein Kennzeichen des Lebens, das fast immer als selbstverständlich hingegenommen wird, gezielt beobachtet, beginnt man den Geist in Achtsamkeit zu üben. Indem man einfach die Empfindungen fühlt, wie der Atem in den Körper einströmt und wieder hinaus, kann man üben, im gegenwärtigen Moment zu sein. Die Übung klingt einfach, aber versucht man es, so stellt man fest, wie schwierig es tatsächlich ist. Der Geist schweift ab und denkt darüber nach, was gestern geschehen ist, oder macht Pläne für den Nachmittag.

Achtsamkeit ist eine nicht-zielorientierte Aktivität. Es geht dabei nicht darum, irgendwo hinzugelangen oder einen besonderen Geisteszustand zu erreichen – auch nicht Entspannung oder Stressabbau. Das stellt den Heilberufler, der Achtsamkeits-Kurse zur Stressreduzierung oder Milderung von Symptomen anbietet, vor ein interessantes Paradoxon. Die Teilnehmer kommen mit Erwartungen und dem Wunsch nach greifbaren Ergebnissen zum Kurs und werden angewiesen, meistens in der ersten Sitzung, diese Ziele alle beiseite und die Dinge einfach auf sich beruhen zu lassen, in Bewusstheit zu ruhen und zu beobachten, wie Geist, Körper und Welt sich im gegenwärtigen Moment entfalten. Das kann in unserer erfolgsbesessenen Gesellschaft für manchen auch eine echte Herausforderung darstellen.

Übungs- und Anwendungsformen der Achtsamkeit

Der Großteil der Forschung zur Achtsamkeit ist im Bereich der Interventionen auf Achtsamkeitsbasis durchgeführt worden. Obwohl sich dieses Buch nicht direkt mit Interventionen auf Achtsamkeitsbasis und ihrer Wirksamkeit befasst, liefern sie doch einen nützlichen Bezugsrahmen für eine Diskussion über Achtsamkeit als Weg, positive therapeutische Beziehungen zu kultivieren und auch anderen zu vermitteln, wie man das tut.

Achtsamkeit wird in einer Vielzahl von klinischen und therapeutischen Settings eingesetzt, nachdem gezeigt werden konnte, dass sie bei chronischen Schmerzen wirksam ist (Kabat-Zinn 1984, 1990; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney & Sellers 1987); bei Stress (Shapiro, Schwartz & Bonner 1998); depressiven Rückfällen (Segal et al. 2002; Teasdale et al. 2000); Essstörungen (Kristeller & Hallett 1999), Krebs (Monti et al. 2006; Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen & Speca 2001) und Selbstmordgefährdung (Linehan, Armstrong, Suarez, Allman & Heard 1991; Williams, Duggan, Crane & Fennell 2006). In ihrem Überblick über Interventionen auf Achtsamkeitsbasis (1998) haben Salmon, Santorelli und Kabat-Zinn 240 Programme dokumentiert. Baer liefert zu Interventionen auf Achtsamkeitsbasis eine kritische Übersicht (2003, 2006).

Die erste Intervention auf Achtsamkeitsbasis war MBSR (Kabat-Zinn 1990). Das MBSR-Grundprogramm besteht aus acht wöchentlichen zwei- bis dreistündigen sowie einem ganztägigen Kurstermin. Es beinhaltet formelle Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Achtsamkeitsmeditation sowie achtsame Bewegungs- oder Yoga-Übungen, Übungen zur Stärkung von Bewusstheit im Alltag, weitgehend aus Meditation bestehende, 45 bis 60 Minuten in Anspruch nehmende Aufgaben für jeden Tag und schließlich Methoden zur Kommunikationsverbesserung. Das Programm betont das Gegenwärtig-Sein für Körperempfindungen, das dann auf Emotionen und Gedanken ausgeweitet wird. MBSR hat das Ziel, den Menschen zu einer kontinuierlichen Meditationspraxis zu verhelfen. Die Teilnehmer erhalten zwei CDs, von denen jede vier bis fünf geführte Meditationen enthält.

Etwas jünger ist die Kognitive Therapie auf Achtsamkeitsbasis (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT), ein Behandlungsansatz, der zur Reduzierung depressiver Rückfälle bzw. des Wiederauftretens von

Kapitel 9

Achtsame Beziehung und dialogischer Raum in der Familientherapie

MISHKA LYSACK

Als ich das Bild anschaute, sah ich an den Rändern dunkle Gewitterwolken, Regen und Blitze, dazu unter den dunklen Wolken mehrere in einem aufgewühlten Meer schwimmende Gegenstände. Das Bild war von einem Jungen von zehn Jahren, begleitet von seiner Mutter (Einzelheiten sind geändert, um die Intimsphäre des Klienten zu schützen), der gemalt hatte, wie „Sorgen“ sein Leben überschatteten. Das Bild zeigte keine Spur von irgendetwas Menschlichem, bis auf zwei riesige Hände, die sich von unten in die Höhe streckten, sich reckten und Hilfe suchten, aber auf schmerzhaft Weise leer blieben. Als der Junge über sein Bild sprach, war seine Erregung fast körperlich greifbar, während seine Mutter kraftlos auf einem Stuhl hing, niedergeschlagen, von Hilflosigkeit erdrückt.

Inmitten der hilflosen und erregten Stimmen spürte ich während unseres Gespräches am Rande meines Bewusstseins auch die Gegenwart anderer „Stimmen“. Als ich mich auf meinen Atem zentrierte und tiefer in den Moment versank, begann ich den Wiederhall und das Echo hoffnungsvollerer und friedlicherer Stimmen (Bakhtin 1984) zu bemerken, die abwesend waren, aber dennoch im Gesprächsfluss implizit vorhanden. Ich begann, zu diesen anderen Stimmen im Fluss des Gesprächs Fragen zu stellen; der Junge lehnte sich in seinem Stuhl aufmerksam zurück, während die Mutter sich aufrichtete.

Nachdem ich ihnen beschrieben hatte, wie Achtsamkeit helfen kann, sich aus den eigenen Gedanken zu dezentrieren, und die Übungen skizziert hatte, wie man diese Art des Verhaltens in der Welt pflegen kann, war der Junge sofort bereit, „es mal zu versuchen“. Nachdem sie eine kurze Zeit miteinander meditiert hatten, bemerkte die Mutter, es sei ähnlich wie das, was sie letzte Woche in ihrer ersten Yoga-Stunde gelernt hätten. Lächelnd, von dieser Synchronizität amüsiert, bat ich den Jungen, zu unserem nächsten Treffen wieder ein Bild zu malen, wobei ich ihn und seine Mutter ermutigte, für ihre Achtsamkeitsübungen die Kabat-Zinn-CD zu verwenden.

