

**Achtsamkeit in der
psychotherapeutischen Behandlung von
Abhängigkeitsstörungen**

Aspekte der achtsamkeitsbasierten
Psychotherapie

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

im Universitätslehrgang Spirituelle Begleitung in der
globalisierten Gesellschaft

eingereicht von

Manfred Buchacher, Psychotherapeut

Department für Migration und Globalisierung
an der Donau-Universität Krems

Betreuer: Dr. phil. Dipl. Soz. **Michael Huppertz**

PD Mag. Dr. theol. **Ernst Furlinger**

Rankweil, 20. Jänner 2016

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Manfred Buchacher, geboren am 11.8.1962 in Klagenfurt erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Danksagungen/Widmungen

Für das Privileg, in einem demokratischen Staat zu leben, sowie die Möglichkeit zu haben, in Freiheit, Sicherheit und Wohlstand studieren und diese Arbeit schreiben zu dürfen, bin ich sehr dankbar.

Dies hat mein Leben und meine berufliche Entwicklung enorm bereichert.

Dafür bin ich dem Leben insgesamt dankbar.

In Verbundenheit mit meinen Eltern Karl und Annemarie.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	2
Danksagungen/Widmungen	3
1. Einleitung	5
2. Entwicklung der Achtsamkeit im psychotherapeutischen Kontext	6
3. Begriffliche Klärung	8
4. Achtsame Haltung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin	14
5. Beschreibung der Abhängigkeitserkrankungen	16
6. Systemische Psychotherapie von Abhängigkeitsstörungen	18
6.1 Narrative Konstrukte	22
6.2 Selbstorganisation lebender Systeme	23
6.3 Beobachter und Beobachtungen, Probleme und Restriktionen,	25
6.4 Mehrgenerationenperspektive	27
6.5 Zieloffenheit	29
6.6 Rückfall oder „Ehrenrunde“	29
6.7 Suchtverlangen	30
7. Praxiserfahrung in der achtsamkeitsorientierten Psychotherapie von Abhängigkeitserkrankungen	32
7.1 Fallvignetten	33
7.2 Nachweise.....	38
7.2.1 Rahmen.....	38
7.2.2 Die Fragen	39
7.2.3 Auswertung der qualitativen Daten	40
7.2.4 Auswertung der quantitativen Daten	42
7.3 Implikationen.....	43
7.3.1 Motivation am Anfang und am Ende	43
7.3.2 Verstärkter Einbezug relativer Achtsamkeit	44
7.3.3 Unterstützung zur Eigenverantwortung.....	45
8. Wirksamkeit achtsamkeitsorientierter Psychotherapie bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.	46
8.1 Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Therapieansätze	46
8.2 Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Suchttherapie	47
9. Formale Abgrenzung Psychotherapie und Spiritualität	49
9.1 Psychotherapie und Spiritualität.....	49
9.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	51
10. Schlussbemerkungen	54
11. Literatur	56

1. Einleitung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit sich meine praktischen Erfahrungen in der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitsstörungen unter Einbezug explizit angewendeter Achtsamkeit mit dem aktuellen Stand der Fachliteratur bzw. Fachdiskussion decken.

In einem Exkurs zur Begrifflichkeit wird der Begriff „Achtsamkeit“ im Kontext der Psychotherapie beschrieben.

Weiteres untersuche ich, wie Achtsamkeit und systemische Psychotherapie miteinander verknüpft werden können und inwieweit sich diese beiden Behandlungszugänge im Kontext der ambulanten Suchttherapie ergänzen und bereichern. Dazu erläutere ich wesentliche Aspekte der systemtherapeutischen Herangehensweise und versuche Verbindungen zwischen Achtsamkeit und systemischer Therapie herzustellen.

In den Praxiserfahrungen beschreibe ich mithilfe von Fallvignetten meine klinisch-psychotherapeutischen Erfahrungen. Eine standardisierte Evaluation der von mir zuletzt geleiteten Achtsamkeitsgruppe im Suchtkontext rundet die Praxiserfahrung ab.

Weiteres folgt ein grober Überblick zum Forschungsstand achtsamkeitsbasierter Psychotherapie, eingegrenzt auf deren sogenannte Mindfulness-Programme.

Und nicht zuletzt gehe ich der Frage nach, ob sich die in Österreich gesetzlich definierte Abgrenzung psychotherapeutischer Behandlung zu spiritueller Begleitung mit der von mir vorgestellten Arbeitsweise vereinbaren lässt und inwieweit das Potential spiritueller Zugänge der psychotherapeutischen Behandlung von Abhängigkeitsstörungen durch die gesetzliche Regelung ungenutzt bleibt.

2. Entwicklung der Achtsamkeit im psychotherapeutischen Kontext

In der Psychotherapie war Achtsamkeit schon immer ein wesentlicher Aspekt der therapeutischen Intervention. Freud forderte die gleichschwebende Aufmerksamkeit für den Therapeuten als Grundregel in der psychoanalytischen Arbeit (Freud, 1999, S. 376ff). In gestalttherapeutischen Konzepten gilt das Postulat des Arbeitens im Hier und Jetzt sowie die Fokussierung auf den erweiterten Körperbegriff „Leiblichkeit“.

In der von Rogers entwickelten klientenzentrierten Psychotherapie ist die Kongruenz des Therapeuten Modell und Erfahrung für die Entwicklung der Kongruenz des Patienten und ein impliziter Aspekt von Achtsamkeit. Körperorientierte psychotherapeutische Verfahren, wie die Körperzentrierte Bewegungstherapie (KBT) oder die Feldenkraismethode, nutzen die gegenwärtig bewusst gemachte Körpererfahrung mit der Haltung der Achtsamkeit.

1979 entwickelte Jon Kabat-Zinn das Stress-Reduction-Programm an der Klinik der Universität von Massachusetts und gilt seither als Pionier der expliziten achtsamkeitsorientierten psychotherapeutischen Behandlung verschiedenster Störungsbilder. Im Unterschied zu impliziter Achtsamkeit, bei der beispielsweise der Therapeut den Patienten ermuntert, seine Gefühle und Körperwahrnehmungen gegenwärtig und ohne diese zu bewerten wahrzunehmen, die Instruktion aber nicht erläutert, werden die Übungen und die dazu notwendigen Hintergründe bei expliziter Achtsamkeit transparent gemacht und angemessen erläutert.

Diese Verfahren beziehen sich auf die Vipassana- und Zen-Meditationspraxis, die in den meisten Traditionen des Buddhismus als zentrale Übung zur inneren Befreiung dienen (von Allmen, 2010, S. 54), und sind somit aus einer spirituellen Praxis entstanden. Die Verknüpfung mit verhaltenstherapeutisch orientierten Vorgehen und Manuals sowie die Einbeziehung humanistischer Konzepte ermöglich-

ten Kabat-Zinn und den Klinikern, die ihm folgten bzw. seine Konzepte weiterentwickelten, die wissenschaftsbasierte Einführung in der klinischen Praxis.

Seit 2007 entwickelt in Darmstadt der Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie Michael Huppertz mit einer Gruppe von Fachleuten aus den Bereichen Medizin, Psychotherapie und Pädagogik störungsspezifische als auch nicht störungsspezifische Konzepte, die in Gruppenangeboten umgesetzt werden. Dabei fühlt sich die Gruppe um Huppertz¹ eher der humanistischen Tradition westlich geprägter Achtsamkeitskonzepte verpflichtet (Huppertz, 2013, S. 17) und unterscheidet sich von den Programmen der MBSR-Tradition (Mindfulness-Based Stress Reduction) dadurch, dass die Vorgehensweise der Darmstädter Gruppe offener und flexibler, weniger einem standardisierten Programm folgend, sondern eher zum Experimentieren einladend ausgerichtet ist. Verfolgt man die Fachliteratur der Mindfulness-Konzepte, so Huppertz, verfestigt sich die Annahmen, Achtsamkeit habe sich ausschließlich in der östlichen spirituellen Tradition entwickelt. Dieses Bild sei um die Beiträge der westlich geprägten Tradition zur Achtsamkeit zu ergänzen. (Huppertz, 2015, S. 213ff).

Thomas Reuster (2011) weist auf die Entwicklung von Achtsamkeit in der abendländischen Philosophie, beginnend mit Platon, die Beiträge zum Verständnis von Achtsamkeit in der philosophischen Phänomenologie durch Husserl und Merleau-Ponty sowie auf die Beiträge Heideggers in seiner Spätphilosophie hin.

Reiner Manstetten (2011) verweist auf die Wurzeln der Achtsamkeit in der christlichen Mystik am Beispiel Meister Eckhart:

„Nimm dich selbst wahr, und wo immer du dich findest, da lass dich; das ist das Allerbeste“ (EW II, S. 340/341).

Bei der Mindfulness-Konzeption wird aus meiner Sicht mehr die spirituelle Basis deutlicher bzw. expliziter. Dies zeigt sich zum Beispiel, dass im Programm des

¹ Arbeitsgemeinschaft Achtsamkeit, <http://www.ag-achtsamkeit.de>

MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) die Meditation der liebenden Güte, eine Mediationsform im Buddhismus, ein fixer Bestandteil ist. In diesem Zusammenhang stellt sich für mich die Frage, ob diese Form der achtsamkeitsbasierten Psychotherapie den „Richtlinien für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden“ widerspricht.

„Von der Psychotherapie zu unterscheiden und strikt zu trennen sind alle Arten von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden, wie z.B. Humanenergetik, Geistheilung, Schamanismus und viele andere. Diese können nicht Teil einer Psychotherapie sein.“ (Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S. 2)

3. Begriffliche Klärung

In meinen Achtsamkeitsgruppen stelle ich immer wieder fest, dass Teilnehmer/innen² Achtsamkeit mit Entspannung, Meditation, Imagination, Hypnose, verbinden. Entspannung, wie dies z. B. durch Autogenes Training oder Progressive Muskelentspannung angestrebt wird, kann durchaus ein Effekt von Achtsamkeit sein, dessen Intention ist es aber nicht. Im Sinne der Vipassana-Meditation ist Achtsamkeit eine spirituelle Übung, um zur inneren Befreiung zu gelangen. (von Allmen, 2010, S. 54).

Das Ziel der achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit (Das MBRP-Programm, 2012, Mindfulness-Based Relapse Prevention) ist, Rückfälle vom problematischen Substanzkonsum zu verhindern.

Es gibt offensichtlich ganz unterschiedliche Ziele in der Achtsamkeitspraxis. Diese beiden Beispiele beschreiben den aus meiner Sicht signifikanten Unterschied

² Menschen, die mit mir in einem therapeutischen Kontakt stehen, bezeichne ich in dieser Arbeit situationsbezogen als Teilnehmer/innen, Klient/innen, Patient/innen. Ebenso werden aus Gründen der Vereinfachung in diesem Text die männliche, weibliche und die beide Geschlechter einbeziehende Form verwendet. Es sind immer beide gemeint.

zwischen spiritueller Praxis und Psychotherapie. An dieser Stelle lässt sich gut der Begriff „Meditation“ zur Achtsamkeit differenzieren. Bei der Meditation sprechen wir von einer Praxis mit spiritueller Ausrichtung (z. B. Vipassana-Meditation). Die Grundausrichtung ist eine spirituell-religiöse. Achtsamkeit im psychotherapeutischen Kontext beinhaltet diese Ausrichtung nicht.

Im Spiel versunkene Kinder sind auch achtsam und gegenwärtig mit dem, was sie tun und erleben – ihre Absicht ist das Spiel. Dies widerspricht aber der Achtsamkeitspraxis. Wie verhält es sich mit Imaginationsübungen? Wenn beispielsweise in der Traumatherapie Menschen angeleitet werden, mithilfe ihrer Phantasie einen sicheren Ort aufzusuchen, hat dies beruhigende, entspannende und intrapsychische Ressourcen aktivierende Auswirkungen. Ist das Achtsamkeit? Ich nenne es Aufmerksamkeitsfokussierung auf gesunde Anteile und innere Ressourcen. Wenn wir uns mit einem Objekt oder inneren Erleben intensivstes verbinden, dann ist unsere Aufmerksamkeit im höchsten Maß ausgerichtet und fixiert. Gunther Schmid, Gründer der Hypnosystemischen Therapie, spricht hier von Aufmerksamkeitsfokussierung und Trance (Schmidt, 2004, S. 48ff), die im Beispiel vom sicheren Ort heilsam ist, bei anderen Trancezuständen, wie der Fokussierung auf Problemerleben, z. B. Angst, leiderzeugend und leidstabilisierend sein kann (Angst ist natürlich auch etwas sehr Sinnvolles und Schützendes). Was ist nun Achtsamkeit? In Anlehnung an Kabat-Zinn ist Achtsamkeit die absichtslose, nichtwertende Aufmerksamkeit auf das bewusste Erleben des aktuellen Augenblicks (Kabat-Zinn, 2004).

Huppertz (2015, S. 31) erweitert diese Beschreibung um die Qualitäten offen und experimentell. Anstatt „nichtwertend“ verwendet er den Begriff „akzeptierend“, im Sinne von geschehen lassend. Die letzte Unterscheidung in der Achtsamkeitsdiskussion ist sehr komplex. Huppertz schlägt vor, Bewertungen wahrzunehmen (das ist Achtsamkeit), und im Sinne einer Entwicklung und Erweiterung von Möglichkeiten bzw. zur Dekonstruktion (vor allem ungünstiger) Vorstellungen von sich und der Welt zum differenzierten Wahrnehmen und Beschreiben von Phänomenen zu gelangen (Huppertz, 2015, S. 231ff).

Das ist ein sehr konstruktivistischer Aspekt von Achtsamkeit und damit wieder eine Verbindung zur Systemtheorie (siehe auch Kapitel 6.1 und 6.2.). Geht es ganz ohne Bewertung? Und ist dies auch gewollt? Im Alltag sicher untauglich. Wie sollten wir uns als Menschen denn auch orientieren, wenn nicht an Werten? Hier betreten wir einen spirituellen Raum. Die Achtsamkeitspraxis kann zur Achtsamkeitsmeditation werden, indem alles, was dem Leben und dem Ganzen (Gott) entgegensteht, dekonstruiert und losgelassen wird, und nur der höchste Wert bleibt (in der christlichen Spiritualität die Liebe zu Gott, zu sich und den Menschen, im Buddhismus die Verbundenheit mit allen Lebewesen).

Zurück zum psychotherapeutischen Kontext, dem sich dieser Text widmet. Ich sehe Achtsamkeit als eine Möglichkeit, einschränkende Wahrnehmungsmuster des Denkens, Fühlens, in Bezug auf sich selbst und im Kontakt mit anderen Menschen und der Umwelt zu dekonstruieren bzw. diese Wahrnehmungsmöglichkeiten zu erweitern. Betrachtet man das vordergründige Symptom von Abhängigkeitsstörungen, dann zeigt sich dies in einem problematischen Verlangen eine Substanz (Alkohol, Heroin etc.) zu konsumieren, oder eine Handlung (beispielsweise Kaufen, Glücksspiel betreiben) in einem störungsrelevanten Ausmaß durchzuführen. Achtsam in diesem Zusammenhang heißt, das Verlangen mit allen Sinnen geschehen lassend wahrzunehmen, sich nicht mit anderen Tätigkeiten abzulenken (was auch eine hilfreiche Bewältigungsstrategie sein kann, aber mit Achtsamkeit nichts zu tun hat), und dem Handlungsimpuls (beispielsweise die Substanz zu konsumieren) nicht nachzugeben. Dies ist ein zentrales Konzept der achtsamkeitsorientierten Rückfallprävention (Bowen, Chawla & Marlatt, 2012).

