

Mark Williams, Melanie Fennell
Thorsten Barnhofer, Rebecca Crane
& Sarah Silverton

Achtsamkeit und die Transformation von Verzweiflung

Mit suizidgefährdeten Menschen arbeiten

Übersetzt von Christine Bendner



Arbor Verlag
Freiburg im Breisgau

Audio-Dateien der geführten Achtsamkeitsmeditationen des MBCT-Programms stehen für Leser auf www.arbor-verlag.de zur Verfügung.

© 2015 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.
370 Seventh Avenue, Suite 1200, New York, NY 10001

© 2017 der deutschen Ausgabe: Arbor Verlag GmbH Freiburg
by arrangement with Guilford Press.

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel:
Mindfulness and the transformation of despair: working with people at risk of suicide.

Alle Rechte vorbehalten
1. Auflage 2017

Titelfoto: © pixelplacebo/Getty Images
Lektorat: Lothar Scholl-Röse
Druck und Bindung: Kösel, Krugzell
Hergestellt von mediengenossen.de

Dieses Buch wurde auf 100% Altpapier gedruckt und ist alterungsbeständig.
Weitere Informationen über unser Umweltengagement finden Sie unter
www.arbor-verlag.de/umwelt

www.arbor-verlag.de

ISBN 978-3-86781-166-8

Inhalt

1	Einleitung	7
---	------------	---

TEIL 1 Theoretischer und forschungsbezogener Hintergrund

2	Der Ursprung der Verzweiflung: Eine evolutionäre Sichtweise	21
3	Warum der Gedanke an Selbstmord nicht verschwindet	49
4	Wie könnte Achtsamkeit helfen? Tun und Sein	73

TEIL 2 MBCT für suizidgefährdete Menschen

5	Assessment der Vulnerabilität für Depression und Suizidalität	105
6	Die Entwicklung des Erstinterviews: Vulnerable Teilnehmer ermutigen, sich auf die Achtsamkeitsmeditation einzulassen und dabeizubleiben	141
7	Sitzung 1: Gewahrsein und Autopilot	177
8	Sitzung 2: In unserem Kopf leben	197
9	Sitzung 3: Den zerstreuten Geist sammeln	211

10	Sitzung 4: Aversion erkennen	225
11	Sitzung 5: Erlauben/Zulassen	239
12	Sitzung 6: Gedanken sind keine Fakten	263
13	Sitzung 7: Wie kann ich am besten für mich sorgen?	275
14	Sitzung 8: Neu Erlerntes bewahren und erweitern	285
15	Wie kann MBCT Transformation bewirken? Janes Geschichte	291

TEIL 3 Lehrer ausbilden und Kompetenz definieren

16	Integrität des MBCT-Lehrers Assessment der achtsamkeitsbasierten Lehrkompetenzen	335
17	Die Erfahrung, MBCT-Lehrer zu sein	361

TEIL 4 MBCT – Die Ergebnisse

18	Achtsamkeit auf dem Prüfstand: Hilft MBCT suizidgefährdeten Menschen?	401
----	--	-----

	Literatur und Ressourcen	431
	Danksagung	439
	Über die Autoren	443
	Literaturverzeichnis	447
	Liste der Audio-Dateien	463

KAPITEL 1

Einleitung

Es ist eines der schwierigsten und schmerzlichsten Gespräche: das zwischen einem Menschen, der auf der Suche nach Hilfe für seine psychischen Probleme ist und dem Therapeuten, Berater oder Lehrer, den er aufgesucht hat. Denn nachdem die Fragen über die Lebensgeschichte des Betroffenen gestellt wurden, über seine Familie, seine Arbeit, darüber, was ihn hierher geführt hat, und über die Anzeichen und Symptome der Depression, der Hoffnungslosigkeit und inneren Qual, muss eine Frage über Suizid gestellt werden: „Sind Sie jemals an einen Punkt gekommen, an dem Sie das alles beenden wollten, an dem das Leben für Sie einfach nicht mehr lebenswert war und Selbstmord Ihnen eine bessere Alternative zu sein schien, als so weiterzumachen?“ Vielleicht hat derjenige mit niemandem darüber gesprochen, leidet aber dennoch unter enormen Schuldgefühlen aufgrund solcher Gedanken.

Man kann diese Frage auf verschiedene Arten stellen, aber letztendlich muss das Thema angesprochen werden, insbesondere dann, wenn die Person an einer schweren klinischen Depression leidet oder litt. Ungefähr die Hälfte der Menschen, die eine Depression entwickeln, denken wiederholt an den Tod und an Suizid, aber während jede psychische Problematik das Suizidrisiko erhöht – Angst- oder Panikstörungen, bipolare Störungen, posttraumatische Belastungen (PTBS) oder Schizophrenie –,

sind es vor allem die mit diesen Störungen einhergehenden Gefühle der Niedergeschlagenheit und Hilflosigkeit, die das Risiko erhöhen, dass sich ein Mensch das Leben nimmt. Depression und Hilflosigkeit bilden die „gemeinsame Endstrecke“ für suizidale Gefühle und Handlungen, und in diesem Buch geht es um suizidale Depression und Hoffnungslosigkeit.

Der in diesem Buch beschriebene Ansatz zum Umgang mit suizidgefährdeten Menschen entsprang einer umfassenderen Suche nach Hilfsmöglichkeiten für depressive Menschen im Allgemeinen. Depressionen nehmen weltweit dauerhaft einen der ersten vier Plätze im Ranking aller erfassten Erkrankungen ein und wurden als signifikante globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts bezeichnet (Collins et al., 2011). Zwanzig Prozent aller Menschen machen zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben eine schwerwiegende depressive Episode durch – über eine Milliarde weltweit –, und es trifft Menschen aller gesellschaftlichen Schichten, ganz gleich, ob sie in sehr reichen, wohlhabenden oder armen Ländern leben (WHO, 2008). Dort, wo sie zuschlägt, untergräbt die Depression das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien und beeinträchtigt in hohem Maße die Fähigkeit dieser Menschen, im Alltag zu funktionieren, ob im Privat- oder Berufsleben. Aber es ist eine unsichtbare Narbe, denn nur wenige Betroffene sprechen so offen darüber, wie sie über andere gesundheitliche Beeinträchtigungen sprechen würden.

Im Jahre 1993 begannen Zindel Segal, John Teasdale und Mark Williams nach Wegen zu suchen, jene Faktoren besser zu verstehen, die das Risiko erhöhen, an einer Depression zu erkranken, und dieses Risiko dann zu senken. Ursprünglich hatten sie beabsichtigt, ihren präventiven Ansatz auf der kognitiven Therapie aufzubauen, aber ihre persönlichen Erfahrungen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse über jene Prozesse, die dem anhaltend hohen Risiko bei Depressionen zugrunde liegen und es aufrechterhalten, ließen sie zu der Überzeugung gelangen, dass es mehr zu entdecken gab, als das, was die existierenden kognitiven Theorien und Therapien beinhalteten. Auf der Grundlage von Marsha

Linehans Anwendung der Achtsamkeit (einem der Schlüsselemente ihrer dialektischen Verhaltenstherapie für Menschen mit einer Borderline-Diagnose) und Jon Kabat-Zinns bahnbrechender Arbeit am UMass Medical Center for Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR; Achtsamkeitsbasierte Stressbewältigung) stellten sie ein psychologisches Modell vor, das erklärte, wieso Achtsamkeitstraining mit seiner Betonung auf der Veränderung der mentalen und emotionalen Modi jenen Menschen helfen könnte, die immer wieder in sich wiederholenden destruktiven, toxischen Denkmustern stecken blieben.

Aber was ist „Achtsamkeit“? Das Wort *mindfulness* – Achtsamkeit – ist eine Übersetzung eines Pāli-Begriffs, der ursprünglich soviel wie „Erinnerung“ oder „Nicht-Vergessen“ bedeutete. In den buddhistischen Schriften stand er später für „klares Gewahrsein“ (Bodhi, 2011). In seiner gebräuchlicheren Verwendung in der neueren klinischen Literatur bezeichnet er jenes Gewahrsein, das sich als „Nebenprodukt“ beim Kultivieren von drei miteinander verbundenen Fähigkeiten einstellt: 1) bewusstes Lenken der Aufmerksamkeit auf das Geschehen im Inneren und Äußeren, wie es sich von Augenblick zu Augenblick entfaltet, 2) bewusstes Wahrnehmen gewohnheitsmäßiger Reaktionen auf diese Vorgänge, die oft mit Ablehnung oder Anhaftung verbunden sind (was gewöhnlich zu Grübeleien und Vermeidungsverhalten führt) und 3) das Entwickeln und Kultivieren der Fähigkeit, auf Ereignisse – und die eigenen Reaktionen darauf – mit einer inneren Haltung des unvoreingenommenen Interesses und des Mitgefühls zu antworten. Achtsamkeit wird traditionell im Rahmen einer Meditationsform kultiviert, bei der die Teilnehmer lernen, jedem Augenblick bewusst und mit freundlichem Interesse Aufmerksamkeit zu schenken. Wenn Menschen eine solche Meditation über einen längeren Zeitraum praktizieren, verändern sich einige Merkmale und Qualitäten ihrer Erfahrung. Praktizierende berichten, dass sie sich bewusster oder wacher und ruhiger fühlen und eher in der Lage sind, ihre emotionalen Muster und Gewohnheiten zu erkennen, sich daraus zu befreien und, innerlich freier, sich selbst und anderen mit mehr

Mitgefühl zu begegnen. Frühe Untersuchungen von Jon Kabat-Zinn und Kollegen hatten gezeigt, dass dieses Verfahren höchst effektiv für Patienten war, die unter lang anhaltenden physischen Gesundheitsproblemen litten, welche ihre Lebensqualität zunehmend zunichte gemacht hatten (Kabat-Zinn, 2011).