Zwei Wochen später fühlte ich mich von der Begeisterung des Jungen unwiderstehlich angesteckt, als er auf sein Bild deutete. Statt Gewitterwolken und Blitzen war die Szenerie in Sonnenlicht gebadet, und Vögel und Wolken schwebten durch den Himmel. Im Zentrum des Bildes war nun der Junge zu sehen, der lächelte und gestikulierte, umgeben von einer Reihe von „Gedankenwolken“, auf denen kurze Stichworte zu lesen waren: „Atem“, „Nur ein Gedanke“, „Vergiss es einfach“, „Das kann nicht passieren“, „Sprich“ und „Sei vorsichtig“. Neben ihm floss ein violett-blauer Bach, in den die Worte „Lass die Gedanken davontreiben“ eingeschrieben waren, in Richtung eines fernen Horizonts davon. Nachdem sie mir versichert hatten, dass sie seit der letzten Sitzung die Meditation im Sitzen und den Body-Scan praktiziert hatten, beschrieben der Junge und seine Mutter die Unterschiede, die ihnen im Verhältnis zwischen „den Sorgen“ und dem Jungen aufgefallen waren. Zwar waren die Sorgen immer noch da, aber die beiden bestanden darauf, sie hätten nicht mehr so starken Einfluss; eine Reihe von Gedankenwolken, von denen der Junge sich zunehmend dezentrieren konnte, während sie durch sein Bewusstsein drifteten.

Achtsamkeit und Dialog

In seinem Buch „Zur Besinnung kommen“ führt Jon Kabat-Zinn (2008) eine aufschlussreiche Parallele zwischen den Qualitäten individueller Achtsamkeit und dem aufmerksamen Dialog zwischen zwei Menschen an. Er schlägt vor, wir sollten „vom *Dialog* als der äußeren Entsprechung zur

inneren Kultivierung des nichturteilenden Gewahrseins von Moment zu Moment, der Achtsamkeit“ (S. 470) sprechen. Während er den Dialog als eine äußerliche Form der Achtsamkeit beschreibt, verwendet Kabat-Zinn die Metapher der „Stimme“, um die Geschehnisse zu benennen, die im Bewusstseinsfeld aufsteigen:

„Genauso wie in der Praxis der Achtsamkeit achten wir auf alle „Stimmen“, die sich im Raum des Geistes und im Raum des Jetzt erheben. Wir hören, fühlen, berühren, schmecken und erkennen das volle Spektrum alles Auftauchenden, seines Verweilens, seiner Vergehends... Auf diese Weise können wir uns auf dieselbe Weise wie bei der inneren Übung auch im Gespräch mit anderen dem Sein überlassen.“

In seiner Untersuchung zu den Konturen dieses „Raumes“ zwischen Menschen, der durch den Dialog eröffnet¹ wird, äußert Kabat-Zinn (2008) die These, dass die aufmerksame, nicht-wertende Qualität der Haltung eines Menschen in der Achtsamkeitsübung auch charakteristisch ist für den zwischenmenschlichen Raum eines authentischen Dialogs. „So wie es nötig ist, dass wir uns in unserer eigenen Meditationspraxis offen und sicher fühlen, so müssen wir auch bei einer Begegnung genügend Offenheit und Sicherheit und Geräumigkeit des Herzens für andere Menschen erzeugen, damit sie sich sicher genug fühlen, das, was sie meinen und was ihnen am Herzen liegt, aussprechen zu können, ohne befürchten zu müssen, dass sie verurteilt werden“ (S. 470). Kabat-Zinn betont, dass der Dialog, abgeleitet von dem Wort *dialektos* (*dia* = zwischen, *lectos* = sprechen) einen qualitativ anderen Modus der Interaktion zwischen Menschen bezeichnet, bei dem die „Qualität von Beziehung und der offene Raum ‚zwischen‘ ... der Schlüssel zur Entstehung von etwas ganz Neuem“ (S. 472) ist.

Indem er zwischen der Achtsamkeit als Haltung des Einzelnen im Verhältnis zur Welt und dem Dialog als aufmerksamer Haltung eines Menschen in Beziehung zu anderen diese Parallele zieht, liefert Kabat-Zinn uns meiner Meinung nach einen wichtigen Beitrag, Achtsamkeit und Dialog als vergleichbare Modi des Handelns und Seins zu verstehen. Zwar ist es richtig, dass Therapie mehr ist als das Sich-Positionieren in einer Beziehung und auch die Beiträge und Perspektiven des Therapeuten mit

einschließt, so lässt sich Therapie doch verstehen als ein spezieller Modus des Sich-Beziehens, der sich teilweise durch eine Haltung auszeichnet, die sich aus aufmerksamem Zuhören und empfänglicher dialogischer Interaktion zwischen Klient und Therapeut konstituiert.

Professionell gesehen, richtet die Familientherapie ihre Aufmerksamkeit auf die Beziehungsräume und die Verbindungsmuster *zwischen* Menschen in Beziehungsnetzen und vertritt die Position, dass die Qualitäten der therapeutischen Beziehung zur Entstehung heilender Muster in der Therapie beitragen. Dieses beziehungshafte Sich-Positionieren in einer aufmerksamen Haltung der Interaktion hängt mit bestimmten Mikro-Praktiken von Beziehungen und Formen momenthafter Aufgeschlossenheit zusammen, die in familiären Beziehungen heilsame Prozesse ermöglichen.

In der Familientherapie gibt es ein loses Bündel von Theorien und Praktiken – ich würde sie „dialogische“ Ansätze nennen –, die vom sozialen Konstruktivismus beeinflusst sind und als thematischen roten Faden in ihrer Auffassung von der klinischen Arbeit die Metaphern der „Stimme“ und des „Dialoges“ betonen. Die theoretische Tradition des sozialen Konstruktivismus „lässt eine Vielzahl von Perspektiven und eine Methodologie des Diskurses zu, die mehrfache Beschreibungen und alternative Erklärungen für das menschliche Erleben fördert. Er liefert eine dialogisches Mittel, zwischen Widersprüchen zu vermitteln und Lösungen gemeinsam zu konstruieren“ (Tomm 1998 b, S. 173). Statt die Beziehung lediglich als Kulisse für die therapeutische Aktivität zu sehen, widmen diese therapeutischen Ansätze in der Familientherapie ihre Aufmerksamkeit den verschiedenen Praktiken, mit denen Therapeuten sich in Beziehungen beiderseitiger Aufgeschlossenheit mit Klienten positionieren, um die Entstehung eines transformativen *Dialoges* als Kontext für die Heilung von Beziehungen zu fördern.

In der Tat kann man dialogische Ansätze in der Familientherapie als eine Form gemeinsamer Meditationspraxis auffassen, bei der Intersubjektivität sich durch achtsames Zuhören zu einer Form des „Inter-Seins“ und mitfühlender Zeugenschaft für das Leiden Anderer vertieft (Gehart und McCollum 2007).

