

Michael E. Harrer

Was können Achtsamkeit und Akzeptanz zur Entwicklung der Empathiefähigkeit beitragen?

Mindfulness and Acceptance – Ways to Enhance Empathic Capacities?

Achtsamkeitspraxis kann auf mehreren Wegen zur Empathiefähigkeit beitragen: Sie kultiviert stabile und verlässlich abrufbare Zustände eines teilhabenden aber zugleich disidentifizierten Beobachtens. Sie verfeinert die Wahrnehmung und schult Aufmerksamkeitsleistungen wie jene, gleichzeitig zuhören und sich der eigenen Innenwelt und den im Körper anklingenden geteilten Empfindungen und Gefühlen zuwenden zu können. Eine Vertiefung der Präsenz und die erweiterte Fähigkeit zur Einstimmung erleichtern Resonanzverfahren. Disidentifikation hilft dabei, sich nicht in empathieinduzierten Trancen zu verlieren und Abstand zu Konzepten zu gewinnen, die man sich von den inneren Vorgängen anderer gemacht hat. Achtsamkeit führt aus Vorstellungen und Denkvorgängen immer wieder zur unmittelbaren Erfahrung zurück. Achtsamkeitspraxis kultiviert Gleichmut, Akzeptanz und Mitgefühl.

Schlüsselwörter

Empathie – Achtsamkeit – Akzeptanz – Präsenz – Einstimmung – Resonanz – Gleichmut – Mitgefühl

The practice of mindfulness enhances empathic capacities: It cultivates stable states of observation, which allow participation without being identified. Mindfulness skills refine one's perception and enhance attentional capacities, like „dual attention“ – listening to the client and to own emotions and shared body sensations simultaneously. Experiences of resonance are facilitated by deepening the presence of the therapists and their capacity to attune. Disidentification protects against getting entangled in trances, triggered by empathy and personal concepts. When lost in ideas, mindfulness practice shows the way back to the experience of the present moment. In addition the different practices of mindfulness cultivate equanimity, acceptance and compassion.

Keywords

empathy – mindfulness – acceptance – presence – attunement – resonance – equanimity – compassion

Man kann sich fragen, was zum zunehmenden Stellenwert der Achtsamkeit – auch in der Psychotherapie – beigetragen hat. Weshalb könnte es sich lohnen, sich auf den Übungsweg zu begeben? Und was kann die Achtsamkeitspraxis und die dabei geförderte Akzeptanz zur Entwicklung der Empathiefähigkeit beitragen?

Das Üben von Achtsamkeit kultiviert Bewusstseinszustände, in denen wir unserer Erfahrung mit Gleichmut begegnen und in denen sich unsere Wahrnehmung der Welt, von anderen Menschen und von uns selbst intensiviert und verfeinert. Zugleich kultiviert die Achtsamkeitspraxis das Einnehmen einer **Beobachterperspektive**, aus der wir die sich ständig verändernden Bewusstseinsinhalte beobachten können, ohne uns mit ihnen zu identifizieren. Wir können teilhabend beobachten, wie sich unsere Erfahrung von Moment zu Moment entfaltet, welche Empfindungen und Gefühle, welche Impulse, Gedanken und inneren Bilder auftauchen und wieder vergehen. Wir können auf unseren Bewusstseinszustand achten, ob wir uns etwa im Modus des Wahrnehmens oder des Nachdenkens befinden oder welcher Persönlichkeitsanteil gerade aktiviert ist. Wir können bemerken, ob Dinge unsere Neugier erwecken oder wir uns innerlich abwenden wollen und ob das, was im Augenblick geschieht, für unser Gegenüber und für uns selbst heilsam oder unheilsam ist.

Die komplexe menschliche Fähigkeit zur Empathie lässt sich – zumindest theoretisch – in verschiedene, eng miteinander verflochtene Komponenten zergliedern. Michael Buchholz (2017) beschreibt Empathie als multimodale therapeutische Basiskompetenz, deren Größe sich aus einer Multiplikation einzelner Faktoren ergibt. Seine **TKKKP-Formel** lautet: E (Empathie) = T (Theorie) \times K (Kooperation in der Konversation) \times K (Körperausdruck) \times K (Kreativität) \times P (Projekte im Sinne besonderer, aktueller Momente des Gesprächs). Die Verknüpfung der Elemente als Multiplikation macht deutlich, dass sie einander verstärken, aber auch, dass Empathie nicht zustande kommt, wenn einer der Werte gegen Null geht.

