

Petra Meibert

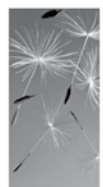
Achtsamkeitsbasierte Therapie und Stress- reduktion MBCT/MBSR

WEGE DER PSYCHOTHERAPIE



WEGE DER PSYCHOTHERAPIE

Petra Meibert



Achtsamkeitsbasierte Therapie und Stressreduktion MBCT/MBSR

Unter Mitarbeit von Jörg Meibert

Mit 3 Abbildungen und 2 Tabellen

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Dipl. Psychologin *Petra Meibert*, Essen, deutschlandweit aktiv in Ausbildung und Verbreitung von MBCT (Mindfulness-Based-Cognitive Therapy), hat an verschiedenen Forschungsprojekten zur MBCT mitgearbeitet. Sie ist seit 2005 als Ausbilderin für MBSR sowie MBCT tätig und ist spezialisiert in Methoden der humanistischen Psychotherapie.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

ISBN 978-3-497-02590-9 (Print)

ISBN 978-3-497-60245-2 (E-Book)

© 2016 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

Reihenkonzeption Umschlag: Oliver Linke, Hohenschäftlarn

Covermotiv: © emmi / Fotolia.com

Satz: FELSBURG Satz & Layout, Göttingen

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

1

Einführung	9
1.1 Achtsamkeit in der Psychotherapie – ein kurzer Überblick	10
1.2 Achtsamkeit in den verschiedenen therapeutischen Richtungen	16
1.2.1 Achtsamkeit in den psychodynamischen Therapien	17
1.2.2 Achtsamkeit in der humanistischen Psychotherapie	18
1.2.3 Achtsamkeit in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie	18

2

Geschichte	21
2.1 Die historischen Wurzeln der Achtsamkeit	21
2.2 Die historischen Wurzeln von MBSR und MBCT	23
2.2.1 Die Wurzeln und Hintergründe von MBSR	23
2.2.2 Die Wurzeln und Hintergründe von MBCT	24
2.3 Verbreitung und Ausbildungsmöglichkeiten	26

3

Theorie	28
3.1 Das Prinzip Achtsamkeit	28
3.1.1 Achtsamkeit – Haltung und Methode	30
3.1.2 Konzentration, Aufmerksamkeit und Achtsamkeit	32
3.2 Die Schulung der Achtsamkeit als Prozess	35

3.3	Mechanismen der Achtsamkeit	36
3.3.1	Allgemeine Wirkmechanismen 36 ■ 3.3.2 Wirkmechanismen aus neurowissenschaftlicher Perspektive 39	
3.4	Achtsamkeit im Umgang mit Stress	46
3.5	Achtsamkeit im Rahmen der Rückfallprophylaxe bei Depressionen und anderen psychischen Störungen	48
3.5.1	Differenzielle Aktivierung negativer Kognitionen 48 ■ 3.5.2 Diskrepanzbasierte Informationsverarbeitung 49	
3.6	Selbstmitgefühl als heilsamer Mechanismus	52

4

	Der therapeutische Prozess	55
4.1	MBSR und MBCT als Gruppeninterventionen	55
4.1.1	MBSR 55 ■ 4.1.2 MBCT 65	
4.2	Die Übungspraxis	75
4.2.1	Die formellen Achtsamkeitsübungen 75 ■ 4.2.2 Die informelle Achtsamkeitspraxis 80	
4.3	Die achtsame „therapeutische“ Beziehung	81
4.4	Das erforschende Gespräch – Inquiry	84
4.5	Der achtsame Umgang mit Schmerz	90
4.5.1	Chronischer vs. akuter Schmerz 91	
4.6	Grenzen und Nebenwirkungen der Achtsamkeit	97

5

	Evaluation	99
5.1	Forschung zu MBSR	100
5.2	Forschung zu MBCT	101
5.3	Ergebnisse aus den Neurowissenschaften zur Achtsamkeitsmeditation	105