Meditationspraktiken in der Familientherapie

Es haben schon einige Autoren untersucht, wie Meditation sich in die Einzel- oder Familientherapie integrieren lässt (Griffith und Griffith 2002, S. 182 – 185; Becvar 2003; Simon 1999; Wylie und Simon 2004; Germer, Siegel und Fulton 2005). Meditative Praktiken werden eingesetzt, um Klienten beim Aufbau größerer Klarheit, fokussierter Konzentration und geistiger Ruhe zu unterstützen, aber auch zur Verringerung von Beschwerden, Anspannung und Schmerz körperlicher Art (Bell 1998) oder um depressive Rückfälle zu verhindern (Segal, Williams und Teasdale 2002). Germer (2005) liefert einen Überblick, wie Angehörige von Heilberufen ihren Klienten in der Therapie Achtsamkeit vermitteln können, und umreißen ein umfassendes Inventar von Übungen und Praktiken. Walsh (1999) mahnt Therapeuten, die in der Trauma-Therapie arbeiten, „langsam vorzugehen und Klienten, bei denen schwierige oder schmerzhaft Erinnerungen und Gefühle hochkommen könnten, ausreichend vorzubereiten, etwa Menschen, die ein Trauma hinter sich haben, und ihnen zu helfen, mit solchen Erlebnissen auf eine sichere, klar umrissene und zentrierte Weise umzugehen, die eine Transformation möglich macht“ (S. 44). In vielen dieser Arbeiten, einschließlich derer zu neueren kognitiven Ansätzen im Bereich Achtsamkeit und Akzeptieren (Hayes, Follette und Linehan 2004), nehmen die meditativen Praktiken des Therapeuten und ihre Rolle in der therapeutischen Beziehung nur geringen Raum ein.

Manche Therapeuten (Schwartz 1999; Simon 1996) haben vorgeschlagen, Psychotherapie an sich neu zu definieren als spirituelle Praxis für den Klienten und den ausübenden Heilberufler, haben ihre Aufmerksamkeit dann aber dem Klienten gewidmet, ohne ausführlicher zu erörtern, wie der Therapeut selbst eine meditative Praxis entwickeln soll. Simon (1999) empfahl insbesondere, ein Therapeut solle die eigene Meditationspraxis pflegen, um für seine therapeutische Präsenz bei Familien Achtsamkeit zu entwickeln und das Beziehungsverständnis zwischen Therapeut und Familienmitgliedern zu stärken. Diese Autoren haben argumentiert, die Meditationspraxis eines Therapeuten könne größere Offenheit, Aufgeschlossenheit und Aufmerksamkeit auf Seiten des Therapeuten fördern und damit zu seiner Fähigkeit beitragen, bei der Arbeit mit Familien gesammelt zu bleiben, in

denen ein hohes Niveau an emotionaler Not und konflikthafter Turbulenz herrscht. Rosenthal (1990) zum Beispiel argumentiert, dass meditative Praktiken auch zur Wirksamkeit der klinischen Arbeit beitragen, indem sie dem Heilberufler helfen, „nicht in vorgefassten Meinungen und fixen Ideen steckenzubleiben, die die neuen Möglichkeiten blockieren, die sich in der therapeutischen Begegnung ergeben“ (S. 40 – 41).

In meiner Sicht liefern Segal und Kollegen (2002) die überzeugendste Darstellung, wie sie von einer Sichtweise, in der Achtsamkeit lediglich eine vom Klienten angewandte Technik ist, allmählich zu der Einsicht gelangt sind, dass sie als Therapeuten ihre eigene Achtsamkeitspraxis zu entwickeln hatten (S. 43 – 63). Für akademische Psychologen ist ihr Bericht über die Neuorientierung weg von der traditionellen kognitiven Therapie hin zu einem Ansatz auf Achtsamkeitsbasis erfrischend transparent. In einem Gespräch mit Kabat-Zinn gestatten sie Einblicke in ihre anfänglichen Bedenken gegenüber der Entwicklung einer eigenen Meditationspraxis und beschreiben ihr anschließendes Vordringen in neue Bereiche der Psychotherapie, als sie zuließen, dass der Ansatz der Stressreduzierung auf Achtsamkeitsbasis (MBSR) ihr therapeutisches Modell transformierte. Kabat-Zinn (2005, S. 431 – 444) liefert eine fesselnde alternative Sicht auf diese fruchtbaren Gespräche darüber, wie wichtig es für Therapeuten ist, ihre eigene Achtsamkeitspraxis zu kultivieren.

Im Bereich der professionellen Weiterbildung empfiehlt Twemlow (2001a), nachdem er zwischen der buddhistischen Zazen-Meditation und der individuellen Psychoanalyse Zusammenhänge herausgearbeitet hat, die Achtsamkeitspraxis als Teil der Ausbildung therapeutischer Novizen in therapeutischen Grundprinzipien wie auch in besonderen klinischen Praktiken. Vor kurzem haben Fulton (2005) sowie Morgan und Morgan (2005) den Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und klinischer Ausbildung in den psychologischen Heilberufen untersucht sowie die Frage, wie Achtsamkeitspraktiken zur Entstehung von Aufmerksamkeit und Empathie auf Seiten des Psychotherapeuten beitragen können.

Die Förderung beziehungsmaßiger Achtsamkeit in der Familientherapie

Theoretische Quellen

Beziehungs-Standpunkt („relational stance“) in der therapeutischen Beziehung

Bei der Erforschung der therapeutischen Beziehung haben Familientherapeuten die Beziehung nicht als statische Einheit betrachtet, innerhalb derer die Familie lediglich ein passiv zu beobachtendes Objekt ist, sondern vielmehr als fortlaufende, aktive, gemeinschaftliche Konstruktion von Seiten sowohl des Therapeuten wie auch der Familie. Der Beziehungs-Standpunkt, der vom Familientherapeuten in Bezug zur Familie eingenommen wird, ist mit verschiedenen Begriffen wie „emotionale Haltung“ (Griffith und Griffith 1994), „philosophischer Standpunkt“ (Anderson 1997), „ethische Haltung“ (Tomm 1998a) und „beziehungshafter und ethischer Standpunkt für Praktiken der Aufgeschlossenheit“ (Lysack 2005) belegt worden. Verschiedene Autoren haben das Projekt der Eröffnung eines Beziehungsraumes, der zwischen dem Therapeuten und der Familie entsteht, als Schaffung eines „Gesprächsgebietes“ bezeichnet („conversational domain“, Griffith und Griffith 1994), als „dialogischen Raum“ für eine Bewegung vom Monolog zum Dialog („dialogic space“, Penn und Frankfurt 1994; Lysack 2002; Pare und Lysack 2004), „reflektierende Prozesse für inneres und äußeres Sprechen“ („reflecting processes for inner and outer talk“, Andersen 1992, 1995; Lysack 2003) oder als Bereich zum Zwecke des „gemeinsamen Aufbaus von Verantwortung“ („co-constructing responsibility“, Tomm 1998a).