All diese Komponenten flexibel zur Verfügung zu haben und weiterzuentwickeln, erscheint als eine große, sich immer wieder neu stellende, wohl lebenslange Herausforderung. Zur Bewältigung dieser Aufgabe könnte beitragen, sich ein inneres Team vorzustellen, das es zu trainieren gilt. Achtsamkeitspraxis kann dann grundsätzlich dabei helfen, die einzelnen Teammitglieder zu schulen und gut für sie zu sorgen. In der jeweiligen Situation bringt Achtsamkeit Bewusstheit über die momentane Aufstellung des Teams und das Zusammenspiel. Diese Bewusstheit und der Blick aufs Ganze ermöglicht – wenn notwendig – eine Optimierung im Sinne einer einfühlsamen und heilsamen Begegnung zweier Menschen mit all ihren Anteilen.

Das innere Team der Empathiefähigkeit

Welche Persönlichkeitsanteile bzw. Zustände und Prozesse spielen bei der Fähigkeit zur Empathie eine Rolle? Wenn man die drei Schritte des für die Psychotherapie beschriebenen Empathie-Zyklus (Barret-Lennard, 1981) betrachtet, braucht es Anteile, die zur Empathie fähig sind, weitere die diese Einfühlung ausdrücken und kommunizieren können und Anteile der KlientInnen, die dazu in der Lage sind, diese Empathie auch wahrzunehmen. An dieser Stelle wird deutlich, dass sich das Phänomen der Empathie nur als ein intersubjektives Geschehen, als ein Zwei-Personen-Stück verstehen lässt, zu dessen Gelingen zwei innere Teams zusammenspielen müssen.

Es gibt unterschiedliche Ansichten darüber, **was genau unter Empathie zu verstehen sei**. Für Rogers bedeutet Empathie *„den Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen“* (Rogers, 1987, S. 37). *„... in jedem Augenblick ein Gespür zu haben für die sich ändernden Bedeutungen in dieser Person ...*

Bedeutungen zu erahnen, deren sie sich selbst kaum gewahr wird. ... Sie [die Empathie] schließt ein, dass man die eigenen Empfindungen über die Welt dieser Person mitteilt, da man mit frischen und furchtlosen Augen auf Dinge blickt, vor denen sie sich fürchtet“ (Rogers, 1980a, S. 79).

Als Empathie wird oft nur die emotionale Dimension des Einfühlens definiert und von einem kognitiven Verstehen abgegrenzt. So verhalten wir uns für De Vignemont und Singer (2006) dann empathisch gegenüber einem anderen Menschen, wenn wir uns (1.) in einem emotionalen Zustand befinden, der (2.) dessen Zustand ähnlich (isomorph) ist, der (3.) durch die Beobachtung oder die Vorstellung des Zustandes des anderen hervorgerufen wurde und (4.) wenn wir wissen, dass der Zustand des anderen die Ursache für unseren Zustand ist.

Andere AutorInnen bringen eine Vielzahl von Phänomenen und Konzepten mit Empathie in Zusammenhang (Batson, 2011). Im Folgenden wird Empathiefähigkeit als eine höchst komplexe Leistung verstanden, bei der mehrere Komponenten zusammenwirken. Die Unterscheidung eng miteinander verwobener Aspekte mutet möglicherweise künstlich und sehr theoretisch an. Sie soll dennoch dazu anregen, sich selbst klar zu machen, was man gerade tut und was genau passiert, wenn man versucht, empathisch zu sein.

Die Darstellung folgt der häufigen Unterscheidung von emotionalen und kognitiven Komponenten der Empathiefähigkeit. Sie diskutiert potentiellen Distress als Faktor, der sie beeinträchtigen kann, und prosoziales Verhalten, das aus der Begegnung mit dem Leiden anderer erwachsen kann. Ein Teil der Beschreibungen der Komponenten ist dem „Interpersonal Reactivity Index“ (Davis, 1980, 1983) entnommen, einem der am häufigsten eingesetzten Fragebögen zur Erhebung der Empathiefähigkeit, der auch bei der Messung der Auswirkungen von Achtsamkeitstrainings zum Einsatz kam.

