

# Achtsamkeit und Hypnosepsychotherapie

Michael E. Harrer

## Einleitung

Die buddhistische Tradition beschreibt Achtsamkeit als Herzstück auf dem Weg zur Erkennung der Ursachen und zur Befreiung von Leiden. Seit den 1970er Jahren gewinnt Achtsamkeit auch in der westlichen Psychotherapie zunehmend an Bedeutung (Baer 2006; Johanson 2006; Brown et al. 2007; Mace 2008; Germer et al. 2009; Weiss, Harrer 2010). Sie wurde von Ron Kurtz (1994) im Rahmen der Hakomi-Methode erstmals explizit in die psychodynamische Psychotherapie eingeführt. Ihre heutige Verbreitung verdankt sie aber vor allem dem »*Mindfulness-based Stress Reduction Programm*« (MBSR; Kabat-Zinn 2006a, 2006b) und der Tatsache, dass dieses in der Verhaltenstherapie großen Anklang fand, störungsspezifisch weiterentwickelt wurde und die Wirksamkeit der Programme in einer Vielzahl von Studien (Grossman et al. 2004) nachgewiesen werden konnte. So zeigen etwa die »dialektisch-behaviorale Therapie« (DBT) bei Borderline Patientinnen (Linehan 1996), die »achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie« (MBCT) bei depressiven Menschen (Segal et al. 2008) und die »Akzeptanz- und Commitment-Therapie« (ACT; Hayes et al. 2007) bei verschiedensten psychischen Störungen beachtliche Wirkungen.

So liegt es nahe, sich zu fragen, inwieweit das Konzept der Achtsamkeit auch die Hypnosepsychotherapie bereichern kann. Diese Frage wird im Folgenden beantwortet, speziell auch mit dem Schwerpunkt, welche positiven Auswirkungen es haben kann, wenn der Therapeut<sup>1</sup> dem Patienten aus einer Haltung der Achtsamkeit heraus begegnet und mit ihm gemeinsam Zustände von Achtsamkeit aufsucht, um ihm bei der Erforschung seiner Innenwelt zu assistieren.

---

1 Wenn im Folgenden die männlichen Formen verwendet werden, dann dient dies dazu, den Text lesefreundlich zu gestalten. Es sind selbstverständlich beide Geschlechter gemeint.

## Was ist Achtsamkeit?

Wie wir die Welt erleben und sie immer wieder neu konstruieren, hängt zu einem großen Teil davon ab, worauf wir unsere Aufmerksamkeit lenken und aus welcher Haltung heraus wir sie wahrnehmen. Achtsamkeit bedeutet, seine Aufmerksamkeit der jeweils gegenwärtigen Erfahrung zu schenken – auf eine akzeptierende und nicht beurteilende Weise – und sich dabei zugleich des Gewahrseins des jeweiligen Objektes der Aufmerksamkeit bewusst zu sein. So lautet die Basisanweisung zur Achtsamkeitsmeditation (Vipassana) folgendermaßen: »... sitze still, bewege Dich nicht und lenke einfach Deine offene Aufmerksamkeit auf das, was da ist, von Augenblick zu Augenblick, mit Gleichmut, ohne Anhaften oder Ablehnung ... und ohne zu versuchen, es zu verändern« (Tart 2001b, S. 68; Übersetzung durch den Verfasser).

Das Wort Achtsamkeit beschreibt in seiner modernen Anwendung dreierlei: Vorübergehende, definierte Bewusstseinszustände (»states«), überdauernde Eigenschaften (»traits«) im Sinne einer Haltung oder aber umschriebene Formen der Übungspraxis. In Achtsamkeitstrainings oder dem klassischen Weg der »Geistesschulung« (Nyanaponika 2000) werden achtsame Zustände wiederholt aufgesucht, um diese zu kultivieren und als Haltung zu verinnerlichen.

## Die vier Komponenten von Achtsamkeit

### 1. Aufmerksamkeitslenkung, Meta-awareness

Die in der Regel automatisch ablaufenden Prozesse der Aufmerksamkeitslenkung werden in Achtsamkeit *deautomatisiert*. Dies gelingt, indem man danach trachtet, sich in jedem Augenblick über den jeweiligen Fokus der Aufmerksamkeit bewusst zu sein. Dieser Fokus kann ein umschriebenes Objekt sein, etwa das Heben und Senken der Bauchdecke beim Atmen oder ein ungutes Gefühl in der Magengrube; der Fokus kann aber auch als »Panorama-Bewusstsein« breit, weit und offen sein. Um die Bewusstheit über den augenblicklichen Fokus, »Meta-awareness«, zu üben, kann es hilfreich sein, das jeweilige Objekt des Gewahrseins innerlich leise zu benennen, es gleichsam mit einem Etikett zu versehen. In der Außenwelt könnten diese Etiketten etwa lauten »sehen«, »hören«, »berühren«, in der Innenwelt finden sich »Bilder«, »Gedanken«, »Gefühle« und »Empfindungen« (Young 2008).

### 2. Der »Innere Beobachter«, Disidentifikation

Deikman (1982, S. 92–94) beschreibt vier abgrenzbare Erfahrungsbereiche des »Selbsterlebens«: So unterscheidet er zwischen einem »denkenden Selbst«, einem »emotionalen Selbst«, einem »funktionalen Selbst« mit dem Körper als Hauptorgan

und dem »beobachtenden Selbst«. Das Phänomen des »beobachtenden Selbst« ordnet er einer anderen Ebene zu: es sei das persönlichste von allen, es bestehe vor den Gedanken, Gefühlen, Handlungen und dem Körper, weil es eben diese Phänomene erfahren und beobachten kann. Das Entscheidende am »beobachtenden Selbst« sei jedoch, dass es nicht zu einem *Objekt* der Beobachtung gemacht werden kann. Was immer wir beobachten oder in Konzepte einordnen können, ist ein Objekt des Gewahrseins und nie das Gewahrsein selbst.

Die ausdauernde Übung von Achtsamkeit führt zu einer bewussteren, detailreicheren und intensiveren Wahrnehmung der Innen- und Außenwelt. Zugleich wird dieses »beobachtende Selbst« trainiert, ein »Innerer Beobachter« aktiviert und gestärkt. Achtsamkeit bedeutet, in einem *rezeptiven Zustand* die sich von Moment zu Moment entfaltende Erfahrung der inneren und äußeren Welt zu beobachten. Achtsamkeit bedeutet weiter, sich des jeweiligen beobachteten Objekts bewusst zu sein, zugleich aber auch des Gewahrseins selbst. Im fortgeschrittenen Achtsamkeitstraining wird der Fokus von den Objekten der Wahrnehmung zu einer objektlosen Beobachtung verschoben, zum »reinen Beobachten«. Dieser Weg führt über die Frage »wer bin ich?« in transpersonale Dimensionen. In der spirituellen Literatur wird für den Beobachter auch das Wort »Zeuge« und »Zeugenbewusstsein« (Wilber 1996, S. 152) verwendet.

Ein wesentliches Prinzip der Wirkung von Achtsamkeit ist die »Disidentifikation«. Sich zu disidentifizieren bedeutet, durch das Beobachten Abstand zu den sich stets verändernden Gedanken, Gefühlen, Impulsen und Zuständen zu gewinnen. Ein Gedanke wird als Gedanke erkannt und verstanden, als nicht mehr, aber auch als nicht weniger. Die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) bezeichnet diesen Perspektivenwechsel als »*distancing*« oder »*decentering*«. Er gilt als der zentrale Wirkmechanismus der MBCT (Segal et al. 2008) bei der Rückfallprävention von Depression. Die kognitive Therapie der Depression versuchte, dysfunktionale Gedanken durch funktionale zu ersetzen. In der »dritten Welle« der Verhaltenstherapie werden depressive Menschen in Achtsamkeitstrainings dazu angeleitet, depressive Gedankenketten als solche zu erkennen und im Beobachten zu bleiben. Sie sind dann nicht mehr mit ihnen identifiziert, glauben nicht mehr alles, was sie denken.

Dieses Nicht-Anhaften, die Disidentifikation von dem, was wir normalerweise als Realität anerkennen, kann als Basis der Wirkung der achtsamkeitsbasierten Verfahren betrachtet werden. Auch das Beobachten des Kommens und Gehens verschiedenster Zustände hilft, uns von eben diesen Zuständen zu disidentifizieren. Das Konstrukt des »Inneren Beobachters«, gleichsam als Verantwortlicher für diesen Beobachtungsprozess ist hilfreich bei dieser Disidentifikation, indem wir uns immer weniger mit dem Beobachteten – etwa unser Wut oder unserem Bild von uns selbst – und immer mehr mit diesem unveränderlichen »Inneren Beobachter« identifizieren.