5.4	Ergebnisse zur Erforschung der Wirkfaktoren	110
5.5	Ergebnisse aus der Mitgeföhlforschung	111
5.6	Messinstrumente	113
	5.6.1 Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) 114 ■ 5.6.2 Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) 115 ■ 5.6.3 Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) 115	
5.7	Fazit	116

6

Ausblick und zukünftige Entwicklungen	117
--	------------

7

Zusammenfassung	122
----------------------------------	------------

Glossar	124
--------------------------	------------

Literaturempfehlungen und hilfreiche Adressen	126
--	------------

Zitierte Literatur	129
-------------------------------------	------------

Autorin und Danksagungen.	143
--	------------

Sachregister	145
-------------------------------	------------

1



Einführung

Schon seit über 30 Jahren beschäftigen sich Psychologen mit der Integration von Meditation in die Behandlung von psychischen und auch körperlichen bzw. psychosomatischen Erkrankungen. Dabei hat diese Integration eine spannende Entwicklung genommen und heute sind Achtsamkeit und Akzeptanz als grundlegende Prinzipien aus der Psychotherapie nicht mehr wegzudenken.

In den 1960er und 1970er Jahren wurden wissenschaftliche Studien zu den Auswirkungen von Meditation auf die menschliche Gesundheit durchgeführt (u.a. Benson/Wallace 1971). Diese bezogen sich hauptsächlich auf die Wirkung von Konzentrationsmeditation wie z.B. der Transzendentalen Meditation und untersuchten physiologische Parameter wie Blutdruck, Puls, Hautwiderstand etc. Der Kardiologe und Pionier der Mind-Body-Medicine Herbert Benson (Benson et al. 1994; Benson/Klipper 2000) nutzte Meditation zur Behandlung von Herzerkrankungen mit guten Erfolgen. 1977 rief die American Psychiatric Association dazu auf, die klinische Wirksamkeit von Meditation stärker zu untersuchen. Als dann in den 1980er Jahren weitere Pioniere der Anwendung von Achtsamkeit im klinischen Kontext wie Marsha Linehan (1993a,b) und Jon Kabat-Zinn (1990) Therapieansätze entwickelten, bei denen das Üben von Achtsamkeit eine wesentliche Rolle spielte, rückte die Achtsamkeitsmeditation oder auch Einsichtsmeditation in den Fokus der wissenschaftlichen Forschung. Es gibt zurzeit ein exponentielles Wachstum an Studien ([siehe Kapitel 5](#)), und es ist davon auszugehen, dass sich nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung achtsamkeitsbasierte Ansätze stark verbreitet haben. Sie stoßen in allen Bereichen der Gesellschaft auf großes Interesse, wie in der Psychotherapie (ambulant und stationär), in der Mind-Body Medicine sowie in der psychosomatischen Medizin und Psychiatrie, im Coaching, als Stressbewältigungsmethode, in der (psychologischen) betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention, in der Paarberatung, im Erziehungswesen und in Schulen sowie in Wirtschaft und Politik im Rahmen von Führungs- und Managementseminaren.

Spätestens seit der Veröffentlichung der ersten randomisierten Wirksamkeitsstudien zu Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) zur Rück-

fallprophylaxe bei Depressionen ist Achtsamkeit auch im Rahmen der akademischen Psychologie angekommen. Es gibt zunehmendes Interesse an den Prinzipien Achtsamkeit und Akzeptanz. Methoden, die diese Prinzipien nutzen, werden mehr und mehr in den klinischen Alltag integriert.

Wir möchten in diesem Buch die beiden am besten wissenschaftlich untersuchten achtsamkeitsbasierten Ansätze Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR; Deutsch: Stressbewältigung durch Achtsamkeit) und Mindfulness-based Cognitive Therapy, MBCT; Deutsch: Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie), vorstellen. Diese beiden Ansätze sind strukturierte erfahrungs- und übungsorientierte Gruppenprogramme, in denen die Entwicklung und das Üben von Achtsamkeit als zentrales Therapieprinzip angesehen werden. Aber wir möchten auch auf die Hintergründe von Achtsamkeit und deren buddhistische Wurzeln eingehen sowie die Wirkmechanismen, soweit sie erforscht sind.