Im Bereich der emotionalen Komponenten der Empathiefähigkeit spielen mehrere Persönlichkeitsanteile zusammen. Ein phylogenetisch sehr alter Anteil verfügt über die Fähigkeit zur automatischen motorischen Nachahmung (Mimikry). Er ahmt unbeabsichtigt den Gesichtsausdruck, die Haltung oder Bewegungen von anderen Personen nach, er lässt sich etwa von deren Gähnen und Lachen anstecken. Diese unwillkürliche motorische Nachahmung vermittelt den Eindruck von Ähnlichkeit und wirkt als „sozialer Klebstoff“, der sich in der Evolution als vorteilhaft erwiesen hat. Ein anderer Anteil lässt sich auf einer subtileren Ebene vom emotionalen Zustand einer anderen Person anstecken (Emotional Contagion). Seine Physiologie gleicht sich jener der anderen Person an, etwa auf der Ebene des vegetativen Nervensystems oder der Gehirnströme.

Im Bereich der **emotionalen Komponenten** spielt der Körper eine zentrale Rolle, genauer gesagt wieder die körperliche Dimension beider Beteiligten. Die „Zwischenleiblichkeit“ (Merleau-Ponty, 2003) sei in der therapeutischen Beziehung das eigentlich Tragende (Fuchs, 2012), sie spielt bei der therapeutischen Feinfühligkeit, bei der Einfühlung und dem Gefühl von Verbundenheit eine maßgebliche Rolle.

Um diese basalen körperlichen Fähigkeiten über die **Zwischenleiblichkeit** hinaus nutzen zu können, bedarf es jener Persönlichkeitsanteile, die dazu in der Lage sind, körperliche Vorgänge zu beobachten und ein Bewusstsein darüber zu entwickeln, was im Körper vor sich geht. Sie müssen dann wieder mit Anteilen zusammenarbeiten, die Worte dafür finden und das Geschehen verbal und nonverbal kommunizieren können.

Im Bereich der **kognitiven Komponenten** wäre ein Persönlichkeitsanteil dafür zuständig, sich vorzustellen, wie es einer anderen Person wohl geht, indem er deren Perspektive einnimmt (Perspective Taking). Er versucht, die Situation mit den Augen der anderen Person zu sehen und gleichsam in ihren Mokassins zu gehen. Er nutzt dazu alles Vorwis-

sen, das er darüber erworben hat, welche Erfahrungen die andere Person geprägt haben, wie sie die Welt wahrnimmt und erlebt und welche Bedürfnisse und Werte sie leiten. Ein anderer Persönlichkeitsanteil geht davon aus, dass Menschen einander ähnlich sind. Für ihn scheint es sinnvoll, sich selbst in die Situation des anderen hinein zu versetzen und darüber nachzudenken und zu fantasieren, wie es ihm selbst in der Situation der anderen Person gehen würde (Fantasy).

Diese beiden für die kognitive Dimension der Empathie zuständigen – verstehenden – Persönlichkeitsanteile arbeiten mit einem verwandten Anteil zusammen: Dieser hat in der Psychotherapie in letzter Zeit an Bedeutung gewonnen, „der Mentalisierer“. Er versteht Mentalisierung als „Fähigkeit, das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren“ (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004, vgl. Sulz & Gräff-Rudolph in diesem Band).

Beim Miterleben des Leidens anderer Personen können sich – in der Regel ungewollt – auch Persönlichkeitsanteile melden, für die das Stress bedeutet (Personal Distress). Sie können nicht mit ansehen, wenn jemand anderer leidet. Sie leiden nicht mit dem anderen oder wie der andere, sondern wegen des anderen. Ihr Leiden kann sich aus unterschiedlichen Quellen nähren, etwa aus einer übermäßigen Identifikation mit der leidenden Person, aus Gefühlen der Ohnmacht, aus Schuldgefühlen oder aus einer sehr nahen und/oder ambivalenten Beziehung. In diese Gruppe von Teilen gehören jene, denen etwa im Kontext von Psychotherapie Mitgefühlsmüdigkeit zugeschrieben wird.