Für Familientherapeuten impliziert das Treffen therapeutischer Unterscheidungen „mehr als einfach das passive Beobachten einer Entität oder eines Phänomens. Es beinhaltet auch die aktive Wahl einer bestimmten Position, eines verhaltensmäßigen Standpunktes, oder einer ‚Haltung‘ in Bezug auf die Entität oder das Phänomen, die bzw. das unterschieden wird“ (Tomm 1992, S. 119). Das ähnelt der *dezentrierten*, jedoch *liebevoll aufmerksamen* Haltung, die Kabat-Zinn (2005) als achtsam inspirierte

Beziehung zwischen dem Individuum und den Ereignissen beschreibt, die in dessen persönlichem Bewusstsein aufkommen. Für den Familientherapeuten beleuchtet die Einnahme solch eines Beziehungs-Standpunkts in der Therapie auch die aktive und ethische Qualität der therapeutischen Interaktion, indem der Therapeut und die Familie für die Gestaltung und Beeinflussung der Natur ihrer Interaktionen beiderseitige Verantwortung übernehmen. Er beinhaltet mehr Komplexität als die Orientierung eines Individuums, die sich aus Achtsamkeitspraktiken ergibt, und ist ganz ausdrücklich intersubjektiv (d. h. beinhaltet die Interaktion zwischen verschiedenen Subjekten).

Diese beziehungshafte Orientierung der Familientherapie deckt sich mit jenen psychotherapeutischen Modellen, für die die therapeutische Interaktion mit einer achtsamkeits-gestützten Intersubjektivität zwischen Klient und Heilberufler zusammenfällt. Zum Beispiel führt Goodman (2005) in ihrem Aufsatz über ihre Therapie mit Kindern auf Achtsamkeitsbasis aus, dass psychotherapeutische Präsenz „mehr ist als nur die physische Anwesenheit bei einem anderen Menschen. Sie ist das erlebte Gefühl des Zusammenseins mit einem anderen, einer *Achtsamkeit-in-Verbundenheit*“ (S. 199). Diese Achtsamkeit-in-Verbundenheit gründet sich auf eine „geistige Qualität“ oder achtsame Orientierung des Therapeuten, die „beinhaltet, dass man sich der Fluktuationen der eigenen Aufmerksamkeit bewusst ist, während man sich emotional auf den Patienten einlässt“ (S. 201). Allerdings richtet sich die Bewusstheit des Heilberuflers nicht ausschließlich auf die eigene Person, sondern „muss irgendwo zwischen Therapeut und Klient liegen“ (zitiert in Goodman, S. 201) – eine beziehungshafte Auffassung von Achtsamkeit, die der dialogischen Familientherapie ähnelt.

Surrey (2005) liefert eine ausführliche Beschreibung beziehungshafter Achtsamkeit in ihrem Überblick über beziehungshafte Psychotherapie, der die Lehren des buddhistischen Meisters Thich Nhat Hanh anklingen lässt, in denen Achtsamkeit als Bewusstsein für Beziehunghaftigkeit verstanden wird. Nhat Hanh bezeichnet Achtsamkeit als „tiefes Schauen“ und Gewährwerden der gegenseitigen Beziehungen und Verbindungen zwischen Objekten in ihrem „abhängigen gegenseitigen Entstehen“, wodurch eine gesteigerte beziehungshafte Orientierung in der Welt kultiviert wird (S. 59). Auf ähnliche Weise beschreibt Surrey beziehungshafte Psychotherapie

als einen „Prozess, durch den der Therapeut und der Patient mit der Absicht arbeiten, die Bewusstheit des gegenwärtigen Beziehungs-Erlebens zu vertiefen, auf akzeptierende Weise“ (S. 92). In diesem Ansatz werden die herrschenden Auffassungen von einem „Selbst“ und von „Individualität“, die als Schlüsselemente seelischer Gesundheit gelten, in Frage gestellt und in einen mehr beziehungsmaßiger Rahmen gestellt, in dem „Verbundenheit als Kern des seelischen Wohlbefindens definiert wird und die entscheidende Qualität wachstumsfördernder und heilender Beziehungen ist“ (S. 92). Solch eine intersubjektive Orientierung in dialogischer Familientherapie wäre ein sine qua non für die Entstehung beziehungshafter Achtsamkeit.

Einstellungen und Ethik der therapeutischen Beziehung

Viele Therapeuten, die in der Familientherapie dialogische Ansätze anwenden, haben die Qualitäten einer aufgeschlossenen Beziehung und die Grundeinstellung und -haltung erforscht, die als Grundlage nötig sind, damit dialogische Interaktion möglich wird. Beispielsweise haben Griffith und Griffith (2002) bei der Erwägung der Frage, welche existentiellen Zustände einen Menschen oder eine Familie widerstandsfähig gegen Krankheit machen, ein Inventar von Qualitäten erstellt, die die Widerstandskraft auf der physischen, persönlichen und auf der Beziehungsebene fördern: Hoffnung, Initiative („agency“), Zielstrebigkeit, Gemeinschaft, Dankbarkeit und Freude (S. 268). All diese Grundeinstellungen und -haltungen in der Familientherapie erinnern an die Attribute beziehungsmaßiger Präsenz, die Surrey (2005) für den Therapeuten innerhalb einer therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie auf Achtsamkeitsbasis als zentrale Entwicklungsaufgabe erachtet und die „nachhaltige empathische Aufmerksamkeit, Aufgeschlossenheit und Offenheit beinhalten, eine Beziehung einzugehen und von ihr bewegt zu werden, ebenso wie eine Einstellung des Respekts, der Wissbegier, der Fürsorge und der Bescheidenheit“ (S. 93).

Kabat-Zinns Buch „Gesund durch Meditation“ (1990) zufolge ist die Grundhaltung der Achtsamkeitspraxis von folgenden Elementen geprägt: Nicht-Werten, Geduld, Anfänger-Geist, Vertrauen, Nichts-Erreichen-Wollen, Akzeptieren und Loslassen (S. 33 – 40; vgl. auch Kabat-Zinn

2005, S. 102). In der Zusammenfassung der buddhistischen Nonne Pema Chödrön (1997, deutsch 1998) äußert sich Achtsamkeit in einem zwischenmenschlichen Kontext durch Elemente wie Mitgefühl, Respekt und „keinen Schaden anrichten“ (S. 60). Sie schreibt: „Die Quelle der Gewaltlosigkeit ist die Achtsamkeit, ein klares Erkennen, das mit Respekt und Mitgefühl für das Wahrgenommene einhergeht. Achtsamkeit ist die Grundlage; Zurückhaltung ist der Weg“ (S. 61f.) Es gibt faszinierende Unterschiede zwischen einigen spezifischen Qualitäten auf diesen Listen, die vielleicht die unterschiedlichen kulturellen Kontexte spiegeln, aus denen sie hervorgegangen sind. Zum Beispiel deuten „Anfänger-Geist“ und „Nichts-Erreichen-Wollen“ auf einen buddhistischen Hintergrund hin, verglichen mit „Hoffnung“ in dialogischen Ansätzen (Griffith und Griffith 1994, 2002), was eine eher christliche Sensibilität anklingen lässt. Dennoch betonen sowohl Achtsamkeit als auch dialogische Familientherapie eine Grundhaltung und Grundeinstellung beim professionellen Helfer, die für das Entstehen von Beziehungshaftigkeit und Achtsamkeit zentral ist.