Huppertz (2013, S. 20ff) unterscheidet drei Formen von Achtsamkeitsdimensionen:

- Fokussierte – weite Achtsamkeit
- Äußere – relationale – innere Achtsamkeit
- Beobachtende – begleitende Achtsamkeit

Diese Form der Beschreibung und Differenzierung für Achtsamkeit, die Huppertz in die Fachdiskussion eingeführt hat, halte ich für einen wesentlichen Unterschied zu den Mindfulness-Konzepten. Huppertz kritisiert bei Letzteren die einseitige Fokussierung innerer Achtsamkeit (Huppertz, 2015, S. 221ff). Für ihn ist die Achtsamkeit auf Äußeres bei bestimmten Störungssyndromen wesentlich unterstützender bzw. kann innere Achtsamkeit bei bestimmten Symptomen oder Persönlichkeitsstrukturen problem erzeugend oder -verstärkend wirken. In meinen Fallvignetten (Kapitel 7.4.) beschreibe ich eigene psychotherapeutische Praxiserfahrungen dazu.

Fokussierte Aufmerksamkeit bezieht sich auf ein bestimmtes Objekt (Dinge, Gedanken, Empfindungen usw.), weite Achtsamkeit tendenziell auf alles, was zu einer gegenwärtigen Situation gehört.

Äußere Achtsamkeit bezieht sich auf die Umwelt, innere Achtsamkeit auf mentale Ereignisse oder Körperempfindungen, relationale Achtsamkeit auf die Interaktionen zwischen uns und der Um- und Mitwelt.

Für Huppertz ist die relationale Achtsamkeit ein weiterer wesentlicher Unterschied zu den Mindfulness-Konzepten östlicher Tradition. In seinen Veröffentlichungen *Achtsamkeitsübungen* (2015) und ganz besonders in *Achtsamkeit und Natur* (Huppertz & Schatanek, 2015) findet sich kaum eine Übung, die nicht die relationale Achtsamkeit einbezieht.

Im MBRP-Programm (achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit) findet die relationale Achtsamkeit in Form der Metta- bzw. Loving-kindness-Meditation statt. Dies geschieht mithilfe des Denkens. Relationale Achtsamkeit mit allen Sinnen, wie sie Huppertz in seinen Achtsamkeitsübungen beschreibt, kommt in dem oben beschriebenen Programm eher wenig vor.

Beobachtende Achtsamkeit versucht möglichst viel Distanz zu der eigenen Erfahrungen herzustellen, begleitende Achtsamkeit bleibt dicht an der Erfahrung und

beteiligt. Diese Formen treten in Kombination auf. Fokussieren kann ich auf Äußeres, Inneres, Relationales (z. B. einen Vogel beobachten und gleichzeitig die Empfindungen, die dieses Beobachten bei mir verursachen). Ebenso kann die weite Achtsamkeit nach außen oder nach innen, oder in der Interaktion der beiden sein. Hier, so auch Huppertz, passe der Begriff „Gewahrsein“. Ich nehme alles wahr, was sich mir zeigt – Innen und Außen, ohne festhalten oder bewerten (2015).

Interessant finde ich die Ausführungen von Huppertz in Bezug auf „Akzeptanz“. Für Huppertz ist dieser Begriff im Kontext der Achtsamkeit problematisch – ebenso wie „Annehmen“. Implizieren doch diese Begriffe ein „Ja-Sagen“ oder „Einverstanden“ sein, was auch ein Festhalten beinhaltet. Eindeutiger sei es anstatt dessen von „Geschehen lassen“ zu sprechen (2013, S.21)

Inspiziert hat mich seine Betonung auf die Absichtslosigkeit und das Üben als Experiment mit offenem Ausgang. Es geht nicht um Entspannung, Selbstfürsorge, Selbsterkenntnis – wenn es dabei ist, ist dies in Ordnung – aber nicht beabsichtigt. Achtsamkeit ist weiter gefasst – vielleicht mehr im Sinne von einer neuen Art der Selbstwirksamkeit. Die Abgrenzung zu den vorhin genannten Formen von Übungen, wie auch die Differenzierung zu Imaginationen oder Phantasiereisen, ist nicht immer einfach bzw. bin ich auch als Therapeut verführbar, suggestiv zu werden.

Es gibt in den standardisierten Übungen der MBSR-Programme Übungen, die meines Erachtens die Grenzen zwischen Achtsamkeit und Imagination verschwinden lassen. Beispielsweise ist im Programm des MBRP (Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit) eine Imaginationsübung integriert, die Bergmeditation genannt wird. Ziel von Achtsamkeitsübungen – so Huppertz (2015, S.221-230) – ist Bewusstseinsklarheit und Bewusstseinsverengung, nicht Bewusstseinsverengung und Trance. Erkenntnisse existentieller oder spiritueller Art können sich einstellen, vor allem wenn die Übungen länger und häufiger durchgeführt werden. Eine erfolgreiche Übungspraxis wird unvermeid-

lich das Lebensgefühl verändern, denn sie besteht darin, die Dinge, Menschen und sich selbst auf andere Weise zu erleben und zu fühlen. Nur wenn das geschieht, ist sie zu einem praktischen Wissen geworden, einer gelebten Erkenntnis, einem Teil der Persönlichkeit. Sie verändert schrittweise die Art eines Menschen, in der Welt zu sein, und beeinflusst auf diesem Wege sein weiteres Fühlen, Denken und Handeln.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, den Huppertz beschreibt (2013, S.23-24) ist das Einbeziehen von unangenehmen Erfahrungen. Hier ist die Abgrenzung zu Entspannung und Selbstfürsorge am deutlichsten. Unser Leben beinhaltet genügend Unangenehmes. Insofern ist das Einbeziehen von unangenehmen Erfahrungen und – das ist das Wesentliche – der achtsame Umgang damit ein wesentlicher Aspekt der Achtsamkeit. Bezugnehmend auf den Buddhismus, dass es unveränderliches und selbst gemachtes Leid gibt (von Allmen, 2010), nützt der achtsame Umgang mit unangenehmen Erfahrungen der Reduktion vermeidbaren Leides.

Bei all der Notwendigkeit der Übungen betont Huppertz (2013, S.172-177), dass es letztlich um eine implizite Achtsamkeit im Alltag, um ein „informelles Üben“ bzw. „eine Form gelebter Achtsamkeit“ geht. Aus meiner Sicht ist Achtsamkeit letztlich eine Geistes- und Herzensschulung, die zuerst die Achtsamkeit für sich selbst und in der Folge für die Mitmenschen fördert, und zu einer spirituellen Praxis werden kann.

In der Vipassana-Meditation wird Achtsamkeit oder Gewahrsein auf nachstehende Fokuse unterschieden: Gewahrsein in Bezug auf den Atem, den Körper, auf das Hören, das Sehen, auf die Gefühle, die Emotionen, die Geisteszustände, auf die Gedanken, Vorstellungen und inneren Bilder. Dies würde Huppertz wohl fokussierte Achtsamkeit nennen. Im Gegenzug spricht von Allmen vom offenen Gewahrsein (von Allmen, 2010, S. 54ff) bei Huppertz entspricht dies wohl der weiten Achtsamkeit.

4. Achtsame Haltung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin

Eigentlich erübrigt sich dieses Kapitel. Kann man doch von einer achtsamen Haltung des Therapeuten ausgehen bzw. gilt dies als Basiskompetenz für Psychotherapeuten. Dennoch möchte ich diesen Aspekt in Verbindung mit systemtherapeutischen Zugängen kurz erläutern. Überträgt man die im Kapitel 3 beschriebene Haltung der Achtsamkeit, dann kann dies bedeuten, Psychotherapeut/innen sollen bewusst, absichtslos, gegenwärtig, offen und experimentell und akzeptierend (geschehen lassend) im Kontakt mit ihren Patient/innen sein.

Bewusst meint hier, dass ich mit den Einschränkungen meiner WahrnehmungsfILTER (Selektionsprozess meines psychischen Systems im Sinne der Komplexitätsreduktion) gegenwärtig mein Gegenüber mit meinen Sinnen beobachte.

Dies absichtslos zu tun entspricht der systemtherapeutischen Neugier eines „anthropologischen Feldforschers“. Bemerke ich als Psychotherapeut Bewertungen, kann ich diese akzeptierend wahrnehmen, mich aber nicht mit diesen identifizieren.

Ich bleibe offen und experimentell im Umgang mit dem Prozess, der sich zeigt, indem ich meine Interventionen als Angebote und Einladungen an den Patienten sehe, und diese laufend an die aktuellen Möglichkeiten des Patienten anpasse. Diesen Prozess beschreibt Ernst von Glaserfeld mit Viabilität (1997, S. 43).

Alle kommunikativen Beiträge, die verbalen und nonverbalen, und die damit verbundenen Selbst- und Fremdbewertungen nehme ich als Therapeut akzeptierend, im Sinne von geschehen lassend, wahr, und biete erst in einem zweiten Schritt mittels meiner Interventionen – zum Beispiel einer Umdeutung (Reframing) – eine andere Perspektive oder Erfahrungsmöglichkeit an. Aber dies geschieht im Sinne eines Angebotes. Dies kann auch ein konfrontatives therapeutisches Vorgehen beinhalten, welches auf den ersten Blick nicht achtsam anmutet.

Ich möchte dies kurz erläutern. Systemische Therapie folgt wie jede Psychotherapie der Maxime, Respekt gegenüber Menschen zu gewährleisten. Gleichzeitig stellt sie auf eine freundliche und wertschätzende Weise Überzeugungen infrage, die von den Patient/innen als belastend und behindernd erlebt werden, und zeigt sich diesen Überzeugungen gegenüber respektlos. Beispielsweise haben manche Menschen mit Abhängigkeitsstörungen Überzeugungen wie „Ist man einmal alkoholkrank, dann bleibt man es immer“. Diese Festschreibungen können leidhaftes Erleben verfestigen, oder auch dazu beitragen, neue Symptome (z. B. Depression) zu generieren. Die Respektlosigkeit des Therapeuten bezieht sich dann auf die o. a. Überzeugung – niemals auf die Person. Die Haltung des Therapeuten ist aber keine Einbahnstraße, im Sinne von „ich bin der Beobachter, mein Klient ist der Beobachtete“.

Die Achtsamkeit des Therapeuten beinhaltet auch die Beobachtung des Interaktionsprozesses *Patient-Therapeut* mit all den Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen. Letzteres beinhaltet die Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Erleben.

Eine achtsame Haltung des Therapeuten beinhaltet also drei Ebenen, die Beobachtung

- des Systems des Patienten, dies impliziert auch die interpersonale Systemebene (Familie, Vorgesetzte etc.)
- des Patienten-Therapeutensystems und
- des eigenen Systems.

Aus systemtheoretischer Sicht haben wir es hier mit dem Prinzip der Kybernetik 2. Ordnung zu tun, nämlich mit dem Aspekt des „Beobachtens des Beobachters“ (von Förster, 1999).

5. Beschreibung der Abhängigkeitserkrankungen

Nach dem internationalen Diagnosesystem ICD 10 (2013) werden unter der Gruppe F1 die substanzgebundenen Abhängigkeitsstörungen als Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen beschrieben.

Nicht stoffgebundene Süchte wie das pathologische Spielen oder der Kaufzwang werden im ICD 10 unter F63 bzw. F42 definiert.

Ebenso gehören die Essstörungen zu den Suchterkrankungen und sind in der ICD 10 unter F50 beschrieben. Der von der WHO ursprünglich verwendete Begriff „Sucht“ hat sich umgangssprachlich aber auch in Fachkreisen trotz der o. a. aktuellen wissenschaftlichen Terminologie gehalten bzw. etabliert und wurde in der aktuellen Ausgabe DSM V ⁴ wieder eingeführt.

In den Einrichtungskontexten meiner psychotherapeutischen Erfahrung gilt die Anwendung des Diagnosesystems ICD. Deshalb führe ich das DSM nicht weiter aus.

Traditionelle Suchtbehandlungskonzepte beinhalten ein Abstinenzparadigma. Die Logik der Behandlung zielt auf die Symptomfreiheit – das somatisch, psychisch und sozial schädigende Verhalten (Substanzkonsum, Erbrechen, Kaufen, Spielen etc.) – ab.

Vor 1957 galt süchtiges Verhalten als eine moralische Verfehlung. Erst ab diesem Zeitpunkt legte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) süchtiges Verhalten als Krankheit fest.

In der Gesellschaft – aber auch in Helfersystemen – ist das Bild der moralischen Verfehlungen nach wie vor präsent. Dies zeigt sich im manchmal die Person abwertenden Umgang mit dem Rückfall. Diese Problematik werde ich aus systemischer Sicht im Kapitel 6 näher erläutern. Intrapsychisch entspricht abhängiges Verhalten einem inneren Zwang, etwas zu konsumieren oder sich auf bestimmter Art und Weise zu verhalten (beispielsweise Kaufen, Glückspiel betreiben). Die

⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, herausgegeben von der der American Psychiatric Association,

Diagnosekriterien für beispielsweise schädlichem Konsum von Alkohol nach dem ICD 10 lauten:

ICD-10-Kriterien für Abhängigkeit: (mind. 3 Kriterien müssen erfüllt sein)

Litt der Patient während der letzten 12 Monate wiederholt unter

- **Craving** (starkem Verlangen oder einer Art Zwang, Alkohol zu trinken)
- **Kontrollverlust** des Alkoholkonsums bezüglich Beginn oder Menge
- **körperlichem Entzugssyndrom** bei Reduzierung der Alkoholmenge
- **Toleranzentwicklung** gegenüber der Alkoholwirkung
- **Einengung auf das Alkoholtrinken** und dadurch Vernachlässigung anderer Interessen
- **Anhaltender Alkoholkonsum** trotz eindeutiger schädlicher Folgen (gesundheitlich, psychisch oder sozial)

Die Bandbreite abhängigen Verhaltens erstreckt sich vom schädlichen Konsum/Verhalten über schweren Missbrauch bis zur schwersten, langjährigen, chronischen Abhängigkeit. Die Grenzen sind fließend, die Auswirkungen oft sehr unterschiedlich. Zum Beispiel gibt es alkoholabhängige Menschen ohne körperliche Folgeerkrankungen. Manche halten ihre sozialen Beziehungen stabil. In vielen Fällen gibt es aber schwerste körperliche Erkrankungen und völligen sozialen Abstieg.