Segal, Williams und Teasdale erkannten, dass Achtsamkeitstraining der Schlüssel zur Prävention von Depressionen sein könnte. Die Studie, die sie an der University of Cambridge (England), der University of Toronto (Kanada) und der Bangor University (Wales) durchführten, zeigte, dass MBTC bei Patienten, die bis dahin drei oder mehr depressive Episoden durchlitten hatten, die Rückfallquoten um 40 bis 50 Prozent senkte.

Zu diesem Zeitpunkt waren sie vorsichtig optimistisch, dass Achtsamkeit eine Rolle bei der Senkung des Risikos für depressive Erkrankungen spielen könnte, glaubten aber, dass sich wahrscheinlich nur eine Minderheit der Behandelnden für einen solchen Ansatz interessieren würde. Im Jahre 2002 veröffentlichten sie ein Buch, in welchem sie ausführlich die Vorgeschichte ihrer Forschungsarbeit schilderten: ihre falschen Anfänge, ihre Kehrtwendungen, und was sie letztendlich entdeckten. Zu ihrer Überraschung stieß ihr Buch *Die Achtsamkeitsbasierte Therapie der Depression: ein neuer Ansatz der Rückfallprävention* (Segal, Williams & Teasdale, 2008, 2015) auf breites Interesse und gewann großen Einfluss auf die klinische Behandlung. Es veränderte die gesamte „Landschaft“ der klinischen Praxis, indem es sowohl allgemein den Blick auf das Krankheitsbild Depression veränderte als auch die Vorstellungen darüber, wie man ihm am besten vorbeugen könnte. Und es weitete seinen Einfluss nach und nach auch auf den Bereich evidenzbasierter Behandlungsverfahren bei anderen schweren psychischen Erkrankungen aus.

Achtsamkeit und Suizidalität

Aber es blieben einige quälende Fragen, die wieder und wieder gestellt wurden: Kann man Achtsamkeit auch bei hoch vulnerablen Patienten anwenden, das heißt, bei Menschen mit einer extrem schwierigen Vorgeschichte? Was, wenn es solchen Menschen dann *noch schlechter* ginge, weil Achtsamkeit ihnen ihre Probleme noch deutlicher bewusst macht? Was, wenn sie suizidgefährdet sind? Wäre es nicht unethisch, Menschen zu ermutigen, eine Methode zu praktizieren, die dazu führen könnte, dass sie sich suizidaler Gedanken und Gefühle noch *stärker* bewusst werden? Williams Sorge galt seit Langem jenen Menschen, die so depressiv werden, dass ihnen Suizid als einziger Ausweg erscheint. Seine Kollegen und Mitarbeiter in der Internationalen Gesellschaft für Suizidprävention hatten nachgewiesen, dass sich weltweit jährlich etwa eine Million Menschen das Leben nehmen.

Selbsttötungen fordern mehr Todesopfer als Kriege. Es gab also dringenden Bedarf an Hilfe, aber nur wenige Anhaltspunkte, wie diese am besten aussehen könnten.

Im Januar 2003 wechselte Williams von der Bangor University in Wales an die University of Oxford, um mit Förderung des Wellcome Trust ein auf 10 Jahre angelegtes Forschungsprogramm zu leiten. Er stellte ein Team zusammen, das untersuchen sollte, ob die bei Achtsamkeit ablaufenden psychischen Prozesse, die zur Prävention depressiver Rezidive beitragen können, sich auch auf jene Menschen positiv auswirken würden, die an so schweren Formen der Depression litten, dass sie suizidal wurden. Oxford war der Forschungsstandort der Wahl, weil hier Keith Hawton jahrelang an vorderster Front der Suizidforschung gearbeitet hatte. Hier bot sich eine Gelegenheit, die besonderen Vulnerabilitätsfaktoren jener Menschen besser zu verstehen, die im Laufe ihres Lebens so schwer gelitten hatten, dass sie immer wieder daran dachten, das alles zu beenden. Könnte Achtsamkeit ihnen helfen? Letztendlich würde das Team eine Forschungsstudie durchführen müssen, um zu sehen, ob und für wen Achtsamkeit hilfreich sein könnte. Aber davor gab es noch eine

Menge Arbeit zu tun, um zu klären, was genau manche Menschen suizidal werden ließ. Nur wenn die Forscher verstünden, welche Faktoren suizidales Denken und Verhalten triggern und aufrechterhalten, könnten sie erkennen, was helfen könnte.

Dieses Buch zeigt auf, was sie herausgefunden haben und welche Auswirkung diese neuen Erkenntnisse auf ihre Arbeit mit MBCT hatte. Diese veränderten natürlich auch ihren Blick auf die Ausbildung neuer MBCT-Therapeuten und die Frage, wie man die Kompetenz, es zu lehren, beurteilen könnte. Aber am wichtigsten war natürlich, dass dieses Forschungsprojekt ihnen zeigen würde, wie man mit MBCT am besten mit jenen Menschen arbeiten könnte, die nicht nur unter einer suizidalen Depression litten, sondern auch an anderen chronischen Problemen und Symptomen.

Überblick über das Buch

Wir haben dieses Buch in vier Teile gegliedert. In Teil I behandeln wir die Forschung und den theoretischen Hintergrund. Kapitel 2 beschreibt das „Hilferuf“-Modell der Suizidalität und wie Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung unter bestimmten Umständen urplötzlich „angeknipst“ werden können – wenn ein Mensch sich niedergeschlagen fühlt und glaubt, keinen Ausweg finden zu können. In Kapitel 3 beschreiben wir ausführlicher, was wir herausgefunden haben, als wir diese Theorien im Labor testeten. Wir betrachten das Suizidrisiko aus wissenschaftlicher Sicht – untersuchen die Schwierigkeiten, die manche Menschen damit haben, positive innere Zukunftsbilder zu erzeugen, und dann, wie sich Menschen in ihrer Reaktivität auf geringfügige Veränderungen der Stimmungslage voneinander unterscheiden. Die Reaktivität schließt nicht nur negative Themen, sondern auch Rumination und Vermeidungsverhalten ein. Genauer gesagt: Bei suizidgefährdeten Menschen schließt Reaktivität bildliche Vorstellungen der Selbsttötung ein,

die für manche Patienten intrusiv und verstörend sind, während einige wenige sie als tröstlich empfinden. Schließlich sehen wir, dass subtile Veränderungen in der Art und Weise, wie Menschen ihre Vergangenheit erinnern (autobiografische Erinnerung), Einfluss auf ihre Reaktivität in der Gegenwart haben.

Wenn wir wollen, dass die Achtsamkeitsarbeit von denjenigen ernst genommen wird, deren Vulnerabilität am höchsten ist, müssen wir ihnen erklären, wieso ein Achtsamkeitstraining für sie einen Versuch wert sein könnte. Kapitel 4 bietet einen Rahmen, den ein Kliniker nutzen kann, um Patientenfragen zu beantworten wie „Wird das für mich funktionieren ... und wie kann es helfen?“

In Teil II wechseln wir vom Labor zur Klinik und beschreiben die praktische Anwendung der in Teil I beschriebenen Forschung. Kapitel 5 untersucht, wie wir suizidale Vulnerabilität am besten einschätzen und beurteilen können, um sicherzugehen, dass wir soviel wie irgend möglich über die Risiken wissen und keinen Schaden anrichten. In Kapitel 6 schildern wir, wie eine klinische Pilotstudie, mit der wir unsere Annahmen überprüfen wollten, wichtige Informationen darüber lieferte, wer vor dem Ende eines MBCT-Kurses „aussteigen“ würde, und beschreiben, wie wir das Erstinterview ausarbeiteten, um das Engagement für das Programm zu stärken. Was wir daraus gelernt haben, floss in die Kapitel 7 – 14 ein, in denen wir Sitzung für Sitzung die spezifischen Änderungen beschreiben, die wir an dem ursprünglichen MBCT-Manual für Depressionen vorgenommen haben und wie unsere Teilnehmer diese Veränderungen erlebten. Diese Kapitel befassen sich ausführlich mit der Frage, in welcher Form man MBCT jenen anbieten kann, bei denen starke suizidale Tendenzen (Gedanken und Handlungen) rasch aktiviert werden können. Wenn es stimmt, dass Transformation nur möglich ist, indem wir uns „den Schwierigkeiten zuwenden“, müssen wir uns fragen, wie wir dies auf eine Weise tun können, die einen wirklich sicheren Raum für die Kursteilnehmer bietet.

Kapitel 15 fasst das MBCT-Programm zusammen, indem wir uns die Dialoge „anhören“, die im Kurs zwischen dem Lehrer und einzelnen Teilnehmern stattfinden. Aus diesen Dialogen, die auf jede Meditation folgen (auch als exploratives Gespräch oder Exploration bezeichnet), wird oft viel oder sogar das meiste gelernt.