Wir hoffen mit diesem Buch einen Einblick in die klinische Anwendung von Achtsamkeit und Akzeptanz vermitteln zu können. Gleichzeitig liegt es uns am Herzen, das Diskussionsfeld zu erweitern und zu zeigen, dass Achtsamkeit weit mehr ist als eine therapeutische Methode. Achtsamkeit als Lebenshaltung hat das Potential, unsere Beziehung zu uns selbst, zu anderen und zum Leben grundlegend zu transformieren. In dem Sinne ist sie sowohl für Behandler als auch für Klienten und Patienten gleichermaßen transformierend. In der buddhistischen Tradition ist Achtsamkeit einer von sieben Erleuchtungsfaktoren und damit ein wesentlicher Pfeiler der Lehren und der Praxis, die zur Befreiung von Geist und Herz führen (von Allmen 2007). In der westlichen Psychotherapie, wenn in der Tiefe erfasst und nicht bloß auf eine weitere Technik reduziert, hat die Auseinandersetzung mit Achtsamkeit als Geistesschulung das Potential, einen Paradigmenwechsel in Bezug auf psychische Störungen und ihre Behandlung einzuleiten.

Wir wünschen uns, dass diese Auseinandersetzung noch viele Jahre anhält, sich vertieft und fruchtbare Weiterentwicklungen mit sich bringt, um für möglichst viele Menschen in den verschiedenen Lebens- und Arbeitskontexten die heilsame Wirkung von Achtsamkeit zugänglich zu machen.

1.1 Achtsamkeit in der Psychotherapie – ein kurzer Überblick

Seit Anfang der 1970er Jahre wurden eine Reihe strukturierter, achtsamkeitsbasierter Programme zur Behandlung von Menschen mit verschiedenen psychischen aber auch körperlichen Erkrankungen entwickelt, die

neben verhaltenstherapeutischen Prinzipien verstärkt Achtsamkeit und Akzeptanz berücksichtigen (Heidenreich/Michalak 2003). Allgemeines Ziel achtsamkeitsbasierter Ansätze ist die Förderung einer bewussten, wachen und selbstbestimmten Lebensgestaltung und somit eine Verbesserung der Lebensqualität. Dabei werden eine positive Geisteshaltung sowie ein gesundheitsförderlicher Umgang mit den unvermeidbaren Schwierigkeiten und Herausforderungen des Lebens angestrebt. Insgesamt geht es bei der Übung der Achtsamkeit stets um die Reduzierung von Leiden, wie auch immer dieses geartet sein mag, ob körperlich oder psychisch, ob chronisch oder akut, ob schwerwiegend oder alltäglich. Diese Wirkung von Achtsamkeit wird durch eine große Anzahl wissenschaftlicher Studien für eine Vielzahl von Problemen und Erkrankungen belegt. Hierbei zeigt sich auch, dass Achtsamkeit das Wohlbefinden sowie die Lebenszufriedenheit steigert und die kognitive Leistungsfähigkeit und Flexibilität erhöht (u. a. Hölzel/Brähler 2015; Meibert et al. 2011).

Ein Ansatz, der Achtsamkeit als zentrale Intervention vermittelt, ist die „Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion“ (Mindfulness-based Stress Reduction, MBSR; Kabat-Zinn 1990). Empirische Unterstützung für die Wirksamkeit des Programms gibt es z. B. bei Schmerzsyndromen, Angstpatienten, Psoriasis, Stress- und Angstsymptomen, Fibromyalgie und Krebserkrankungen. Zudem gibt es Studien zu Effekten auf die Immunfunktion. Mehrere Metaanalysen zu MBSR kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass es insgesamt konsistente Wirksamkeitsnachweise für diese Methode gibt (für eine Übersicht siehe Michalak et al. 2006).

Darüber hinaus weisen erste Ergebnisse darauf hin, dass eine Ergänzung psychotherapeutischer Einzeltherapie mit MBSR zur Verkürzung der Therapiezeit mit verbesserter Zielerreichung führt (Weiss et al. 2005).

