

# Achtsamkeit in der Behandlung von persönlichkeitsgestörten und traumatisierten PatientInnen

**Prof. Dr. Luise Reddemann**

Vortrag am 23. April im Rahmen der  
60. Lindauer Psychotherapiewochen 2010 (www.Lptw.de)

Wir haben in dieser Woche zunächst von Sylvia Wetzel etwas gehört über die buddhistischen Grundlagen der Achtsamkeit. Zwei Dinge waren mir dabei besonders wichtig: Achtsamkeit im Buddhismus bedeutet zu erkennen, was heilsam ist und es gibt eine Form der Achtsamkeit, bei der es ausschließlich ums Wahrnehmen geht, Manasikara. Diese beiden zu unterscheiden wird uns später beschäftigen. Wir hörten dann im Vortrag von Clarissa Schwartz etwas über die Notwendigkeit bei der Begleitung von Gebärenden, den Dingen die Zeit zu lassen, die sie brauchen und vom Schmetterling, der nicht fliegen kann, wenn man bei der Entpuppung hilft und zu beschleunigen versucht.

Heute soll es nun um die Anwendung Achtsamkeitsbasierter Arbeit in der Behandlung von traumatisierten und persönlichkeitsgestörten PatientInnen gehen. Dazu möchte ich meinen Ausführungen einen Satz von Nelly Sachs voranstellen, der eine besondere Art von Achtsamkeit verdeutlichen soll: „O dass nicht Einer Tod meine, wenn er Leben sagt - und nicht Einer Blut, wenn er Wiege spricht“, mahnt uns die Dichterin in ihrem Gedicht „Völker der Erde“.

Hier geht es um Achtsamkeit, die Aufrichtigkeit beinhaltet und genaues Hinsehen. Gerade in jüngster Zeit haben wir wieder erfahren, wie sehr Lügen und (Ver-)Schweigen im Zusammenhang mit Traumatisierungen eine Rolle spielen. Dies trägt vor allem bei kindlichen und jugendlichen Opfern zu einer tiefen Verunsicherung bei, mehr noch zu Misstrauen und zu

einer ständigen Habacht-Haltung, die das Gegenteil von Achtsamkeit ist. Erwachsene, die Opfer von Gewalt und sexualisierter Gewalt waren, behalten häufig dieses Misstrauen bei, aber gleichzeitig verstecken sie sich und ihre Geschichten auch aus Angst, erneut verletzt zu werden. Das bedeutet, dass sie vieles auf sich nehmen, das ihnen missfällt oder nicht wohl tut, aber sie fügen sich unseren Vorschlägen, die für sie Schläge sein können, ohne dass sie uns das allzu bald wissen lassen.

Wir sollten den Hintergrund dieser PatientInnen genau verstehen, d.h. dass sie aufgrund von Verrat und Lügen durch ihren Nahestehende misstrauisch geworden sind, in hohem Masse ängstlich, dass sie sehr gut ums Überleben kämpfen können und diesen Überlebenskampf fortführen, selbst dann, wenn er gar nicht mehr am Platz ist. Was sie häufig genug nicht lernen konnten, ist Freude an Neuem, Offenheit für Unerwartetes, Mut, sich auf möglicherweise Schmerzliches einzulassen, denn ihr Leid erscheint ihnen zu groß, als dass neuer Schmerz ertragen werden könnte.

Von Klaus Renn haben Sie gehört, dass erfolgreiche Klienten eine fühlende und empathische Beziehung zu ihrem Erleben herstellen können. Sie treten mit ihren inneren Vorgängen unmittelbar in Kontakt.

„Als "Ich" können sie ihrem Erleben gegenübertreten und Intensität, Nähe und Distanz zu ihrem Problem regulieren: ... ich spüre mich, ich nehme bei mir wahr, ich mit mir: Erfolgreiche Klienten habe eine annehmende, interessierte Beziehung zu sich selbst. Sie können einen Abstand und einen inneren Freiraum zu ihrem "Problem" finden, von dem aus sie eine realistische Chance haben, das "Problem" erfolgreich zu bearbeiten. Sie geraten also weder in die Gefahr, kopfüber in ihr Problem hineinzustürzen, noch gehen sie erlebnismäßig soweit auf Distanz, dass nur noch ein analysierend-reflektierendes Sprechen möglich ist.“ (Renn 2010) Aber genau dies alles ist Menschen mit Traumafolgestörungen meist nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich, jedoch können sie ausgehend von dem, was bereits vorhanden ist, lernen dorthin zu kommen, wo andere, die mehr Glück im Leben hatten, bereits sind. Daher ist es notwendig, dass wir achtsam und mitfühlend mit unseren Einschätzungen sind, wenn wir traumatisierte Menschen zu einer Praxis in Achtsamkeit einladen möchten.

Eine wesentliche Voraussetzung ist vor allem, dass BehandlerInnen selbst eine Praxis in Achtsamkeit pflegen und diese nicht nur als Technik verwenden wollen. Dabei ist es darüber hinaus wichtig, dass das, was einem selber gut tut, nicht unbedingt PatientInnen gefallen muss oder gar für sie hilfreich ist. Im Sinne von möglichst schnellem Helfenwollen bieten manche Kollegen ihren PatientInnen Dinge an, die diese keineswegs in Begeisterung versetzen, ich werde Ihnen ein eigenes Beispiel bringen.