Bei substanzgebundenen Süchten spielt die Illegalität eine enorme Rolle. Beispielsweise hat der Cannabiskonsum in den Niederlanden aufgrund der unterschiedlichen Gesetzeslage in diesem Land eine andere soziale Bedeutung als in Österreich. Es wird deutlich, dass die Herangehensweise in der Suchtbehandlung eine sehr differenzierte sein muss. Dies geschieht einerseits durch das Angebot unterschiedlicher Settings. Das bedeutet beispielsweise, dass es neben stationären psychotherapeutisch orientierten Einrichtungen auch niederschwellige Angebote, wie beispielsweise Drogenanlaufstellen gibt. Nach meiner Erfahrung ist dies in Österreich in einem beachtlichen Ausmaß gegeben.

Andererseits ist eine individuelle Herangehensweise indiziert. Dies ist nach meiner Einschätzung im ambulanten Setting eher gegeben als in stationären Einrichtungen (ich beziehe mich auf die Situation in Vorarlberg, da ich diese recht gut kenne).

Insgesamt findet, was die Gesundheitsversorgung anbelangt, eine störungsspezifische Behandlung statt. Dies ist auch sinnvoll, um das Risiko suchtkranker Menschen in Bezug auf Kriminalität, Prostitution, körperlichen und sozialen Verfall einzubremsen.

Dass aber Suchtsymptome ebenso wie andere gesundheitliche Symptome, wie beispielsweise Herz-Kreislaufkrankungen, Depression oder Burnout, einen Spiegel und wichtige Rückmeldungen für die Gesellschaft beinhalten, wird weitestgehend kollektiv übersehen bzw. nicht darauf eingegangen. Kritz skizziert in seinem Beitrag zur gesellschaftlichen Dimension der Sucht (Kritz, 2015, S. 58f) wie schwer es ist, Individuationsprozesse zu fördern, Mut zu vermitteln, trotz zunehmender Maßlosigkeit und Machtbesessenheit, an dieser allgemeinen Verantwortungslosigkeit nicht teilzuhaben, sondern den persönlichen Lebenssinn im Kontext sozialer Verantwortung auszugestalten. Somit verfestigen sich Menschenbilder, die letztlich vom Fehlverhalten Einzelner ausgehen und die individuelle dahinter liegende sowie die implizite kollektive Dynamik übersehen bzw. nicht adäquat berücksichtigen. Dies ist aber von den Professionellen zu erwarten. Bezogen auf diesen Text sind die Psychotherapeut/innen gemeint.

6. Systemische Psychotherapie von Abhängigkeitsstörungen

Diagnostik wird in der systemischen Therapie nicht als eine nüchterne Beschreibung eines Sachverhaltes angesehen, sondern als eine Beschreibung, die das Beschriebene mit erzeugen und verändern kann (Schweitzer & von Schlippe, 2009). Traditionell haben Systemiker im Kontext der Diagnosen keinen guten Ruf. Sie wären zu beliebig, unklar und würden sich weigern, eine eindeutige Beschreibung vorzunehmen. Systemiker haben auch gute Gründe dafür, das zu tun, da es ein

wichtiger Teil ihres Konzeptes ist, menschliche Entwicklungspotentiale nicht durch Festschreibungen einzugrenzen.

Umgekehrt können psychiatrische Diagnosen neben der Grundlage einer medizinischen Behandlung auch eine psychische Hilfe im Sinne einer Entlastung sein.

Beim Thema Sucht führt es weg von der Schuldfrage hin zu einer Krankheit, die behandlungsbedürftig ist. Ich denke, dass die Diagnostik aus diesem Aspekt heraus dazu beigetragen hat, gesellschaftliche Stigmatisierungen zu verändern. Aus systemischer Sicht mussten dadurch der Nachteil der Pathologisierung und die damit verbundene Einschränkung einer ressourcenorientierten Sichtweise „in Kauf“ genommen werden.

Welter-Enderlin beschreibt zwei Beschreibungsmodelle für Alkoholabhängigkeit, die sie als Spannungsfeld „Realität“ versus „Konstruktion von Realität“ konnotiert. Sie interpretiert dies als symptomhaftes Pseudoproblem im Feld Systemischer Therapie.

Welter-Enderlin führt auszugsweise wie folgt an:

Modell A: Alkoholismus wird als bio-psychosoziale Realität bzw. als Funktion in einem gestörten menschlichen System gesehen.

„Diese Sicht ist an einen naturwissenschaftlichen Reduktionismus angelehnt und erhebt den Anspruch, Alkoholismus-Familien mit typischen Beziehungsmustern und Verläufen zu erkennen und diesen typische Therapieprogramme anzubieten. Das Etikett ‚Alkoholismusfamilie‘ impliziert dabei z.B., dass die Familie einen Alkoholismus ‚hat‘. Die Vorstellung, die hinter einer solchen Typisierung liegt, lautet etwa so: Einer ist abhängig vom Suchtmittel Alkohol, eine oder mehrere ‚brauchen‘ den identifizierten Patienten, um ihre Sucht nach Liebe durch Kontrolle, bzw. ihre versteckte eigene Abhängigkeit, zu leben.“

Modell B: Alkoholismus als Auffassungssache

„Auf der anderen Seite gibt es die radikal konstruktivistische Sichtweise, dass Alkoholismus Auffassungssache sei, also durch unsere Versprachli-

chung dazu gemacht werde. Das Missverständnis lautet dann, dass Alkoholismus nicht ‚an sich‘ existiere, sondern durch Versprachlichung erzeugt werde. Damit wird eine körperferne und geschichtslose Welt gezeichnet, in welcher das geistige Geschehen, die Erfindung von Wirklichkeiten durch Selbstreferenz und Selbstorganisation, im Zentrum steht. Zu diesem Modell gehört die romantische Vorstellung des Menschen, sich als totales Subjekt zu sehen, das sich über die biologischen und psychosozialen Bedingungen hinwegsetzt. Eine individualisierende, das Soziale und Biologische weitgehend ignorierende Reflexionsphilosophie steht im Gegensatz zur beim Modell A skizzierten Typisierung von biologischen Bedingungen und von Interaktionsprozessen, welche dort die sog. unheilbare Krankheit Alkoholismus unterstützen.“

(Welter-Enderlin, 2015, S. 31ff).

Die Autorin hält fest, dass kein Mensch das eine oder andere Modell in reiner Form anwenden würde. Ihr ginge es darum, die verschiedenen Strömungen der Literatur im Kontext Systemischer Suchttherapie zu beschreiben.

Gemeinsam sei beiden Tendenzen im Feld Systemischer Therapie die Vorstellung, dass Alkoholismus ein Versuch sei, eine Situation zu korrigieren, die im nüchternen Zustand unerträglich ist.

In diesem Kapitel bezieht Welter-Enderlin sich auch auf Bateson, der in seinem Essay zur Theorie des Alkoholismus darüber geschrieben hat,

„dass Alkoholiker eigentlich durch ihre Symptomatik gesünder seien als die Menschen um sie herum, indem sie unerträgliche Situationen und vor allem ihre unterfüllten Sehnsüchte schärfer wahrnehmen als andere und ihrer eigenen Überempfindlichkeit ausweichen in die Sucht.“ (Bateson, 1972)

Rudolf Klein beschreibt in *Berauschte Sehnsucht* (2005, S. 134ff) Alkoholabhängigkeit als sich selbstorganisierende (autopoietische) Prozesse des biologischen, psychischen und sozialen Systems betroffener Menschen.

Für die therapeutische Herangehensweise sei diese Beschreibung mit den früher und derzeit erlebten Ereignissen und deren Bedeutungsgebungen zu verknüpfen.

Schmidt, aber auch mehrere Autoren in *Systemische Suchttherapie* (Molter & Osterhold, 2015) heben hervor, dass, wenn es ein Metaziel in der Systemischen Suchttherapie gibt, dann könnte dieses Erlangen von „Autonomie“ heißen. Sucht (oder Abhängigkeit) ist der gegenteilige Pol von Autonomie (oder Unabhängigkeit). Gleichzeitig zeigen sich im süchtigen Verhalten Aspekte von Bindungswünschen.

Somit geht es in der Therapie um beide Pole im Sinne von Klein (2005, S. 134ff) von einem „Entweder-oder“ zu einem „Sowohl-als-auch“ zu gelangen, also die Autonomie- und Bindungsbedürfnisse gleichermaßen zu integrieren.

Bei der klassischen Suchtbehandlung geht es um Abstinenz (Problembeseitigung). Systemische Therapie dagegen hat folgende Prämissen: (Wieder-)Befähigung zur Freiheit im Sinn von Verantwortungsübernahme, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit. Dies klingt natürlich sehr hoch gegriffen, wenn man Alkohol oder Drogenabhängige in ihren schlimmsten Leidsituationen begegnet. Aber es geht um die Richtung, um das Generieren von Lösungsmustern, die an den Ressourcen der Klienten anknüpfen, und um das Entwickeln von zusätzlichen Denk-, Fühl- und Handlungsoptionen. Es geht um das „Entdecken und Infrage stellen“ von suchterzeugenden Mustern in den relevanten Beziehungen (Familie, Partner u. A.) von Menschen mit Suchtproblemen.

Dazu ein kleines Beispiel aus meiner Arbeit an der Beratungsstelle.

Eine Frau kommt zu mir in die Therapie, weil ihr Lebensgefährte trinkt, und sie herausfinden möchte, was „ihr Beitrag“ ist. Wir können herausarbeiten, dass sie sich ein intensiveres Sexualeben mit ihm wünscht, ihn aber damit bewusst und unbewusst unter Druck setzt. Nur wenn er getrunken hätte, sei er für sie nicht attraktiv. Für die Klientin ergibt sich dadurch eine hilfreiche Beschreibung, der Mann trinke (nicht nur darum), um den Wünschen seiner Partnerin nicht entsprechen zu müssen und möglicherweise auch um dem Versagen zu entgehen. So er-

hält das süchtige Verhalten ihres Partners für sie eine neue Plausibilität und einen neuen Sinn.

Der o. g. Frau habe ich dann Paartherapie empfohlen, natürlich nicht bei mir, da ich ja mit der Frau einzeln gearbeitet hatte, und dies meine notwendige Neutralität in der Paartherapie einschränken würde. Die Klientin war vorerst sehr erleichtert. Diese neue Beschreibung des Beziehungsmusters im Kontext Alkohol eröffnete ihr neue Perspektiven.

Die Gefahr bleibt auch für Systemische Therapeuten, hier gewissermaßen kausal zu denken und das beschriebene Beziehungsmuster für die Sucht „verantwortlich“ und damit ursächlich zu machen. Dabei blieben andere Kontexte so wie z. B. die individuellen Selbstorganisationsprozesse der Frau und des Mannes unberücksichtigt.

6.1 Narrative Konstrukte

Ein wesentliches Merkmal systemischer Therapie zeigt sich für mich durch die flexible Haltung gegenüber Phänomenen und damit auch gegenüber Leidenszuständen. Dies ermöglicht einen flexibleren Umgang mit Diagnosen, Pathologiekonzepten und Festschreibungen. Dies wiederum eröffnet mehr Spielräume für die Heilbehandlung. Beispielsweise gibt es aus systemischer Sicht – im Unterschied zu traditionellen Suchtbehandlungskonzepten – keine Festschreibung von Alkoholismus im Sinne von unheilbarer Krankheit.

Auf der Grundlage des Konstruktivismus gesehen ist eine Alkoholkrankheit eine Konstruktion, die in einem System (Familie, Behandlungssystem, Gesellschaft) eine Beschreibung darstellt, die nicht mit objektiver Wahrheit verbunden werden kann.

Ich habe schon mit vielen Menschen gearbeitet, die nach den herkömmlichen Diagnosekriterien alkoholkrank sind, aus meiner Erfahrung aber nur in bestimmten Kontexten süchtig trinken. Sehr wohl aber gibt es Kontexte, in denen besagte

Menschen in der Lage sind, unproblematisch oder auch mit Genuss zu konsumieren.

Ich möchte das Thema Konstruktivismus in Verbindung mit Spiritualität beziehend auf Siegfried Essen darstellen. Essen schließt sich dem radikalen Konstruktivismus an, und erläutert dies u. a. sehr treffend an einer kleinen Geschichte:

„Ein Mensch kam zu einem Bauwerk, an dem viele Arbeiter beschäftigt waren. Er fragte einen von ihnen, was er da tue, und bekam zur Antwort: ‚Ich behaue Steine‘. Er fragt einen anderen, und der sagte: ‚Ich verdiene hier mein Geld.‘ Der dritte antwortete ihm: ‚Ich ernähre meine Familie.‘ Und der vierte sagte: ‚Ich baue mit an einem Dom zur Ehre Gottes.‘“ (Essen, 2011, S. 26)

Für Essen geht es in diesem Zusammenhang nicht um eine Anregung, Bewusstseinszustände hierarchisch zu bewerten, z. B. von einer individuellen zu einer universellen Perspektive. Für ihn geht es um eine Lösung von der Lösung, d. h. um das Erlangen der Fähigkeit, Identifikationen aufgeben zu können, sie als Perspektiven zu erkennen, um frei zu sein, sie wechseln zu können. Es muss also bei den verschiedenen Antworten kein Ebenenwechsel vom personalen zum transpersonalen Bereich vorliegen, so Essen. Jeder Arbeiter in der Parabel kann sich mit jeder dieser Vorstellung ganz identifizieren und damit andere Möglichkeiten ausschließen oder abwerten (zur Ehre und Bestätigung des Egos und nicht Gottes). Er kann auch erkennen, dass alle diese Vorstellungen von ihm selbst gemachte Bilder sind und von ihm konstruiert sind, um selbst frei und leer von allen Bildern, Gedanken und Gefühlen zu sein. Dies entspricht für Essen dem Zeugenbewusstsein in der Zen-Mediation (Essen, 2011, S. 26f).

6.2 Selbstorganisation lebender Systeme

Systemische Therapie geht von den Wechselwirkungen der in sich geschlossenen Systeme Körper, Psyche und dem sozialen System aus (Luhmann, 1991). Der Körper organisiert sich durch die stattfindenden chemisch-physikalischen Prozesse

se. Dies führt zum Aufbau biologischer Strukturen, die dazu dienen, das biologische Leben und Überleben zu sichern.

Das psychische System verwirklicht sich durch kognitiv-emotionale Prozesse und entwickelt kognitiv-emotionale Erlebens- und Sinnstrukturen, die Orientierung geben und dadurch auch die eigenen Möglichkeiten begrenzen können.

Das soziale System entsteht durch kommunikative Prozesse, die bestimmte Kommunikationsabläufe wahrscheinlicher machen als andere und so den Aufbau kommunikativer Muster ermöglichen.