Die theoretische Basis der Anwendung achtsamkeitsbasierter Methoden in der Psychotherapie beruht auf der Sicht, dass ein kontraprophischer Umgang mit negativen Emotionen wie Angst, Trauer oder Wut (Seligman 2009) als problemverstärkend erachtet wird. Schulenübergreifend sind sich Kliniker und Forscher einig, dass Vermeidungsverhalten im Umgang mit unangenehmen Erfahrungen als eine wesentliche Ursache für psychische Probleme angesehen werden kann. In den kognitiven Theorien wird die Tendenz zum Vermeidungsverhalten als *experiential avoidance* operationalisiert (Kumar et al. 2008; Roemer/Orsillo 2009) und gilt störungsübergreifend als ein wichtiger Vulnerabilitätsfaktor sowie als eine aufrechterhaltende Bedingung für psychische Erkrankungen.

Automatischen Vermeidungsstrategien setzen achtsamkeitsbasierte Ansätze die Haltung der bewussten Hinwendung (auch) zum Schwierigen, Unangenehmen oder Ungewollten entgegen. Durch Achtsamkeit lernen

die Klienten, dass es möglich ist, relativ ruhig und fokussiert zu bleiben, auch wenn schwierige Erfahrungen wie Gefühle oder ruminative Gedanken ins Bewusstsein treten. Sie entwickeln Schritt für Schritt eine beobachtend-wahrnehmende Haltung, identifizieren sich nicht mehr so stark mit dem Inhalt der Gedanken und Gefühle und können die vergängliche Natur dieser Erfahrungen erkennen. So reduzieren sich Ängste und Ablehnungsimpulse. Dieser Ansatz bietet also die Möglichkeit, einen anderen Umgang mit schwierigen Gedanken und Gefühlen zu etablieren, anstatt sie zu vermeiden, und so psychisches und physisches Leid zu reduzieren.

Die heute bekannten Achtsamkeitsansätze, die im klinischen Kontext angewendet werden, unterscheiden sich darin, wie zentral die Rolle der Achtsamkeit ist und wie intensiv Achtsamkeit geübt wird.

Diese Unterscheidung halten wir für einen wichtigen Aspekt, denn nicht jede Methode, die Elemente von Achtsamkeit benutzt oder kurze Achtsamkeitsübungen mit einbezieht, sollte unserer Meinung nach – nicht zuletzt auch aus Evaluationsgründen – als achtsamkeitsbasiert bezeichnet werden. Da das Feld der Achtsamkeitsmethoden im klinischen Kontext vergleichsweise jung ist, gibt es hier in Bezug auf die Integration neben den guten Wirksamkeitsnachweisen auch noch viele offene Fragen. Wir halten den Versuch einer genaueren Definition von dem, was wir tun (oder lassen), wenn wir eine Methode als achtsamkeitsbasiert bezeichnen, für notwendig. Hier stimmen wir mit Germer überein, wenn er schreibt: „[...] wenn die Forschungsergebnisse weiterhin zeigen, dass Achtsamkeit eine vielversprechende Behandlungsstrategie ist, dann werden Forscher eine Begriffsbestimmung mit klar definierten Bestandteilen benötigen, um neue Interventionen zu konstruieren“ (Germer et al. 2009, 22).

Germer und Kollegen (2009) treffen vor dem Hintergrund, dass es eine Vielzahl von Möglichkeiten gibt, wie man Achtsamkeit in einen Therapieprozess integrieren kann, unserer Meinung nach eine hilfreiche Unterscheidung. Sie sprechen als Oberbegriff von achtsamkeitsorientierten Ansätzen.

Diese sind allgemein dadurch charakterisiert, dass die Klienten dazu angehalten werden, mit der gegenwärtigen Erfahrung in einen achtsamen, freundlichen und mitfühlenden Kontakt zu kommen und das, was sie erleben, zunächst einmal möglichst wertfrei wahrzunehmen, ohne gleich Handlungsimpulsen zu folgen.