Im Rahmen der buddhistischen Geistesschulung wird es als wesentlich erachtet, Persönlichkeitsanteile zu entwickeln und zu kultivieren, die prosoziale Fähigkeiten wie Mitgefühl (Compassion), Liebende Güte (Loving Kindness) und Mitfreude verkörpern. Unter Mitgefühl wird dabei der Wunsch verstanden, die anderen mögen vom Leiden befreit und glücklich sein, ohne dass die Mitfühlenden in die gleichen belastenden Gefühle hineingezogen werden. Nicht zuletzt geht es um die Entwicklung von Zuständen von Gleichmut. In diesem Bereich finden sich Überschneidungen mit dem in der Psychotherapie bedeutsamen Konzept der Akzeptanz.

Das innere Team der Achtsamkeit

Wenn man Achtsamkeit als das **Erwachen des „Inneren Beobachters“** definiert, spielt dieser die Hauptrolle im inneren Team der Achtsamkeit. Er nimmt auch insofern eine besondere Stellung ein, als er gleichsam über allen Persönlichkeitsanteilen steht und alle anderen und das große Ganze im Auge hat. In der Hakomi-Methode (Weiss, Johanson & Monda, 2015) hat sich der Innere Beobachter als Hilfskonstrukt bewährt, um bestimmte Zustände und Prozesse besser fassen und beschreiben zu können. Obwohl die Vorstellung faszinierend wirkt ist der Innere Beobachter kein Männchen im Kopf, das vor einer Leinwand sitzt und gebannt dem inneren Film der Imaginationen folgt, Gedanken in Leuchtschriften vorbeilaufen sieht oder Botschaften aus dem Körper empfängt. Mit der Einladung, den Inneren Beobachter zu aktivieren, wird vielmehr ein Zustand des bewussten Beobachtens aktiviert, in dem man sich nicht mehr mit dem Beobachteten, etwa einem Gedanken oder einem Gefühl identifiziert. Diese **Disidentifikation** wird als zentrales und spezifisches Wirkprinzip der Achtsamkeit betrachtet (Harrer & Weiss, 2016). Man erlebt sich selbst gleichsam als Bewusstseinsraum, in dem bestimmte Phänomene auftauchen

und wieder vergehen. Im Zustand der Achtsamkeit „funktioniert“ man in einem reinen **Wahrnehmungsmodus**, der sich als „Innere Achtsamkeit“ nach innen richtet oder als „Fünf-Sinne-Achtsamkeit“ nach außen. Auf einer weiteren Stufe der Praxis kann man sich dem Gewährsein, dem Bewusstsein selbst zuwenden, dem Raum und Kontext, in dem die Geistesphänomene auftauchen und wieder verschwinden.

Während sich ein Teil der Aufmerksamkeit absichtsvoll der unmittelbaren Wahrnehmung von bestimmten inneren und äußeren Objekten zuwendet verweilt ein anderer konstant auf einer Metaebene und ist dafür zuständig, die Prozesse der **Aufmerksamkeitslenkung** zu beobachten (Monitoring). Er ist es, der bemerkt, wenn sich etwa bei der Übung der Atembeobachtung ein Gedankenwandern einstellt und die Aufmerksamkeit im Gegensatz zur ursprünglichen Absicht – beispielsweise durch Gedanken an eine Tätigkeit nach der Übung – abgelenkt wird. Das Bemerkten der Ablenkung ermöglicht es, zu entscheiden, ob man sich wieder mit aller Hingabe dem Heben und Senken der Bauchdecke zuwendet oder aber den Gedanken weiterverfolgen will.

Wenn sie konsequent geübt wird entwickelt sich die Fähigkeit, über längere Zeit auf bestimmte Objekte fokussiert bleiben zu können, bis in kaum vorstellbare Bereiche. So berichtet Allen Wallace – ein Experte auf dem Gebiet des tibetischen Buddhismus – von einem sechsmonatigen Retreat, in dem er von früh bis spät meditierte. An einem Punkt war er über die Schwierigkeiten mit seiner Praxis so verzweifelt, dass er seine Hütte verlassen musste, um mit seinem Lehrer zu sprechen. Er hatte bemerkt, dass er seinen Geist nicht länger als zwei Stunden auf einen Punkt fokussiert halten konnte. Seine Verzweiflung ist kaum nachvollziehbar, wenn man sich selbst schon einmal hingesezt und erfahren hat, was passiert, wenn man versucht, sich auf den Atem zu konzentrieren. In unserem Kulturkreis ist es schon eine Leistung, eine Minute bei einem Punkt zu verweilen. Allen Wallace hatte aber den alten Mönch in seiner Nachbarhütte vor Augen, der ihm von seiner Verzweiflung erzählt hatte, als nach sechs Stunden ein Gedanke seine meditative Ruhe störte (nach Tart, 2016).