Paul Fulton, klinischer Psychologe (2009), weist auf die Vorteile einer Achtsamkeitspraxis von PsychotherapeutInnen hin. Er schreibt: „Es ist zwar am wenigsten ersichtlich, aber der meditierende Therapeut kann sehr richtungsweisend sein, um Achtsamkeit in die Therapie zu integrieren. In der Tat kann Achtsamkeitspraxis eine unerschlossene Ressource für das Training von Therapeuten sein, gleich welcher theoretischen Überzeugung, denn sie bietet ihnen ein Mittel, solche Faktoren zu beeinflussen, die den Behandlungserfolg am deutlichsten ausmachen.“ (Fulton in Germer et al 2009 S. 85). Er nennt einige Faktoren, die sich als Gewinn erweisen: „Der Therapeut der achtsamkeitsorientiert arbeitet, kann „Präsenz“ unabhängig von Inhalten des gegenwärtigen Augenblicks üben. Alle Ereignisse, Langeweile und Ängstlichkeit inklusive, sind Einladungen, zur Aufmerksamkeit zurückzukehren. Mit der Zeit wird die Fähigkeit gestärkt, aufmerksam zu werden“ ( op.cit. S.91)...Aufmerksamkeit „von ganzem Herzen“ sei überraschend unüblich, meint Fulton und erwähnt, dass Achtsamkeitspraxis TherapeutInnen helfe, Akzeptanz zu üben, sowie Empathie und Mitgefühl und dass diese Praxis helfe, Gleichmut zu entwickeln und die Grenzen der Hilfsbereitschaft besser zu erkennen und zu akzeptieren. Die Achtsamkeitspraxis vergrößere den Zugang des Therapeuten zu alternativen Erklärungs- und Wachstumswegen, indem Einsicht darin gewonnen werde, wie wir unsere Welt konstruieren. So „entdecken wir die Freiheit, die erfahrbar ist, wenn wir den Griff auf diese Konstruktionen lösen“. (op.cit. S. 102) Zu diesen alternativen Wegen sollte auch die immer wieder neu zu entwickelnde Bereitschaft gehören, nicht von eigenen Erfahrungen auf die der PatientInnen zu schließen und nicht zu erwarten, dass etwas, das 100 Mal geholfen hat im 101.ten Fall auch hilfreich sein wird.

Gegenüber persönlichkeitsgestörten und traumatisierten PatientInnen erscheint mir vor allem das Anwachsen einer mitfühlenden Haltung wichtig, denn es gelingt nicht immer leicht, sie zu mögen. Gerald Hüther hält als Hirnforscher dieses Mögen für die grundlegende Voraussetzung für eine gelingende Arbeit. (Hüther 2009) Wenn wir achtsam auf uns selbst hören, kann erkennbar werden, dass hinter dem Zurückweichen vor diesen PatientInnen häufig eine berechtigte Angst steckt, von ihrem Leiden erfasst zu werden oder auch Angst vor den Abgründen menschlichen Seins.

Sylvia Wetzl hat uns gesagt, Achtsamkeit bedeute aufmerksam, rücksichtsvoll, umsichtig, respektvoll und Achtung zollend zu sein. (Wetzl 2010)

Sati sei ein heilsamer Geistesfaktor, der die Unterscheidung zwischen heilsam und unheilsam fördere. Dies sei ethisch nicht neutral.

Das heißt, dass wir mit der Anregung zu einer Praxis der Achtsamkeit auch die Bereitschaft haben sollten, dass wir Heilsames fördern und ein Bewusstsein dafür entwickeln wollen, was

unheilsam ist. Für mich sind die Interventionen unheilsam, die mehr Schmerz oder mehr Schmerz als nötig verursachen. Alle Menschen fühlen sich verletzt, wenn sie sich in ihrer Würde missachtet sehen, für traumatisierte Menschen sind Würdeverletzungen umso gravierender. Zu Würde gehört unabdingbar der Respekt vor der Autonomie eines anderen, der Respekt vor dessen Intimität, der Respekt vor ihrem Anderssein. Dies gilt für mich für jede Art von Intervention in der Psychotherapie, also auch bei dem Bestreben, Achtsamkeit anzuwenden. Sati wird häufig verwechselt mit manasikara was ethisch neutrale Aufmerksamkeit bedeutet. Das bedeutet nach Sylvia Wetzels reines Bemerkens z.B. von Sinneswahrnehmungen – Klang, Duft, Geschmack, Berührung, Form und Farbe, vor der Benennung: Husten, Gestank, bitter, weich, Baum... ein natürliches Element der Wahrnehmung also, das wir bemerken lernen können, das aber ethisch neutral ist.

D.h. solche Übung kann beruhigen- was bei Traumatisierten aber nicht immer der Fall ist, sondern wir müssen auch mit dem Gegenteil rechnen, nämlich, dass eine Übung beunruhigt, - in jedem Fall verändern uns solche Übungen nicht.

Manasikara sei nicht die Grundübung des Vipassana, sagt Sylvia Wetzels. Vipassana bedeutet wörtlich Klarblick, tiefe Einsicht und was uns verändere, sei Einsicht, Klarblick, tiefes Erkennen, in Pali Vipassana genannt. (Wetzels 2010)

Mir sind diese Unterscheidungen im Hinblick auf klinische Praxis wichtig, weil ich denke, wir sollten Klarheit darüber erlangen, welche Ziele wir zu einem gegebenen Zeitpunkt in der Behandlung erreichen möchten und welche erreichbar sind.