Germer geht von drei Ebenen aus, über welche Achtsamkeit in die Therapie integriert werden kann:

1. Der (Achtsamkeit) übende Therapeut:

Der Therapeut übt selbst in seinem Alltag regelmäßig Achtsamkeit für sein eigenes Wohlbefinden und um achtsame Präsenz in der therapeutischen Situation zu verkörpern.

2. Achtsamkeitsinformierte Therapie

Der Therapeut identifiziert sich mit einem theoretischen Bezugsrahmen, der auf den Prinzipien der Achtsamkeitspraxis und Achtsamkeitsforschung sowie der buddhistischen Psychologie beruht. Er bezieht sich auf Achtsamkeitsprinzipien, lehrt aber seine Patienten keine Meditationsübungen noch übt er mit ihnen zusammen.

3. Achtsamkeitsbasierte Therapie

Der Therapeut führt den Patienten in längere, formelle Achtsamkeitsübungen ein und unterstützt ihn, sie regelmäßig zu üben in Verbindung mit der Einladung, die Haltung der Achtsamkeit so oft wie möglich auch im Alltag zu praktizieren (informelle Achtsamkeit). Durch die intensive Übung der Achtsamkeit werden die Klienten darin unterstützt, aus einem analytischen, sprachlich orientierten Tun-Modus auszusteigen und dafür eher die erfahrungsorientierte Ebene des Sein-Modus in sich zu stärken. Außerdem werden schwierige Gedanken (und auch Emotionen) nicht verändert, sondern es geht vielmehr darum, ihre (vergängliche) Natur zu erkennen, indem sie beobachtet werden, ohne sich mit ihrem Inhalt zu identifizieren. Dies fördert die Haltung von Neugier, Offenheit und eine neutrale Beobachterperspektive, weil davon ausgegangen wird, dass Ablehnung eher zu Kampf und Vermeidungsverhalten führt und damit die Problematik verstärkt und festigt. Dies alles soll aber nicht rein kognitiv verstanden, sondern auf einer Erfahrungsebene nachvollzogen und erlebt sowie verinnerlicht werden. Deshalb wird die Wichtigkeit des Übens so betont.

Und da Achtsamkeit die Hauptintervention bei achtsamkeitsbasierten Verfahren ist, wird auch sehr viel Wert darauf gelegt, dass die Therapeuten selbst eine ausreichend tiefe Erfahrung mit der Praxis der Achtsamkeit haben.

Segal, Williams und Teasdale bestätigen diesen Aspekt in der 2. Auflage des MBCT-Manuals, in dem sie sich eindeutiger als noch zu Beginn der Entwicklung von MBCT auf die Wichtigkeit der eigenen Achtsamkeitserfahrung des Therapeuten bzw. Anleiters beziehen:

„[...] Heute verstehen wir besser als noch vor zehn Jahren, was es bedeutet, wenn wir den Begriff „achtsamkeitsbasiert“ verwenden. Damit meinen wir nicht nur die Tatsache, dass das, was in einem Seminar oder

in der Klinik gelehrt wird, „auf Achtsamkeit basiert“. Vielmehr sagen wir damit, dass die „Basis“, auf der die Fertigkeiten eines Lehrers beruhen, die eigene tägliche Achtsamkeitspraxis ist. Natürlich benötigen Lehrer, die diesen Ansatz anwenden, die Fertigkeiten eines qualifizierten und zuverlässigen Experten auf seinem eigenen Gebiet. Wichtig ist aber auch die Tiefe der Praxis und Perspektive, die nur daraus erwächst, dass man von innen weiß, was Achtsamkeitspraxis ist und was nicht. Das bedeutet, dass Achtsamkeitslehrer in ihrem Alltag Achtsamkeitsübende sind. Nur wenn ein Lehrer eine kontinuierliche Achtsamkeitspraxis übt, kann das, was er oder sie lehrt, als MBCT bezeichnet werden“. (Segal et al. 2015, 26)