Teil III geht ausführlicher auf die Rolle des Lehrers ein. In Kapitel 16 wenden wir uns der kontrovers diskutierten Frage zu, wie wir die Qualität der Wissensvermittlung bei achtsamkeitsbasierten Interventionen beurteilen können. Es ist bei jeder evidenzbasierten Therapie wichtig, zu wissen, dass das, was Woche für Woche gelehrt wird, den Leitlinien und Intentionen des Verfahrens treu bleibt, das Curriculum abdeckt und auf einem bestimmten Kompetenzniveau vermittelt wird. Diese Fragen bleiben nicht auf den Kontext wissenschaftlicher Studien beschränkt. Wenn wir zukünftige Lehrer ausbilden und ihnen vermitteln wollen, wie man Achtsamkeit lehrt, müssen wir uns absolut darüber im Klaren sein, welche Fähigkeiten und Prozesse wir als Rahmen für das Training und die Supervision vorgeben. Also stellt sich die Frage: Wie können wir durchgängig und verlässlich Kompetenz und Leitlinientreue („Integrität“ der Lehre) beurteilen? Darauf gibt es keine einfache Antwort, weil der Prozess des Lehrens und Lernens bei jeder achtsamkeitsbasierten Intervention subtil ist und sich größtenteils durch den Prozess als solchen entfaltet, anstatt dass explizit ein Lehrplan abgearbeitet wird. In die Beurteilung der Qualität der Vermittlung von Achtsamkeit muss also auch das „verborgene Curriculum“ einbezogen werden, das heißt, inwieweit Lehrer das Lernen durch ihr eigenes Sein verkörpern. Dieses Kapitel befasst sich mit Fragen der Integrität beim Lehren achtsamkeitsbasierter Inhalte, was sie bedeutet, wie sie sich im Laufe der Zeit entwickelt und wie man sie einschätzen oder beurteilen kann. Kapitel 17 beleuchtet das Lehren aus einem anderen, ergänzenden Blickwinkel, indem es sich sozusagen auf die Erfahrung des Lehrers „von innen“ konzentriert. Wie können Lehrer dem Curriculum und den Leitlinien des Verfahrens am besten treu bleiben, wenn sie mit hoch vulnerablen Patienten arbeiten? Das Kapitel

untersucht insbesondere die Herausforderungen beim Vermitteln eines manualisierten, auf Leitlinien beruhenden Programms und die Notwendigkeit, eine Balance zu finden zwischen dem Festhalten an den spezifischen, definierten Lehrinhalten der MBCT einerseits und einem flexiblen Eingehen auf die Teilnehmer andererseits.

Schließlich kommen wir zu Teil IV. In Kapitel 18 fassen wir die vorhergehenden Kapitel zusammen und erläutern, was wir herausfanden, als wir MBCT in einer großen, randomisierten, kontrollierten Studie testeten – und was die Ergebnisse im Hinblick auf die Behandlung der hoch vulnerablen Patienten aussagen, nicht zuletzt auch über den besten Ansatz für einen weisen Umgang mit Reaktionen extremer suizidaler Verzweiflung. Wir stellen unsere Ergebnisse in den Kontext anderer kürzlich veröffentlichter MBCT-Studien, die unseren Vorstellungen über die zukünftige Arbeit mit diesem evidenzbasierten Ansatz Auftrieb geben. Im Großen und Ganzen sollten wir am Ende des Buches die praktischen Fragen für Achtsamkeitslehrer geklärt haben, beispielsweise die Frage, wie sie einschätzen und beurteilen können, welche potenziellen Teilnehmer für ein MBCT-Programm infrage kommen und wie sie dieses so planen und gestalten können, dass sie den Leitlinien ohne unnötige Starrheit oder Furcht treu bleiben. Und wir erläutern natürlich auch, welche Bedeutung es in diesem Zusammenhang für die Lehrenden hat, ihre eigene Praxis aufrechtzuerhalten und mit ihrem eigenen Training fortzufahren.

Hinweis zur Benutzung dieses Buches

Kein Buch über Achtsamkeit steht für sich allein. Jedes Werk trägt sein eigenes Puzzelstück zu einem seit Langem existierenden internationalen Wissensfundus von Theorie und Praxis bei. Dieses Buch macht hier keine Ausnahme: Es soll das Standard-MBCT-Arbeitsbuch von Segal, Williams und Teasdale (2015) ergänzen, sowohl durch die Beschreibung der Adaption für hoch vulnerable Patienten als auch dadurch, dass es zusätzliche

Informationen zu neueren, allgemeinen Entwicklungen beisteuert, die aus einer umfassenderen Perspektive relevant sind, wie beispielsweise die Definition und Beurteilung der Kompetenz von Lehrern. Dieses Buch ist keine „Gebrauchsanweisung“ und wir möchten zur Vorsicht vor jedem Lehrer oder Therapeuten raten, der die Vorstellung hegt, Achtsamkeit allein könne suizidales Denken und Verhalten „kurieren“. Segal und Kollegen lassen keinen Zweifel daran, wie wichtig es ist, die Grenzen der eigenen Kompetenzen zu kennen, wenn wir mit Traumata und schweren psychischen Leiden arbeiten, und wir pflichten ihnen absolut bei in Bezug auf die erforderliche Ausbildung für die Arbeit in diesem Bereich (Segal et al., 2015).

Die verschiedenen Teile des Buches bauen aufeinander auf, so dass es wohl am besten wäre, es in der gegebenen Reihenfolge zu lesen. Auf diese Weise werden die Adaption des MBCT-Programms und ihre Vermittlung vor dem Hintergrund unserer Forschungsergebnisse verständlich, und unsere Ratschläge für die wesentliche Umsetzung des Programms spiegeln unseren gegenwärtigen Wissensstand wider. Wir empfehlen Lehrern oft, das für eine Sitzung relevante Kapitel des Buches vor der Sitzung noch einmal durchzulesen, und zwar nicht nur, um sich den Ablauf oder die Struktur der Sitzung ins Gedächtnis zu rufen, sondern auch, um sich wieder mit dem übergeordneten Thema und den typischen Reaktionen vertraut zu machen, die auftauchen können. Auf das „verborgene Curriculum“ vorbereitet zu sein, kann bei der Arbeit mit hoch vulnerablen Patienten besonders wichtig sein, und deshalb haben wir in Teil II (Kapitel 7–14) ausführlich die Schlüsselthemen jeder Sitzung behandelt. Um die Umsetzung des MBCT-Programms zu erleichtern, haben wir Audio-Aufnahmen praktischer Übungen aus dem *MBCT-Arbeitsbuch*, Freiburg: Arbor Verlag, 2015 zugänglich gemacht (Teasdale et al., 2015). Diese können Sie direkt aus dem Internet abspielen oder im MP3-Format herunterladen. Teilnehmer finden die Aufnahmen in der Regel hilfreich, besonders, wenn sie gerade erst mit der Achtsamkeitspraxis begonnen haben. Lehrer haben Zugang zu entsprechenden Materialien auf

www.arbor-verlag.de/aufnahmen-mbct-arbeitsbuch. In den letzten Kapiteln, in denen wir uns auf die Erfahrungen von Lehrern konzentrieren, wollen wir eine Vorstellung davon vermitteln, was in psychologischer Hinsicht wichtig ist, um Lehrern zu helfen, in MBCT- und anderen Settings mit Verständnis, Mitgefühl und Fürsorge auf Suizidalität und Verzweiflung zu antworten.

Wir hoffen, dass das Buch als hilfreiche Ressource dienen kann – nicht nur denjenigen, die hoch vulnerablen Patienten MBCT vermitteln, sondern auch allen anderen, die nicht in einem psychiatrischen Umfeld Achtsamkeit lehren, aber dennoch feststellen, dass sie oder die Menschen, die Hilfe suchend zu ihnen kommen, mit dem Thema Suizid oder Verzweiflung zu kämpfen haben.

Suizid ist eine Tragödie, die viele von uns trifft: Angehörige, Freunde und Kollegen jener Menschen, die sich das Leben genommen haben. Sie bleiben zurück mit Gefühlen von Scham und Schande, Wut, Einsamkeit und Trauer. Als Therapeuten, Kliniker, Berater oder Achtsamkeitslehrer müssen wir zu einem tieferen und umfassenderen Verständnis im Hinblick auf dieses Thema allgemein und auf unsere gefährdeten Klienten oder Programmteilnehmer im Besonderen gelangen. Wir widmen dieses Buch allen Menschen, deren Leben von einer solchen Tragödie heimgesucht wurde.

TEIL 1

Theoretischer und forschungsbezogener Hintergrund

KAPITEL 2

Der Ursprung der Verzweiflung

Eine evolutionäre Sichtweise

Cathy verstand nicht wirklich, wieso sie im Krankenhaus gelandet war. Nun, sie wusste natürlich, dass sie eine heftige Auseinandersetzung mit einer guten Freundin gehabt hatte und dass sie allein nach Hause gegangen war und zu trinken begonnen hatte. Sie wusste auch, dass sie am Wochenende nicht zur Hochzeit einer anderen Freundin gegangen war und ihr Fernbleiben damit entschuldigt hatte, dass sie sich den Infekt eingefangen habe, der gerade im Büro grassierte. Aber das war vor vier Tagen gewesen ... sie war zur Arbeit gegangen und hatte weitergemacht wie immer. Und dann waren abends altbekannte Gefühle der Einsamkeit und schieren Sinnlosigkeit des Lebens hochgekommen und hatten sie überwältigt. Da war sie nun, in ihren Dreißigern, ohne echte Freunde, allein lebend, mit einem Job, den sie nicht wirklich mochte, und einer Vergangenheit, in der sie sich immer wieder als Versagerin gefühlt hatte. Sie hatte sich stets gefragt, wie andere Leute ihr Leben „packten“ ... wie die es schafften, „sich glücklich zu machen“, während es in ihren Augen nie etwas zu geben schien, worüber man hätte glücklich sein können. Sie schien nie mit anderen auf einer

Wellenlänge zu liegen. Und was noch schlimmer war: Sie schien alle in ihrer Umgebung unglücklich zu machen.