Denn Beruhigung kann ein wichtiges erstes Ziel sein, ich möchte es eher „beruhigende Selbstwirksamkeit“ nennen. Dazu gehört ein Erkennen der äußeren Dinge, wie sie sind, also ein Bewusstsein für die Gegenwart im Außen, wie sie ist. Das ist eine besonders hilfreiche Intervention für PatientInnen mit flashbacks und anderen dissoziativen Symptomen. Schlägt man aber einem Patienten, der sich noch nicht selbst beruhigen kann, weil er die äußere Wirklichkeit mit seinen Filmen im Kopf verwechselt Klarblick im Sinn tieferer Einsicht vor, wird man nicht allzu weit kommen.

Als ich 1993 Jon Kabat Zinns Arbeit in Amerika kennen gelernt habe, war ich davon begeistert. Ich wollte sie nach Rückkehr aus USA gleich in unserer Klinik ausprobieren und war sehr erstaunt und enttäuscht, dass unsere PatientInnen nicht mitmachten. Was war da geschehen? Zum einen war die Übung viel zu lange und die PatientInnen konnten die lange Übezeit von 45 Minuten nicht aushalten. Zum anderen machte ihnen die Fokussierung auf den Körper Angst und viele von ihnen dissoziierten und erklärten mir später, dass sie diese Übung nicht machen könnten.

Wenn etwas nicht funktioniert, hat man zwei Möglichkeiten: man gibt auf oder man überlegt, wie kann ich das modifizieren, so dass das Wesentliche erhalten bleibt, und ich doch den Bedürfnissen meiner PatientInnen entspreche. Ich entschied mich für den zweiten Weg. Dabei waren die Rückmeldungen unserer PatientInnen von unschätzbbarer Hilfe, für die ich mich an dieser Stelle bedanken möchte.

Was ich Ihnen heute vortrage und vorschlage ist das Ergebnis jahrelangen Suchens und immer wieder Ausprobierens. Ich möchte betonen, dass es für die Anwendung achtsamkeitsbasierter Interventionen nicht *den* einen Weg gibt. Jeder Mensch, der zu uns kommt, ist einzig und wir müssen damit rechnen, dass Dinge, die bei 100 PatientInnen funktioniert haben, bei der 101ten nicht funktionieren. Im Allgemeinen wissen PatientInnen gut, was ihnen bekommt und was nicht. Man muss das aber dann ernst nehmen und sich davon verabschieden, besser als die Patientin zu wissen, was für sie gut ist. Hubble und Miller (2004) zwei amerikanische Psychotherapieforscher, zitieren ein englisches Sprichwort: „Ob der Pudding schmeckt, entscheidet sich beim Essen“ und sie meinen, wenn unser Pudding PatientInnen nicht schmecke, sollten wir das Rezept wechseln, ggf auch den Koch oder die Küche. Meistens genügt der Wechsel des Rezepts, so ist meine Erfahrung. Es ist also eine Frage unserer Achtsamkeit und des Respekts vor dem, was PatientInnen bekommt, wenn wir immer wieder fragen, ist das heilsam, was wir hier gerade zusammen tun, und wir sollten natürlich auch die PatientInnen an diesem metakommunikativen Prozess beteiligen. Wir sollten dann allerdings die Frage, „hat es Ihnen geschmeckt“ sprich, „war das hilfreich für Sie“ nicht mit jener Routine und Gleichgültigkeit stellen, wie sie uns meist in Restaurants gestellt wird, wo man frustriert und andererseits froh bei dem Gedanken, dass man bald draußen ist, mürrisch antwortet, ja, es habe geschmeckt, da man nicht erwartet, dass sich etwas ändern könne. Unsere PatientInnen spüren, ob wir die Wahrheit vertragen können, und sie haben ein Mittel des Ausweichens, das sich schon tausendfach für sie bewährt hat, sie gehen innerlich weg, d.h. sie dissoziieren. Damit ist ihnen nur leider nicht geholfen.

Ich möchte drei Hypothesen vorschlagen:

1. Achtsamkeitspraxis mit schwergestörten PatientInnen verlangt Bescheidenheit und die Formulierung kleiner Schritte.
2. Das, was unter Achtsamkeitspraxis im Allgemeinen verstanden wird, ist eher eine Herausforderung und Aufforderung an die TherapeutInnen, achtsam zu sein und selbst zu üben und weniger eine Achtsamkeitspraxis im engeren Sinn für die PatientInnen

3. Modifikationen zu therapeutischen Zwecken sind sinnvoll, wenn sie nicht die Grundbedingungen von Achtsamkeitspraxis verletzen.

### **Womit also beginnen?**

Beruhigung i.S. auch von Selbstberuhigung sollte ein ehren- und erstrebenswertes Ziel darstellen. Denn würde man zu früh traditionelle Vipassanaübungen machen, hätte man Dissoziationsrisiken en gros.