Beziehungshafte Bild vom Selbst

Die faszinierendste Parallele zwischen einer Familientherapie, die auf systemischem Denken beruht, und den Achtsamkeitspraktiken, die auf der buddhistischen Idee von *Anatta* oder Nicht-Selbst beruhen, ist die Tatsache, dass sich bei beiden ein Großteil ihrer Begrifflichkeit um die Idee eines beziehungshaften Selbst dreht. Statt das Selbst als isolierte, unabhängige Entität oder als individuelles, separates, mit der Welt unverbundenes „Ich“ zu begreifen, haben viele Familientherapeuten den Begriff des Selbst neu durchdacht und zu einem eher *relationalen* Konstrukt weiterentwickelt. Tomm (1998b) schreibt, dass „im Hinblick auf das Selbst soziale Konstruktivisten die Auffassung betonen, dass unser Selbstgefühl durch die Gespräche über uns, in die wir eingebettet sind, erzeugt wird. Beziehungen sind nicht einfach nur das passive Ergebnis von Interaktion, sondern ein aktiver Prozess gemeinsamer Konstruktion, abhängig davon, welche Bedeutung jeder Interagierende den stattfindenden Ereignissen und Verhaltensweisen gibt“ (S. 174). In dialogischen Ansätzen liegt der Schwerpunkt der Therapie auf dem gegenseitigen Belebungsprozess, durch den

das Selbst und sein Gegenüber wechselseitig im und durch das Gespräch verfasst werden. Repräsentationen „des ‚Anderen‘ sind in unserem ‚Selbst‘ enthalten und verortet. Nach dieser Auffassung kann es kein ‚Ich‘ ohne den ‚Anderen‘ geben und keinen ‚Anderen‘ ohne das ‚Ich‘, und es ist die Sprache, die dies bewirkt“ (Penn und Frankfurt 1994, S. 221).

Surreys Untersuchung (2005) zur Psychotherapie auf Achtsamkeitsbasis hat gewisse Parallelen zum wachsenden Interesse an der Intersubjektivität in der Psychotherapie, wobei der eigene innere Bereich durch Interaktionen und Beziehungen in der „äußeren“ Welt konstituiert wird. Allerdings argumentiert Surrey, dass Beziehungstherapien auf Achtsamkeitsbasis die Idee der Intersubjektivität zu einer umfassenderen, zutiefst beziehungshaften Vorstellung des „Inter-Seins“ ausweiten, einem von Nhat Hanh geprägten Wort, das die gegenseitige Abhängigkeit und Verbundenheit der gesamten Existenz beschreiben soll. In einer Weise, die an die kontextuelle und relationale Orientierung der Familientherapie erinnert, sorgen achtsamkeitsorientierte Therapeuten für die Entstehung eines therapeutischen Kontextes, der laut Surrey „zu einer Übung in achtsamer Bewusstheit für Beziehungen wird, die sich auf die Bewegungen des Schließens und Lösen von Kontakten richtet und auf die Schaffung einer neuen, empathischer verbundenen Kultur, in der Heilung geschieht“ (S. 96). Solch eine relational achtsame Therapie verwandelt den therapeutischen Rahmen an sich, denn solch eine Neuorientierung löst „einen Umschwung von einer Psychologie der Entitäten hin zu einer Psychologie der Bewegung und des Dialoges“ aus: „Selbst, Gegenüber und die Beziehung sind nicht länger klar abgegrenzte Entitäten, sondern sich gegenseitig formende Prozesse“ (Surrey 2005, S. 107).

Für Kabat-Zinn (2008) transzendiert die Gegenseitigkeit der Präsenz, die die beziehungshafte Achtsamkeit ausmacht, die Intersubjektivität und geht in den Bereich des Interseins, wo Sehen und „Gesehenwerden... einen geheimnisvollen Kreislauf der Gegenseitigkeit, eine Gegegenseitigkeit der Präsenz“ (S. 205) bilden. Die beziehungshafte Qualität des Seins ist ein Leitmotiv, das sich durch Kabat-Zinns Schriften zieht (S. 43) und beschreibt, wie Aufmerksamkeit die Verbundenheit stärkt (S. 121), die für unser Zugehörigkeitsgefühl in der Welt fundamental ist. Es ist genau diese Gegenseitigkeit der Präsenz und tiefen Bezogenheit aufeinander,

Kapitel 13

Achtsames Zuhören bringt bessere Erfolge

REBECCA SHAFIR

Während ich ins Wartezimmer hinuntergehe, um Abby zu begrüßen, meine nächste Patientin, freue ich mich darauf, die neuesten Berichte dieses unruhigen Geistes zu hören. Sie hat bis jetzt schon einige Fortschritte gemacht, was eine effektivere Kommunikation mit ihrer Familie angeht, aber ein paar Knackpunkte müssen wir noch durcharbeiten. Ich spreche ein Gebet als Erinnerung, dass ich hören will, was sie mir zu sagen versucht. Ich hoffe, dass sie sich selbst besser verstehen wird, indem sie gehört wird. Ich fasse den Entschluss, für die kommende Stunde alle Pläne zu vergessen.

Auf den letzten Schritten überlege ich, wie Freud, Reich, Jung und all die anderen großen Psychoanalytiker die Abby von heute hören würden. Wie hätten sie es wohl geschafft, stundenlang zuzuhören, wenn ihre Geduld damals schon von Multitasking, einem vollgepfropften Terminkalender und den mitreißenden Datenströmen des Internet strapaziert gewesen wäre? Verschont von Widrigkeiten wie Amtsschimmel und Papierkrieg, in der Tasche vibrierenden Handys und Laptops, die in der Ecke vor sich hinblincken, vermute ich, konnten sie stundenlang hellwach bleiben und subtilste Subtilitäten erfassen. Vielleicht waren damals ihre Büros mehr so eine Art Nest: geräuschlos, gemütlich und ohne Trubel. Ich vermute auch, da es damals weniger äußerliche Ablenkung gab, hatte ein klinischer Psychologe auch weniger innerliche Ablenkungen (Sorgen, Zeitdruck, Angst vor Kontrollverlust usw.). Waren sie seelisch zufriedener?

Hatten sie mehr „geistigen Raum“ für ihre Patienten? Ich bin neidisch, dass es früher vielleicht so viel leichter war, tief zuzuhören. Ich frage mich, was ich damals wohl gehört hätte, was ich heute, bei aller guten Absicht, nicht höre.