Auch wenn das Beispiel nicht in die Psychotherapiepraxis übertragbar ist, so soll es doch die Richtung aufzeigen, wohin Geistesschulung führen kann. Man kann es durchaus auch als intensives Geistestraining betrachten, viele Stunden täglich psychotherapeutisch tätig zu sein. Es stellt sich nur die Frage, was genau man dabei übt. PsychoanalytikerInnen entwickeln im Laufe der Jahre vielleicht einen Persönlichkeitsanteil, der Meisterschaft für den Zustand der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ erworben hat. Der Göttinger Analytiker Ralf Zwiebel (2013) ist bei der Frage, wie man die gleichschwebende Aufmerksamkeit auch außerhalb von Psychotherapien üben könne, auf die Praxis des Zen gestoßen. Ohne Bevorzugung und ohne Bewertung wendet man sich auch dort in bestimmten Formen der Praxis offen all dem zu, was im Innen und im Außen auftaucht. Das Kultivieren der Fähigkeit zur Lenkung der Aufmerksamkeit ermöglicht es, sich auf flexible Weise darauf zu **konzentrieren**, was einem im Moment wichtig erscheint. Das können Aussagen oder Verhaltensweisen der KlientInnen sein, das können mentale und körperliche Vorgänge in den TherapeutInnen selbst sein. Das kann die Fokussierung auf ein Detail sein oder die Öffnung für das große Ganze. Man übt auch, die Aufmerksamkeit geteilt zu halten, etwa Innen und Außen gleichzeitig wahrzunehmen. Und dabei besteht – aus einer Metaperspektive betrachtend – ständig ein Bewusstsein darüber, worauf sich die Aufmerksamkeit im jeweiligen Moment richtet.

Das Kultivieren von Aufmerksamkeitsleistungen, etwa dem längeren Verweilen bei einem bestimmten Objekt, führt auch dazu, dass sich die Wahrnehmung verfeinert und vertieft und Dinge wahrgenommen werden, die sich ohne eine entsprechende Praxis nicht enthüllen. Ein konkretes Beispiel für die Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit durch eine langjährige Meditationspraxis ist deren Auswirkung auf das Erkennen von „**Mikroexpressionen**“. Das sind ultrakurze, flüchtige Veränderungen in der Mimik, die unbewusst und unzensuriert ablaufen. Paul Ekman hat sich intensiv mit dem Ausdruck von Emotionen auseinandergesetzt und speziell im forensischen Bereich Videoaufnahmen analysiert, um herauszufinden, ob Angeklagte die Wahrheit sprechen oder nicht. Das bewusste Erkennen dieser Mikroexpressionen verbessert auch die Empathiefähigkeit. In einer Expertenstudie mit Matthieu Ricard und anderen in Meditation erfahrenen Personen wurde festgestellt, dass das Erkennen dieser kurzen mimischen Signale Ricard und den anderen Versuchspersonen besser gelang, als allen anderen 5000 getesteten Personen. Sie übertrafen PolizistInnen, AnwältInnen, PsychiaterInnen, ZollbeamtInnen und RichterInnen und sogar Secret-Service-AgentInnen, jene Gruppe die sich zuvor als die genaueste erwiesen hatte (Goleman, 2003, S. 43).

Zustände von Achtsamkeit sind aber nicht nur über die Komponente der Aufmerksamkeitslenkung definiert, sondern auch über die **innere Haltung**, aus der man sich den Objekten und der jeweiligen Erfahrung zuwendet. Diese Haltung wird unterschiedlich charakterisiert, etwa als „nicht bewertend“, „offen“, „akzeptierend“ oder als „neugierig zugewandt“. In buddhistischen Kontexten wird der dieser Haltung entsprechende Zustand als **Gleichmut** oder Gelassenheit (Equanimity) bezeichnet (Young, 2014). Im Bereich dieser Haltung ergeben sich die Verbindungen der Achtsamkeit zur **Akzeptanz** und ihrem Beitrag zur Empathiefähigkeit.