Was sich in unserer Arbeit bewährt hat, ist, dass wir dem folgen, was uns die PatientInnen mit ihren Symptomen vormachen: Traumatisierte Patientinnen zerlegen ihre guten und schlechten Erfahrungen, das nennt man je nach Blickwinkel Spaltung, Fragmentierung oder Dissoziation. Wir schlagen daher vor, in verschiedene Anteile und in kleine Schritte zu zerlegen, das nenne ich als bewussten Vorgang Separation verschiedener Elemente des Erlebens. Damit wird auch Ängstiges und Schmerzliches nach und nach verkraft- und handhabbar.

*Der erste mögliche Schritt könnte sein, den Kontakt des Körpers mit dem Boden – ggf mit dem Stuhl – zu spüren. Sie haben sich schon am Dienstag bewusst gemacht, dass Ihr Körper Kontakt hat mit dem Boden und mit dem Stuhl und nahmen wahr, an welchen Stellen Ihres Körpers er Kontakt hat, daraus resultierte ein Gefühl der Stabilität.*

Diese kleine Übung hat für viele PatientInnen eine beruhigende Wirkung, weil sie ihnen hilft, sich stabil zu fühlen, das Hier und Jetzt wahrzunehmen und, dass sie sich nicht anstrengen müssen für diesen Kontakt. Er findet einfach statt. Man kann über die Erfahrung dieser Übung sprechen und dass die Patientin für einen Moment konzentriert sein konnte. Sie kann diese Wahrnehmungsübung in ihren Alltag mitnehmen und sie oft wiederholen, um gegenwärtiger zu sein. Darüber hinaus lade ich PatientInnen dazu ein, sich zu merken, wann sie ganz von selbst präsent und achtsam sind. Denn das kommt vor, wird aber häufig nicht bemerkt. Diese Intervention erscheint mir wichtig in dem Sinn, dass es sich lohnt, die Aufmerksamkeit auf etwas Gelingendes zu richten, statt auf das Misslingende.

Ich biete solche Übungen im Rahmen des Prozessgeschehens an, also z.B. wird deutlich, dass die Patientin nicht mehr ganz in Kontakt mit mir ist. Dann kann ich sie fragen, ob sie sich noch sicher im Hier und Jetzt fühlt und ob sie für einen Moment den Kontakt zum Boden und zum Stuhl bewusst wahrnehmen möchte. Ähnlich wie Klaus Renn das beschrieben hat, habe ich die Praxis der Trennung von Gespräch und Übung weitgehend aufgegeben und folge lieber dem Prozess, allerdings auf dem Hintergrund von Auftragsklärung und Zieldefinition, da ein freies Flottieren bei traumatisierten PatientInnen nicht indiziert erscheint

Die Übung sich des Kontaktes mit dem Boden bewusst zu werden, die von vielen gerne und oft wiederholt wird, sogar ohne die vielgepriesene Disziplin, ist ein Teil eines Teils der großen Achtsamkeitsübung, damit wird also auch diese größere, womöglich anspruchsvollere, Übung vorbereitet.

Als nächstes kann man sich wieder dem Körper zuwenden, aber wieder mit einem speziellen Fokus. Wenn es darum geht, Heilsames zu erfahren und wenn wir davon ausgehen, dass ein traumatisierter Patient mit einer Persönlichkeitsstörung Tag und Nacht mit Unheilbarem beschäftigt sein kann, bewusst und unbewusst, dann erscheint es mir sinnvoll, wieder diesem Prinzip der Separation zu folgen, so lange, bis mehr heilsame Vorstellungen ins Bewusstsein Eingang gefunden haben:

*Ich schlage vor, das Wahrnehmen des Körpers damit zu beginnen, dass man sich bewusst macht, welche freudvollen Erfahrungen man ihm verdankt. Ich lade Sie ein, das jetzt kurz zu erfahren, indem Sie sich bewusst machen, welche angenehmen Erfahrungen sie Ihren Augen oder Ohren verdanken....*

Mit dieser Übung beginnt ein achtsameres Wahrnehmen des eigenen Körpers über ein fokussierendes Herangehen auf heilsame Erfahrungen. Vielleicht wird hier zum ersten Mal bewusst erlebt, dass dieser abgelehnte Körper zu guten Erfahrungen beiträgt. Damit öffnet sich ein Tor zu mehr Interesse an diesem Körper, und danach könnte die nächste Übung sein, den Körper achtsam zu berühren, wie Peter Levine(2009) das vorschlägt: *Die rechte Hand berührt die linke Hand und man denkt oder spricht, das ist meine linke Hand, und dann berührt man den linken Unterarm: das ist mein Unterarm, den Oberarm, das ist mein linker Oberarm, usw. Diese einfach erscheinende Übung trägt zur Verankerung des Körperbildes bei.*

Ähnliches macht man mit kleinen Kindern: „Das ist der Daumen...“ und hilft ihnen spielerisch, das Körperbild zu verankern.

In einer nächsten Sitzung ist es dann endlich vielleicht möglich wahrzunehmen, dass der Körper atmet; ohne jegliche Mühe und Anstrengung unsererseits atmet er. Dazu genügt es vorerst, die Atembewegungen des Körpers wahrzunehmen. Man könnte darüber nachdenken, wie verlässlich dieser Körper ist, dass er fast alles ohne unser bewusstes Zutun tut, aber das könnte auch schon wieder Angst auslösen, weil dann ja so wenig Kontrolle besteht. Ein Gespräch über notwendige und nicht notwendige Kontrolle könnte daraus resultieren.