An jenem Donnerstag, als es passierte, war sie wie gewöhnlich von der Arbeit nach Hause gekommen, mit schrecklichen Kopfschmerzen, und war zum Küchenschrank gegangen, um sich ein paar Schmerztabletten zu holen. Sie öffnete den Schrank, sah die Pillen, auch die Antidepressiva, die sie im letzten Jahr verschrieben bekommen, aber nie genommen hatte und außerdem das sehr starke Schmerzmittel, das ihre Mutter bei einem Besuch im vergangenen Jahr vergessen hatte. Plötzlich kam ihr der Gedanke – wie ein Licht, das plötzlich in ihrem Kopf anging –, dass sie all das nicht ertragen müsse. Wenn sie sich aus der Welt schaffen würde, wären alle besser dran. Sie wäre keine Last mehr für andere und der Schmerz, den sie unerträglich fand, würde endlich aufhören.

An alles, was danach passiert war, hatte sie nur noch eine verschwommene Erinnerung. Da lag sie nun im Krankenhaus, mit einer Infusionsnadel im Arm, die Eltern saßen völlig niedergeschlagen an ihrem Bett, auf dem Nachttisch stand ein Blumenstrauß von jener Freundin, die kürzlich geheiratet hatte, und in ihrem Kopf wiederholte eine Stimme ständig, wie dumm sie doch sei – sie schaffte es ja noch nicht einmal, sich das Leben zu nehmen. Der Notarzt sagte, sie sei dem Tod sehr nahe gewesen, wirklich sehr nahe. Er sagte, es sei ein Wunder, dass sie überlebt habe. Cathy konnte dem nicht zustimmen. Sie hatte sterben wollen und jetzt wusste sie nicht mehr, was sie wollte.

Die Herausforderung für Therapeuten

Cathys Geschichte wiederholt sich täglich tausendfach überall auf der Welt. Wie können wir herausfinden, wie man solche Vorfälle verhindern kann? Suizid und suizidales Verhalten sind komplexe Phänomene, die auf soziologischer, psychologischer und biologischer Ebene verstanden werden müssen. Zu erkennen, wer hoch gefährdet ist, und ob man einem

Menschen helfen kann, ein lebenswertes Leben zu haben, so dass derjenige mit derart überwältigenden Gefühlen auf eine weniger destruktive Art umgehen kann, ist eine riesige Herausforderung.

Lassen Sie uns zunächst klären, wie wir das Problem aus ethischer Sicht beurteilen. Man könnte argumentieren, dass Selbsttötung ein freigeählter Akt ist und dass niemand in das Recht einer Person eingreifen sollte, ihr eigenes Leben zu beenden. Es folgen einige von manchen Therapeuten geäußerte Ansichten, die jede für sich oder insgesamt unsere Motivation zu helfen untergraben würden:

- Die Ursachen von Suizid haben nichts mit psychischer Erkrankung zu tun; es ist eine Krankheit der Gesellschaft.
- Suizid ist eine Sache, über die jedes Individuum frei entscheiden können sollte.
- Suizid ist zu selten vorhersehbar.
- Suizidale Menschen nehmen selten Kontakt mit professionellen Helfern auf. Und selbst wenn sie uns kontaktieren, sprechen sie nicht über ihre Selbsttötungsabsichten.
- Patienten, die über Suizid sprechen, führen ihn selten aus.
- Wenn man sich beim therapeutischen Gespräch auf das Thema Suizid konzentriert, erhöht sich das Risiko nur.

Vergleichen Sie diese Einstellungen mit einigen Alternativen:

- Die Menschen, die suizidgefährdet sind, kommen zu uns in unserer Eigenschaft als Therapeuten, um Hilfe zu erhalten.
- Obwohl sie über Wochen, Monate oder Jahre über Suizid nachgedacht oder ihn sogar geplant haben, sind sie immer noch am Leben – irgendetwas hält sie vom Sterben ab.

- Die meisten Menschen sind normalerweise selbst im Zustand großer Hoffnungslosigkeit in Bezug auf Suizid ambivalent, und es liegt in unserer Verantwortung, den Anteil von ihnen zu stärken, der leben will.
- Suizidale Patienten haben bereits mit Angehörigen und Freunden gesprochen und es kann gut sein, dass wir ihre letzte Anlaufstelle sind.
- Die meisten Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen, und diejenigen, die durch Suizid sterben, sind zum betreffenden Zeitpunkt depressiv. Depression geht mit einer Denkweise einher, die Suizid oft als einzige Option erscheinen lässt.
- Die Dinge können sich auf eine völlig unerwartete Weise zum Positiven wenden – selbst bei Menschen, die mit enormen Problemen konfrontiert sind.
- Wir müssen davon ausgehen, dass eine Veränderung zum Besseren immer möglich ist.

Letzterem können wir nur zustimmen. Welche Umstände einen Menschen auch zu uns geführt haben: Hier ist er – und trotz allem noch am Leben. Unser Anliegen ist es, diesem Menschen jetzt und hier Wege aufzuzeigen, für sich selbst erkennen zu können, dass das Leben ihn mit seinen Möglichkeiten überraschen kann, selbst wenn alles auf Verzweiflung hinzuweisen scheint.

Systematische Auswertungen von Studien (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011) zeigen, dass, obwohl eine Unsicherheit hinsichtlich der effektivsten Behandlungsmethoden bleibt, diejenigen vielversprechend sind, bei denen die hinter interpersonellen Problemen steckenden Muster geklärt werden, um den Zugang zu Problemlösungsoptionen zu verbessern. Dennoch besteht ein allgemeiner Konsens darüber, dass wir vieles eben nicht wissen. Damit in der Behandlung weitere Fortschritte gemacht werden können, müssen wir sehr klar und genau jene psychischen Prozesse verstehen, die einer Langzeit-Vulnerabilität

zugrunde liegen, welche Faktoren diese Prozesse von Zeit zu Zeit aktivieren und wie auf diese Aktivierung eine rasche Verschlechterung der Gemütslage folgen kann, die durch wieder auflebende negative Denkmuster verstärkt wird und bei manchen Menschen in eine Spirale suicidalen Verzweiflung mündet. Unser Ansatz basiert auf der Beobachtung, dass suicidalen Denken und Handeln größtenteils im Kontext von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung im Hinblick auf die Zukunft auftreten. Suizidale Gefühle können sehr rasch aufkommen, aber meistens treten sie im Zusammenhang mit einer depressiven Episode auf, selbst wenn es dem Betroffenen gelang, die Depression vor Angehörigen und Freunden zu verbergen.

In seinem Buch *Cry of Pain* (1997, 2014) beschreibt Williams, wie wir suicidalen Fühlen und Verhalten am besten verstehen könnten. Der Titel wurde absichtlich als Antwort auf die Auffassung all jener gewählt, die dazu neigen, suicidalen Verhalten (heute oft als absichtliche Selbstschädigung bezeichnet) als „Hilferuf“ abzutun. Der Ausdruck „Hilferuf“ wurde unter anderem von Erwin Stengel (1964) in seinem Buch *Selbstmord und Selbstmordversuch* verwendet. Er hatte auf die „Appell-Funktion“ eines solchen Verhaltens hingewiesen, aber seine Beschreibung wurde weithin missverstanden – so als behauptete er, suicidalen Verhalten sei *ausschließlich* ein Hilferuf. Auch heute noch werden viele suicidalen Handlungen als „bloßer“ Hilferuf abgetan, so als sei eine Kommunikationsabsicht unvereinbar mit einem ernsthaften Versuch, das Leben zu beenden, und als spiegele der selbstschädigende Akt keine tiefere innere Qual wider, die tatsächlich sehr ernst genommen werden muss. Eigentlich lenkte Stengel die Aufmerksamkeit auf die Tatsache, dass eine suicidalen Handlung mit körperlicher Erkrankung eines gemein hat, nämlich bei anderen Menschen den Wunsch zu wecken, dem Leidenden zu Hilfe zu kommen.

Die Ansicht, es handele sich eher um einen „Schmerzensschrei“, sollte stattdessen deutlich machen, dass jedes Verhalten zur Kommunikation führen kann, ohne dass Kommunikation das Hauptmotiv ist. Ein Tier, das in einer Falle gefangen ist, schreit vor Schmerz. Der Schrei wird durch

den Schmerz hervorgerufen, kann aber ebenso die Qual des Tieres auf eine Weise kommunizieren, die das Verhalten anderer Tiere beeinflusst. Suizidales Verhalten mag in einer Minderheit der Fälle ein offenkundig kommunikatives Motiv haben, aber in den meisten Fällen wird es durch den mit einer Situation verbundenen Schmerz ausgelöst, mit der die betreffende Person nicht fertig wird – zuerst ein Schmerzensschrei und erst dann ein Hilferuf.

Die „Hilferuf-Theorie“ hatte eine weitere unbeabsichtigte Konsequenz. Weil sie sich auf Suizidversuche beschränkte, trug sie dazu bei, die Kluft zwischen der Beurteilung von suizidalen Handlungen ohne tödlichen Ausgang und Suizid zu vergrößern. Wie in *Cry of Pain* (Williams, 1997, 2014) betont wird, haben versuchte Selbsttötung und vollendete Selbsttötung sehr vieles gemein. Beide betreffen eher die sozial Benachteiligten und haben auch noch andere gemeinsame Merkmale. So findet man beispielsweise Wut und ein Kommunikationsmotiv sowohl bei Suizid als auch bei selbstschädigenden Handlungen ohne tödlichen Ausgang vor, und sogar relativ risikoarme „Selbstmordfantasien“ (die oft nicht zu suizidalem Handeln führen) können überwiegend vom Thema Flucht und Tod beherrscht sein, anstatt von dem Wunsch, einer anderen Person die eigenen Gefühle mitzuteilen.