### 3. Gegenwärtiger Moment, Präsenz, Anfängergeist

Achtsamkeit bedeutet, die Aufmerksamkeit der von Moment zu Moment gegenwärtigen Erfahrung zuzuwenden und sich damit nicht in Erinnerungen an die Vergangenheit oder in Erwartungen an die Zukunft zu verlieren. Als *Anfängergeist* beschreibt Suzuki (1975) eine Haltung, in der man jedem Moment ohne Erwartungen und ohne – aus der Vergangenheit stammende – Konzepte und damit ohne Vorurteile und Beurteilungen begegnet. Anfängergeist forscht und beobachtet, will die Dinge sehen, wie sie sind; er betrachtet das Leben wie ein Kind, voller Neugier, Wunder und Freude. Dieser Fokus der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment führt zu einer Qualität von *Präsenz*: man ist zentriert und im Körper lebendig, auch während man mit anderen Menschen in Kontakt ist.

### 4. Akzeptierende, nicht bewertende Zuwendung; Gleichmut

Achtsames Beobachten bedeutet, alle im Erfahrungsstrom auftauchenden Objekte mit *Gleichmut* zu betrachten (Young 2004), d. h. ohne Anziehung, Anhaften oder Ablehnung und Vermeidung. Achtsamkeit bedeutet, die Dinge so zu akzeptieren wie sie sind, sie nicht zu bewerten und sie nicht anders haben zu wollen, als sie sind. Die dialektisch-behaviorale Therapie spricht von »radikaler Akzeptanz« (Linehan 1996). Man könnte diese Qualität mit dem Blick eines gütigen Großvaters oder einer liebevollen Großmutter auf ihre Enkel vergleichen. Sie nehmen diese so wahr, wie sie sind, mit aller Liebe und ohne den Wunsch, sie zu verändern.

Das Aufgeben von Ablehnung und dem damit meist verbundenen Vermeidungsverhalten ermöglicht, sich Situationen auszusetzen, die bis dorthin vermieden wurden. Diese *Exposition* kann – heilsam gestaltet – zu »korrigierenden Erfahrungen« führen. Die »Akzeptanz und Commitmenttherapie« nutzt den Gewinn der Umsetzung der zentralen Werte des Patienten, um ihn zu einer Selbstverpflichtung zu motivieren, auch (potentiell) unangenehme Erfahrungen zu akzeptieren und sich Neuem, bisher Vermiedenem auszusetzen.

## Achtsamkeit und Hypnose eröffnen ein weites Spektrum

Achtsamkeit und Hypnose sind insofern verwandt, indem sie sich in wesentlichen Bereichen auf die gleichen Dimensionen beziehen. Sie stehen dabei allerdings vielfach in einer polar gegensätzlichen bzw. komplementären Beziehung.

Hypnotische Zustände sind durch drei wesentliche Eigenschaften gekennzeichnet: (1) Absorption, (2) Dissoziation und (3) Suggestibilität. Ferner bezweckt Hypnose Veränderung und ist damit (4) zumeist zielorientiert; in hypnotischen Zuständen kann (5) ein »hidden observer« anwesend sein; Hypnose arbeitet (6) mit Regression und Zukunftsorientierung. Sie nutzt vor allem (7) »Bottom-down«-

Interventionen, und sie ist (8) ein – in weiten Abschnitten – von seiten des Therapeuten aktiv gestalteter, gelenkter Prozess.

Im Folgenden sollen diese acht Dimensionen erläutert werden:

### 1. Von Absorption zu offenem Gewährsein

In der Hypnose bedeutet Absorption – etwa in einer Imagination – eine Fokussierung der gesamten Aufmerksamkeit auf einen kleinen Ausschnitt des möglichen Wahrnehmungsfeldes. Dabei werden andere Bereiche ausgeschlossen: So nimmt normalerweise ein Patient in Hypnose seine Umgebung gar nicht oder nur sehr bruchstückhaft wahr. Er hat in der Regel kein Bewusstsein darüber, dass er in Hypnose ist, somit besteht keine Meta-awareness.

Achtsamkeit führt zum Gegenteil von Absorption: essenziell ist dabei die Aktivität des »Inneren Beobachters« und das Gewährsein des Gewährseins. Dazu kann auch noch die Offenheit der Aufmerksamkeit kommen im Sinne eines einschließenden und eben nichts ausschließenden offenen Gewährseins. Für Patienten ist es auch außerhalb der Therapie hilfreich, Meta-awareness zu entwickeln, um sich ihrer automatisch funktionierenden Aufmerksamkeitslenkungsprozesse bewusst zu werden. Achtsamkeitstraining übt die Fähigkeit, auf das zu fokussieren, was in jedem Moment wichtig ist (Young 2006) und heilsam – um einen Terminus der buddhistischen Psychologie zu verwenden. Den Aufmerksamkeitsfokus bewusst zu verändern oder die Aufmerksamkeit zu weiten, ist ein Weg um aus automatisch getriggerten Problemtrancen heraus zu neuen Wahrnehmungen der Welt, zu immer mehr »Klarblick« zu gelangen.

### 2. Von der Dissoziation zur Disidentifikation

Als überwältigend erlebte Erfahrungen führen zu dissoziativen Phänomenen, zu Depersonalisation, zu Gefühlen, nichts mehr mit dem eigenen Körper zu tun zu haben, irgendwo anders oder im »Nirgendwo« zu sein. Dieser automatische Mechanismus kann lebensrettend wirken, indem er hilft, aus einer nicht aushaltbaren Realität zu entfliehen und dadurch Schmerzhaftes nicht wahrzunehmen zu müssen. In der Hypnose werden dissoziative Zustände induziert und genutzt, etwa in der Schmerztherapie.

Anleitung zur Achtsamkeit führt in die Gegenrichtung: Der Patient *wendet sich akzeptierend und teilhabend* der Erfahrung zu, aber aus der disidentifizierten Beobachterposition. Er bleibt im Kontakt mit dem Körper und mit dem Hier und Jetzt. Aktualisierte Erinnerungen und die mit ihnen verbundenen Gefühle werden in ihrem Auftauchen und Vergehen beobachtet, ohne sich mit ihnen zu identifizieren. Bei Menschen mit chronischen Schmerzen konnte eine starke negative Korrelation zwischen Dissoziation/Depersonalisation und Achtsamkeit gefunden werden (Michal et al. 2007). Andererseits gelingt durch eine genaue, differenzierende Beobachtung der einzelnen Komponenten des gegenwärtigen

Erlebens eine »*Dekonstruktion*« von komplexen Erfahrungen. Die akzeptierende Betrachtung der Einzelteile einer unangenehmen Erfahrung – Gedanken, Bilder, Erinnerungen, Empfindungen, Gefühle – kann ihr den überwältigenden Charakter nehmen und sie handhabbar machen. Diese achtsamkeitsbasierte Coping-Strategie wird auch bei Schmerzen eingesetzt (Young 2004). Überwältigendes und bisher Ausgeblendetes kann integriert werden.

Achtsamkeit hilft somit, vom sicheren Standpunkt des inneren Beobachters aus, all dem, was gegenwärtig da ist, ins Auge zu sehen und fördert auf diese Weise dessen Integration (Siegel 2007, 2010). Auch der konstante, wache und lebendige Kontakt mit dem Körper, das »*embodiment*« ist ein bedeutsames Charakteristikum von Achtsamkeit (Mace 2008, S. 45). So hilft sie, sich einem Therapieziel vieler Patienten zu nähern: in einem sich lebendig anfühlenden Körper präsent zu sein und neue Qualitäten des Lebens wahrzunehmen.

### 3. Suggestibilität: Von Trance über »Konsensus-Bewusstsein« zur »De-Hypnose«

Die Absorption in Trance-Zuständen führt einerseits zu einer intensiveren Wahrnehmung von bestimmten Ausschnitten der inneren und äußeren Welt, andererseits zum Ausblenden von anderen Teilen. In der Regel nehmen wir die Bilder, die wir uns von der Welt und von uns selbst machen, als Realität. Wir sind zu meist identifiziert mit unseren Gedanken und Gefühlen, wir tendieren dazu, zu glauben, was wir in den unterschiedlichsten Zuständen denken und fühlen. Dies geschieht auch in krankheitswertigen Zuständen von Angst oder Depression, in denen die Gedanken als negative Autosuggestionen verstanden werden können. In der Therapie erarbeitete »positive« Autosuggestionen führen in die gleiche Richtung wie die Suggestionen des Therapeuten in der Hypnose: Sie sollen als Realität genommen werden.