Man kann der Patientin auch anbieten, die Atemzüge zu zählen, was eine zusätzliche Konzentrationshilfe sein kann, oder der Empfehlung von Thich Nath Hanh zu folgen, ja-danke

beim Ein- bzw. Ausatmen zu denken. - Es ist nicht ratsam, diese Worte zu empfehlen, wenn jemand Schwierigkeiten dabei hat, ja zum Leben zu sagen und danke zum Leben. Es kann sein, dass dies einem viel, viel späteren Zeitpunkt vorbehalten werden sollte.

**Achtsamkeit als ein Bemerkten dessen, was andauernd ohne unser Zutun geschieht**, kann hier wiederum ein Teilziel sein.

Ein weiterer Gewinn des Wahrnehmens des Atems ist das Erkennen, dass alles sich ständig verändert. In einem nächsten Schritt kann verabredet werden, auf welche Arten des Veränderns die Patientin achten könnte: Tag und Nacht, die Jahreszeiten, Ermüdung und Aktivität, Phasen von Krankheit und Gesundheit, von Freude und Schmerz usw. Diesmal also eine Aufgabe der Selbstbeobachtung außerhalb der Therapie mit der Zusicherung eines Gesprächs über die gemachten Beobachtungen.

**Es entwickelt sich Achtsamkeit für Veränderungen** (Reddemann 2004)

Wieder ein nächster Schritt mit einem Teilziel kann das achtsame Wahrnehmen von freudigen Momenten von Augenblick zu Augenblick sein.

*Ich lade Sie dazu ein, dass Sie sich fragen, ob es heute morgen schon einen Moment der Freude gab und diesen noch einmal in Ihr Bewusstsein einzuladen...*

Von Sylvia Wetzel haben wir gelernt, wie wichtig es ist, sich Sternstunden bewusst zu machen, oft sind es eher Sternsekunden.

Dadurch entwickelt sich Achtsamkeit für heilsame Augenblicke des Wohlbefindens. Man kann sich damit „die angeborene Fähigkeit, vom augenblicklichen Erleben zu lernen“, wie Jack Kornfield das nennt, bewusster machen, und dies kann wiederum zum Gegenstand weiterer Arbeit am Thema „Lernen von sich selbst“ werden. Wer versteht, dass er oder sie von sich selbst eine Menge lernen kann, gewinnt an Selbstvertrauen und daran mangelt es traumatisierten Menschen meist.

So beginnt sich Achtsamkeit für Freudefähigkeit und Selbstvertrauen zu entwickeln.

Eine Frage könnte sein, ob wir womöglich mit solchen eingeschränkten Übungen Unachtsamkeit und Verblendung unterstützen.

Meiner Erfahrung mit traumatisierten PatientInnen entspricht das nicht. Denn gerade dadurch, dass sie sich oft erstmals bewusst werden, dass es neben ihrem Leid doch auch Freude gibt, werden sie offener, sich auf sich selbst als „ganze Menschen“ einzulassen.

Achtsamkeit für alles, was grade ist, muss man sich „leisten können“. Germer, der Achtsamkeit seit 1978 in seine klinische Arbeit integriert hat, führt über traumatisierte PatientInnen und Achtsamkeitsmeditation aus: „Die Verschreibung von Achtsamkeitsübungen sollte von einer

klinischen Einschätzung geleitet sein. Ein angemessener Zeitpunkt und Sicherheit sind wichtig. Ist unsere Aufmerksamkeit von traumatischen Erinnerungen überwältigt und destabilisiert, verliert die achtsame Konfrontation ihre Nützlichkeit.“ (Germer 2009, S. 183 f) Ich orientiere mich stets an der Frage der Heilsamkeit.

So kann der Teil eines Teils der traditionellen Achtsamkeitspraxis eine Vorbereitung für eine ausgedehntere Praxis irgendwann in der Zukunft sein.

Durch die Übung des Freude- oder Dankbarkeitstagebuchs lernt man

1. angenehme Erfahrungen überhaupt erst wahrzunehmen und
2. womöglich darauf mit Dankbarkeit, Freude, Freundlichkeit und teilen Wollen zu antworten.

Ich möchte zur Diskussion stellen, dass die strenge Übernahme einiger Ideen aus dem Vipassana von westlichen Menschen eher dazu benutzt wird, wieder dem Leiden einen Vorrang einzuräumen. Westliche Menschen nehmen oft nur den Satz „Leiden gibt es“ wahr und nicht die dazu gehörigen, wie Leiden überwunden werden kann und dass Glück der Weg ist. Allerdings gibt es ja auch verschiedene buddhistische Schulen mit unterschiedlichen Ansichten gerade zu diesem Thema. Auch Buddhismus ist zudem kontextbezogen und spielt sich nicht im luftleeren Raum ab.

Ich finde für die Arbeit mit traumatisierten PatientInnen den sog. tantrischen Weg aus dem tibetischen Buddhismus besonders anregend (der übrigens nichts mit Sexualität zu tun hat.) Hier geht es speziell um die Konzentration auf Freudiges, Glück bringendes. Wer sich damit genauer befassen will, dem sei das Buch von Lama Yeshe „Wege zur Glückseligkeit“ empfohlen.