Solche gemischten Gefühle sind auch bei Cathy offensichtlich – sie hätte durchaus enden können wie die 38 000 Menschen, die sich jedes Jahr in den USA das Leben nehmen (www.cdc.gov/nchs/fastats/suicide.htm), und einer der jährlich 800 000 weltweiten Selbstmordfälle sein können (www.who.int/mental_health/prevention/suicide). Die Anzahl der Menschen, die sich absichtlich selbst verletzen, aber nicht sterben, ist überwältigend. Eine kürzlich durchgeführte populationsbasierte Studie ergab, dass fast 19 Prozent der 16 bis 17jährigen zumindest schon einmal selbstschädigende Handlungen vorgenommen hatten (Kidger, Heron, Lewis, Evans & Gunnell, 2012). Hinter diesem Verhalten steht meistens keine klare Selbsttötungsabsicht, aber wenn es Fälle von suizidalem Verhalten in der Familie oder im engeren Freundeskreis gab,

spielte beim Verhalten der Jugendlichen eher auch der Wunsch zu sterben eine Rolle bei der Motivlage (Hargus, Hawton, & Rodham, 2009).

Obwohl dieses Verhalten extreme Reaktionen auf Stress widerzuspiegeln scheint, gehen wir davon aus, dass solche Momente im Leben von jedem von uns vorkommen, ob von äußeren oder inneren Faktoren hervorgerufen. Wir alle leben in einer Welt, in der Hilflosigkeit und Verlust, Krankheit und Tod nie weit entfernt sind. Der menschliche Geist kann sich auf tausenderlei Arten in der Falle wähnen und vorübergehend paralytisch fühlen. Bei manchen Menschen können solche Momente der Verzweiflung den Wunsch wachrufen, die Welt zu verlassen, dem Selbst zu entfliehen.

Menschen, die verzweifelt und suizidal sind, leben (oder lebten) oft in sehr schwierigen Verhältnissen oder haben gelernt, ihre Welt so wahrzunehmen, dass sie sich in ihr hilflos und verwirrt fühlen. Manche sind mit diesen inneren Zuständen konfrontiert, weil sie eine genetische Disposition zu starken, unberechenbaren Stimmungsschwankungen haben. Aber welche Faktoren auch zu diesen Phasen tiefster Verzweiflung beitragen, die „Schmerzschrei-These“ geht davon aus, dass sie alle früher oder später in einen finalen gemeinsamen Kanal münden und über diesen auf den Betroffenen einwirken: das Gefühl, vernichtend geschlagen zu sein, in Verbindung mit dem Gefühl, dass es keinen Ausweg gibt.

Können die gegenwärtig existierenden psychologischen Behandlungsformen helfen?

Obwohl es umfangreiche Untersuchungen zu Selbstmordfantasien und -plänen sowie suizidalem Verhalten gibt, hat es sich als schwierig erwiesen, Möglichkeiten zu finden, solchen Patienten zu helfen und das Wiederholungsrisiko zu senken. Wie wir bereits erwähnt haben, hat die systematische Auswertung der bis heute durchgeführten wissenschaftlichen Studien gezeigt, dass eine beträchtliche Unsicherheit im Hinblick auf die Frage

bleibt, welche Verfahren am wirksamsten sind (Williams, 2011). Diese Unsicherheit rührt daher, dass selbst die besten kognitiven oder problem-basierten Ansätze entweder nur von bescheidenen Erfolgen berichten oder nicht repliziert wurden. Selbst im Fall der kognitiven Therapie (CT) mangelt es an Studien, die eine Wirksamkeit nachweisen. Brown et al. untersuchten Teilnehmer mit hoher sozialer Vulnerabilität: Über 40 Prozent hatten ein Jahreseinkommen von 8000 \$ oder darunter und 66 Prozent waren arbeitslos oder erwerbsunfähig (Brown et al., 2005). Sie stellten fest, dass viele dieser Personen Termine versäumten oder zur falschen Zeit erschienen und dann nicht im üblichen klinischen Setting untersucht werden konnten, wo die Therapeuten mit anderen klinischen Aufgaben befasst waren. Also änderten die Forscher ihren Ansatz radikal: Sie setzten für jeden an der Studie teilnehmenden Patienten einen Fall-Manager ein, der verantwortlich dafür war, Kontakt zu den Klienten zu halten, Gutscheine für Busfahrten auszugeben, Hausbesuche durchzuführen, manche Patienten mit dem Auto abzuholen, Sprachnachrichten zu übermitteln, obdachlose Patienten mithilfe von Datenbanken aufzuspüren und zu Beginn der Studie mehrere Kontaktpersonen zu finden, die mit einiger Wahrscheinlichkeit in der Lage sein würden, kontinuierlich über den Aufenthaltsort des Patienten Auskunft zu geben. Laut der Studie sank die Wiederholungsrate suizidalen Verhaltens in der Zeit nach der CT-Intervention von 38 Prozent auf 20 Prozent. Es gibt jedoch keine weiteren Studien dieser Art, weshalb wir nicht wissen, ob die Ergebnisse reproduzierbar wären. Versuche mit Tagesklinik-Behandlung (Baseman & Fongy, 2008) und CT (Davidson, Tyrer, Norrie, Plamer & Tyrer, 2010) zur Reduzierung suizidalen Verhaltens bei Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erwiesen sich als moderat erfolgreich, müssen aber repliziert werden.

Linehans (1993) Dialektisch-Behaviorale Therapie oder dialektische Verhaltenstherapie (DBT) für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bildet eine Ausnahme. Bei der DBT werden über einen Zeitraum von einem Jahr wöchentliche Einzelsitzungen mit wöchentlicher Gruppentherapie kombiniert. Es werden dabei Elemente aus der Verhaltens-

therapie, der kognitiven Therapie und der supportiven oder stützenden Psychotherapie angewandt. Eine behaviorale/problemlösungsorientierte Komponente konzentriert sich auf die Verbesserung des Leistungsvermögens, die Entwicklung alternativer Bewältigungsstrategien, die Klärung von und den Umgang mit Notfällen – alles mit der Betonung auf dem „Hier und Jetzt“. Der Begriff „Dialektisch“ in der Bezeichnung dieser Therapieform bezieht sich auf die Bedeutung des Gleichgewichts zwischen der *Akzeptanz* (klar sehen) der im Umfeld existierenden Stressoren einerseits und der Notwendigkeit, den Umgang mit ihnen zu *verändern*, andererseits. Es geht darum, Klienten zu ermutigen, die Dinge tatsächlich zu erfassen und anzunehmen, wie sie sind („annehmen“ kommt von dem lateinischen Wort „*accipere*“, akzeptieren). Hat ein Mensch die Dinge so, wie sie wirklich sind, klar und tief gehend erfasst, ist er eher in der Lage, vorübergehend Abstand zu nehmen, um zu erkennen, was geändert werden kann.

In der Einzeltherapie stehen Themen im Vordergrund, die mit suizidalem Verhalten zu tun haben. Linehan ist überzeugt, dass dies ein kritischer Aspekt der Therapie ist. Sie betont, dass frisch ausgebildete Therapeuten häufig dazu neigen, das konkrete Gespräch über suizidale Gedanken, Impulse und Verhaltensweisen zu vermeiden. Der Klient muss lernen, dass erst dann über die Lösung anderer Probleme gesprochen werden kann, wenn die Tendenz zu selbstschädigendem Verhalten direkt thematisiert und anschließend unter Kontrolle gebracht wurde. Wöchentliches Gruppentraining, das pro Sitzung zweieinhalb Stunden dauert, fokussiert sich auf Themen wie *Problemlösung in zwischenmenschlichen Interaktionen, Stresstoleranz, Achtsamkeit und Emotionsregulation*.

Studien, die die Wirksamkeit von DBT untersuchten, waren ermutigend.* Insgesamt belegen sie auf eindrucksvolle Weise, dass dieser Ansatz eine Quelle der Hoffnung für viele Menschen mit einigen der schwierigsten sozialen und emotionalen Probleme sein kann.

* Zehn Studien bewerteten die Wirksamkeit von DBT bei suizidalen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung; neun davon werden in den britischen NICE-Leitlinien (2009) für BPS erörtert.

Doch abgesehen von den umfangreichen Untersuchungen, die Linehan bei an schwerwiegenden Persönlichkeitsstörungen leidenden Menschen durchführte, gibt es keine weiteren Behandlungsansätze, die sich als effektiv im Hinblick auf die Reduzierung suizidalen Verhaltens erwiesen haben und dann in weiteren Studien reproduziert wurden. Es wurde nicht systematisch untersucht, wie man am besten mit suizidalen Impulsen umgehen könnte, die im Zusammenhang mit wiederholten schweren depressiven Episoden auftreten. Es gibt einfach nicht genügend Forschungsmaterial zu der Frage, wie man Selbstmordfantasien und -pläne sowie suizidales Verhalten am besten verstehen und behandeln kann, um sicher sein zu können, dass wir unser Bestes für diejenigen getan haben, die Hilfe suchend zu uns kommen. Behandlungen haben sich als pragmatische Ansätze weiterentwickelt, aber bevor sich die Forschung in jüngerer Zeit mit jenen kognitiven Mechanismen beschäftigte, die den Problemlösungsdefiziten zugrunde liegen, entwickelten sich diese Behandlungsansätze ohne jegliches Verständnis der Psychologie der Verzweiflung und ihres Einflusses auf die Fähigkeit zur Problemlösung.

Der Schmerzensschrei

Angesichts des Mangels an Theorien und Belegen, welche unsere Bemühungen, zu einem neuen Verständnis zu gelangen und Behandlungsansätze zu entwickeln, unterstützen könnten, haben wir uns wieder den Forschungsergebnissen der Evolutionspsychologen zugewandt. Letztere haben wichtige Erkenntnisse über jene Umstände und Bedingungen gewonnen, unter welchen alle Lebewesen aufgeben und angesichts von Stressoren in einen Zustand der Hilflosigkeit geraten. Wir sind Paul Gilbert sehr dankbar für die folgende Betrachtung der Depression und Hilflosigkeit im Allgemeinen und suizidaler Impulse im Besonderen in seinem Buch *Human Nature and Suffering* (1989). Vergegenwärtigen Sie sich einmal das Verhalten von Vögeln, die sich in ihrem Revier behaupten.