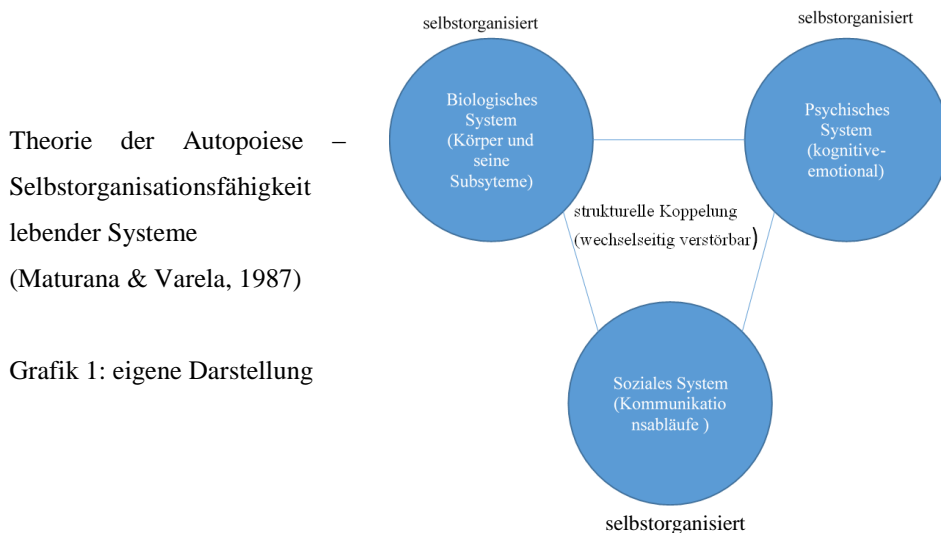
Jedes dieser drei Systeme organisiert sich der jeweiligen inneren Struktur entsprechend und autonom. Dennoch kann kein System ohne die jeweils anderen existieren. Die psychischen Prozesse sind ohne biologische Grundlagen und kommunikative Abläufe genauso wenig denkbar wie kommunikative Prozesse ohne psychische Abläufe und biologische Grundlagen. Die Systeme stellen Umwelten füreinander dar (Klein & Kannicht, 2007, S. 9f). An dieser Stelle möchte ich eine Brücke zwischen Systemtheorie und Spiritualität herstellen. Essen meint unter Bezug auf Varela (1994, S. 106), es gehe darum, das Gewohnheitsmuster unseres Gefühls einer unabhängigen Realität der Welt zu durchbrechen und zu erkennen, dass wir immer und überall Teil der Welt sind.

Weiters auf die Vertreter des radikalen Konstruktivismus beziehend (von Foerster & von Glaserfeld, 1999, S. 225) sei das Relativitätsprinzip die Grundlage der Ethik der Anteilnahme. Wir sind immer beteiligt, niemals und niemandem gegenüber objektiv (Essen, 2011, S. 30f). Systeme sind zwar wechselseitig beeinfluss- und irritierbar. Aber die vorhandenen internen Systemstrukturen bestimmen, welche Auswirkungen Irritationen haben und welche nicht.

Maturana und Varela haben dazu den Begriff der „strukturellen Koppelung“ eingeführt. Diese gesamte theoretische Grundkonstruktion wird von ihnen die Theo-

rie der „Autopoiese“ genannt (Maturana, 1985; Maturana & Varela, 1987). Überträgt man dieses Konzept auf die Beziehung Therapeut-Patient/in, dann kann der Therapeut durch Intervention das psychische oder soziale System des Patienten lediglich verstören. Im besten Fall organisiert sich die Psyche oder das soziale System (z. B. die Paarbeziehung) des Patienten selbstorganisiert in die vom Patienten gewünschte Richtung (Verbesserung oder Leidminderung).

Betrachten wir das soziale System etwas praktischer. Im sozialen System sind es die Kommunikationsmuster, die durch die Beiträge aller an der Kommunikation beteiligten Teilnehmer (z. B. suchtkrankes Familienglied, Partner, Arzt), gesteuert durch deren individuelle, intrapsychische Prozesse, mehr oder weniger Beiträge leisten, das Suchtverhalten des Betroffenen aufrechtzuerhalten oder zu verändern. Da Systeme verstörbar sind, bietet sich die Chance auf Veränderung. Systemtherapeutische Suchtbehandlung beinhaltet immer auch die Verstörung des psychischen und sozialen Systems. In der nachstehenden Grafik habe ich diese Aspekte bezugnehmend auf die Theorie der Autopoiese dargestellt.



6.3 Beobachter und Beobachtungen, Probleme und Restriktionen,

Systemische Therapie ist kontextbezogen. Ein Mensch ist aus systemischer Sicht nicht süchtig, sondern zeigt in bestimmten Kontexten ein süchtiges Verhalten. Dies impliziert die Möglichkeit sich anders zu verhalten, anders zu erleben, an-

ders zu fühlen. Wobei einem süchtigen Verhalten wie auch bei anderen klinischen oder Lebensproblemen Bewertungen und Erklärungen vorausgehen, die das psychische oder soziale System betreffen. Diesen Bewertungen gehen Beobachtungen voraus. Beobachter konzentrieren sich auf die von ihnen unterschiedenen Ereignisse oder Zustände. Gleichzeitig verblassen demgegenüber die nichtbeobachteten Zustände oder Ereignisse. Es entstehen sogenannte „markierte“ und „unmarkierte“ Beobachtungsbereiche (Simon, 1988). Klein und Kannicht (2007, S. 12) führen fort, dass, wenn diese Beobachtungen wiederholt werden, ein Wiedererkennungseffekt der spezifische Beobachtungsstrukturen einspart und andere, potentiell ebenfalls mögliche Beobachtungsstrukturen ausschließt. Beobachter sind somit nicht etwa Zuständen und Ereignissen passiv ausgesetzt, sondern sie stellen sie aufgrund eigener Unterscheidungskriterien aktiv her.

Im Hier und Jetzt denke ich, fühle ich, spüre ich, erlebe ich, höre ich, sehe ich ..., und im nächsten Moment kann es ganz anders sein. Ich kann einen Schmerz spüren, und ich kann gleichzeitig oder wechselnd nicht schmerzende oder sich angenehm anfühlende Körperregionen wahrnehmen, die Aufmerksamkeit auf das, was ich sehe, höre richten, und auf das, was sonst noch geschieht. Es wird deutlich, wie diese systemtheoretische Überlegung mit der Achtsamkeit korreliert.

Systemische Therapie unterscheidet Probleme von Restriktionen. Letztere sind nichtauflösbare bzw. nichtveränderbare Bedingungen des Lebens. Eine Lösung kann somit nicht in der Veränderung der Restriktion liegen, sondern in einem alternativen Umgang mit den Bedingungen, die durch die Restriktionen diktiert werden (Ludewig, 2002; 2005). Dies entspricht dem Prinzip der Achtsamkeit.

In der buddhistischen Meditationspraxis (Zen und Vipassana) werden durch das absichtslose, akzeptierende Wahrnehmen leidvolle Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster erkannt sowie eine hilfreichere Haltung zu den unveränderbaren Restriktionen des Lebens eingeübt (von Allmen, 2010).

6.4 Mehrgenerationenperspektive

Schicksalhafter, Leidvoller, aber auch Ressourcen können über Generationen weitergegeben werden. Söhne und Töchter, Enkel übernehmen nicht nur Familientraditionen, sondern auch Traumata, Sehnsüchte, Ängste ihrer Vorfahren, manchmal ohne es zu wissen. Dies beeinflusst das Leben der Nachkommen auf ungünstige wie auch auf heilsame Art und Weise. Schicksalhafter wird aber auch über große Kollektive weitergegeben. Das Beispiel des Holocaust und seiner Folgen für die Generationen, ebenso wie das kollektive Verdrängen des Nationalsozialismus lehren uns, die existentielle Dimension mehrgenerationaler Prozesse zu verstehen. Ausführlich dazu beispielsweise Stachowske mit seinem Beitrag „Die mehrgenerationale Perspektive in der Therapie von Drogenabhängigen“ (Stachowske, 2015). In der Suchttherapie hilft die Mehrgenerationenperspektive generationsübergreifende, unheilvolle Loyalitätsmuster oder andere Formen destruktiver Bindungen (z. B. unbewusste Übernahme von Ängsten, Schuld etc.) zu dekonstruieren und sinnstiftend neu zu erzählen, aber auch generationsübergreifende Ressourcen nutzbar zu machen.

Keine andere Interventionsform wie Systemaufstellungen (auch Familienstellen) hat diese mehrgenerationale Perspektive in diesem Ausmaß berücksichtigt. Diese nun schon über 30 Jahre genutzte Interventionsform, die sich aus dem Psychodrama (Moreno) und der Familienskulpturarbeit von Virginia Satir entwickelt hat, verbindet Systemische Therapie (es gibt dazu kontrovers geführten Fachdiskussionen⁶) mit Achtsamkeit und letztlich spirituellen Aspekten.

Ich möchte dies genauer erläutern. Bei Aufstellungen in seminarartigen Gruppen werden innere Beziehungsbilder eines hilfesuchenden Menschen mithilfe von den anderen Gruppenteilnehmer/innen externalisiert. Deren leiderzeugende Beziehungsmuster werden dadurch sichtbar und erlebbar. In der Folge wird mit verschiedenen Interventionen – wie Umstellungen, Lösungssätze und Ritualen – ein

⁶ beispielsweise: Potsdamer Erklärung der Systemischen Gesellschaft zur Aufstellungsarbeit (2007).

Lösungsbild entwickelt. Auch dieses kann dann auf den unterschiedlichsten Sinneskanälen erlebt und erfahren werden. Dies geschieht durch die Präsenz der „Repräsentanten/Stellvertreter“, die aufgefordert werden, das aufgestellte Beziehungssystem nur mit ihren Sinnen (Körper, Gefühle, Sehen, Hören, auftretende Gedanken) wahrzunehmen und als Information für das therapeutische Geschehen zur Verfügung zu stellen.

Im Institut Apsys beschreiben Baxa und Christine Essen die Aufstellungsarbeit wie folgt:

„In der Aufstellungsarbeit betrachten wir unser Eingebundensein und unsere gegenseitige Bezogenheit innerhalb von Systemen (Familien, Berufsgruppen, Organisationen...), aber auch unsere innere Beziehungsgestaltung um ein Symptom, eine Krankheit, ein Problem usw. ‚Im Raum gestellt‘ zeigt sich das Beziehungsgefüge in seinen wesentlichen Aussagen. Es weist in seiner unmittelbar sichtbaren, hörbaren und spürbaren Prägnanz auf mögliche Lösungs- und Veränderungsschritte hin.

Wir erkennen so vielleicht den für uns guten Platz im System, den Ort, der Frieden möglich macht, uns in unserer Kraft und Kompetenz belässt und uns neue Sichtweisen erschließt.

Wir erfahren, was beiträgt zu Heilung, was löst, was uns für eine erfüllte Partnerschaft, Liebe und Versöhnung öffnen kann...“⁸

Durch das Berücksichtigen mehrere Generationen in der Aufstellungsarbeit kann durch das Repräsentieren von bereits verstorbenen Bezugspersonen ein transzendenter Raum entstehen. Dies geschieht bei Systemaufstellungen durch die verkörperte, sinnliche Begegnung mit Menschen, die vor uns gelebt haben, aber auch durch das Repräsentieren spiritueller Aspekte wie beispielsweise die Ahnen als Kollektiv, das Selbst im Sinne der Verbundenheit, die Liebe oder das „Eins sein“. Dadurch berühren Systemaufstellungen eine spirituelle Dimension.

⁸ Beschreibung der Aufstellungsarbeit auf der Webseite von Apsys (www.apsys.org)

6.5 Zieloffenheit

Ein wesentlicher Aspekt systemischer Suchttherapie ist die Zieloffenheit. Traditionelle Suchtbehandlung geht von der Abstinenz als Ziel aus, welches vom Behandlungssystem bestimmt wird. Experten wissen, was Menschen benötigen! Natürlich ist der Grundgedanke ein sinnvoller. Menschen schaden sich auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene durch Missbrauch von Substanzen, durch abhängiges Verhalten, vor allem, wenn es um schweren Missbrauch geht. Wenn das Ziel aber vorgegeben ist und die Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen ambivalent ist (und dies ist bei Sucht oft vorzufinden), wird es schwierig, die für eine erfolgreiche Behandlung notwendige Kooperationsbereitschaft des Betroffenen zu gewinnen. Eine Seite der Persönlichkeit des zu Behandelnden sieht die Notwendigkeit der Abstinenz ein.

Eine andere Seite benötigt den Substanzkonsum, um individuelle Bedürfnisse zu stillen (z. B. Loyalitäten, Wunsch nach Autonomie, Nichtaushalten müssen von schweren Emotionen wie Angst, Einsamkeit, Überforderung etc.). Systemische Therapie setzt hier an, und berücksichtigt im Sinne der Allparteilichkeit alle Persönlichkeitsanteile einer Person. Abstinenz kann aber durchaus ein Ziel des Betroffenen sein. Dann gilt es dieses ernst zu nehmen. Manchmal ist es ein kontrollierter Konsum, oder es geht um die Erfüllung noch nicht gestillter Bedürfnisse (wie z. B. Autonomie).

6.6 Rückfall oder „Ehrenrunde“

Ein wichtiger Aspekt in der Suchtbehandlung ist der Rückfall. In traditionellen Konzepten wird dieser als Versagen, bestenfalls als Rückschritt im Sinne – es ist wieder wie früher – gesehen. Niemand käme auf die Idee, von einem körperlich oder psychosomatisch erkrankten Menschen zu verlangen, er solle seine Symptome hier und heute aufgeben. Das ist so, als ob die Heilung vor der Behandlung erfolgen sollte. In stationären Suchtkliniken ist der Rückfall meistens ein Ausschließungsgrund bzw. die Symptomfreiheit die Voraussetzung für die Aufnahme in die Klinik. Für manche Patienten kann dies zu einer Reinszenierung von früh erlebten Ausschlusserfahrungen führen, weil Erwartungen von anderen – früher

die Familie, jetzt die Behandler – nicht erfüllt werden. Ebenso stellt sich die Frage – wenn man davon ausgeht, dass das Suchtverhalten ein Symptom ist, wieso ein Patient z. B. mit Ausschluss bestraft wird, wenn er ein Symptom zeigt. Das wäre dann so, wie wenn jemand nach einer Depressions-Behandlung wieder depressiv wird, und dann vom Behandlungssystem ausgeschlossen werden würde. Systemisch orientierte Therapie würdigt – und hier sind wir wieder bei der Haltung der Achtsamkeit – Rückfälle als Vorfälle oder „Ehrenrunden“, bei denen noch wichtige Informationen (z. B. noch nicht beachtete Bedürfnisse) erfasst und für die weitere Behandlung genutzt werden können (Schmidt, 2004, S. 385).

6.7 Suchtverlangen

Im Sinne der symptomorientierten Behandlung von Abhängigkeitsstörungen ist das Craving (Suchtverlangen) ein wesentliches Moment. Vordergründig betrachtet ist es das Verlangen, eine Substanz zu konsumieren oder ein anderes süchtiges Verhalten zu zeigen (pathologisches Spielen, Kaufen, Pornographie konsumieren), aber auch wie bei manchen Essstörungen das Essen zu verweigern oder dieses immer wieder zu erbrechen. Das Denken, Fühlen und Erleben ist auf diese Handlung ausgerichtet. Es wirkt zwanghaft und unvermeidbar. Bei schweren körperlichen Entzügen ist der Drang so groß, dass schwere somatische und psychische Schmerzen auftreten. Im Extremfall, beispielsweise bei schwerem Alkohola-busus, können im Entzugsstadium lebensbedrohliche Zustände eintreten.