Wenn ein traumatisierter Mensch überflutet ist von Panik und Angst und nichts darüber weiß, dass er trotz allem fähig zur Freude und Dankbarkeit ist, ist ihm Klarblick verwehrt.

Wir müssen also, wenn wir Achtsamkeit zu therapeutischen Zwecken nutzen wollen, unser Augenmerk besonders auf Ichstärke und Ich-Stärkung richten, und wir sollten bedenken, was die Traumaforschung lehrt, dass nämlich jede psychotherapeutische Intervention traumaadaptiert sein und unseren PatientInnen nicht zusätzlichen Stress bereiten sollte.

Peter Levine (1998) hat als erster die herausragende Notwendigkeit unterstrichen, dass wir zu einem inneren Pendeln fähig sind, das bedeutet, dass wir aus eigener Kraft einen schmerzhaften Zustand verlassen und in einen heilsamen überwechseln können. Bei PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen und mit schweren unüberwundenen Traumatisierungen ist diese Kraft des Pendelns erloschen oder nie ausreichend entwickelt. Die traditionellen Anleitungen zur

Achtsamkeitsübung scheinen aber Menschen vorauszusetzen, die zu diesen Pendelbewegungen wenigstens annähernd fähig sind.

Ein relativ gesunder Mensch kann nach einer schmerzlichen Erfahrung aus sich heraus früher oder später sagen, das war schlimm, aber es gibt auch Schönes in meinem Leben.

Diese Möglichkeit müssen sich Menschen mit Traumafolgestörungen häufig erst erarbeiten und so lange sie darüber nicht verfügen, sind sie für traditionelle Vipassana Übungen nicht geeignet. Wie können erste Schritte getan werden, um unangenehme Gefühle und Grundstimmungen wahrzunehmen und annehmen zu lernen?

Hier hat sich wiederum eine Fokussierung bewährt, nämlich die auf den „inneren Zeugen“ oder „Beobachter“. Herr Roediger hat uns dazu bereits einiges erklärt, vor allem, dass hier eine Aktivierung des präfrontalen Cortex geschieht. Psychologisch ausgedrückt kann man diese Fähigkeit zu beobachten, diesen sog. Inneren Beobachter, als einen ego state betrachten, man kann auch mit dem Freiraumprinzip aus dem Focusing arbeiten. Auch das neuerdings viel erprobte Mentalisierungskonzept von Fonagy beruht auf der Technik des inneren Beobachters. Es geht immer auch um Desidentifizierung. Besonders eindrucksvoll beschreibt Ken Wilber in seinem Buch „Mut und Gnade“ die unterstützende Wirkung der Verwendung des inneren Zeugen im Kontext tiefer Verzweiflung.

Wolf Singer weist in einem Gespräch mit dem buddhistischen Mönch Matthieu Ricard darauf hin, dass intentionale Kontrollsysteme des Gehirns dazu benutzt werden können, interne Repräsentationen zu aktivieren, die Aufmerksamkeit auf sie zu lenken und dann mit ihnen zu arbeiten, ganz so, als handele es sich um Informationen von außen (Singer und Ricard 2009 S. 61). Vielleicht nehme durch das Fokussieren der Aufmerksamkeit auf diese inneren Vorgänge die Unterscheidbarkeit und Wahrnehmbarkeit dieser Vorgänge in eben derselben Weise zu, wie das der Fall ist, wenn Aufmerksamkeit auf Ereignisse in der Außenwelt gerichtet wird. (op.cit.) Lädt man PatientInnen ein, sich diesen inneren Beobachter/ die innere Beobachterin bewusst zu machen, sagen sie häufig, den kenne ich gut, ich beobachte doch die ganze Zeit, bzw. ich stehe doch die ganze Zeit neben mir. Klinisch wird das als Depersonalisation bezeichnet. Bereits vor Jahrzehnten hat Milton Erickson das Prinzip der „Utilisation“ vorgeschlagen, damit meinte er, symptomatisches Verhalten als Ressource zu nutzen. Wir sagen unseren PatientInnen, dass es darum geht, das, was sie schon immer taten, bewusst zu tun und dass das einen Unterschied macht. Bewusstes sich von Ferne Betrachten ist eine hohe Kunst, die hilft, sich nicht mehr mit allem, was da im eigenen Inneren geschieht, zu identifizieren, also sich zu desidentifizieren. Desidentifikation ist Teil jeder Achtsamkeitsübung, wir nehmen wiederum diesen Teil ganz bewusst heraus und bitten die Patientin für einen Moment ihre belastenden Gefühle aus der

Distanz zu betrachten. Damit gewinnt sie nach und nach Vertrauen, dass sie derartige Gefühle ertragen kann. Und wenn sie zuvor schon erfahren hat, dass sie auch zu liebevollen, heilsamen Gefühlen fähig ist, kann sie jetzt beginnen bewusst zu pendeln.

Jetzt kann sie auch dessen gewahr werden, dass sie mehr ist als ein unangenehmes oder gar überwältigendes Gefühl.

*Ich lade sie ein, dass Sie sich für einen Moment bewusst machen, welches Gefühl gerade da ist, das Gefühl betrachten, um sich dann zu sagen, ich kann dieses Gefühl wahrnehmen, deshalb bin ich mehr als dieses Gefühl, denn der Teil, der sich gewahr wird, ist nicht das Wahrgenommene.* Diese Übung empfehle ich auch allen, die mit Extremlastungen in der Therapie zu tun haben, wenn sie sich allzu stark mit den PatientInnen zu identifizieren beginnen.