Könnten heutige Kliniker, im Lichte dieses heutigen Dilemmas, diese äußerlichen Ablenkungen kompensieren, indem sie Wege finden, durch bewussteres Zuhören die Beziehung zu ihren Patienten zu verbessern? Und könnten Kliniker mit Hilfe regelmäßiger Achtsamkeitspraxis ihren Patienten, die ebenfalls von vielfältigen innerlichen Ablenkungen heimgesucht werden, helfen zu lernen, wie man anderen besser zuhört?

Ich bin Sprachpathologin und Neurotherapeutin. Ich bekomme von Psychologen und Psychiatern Patienten überwiesen, die ihre kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten verbessern müssen. Meine Erfolge hängen sehr stark von der Qualität meiner Fähigkeit ab, ein kompetenter Zuhörer zu sein und diese Kompetenz meinen Patienten zu vermitteln. Zuhören ist Teil des Heilungsprozesses; es ist das, was ein Therapeut am besten kann und worauf die Patienten sich verlassen, weil sie sich selbst oft nicht hören können.

Mit diesem Kapitel will ich ein paar praktische Leitlinien anbieten, wie man als Kliniker lernen kann, besser zuzuhören, was wiederum die Beziehung zu den Patienten fördert und so zu größeren Behandlungserfolgen führt. Viele Patienten zeigen gravierende Kommunikationsprobleme im zwischenmenschlichen Bereich, die auf verschiedene seelische Krankheiten und Störungen zurückgehen. Damit eine klinische Beziehung wahrhaft therapeutisch sein kann, muss sie dem Patienten mehr bringen als lediglich eine Reduzierung der Symptome. Der Patient muss im Kontext einer sinn-erfüllten Beziehung erleben, was gesunde Kommunikation ausmacht.

Ob man sich dafür entscheidet, diese Fähigkeit indirekt durch das eigene Beispiel zu vermitteln, oder für einen therapeutischen Ansatz, der Kompetenzen vermittelt: Der Kliniker muss die Grundlage für sein oder ihr Zuhören überprüfen. Der authentischste und zuverlässigste Ansatz für das Zuhören hat seine Quelle in der Achtsamkeit. Achtsames Zuhören ist weniger eine Technik oder Methode als vielmehr eine *Einstellung* oder *geistige Haltung*. Es kombiniert Konzentration und Fokussierung mit Neugier und Fürsorglichkeit.

Ein Kliniker, der mit dem Patienten aus einer Perspektive achtsamen Zuhörens interagiert, strebt damit eine *Partnerschaft* mit dem Patienten an. Für eine erfolgreiche Partnerschaft braucht es Vertrauen zwischen den Beteiligten. Vertrauen ist ein Schlüsselement einer therapeutischen Beziehung; es ist ein Element, das sich, wenn überhaupt, erst im Laufe der Zeit entwickelt. Im Vertrauen verkörpern sich viele der wesentlichen Merkmale der Achtsamkeit, wie sie in den vorigen Kapiteln beschrieben worden ist. In einer therapeutischen Beziehung Vertrauen zu schaffen heißt, sich der Bedürfnisse des Patienten *bewusst* zu sein, für diese Bedürfnisse *aufmerksam* und *aufgeschlossen* zu sein, den Patienten *anzunehmen* und für ihn in der *Gegenwart präsent* zu sein. Ein Patient muss Gewissheit haben, dass der Therapeut ihn versteht und akzeptiert; nur dann kann er oder sie das Gefühl haben, sich auf dessen Rat verlassen zu können. Achtsames Zuhören hilft dem Therapeuten, den Patienten weit jenseits der Oberflächenschicht von Worten, Befundberichten und Fallgeschichten zu verstehen. Achtsames Zuhören fördert in einer therapeutischen Beziehung das Vertrauen. Der Patient lernt darauf zu vertrauen, dass der Kliniker ihn oder sie mit allen Stärken und Schwächen bedingungslos akzeptiert. In einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung sind, anders als in den meisten nicht-klinischen Beziehungen, die Barrieren aus Statusdenken, Vorurteilen oder unrealistischen Erwartungen weniger massiv.

Wenn das Vertrauen wächst, fällt es den Patienten zunehmend leichter, auch andere Standpunkte an sich heranzulassen und sich für die *Möglichkeit* der Veränderung mehr zu öffnen. Sie werden empfänglicher für Vorschläge, die ihnen etwas mehr Anstrengung abverlangen, und kooperativer. Ein gesundes Vertrauen inspiriert einen ehrlichen Dialog zwischen Patient und Arzt; es wird einfacher, Meinungsverschiedenheiten anzusprechen. Dieser konstruktive Austausch hilft dem Arzt bei der Planung und Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten. Im direkten Zusammenhang mit dem positiven, stetigen Wachstum, das stattfindet, wird die Teilnahme des Patienten an der Therapie konstanter. In jeder vertrauensvollen Beziehung wissen die Partner auch stillschweigend, dass auf beiden Seiten Fehler passieren können; wenn aber gute Absichten dahinter stecken, können Fehler verziehen und als Teil des Lernprozesses akzeptiert werden.

Ein weiteres positives therapeutisches Ergebnis dieses partnerschaftlichen Ansatzes: Wenn in einer klinischen Beziehung ein Vertrauen aufgebaut ist, hilft das den Patienten, zu sich selbst ein inneres Vertrauen zu entwickeln. Patienten werden selbstbewusster und unabhängiger beim Treffen „richtiger“ Entscheidungen. Der wahre Lackmustest¹ für die therapeutische Wirksamkeit der klinischen Beziehung ist, wie gut der Patient in der Lage ist, genau diese Lektionen in seinen Beziehungen außerhalb der Therapie umzusetzen. Die Patienten wollen mehr als nur ein Echo. Sie machen die Art von therapeutischer Hilfestellung ausfindig, die ihnen Kraft und Mut gibt, auf dem aufgewühlten Meer der zwischenmenschlichen Beziehungen zu navigieren.

Grundkurse im Zuhören – warum nicht?

Mein Interesse am Thema „Zuhören“ geht auf einen Zuhör-Kurs zurück, den ich für Manager an meinem Krankenhaus hielt. Die Abteilung Risiko-Management hatte mir Dokumente geliefert, die die kostspieligen Folgen miserablen Zuhörens für die Pflegequalität und das Gesundheitssystem darlegten. Im Gegensatz zu diesen miserablen Resultaten waren gute Ergebnisse (nicht unbedingt *Heilungen*) den Berichten zufolge das Resultat eines positiven Verhältnisses zwischen Patient und Leistungserbringer – und das ging so weit, dass Patienten, wenn in der Behandlung etwas schiefgegangen war, sogar weniger dazu neigten, vor Gericht zu gehen. Eine Forschung, die diesen Zusammenhang belegt hätte, gab es kaum, geschweige denn irgendein Lehrangebot dazu. Deshalb war etwas Feldforschung in Form der Durchsicht von Krankenakten sowie der Befragung von Patienten und Leistungserbringern erforderlich, um die Grundmerkmale jener therapeutischen Beziehungen herauszuarbeiten, die zu positiven Ergebnissen geführt hatten. Diese Erfolge konnten nicht nur eine Heilung von Symptomen umfassen, sondern auch geringeren Medikamentenbedarf, mehr Lebensqualität, gesteigertes Selbstvertrauen und größere Stressresistenz.