Begegnen sich Vögel im selben Revier, liefern sie sich aggressive Auseinandersetzungen. Einer gewinnt, der andere verliert. Der Verlierer fliegt davon, um sich ein neues Revier zu suchen. Die Begegnung mit dem Konkurrenten hat kaum negative Auswirkungen auf ihn. Findet diese Begegnung aber auf einem begrenzten Territorium statt, beispielsweise in einem Käfig oder unter anderen Bedingungen, die es dem besiegten Vogel unmöglich machen, zu entkommen, sieht die Sache ganz anders aus. Hier eine Beschreibung dessen, was dann passiert:

Sein Verhalten ändert sich völlig. Zutiefst niedergeschlagen, gedemütigt, mit hängenden Flügeln und gesenktem Kopf, verfällt er in eine lähmende Starre, obwohl man keinerlei physische Verletzung feststellen kann. Der Widerstand des Vogels scheint nun gebrochen und in manchen Fällen sind die psychologischen Auswirkungen so stark, dass der Vogel früher oder später zu Schaden kommt (Schjelderup-Ebbe, 1985, zitiert in Price & Sloman, 1987).

Während es sicher gefährlich ist, allzu schnell vom Verhalten von Tieren auf das von Menschen zu schließen, gibt es gute Gründe, solche Beobachtungen zuzulassen, um *Hypothesen* darüber entwickeln zu können, welche psychosozialen und biologischen Prozesse menschlichem Verhalten möglicherweise zugrunde liegen. Achten Sie auf bestimmte Dinge am Beispiel des Vogels. Erstens: Das Verhalten des besiegten Vogels zeigt sich unabhängig von physischer Verletzung. Zweitens: Die Niederlage allein reicht nicht aus, um die Reaktion auszulösen. Wenn ein besiegter Vogel in ein anderes Revier entkommen kann, zeigt er keinerlei negative Reaktionen. Es braucht die Kombination von *Niederlage* und *mangelnder Fluchtmöglichkeit*, um eine Reaktion auszulösen (etwas, das Gilbert „blockierte Flucht“ nennt). Drittens: Ein Tier, das eine solche erlernte Reaktion der Hilflosigkeit zeigt, kann sich davon erholen, wenn es aus der Situation herausgenommen wird, aber das dauert eine gewisse Zeit, und zwar umso länger, wenn das Tier anfällig dafür ist, mit Hilflosigkeit auf

Stressoren zu reagieren. Diese Verhaltensmerkmale des besiegten Vogels betrachteten viele als Hinweis darauf, dass die Niederlage einen evolutionsbedingten primitiven biologischen Prozess getriggert hat, dessen Umkehrung dann Zeit braucht. Es gibt also zusätzlich zu „Niederlage“ und „kein Entkommen“ einen dritten Faktor. Es ist das Vorhandensein (oder die Abwesenheit) von *rettenden Faktoren*, die bestimmen, wie lange die Reaktion andauert. Diese Thesen wurden auch eingehender von Rory O'Connor untersucht (2003), der den hilfreichen Hinweis beisteuerte, dass sich die Faktoren, die das Risiko suizidaler *Denkweisen* erhöhen (beispielsweise die Vorstellung, nirgends mehr dazuzugehören oder eine Last für andere zu sein, oder sich keine positive Zukunft vorstellen zu können), von denen unterscheiden könnten, die das Risiko für konkretes suizidales *Verhalten* erhöhen (beispielsweise Impulsivität, starke Handlungsabsicht und konkretes Planen, Zugang zu den entsprechenden Mitteln und das Nachahmen anderer (O'Connor, 2011).

Bei der „Schmerzensschrei“-Hypothese (Williams, 1997, 2014) steht die „blockierte Flucht“ im Mittelpunkt. Sie geht davon aus, dass biologische Skripts ähnlich denen, die bei einer realen Niederlage beim Vogel getriggert werden, bei Menschen durch entsprechende *Vorstellungen* (*psychische* Repräsentationen) einer Niederlage getriggert werden können. Gemäß diesem Modell ist suizidales Verhalten die Reaktion auf eine Situation, die diese drei Elemente beinhaltet: Niederlage, kein Entkommen und keine Rettung (real oder vorgestellt). Ist jemand also sozialen Signalen ausgesetzt (oder empfänglich dafür), welche Niederlage, kein Entkommen und keine Rettung suggerieren, ist er wahrscheinlich anfällig für die Auslösung primitiver biologischer Prozesse der „Hilflosigkeit“. Betrachten wir nun nacheinander jeden einzelnen dieser psychischen Prozesse, um zu sehen, ob es Hinweise gibt, die diese These stützen.

Rezeptivität für Signale der Niederlage

Auf der Suche nach Hinweisen auf einen psychischen Prozess, der eine Person besonders anfällig für Reize macht, welche eine mögliche oder tatsächliche Niederlage oder einen „Verlierer-Status“ signalisieren, begannen wir unsere Forschungen in den 1980er-Jahren mit der Arbeit an selektiver Aufmerksamkeit. Es gibt ein gut dokumentiertes Phänomen, genannt „perzeptioneller Pop-out-Effekt“, bei dem ein Stimulus, der für eine Person von großem Interesse ist (etwas, was die Person gegenwärtig beschäftigt), sie quasi anzuspringen scheint. Das erklärt unsere Fähigkeit, den eigenen Namen sogar in einem Raum mit vielen Menschen aus dem Stimmengewirr herauszuhören, beispielsweise auf einer Party (deshalb auch „Cocktailparty-Phänomen“ genannt). Als solcher ist es ein ganz normaler perzeptueller/attentiver Prozess (Kahneman, 2012, würde ihn als Merkmal von System 1 bezeichnen), der sicherstellt, dass uns keine Informationen entgehen, die wichtig für unser Wohlergehen sind. Er tritt beispielsweise auf, wenn man ein neues Auto kauft (plötzlich sieht man viele dieser Autotypen auf der Straße) oder ein Haus (die Salienz von „Zu-verkaufen-Schildern“ erhöht sich dramatisch).

Man hat herausgefunden, dass der Prozess, bei dem uns solche auffälligen oder salienten Objekte förmlich „ins Auge springen“, fast vollständig unbewusst abläuft (siehe Williams, Watts, McLeod & Mathews, 1997). Für jemanden, der empfänglich für Botschaften des Versagens ist (oder durch seine Lebensumstände dafür empfänglich gemacht wurde), scheint die Welt viel mehr Aspekte zu haben, die sich um Niederlagen und Zurückweisung drehen. Just zu dem Zeitpunkt, da er eine Entlastung von Stress und Druck brauchte, führt die selektive Aufmerksamkeit stattdessen dazu, dass er mit Reizen bombardiert wird, die ihm signalisieren, dass er ein „Verlierer“ ist.

Um herauszufinden, ob dieser Prozess bei suizidalen Menschen abläuft, benutzten wir den Emotions-Stroop-Test. Bei dieser Aufgabe sieht die betreffende Person eine Reihe von farbig gedruckten Wörtern und soll so schnell wie möglich die Farben nennen, in welchen die Wörter gedruckt

sind, und dabei so wenige Fehler wie möglich machen. Eine ganze Reihe von Studien hatte gezeigt, dass, wenn die *Bedeutung* des Wortes salient ist (das heißt „ins Auge springt“), dies die Benennung der Farbe erschwert. Zeigt man beispielsweise einer Person, die Angst vor Spinnen hat, das rot gedruckte Wort „Spinne“ und bittet sie, nur die Farbe zu benennen, kann sie es nicht vermeiden, das Wort wahrzunehmen. Sie wird ziemlich langsam darin sein, die Farben jener Wörter zu benennen, die für sie persönlich salient sind. Weil ein solcher attentiver Pop-out-Effekt unwillkürlich auftritt, kann es die Person kaum vermeiden, bei der Benennung der Farben jener Wörter langsamer zu werden, die für sie eine spezielle Bedeutung haben. Unsere Ergebnisse belegten eindeutig das Phänomen der selektiven Aufmerksamkeit. Überdosis-Patienten wurden langsamer bei der Benennung der Farben von Wörtern, die Niederlage und Zurückweisung signalisierten, und, angesichts der Ereignisse in ihrer jüngsten Vergangenheit, ganz besonders langsam bei Wörtern, die im Zusammenhang mit einer Überdosis standen.

Wir gehen also davon aus, dass eine solche unwillkürliche Hypersensibilität auf Reize, die einen „Verlierer-Status“ signalisieren, das Risiko erhöht, dass die Reaktion auf das Empfinden einer Niederlage (*defeat-response*) getriggert wird. Das führt uns zu unserem zweiten psychischen Prozess.

Das Gefühl, in der Falle zu sitzen

Sie erinnern sich, dass die Niederlage (oder Hinweise auf eine Niederlage) nicht ausreichte, um die vollständige Reaktion auszulösen. Es musste noch das Gefühl hinzukommen, „nicht entinnen zu können“, „in der Falle zu sitzen“ oder „an der Flucht gehindert“ zu werden. Wie Kahneman (2012) betonte, wird, nachdem eine Person durch System 1 auf etwas aufmerksam gemacht wurde, das für sie wichtig ist, das langsamere, aufwendigere System 2 in Gang gesetzt, um die betreffende Sache zu analysieren. Und an dieser Stelle können die Dinge furchtbar schief laufen.