Der Begriff »Trance« wird in der modernen Hypnotherapie vielfältig verwendet. Man spricht etwa von »Autobahntrance«, »*Alltagstrancen*« (Wolinski 1993), »*Problem- und Lösungstrancen*«. Wier (1996) unterscheidet vier Arten von Trance: Meditative, hypnotische, süchtige und charismatische Trance. Man kann auch Ego-States – etwa Kind-Zustände oder aktivierte Täterintroyekte – als Formen von Trance verstehen. Fallen wir somit in unserem Alltag von einer Trance in die andere? Inwieweit sind wir auch im *Konsensus-Bewusstsein* (Tart 2001a) in einer Trance, die alles ausblendet, was sich mit dem familiär und gesellschaftlich geprägten Konzept unserer Welt nicht verträgt? Der Hypnosepsychotherapeut sollte sich möglichst Klarheit darüber verschaffen, in welcher Trance bzw. in welchem Bewusstseinszustand sich der Patient jeweils befindet. Dies ermöglicht, gezielt auf den spezifischen Bewusstseinszustand einzuwirken.

In der Sprache der Achtsamkeit können Trancen beschrieben werden als eine ausblendende oder verzerrte Wahrnehmung der Realität, als ein nicht in

der Gegenwart und Nicht-im-eigenen-Körper-Sein und als fehlende Bewusstheit darüber, dass man in Trance ist. Damit wird deutlich: Achtsamkeit ist der Gegenpol dessen, was als Trance definiert ist. Entscheidend ist dabei das »Erwachen des inneren Beobachters«. Sobald der Blick aus der Außenperspektive möglich wird und es mir klar ist, dass ich in einer Trance verhaftet bin, hält sie mich schon nicht mehr vollständig gefangen. Achtsamkeit führt dazu, die Welt immer mehr so wahrzunehmen, wie sie ist. Der Anfängergeist der Achtsamkeit nimmt die Welt abgelöst von den Konzepten und Vorurteilen des *Konsensus-Bewusstseins* bzw. der »Alltagstrancen« wahr. Hypnose führt Patienten aus *Problemtrancen* in *Lösungstrancen* und induziert ressourcenreiche Zustände. Im Gegensatz zu dieser »Lösung erster Ordnung« stellt Achtsamkeit eine »Lösung zweiter Ordnung« dar (Watzlawick et al. 1979), indem sie die nächst höhere Ebene nutzt: Durch Beobachtung aus der unverrückbaren disidentifizierten Position des inneren Beobachters führt Achtsamkeit zu »*Enthypnotisierung*«, zur »*De-Hypnose*« (Wolinsky 1993). Sie ermöglicht damit den Weg aus sich ständig abwechselnden, automatisch getriggerten, einschränkenden Trance-Zuständen.

Zentrales Anliegen dieses Artikels ist es, speziell Hypnosepsychotherapeuten eben den Bewusstseinszustand der Achtsamkeit nahezubringen und ihn von »Trance« abzugrenzen, um ihn im Rahmen des »*Bewusstseinsmanagements*« auch bewusst in Therapie einladen zu können. Auch Patienten können mittels Achtsamkeit lernen, auch außerhalb der Therapie Trancezustände zu erkennen und sich nicht mehr von ihnen entführen zu lassen und aus dem »*Autopilotenmodus*« (Kabat-Zinn 2006a) auszusteigen.

#### 4. Von Ziel- und Veränderungsorientierung über eine explorative Haltung zu Akzeptanz und Gleichmut

Als Teil modernen Lebens soll Psychotherapie hinsichtlich Zeit und Kosten effizient sein. Auch aus diesem Trend heraus wurden zum Teil manualisierte lösungs- und symptomorientierte Kurzzeittherapien entwickelt. Oft erwarten Patienten schnelle Veränderungen und dies nicht selten ohne eigenen Beitrag, speziell in der Hypnose. Diese Erwartungen können oft nicht erfüllt werden, und Veränderungsstrategien sind in vielen Fällen nicht erfolgreich, wenn sie sich auf Zukunfts- und Lösungsfokussierung beschränken.

Die Hypnosepsychotherapie kennt drei Interventionsmodi (Kanitschar 2009): Einen zukunfts- und lösungsorientierten, zweitens einen konfliktbearbeitenden, korrigierende emotionale Erfahrungen vermittelnden und drittens einen Ich-stärkenden, ressourcenaufbauenden und übenden Modus.

Im *konfliktbearbeitenden Modus* kann der Therapeut die neugierige *explorative Haltung* der Achtsamkeit nutzen und den inneren Beobachter des Patienten aktivieren und ansprechen, ihn gleichsam als Co-Therapeuten gewinnen. Gefühle, Konflikte, Persönlichkeitsanteile im Sinne der Ego-State-Therapie (Watkins &

Watkins 2003) können gemeinsam erforscht werden. Die für eine Nachreifung notwendigen *korrigierenden emotionalen Erfahrungen* können nachgeholt werden, speziell auch durch die Arbeit mit »*Kind-Anteilen*«.

Achtsamkeit ist auch im *Ich-stärkenden, ressourcenaufbauenden und übenden Modus* nutzbar. Man könnte das Training eines immer konstanteren inneren Beobachters als »ultimative« Ressource ansehen, nicht nur bei existentiellen Herausforderungen. Wenn etwa eine Therapie nicht in der Lage ist, Symptome zu reduzieren, Probleme oder äußere Realitäten zu verändern, kann eine Veränderung der Haltung des Patienten gegenüber den Problemen in Richtung Akzeptanz helfen, diese besser zu bewältigen.

Die buddhistische Psychologie betrachtet *Hass, Gier und Unwissenheit* – oft symbolisiert als Schlange, Hahn und Schwein – als die Ursachen aller Leiden. Achtsamkeit steht im Zentrum des Weges der Befreiung von Leiden, indem sie hilft, das zu erkennen und sich von Hass und Vermeidung, von Gier und Anhaften zu lösen. Gleichsam als Antidot zu Hass kultiviert sie Akzeptanz und »*Liebende Güte*« (Kornfield 2008). Dieser offen wohlwollende Blick auf sich selbst, andere Menschen und Situationen führt aus der Unwissenheit zu neuen *Einsichten*. Der gewonnene *Klarblick* hilft, uns selbst und andere mit allen Eigenarten immer mehr zu akzeptieren. Darüber hinaus führt er dazu, uns selbst und andere zu lieben.

Wenn man etwa die Sichtweise der buddhistischen Psychologie auf chronische Schmerzzustände anwendet, so entsteht psychisches Leiden erst durch den Hass, durch die Ablehnung und das verzweifelnde und verkrampfende Weghaben-Wollen der körperlichen Schmerzempfindung. In Achtsamkeit sind Schmerzen »nur« Empfindungen, die ihrerseits wieder unangenehme Gedanken, Gefühle, innere Bilder und körperliche Reaktionen hervorrufen.

Nach Epiktet sind es nicht die Dinge, die uns beunruhigen, sondern die Meinung, die wir von den Dingen haben, und Watzlawick beschrieb, wie viele Lösungsversuche ihrerseits zum Problem werden. Dies geschieht insbesondere dann, wenn es trotz großer Anstrengung nicht gelingt, etwas oder sich selbst zu verändern. Wenn dann allerdings nach langem Kampf der Wunsch nach Veränderung aufgegeben und Probleme oder Symptome akzeptiert werden, verändern sie sich nicht selten spontan oder lösen sich auf. Man spricht von der »*Paradoxen Theorie der Veränderung*« (Collande 2007).

Achtsame Akzeptanz bedeutet allerdings keineswegs Resignation oder ein Sich-abfinden mit Veränderbarem. Ganz im Gegenteil: Akzeptanz ist Voraussetzung dafür, genau und unvoreingenommen wahrzunehmen, wie die Dinge im Moment sind. Gerade das kann zum Ausgangspunkt für Veränderungsprozesse werden.