Wenn sie über ihre Erfahrungen nachdachten, kamen die meisten dieser Patienten zu dem Schluss, dass die Ärzte, die die größten Fortschritte ermöglicht hatten, den Patienten eine Neubewertung („reframing“) ihrer Störung vermitteln konnten, und zwar:

- indem sie ihnen zuhörten und eine Erklärung für das Problem gaben, die ihnen einleuchtete;
- indem sie bei den Stärken ansetzten und dadurch die Selbstannahme der Patienten förderten;
- indem sie ihnen praktische Strategien an die Hand gaben, mit schwierigen Menschen und Situationen umzugehen.

Aus dieser Exploration ergab sich die Forderung nach achtsamem Zuhören. Nun war ich entschlossen, achtsame Zuhörer ausfindig zu machen, von ihnen zu lernen und Mittel und Wege zu finden, das, was sie machten, anderen beizubringen.

In größerem oder kleinerem Maße haben viele Kliniker die Fähigkeit zu achtsamem Zuhören erlebt, ein bisschen wie jene großen Psychotherapeuten aus ruhigeren Zeiten. In diesen Momenten waren sie fähig, innerliche und äußerliche Ablenkungen zu verbannen. Solche Momente, die sich durch etwas Übung ausweiten lassen, ähneln den ruhigen, egolosen Zuständen im Tempus des Präsens, die ein Meditierender erlebt. In diesen Momenten, wo die Kliniker sich vergaßen und zuließen, dass das Anliegen des Patienten in den Mittelpunkt rückte, gerieten sie auf eine tiefere Ebene der Bewusstheit und der Kommunikation. Es ist der Zustand der Achtsamkeit, in dem der Therapeut am fähigsten ist, die kleinen mimischen Veränderungen, den Tonfall der Stimme, die Länge einer Pause, ein Schlucken oder eine kleine Körperbewegung zu erfassen, die den gesprochenen Worten Reichtum und Tiefe verleihen. Großzügige, aufmerksame Stille gibt ihnen die Zeit und die Hilfestellung, ihre Gedanken zu sortieren und in die Tiefe ihres Anliegens vorzustoßen. Wenn der Therapeut so zuhören kann, kann er oder sie sich trotz eines dichtgedrängten Terminplans unbeschwert fühlen.

Es überrascht, dass Zuhören nicht schon ganz früh gelehrt wird, obwohl es doch so fundamental ist für den eigenen Erfolg beim Lernen und in Beziehungen – und in diesem Zeitalter der Ablenkungen so bedroht.

Kindern beizubringen, wie man achtsam zuhört, könnte auf direktem Wege ihre Leistungen verbessern und Gewalt in der Schule eindämmen. Den Eltern beizubringen, wie sie ihren Kindern zuhören können, hilft gute Vorbilder und bessere häusliche Verhältnisse schaffen. Es ist durchaus vorstellbar, dass ein Zuhör-Kurs vor der Ehe die Scheidungsrate senken könnte. Lässt man achtsames Zuhören in die Therapiesitzungen einfließen, so gibt es eine Kettenreaktion: Sobald Patienten achtsam gehört werden und die Werkzeuge an die Hand bekommen, selbst achtsam zuzuhören, können sie die Beziehungen zu Familie, Freunden und Kollegen unmittelbar verbessern. Von Familienmitgliedern kommen positive Kommentare, wie ihre Lieben es jetzt doch besser schaffen, heikle Themen zu besprechen, andere weniger unterbrechen und vom Gehörten mehr behalten. Familie und Freunde wiederum tendieren mit der Zeit dazu, ihrerseits ein bisschen geduldiger und rücksichtsvoller mit den eigenen Freunden und Kollegen umzugehen.

Auch in der Wirtschaft weiß man um die Vorteile, die es bringt, wenn man Kunden richtig zuhört. Allerdings gibt es wenig nennenswerte Ansätze, das Zuhören effizient zu schulen. Als ich für mein Buch „Zen in der Kunst des Zuhörens“ (2003) recherchierte, besuchte ich Firmen, in denen in der Abteilung Kundenbetreuung unter anderem das Zuhören unterrichtet wurde. Die überwiegende Mehrheit unterrichtete das, was ich „Als-ob-Techniken“ nennen würde: Drei-, Fünf- oder Zehn-Punkte-Pläne in handlichen Päckchen. Den Teilnehmern wurde beigebracht, die Haltung des Sprechers zu spiegeln, sich vorzubeugen, den Sprecher zu fixieren und sich um den Verstand zu nicken, während das Gegenüber sprach. Wenig oder gar keine Aufmerksamkeit wurde der Verbesserung der Konzentration gewidmet, wo Zuhörer ja oft Defizite haben. Zuhörern, die auf Techniken und Manöver fixiert sind, wird viel von dem entgehen, was gesagt wird und was ungesagt bleibt. Achtsame Zuhörer halten guten Blickkontakt aufrecht und nicken immer mal wieder, aber dies sind reflexhafte Reaktionen auf authentischen Kontakt. Sie werden nicht im Voraus geplant, und niemand beabsichtigt, dem Sprecher *vorzutäuschen*, dass er oder sie wirklich gehört wird.

Die meisten Kliniker, die ich interviewte, hatten während ihrer Praxissemester oder Weiterbildungen reiche Fähigkeiten entwickelt, einen Draht

zu ihren Patienten zu finden. Mit der Zeit aber, wie viele bestätigen können, schränkt die Mischung aus Ablenkungen, Termindruck und dem Elend der Patienten ihre Fähigkeit ein, jedes Mal wieder ein offenes Ohr zu haben.

Was ist ein achtsamer Zuhörer?

Wenn ich vor Ärzteguppen über das Thema „Achtsames Zuhören“ spreche, bitte ich immer um ein Handzeichen von denen, die sich an mindestens eine Gelegenheit in ihrem Leben erinnern können, wo sie *von ganzem Herzen* gehört wurden. Man kann traurigerweise darauf wetten, dass sich nur ein paar Hände zeigen. Interessanterweise sagen diese Studenten meist, es sei Opa oder Oma oder ein Therapeut gewesen, der ihnen so zugehört habe. Wenn ich zusammen mit der „achtsam gehörten Minderheit“ diese Erinnerungen explorierte, berichteten sie, dass dieser besondere Zuhörer im allgemeinen vier Qualitäten hatte, die das Gespräch unvergesslich machten und oft ihr Leben veränderten. Diese Zuhörer konnten:

1. ihre Aufmerksamkeit über längere Zeit *aufrechterhalten*;
2. die *gesamte Botschaft* hören und sehen;
3. dem Sprecher das Gefühl geben, geschätzt und respektiert zu werden, und
4. sich selbst zuhören.