Zahlreiche Studien haben auf die Bedeutung der Problemlösungsdefizite bei suizidalen Patienten hingewiesen. Unsere Analyse weist allerdings darauf hin, dass Problemlösungsschwierigkeiten als solche nicht wichtig sind. Signifikant werden sie dadurch, dass sie der Person signalisieren, dass „es kein Entkommen gibt“. Wenn man ein Problem nicht definieren oder keine Ideen zu seiner Lösung generieren kann, lässt das Gefühl, in der Falle zu sitzen, nie lange auf sich warten.

Duggan (2008) untersuchte diese Frage genauer. Sie wollte herausfinden, in welchem Maße man die Wiederholung suizidalen Verhaltens anhand von Problemlösungsschwierigkeiten prognostizieren kann. Sie rekrutierte 50 Patienten aus einer Klinik in Oxford, die nach absichtlicher Selbstverletzung eingeliefert worden waren und die zuvor schon mindestens einmal wegen eines ähnlichen Vorfalles im Hospital gewesen waren. Sie wertete eine Reihe von Aspekten des psychologischen Profils und der Vorgeschichte dieser Personen aus und stellte fest, dass ihre *Effektivität bei der Lösung interpersoneller Probleme* einen Hinweis darauf gab, ob sie innerhalb der nächsten 16 Monate aufgrund von absichtlicher Selbstverletzung wieder zur Behandlung in die Klinik kommen würden. Ihre Ergebnisse deckten sich mit neuerer klinischer Literatur, die darauf hinweist, dass eine Beeinträchtigung der Problemlösungsfähigkeit ein kritischer Faktor im Hinblick auf die Vulnerabilität eines Menschen ist.

Wie entstehen solche Problemlösungsdefizite?

Unsere Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass ein entscheidender Aspekt im Hinblick auf die Fähigkeit eines Menschen, aktuelle Probleme zu lösen, seine Fähigkeit ist, frühere Ereignisse aus seinem Leben abzurufen. Aber nicht jede Art des Erinnerns ist hilfreich. Durch Zufall entdeckten wir vor einigen Jahren, dass Menschen unterschiedliche Erinnerungsreaktionen zeigen, wenn man sie nach ihrer Vergangenheit fragt – je nachdem, ob sie depressiv sind oder eine traumatische Vorgeschichte haben.

Stellen Sie sich vor, Sie würden an einem unserer Experimente teilnehmen: Wir bitten Sie, sich an irgendein Ereignis aus Ihrer Vergangenheit

zu erinnern, das Sie *glücklich* machte (oder *wütend* oder Sie *überraschte* oder Ihnen ein Gefühl der *Sicherheit* gab – es können beliebig viele andere positive, negative oder neutrale Wörter verwendet werden). Wir sagen, dass das Ereignis, an das Sie sich erinnern, in der jüngeren Vergangenheit oder vor langer Zeit stattgefunden haben kann, aber es sollte ein *spezifisches* Ereignis sein, etwas, das damals geschah und weniger als einen Tag andauerte. Es muss kein besonderes Ereignis sein: „Bin letzten Freitag mit einer Freundin Kaffee trinken gegangen“ wäre in Ordnung, aber nicht „Gehe freitags mit Freunden Kaffee trinken“, weil sich das nicht auf einen spezifischen Zeitpunkt bezieht. Tatsächlich haben die Leute normalerweise kaum Schwierigkeiten, sich an ein glückliches Ereignis zu erinnern: „Als ich eine sehr gute Note in Geschichte bekam“; „als Anja mir einen Blumenstrauß aus ihrem Garten mitbrachte“; „als wir unser neues Kätzchen bekamen.“

Wir fanden heraus, dass suizidale Patienten dazu neigen, hierbei auf eine Weise zu reagieren, die sich, obwohl sie auf den ersten Blick ähnlich erscheint, in einem wichtigen Punkt unterscheidet. Nehmen Sie beispielsweise folgende Antworten: Glücklich, „wenn andere mir Geschenke machen“; „wenn ich gute Zensuren bekomme“, „wenn ich sonntags mit dem Hund spazieren ging, als wir in der Nähe des Strands wohnten.“

Beachten Sie, dass diese Aussagen kein konkretes Ereignis beschreiben. Es sind stattdessen Zusammenfassungen oder „Kategorien“ einer Reihe von Ereignissen – die wir deshalb als „kategorische Erinnerungen“ bezeichnen. Es ist, als würden diese Patienten davor „zurückschrecken“, das spezifische Ereignis abzurufen. Beachten Sie auch, dass wir die Patienten nicht auffordern, sich Ereignisse ins Gedächtnis zu rufen, die problematisch oder traumatisch sind. Es kann sein, dass solche Patienten unter einem Bombardement intrusiver Erinnerungen leiden und eine Strategie der Übergeneralisierung entwickelt haben, ihre Erinnerungen also übermäßig verallgemeinern, um ihre Emotionen zu regulieren. Sie schrecken davor zurück, sich an spezifische Dinge (positive wie negative) zu erinnern, aus Furcht, dies könnte ein Ereignis ins Bewusstsein heben, das sie

an eine Schwierigkeit oder ein Trauma erinnern könnte. Aber vielleicht gab es gar kein Trauma in der Vergangenheit. Manche Menschen neigen zur Vermeidung von Emotionen, und wenn sie denken, eine persönliche Erinnerung könnte Gefühle auslösen, schalten sie auf stark generalisierende Erinnerung um (Debeer, Raes, Williams & Hermans, 2011). Für andere verschärft sich das Problem, wenn ihre Versuche, sich an vergangene Ereignisse zu erinnern, nur zu ruminativem Denken führen, wie beispielsweise: „Ich kann nicht glücklich sein.“ Unter solchen Umständen kann das Grübeln so vereinnahmend sein, dass sie noch nicht einmal die kognitive Fähigkeit aufbringen, sich an die gegebene Anleitung zu halten: Sie sind nun in ihren inneren Prozessen „gefangen“ und können sich nicht darauf konzentrieren, sich an das zu erinnern, zu dessen Erinnerung sie aufgefordert wurden (Dalgleish et al., 2007).

Mehrere Studien sowohl mit suizidalen Patienten als auch mit solchen, die an Depressionen litten, zeigen, dass diese Art von vagen, kategorisierenden Erinnerungen die Fähigkeit einer Person zur Lösung interpersoneller Probleme beeinträchtigt. Warum? Um potenzielle Lösungen für Probleme zu finden, muss ein Mensch bis zu einem gewissen Grad Zugang zur Vergangenheit im Detail haben. Die Vergangenheit ist seine „Datenbank“, in der er nach Hinweisen sucht, wie mit gegenwärtigen Problemen umzugehen ist. Übergeneralisierte Erinnerung hindert einen Menschen an der effektiven Nutzung seiner persönlichen „Datenbank“. Fühlt sich eine Person beispielsweise unterlegen oder zurückgewiesen, könnte es ihr helfen, guten inneren Zugang zu spezifischen Ereignissen oder Zeiten zu haben, wo sie sich erfolgreich, geliebt oder respektiert fühlte. Eine kategorisierende Erinnerung, die nur eine Reihe von Ereignissen zusammenfasst (beispielsweise: „Ich ging öfter mit Freunden spazieren“), ist weniger nützlich als ein einziges konkretes Ereignis (beispielsweise: „Bei einem Spaziergang im vergangenen Monat traf ich Tim und wir beide trafen Sally und dann gingen wir zusammen Kaffee trinken“). Das spezifische Ereignis beinhaltet mehr „Fingerzeige“ auf Möglichkeiten, aktuelle Probleme zu lösen (da sind „der Spaziergang“, „Tim“,

„der Kaffee“ und die Möglichkeit, dass diese Elemente auch auf andere spezifische Aspekte des Ereignisses hinweisen, beispielsweise, worüber sie beim Kaffeetrinken sprachen). Die spezifische Erinnerung beinhaltet also mehrere Hinweise, die helfen können, Ideen zu entwickeln, was man tun könnte, um dem Gefühl der Niederlage und Zurückweisung zu entgehen.

Spezifisches Erinnern stärken

Die Forschung zum übergenerellen Gedächtnis ist bedeutsam für die psychotherapeutische Behandlung.

Sollten Therapeut und Patient während der Therapie in eine Sackgasse geraten, kann es hilfreich sein, die möglichen Ursachen für das Auftreten solcher Schwierigkeiten zu kennen und zu versuchen, sich detailliert an vergangene Ereignisse zu erinnern (man könnte beispielsweise damit beginnen, sich relativ neutrale Ereignisse der vergangenen Woche ins Gedächtnis zu rufen).

Interessant ist, wie viele Psychotherapien ein detailliertes Aufzählen jeder Einzelheit dessen einschließen, was zu jenen Momenten führte (innerhalb oder außerhalb der Sitzung), da suizidale Impulse oder suizidales Verhalten auftraten. Und viele Therapeuten wissen, dass es therapeutisch wirksamer ist, den Patienten zu helfen, sich anschauliche *spezifische* Beispiele für Gründe, leben zu wollen, vor Augen zu führen anstatt allgemeine Kategorien („die Freude meines Sohnes, als ich ihm gestern Abend vorgelesen habe“ anstatt „meine Kinder“).