Achtsamkeit in Psychotherapie und Beratung zu integrieren, wenn der Anspruch besteht, dass das Konzept wirklich verstanden und verinnerlicht wird, beinhaltet neben den Chancen also auch eine Herausforderung. Achtsamkeit kann nicht durch Worte, Theorien oder Nachdenken verstanden werden, sie will konkret am eigenen Leibe erfahren werden. Nur so erschließen sich ihre Wirkung und Anwendungsmöglichkeiten in der Tiefe. Auch beinhaltet die Anwendung der Achtsamkeit eine Haltungsänderung auf Seiten des Therapeuten, die er durch eigene Erfahrungen mit der Achtsamkeit durchdringen und in der therapeutischen Situation verkörpern sollte. Diese Haltung ist freundlich-erforschend und weniger strebend-zielorientiert und somit ergebnisoffen. Ebenso sollte der Therapeut die Schwierigkeiten auf dem Übungsweg wie Unlust, Unkonzentriertheit, innerer Unruhe, Zweifel, Schmerzen, schwierige Emotionen oder Widerstand sowie deren Überwindung aus eigener Erfahrung kennen. Nicht zuletzt deshalb wird die Notwendigkeit einer eigenen, intensiven Erfahrung des Therapeuten mit den Methoden und Prinzipien der Achtsamkeit als unerlässlich angesehen, um sie an Klienten weiter zu vermitteln. Dies hängt aber in gewisser Hinsicht auch davon ab, in welcher Tiefe und Intensität Achtsamkeit eingesetzt werden soll.

Gleichzeitig können Therapeuten selbst von den Achtsamkeitsübungen profitieren – unabhängig davon, ob sie nun achtsamkeitsbasiert arbeiten oder nicht. Die Forschung hat gezeigt, dass entsprechende Trainings bei Psychotherapeuten und Ärzten zu einer Senkung der Stressbelastung und des Burnout-Risikos führen und darüber hinaus zu einer Steigerung des Wohlbefindens und der Arbeitszufriedenheit (z.B. Aggs/Bambling 2010; Christopher et al. 2011; Irving et al. 2009; May/O'Donovan 2007; Shapiro et al. 2005; Shapiro et al. 2007).

Darüber hinaus gibt es erste empirische Hinweise darauf, dass die Achtsamkeitspraxis des Therapeuten auch eine direkte Wirkung auf den the-

rapeutischen Prozess haben kann. Grepmair und Kollegen (2007b) konnten in einer randomisierten Studie einen signifikant positiven Einfluss auf den Therapieverlauf zeigen bei Behandlungen, in denen die Therapeuten vor der Sitzung Achtsamkeitsmeditation praktizierten. Nachdem sie in einer Pilotstudie (Grepmair et al. 2007a) mit 196 Probanden zeigen konnten, dass die Patienten, deren Therapeuten meditierten, über größere Fortschritte und bessere Therapieresultate berichteten, überprüften sie diesen Befund in einer Doppelblindstudie (Grepmair et al. 2007b), die sich streng an methodische Qualitätskriterien orientierte. Dazu wurden 18 Psychologen in Ausbildung (PiAs) zunächst nach dem Zufallsprinzip einer Meditations- (N = 9) bzw. Kontrollgruppe (N = 9) zugeordnet. In der Meditationsgruppen-Bedingung bekamen die Therapeuten eine Einführung in die Achtsamkeitsmeditation durch einen japanischen Zen-Meister, der nichts von den Hintergründen der Studie wusste. Das Training fand über einen Zeitraum von neun Wochen täglich vor Beginn des Arbeitstages statt. Zusätzlich wurde den PiAs empfohlen, ihre psychotherapeutische Arbeit mit Achtsamkeit auszuüben. Die 124 Patienten, die an dieser Studie teilnahmen, wurden ihren Therapeuten ebenfalls nach dem Zufallsprinzip zugeordnet – und auch hier kannte keine der beiden Seiten das Ziel der Untersuchung. Zur Überprüfung der Hypothesen setzten Grepmair und seine Kollegen verschiedene standardisierte Messinstrumente ein. Zu Behandlungsbeginn wurden zunächst die Symptome der Patienten erfasst. Im Laufe ihres Klinikaufenthaltes füllten die Patienten darüber hinaus unmittelbar nach jeder Einzelpsychotherapie-Sitzung jeweils einen sogenannten Stundenbogen aus, in dem sie ihre Zufriedenheit mit der Therapie, ihre Fortschritte innerhalb und außerhalb der Therapie und die Qualität der therapeutischen Beziehung beurteilen konnten. Nach Abschluss der Behandlung wurden erneut die Symptome erfasst und zusätzlich die subjektiv wahrgenommenen Ergebnisse der stationären Therapie erfragt. Die Auswertung der Daten bestätigte den Befund aus der Pilotstudie: Die Patienten, deren Therapeuten meditierten, berichteten im Vergleich zur Kontrollgruppe über größere Fortschritte bei der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten und im Verstehen der eigenen Psychodynamik. Zudem gaben sie an, dass ihnen der Aufbau neuer Verhaltensweisen und deren Transfer in den Lebensalltag leichter falle und sie schätzten ihre Möglichkeiten der eigenen Entwicklung höher ein. Darüber hinaus zeigte sich in dieser Patientengruppe eine deutliche Reduzierung der Symptome, unter anderem in den Bereichen Depressivität, Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit und Somatisierung.