Es gibt aber eine sehr große Bandbreite, angefangen von einem subtilen Verlangen, das sich anfangs nur im Denken abspielt, bis zu stärkeren, psychischen und/oder somatischen Phänomenen, bis hin zu den schon erwähnten lebensbedrohlichen Zuständen.

Das Verlangen, der Suchtdruck, der Zwang zu konsumieren sind also sehr individuell und je nach Krankheitsverlauf völlig unterschiedlich zu bewerten.

Craving geht mit einer Fixierung auf zukünftiges Erleben und einer Ablehnung des Hier-und-jetzt-Erlebens einher. Der Beitrag von Achtsamkeit besteht hingegen darin, sich der aktuell ablaufenden Gedanken und Gefühle bewusst zu werden, diese und damit auch das Leben von Moment zu Moment zu akzeptieren. Es

wird nicht versucht, innere Abläufe wie Craving zu bezwingen. Stattdessen soll die spontane Veränderlichkeit dieser Empfindungen erlebt werden. Hierfür wählt Marlatt die Metapher des „urge surfing“ (Bowen, Chawla & Marlatt, 2011, S. 78).

Dazu ein Beispiel aus meiner einzeltherapeutischen Arbeit:

Ein Mann, ca. 35 Jahre alt, kommt an unserer Beratungsstelle wegen seinem verbalen Aggressionspotential und dem damit verbundenen problematischen Alkoholkonsum zu mir in psychotherapeutische Behandlung, letztlich um seiner Familie zu beweisen, dass er sich um sein Problem kümmert.

Seine größte Angst ist, dass seine Partnerin sich von ihm trennt, und er seinen zweijährigen Sohn dann nicht mehr täglich sehen könnte.

Er erzählt von einer oft stattfindenden Alltagsszene zuhause, bei der seine Partnerin die Kinder aus der früheren Beziehung ins Bett bringt. Das Ins-Bett-Bringen dauere sehr lange und entspricht nicht seinen Vorstellungen von Kindererziehung. Er erlebt zuerst Aggression, dann starke Resignationsgefühle. Diese seien dann ein Trinkauslöser. Ich erarbeite mit ihm nach dem MBRP-Programm (Bowen, Chawla & Marlatt, 2012) die Übung „Welle reiten“. Dabei ermuntere ich ihn, die vorhin beschriebene Situation zu erinnern und auf seine Körperwahrnehmungen, die Gefühle und seine Gedanken zu achten. An den Schläfen nehme er Nadelstiche wahr. Dies sei der Punkt, wo er dann trinken würde. Ich helfe ihm dabei, diese Körperwahrnehmung geschehen lassend zu beobachten und sich zu entscheiden, nicht in die Handlung (Trinken) zu gehen. Da ich im Therapieraum keinen Alkohol anbiete, ist dies natürlich eine „Laborbedingung“. Trotzdem kann der Klient die Erfahrung machen, dass nach wenigen Minuten der Beobachtung die unangenehme Körperwahrnehmung bei gleichzeitiger bzw. wechselnder Atemfokussierung sich stark reduziert.

Nach meiner Erfahrung durch die Rückmeldungen meiner Klient/innen ist das gleichzeitige/wechselnde Fokussieren auf den Atem ein unverzichtbares Element der Übung. Dieses Einüben – da sind sich alle Achtsamkeitstraditionen einig – muss eigenverantwortlich regelmäßig über einen längeren Zeitraum stattfinden.

Dadurch kann es mit der Zeit - dies kann mehrere Wochen oder Monate dauern - zu einer neuen Haltung und damit zu einer hilfreichen Strategie bezogen auf den Kontext einer Symptombehandlung, wie das vorhin beschriebene Konzept, integriert werden. Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie in der beschriebenen Form angewendet ist keine Kurzzeittherapie.

7. Praxiserfahrung in der achtsamkeitsorientierten Psychotherapie von Abhängigkeitserkrankungen

Ich arbeite seit November 2013 in Gruppen- und Einzeltherapie mit dem Konzept achtsamkeitsorientierter Psychotherapie – im Speziellen bei Abhängigkeitsstörungen.

Dies beinhaltet ca. 15 Therapiestunden pro Woche mit ca. 30 Klient/innen, die in ca. 14-tägigen Abständen an die Beratungsstelle kommen. In den letzten zwei Jahren sind dies ca. 1.000 Stunden Einzeltherapie, in der ich achtsamkeitsorientierte Psychotherapie miteinfließen ließ. Dazu kommen sechs Gruppen mit ca. 55 Gruppeneinheiten zu je 1,5 Stunden.

Ich habe zuerst die Erfahrung in den Gruppen gesucht, da dieses Setting sich für explizite Achtsamkeit (Huppertz, 2009; 2015) anbietet. Das Gruppensetting schließt inhaltliche Bearbeitung aktueller Konflikte (Sucht, Beziehungen etc.) aus bzw. bezieht diese im Sinne der Selbstbeobachtung bei den Übungen ein. Beispielsweise werden durch die Art und Weise, wie Übungen gemacht werden, problematische Denkmuster deutlich und können bei der nächsten Übung modifiziert und selbstbeobachtend erfahren werden. Dazu ein Beispiel mit einer Gedankenunterbrechungsübung von Huppertz (2013, S. 47), bei der es darum geht, nacheinander Objekte kurz anzuschauen, danach Geräusche zu hören, und zuletzt Körperempfindungen zu spüren. Immer wieder berichten Teilnehmer/innen über den Stress, da sie geglaubt haben, sie müssten sich merken, was sie sehen und hören. Sie wollen es ja richtig machen! Solche Lebensmuster auf diese Art und Weise bei sich zu entdecken und zu erfahren, diese auch zu würdigen und bei der

nächsten Übung die unterschiedliche Erfahrung, dass dies nicht notwendig ist, zu machen, kann Heilsames anstoßen.

Kabat-Zinn und seine Schüler/innen und Nachfolger/innen Bowen, Chawla, Marlatt, Segal und Linehan entwickelten Programme wie Mindfulness-Stress-Reduction – MBSR (Kabat-Zinn, 1990), die Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT (Segal, 2002) oder auch die Dialektisch-Behaviorale Therapie – DBT (Linehan, 1996). Diese Konzepte sind stark strukturiert und mehr oder weniger verhaltenstherapeutisch orientiert.⁹

Mich haben die Arbeit und die Denkhaltung von Huppertz sehr inspiriert, entsprechen sie doch mehr der systemischen Sichtweise, offen, experimentierfreudig und flexibel zu arbeiten. Aus diesem Grund habe ich die Gruppen sehr offen gehalten, und mich nicht an der engen Struktur der MBSR-Programme orientiert. Es wäre vermutlich leichter gewesen, ein strukturiertes Programm zu nutzen. Psychotherapie muss aus meiner Sicht offen bleiben – offen für das, was sich im Moment zeigt. Das ist achtsam und gleichzeitig systemisch. Letzteres bezieht sich auf die Haltung der Neutralität dem gegenüber, was beobachtet wird. Sei es der Therapeut, der offen ist, Kommunikationsangebote des Klienten neutral im Sinne von geschehen lassend und wertschätzend anzunehmen. Aber auch im Sinne der Gestaltung der konkreten Übung – diese so offen anzuleiten, dass Klient/innen ihre Erfahrungen möglichst vielfältig machen können.

7.1 Fallvignetten

Frau L., 29-jährig, ist Studentin an einer pädagogischen Hochschule. Sie berichtet von einer Situation, die ich mit dem Erleben einer Intrusion (Wiedererinnern und Wiedererleben von psychotraumatischen Ereignissen) bezeichnen würde.

Für eine Prüfungsarbeit erhält die Klientin ein „nicht genügend“ inklusive dem Kommentar der Dozentin, sie habe zu wenig gelernt. Dieser schriftliche Kommen-

⁹ Überblick dazu in: Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik (Anderssen-Reuster, 2011, S. 168ff)

tar habe sofort ihre Erinnerung an ihre Mutter hergestellt. Unter deren Bewertungen hat die Klientin in der Kindheit und Jugendzeit sehr gelitten, und eine Überzeugung des „Nicht-genug-Seins“ sowie eine schwere Alkoholabhängigkeit entwickelt. Es folgten eine längere Gewaltbeziehung zu einem Mann sowie ein stationärer Aufenthalt in einer Suchtklinik. Einen schweren epileptischen Anfall überlebte sie nur knapp. Seit einem Jahr ist sie abstinent, hat ein Studium begonnen und ihr wohltuende Beziehungen aufgebaut. Der Kommentar der Dozentin hätte die Intrusion umgehend ausgelöst. Sofort habe sie dann auch einen enormen Suchtdruck gespürt. Diesem nachzugeben konnte sie mithilfe ihres jetzigen Partners verhindern. Ich lade die Klientin ein, die Gefühle des Nichtgenügens und den damit verbundenen Drang zu trinken geschehen lassend zu beobachten. Zuerst schließt sie von selbst die Augen, und zeigt eine stärker werdende Instabilität. Ich bitte sie die Augen zu öffnen und ihre Wahrnehmung auf das, was sie im Moment sieht, ohne bei einzelnen Objekten zu bleiben, zu richten. Nach einigen Minuten berichtet sie, dass sie es lächerlich finde, welche Bedeutung sie dem Satz „du musst mehr lernen“ gegeben habe. Ihr Körper ist sichtlich entspannt. Das Wechselspiel oder besser die Hinwendung von der inneren Achtsamkeit zu den traumatisch erlebten Gefühlen auf das Äußere waren in diesem Moment für sie sehr hilfreich. In der nächsten Stunde berichtet Frau L. wie sie vor der Wiederholung dieser Prüfung die in der Stunde erlernte Übung anwendete, sie zum ersten Mal vor einer Prüfung lachen konnte, und die Prüfung bestand.

Dies ist ein Beispiel für einen impliziten Achtsamkeitsprozess im Zusammenhang mit einer stattfindenden Intrusion.

Frau M., 45 Jahre alt, Leiterin einer stationären Kinderbetreuungseinrichtung: Ihr Trinkmuster war eher ein ungewöhnliches. Wir in der Suchtbehandlung Tätige erleben oft, dass Alkoholabhängige heimlich trinken und Familienmitglieder die Kontrolle übernehmen, in der Hoffnung, das Problem für den Betroffenen kontrollieren zu können. Frau M. trinkt seit zehn Jahren problematisch (ein- bis zweimal pro Woche eine Flasche Sekt am Abend). In der Therapie haben wir herausgearbeitet, dass der größte Wunsch für sie wäre, wenn ihr Mann oder ihre Söhne ihr

Trinkverhalten sehen, und sich dafür interessieren würden. Anstatt dessen verhält sich die Familie so, als ob nichts wäre. Wie schon erwähnt, dies ist ein aus meiner Erfahrung ungewöhnliches familiäres Suchtmuster. Ich habe Frau M. inspiriert, diese Wünsche ihrem Mann mitzuteilen. Dies war ein Anstoß, den suchstabilisierenden Kommunikationsbeitrag ihres Mannes aufzubrechen. Herr M. interessiert sich nun mehr für seine Frau. Sie hat keinen Anlass mehr zu trinken. Seit zwei Monaten trinke sie keinen Alkohol mehr. Manchmal käme ihr trotzdem die Idee, diesen zu konsumieren. Dies würde sie aber durch einen inneren Dialog verhindern. Eine Stimme sage ihr: „Trink doch.“ Die andere geht in einen Dialog mit dieser ersten Stimme und überzeugt diese, jetzt nicht zu trinken. Wir hatten diesen Dialog zweier unterschiedlicher Persönlichkeitsanteile, die Verletzliche und die Macherin in ihr, schon vorher als Ressourcen erarbeitet bzw. bewusst gemacht. Die Ressource ist, dass es diesen konstruktiven inneren Dialog gibt, den sie im beruflichen Kontext bereits erfolgreich nutzt, und diesen nun auch bei Trinkverlangen anwendet. Dies ist quasi die systemtherapeutische Komponente dieser psychotherapeutischen Behandlung.

Zusammengefasst finden auf der Ebene des psychischen Systems wie im sozialen System der Partnerschaft selbstorganisierte Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster statt, die symptomstabilisierend wirken. Ein erster Schritt ist gelungen, diese zu verstören und bereits in anderen Kontexten erfolgreiche Strategien im Problemkontext zu nutzen. Im zweiten Schritt wollen wir das Konzept Achtsamkeit nutzen, um die Trinkauslöser-Situation neu zu erleben. Dazu erarbeite ich mit Frau M. die Übung „Welle reiten“ aus dem MBRP-Programm. *Ich lade sie dabei ein, sich der letzten Situation, als das Suchtverlangen sich zeigte, zu erinnern. Dabei frage ich nach ihren Denk-, Fühl- und Körperwahrnehmungen. Sie berichtet, dass sie daran denke, ein Glas Sekt zu trinken, und sich im Mund Speichel bilde, sie Lust bekäme zu trinken, und im Bauch ein gutes Gefühl entstehe. Ich ermuntere sie, sich zu erlauben, alle Wahrnehmungen wertschätzend zu beobachten und dabei bewusst (in der Vorstellung) dem Trinkimpuls nicht nachzugeben. Mit der Zeit reduziert sich der Speichelfluss. Dafür entsteht eine Spannung im Arm, bei der sie das Gefühl habe, das Glas zu halten. Diese Spannung wird schwächer. Gleichzei-*

tig ermuntere ich sie immer wieder auf den Atem zu fokussieren. Er stellt, wie schon bei dem vorherigen Beispiel erwähnt, den Anker bei der Übung dar.

Eine interessante Erfahrung erzählt ein völlig überlasteter Firmeninhaber, dem es nicht mehr gelänge, seinen Kopf von den überschäumenden Gedanken frei zu bekommen. Ich zeige ihm die Unterbrechungsübung 3-2-1 (Huppertz, 2013, S. 47). In der nächsten Stunde berichtet der Patient, wie er diese Übung bei seinen drei noch kleineren Kindern beim Einschlafen anwendet. Diese würden völlig ungewohnt noch während der Übung einschlafen. Diese Erfahrung inspiriert ihn sehr, einem achtsamkeitsbasierten Verfahren zuzustimmen.

Ein 48-jähriger Mann verbessert mithilfe der „Bodyscanübung“ (achtsames Körpergewahrsein) (Kabat-Zinn, 2013) eindeutig einen beginnenden Asthmaanfall (Herr L. zeigt seit vielen Jahren Asthmasymptome). Er wird ruhig, schläft fast ein.

Meine Erfahrung ist, dass viele Patient/innen Entspannung suchen, was ja auch gut ist. Achtsamkeit ist – wie schon in diesem Text ausgeführt – jedoch ein völlig anderer Aspekt des Bewusstseins.