##### **5. Vom »hidden observer« zum »Inneren Beobachter«**

Einsichtsorientierte Psychotherapien beziehen sich auf die beobachtende Funktion des Ich, Sterba (1934) spricht von einer »therapeutischen Ich-Spaltung«. In



der Hypnose experimentierten Hilgard et al. (1975) mit der hypnotischen Induktion von Analgesie. Auch bei jenen Versuchspersonen, die keinen Schmerz wahrgenommen hatten, konnte ein »hidden observer« hervorgerufen werden, der in der Lage war, über die Stärke des experimentell induzierten Schmerzes zu berichten. Hilgards Neo-Dissoziations-Modell enthält ein »exekutives Ich« als »zentrale Kontrollstruktur«. Diese hat Monitorfunktion im Sinne des »hidden observer« und exekutive Funktionen. Das Erwachen des verborgenen Beobachters kann als Resultat der Anweisung von Hilgard verstanden werden, welche die totale Absorption verhinderte. Sie fokussierte zugleich auf die Schmerz Wahrnehmung und die damit rivalisierende hypnotische Metapher von Taubheit oder angenehmer Wärme (Spiegel 1990, S. 136).

Durch die Einführung von Achtsamkeit in die Therapie wird in jedem Fall implizit der »Innere Beobachter« eingeladen, aktiviert und geübt. Viele Patienten profitieren auch von der expliziten Erklärung des Konzeptes des inneren Beobachters und der damit verbundenen Disidentifikation.

## **6. Von Regression und Zukunftsorientierung zum gegenwärtigen Moment**

Wenn man Hypnose unter dem Aspekt der Zeit betrachtet, stellen sich in Trancen spontan oder aktiv induziert *regressive* Zustände ein. Die Arbeit mit Kindzuständen hilft, die Art und Weise, wie jemand die Welt erlebt und sich ihr gegenüber verhält – auf dem biographischen Hintergrund – besser zu verstehen und damit auch zu akzeptieren. Dies ist zugleich die Basis dafür, jene in der Entwicklung des Patienten bisher fehlenden emotionalen Erfahrungen zu erkennen und wiederholt zu vermitteln. Im *lösungsorientierten Modus* werden Zustände in der *Zukunft* zu einer Zeit imaginiert, in denen das Ziel schon erreicht ist.

Mit dem Ziel der Selbsterforschung fokussieren achtsamkeitsbasierte Therapien *auf die Selbstorganisation in der Gegenwart*. Dies kann etwa zur Einsicht führen, dass immer wieder aktualisierte Erinnerungen aus der Vergangenheit oder eine Angst machende Beschäftigung mit der Zukunft das Leben beherrschen. Achtsamkeit nutzt die Kraft des jeweiligen Augenblicks als einzige Zeit, in der Leben, aber auch Veränderung durch Einsichten und neue Erfahrungen möglich ist. Stern (2005, S. 52) bemisst die Dauer eines »Gegenwartsmomentes« mit einigen Sekunden. Mit sich und der Welt in lebendigem Kontakt zu sein, indem man mit allen Sinnen die Fülle des Augenblicks wahrnimmt, hilft »zur Besinnung zu kommen« (Kabat-Zinn 2006b), stiftet Sinn und bringt Lebensqualität.

»Wirkliches Leben erfahren wir nur im Hier und Jetzt. Die Vergangenheit ist schon vorüber und die Zukunft ist noch nicht da. Nur im gegenwärtigen Augenblick können wir das Leben wirklich berühren« (Thich Nhat Hanh 1998, S. 17).

### 7. »Top-down-« und »Bottom-up-Interventionen«

Ebenso wie viele traditionelle Modelle der Psychotherapie basiert Hypnose primär auf der Idee, dass Veränderungen »top-down« passieren. Die Vorannahme ist, dass signifikante Veränderungen in den Erzählungen des Patienten, in seinen Kognitionen, Glaubenssätzen und inneren Bildern Veränderungen herbeirufen, die dann auch das Körpererleben verändern. Ausgangspunkt der Arbeit ist daher die Geschichte, die der Patient erzählt.

Komplementär zu diesen »Top-down-Zugängen« können »Bottom-up-Zugänge« genutzt werden, indem der *Körper* als Ausgangspunkt dient. Der Körper ist der Königsweg zu dem, was die moderne Neurowissenschaft »*implizites Gedächtnis*« nennt. Durch (assistierte) achtsame Beobachtung von allgemeinem Arousal, von Empfindungen, Gefühlen, von Anspannung, Impulsen oder von Bewegungen kann ein »*bottom-up-processing*« erfolgen. Speziell bei traumatisierten Patienten kann dies eine integrierende Wirkung haben, zu Symptomreduktion führen, zu Veränderungen in den Kognitionen, Emotionen, Glaubenssystemen und der Beziehungsfähigkeit (Ogden et al. 2006).

Ein Beispiel für einen »bottom-up-Zugang«, der schon in die Hypnose Eingang gefunden hat, ist die »*Affektbrücke*« (Watkins 1971). Dabei wird ein Gefühl, dem Gelegenheit gegeben wurde, sich im Körper auszubreiten, gleichsam als Brücke genutzt, Zugang zu Szenen aus der Vergangenheit zu bekommen, die unter dem genetischen Aspekt mit diesem verbunden sind.

Die Kunst der Therapie mag auch darin liegen, zwischen diesen beiden Zugängen zu *oszillieren* und genau an der Grenze zwischen Körper und mentalen Prozessen zu arbeiten. Man kann etwa den Patienten fragen, was eine Erzählung in seinem Körper bewirkt und ihn einladen, dies in Achtsamkeit genauer zu erforschen. Dadurch angeregte neue Körpererfahrungen können dann ihrerseits wieder weiterführende Assoziationen auf der Ebene von Gedanken, Bildern und Erinnerungen auslösen. Diese haben wiederum körperliche Auswirkungen usw.

### 8. Vom »Tun-Modus« über »Nicht-Tun« zum »Sein-Modus«

Lösungs- und Zielorientierung ist meist mit der Vorstellung verbunden, man müsse in der Therapie höchst aktiv »das Richtige« – eben die Lösung – finden und anschließend umsetzen. Der vorherrschende Arbeitsmodus von Therapeut und Patient ist daher ein »Tun-Modus«.

Im Gegensatz dazu gibt es in Achtsamkeit keine Ideen darüber, wie der Patient oder die Welt sein soll. Stattdessen studiert sie und hört genau auf das, was ist, mit der Absicht, es immer klarer wahrzunehmen. Achtsamkeit ist radikal. Es gibt absolut nichts zu erreichen. Sie ist Ausdruck des östlichen »Nicht-Tuns« (Weiss 2009), was aber nicht zu verwechseln ist mit »Nichts-Tun«. Achtsamkeit ist vielmehr ein »Seins-Modus«, eine spezielle Qualität des Seins oder unter Beziehungsaspekten ein »*being with*«, eines Seins in Gegenwart eines Anderen.

## Achtsamkeit in der therapeutischen Beziehung

In den am meisten verbreiteten *achtsamkeitsbasierten* Methoden (MBSR, MBCT, DBT) werden Patienten dazu angeleitet, Achtsamkeit im Gruppensetting oder für sich alleine zu üben. Achtsame Zustände werden induziert, um eine achtsame Haltung zu kultivieren. Ein ganz anderer Ansatz ist es, Achtsamkeit als wesentliches Agens in der Einzelpsychotherapie anzuwenden, was Cole & Ladas-Gaskin (2007) als »achtsamkeitszentrierte« Therapie bezeichnen. Dabei sind sowohl der Therapeut als auch der Patient in einem Zustand von Achtsamkeit: Der Therapeut in einer auf den Patienten eingestimmten Präsenz, während der Patient Achtsamkeit dazu nutzt, die eigenen inneren Erfahrungen zu studieren. Für Cole & Ladas-Gaskin sind drei Psychotherapiemethoden achtsamkeitszentriert: Dies ist erstens die in den späten 1970er Jahren von Ron Kurtz (1994) entwickelte *Hakomi-Methode*, die »Innere Achtsamkeit« zur »assistierten Selbsterforschung« nutzt. Es ist zweitens der erlebensbezogene *Focusing-Ansatz* von E. T. Gendlin (1998), in dem »...das gegenwärtige Erleben der Person, so wie es momentan im Körper gespürt wird, das Agens des Veränderungsprozesses« ist (Bundschuh-Müller 2007, S. 80) und drittens die »*Arbeit mit der inneren Familie*« (Schwartz 1997), die Persönlichkeitsanteile beziehungsweise Zustände herausarbeitet und erforscht und achtsame Kommunikation mit ihnen und zwischen ihnen anregt.