Als wir erstmals auf das Phänomen der übergeneralisierten Erinnerung stießen, vermuteten wir, dass es teilweise erklären könnte, wieso manche Menschen in einer Depression stecken bleiben, während andere sich schneller zu erholen scheinen. Und tatsächlich wurde nun in einer Reihe von Studien genau das nachgewiesen: dass übergeneralisiertes Erinnern,

das etwa zu Beginn einer depressiven Episode bewertet wurde, eine Einschätzung der Dauer dieser Episode erlaubt (Williams et al., 2007). Darüber hinaus ist unter den Patienten mit einer langen Vorgeschichte von absichtlichem selbstschädigendem Verhalten die Wahrscheinlichkeit weiterer Selbstmordversuche bei denjenigen erhöht, die in der Kindheit Missbrauch erlebt haben, und sie ist umso höher, wenn diese Patienten Erinnerungen übergeneralisieren (Sinclair, Crane, Hawton & Williams, 2007). Und schließlich: Wenn eine Person während der späten Teenagerjahre zu übergenerellen Erinnerungen neigt, wird sie mit höherer Wahrscheinlichkeit im Laufe ihrer Studienzeit mit einer Depression auf Lebensstress reagieren (Anderson, Goddard & Powell, 2010; Gibbs & Rude, 2004; Stange, Hamlat, Hamilton, Abramson & Allo, 2013; Sumner et al., 2011; Rawal & Rice, 2012).

Als wir uns später für den Achtsamkeitsansatz zur Depressionsprävention zu interessieren begannen, fragten wir uns, ob diese Methode, bei der die Teilnehmer vor allem lernen, sich auf eine nicht urteilende Weise auf ihre Erfahrung im gegenwärtigen Moment zu fokussieren, ihre Vermeidungshaltung zu erkennen und sich stattdessen ihren Schwierigkeiten zuzuwenden, diesen Menschen helfen könnte, sich auf eine spezifischere und weniger schematische Art und Weise an Ereignisse zu erinnern. Tatsächlich zeigte eine frühe Studie, die die Wirkung des MBCT-Trainings im Hinblick auf die Rückfallprävention bei Depressionen untersuchte, dass ein solches Training in der Tat die Tendenz zu übergenereller Erinnerung reduzierte (Williams, Teasdale, Segal & Sulzby, 2000). Dieses Ergebnis wurde inzwischen repliziert (Heeren, Van Broeck & Philippot, 2009). Nach einem MBCT-Training spezifischere Erinnerungen zu haben, bedeutet, dass sich verschiedene mögliche Lösungen für schwierige Situationen anbieten (siehe oben „Spezifisches Erinnern stärken“). Wäre eine Person vor dem Achtsamkeitstraining beispielsweise von einer Freundin auf der Straße im Vorbeigehen übersehen worden, hätte sie daraus normalerweise vielleicht sofort den Schluss gezogen, dass dies nur eine weitere (typische) Gelegenheit war, bei der sie von jemandem abgelehnt wurde. Nach dem

Training würde sie mit größerer Wahrscheinlichkeit ein paar andere Einzelheiten des Vorfalls wahrnehmen: dass viel Verkehr herrschte oder dass ihre Freundin keine Brille trug – Informationen, die alternative Erklärungen nahelegen könnten. Indem diese spezifischere Art des Wahrnehmens von Ereignissen auf mehr Situationen angewandt wird, wird das Gefühl, in der Falle zu sitzen, wahrscheinlich schwächer, da sich nun ganz von selbst mehr Möglichkeiten auftun, mit Problemen im Leben angemessen umzugehen.

Rettende Faktoren

Wir haben gesehen, wie Aufmerksamkeits- und Erinnerungsprozesse zusammenwirken und das Risiko suizidaler Gefühle und Verhaltensweisen beeinflussen können. Aber wir haben auch in der Analogie des „besiegten Vogels“ gesehen, dass die langfristigen Aussichten für das bezwungene Tier davon abhängen, ob es gerettet wurde, das heißt, ob es an einen sicheren Ort gebracht wurde, wo es sich erholen konnte. Das war ein Hinweis darauf, dass noch ein dritter Prozess im Spiel sein könnte: Die Einschätzung des Individuums, ob „Rettung“ möglich ist. Welche Prozesse bestimmen, ob Menschen glauben, dass es für sie selbst, andere Menschen oder die Umstände eine Wende zum Positiven gibt? Wie schätzen Menschen die Wahrscheinlichkeit ein, dass etwas Positives in Bezug auf ihre Beziehung, ihre berufliche oder finanzielle Situation etc. passiert? Um diese Fragen genauer zu untersuchen, wandten wir uns der Forschung über die Psychologie des Beurteilens und hier besonders dem Bereich „prospektive Kognition“ zu.

Die Forschung über prospektive Kognition untersucht beispielsweise, wie Menschen das Risiko negativer Ereignisse, wie einer Krebserkrankung oder eines Wohnungseinbruchs, und die Wahrscheinlichkeit positiver Ereignisse, wie einer Beförderung oder eines Lottogewinns, beurteilen. Ein Befund dieser Forschung ist, dass Einschätzungen zukünftiger Ereignisse teilweise auf der Basis einer schnellen Heuristik (Faustregel) vorgenommen werden, in diesem Fall, wie leicht es jemandem fällt, innere Bilder des betreffenden Szenarios zu generieren (Kahneman, 2012). Es

ist unklar, ob suizidgefährdete Menschen sich zu leicht zukünftige negative Ereignisse (die eintreten könnten) vorstellen können oder sich zu schwer damit tun, sich positive Ereignisse vorzustellen.

Im Rahmen einer Studie, mit der wir diese spezielle Frage untersuchen wollten, verglichen wir suizidale Patienten (in Bezug auf Alter und Bildungsniveau) mit nicht depressiven Krankenhauspatienten und einer dritten Gruppe aus der Gemeinde (MacLeod, Rose & Williams, 1993). Die Studienteilnehmer generierten so viele Ereignisse, wie sie sich vorstellen konnten (auch ganz banale Ereignisse), die im Laufe 1) eines Tages, 2) einer Woche, 3) eines Monats, 4) eines Jahres und 5) von zehn Jahren wahrscheinlich eintreten würden. Die Teilnehmer hatten für jeden Zeitraum 30 Sekunden Zeit, in denen sie sich so viele Ereignisse wie möglich vorstellen sollten. Der Versuch wurde dreimal durchgeführt. Beim ersten Versuch wurde den Teilnehmern nicht vorgegeben, ob die Ereignisse positiv oder negativ sein sollten. Aber beim zweiten und dritten Durchgang wurden sie angewiesen, *positive* Ereignisse, die eintreten könnten („Dinge, auf die Sie sich freuen“), oder *negative* Ereignisse, die eintreten könnten („Dinge, die Sie nicht freuen würden“), zu nennen.

Die Ergebnisse zeigten, dass es den suizidalen Patienten nicht leichter fiel, sich zukünftige negative Ereignisse vorzustellen, als den Kontrollgruppen. Es fiel ihnen jedoch *schwerer*, sich mögliche *positive* zukünftige Ereignisse vorzustellen. Das weist darauf hin, dass der entscheidende Unterschied zwischen den suizidalen und den nicht suizidalen Teilnehmern der relative Mangel an positiven Rettungsfaktoren bei der suizidalen Gruppe war und nicht die übermäßige Erwartung negativer zukünftiger Ereignisse. Und je schwerer es Teilnehmern fiel, sich zukünftige positive Möglichkeiten vorzustellen, desto hoffnungsloser waren sie gemäß Becks Hoffnungslosigkeitsskala (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974), einer bekannten Skala, mit der suizidale Gefühle bei Depressionen und die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person sich irgendwann das Leben nimmt, eingeschätzt werden (Beck, Brown, Berchick, Steward & Steer, 1990).

Wir folgerten daraus, dass Hoffnungslosigkeit gleichbedeutend ist mit der Unfähigkeit, sich Dinge vorzustellen, die in der Zukunft geschehen könnten, um die Situation zu „retten“.

Ein Aspekt dieser Ergebnisse war besonders interessant für klinische Behandlungsansätze der Hoffnungslosigkeit. Weil die Studie von den Teilnehmern verlangte, positive oder negative Ereignisse über mehrere Zeiträume (von einem Tag bis zu zehn Jahren) zu generieren, konnten wir untersuchen, ob die Hoffnungslosigkeit einer Person hauptsächlich ihre langfristigen oder kurzfristigen Zukunftserwartungen beeinflusste. Die Ergebnisse zeigten, dass Zeiträume hier keine Rolle spielten (siehe Kasten unten).

Zugang zu einer positiven Zukunft

Diejenigen, die die größten Schwierigkeiten haben, sich auf lange Sicht eine positive Zukunft für sich selbst vorzustellen, sind auch kaum in der Lage, etwas Positives zu antizipieren, das in den nächsten 24 Stunden passieren könnte. Das ist ein wichtiger Punkt. Wenn eine Person, die einen Therapeuten aufsucht oder in einen Achtsamkeitskurs kommt, hoffnungslos ist, kann es so scheinen, als entspringe dieses Gefühl ausschließlich der Erwartung, dass es für ihr Leben langfristig keine positiven Perspektiven gibt. Ein Befund dieser Forschung ist, dass es in Ordnung, ja sogar wichtig ist, Menschen zu ermutigen, klar zu sehen, wie ihre Stimmung möglicherweise ihr Gefühl und ihre Erwartung in Bezug auf die nächsten Tage beeinflussen wird, und dass es genauso wichtig ist, die *nahe* Zukunft zu verstehen, wie sich mit globaleren Themen hinsichtlich der Entwicklung der nächsten paar Jahre zu beschäftigen.

Online

Umfangreiche Informationen zu unseren Themen, ausführliche Leseproben aller unserer Bücher, einen versandkostenfreien Bestellservice und unseren kostenlosen Newsletter. All das und mehr finden Sie auf unserer Website.

www.arbor-verlag.de

Mehr von Mark Williams

www.arbor-verlag.de/mark-williams

Seminare

Aus- und Weiterbildungen zu verschiedenen achtsamkeitsbasierten Verfahren finden Sie auf der Website der gemeinnützigen Arbor-Seminare GmbH:

www.arbor-seminare.de