Ich arbeite mit Herrn L. aufgrund seines Anliegens mithilfe eines inneren Dialoges mit seinem imaginierten Vater an seiner für ihn immer wieder leiderzeugenden Beziehung zu diesem. Er kommt erstmals in schwerste Trauergefühle. Bisher konnte er diese immer erfolgreich abspalten. Bei der nun beginnenden Inneren-Kind-Arbeit dissoziiert er, um sich zu schützen, was ich ausgiebig würdige. Dann ist Herr L. völlig durcheinander. Er wisse nicht mehr, wo ihm der Kopf stünde, und in der Brust fühle es sich sehr schwer an. Ich lade ihn ein, diese Schwere geschehen lassend zu beobachten, und bin völlig erstaunt, wie er in kürzester Zeit sich wieder leicht und im Kopf klar anfühlt.

Für mich ist dies ein weiteres Beispiel für den Wert einer komplementären Nutzung systemischer und achtsamkeitsbasierter Psychotherapie.

Frau C. erlebt in der Gruppe bei der Bodyscan-Übung, dass sie die Zähne zusammen drückt, und dies offensichtlich schon sehr lange macht, ohne dass es ihr bewusst war. Seitdem hat sie dieses Symptom losgelassen. In der Einzeltherapie wird deutlich, dass der Stress der Auslöser für das Trinken ist. Ich lade sie ein, eine solche Stress-Situation zu vergegenwärtigen. Frau C. nimmt das Stress-Symptom umgehend als Unruhe und in der Gestalt eines unregelmäßigen Herzschlages wahr. Die mehrere Minuten dauernde geschehen lassende Beobachtung – üblicherweise geht Frau C. dann in die Aktivität – wird weniger. Bei mir beobachte ich in diesen Momenten eine stärkere Herztätigkeit und führe dies auf mein Gewahrsein und die damit verbundene Resonanz zurück.

Frau J., 35 Jahre alt, mit Übergewicht und leidenschaftlichem Essverhalten, kommt anfangs auf meinen Vorschlag hin mit ihrem Mann in die Einzeltherapie. Es wird deutlich, dass die kommunikativen Beiträge des Mannes (das Essverhalten der Frau permanent kontrollierend) zu trotzhaltigem Essverhalten von ihr führen. Ich kann ihn als „Co-Therapeuten“ gewinnen. Dadurch ist er bereit, seine Kommunikationsbeiträge zum Essverhalten seiner Frau radikal zu verändern bzw. diese zu unterlassen. Gleichzeitig musste er seine Sorge um die Gesundheit seiner Frau und seinen Wunsch, sie und ihr Gewicht zu kontrollieren, hintanstellen. Trotzdem ließ er sich auf die „Verschwörung des Schweigens“ (Nardone, 2003) ein. Durch das vorgeschlagene neue Kommunikationsmuster stellten sich deutliche Verbesserungen im Sinne von Normalisierung des Essverhaltens bei der Frau ein. Selbst schien er aber eine schlankere Frau zu bevorzugen, da er eine von seiner Frau akzeptierte Außenbeziehung mit einer jungen, schlanken Frau pflegte. Interessant blieb, dass Frau C. mit ihrem Körper zufrieden war und ist. Das ist ein sehr gesunder Anteil in ihr, der viele Frauen mit ihren Schlankheitsansprüchen fehlt und zu Essstörungen beiträgt. Dieses Zieldilemma der beiden habe ich immer wieder transparent gemacht. Das führte dann in Abstimmung mit beiden dazu, dass die Frau alleine in die Einzeltherapie kam. Dabei unterstützte ich sie nun dabei, sich immer mehr autonom gegenüber ihrem Mann – insbesondere in Bezug auf ihre Essgewohnheiten – zu verhalten.

Nachdem die Bearbeitung des Suchtverhaltens im sozialen Kontext (Partnerschaft) sich deutlich verbessert hatte, konnten wir uns mithilfe der Achtsamkeit ihren intrapsychischen Prozessen, die zu unkontrollierten, von ihr so nicht mehr gewollten, Essverhalten führten, widmen.

Als Auslöser entdeckte Frau C. durch achtsames Erforschen innerer Wahrnehmungen, die vor der unkontrollierten Ess-Situation auftraten, dass es eine innere Überzeugung gäbe, genügend Energie für die Aufgaben des Tages in Form von Essen zuzuführen.

Mit Hilfe der in diesem Text schon mehrfach beschriebenen Übung „Wellen reiten“ nimmt sie geschehen lassend eine innere Stimme „iss doch“ wahr. Im Körper beobachtet sie ein Ziehen im Bauch. Auf dem Atem ankernd kann sie innerhalb weniger Minuten die Veränderungen beobachten. Sie wird ruhig und der Handlungsimpuls geht zurück.

Für mich zeigt dieses Beispiel, wie Achtsamkeit in die Einzeltherapie individuell integrierbar ist. Gleichzeitig wird dem Aspekt der Übung und der Veränderung in Richtung einer achtsamen Haltung vermutlich nicht ausreichend Rechnung getragen. In diesen und anderen Beispielen kompensiere ich dies dadurch, dass die Menschen in der Gruppe und in der Einzeltherapie bei mir sind.

7.2 Nachweise

Die letzte der sechs bisher von mir geleiteten experimentellen Gruppen für Menschen mit Abhängigkeitsstörungen habe ich mithilfe eines standardisierten Fragebogens des Programmes „Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit (MBRP-Programm, 2012, S. 201) evaluiert. Die mündlichen Rückmeldungen der vorherigen Gruppen lassen auf ähnliche Ergebnisse wie in den folgenden dokumentierten Belegen schließen.

7.2.1 Rahmen

Die Gruppe fand 14-tägig im Zeitraum von 20 Wochen (Mai bis September 2015) insgesamt elf Mal mit einer Dauer von jeweils 1,5 Stunden statt. Der Gruppen-

raum befindet sich in einem christlichen Kloster und ist als Meditationsraum ausgelegt.

Die Anzahl der Teilnehmer/innen betrug zwischen drei und sieben Personen. Die Personen, welche die Fragebögen ausgefüllt haben, waren von den elf Terminen im Durchschnitt zu 75 % anwesend bzw. über die zweite Hälfte der Gruppenzeit sehr konstant. Ursprünglich waren 13 Personen angemeldet. Die Anwesenheitsrate aller 13 Personen betrug 45 %. Die 13 Gruppenteilnehmer/innen zeigten nachstehende Abhängigkeitsstörungen: Essstörungen (Bulimie, Anorexie, Binge-Eating), Substanzabhängigkeit von Alkohol und Opiaten.

7.2.2 Die Fragen

Denken Sie einen Augenblick über die folgenden Fragen nach und notieren Sie Ihre Antworten:

1. Was fanden Sie an diesem Kurs am nützlichsten? Haben Sie etwas gelernt?
Wenn ja, was?
 2. Was hat sich in den letzten Wochen aufgrund Ihrer Teilnahme an dem Kurs für Sie geändert?
 3. Gab es etwas, das Ihr Lernen und Ihr Wachstum eingeschränkt hat oder das den Kurs für Sie verbessert hätte?
 4. Möchten Sie weitere Anmerkungen machen?
 5. Wie würden Sie auf einer Skala von 1 (gar nicht wichtig) bis 9 (sehr wichtig) die Bedeutung dieses Kurses für Sie einschätzen? Erläutern Sie Ihre Einschätzung.
 6. Geben Sie auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 9 (sehr) an, wie wahrscheinlich es ist, dass Sie auch nach diesem Kurs weiterhin formale Achtsamkeitsübungen machen (z. B. Atemmeditation, Fliegen)
 7. Geben Sie auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr) an, wie wahrscheinlich es ist, dass Sie auch nach diesem Kurs weiterhin informelle Achtsamkeitsübungen machen (z. B. achtsames Essen, achtsames Gehen, achtsame Ausführung alltäglicher Tätigkeiten).
- (Bowen, Chawla & Marlatt, 2012)

7.2.3 Auswertung der qualitativen Daten

Für die Erhebung der qualitativen Daten zur Frage 1 und 2 wurden nachstehende Kategorien gebildet.

Impulskontrolle	Annehmen unangenehmer Gefühle	Veränderte Selbstwahrnehmung
Reduktion von Problemdenken	Achtsamer zu sein	Reduktion des süchtigen Konsumierens
Selbstbeobachtungsfähigkeit	Beruhigung und Entspannung	Übungen
Gruppe		

Frage 1: Was fanden Sie an diesem Kurs am nützlichsten? Haben Sie etwas gelernt? Wenn ja, was?

Zur Kategorie *Achtsamer zu sein* wurde jeweils einzeln erwähnt¹⁰, dass für die teilnehmenden Personen am nützlichsten am Kurs war, Achtsamkeit als Thema in das Leben einzubauen, authentisch zu sein wie auch liebevoller zu sein.

Bezogen auf die Kategorie der *veränderten Selbstwahrnehmung* wurde einzeln genannt, dass die Selbstfindung durch den Kurs verbessert wurde.

In der Kategorie *Übungen* wurden einzeln die praktischen Übungen erwähnt, welche am nützlichsten galten.

Des Weiteren kommt in der Kategorie *Gruppe* als Einzelnennung hinzu, dass es eine nützliche Erfahrung war, zu wissen, wie es den anderen ergangen ist.

In der Kategorie *Selbstbeobachtungsfähigkeit* wurde einzeln genannt, dass die kontinuierliche Entwicklung und strukturierte Hilfestellung am nützlichsten gewesen sind.

¹⁰ Einzelnennungen

Die innere Ruhe wurde in der Kategorie *Beruhigung und Entspannung* einzeln erwähnt.

Frage 2: Was hat sich in den letzten Wochen aufgrund Ihrer Teilnahme an dem Kurs für Sie geändert?

Das Leben aufmerksamer zu leben, bewusster wahrzunehmen und gelassener und achtsamer geworden zu sein wurde mehrmals in der Kategorie *Achtsamer sein* erwähnt.

In der Kategorie *Impulskontrolle* wurde jeweils einzeln genannt, dass sich die Person nicht mehr hetzen lässt und disziplinierter an Dinge herangegangen wird.

Des Weiteren wurde in der Kategorie *Übungen* als Einzelnennung erwähnt, dass eine Weiterentwicklung durch ebendiese erlernten Übungen stattgefunden hat.

Für die Erhebung der qualitativen Daten zu den Fragen 3 und 4 wurden nachstehende Kategorien gebildet.

Setting	Rahmenbedingungen	Art der Übungen
Gruppe	Leiter und Leiterinnen	

Frage 3: Gab es etwas, das Ihr Lernen und Ihr Wachstum eingeschränkt hat oder das den Kurs für Sie verbessert hätte?

In der Kategorie *Setting* wurde einzeln angegeben, dass bezogen auf den Zyklus die lange Sommerpause als nicht ideal angesehen wird. Des Weiteren wurde bezogen auf das räumliche Setting einzeln erwähnt, dass der Garten mehr miteinbezogen werden sollte.

In der Kategorie *Art der Übungen* wurde einzeln der Verbesserungsvorschlag gemacht, dass der Ablauf weniger strikt vorgegeben werden sollte, damit auch mehr eigene Achtsamkeitsübungen der teilnehmenden Personen eingebracht werden können. Dies fehlte beim vergangenen Kurs.

In der Kategorie *Gruppe* wurde mehrmals genannt, dass der Kurs verbessert wurde, da immer dieselben Teilnehmenden anwesend waren.

Frage 4: Möchten Sie weitere Anmerkungen machen?

In der Kategorie *Setting* wurde bezogen auf den Zyklus des Kurses einzeln angegeben, dass kürzere Abstände zwischen den einzelnen Kursterminen erwünscht wären.

Lob und Dank an die Leitung des Kurses wurden mehrmals innerhalb der Kategorie *Leiter und Leiterinnen* angegeben.

In der Kategorie *individuelle Anmerkungen* wurde einzeln erwähnt, dass der Kurs verhelfen soll, konstanter und disziplinierter zu werden.

7.2.4 Auswertung der quantitativen Daten

9	sehr wichtig
8	2
7	3
6	
5	
4	
3	
2	
1	nicht wichtig

Frage 5: Wie würden Sie auf einer Skala von 1-9 die Bedeutung dieses Kurses für Sie einschätzen?

9	2	sehr
8		
7	2	
6	1	
5		
4		
3		
2		
1		gar nicht

Frage 6: Geben Sie auf einer Skala von 1-9 an, wie wahrscheinlich es ist, dass Sie auch nach diesem Kurs weiterhin formale Achtsamkeitsübungen machen (zB. Atemmeditation).

9	3	sehr
8		
7	2	
6		
5		
4		
3		
2		
1		gar nicht

Frage 7: Geben Sie auf einer Skala von 1-9 an, wie wahrscheinlich es ist, dass Sie auch nach diesem Kurs weiterhin informelle Achtsamkeitsübungen machen (achtsames Ausführung alltäglicher Tätigkeiten).

7.3 Implikationen

7.3.1 Motivation am Anfang und am Ende

Teilnehmer/innen berichten in der Gruppe oder in der Einzeltherapie wie die Übung, die wir gerade machen, gut tut. Darin zeigt sich der nachvollziehbare Wunsch nach Entspannung, Wohlfühlen oder auch nach einer Reduktion von Leidenszuständen. Klient/innen übersehen oft die eigenen Möglichkeiten, einen verbesserten Umgang mit sich und mit der Welt zu nutzen. Zu sehr erleben sich Menschen in psychotherapeutischer Behandlung von außen bestimmt. Dies legt nahe, die Bedeutung der Achtsamkeitsübung, die wir im Hier und Jetzt einüben, für sich zu entdecken und zu definieren. In den MBSR-Programmen ist das Hatha-Yoga ein fixer Bestandteil. Am Ende der Übung werden die Teilnehmer/innen eingeladen, sich der Bedeutung der Übungen bewusst zu machen, und sich selbst für den eigenen Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit wertzuschätzen (Yoga ist Meditation, [CD-ROM] 2013).

In der Vipassana-Meditation ist dies ein wichtiges Element der Meditation.

Dabei sind zwei Aspekte wichtig: *Zuflucht* und *Motivation*. Mit *Zuflucht* ist gemeint, sich

- dem eigenen Potential zur Befreiung, zu tiefer Weisheit und großem Mitgefühl – dem Erwachen zur innewohnenden Buddhanatur (C.G. Jung würde dies das göttliche Selbst nennen) –
- den Gesetzmäßigkeiten des Daseins und
- der Hilfe von Verwirklichten und Gleichgesinnten anzuvertrauen.

Bei der *Motivation* geht es darum, nicht nur zum eigenen Nutzen, sondern zum Wohl aller Lebewesen zu praktizieren (von Allmen, 2010, S. 56).

Übertragen auf die achtsamkeitsbasierte psychotherapeutische Praxis im Kontext einzuübender expliziter Achtsamkeit könnte dies wie folgt übertragen werden.