### Der achtsame Therapeut

Es konnte nachgewiesen werden, dass Achtsamkeit für Patienten hilfreich ist, indem sie – etwa in der DBT – als Skill geübt und als Haltung verinnerlicht wird. Eine weitere Dimension eröffnet sich – eben in den achtsamkeitszentrierten Verfahren – im Erleben von Achtsamkeit innerhalb einer Beziehung insofern, als die therapeutische Beziehung allgemein als der wichtigste einzelne allgemeine Wirkfaktor von Psychotherapie gilt (Lambert 1992, vgl. Harrer 2008). Auch für die Hypnosepsychotherapie betont Revenstorf (2001, S. 62–64) die parallele Arbeit auf zwei Ebenen: der Lösungsebene und der Beziehungsebene.

Bei der bewussten Gestaltung dieser Beziehung könnte Achtsamkeit bedeutsam werden, indem die Achtsamkeit des Therapeuten auf mehrfache Weise zum Gelingen des therapeutischen Prozesses beitragen kann (vgl. Fulton 2009):

- *Aufmerksamkeit und Präsenz*: Achtsamkeit ist das »Gegengift« zu einem unruhigen, wandernden Geist. Dieser wird immer wieder von Dingen außerhalb der Therapie abgelenkt oder ist etwa mit Hypothesenbildung beschäftigt, wobei der Kontakt zum Patienten verloren gehen kann. Achtsamkeitstraining schult Präsenz, Interesse und Neugier gegenüber den kleinsten Details der sich von Augenblick zu Augenblick entfaltenden gegenwärtigen Erfahrung des Patienten. Es kultiviert die Fähigkeit, jemandem von ganzem Herzen über einen längeren Zeitraum hinweg

die ungeteilte, wohlwollende Aufmerksamkeit zu schenken («wholehearted attention», Horney 1951). Allein das Erleben dieser Qualität von Präsenz kann für viele Patienten zu einer neuen und heilsamen korrigierenden Erfahrung werden.

- Die *Fähigkeit zur »bifokalen Wahrnehmung«* wird verfeinert, indem Therapeuten lernen, das Erleben des Patienten und zugleich ihr eigenes zu beobachten, etwa »minimal cues« wahrzunehmen, um sie beim »pacing« nützen zu können und zugleich die Gegenübertragungsreaktionen »mitzulesen«.

Weischede & Zwiebel (2009, S. 39) beziehen sich in »Neurose und Erleuchtung« auf Freud und das von ihm beschriebene Beobachten der eigenen psychischen Vorgänge unter Vermeidung kritischer Bewertungen. Allerdings hätten weder Freud noch seine Nachfolger beschrieben, wie diese Haltung kultiviert werden könnte.

- Die *akzeptierende Haltung* dient dem Patienten als Modell, sich eigenen abgelehnten Anteilen wohlwollend und ohne Selbstkritik zuzuwenden, auch sie zu verstehen und anzunehmen. In der Begrifflichkeit Bions könnte man Achtsamkeit auch als Erweiterung der Fähigkeit des Therapeuten zu »*Rêverie*« oder als Verbesserung des »*inneren Containers*« verstehen, indem dieser jeden Inhalt bewahren kann, ohne das Bedürfnis, ihn zurückzuweisen oder durch eine Handlung loszuwerden (vgl. Pelled, 2007). Auf dem Weg zur Verinnerlichung dieser Haltung führt Achtsamkeit dazu, auftauchende Bewertungen zu beobachten, wodurch diese schon einen Teil ihrer Stacheln verlieren.

»Radikale Akzeptanz« führt zu *Ergebnisoffenheit*. Diese steht allerdings in einem grundsätzlichen Spannungsfeld zu den Veränderungsansprüchen der Patienten, den Anforderungen des Gesundheitssystems und der Therapeuten an sich selbst (Lau, McMain 2005). Sie stellt daher eine große Herausforderung für die Therapeuten dar.

- Achtsamkeitsschulung erhöht die *Empathiefähigkeit* (Shapiro & Izett, 2008), indem vermehrte Selbsteinfühlung auch zu einem tieferen Verständnis darüber führt, wie Menschen ihre eigene Welt erschaffen. Mitgefühl für andere und für sich selbst (»Selbst-Mitgefühl«, Self-Compassion, vgl. Neff 2003, Germer 2009) wird gefördert (Orzech et al. 2009).

- *Affekttoleranz*: Die Fähigkeit des Therapeuten, intensive Gefühle wahrzunehmen und aus einer disidentifizierten Position auszuhalten, wirkt für Patienten als Modell, sich ihnen ebenfalls zuzuwenden und sich ihnen auszusetzen.

- *Gleichmut und Begrenzungen des Helfen-Müssens*: Die Kunst der Psychotherapie besteht auch darin, zwischen zwei durch Achtsamkeitspraxis kultivierten Qualitäten eine Balance zu finden: zwischen Mitgefühl und Gleichmut. Unter Gleichmut versteht man die Haltung einer offenen Rezeptivität, in der alle Erfahrungen willkommen geheißen werden, ohne etwa zwischen wohlthuenden und schmerzhaften zu unterscheiden. Gleichmut hilft auch, die Grenzen dessen wahrzunehmen, was möglich ist, um zu helfen und diese besser zu tolerieren. Gleichmut führt auch dazu, mit persönlichen Limitierungen wohlwollender umzugehen und ermöglicht

aufzuhören, Dinge reparieren zu wollen. Dies wiederum führt dazu – nicht durch Suche nach Lösungen abgelenkt – wirklich darauf zu schauen, was da ist.

- *Lernen nicht zu wissen:* Achtsamkeit hilft, zwischen dem Leben zu unterscheiden wie es ist und unseren Ideen darüber. Eigene Theorien und Modelle werden zunehmend als solche erkannt und dadurch weniger für »wahr« gehalten. Therapeuten sind dann auch weniger an sie gebunden und werden offener. Achtsamkeit hilft zu Abstinenz, hilft eigene Wünsche loszulassen, etwa zu wissen oder zu kontrollieren. Sie erlaubt uns, nicht zu wissen. Ein offener, auf den Patienten eingestimmter Therapeut kann besser auf die Anforderungen des gegenwärtigen Moments antworten.
- *Lernen zu sehen:* Achtsamkeit führt zu Einsichten in die Art und Weise, wie wir unsere Welt konstruieren und wie Patienten in einem analogen Prozess der Konstruktion ihrer Wirklichkeit engagiert sind. Wir werden genauer in der Fähigkeit, diese Selbstorganisationsprozesse wahrzunehmen.
- *Eigene Stress- und Burnout-Prophylaxe und die Möglichkeit von Glück:* Die Praxis der Achtsamkeit hilft, ein stilles Glück zu kultivieren, das nicht einfach durch wechselnde Außenbedingungen gestört werden kann. So zeigen Shapiro et al. (2007), dass ein auf MBSR basierendes 10-wöchiges Gruppenprogramm bei Psychologie-Studenten Stress, negative Affekte, Rumination und Angst reduzierte und – mit erhöhter Achtsamkeit korreliert – positive Affekte und Selbst-Mitgefühl förderte. Studien zu den Auswirkungen des Glücks der Therapeuten auf ihre Patienten wären lohnenswert.

All diese Fähigkeiten können helfen, im Therapeuten einen von Achtsamkeit geprägten Zustand hervorzurufen, der in der Hakomi-Therapie als »*loving presence*« bezeichnet wird. Dieser ist charakterisiert durch (1) eine wache Gegenwärtigkeit bzw. Präsenz; (2) eine gleichbleibende, verlässliche Akzeptanz; (3) Offenheit und Allparteilichkeit allen auftretenden psychischen Elementen gegenüber; (4) Geduld, Langsamkeit, Genauigkeit; (5) Fokus auf die Selbstorganisation der Innenwelt im gegenwärtigen Moment und nicht auf die Lösung der Probleme; (6) die ständige Unterstützung des »Inneren Beobachters« des Patienten; (7) anteilnehmende, mitfühlende Neugier, die ein »experimentelles Vorgehen« unterstützt; (8) innere Zentriertheit, Gelassenheit und Gleichmut (vgl. Weiss et al. 2010, S. 208).

Grepmaier et al. (2007) konnten zeigen, dass die Schulung von Achtsamkeit bei Psychotherapeutinnen in Ausbildung positive Einflüsse auf den Therapieverlauf und die Behandlungsergebnisse haben.