1.2 Achtsamkeit in den verschiedenen therapeutischen Richtungen

Die Grundideen und Prinzipien der Übung und Haltung der Achtsamkeit gehen auf buddhistisch-meditative Übungswege zurück. Das letztendliche Ziel dort ist die Einsicht in die wahre Natur oder eigentliche Realität aller Dinge einschließlich des eigenen Selbst. Diese Einsicht wird „Erwachen“ genannt und führt zur Befreiung aus dem Kreislauf des Leidens (Suzuki 1964).

Leiden zu lindern, ist auch ein Ziel von westlicher Psychotherapie und so ist es nicht verwunderlich, dass schon in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts Psychotherapeuten Kontakt zu den Ideen der buddhistischen Psychologie suchten. Carl Gustav Jung als Vertreter der analytisch-psychodynamischen Psychotherapie beschäftigte sich mit dem Tibetischen Totenbuch und schrieb 1939 einen Kommentar dazu (Jung 1992). Erich Fromm und Karen Horney hatten ebenso wie Jung damals Kontakt zu Daisetz Suzuki, dem wichtigsten Vertreter der Integration des Zen Buddhismus in den Westen. Frits Perls als Begründer der Gestalttherapie und Vertreter der humanistischen Psychotherapie interessierte sich ebenfalls für buddhistische Ideen. Durch den Kontakt mit Charlotte Selver, die – aus Deutschland in die USA emigriert – die Sensory Awareness Arbeit entwickelte, eine Form achtsamer Körperwahrnehmung, rückte die Entwicklung eines bewussten Kontaktes mit der Hier-und-Jetzt-Erfahrung in den Mittelpunkt der gestalttherapeutischen Arbeit (Perls 1996, 2012). Die Keimzelle des Austausches zwischen östlichen und westlichen Ansätzen sowie die Weiterentwicklung derselben war ab den 1960er Jahren das kalifornische Esalen Institut.

Aber auch schon der Harvard Professor William James (1876–1907), der als Begründer der Psychologie in den USA gilt, war buddhistischen Ideen zugetan. So finden wir bei dem Psychoanalytiker Epstein folgendes Zitat über James:

„In den ersten Jahren dieses Jahrhunderts hielt James während seiner Vorlesung plötzlich inne, als er unter seinen Hörern einen buddhistischen Mönch aus Ceylon wiedererkannte. „Nehmen Sie meinen Lehrstuhl“, soll er gesagt haben. „Sie bringen bessere Voraussetzungen mit, über Psychologie zu reden, als ich“. Nachdem der Mönch die Lehren des Buddha dargelegt hatte, sagte James zu seinen Hörern: „Dies ist die Psychologie, die in fünfundzwanzig Jahren jedermann studieren wird“ (Epstein 2000, 13).