Sich vor und nach der Übung bewusst machen:

- die eigenen Möglichkeiten der Lebensgestaltung;
- den Umgang mit veränderbarem Leid und mit Restriktionen (s. Kapitel 6.3.);
- es gibt in mir ein unverletztes (göttliches) Selbst;
- die Möglichkeit des Austausches mit Gleichgesinnten zu nutzen;
- Achtsamkeit dient mir und meiner Mitwelt und meinen Mitmenschen.

7.3.2 Verstärkter Einbezug relativer Achtsamkeit

Ein wesentliches Element, zeigt sich aus der Praxis, ist der Einbezug relativer Achtsamkeit (Huppertz, 2009; 2015). Damit ist Achtsamkeit in Bezug auf Äußeres (Umwelt, Natur, Menschen) und die damit verbundene Wechselwirkung auf den eigenen Organismus gemeint. Ich nehme beispielsweise mein Gegenüber achtsam, also gegenwärtig, geschehen lassend und offen war, und ich beobachte meine Gedanken, Gefühle, Körperwahrnehmungen dazu. Wenn das wertfrei gelänge, wäre das achtsam? Den Anfängern, aber auch den in der Achtsamkeitspraxis Fortgeschrittenen wird sich wohl die eine oder andere Bewertung einfinden (positiv wie negativ). Teilnehmer/innen werden dann von mir angeleitet, genau

diese Bewertungen, wenn sie auftreten, wahrzunehmen, sie wieder zu lassen, wenn neue auftreten, wieder wahrnehmen, lassen – immer wieder. Wie schon im Kapitel 3 auf Huppertz beziehend erwähnt, bewerten wir laufend, und das ist gut so. Es geht darum, die Bewertung zu erkennen und diese nicht bewertend wahrzunehmen.

Im Manual Mindfulness-Based Relapse Prevention (2012) ist die aus dem Buddhismus stammende Metta-Meditation, die Meditation „der liebenden Güte, integriert.

Nach meiner Erfahrung ist in der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitsstörungen das Erlernen eines liebevollen Umgangs mit sich selbst als Basis und in der Folge mit der Um- und Mitwelt besonders angezeigt. Menschen mit Suchtproblemen haben oft emotionale Vernachlässigung, Missbrauch, Grenzüberschreitungen, Überforderung erlebt, und süchtiges Verhalten zur Bewältigung dieser Defizite entwickelt.

7.3.3 Unterstützung zur Eigenverantwortung

Damit Achtsamkeit einen therapeutischen Nutzen erhält, ist die Integration in den Alltag und in die Eigenverantwortung unerlässlich. In den Mindfulness-Programmen werden zwischen 45 und 60 Minuten strukturierte Achtsamkeit über acht Wochen in Eigenverantwortung empfohlen.

Huppertz schlägt zehn Minuten pro Tag vor. In beiden Konzepten wird jedoch der informellen, oder der Achtsamkeitspraxis im Alltag eine entscheidende Bedeutung beigemessen.

Ich sehe den Vorteil einer Achtsamkeitsgruppe gegenüber der Achtsamkeit in der Einzeltherapie, dass in den Gruppen Achtsamkeit als Lebenshaltung besser vermittelbar ist als in einer Einzeltherapie, in der der größte Teil der Stunde für inhaltliche therapeutische Arbeit genutzt wird. Auch wenn das Setting – wie Huppertz es vorschlägt – geteilt wird, um explizite Achtsamkeit zu ermöglichen, haben die Übungen nach meiner bisherigen Erfahrung eher den Charakter einer symptomorientierten Intervention. Es ist zu überlegen, wie die Vermittlung von

Achtsamkeit als explizites Konzept im Sinne einer Lebenshaltung in Einzeltherapien effektiv integriert werden kann.

8. Wirksamkeit achtsamkeitsorientierter Psychotherapie bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.

8.1 Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Therapieansätze

Martin Bohus fasst in einem Artikel in „Der Nervenarzt“ (2012) den Forschungsstand achtsamkeitsbasierter Konzepte zusammen, indem er festhält, dass es fünf ausgearbeitete, achtsamkeitsbasierter Konzepte gibt (Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion – MBSR, achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie – MBCT, Acceptance and Commitment Therapy – ACT, Dialektisch-behaviorale Therapie – DBT und die Mindfulness-Based Relapse Prevention – MBRP). Allen gemeinsam, so Bohus, ist die Fokussierung auf die Verbesserung der Akzeptanz unangenehmer Lebensumstände und Emotionen, sowie auf die Verbesserung der „metakognitiven Wahrnehmung“, d. h. der emotionsfreien Beobachtung intrapsychischer Prozesse.

Die Wirksamkeitsnachweise sind unterschiedlich. Während etwa die „mindfulness-based cognitive therapy“ (MBCT) in der Rückfallprophylaxe der rezidivierenden Depression als wirksam eingestuft werden kann, sind für die weit verbreitete „mindfulness-based stress reduction“ lediglich geringgradige Effekte nachgewiesen.

Zusammenfassend zeigt die Datenlage, dass Achtsamkeit als Baustein einer modular konzeptionalisierten Psychotherapie sinnvoll und wirksam sein kann.

Meiner Meinung nach sind zwei weitere etablierte Achtsamkeitskonzepte zu ergänzen, ohne auf deren Forschungsstand einzugehen. Zum einen die Konzentrierte Bewegungstherapie, die auf die Arbeit von Elsa Gindler zurückgeht. Die KBT¹¹

¹¹ Österreichischer Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie: <http://www.kbt.at/>

ist in Österreich eine staatlich anerkannte psychotherapeutische Methode. Nennen möchte ich auch die Feldenkraismethode¹², die aber nicht als psychotherapeutische, sondern als Lern-Methode gilt.

Heidenreich, Junghanns-Royack und Michalak beschreiben in *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik* (2011, S. 312ff) Studienergebnisse für die „mindfulness-based stress reduction“ und für die mindfulness-based cognitive therapy“ und kritisieren unter anderem, dass bei den MBSR-Wirksamkeitsstudien die Vergleiche zu Kontrollgruppen fehlen bzw. methodische Mängel in den Untersuchungen vorzufinden sind. Die Autoren beschreiben eine Vielzahl von Wirksamkeitsstudien zu unterschiedlichsten Störungsbildern, wie beispielsweise Stress, Angst, Depression, Fibromyalgie, Binge Eating Disorder, Krebstherapie, und weisen aufgrund der Forschungsergebnisse auch auf die Wirksamkeit von MBCT mit hoch signifikanten Effekten für die Behandlung von Patienten mit chronischer Depression hin.

8.2 Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Suchttherapie

Erste Ergebnisse einer Pilotstudie zur Evaluierung einer deutschsprachigen Version des Therapieprogrammes „Mindfulness-Based Relapse Prevention“ (MBRP) nach Marlatt wurden in der Fachzeitschrift Suchttherapie (2013, S.16-21) publiziert.

„30 ambulante und stationäre Patienten eines Behandlungszentrums für Alkoholabhängige nahmen an diesem 8-wöchigen Programm teil. Mittels Fragebogen wurden Suchtverlangen, Achtsamkeit, Selbstmanagementfähigkeiten und Attribution in einem pre/post-Design erhoben. In beschränktem Ausmaß konnten diese Ergebnisse mit einer Kontrollgruppe verglichen werden, die nur die übliche Entwöhnungsbehandlung erhielt. Erste Ergebnisse zeigen

¹² Feldenkraisinstitut Wien: <http://www.feldenkraisinstitut.at/index.php/de/home>

ermutigende Resultate nicht nur im Hinblick auf Achtsamkeit, sondern auch auf andere relevante Therapiefaktoren.“

Eine Auflistung von Wirksamkeitsstudien achtsamkeitsbasierter Suchttherapie findet man bei Harrer¹³ an. Ich führe hier einen Auszug aktueller Studien an:

- *„Ein achtsamkeitsbasiertes Gruppenprogramm verringerte das Craving (Substanzverlangen), erhöhte die internale Attribution (Einschätzung inwiefern man sein Schicksal selbst in die Hand nehmen kann) und die Verfügbarkeit von Ressourcen (Spectrum Psychiatrie 1/2013, S. 47) (Beiglböck et al 2013)*
- *College-Studenten mit höherer Achtsamkeit haben weniger Alkoholprobleme und weniger Stress – dieser scheint dabei eine Mediatorrolle zu spielen (Bodenlos et al 2013)*
- *Achtsamkeit reduziert Craving bei Rauchern (Westbrook et al 2013).*
- *Achtsamkeitspraxis und therapeutische Allianz als Prädiktoren für das Ausmaß an Achtsamkeit nach Abschluss des MBRP-Programms (Bowen & Kurz 2012)*
- *Mechanismen über die MBRP das Craving vermindert (Witkiewitz et al 2012)*
- *Feuerwehrmänner mit höherer Achtsamkeit zeigten weniger depressive Symptome, weniger Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung und hatten weniger Alkoholprobleme (Smith et al 2011).*
- *Bei 316 College-StudentInnen war erhöhte Achtsamkeit mit weniger mit Alkohol in Zusammenhang stehenden Problemen korreliert. Dies betraf insbesondere den Faktor Akzeptanz, d.h. das Nicht-Bewerten (Fernandez et al 2010).*

¹³ <http://burnoutundachtsamkeit.at>

- *Das achtwöchige Programm zur Rückfallprävention (MBRP) reduzierte den Substanzgebrauch und das Craving (Bowen et al 2009)*
- *Achtsamkeitstraining verringerte bei alkohol- und/oder kokainabhängigen Menschen im Vergleich zu einer kognitiven Verhaltenstherapie die subjektiven und körperlichen Auswirkungen von Stress (Brewer et al 2009).*
- *Mindful Eating and Living (MEAL), ein Gruppenprogramm über 6 Wochen reduzierte bei 10 adipösen Männern das Gewicht, Binge-eating, Stress und negative Affekte (Dalen, Smith et al 2010)*

9. Formale Abgrenzung Psychotherapie und Spiritualität

9.1 Psychotherapie und Spiritualität

Psychotherapie impliziert neben der Behandlung von psychischen und psychosomatischen Leidenszuständen die Begleitung der Entwicklung von Menschen. Die Symptome sind wichtige Hinweise auf menschliche Entwicklungspotentiale. Es geht aber nicht nur um das Kurieren von Leidenszuständen, oder die Gesundheit zu erhalten, sondern Menschen dazu zu befähigen, ihr Leben selbstgestaltend zu leben. Dabei findet immer Persönlichkeitsentwicklung statt.

Systemisch konstruktivistisches Denken impliziert eine Beobachterposition, die dem der Zeugenschaft oder dem Zeugenbewusstsein im spirituellen Kontext entspricht. In der buddhistischen Meditation (Vipassana, Zen) wird das neutrale bis wohlwollende Beobachten von Phänomenen wie Denken, Fühlen, Sehen, Hören etc. als ein Grundprinzip des praktischen Befreiungsweges (die Befreiung vom Ego) gesehen.

Psychotherapeut/innen nehmen ebenso im Kontakt mit ihren Patient/innen die Position des neutralen, aber auch wohlwollenden Beobachters ein, und stellen damit ein im Hier und Jetzt erfahrbares Modell dieser Zeugenschaft zur Verfügung. Speziell der Konstruktivismus hat diese Art der Wahrnehmung der Welt mit all ihren Phänomenen aus der Position eines Beobachters auf theoretischer Ebene zugänglich gemacht. Nicht nur der Psychotherapeut ist in der Lage, diese Position in

Bezug auf den Patienten einzunehmen, sondern der Patient sich selbst gegenüber ebenso. Dies impliziert auch ein – so meine ich – neues Menschenbild, das die Selbstorganisationsfähigkeit aller Lebewesen (siehe Kapitel 6.2.) berücksichtigt und würdigt! Dies hat große Auswirkungen auf die Haltung des Psychotherapeuten. Aus meiner Sicht ist dies die Basis, um ganzheitliche, letztlich spirituelle Entwicklungen zu begleiten, die über eine Symptombehandlung hinausgehen. Der Konstruktivismus kann als Rahmen dienen, da er konfessionslos bzw. ohne Religion sich der Welt annähert. Da sehe ich eine Parallele zu den praktischen östlichen Übungswegen (z. B. Vipassana-Meditation).

Die Pioniere der Systemischen Theorie und Therapie, die Palo-Alto-Gruppe¹⁴, haben in den fünfziger Jahren die bestehenden Psychotherapiekonzepte um eine neue Sichtweise (nicht Methode) erweitert, nämlich um die Wahrnehmung der Vernetzung und der Verbundenheit der Individuen. Leiden werden im systemischen Denken nicht mehr nur als Mangelerscheinung eines Individuums gesehen, sondern in einen Beziehungskontext gestellt (Essen, 2011, S. 24).

In der Psychotherapie betreten wir immer wieder den Bereich eines spirituellen Raumes. Dies geschieht, wenn Patient/innen die Erfahrungen, wie beispielsweise existentielle Dankbarkeit, Trauer, Gelassenheit, Zugehörigkeit, Lebendigkeit, ermöglicht werden. Dabei betreten wir auch den Bereich der spirituellen Begleitung. Aus meiner Sicht ist der wesentliche Unterschied zwischen Psychotherapie und spiritueller Begleitung der, dass sich Letztere ausschließlich und explizit den spirituellen Aspekten widmet, Psychotherapie dies beinhalten kann, aber eher implizit.

Quekelberghe führt in seinem Buch *Grundzüge der spirituellen Psychotherapie* (2007) unter dem Sammelbegriff „Transpersonale Psychotherapie“ etwa die Analytische Psychotherapie nach C.G. Jung, die Initiatische Therapie nach Graf Dürckheim, die Logotherapie von Frankl, das Holotrope Atmen nach Grof, die In-

¹⁴ Gregory Bateson, John Weakland, Don Jackson, Jay Haley, Virginia Satir und Paul Watzlawick

tegrale Psychotherapie von Wilber sowie die aus meiner Sicht weniger bekannte Psychosynthese von Assagioli an. Ebenso beschreibt Quekelberghe (2007, S. 256ff) Richtungen in der Psychoanalyse und der Kognitiven Verhaltenstherapie, die explizit spirituell orientiert sind.

In der Systemischen Therapie sind die Beiträge von Hellinger zu nennen, die in der Fachwelt – wie schon im Kapitel 6.4. dargestellt – jedoch kontrovers diskutiert werden. In seinen Büchern, beispielsweise *Ordnungen der Liebe*, *Anerkennen was ist*, oder *Rachel weint um ihre Kinder. Familien-Stellen mit Überlebenden des Holocaust in Israel* ist seine Arbeit, beginnend im psychotherapeutischen Kontext unter Einbezug der Mehrgenerationen-Perspektive (Kapitel 6.4.) und seine konsequente Ausweitung auf den spirituellen Rahmen beschrieben. Seine Arbeit wurde auf systemtheoretischer Grundlage weiter entwickelt. Es gibt dazu viele Publikationen. Beispielsweise sind die Arbeiten von Gunthard Weber, von Kibet und Sparrer, Baxa sowie Christine Essen und Siegfried Essen zu nennen.¹⁵

9.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Aufgabe der Politik in Bezug auf Psychotherapie ist es, für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen durch die Vorgabe von Standards und für die Überprüfung deren Einhaltung zu sorgen. Ich beziehe mich im Nachfolgenden auf die Situation in Österreich. In der Frage der Abgrenzung Psychotherapie und Spiritualität ist dies in der „Richtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden des Bundesministeriums für Gesundheit“ geregelt.