Diese Merkmale definieren die Essenz eines *achtsamen Zuhörers*.

Schon lange weiß man, dass Meditation ein natürlicher Weg ist, die Konzentration zu verbessern. Als College-Student hatte ich mir als Hilfe, um mit einem anstrengenden Stundenplan, meiner Gesangsausbildung und zwei Teilzeitjobs klarzukommen, die Transzendente Meditation ausgesucht. Im Laufe der Jahre probierte ich viele Arten der Meditation aus, darunter sowohl Konzentrations- als auch Achtsamkeitstechniken. Im Hinblick auf das Ziel, die eigenen Zuhörer-Fähigkeiten zu verbessern, haben beide ihre Vor- und Nachteile. Bei der *Konzentration* geht es darum, sich auf jeweils eine Sache zu fokussieren. In konzentrativer Meditation sitzt

man zum Beispiel ganz still und konzentriert sich auf die Wiederholung eines Mantra, auf den Atem oder eine Kerzenflamme. Diese Art Konzentrationspraxis hilft einem, mentale Kraft und Konzentration aufzubauen, so dass man die Fähigkeit kultivieren kann, ruhig in der Gegenwart zu bleiben. Bei der *Achtsamkeit* dagegen geht es um Offenheit gegenüber jedem Gedanken, der gerade in der Gegenwart auftaucht; man hält nicht an irgendeiner Sache oder Empfindung fest. Achtsamkeit erlaubt einem, das gesamte Spektrum einer Aktivität zu erleben. In seinem Buch „Das Wunder der Achtsamkeit“ (1987) bringt Thich Nhat Hanh das Beispiel: „Geschirr waschen, um Geschirr zu waschen.“ Während wir Geschirr waschen, reflektieren wir gleichzeitig das Wundersame dieses Vorgangs, seinen Zweck, Berühren und Fühlen und so weiter. Während der gesamten Aktivität sind wir im Tempus des Präsens eingebunden und uns der Vermischung von Denken und Handeln bewusst. Die Übung der Konzentration macht es leichter, konzentriert zu bleiben, wodurch der Geist sich stabilisiert. Aber eine fokussierte Praxis allein hat eine geschlossener und weniger empfängliche Qualität als die Achtsamkeitspraxis. Die reine Fokussierung auf eine Sache kann dazu führen, dass einem Zuhörer entgeht, was jemand physisch oder emotional zum Ausdruck bringt. Bei der Achtsamkeitspraxis geht es aber darum, sich zu öffnen und empfänglich zu sein und nicht darum, das wegzuschieben, was wir nicht mögen; das gibt unserem Bewusstsein etwas Neugieriges, Wissbegieriges. Allerdings verliert man bei der Achtsamkeitspraxis leichter seinen Ankerpunkt, und sie kann der Kultivierung der Stille, die zu größerer Einsicht führt, in die Quere kommen. Viele meiner Patienten und Studenten bevorzugen ein auf Empfindungen bezogenes *Vipassana* (Glickman 2002), weil es die besten Elemente aus Konzentrations- und Achtsamkeitspraxis kombiniert. Übungen wie Body-Scan und Bewusstheit für das gesamte Spektrum unserer Emotionen in der Gegenwart trainieren uns darin, engagiert beim Prozess des Zuhörens zu bleiben. Wie der Buddha lehrte, müssen sowohl Konzentration als auch Bewusstheit entwickelt werden, damit Einsicht möglich wird (Glickman 2002).

Viele meiner Patienten behaupten, dass sie sogar bei nur kurzen Phasen regelmäßiger täglicher Meditationspraxis eher dazu neigen zu bemerken, wann eine Ablenkung das Ruder übernimmt. Sie bemerken ihr Abschwei-

fen und schnellen rascher ins Tempus Präsens zurück. Eine regelmäßige Meditationspraxis von zwei Mal 20 Minuten pro Tag wäre die ideale Hilfe, um ein solches Resultat in kürzerer Zeit zu erreichen.

Viele meiner Studenten haben berichtet, achtsames Gehen sei ein gut machbarer und angenehmer Ansatz. Die Tatsache, dass Gehen etwas ist, was wir sowieso tun (ins Wartezimmer, ins Bad, zum Auto, ins Lehrerzimmer usw.), macht es leichter, sich die Kopplung zwischen dem Akt des Gehens und einem ruhigen Geist zur Gewohnheit zu machen. Wenn das Wetter es zulässt, beginne ich Therapiesitzungen oft mit einer Runde achtsamen Gehens im Freien. Die Patienten müssen mich nicht anschauen, sie können geradeaus schauen und gehen und auf meine Hinweise hören. Sie sehen es als Übung, die ein persönlicher Trainer mit ihnen macht.

Während dieser Zeit spreche ich keine schwierigen Fragen an und gebe keine Ratschläge. 15 bis 20 Minuten gehen und atmen wir einfach. Ein Kliniker kann in dieser kurzen Zeit viel über seinen Patienten erfahren (und vice versa). Manche kichern nervös, andere wollen pausenlos reden oder sich über irgendjemanden oder irgendetwas beklagen. Der Therapeut bekommt zu sehen, wie lange manche Menschen brauchen, um zur Ruhe zu kommen, nachdem sie sich verfahren oder keinen Parkplatz gefunden haben. Die Patienten erleben, wie der Therapeut ohne Wertung zuhört und ihre Aufmerksamkeit sanft auf das Gehen und den Atem zurücklenkt. Nach ein paar Minuten beruhigen sie sich, indem sie erkennen, dass der ganze Trubel reine Energieverschwendung ist. Im Stillen die Atemzüge zu zählen, zwei Schritte ein- und vier oder fünf auszuatmen, ist unaufdringlich und zentrierend. Für die, die eine aktivere Form der Meditation bevorzugen, haben Qi Gong und Tai Chi denselben Effekt. Viele Patienten, die erwarten, sie würden ihre Therapie in meinem Büro sitzend beginnen, Auge in Auge mit meinem Klemmbrett, kommentieren diese erfrischende Art, den Kopf frei zu kriegen und die Sitzung optimal zu nutzen, positiv.

Ich genieße es zu sehen, wie die Patienten auf dem Parkplatz warm werden, bevor ihre Sitzung beginnt. Zuhause fangen sie dann an, kurze Spaziergänge in ihren Tagesablauf zu integrieren, um für den Tag Klarheit aufzubauen. Sie werden sich des „Affens im Gehirn“ bewusst, der hemmungslos von einer Idee zur nächsten hüpfet. Diese ersten Schritte sind sehr hilfreich für Patienten mit ADD/ADHD („attention-deficit