## **Interpersonale Neurobiologie und Achtsamkeit**

Die »interpersonale Neurobiologie« (Siegel 2006) versteht das Gehirn »als Organ zur Anpassung an die Umwelt, das seine Strukturen in Interaktionen mit Anderen

heranbildet. ... So etwas wie ein einzelnes Gehirn gibt es nicht« (Cozolino 2006, S. 6; Übersetzung durch den Autor). »Wir sind verdrahtet, um Verbindung aufzunehmen« (»wired to connect«, Fishbane 2007). Sichere Bindung erwächst aus der Einfühlung der Eltern in ihr Kind. Durch die elterliche Empathie fühlt sich das Kind »gefühl« und entwickelt Vertrauen in die eigene Erfahrung. Wie in der Eltern-Kind-Beziehung kann auch in der Psychotherapie der Einstimmung und Abstimmung zwischen Therapeut und Patient eine zentrale Bedeutung im therapeutischen Veränderungsprozess zukommen.

Die inneren Zustände von Patient und Therapeut können als das Ergebnis einer dauernden interpersonalen Wechselwirkung verstanden werden. Das Resultat einer gelingenden dyadischen Einstimmung ist eine »empathische Resonanz«. Diese zeigt sich auf der neurophysiologischen Ebene durch Synchronisierungssphänomene der elektrischen Aktivität der rechten Gehirnhemisphären von Therapeut und Patient (Schore 2003). In Achtsamkeit geteilte Aufmerksamkeit fördert eben diese Einstimmung (Siegel 2007, S. 290).

## Neurobiologische Aspekte von Hypnose und Achtsamkeit

Achtsamkeit und Hypnose können auch auf der neurobiologischen Ebene erforscht und verglichen werden (Holroyd 2003; Halsband 2008, Halsband et al. 2009). Die Ergebnisse einer wachsenden Zahl von Studien ergaben, dass Meditation und Hypnose gemeinsame Komponenten teilen, es aber auch Evidenz für unterschiedliche neuronale Korrelate gibt (Winter, Halsband 2008, S. 178).

In der Meditationsforschung scheinen verschiedene Variablen für inkonsistente Ergebnisse verantwortlich zu sein. So konnte gezeigt werden, dass unterschiedliche Meditationsformen auch unterscheidbare Zustände hervorrufen. So zeigt das Gehirn einen jeweils anderen *Aktivierungszustand*, wenn sich die Versuchsperson auf das Aussprechen eines Mantras oder ein inneres Bild konzentriert, ob sie Achtsamkeit übt, Gefühle benennt (Creswell et al. 2007) oder sich in einem Zustand von Mitgefühl oder »Liebender Güte« (Lutz et al. 2008) befindet.

Neben den Studien zum physiologischen Substrat von meditativen Zuständen wurden durch Achtsamkeitspraxis induzierte *überdauernde* Veränderungen untersucht. Schon acht Wochen eines Achtsamkeitstrainings führten im Frontallhirn zu Asymmetrien im EEG, die mit positiven Affekten in Zusammenhang gebracht werden (Davidson et al. 2003). Langzeitmeditierende zeigen im EEG im Gamma-Bereich Synchronisations-Effekte mit hohen Amplituden, die untrainierte Personen nicht aufweisen und die auf integrierende Prozesse hinweisen könnten (Lutz et al. 2004). Meditationserfahrene unterscheiden sich von Kontrollgruppen auch bezüglich der mittels MRI gemessenen Beschaffenheit der Hirnrinde. Die Veränderungen betreffen vor allem den rechten Frontallappen,

die rechte vordere Insel, den rechten Gyrus temporalis inferior und den rechten Hippocampus (Lazar et al. 2005, Hölzel et al. 2008, Luders et al. 2009). Der orbitofrontale Cortex spielt eine wichtige Rolle bei der Emotionsregulation, die mit hemmenden Einflüssen auf die Amygdalae erklärt wird. Auch der Hippocampus moduliert die Aktivität der Amygdalae und ihre Beteiligung bei Emotion und Aufmerksamkeit. Die rechte Inselregion dient der – durch Achtsamkeit trainierten – Körperwahrnehmung.

In einer weiteren Studie (Farb et al. 2007) konnten mittels fMRI zwei Aktivierungszustände unterschieden werden, die zwei Arten der Selbstwahrnehmung entsprechen: Einem »narrativen Fokus« (NF) bei dem man über sich selbst nachdenkt und die eigene zeitliche Kontinuität bewahrt, und einem »experientiellen Fokus« (EF), bei der man sich der gegenwärtigen Erfahrung zuwendet. Beim NF waren mehr die Mittellinienstrukturen des medialen präfrontalen Cortex (mPFC) beteiligt, beim EF waren es rechts laterale Anteile des PFC, die Inselregion und paralimbische Strukturen. Nach einem Achtsamkeitstraining waren Versuchspersonen in der Lage, Aktivitäten des mPFC zu unterdrücken und damit normalerweise verknüpfte Prozesse zu entkoppeln, die etwa bei Angst oder Depression eine Rolle spielen. Parallelen zum »reinen Beobachten« und dem »Seins-Modus« liege nahe.

Die neuen Technologien ermöglichen auch zu untersuchen, was während einer Tranceinduktion im Gehirn geschieht. In diesem Zusammenhang ist wohl die bedeutsamste theoretische Perspektive die einer *frontalen Hemmung*. Ebenso wie bei der Erforschung von unterschiedlichen Zuständen gibt es auch Vergleichsstudien zwischen Individuen mit unterschiedlicher Ausprägung bestimmter »traits«, etwa einer hohen oder geringen Suggestibilität (Gruzelier 1988, 2006; Wagstaff 2007).

Von zukünftigen Studien sind beispielsweise neue Einsichten in die Regulation von Aufmerksamkeit und Emotionen und die für Hypnose und Achtsamkeit bedeutsamen Funktionen des Frontalhirns zu erwarten. Sie werden uns auch auf dieser Ebene helfen, Hypnose und Achtsamkeit differenzierter zu verstehen.

## Zusammenfassung

Wenn der Therapeut das sich in den beschriebenen acht Dimensionen entfaltende Spektrum vor Augen hat, kann er sich bei den vielen großen und kleinen Entscheidungen in der Therapieplanung folgende Fragen stellen:

1. Wann die Aufmerksamkeit fokussieren und einengen, um Absorption und damit Trance zu induzieren? Wann ein offenes Gewahrsein anregen oder vielleicht sogar Achtsamkeit vermitteln?
2. Wann Dissoziationstechniken anwenden? Wann Patienten mit Hilfe von Achtsamkeit aus dissoziierten Zuständen herausführen? Wann zu teilhabender, aber disidentifizierter Körperwahrnehmung anleiten?

3. Wann die Suggestibilität in Trancezuständen nutzen? Wann »enthypnotisieren« und Achtsamkeit einführen und üben um einen neuen Blick auf sich selbst und andere zu bekommen?

4. Wann in Richtung Veränderung arbeiten und Lösungen suchen? Wann mehr in einer Forscherhaltung nach Einsichten suchen und eine Akzeptanz des Unveränderbaren anregen? Wann das »Wunder der Achtsamkeit« (Thich Nhat Hanh 1988) einladen, es möge im Patienten, im Therapeuten oder im Raum zwischen beiden geschehen?

5. Wann Disidentifikation als Schlüssel benutzen? Wann den »Inneren Beobachter« als Konzept in die Psychotherapie einführen, indem es dem Patienten erläutert und es im therapeutischen Prozess genutzt wird?

6. Wann Regression induzieren? Wann in die Zukunft führen? Wann bewusst auf den gegenwärtigen Moment, auf die augenblicklichen fünf Sekunden fokussieren?

7. Wie pendeln zwischen »Top-down-« und »Bottom-up-Interventionen«, auch um Integration zu ermöglichen?

8. Wann aktiv werden und handeln? Wann den Schwerpunkt mehr auf das »Sein« legen und den »Seins-Modus« bei Patient und Therapeut induzieren, kultivieren und nutzen?

Nicht zuletzt ist der Therapeut auch möglichst immer in Kontakt mit sich selbst, mit dem eigenen Körper mit der Frage, was im Augenblick in ihm selbst vorgeht. Die Antworten auf diese Frage sind der Ausgangspunkt für eine gute »Selbstfürsorge« innerhalb der Therapiestunde, aber auch außerhalb.

Lynn et al. (2006) regen an, Hypnose und achtsamkeitsbasierte Verfahren wie ein Tandem zu nutzen, um adaptive Reaktionen zu kultivieren und maladaptive Automatismen zu unterbrechen. Achtsamkeit könne ein guter Hintergrund für die Erarbeitung von Suggestionen sein, um kognitive Strategien zu fördern, besser mit Problemen zu Recht zu kommen und Stress und negative Affekte zu reduzieren. In der anderen Richtung könne es Hypnose erleichtern, Zustände von Achtsamkeit aufzusuchen. Hypnotische Suggestionen können helfen, loszulassen, achtsam aufmerksam zu sein und umschriebene Reize von intensiven Affekten abzukoppeln.