Darin heißt es:

„Einer der zentralen Punkte des Schutzes der spezifischen psychotherapeutischen Beziehung liegt in der Verantwortung angesichts der beson-

¹⁵ Einen Überblick dazu in: Drexler, Diana. (2015). *Einführung in die Praxis der Systemaufstellungen*. Heidelberg: Carl-Auer.

deren Abhängigkeitssituation. Der Berufskodex macht unmissverständlich deutlich, dass die persönliche Weltanschauung, wie z.B. auch die religiöse Einstellung, der Psychotherapeutin (des Psychotherapeuten) nicht aktiv und steuernd in den Behandlungsprozess einfließen darf.“

Und weiter heißt es:

„Wenn also Patientinnen (Patienten) das Thema Religion, Gebete, spirituelle Rituale als für sich selbst wesentlich ‚mit in die Stunde bringen‘, gilt es – wie wohl bei allen anderen Themen auch – gemeinsam mit der Patientin (dem Patienten) zu verstehen, welche Bedeutung dieses für sie (ihn) und in ihrem (seinem) Leben hat und unter Umständen in einem Bezug zur konkreten (Leidens-)Situation herzustellen. Aktives Einbringen solcher Ansätze und Handlungen wie beispielsweise Gebete, esoterische Rituale durch die Psychotherapeutin (den Psychotherapeuten) verstößt gegen die psychotherapeutische Berufsethik im oben beschriebenen Sinn.“¹⁶

Im Sinne der Einschränkung des Missbrauches des Abhängigkeitsverhältnisses zwischen Patient/in und Therapeut/in ist dies aus meiner Sicht eine notwendige Klarstellung.

Problematisch, weil es meiner Meinung nach eine Einschränkung der Behandlungs- und Begleitungsmöglichkeiten darstellt, ist die abschließende Formulierung in dieser Richtlinie:

„Somit kann festgehalten werden, dass weder Gebete, religiöse Rituale oder Vergebensarbeit noch andere religiös, spirituell oder esoterisch begründete Handlungen zu einer umfassenden und stringenten psychotherapeutischen Methode, die eine geplante Krankenbehandlung ermöglicht, gehören können. Dasselbe gilt auch für eine Psychotherapie, die mit dem Ziel einer Persönlichkeitsentwicklung durchgeführt wird.“

Die Arbeit an der Vergebung von der psychotherapeutischen Arbeit auszuschließen halte ich für einen Fehler. Viele ungelöste Konflikte in Familien-, Paar- und anderen zwischenmenschlichen Beziehungen können zur Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Erkrankung beitragen. Es geht um den inneren Prozess von Vergebung, keineswegs darum, Patient/innen anzuhalten, zu vergeben. Das wäre ein Kunstfehler. Solche Dinge auszuschließen, ist auch die Intention der o. e. Richtlinie. Wenn aber Menschen in der Psychotherapie an Vergabungs- und Versöhnungsprozessen arbeiten wollen – da sehe ich an erster Stelle die Versöhnung mit sich selbst –, dann gilt es diesen Prozess zu begleiten. Wenn es dann gewünscht und indiziert ist, gilt es auch innere Prozesse der Versöhnung mit anderen Menschen zu begleiten. Ob diese dann real noch umgesetzt werden, kann offen bleiben.

Dass das Ziel einer Persönlichkeitsentwicklung ausgeschlossen wird, kann ich nur mit der Vermutung in Verbindung bringen, dass es nicht als die Aufgabe des Gesundheitssystems gesehen wird, Persönlichkeitsentwicklung aus der öffentlichen Hand zu finanzieren. Aber wie soll denn die Behandlung von beispielsweise Persönlichkeitsstörungen geschehen, wenn nicht durch die Entwicklung der Persönlichkeit? So gesehen, richten sich diese Ausschlusskriterien aus meiner Sicht gegen die im Gesundheitssystem angestrebten Ziele der Behandlung krankheitswertiger Störungen.

Einen weiteren Aspekt, den ich schon im Kapitel 2 angeführt habe, möchte ich an dieser Stelle nochmals ergänzen. International anerkannte und beforschte Konzepte wie das MPRP-Programm beinhalten spirituelle Methoden, wie beispielsweise die Meditation der liebenden Güte, die in den o. a. Richtlinien von der psychotherapeutischen Behandlung ausgeschlossen werden. Das heißt konsequenterweise, dass die Konzepte der Mindfulness-Tradition in Österreich im psychotherapeutischen Kontext nicht angewendet werden dürfen. Dasselbe gilt dann auch für alle Formen der transpersonalen Psychotherapie.

Was dies in letzter Konsequenz für die in Österreich einzige anerkannte transpersonale Psychotherapie – nämlich die analytische Psychotherapie nach C.G. Jung – bedeutet, ist aus meiner Sicht eine offene Frage.

Ich meine, dass die notwendige Abgrenzung zwischen psychotherapeutischer Behandlung und spiritueller Begleitung durch die o. e. gesetzlichen Rahmenbedingungen ungenügend umgesetzt ist. Hilfreiche Behandlungspotentiale bleiben – zumindest wenn sich die Psychotherapeut/innen an die gesetzliche Regelung halten – ungenutzt.

10. Schlussbemerkungen

In psychotherapeutischen Kreisen gibt es die Tendenz, neue Methoden und Vorgehensweisen zu konstruieren und einzuführen. Dabei wird manchmal schon lange Bestehendes mit neuen Beschreibungen versehen und wieder bewusst gemacht. So ist es wohl auch mit der Achtsamkeit. Das Neue im Kontext der Psychotherapie ist aber die bewusste und konsequente Nutzung dieses uralten Wissens der Menschheit in Verbindung mit modernen psychotherapeutischen Methoden.

Für mich hat die Erweiterung des Blickwinkels – von der zuerst nahe liegenden Achtsamkeitstradition des Ostens zu den Entwicklungen der westlichen Achtsamkeitstraditionen – meinen psychotherapeutischen Gestaltungsraum sehr bereichert.

Die Reflexion meiner praktischen Erfahrung mit Achtsamkeit und Systemischer Psychotherapie hat mich dabei unterstützt, eher vernachlässigte, systemtherapeutische Zugänge wieder zu entdecken. Viele Aspekte systemtheoretischer Aspekte lassen sich mit dem Konzept der Achtsamkeit neu verstehen und vermehrt mit „Leben füllen“.

Den nachstehenden Text habe ich bei Essen (2011, S. 225) gefunden. Er bezieht ihn auf die Selbstorganisation lebender Systeme, und bestätigt für mich metaphorisch meine obigen Ausführungen.

„Denkst du wohl, du kannst das Universum in die Hand nehmen und es vollkommener machen?“

Ich glaube nicht, dass sich dies tun lässt.

Das Universum ist heilig.

Vollkommener machen kannst du es nicht.

Wenn du es zu verändern suchst, wirst du es zugrunde richten.

*Wenn du es festzuhalten versuchst, wirst du es verlieren.*¹⁷

Der Versuch Achtsamkeit von Achtsamkeitsmediation, und damit auf diese Arbeit bezogen, Psychotherapie und Spiritualität zu unterscheiden, ist nur auf einer theoretisch-formalen als auch juristischen Ebene möglich, aber auch notwendig.

Entscheidend aus meiner Sicht ist die ethische Verantwortung des Therapeuten, auf der Grundlage psychotherapeutischer Profession, im höchsten Maße achtsam mit dem Abhängigkeitsverhältnis Patient-Therapeut umzugehen. Dies schließt alles Suggestive und Manipulierende selbstverständlich aus. Gleichzeitig gilt es die spirituellen Ressourcen und Potentiale in der psychotherapeutischen Behandlung auf der Grundlage ethischen Handelns zu nutzen.

¹⁷ Essen bezieht sich auf Laotse (1984, Kap. 29)

11. Literatur

- Allmen, Fred von. (2010). *Mit Buddhas Augen sehen. Buddhistische Meditation und Praxis (2. Auflage)*. Berlin: edition-steinrich.
- Anderssen-Reuter, Ulrike. (2011). *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode (2. Auflage)*. Stuttgart: Schattauer.
- Baxa, G. & Blumenstein-Essen, C. (16. Jänner 2016). APSYS. Von <http://apsys.org> abgerufen
- Beiglböck, W., Mayr, M. & Waigmann-Pölzl, S. (2013). Achtsamkeitsbasierte Suchttherapie. Möglichkeiten und Grenzen. In: *Suchttherapie* (S. 16-21). doi:10.1055/s-0032-1331202. Wien: Anton-Proksch Institut.
- Bohus, Martin. (17. Oktober 2012). Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie. *Der Nervenarzt*. Von <http://link.springer.com/article/10.1007/s00115-012-3555-0> abgerufen
- Bowen, Sarah; Chawla, Neha; Marlatt, G. Alan. (2012). *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Das MBRP-Programm*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Dilling, Horst; Freyberger, Harald J. (Hrsg.). (2013). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen nach dem Pocket Guide von J.E.Cooper (6. überarbeitete Auflage entsprechend ICD-10.GM)*. Bern: Huber.
- Drexler, Diana. (2015). *Einführung in die Praxis der Systemaufstellungen*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Essen, Siegfried. (2011). *Selbstliebe als Lebenskunst. Ein systemisch-spirituelle Übungsweg*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Feldenkrais. (16. Jänner 2016). *Feldenkrais Institut Wien*. Von <http://www.feldenkraisinstitut.at/index.php/de/home> abgerufen
- Freud, Sigmund. (1999). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung [1912]. In: *Gesammelte Werke - Chronologisch geordnet, Bd. VIII: Werke aus den Jahren 1909-1913 (Nachdruck)* (S. 375-388). Frankfurt a.Main: Fischer.

- Fuchs, Peter. (2012). Systemtheoretisches Denken. Fragen an Prof.Dr. Fuchs. [DVD-Video]. Hannover: Mediaproduktion Uwe Hoppe, Carl-Auer.
- Glaserfeld, Ernst von. (1997). *Radikaler Konstruktivismus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Harrer, E Michael. (16. Jänner 2016). *achtsam leben: integrale Achtsamkeitspraxis*. Von <http://burnoutundachtsamkeit.at/achtsamkeit/anwendungen-von-achtsamkeit/buddhistische-psychologie-und-achtsamkeit-bei-suechtigem-verhalten/achtsamkeit-und-sucht/> abgerufen
- Heidenreich, Thomas; Junghanns-Royack, Katrin; Michalek, Johannes. (2011). Achtsamkeitsbasierte Therapieansätze: Stand der empirischen Forschung. In: U. Anderssen-Reuster, *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik* (S. 310-330). Stuttgart: Schattauer.
- Huppertz, Michael. (2013). *Achtsamkeitsübungen (3. Auflage). Experimente mit einem anderen Lebensgefühl. 85 Anleitungen für die Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Huppertz, Michael. (2015). *Achtsamkeitsübungen. Experimente mit einem anderen Lebensgefühl. 99 Anleitungen für die Praxis (2. überarbeitete Auflage)*. Paderborn: Junfermann.
- Huppertz, Michael; Schataneck, Verena. (2015). *Achtsamkeit in der Natur. 84 naturbezogene Achtsamkeitsübungen und theoretische Grundlage*. Paderborn: Junfermann.
- Kabat-Zinn, Jon. (2013a). *Die MBSR-Yogaübungen (3. Auflage). [CD-ROM]*. München: Arbor.
- Kabat-Zinn, Jon. (2013b). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR (vollständig überarbeitete Ausgabe)*. München: Knauer.
- KBT. (16. Jänner 2015). *Österreichischer Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie*. Von <http://www.kbt.at/> abgerufen
- Klein, Rudolf. (2005). *Berauschte Sehnsucht. Zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens (2. Auflage)*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Klein, Rudolf; Kannicht, Andreas. (2007). *Einführung in die Praxis der systemischen Therapie und Beratung*. Heidelberg: Carl-Auer.

- Kritz, Jürgen. (2015). Sucht - oder: Die Person in bester Gesellschaft. In: H. Molter, & G. Osterhold, *Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext* (S. 58ff). Kröning: Asanger.
- Linehan, Marsha M. (1996). *Trainingsmanual zur Dialektisch Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Ludewig, Kurt. (2002). *Leitmotive systemischer Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Luhmann, Niklas. (1991). *Soziale Systeme*. Frankfurt a.Main: Suhrkamp.
- Manstetten, Reiner. (2011). Gelasseneit. Selbstwahrnehmung und Achtsamkeit bei Meister Eckhart. In: U. Anderssen-Reuster, *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode (2. Auflage)* (S. 21-45). Stuttgart: Schattauer.
- Maturana, Humberto. (1985). *Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig: Vieweg.
- Maturana, Humberto; Varela, Francisco. (1987). *Der Baum der Erkenntnis*. Bern: Scherz.
- Meister, Eckehart. (1979). *Deutsche Predigten und Traktate*. München: Diogenes.
- Molter, Jaja; Osterhold, Gisela (Hrsg.). (2015). *Systemische Suchttherapie (5. Auflage). Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext*. Kröning: Asanger.
- Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit. (16. Jänner 2016). *Richtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden*. Von <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/richtlinieabgrenzungesoterik.pdf> abgerufen
- Quekelberghe, Renaud van. (2007). *Grundzüge der spirituellen Psychotherapie*. Eschborn bei Frankfurt am Main: Verlag Dietmar Klotz.
- Reiter, Alfons; Bucher, Anton (Hrsg.). (2008). *Psychologie - Spiritualität - interdisziplinär*. Eschborn bei Frankfurt am Main: Verlag Dietmar Klotz.
- Reuster, Thomas. (2011). Achtsamkeit aus philosophischer Sicht. In: U. Anderssen-Reuster, *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode (2. Auflage)* (S. 8-19). Stuttgart: Schattauer.

- Schmidt, Gunther. (2004). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten* (S.385). Heidelberg: Carl-Auer.
- Schweitzer, Jochen; Schlippe, Arist von. (2009). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen (3.Auflage)*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Simon, Fritz. (1988). *Unterschiede, die Unterschiede machen*. Heidelberg/Berlin/New York: Springer.
- Stachowske, Ruthard. (2015). Die mehrgenerationale Perspektive in der Therapie von Drogenabhängigen. In: H. Molter, & G. Osterhold, *Systemische Suchttherapie. Entstehung Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext (5. Auflage)* (S. 93-118). Kröning: Asanger.
- Systemische Gesellschaft - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. (16. Jänner 2016). Potsdamererklärung zur Aufstellungsarbeit. Von https://systemische-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2014/01/potsdamer_erklaerg_aufstellerarbeit.pdf abgerufen
- Welter-Enderlin, Rosmarie. (2015). Alkoholismus und Familie. In: H. Molter, & G. Osterhold, *Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext (5.Auflage)* (S. 31-34). Kröning: Asanger.