Wir haben von Sylvia Wetzell gehört, was der

Buddha über Reines Wahrnehmen gesagt hat, ich zitiere:

„Übe dich, dass beim Sehen reines Sehen (Betrachten) ist

*(ditthe dhitta mattam)*, beim Hören lediglich Hören,

beim Wahrnehmen (durch die anderen Sinne) / reines Wahrnehmen

und beim Erkennen reines (nicht unterscheidendes) Erkennen.

Dann wirst du von den Dingen nicht bewegt / und bist weder (dieses noch jenes),

gehörst weder der diesseitigen noch der jenseitigen Welt an,

noch irgendeiner anderen Erscheinungsform.

Das ist das Ende des Leidens. *Udana 1,10*“

Für mich ist das ein sehr erstrebenswertes Ziel, zumal ein übender Mensch Ziele braucht; doch ist dieses Ziel hoch und nicht für eine Therapie geeignet, sondern für eine lebenslange Selbsterfahrung.

Die gezielte Arbeit mit der inneren Beobachterin kann vielleicht ein Schritt in diese Richtung sein.

In der **tibetischen** Tradition gibt es ein wichtiges Anliegen, Bodhicitta, Erwachen zum Wohl aller, auch zum eigenen Wohl, wohlgerne! Zur Achtsamkeitspraxis gehört untrennbar eine des Mitgefühls, und hier sehe ich eine weitere wichtige Domäne in der psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten PatientInnen - und natürlich nicht nur mit ihnen. Lassen Sie mich darauf hinweisen, dass Marilyn Cloitre, eine bekannte amerikanische Therapeutin und Forscherin auf dem Gebiet der Behandlung von komplex traumatisierten PatientInnen, besonders für die Integrationsphase, d.h. die dritte Phase der Traumatherapie, ein nach kognitiv-verhaltenstherapeutischen Regeln entwickeltes Mitgefühlstraining empfiehlt. (Cloitre 2010)

Übungen für mehr Mitgefühl mit sich selbst und anderen gibt es viele, zwei davon erscheinen mir besonders hilfreich für Menschen, die viel Schweres durchgemacht haben. In der ersten begegnet man sich selbst in verschiedenen Schwellensituationen und sagt sich alles, was einem damals geholfen hätte, die Schwelle leichter zu überwinden. (Borysenko 1993). In der zweiten geht es darum, sich vorzustellen, im eigenen Herzen brenne ein wärmendes Licht und wie dieses Licht nach und nach den ganzen Körper mit Wärme und Licht erfüllt. (Aya Kema 19 )  
Diese Übungen werden später dann ausgedehnt auf nahe und schließlich auf ferne Menschen und danach auf alle Wesen.

*Für heute lade ich Sie ein, dass wir die Übung mit dem wärmenden Licht im Herzen hier gemeinsam machen:....*

Auch die Arbeit mit verletzten Anteilen, wie ich sie für die Psychotherapie traumatisierter PatientInnen empfehle, beruht auf den Prinzipien einer Mitgefühlspraxis.

### **Wie kann man (all)tägliche Praxis fördern?**

Die Notwendigkeit, *regelmäßig* Achtsamkeit zu üben, wird immer wieder hervorgehoben. Leider sagen einem viele PatientInnen, sie hätten dafür keine Zeit. Auch hier kann es sich lohnen, mit einem kleinen Teilziel zu arbeiten, nämlich, tue Dinge, die Du ohnehin tust, achtsam, mache daraus eine Praxis. Z.B. das morgendliche Duschen, den Tisch decken, Fenster putzen, etc., was auch immer Sie tun, können Sie mit Achtsamkeit tun. Thich Nhat Hanh (2009) stellt dazu in seiner poetischen Weise viele Übungen in seinem Buch „Das Wunder der Achtsamkeit“ vor. Und er gibt dazu Anleitungen, wie man aus dem reinen Wahrnehmen auch noch eine Übung in Heilsamem macht, z.B. beim Essen dankbar zu sein.

Dazu passt die berühmte Rosinenübung von Kabat Zinn(op.cit): Man verzehrt nach und nach drei Rosinen ganz achtsam. (Aber auch diese Übung hat für durch sexualisierte Gewalt traumatisierte PatientInnen Tücken, so dass nicht alle Rosinen nehmen möchten.) Es geht natürlich auch mit Apfel- oder Mandarinstückchen. Achtsames Essen kann auch noch für eine weitere Erfahrung genutzt werden, die von Verbundenheit. Man kann darüber meditieren, wie viele Lebewesen daran beteiligt waren, dass das, was ich gerade esse zu mir gelangt ist.

*Ich lade Sie ein, einen Moment lang an etwas, was Sie heute Morgen zu sich genommen haben, unter dem Aspekt welchen Lebewesen verdanke ich z.B. meinen Kaffee oder Tee zu betrachten.*

*Einige Anregungen: Denjenigen, die die Kaffeepflanze gepflanzt und gepflegt haben, das sind Menschen, aber auch Sonne und Regen, Kleinlebewesen, die Erde, später kommen vielleicht andere Menschen, die ernten, verpacken, verschiffen, rösten, versenden, verkaufen...*

Aus dieser Übung kann sich ein Bewusstsein entwickeln, dass man nicht allein ist. Diese Übung halte ich für besonders alltagstauglich, weil man sich in jedem Moment bewusster machen kann, mit wie vielen Lebewesen man verbunden ist, wenn man dies oder jenes nutzt, z.B. die Straßenbahn. Auch achtsames Gehen, z.B. von der Bushaltestelle zur Tagesklinik oder zur Praxis kann in den Alltag integriert werden. Man kann auch die Tür des Autos achtsam öffnen und das Auto achtsam starten, sowie achtsam fahren.