Zusammenfassend kann man einige Aspekte von Hypnose und Achtsamkeit mit den zwei Seiten einer Münze vergleichen: Sie sind aus dem gleichen Material, gehören in ihrer Gegensätzlichkeit zusammen und bedingen einander in ihrer Komplementarität. So gibt es viele Wege, auf denen Therapeuten den Achtsamkeitspol des Spektrums in ihre Therapien integrieren können. Nicht zuletzt fördert eine Achtsamkeitsschulung des Therapeuten wesentliche persönliche und professionelle Qualitäten, die er zu einer für sich und den Patienten heilsamen Gestaltung der therapeutischen Beziehung nutzen kann.



## Danksagungen

Dank gilt dem Verlag John Wiley & Sons Ltd. für die freundliche Genehmigung des Drucks dieser übersetzten und überarbeiteten Version des Artikels »Mindfulness and the Mindful Therapist: Possible Contributions to Hypnosis«, erschienen in »Contemporary Hypnosis 26 (4): 234–244 (2009).

Danken möchte ich auch Herrn Halko Weiss, meinem Hakomi-Lehrer und Freund für viele klärende Diskussionen über Achtsamkeit und Psychotherapie. Ich danke auch Daniela Schmidt für die Vorbereitung und Co-Leitung des Workshops »Hypnosis and Mindfulness« am ESH-Kongress in Wien im Herbst 2008.

## Literatur

- Baer, R. (ed.) (2006): *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. Burlington, MA: Academic Press
- Brown, K. W., Ryan, R. M., Creswell, J. D. (2007): Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry* 18: 211–237.  
DOI: 10.1080/10478400701598298
- Bundschuh-Müller, K. (2007): Von Augenblick zu Augenblick – von Angesicht zu Angesicht. Gesprächspsychotherapie als achtsamkeitsbasiertes personenzentriertes Verfahren. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* (2): 75–83
- Cole, J. D., Ladas-Gaskin, C. (2007): *Mindfulness Centered Therapies. An Integrative Approach*. Seattle: Silver Birch Press
- Collande, C. (2007): Psychotherapie und Meditation in der Praxis – komplementär oder alternative. In: Anderssen-Reuster, U.: *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart, New York: Schattauer. 47–52
- Cozolino, L. (2006): *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain*. New York, London: Norton
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D. (2007): Neural Correlates of Dispositional Mindfulness During Affect Labeling. *Psychosomatic Medicine* 69: 560–565.  
DOI: 10.1097/PSY.0b013e3180f6171f
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., Sheridan, J. F. (2003): Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine* 65: 564–570.  
DOI: 10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3
- Deikman, A. J. (1982): *The Observing Self*. Boston: Beacon Press
- Farb, N. A. S., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., Anderson, A. K. (2007): Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-reference. *SCAN* 2: 313–322. DOI: 10.1093/scan/nsm030
- Fishbane, M. D. (2007): Wired to Connect: Neuroscience, Relationships, and Therapy. *Family Process* 46: 395–412. DOI: 10.1111/j.1545-5300.2007.00219.x
- Fulton, P. R. (2009): Achtsamkeit als klinisches Training. In: Germer, C. K., Siegel, R. D., Fulton, P. R. (Hrsg.): *Achtsamkeit in der Psychotherapie*. Freiamt: Arbor. 85–110

- Gendlin, E. T. (1998): *Focusing-orientierte Psychotherapie*. München: Pfeiffer
- Germer, C. K., Siegel, R. D., Fulton, P. R. (Hrsg.) (2009): *Achtsamkeit in der Psychotherapie*. Freiamt: Arbor
- Germer, C. K. (2009): *The Mindful Path to Self-compassion*. New York: Guilford Press
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., Nickel, M. (2007): Promoting Mindfulness in Psychotherapists in Training Influences the Treatment Results of Their Patients: A Randomized, Double-Blind, Controlled Study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 76: 332–338. DOI: 10.1159/000107560
- Grossmann, P., Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H. (2004): Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 57 (1): 35–43. DOI: 10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Gruzelier, J. H. (1988): The Neuropsychology of Hypnosis. In: Heap, M. (ed.): *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*. London: Croom Helm. 68–76
- Gruzelier, J. H. (2006): A Working Model of the Neurophysiology of Hypnosis: A Review of Evidence. *Contemporary Hypnosis* 15 (1): 3–21. DOI: 10.1002/ch.112
- Harrer, M. (2008): Wirkkonzepte in der Hypnosepsychotherapie. *Imagination* 30 (1): 5–37
- Hayes, S. C., Smith, S., Kugler, G. (2007): In Abstand zur inneren Wortmaschine: Ein Selbsthilfe- und Therapiebegleitbuch auf der Grundlage der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT). Tübingen: dgvt-Verlag
- Hilgard, E. R., Morgan, A. H., MacDonald, H. (1975): Pain and Dissociation in the Cold Pressor Test: A Study of Hypnotic Analgesia with “Hidden Reports” through Automatic Key Pressing and Automatic Talking. *Journal of Abnormal Psychology* 84: 280–289
- Halsband, U. (2008): Hypnose und Meditation: Was passiert in unserem Gehirn? Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sind erkennbar? *Suggestionen* 3: 6–24
- Halsband, U., Müller, S., Hinterberger, T., Strickner, S. (2009): Plasticity Changes in the Brain in Hypnosis and Meditation. *Contemporary Hypnosis* 26 (4): 194–215. DOI: 10.1002/ch.386
- Holroyd, J. (2003): The Science of Meditation and the State of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis* 46 (2): 109–128
- Hölzel, B. K., Ott, U., Gard, T., Hempel, H., Weygandt, M., Morgen, K., Vaitl, D. (2008): Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-based Morphometry. *Scan* 3: 55–61. DOI: 10.1093/scan/nsm038
- Horney, K. (1951): The Quality of the Analyst’s Attention. In: Paris, B. J. (ed.): *The Therapeutic Process*. London: Yale University Press. Neudruck 1999
- Johanson, G. (2006): A Survey of the Use of Mindfulness in Psychotherapy. *The Annals of the American Psychotherapy Association* 9 (2): 15–24
- Kabat-Zinn, J. (2006a): *Gesund durch Meditation*. Das große Buch der Selbstheilung. Frankfurt/M.: Fischer. 6. Auflage
- Kabat-Zinn, J. (2006b): *Zur Besinnung kommen*. Die Weisheit der Sinne und der Sinn der Achtsamkeit in einer aus den Fugen geratenen Welt. Freiamt: Arbor
- Kantischer, H. (2009): Hypnosepsychotherapie, ein integratives, tiefenpsychologisches Verfahren. *Hypnose-ZHH* 4 (1+2): 153–175
- Kornfield, J. (2008): *Das weise Herz*. München: Goldmann Arkana
- Kurtz, R. (1994): *Hakomi – Eine körperorientierte Psychotherapie*. München: Kösel
- Lambert, M. J. (1992): Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration. In: Norcross, J. C., Goldfried, M. R. (eds.): *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books. 94–129

- Lau, M.A., McMain, S.F. (2005): Integrating Mindfulness Meditation With Cognitive and Behavioural Therapies: The Challenge of Combining Acceptance- and Change-Based Strategies. *Canadian Journal of Psychiatry* 50 (3): 863–869
- Lazar, S.W., Kerr, C.E., Wasserman, R.H., Gray, J.R., Greve, D.N., Treadway, M.T., McGarvey, M., Quinn, B.T., Dusek, J.A., Benson, H., Rauch, S.L., Moore, C.I., Fischl, B. (2005): Meditation Experience is Associated with Increased Cortical Thickness. *NeuroReport*, 16 (17): 1893–1897
- Linehan, M.M. (1996): *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien
- Luders, E., Toga, A.W., Lepore, N., Gaser, C. (2009): The Underlying Anatomical Correlates of Long-term Meditation: Large Hippocampal and Frontal Volumes of Gray Matter. *NeuroImage* 45 (3): 672–678. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2008.12.061
- Lutz, A., Greischar, L.L., Rawlings, N.B., Ricard, M., Davidson, R.J. (2004): Long-Term Meditators Self-Induce High-Amplitude Gamma Synchrony During Mental Practice. *PNAS* 101 (46): 16369–16373. DOI: 10.1073/pnas.0407401101
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., Davidson, R.J. (2008): Regulation of the Neural Circuitry of Emotion by Compassion Meditation: Effects of Meditative Expertise. *PLoS ONE*, 3(3), e1897. DOI: 10.1371/journal.pone.0001897
- Lynn, S.J., Lama Surya Das, Hallquist, M.N., Williams, J.C. (2006): Mindfulness, Acceptance, and Hypnosis: Cognitive and Clinical Perspectives. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 54 (2): 143–166. DOI: 10.1080/00207140500528240
- Mace, C. (2008): *Mindfulness and Mental Health. Therapy, Theory and Science*. London, New York: Routledge
- Michal, M., Beutel, M.E., Jordan, J., Zimmermann, M., Wolters, S., Heidenreich, T. (2007): Depersonalization, Mindfulness, and Childhood Trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease* 195 (8): 693–696. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31811f4492
- Neff, K.D. (2003): Self-compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity* 2 (2): 85–102. DOI: 10.1080/15298860309032
- Nyanaponika (2000): *Geiststraining durch Achtsamkeit*. Herrnschrot: Verlag Beyerlein & Steinschulte. 8. Auflage. Freie Version abrufbar unter: <http://www.palikanon.com/diverses/satipatthana/satipattana.html>
- Ogden, P., Minton K., Pain, C. (2006): *Trauma and the Body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York, London: Norton. Dt. (2009): *Trauma und Körper. Ein sensorimotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn: Junfermann
- Orzech, K.M., Shapiro, S.L., Brown, K.W., McKay, M. (2009): Intensive Mindfulness Training – Related Changes in Cognitive and Emotional Experience. *Journal of Positive Psychology* 4 (3): 212–222. DOI: 10.1080/17439760902819394
- Pelled, E. (2007): Learning from Experience. Bion's Concept of Reverie and Buddhist Meditation. *International Journal of Psychoanalysis* 88 (6): 1507–1526
- Revenstorff, D. (2001): *Nutzung der Beziehung in der Hypnotherapie*. In: Revenstorff, D., Peter, B. (Hrsg.): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. 53–75
- Schore, A. (2003): *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: Norton. Dt. (2009): *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta. 2. Auflage
- Schwartz, R.C. (1997): *Systemische Therapie mit der inneren Familie*. München: Pfeiffer
- Segal, V.S., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2008). *Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression*. Tübingen: dgvt-Verlag

- Shapiro, S. L., Brown, K. W., Biegel, G. M. (2007): Teaching Self-Care to Caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in Training. *Training and Education in Professional Psychology* 1 (2): 105–115. DOI: 10.1037/1931-3918.1.2.105
- Shapiro, S. L., Izett, C. D. (2008): Meditation. A Universal Tool for Cultivating Empathy. In: Hick, S. F., Bien, T. (eds.): *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: Guilford Press. 161–175
- Siegel, D. J. (2006): *Wie wir werden die wir sind*. Paderborn: Junfermann
- Siegel, D. J. (2007): *Das achtsame Gehirn*. Freiburg: Arbor Verlag
- Siegel, D. J. (2010): *Mindsight: The New Science of Personal Transformation*. New York: Bantam Books
- Spiegel, D. (1990): Hypnosis, Dissociation, and Trauma: Hidden and Overt Observers. In: Singer, J. D. (ed.): *Repression and Dissociation*. Chicago: University of Chicago Press
- Suzuki, S. (1975): *Zen-Geist Anfänger-Geist*. Berlin: Theseus
- Sterba, R. F. (1934): Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 20: 66–73
- Stern, D. N. (2005): Der Gegenwartsmoment. *Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt/M.: Brandes und Apsel
- Tart, C. T. (2001a): Meditation: Some Kind of (Self-)Hypnosis? A Deeper Look. Lecture presented at the Annual Convention of APA, San Francisco
- Tart, C. T. (2001b): *Mind Science: Meditation Training for Practical People*. Novato: Wisdom Editions
- Thich Nhat Hanh (1988): *Das Wunder der Achtsamkeit*. Berlin: Theseus
- Thich Nhat Hanh (1998): *Die Schritte der Achtsamkeit*. Freiburg: Herder
- Wagstaff, G. E., Cole, J. C., Wagstaff, J. B. (2007): Effects of Hypnotic Induction and Hypnotic Depth on Phonemic Fluency: A Test of Frontal Inhibition Account of Hypnosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 7 (1): 27–40
- Watkins, J. G. (1971): The Affect Bridge: A Hypnoanalytic Technique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 19: 21–27
- Watkins, H., Watkins, J. (2003): *Ego States. Theorie und Therapie*. Ein Handbuch. Heidelberg: Carl Auer
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R. (1979): *Lösungen*. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber
- Weischede, G., Zwiebel, R. (2009): *Neurose und Erleuchtung*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Weiss, H. (2009): The Use of Mindfulness in Psychodynamic and Body oriented Psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* 4 (1): 5–16. DOI: 10.1080/17432970801976305
- Weiss, H., Harrer, M. (2010): Achtsamkeit in der Psychotherapie. *Verändern durch »Nicht-Verändern-Wollen« – ein Paradigmenwechsel?* *Psychotherapeutenjournal (in Vorbereitung)*
- Weiss, H., Harrer, M., Dietz, T. (2010): *Das Achtsamkeits-Buch*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Wilber, K. (1996): *Mut und Gnade*. München: Goldmann
- Wier, D. R. (1996): Trance: From Magic to Technology. *Ann Arbor: Trans Media*
- Winter, U., Halsband, U. (2008): Neurophysiology of Hypnosis and Meditation: Common or Distinct Brain Mechanisms? *Brain Topography* 20 (3): 178. DOI 10.1007/s10548-007-0042-1
- Wolinsky, S. (1993): *Die alltägliche Trance*. Freiburg/B.: Alf Luchow
- Young, S. (2004): *Break through Pain*. Boulder: Sounds True
- Young, S. (2006). What is Mindfulness? Abrufbar unter:  
<http://www.shinzen.org/Retreat%20Reading/What%20is%20Mindfulness.pdf>

Young, S. (2008). 12 Basic States. Abrufbar unter:  
<http://www.shinzen.org/Retreat%20Reading/12%20Basic%20States.pdf>

### **Zusammenfassung**

Achtsamkeit ist durch vier essenzielle Komponenten charakterisiert: Bewusste Aufmerksamkeitslenkung, Disidentifikation mittels »Innerem Beobachter«, Fokussierung auf den gegenwärtigen Moment und Akzeptanz. Hypnose und Achtsamkeit stehen zueinander in einigen Dimensionen in einer komplementären Beziehung und eröffnen Spektren zwischen: (1) Absorption und offenem Gewahrsein; (2) Dissoziation und Disidentifikation; (3) Suggestibilität, Konsensus-Bewusstsein und »De-Hypnose«; (4) Ziel- und Lösungsorientierung, absichtslosem Erforschen, Akzeptanz und Gleichmut; (5) »hidden observer« und »Innerem Beobachter«; (6) Regression – Zukunftsorientierung – Fokussierung auf den gegenwärtigen Moment; (7) »Top-down-« und »Bottom-up-Interventionen«; (8) »Tun-Modus« und »Sein-Modus«. Der Artikel regt an, in der Hypnosepsychotherapie diese Spektren in vollem Umfang auszuschöpfen und Achtsamkeit als Ressource zu nutzen. Die Achtsamkeit des Therapeuten beeinflusst die therapeutische Beziehung positiv, indem sie auch im Patienten achtsame Zustände induziert, Selbst-Akzeptanz fördert, Selbsterforschung der Selbstorganisation und korrigierende Erfahrungen ermöglicht. Nicht zuletzt fördert Achtsamkeit auch bei Therapeuten die »Selbstfürsorge«. Aspekte der »interpersonalen Neurobiologie« der Achtsamkeit werden ebenso diskutiert wie Forschungen, die Hypnose und Achtsamkeit auf der neurophysiologischen Ebene miteinander vergleichen.

### **Schlüsselworte**

Achtsamkeit – Hypnose – Disidentifikation

### **Autor**

Dr. med. Michael E. Harrer  
Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Psychotherapeut  
(Katathym imaginative Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie) und Supervisor  
(ÖVS) in freier Praxis  
A-6020 Innsbruck, Jahnstraße 18  
michael.harrer@chello.at  
<http://www.achtsamleben.at>

### **Arbeitsschwerpunkte**

Psychoonkologie, Achtsamkeit in der Psychotherapie und zur  
Stress- und Burnout-Prophylaxe, Psy-Diplom-Fortbildung

---

Imagination, Nr. 1/2010