Auch diese Art von Praxis ist noch kein Vipassana, aber es ist eine Vorbereitung in kleinen Schritten auf Vipassana. Eine Kombination von selbstberuhigenden Elementen mit Elementen der Klarsicht, die bei fortschreitender Stabilität erlauben, auf eine mehr traditionelle Achtsamkeitspraxis oder auch Focusing überzugehen, wenn dies nicht von Anfang an möglich ist. Übrigens hat mir Peter Levine anlässlich eines gemeinsamen Seminars gesagt, dass er der Meinung sei, dass meine Art des Arbeitens noch etwas sicherer sei als seine Focusing zentrierte Arbeit, so dass die körperzentrierte Arbeit bei traumatisierten Menschen möglicherweise erst an 2. Stelle kommen sollte. Wir sollten bedenken, dass der Körper der Ort des Traumas ist, so dass es für manche Menschen sehr ängstigend sein kann, diesen Körper wahrzunehmen, auch deshalb beginne ich aus Sicherheitszonen heraus.

Bei traumatisierten Menschen mit einer Traumafolgestörung ist also in einer ersten Phase das Ziel, genau die Fähigkeiten zu erarbeiten, die Klaus Renn für erfolgreiche Therapie beschrieben hat, nicht sie vorauszusetzen! Sollte sich aber früh herausstellen, dass ein traumatisierter Mensch mit einer Folgestörung stabil ist, so kann man natürlich auch schon früh Dinge tun, die sich allgemein bewährt haben. Ich möchte nicht versäumen, darauf hinzuweisen, dass es immer auch PatientInnen gibt, die von Anfang an zu einer traditionellen Vipassanapraxis fähig sind. Nach meiner Erfahrung sind das aber wenige.

Abschließend möchte ich mich bei allen ReferentInnen der Woche bedanken und dem Wunsch Ausdruck verleihen, dass Sie sich am Ende dieser Woche vorstellen können, mit einer Achtsamkeitspraxis für sich und später vielleicht auch in kleinen Schritten mit ihren PatientInnen zu beginnen. Die von mir vorgeschlagenen kleinen Übungen können auch für TherapeutInnen ein behutsamer Einstieg sein! Und es ist immer gut, wenn man das, was man PatientInnen vorschlägt, selbst ausprobiert. Diejenigen, die intensiver beginnen wollen, finden heute ein breit gefächertes Angebot an Meditationskursen.

### **Literatur:**

Borysenko, J. (1993) Fire in the soul. Warner Books

- Cloitre, M. (2010) The treatment of complex PTSD. A phase based approach. Vortrag gehalten bei der 13. Jahrestagung der DeGPT vom 4.-7.3.2010 in Göttingen
- Fulton, P. R.(2009) Achtsamkeit als klinisches Training. In: Germer, C., Siegel, R., Fulton,P.: Achtsamkeit in der Psychotherapie. Freiamt, Arbor
- Germer, C.K. (2009) Achtsamkeit in der Therapie lehren. In Germer, et al. Op.cit Hanh, T. N. (2009) Das Wunder der Achtsamkeit. Theseus, Neuauflage
- Hubble,M.A., Miller, S.D. (2004) The Client : Psychotherapy's missing link for promoting a positive psychology. In: Linley, P.A., Joseph, S.: Positive psychology in practice. Hoboken, John Wiley & Sons
- Levine, P. (1998) Traumaheilung. Essen, Synthesis
- Levine, P.(2009) persönliche Mitteilung
- Reddemann, L(2004) Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt. Herder, Freiburg
- Renn, K. (2010) Focusing. Vortrag gehalten anlässlich der 60. Lindauer Psychotherapiewochen, 22.4.2010
- Roediger, E. Achtsamkeit und innere Dialoge im Veränderungsprozess. Vortrag anlässlich der 60. Lindauer Psychotherapiewochen am 21.4.2010
- Schwarz, C. (2010) Achtsamkeit während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Vortrag anlässlich der 60. Lindauer Psychotherapiewochen, 20.4.2010
- Wetzel, S.(2010) Grundlagen der buddhistischen Meditation. Vortrag anlässlich der 60. Lindauer Psychotherapiewochen a, 19.4.2010
- Wilber, K. (2009) Mut und Gnade. Fischer Taschenbuch
- Singer, W. Ricard, M. (2009) Hirnforschung und Meditation. Ein Dialog. Edition unseled, Frankfurt am Main
- Zinn, K. J. (1994) Gesund und stressfrei durch Meditation. Scherz, Wien

---

**Kontakt:**

Prof. Dr. Luise Reddemann  
Im Mediapark 15  
50670 Köln

*Copyright bei der Verfasserin. Eine erweiterte Fassung wird im Frühjahr 2011 im Kohlhammer Verlag erscheinen*