Eine weitere Dimension der Achtsamkeit, die in den buddhistischen Ursprüngen der Achtsamkeit eine zentrale Rolle spielt, ist ihre **ethische Komponente**. Achtsamkeitspraxis sollte in ihrer ursprünglichen Konzeption der Verringerung von menschlichem Leiden dienen, ein Ziel, das sie mit der Psychotherapie teilt. Wenn man sich diese Dimension als Persönlichkeitsanteil vorstellt bestünde seine Aufgabe darin, auf die Auswirkungen aller Handlungen zu achten und daran zu erinnern, Heilsames zu tun und Unheilsames möglichst zu unterlassen. Unter heilsam würde er all das verstehen, was eigenes Leid oder Leiden von anderen verringert. Unheilsam wäre alles, was es vermehrt.

Die ethische Dimension, die sich aus der Verbundenheit aller Wesen natürlich ergibt, verwirklicht sich auch in der Kultivierung der sog. „Vier himmlischen Verweilzustände“: Gleichmut, Liebende Güte, Mitgefühl und Mitfreude, die eng miteinander verwoben sind. Das Ziel der Geistesschulung besteht in einer Balance zwischen den vier Zuständen. So gelte es, **Gleichmut** zu üben, wenn etwa durch die Praxis der **Liebenden Güte** die Anhänglichkeit wächst. Wenn ein übermäßiges Üben des Gleichmuts zu Gleichgültigkeit führen könnte, wechselt man zur Kultivierung des **Mitgefühls**. Wenn man sich die Leiden der Welt übermäßig bewusst macht, bestehe bei AnfängerInnen die Gefahr, auszubrennen oder depressiv zu werden. In diesem Fall möge man dazu übergehen, die **Mitfreude** an positiven Aspekten des Erlebens und am Glück anderer zu kultivieren (nach Ricard; in Goleman, 2003, S. 244).

Das Zusammenspiel der inneren Teams von Empathie, Achtsamkeit und Akzeptanz

In den folgenden Abschnitten werden die von den einzelnen Mitgliedern verkörperten Zustände des Teams von Empathie, Achtsamkeit und Akzeptanz und ihr Zusammenspiel vorgestellt. Als Momentaufnahmen von spezifischen Situationen betrachtet treten oft mehrere Persönlichkeitsanteile/Zustände gleichzeitig auf, indem sie gemeinsam zur Bewältigung einer bestimmten Aufgabe beitragen, einer oder mehrere im Vordergrund, andere im Hintergrund. Manchmal treten auch Persönlichkeitsanteile auf, die die Empathiefähigkeit beeinträchtigen. Bei manchen Prozessen treten einzelne Anteile/Zustände in einer bestimmten Reihenfolge nacheinander in den Vordergrund und bestimmen maßgeblich den Zustand einer Person.

So beschreibt Ralf Zwiebel (2013) psychodynamische Psychotherapie als Kreisprozess einer Trias von Präsenz, Gegenübertragung und Einsicht. Als Ausgangspunkt jeder Therapiestunde aber auch zwischendurch geht es immer wieder darum, einen **Zustand** von Präsenz einzunehmen. Er ermöglicht es, gleichzeitig nach Innen und Außen zu lauschen, teilhabend zu beobachten, abwartend zuzuhören und alles zuzulassen, was sich zeigt. Was sich dann in der Innenwelt der AnalytikerInnen zeigt, kann als Gegenübertragung wahrgenommen werden. Die **Gegenübertragung** kann sich so intensiv in den Vordergrund drängen, dass sie Präsenz verhindert. Im Idealfall kann die Gegenübertragung zu einer **Einsicht** führen. Wenn die Präsenz erhalten bleibt, lässt Offenheit nach Innen spontane Einfälle zu. Oft erfolgt bei der Wahrnehmung der Gegenübertragung auch ein Umschalten in den Nachdenkmodus, indem beispielsweise das Aktuelle mit dem Vorwissen verknüpft, alte Hypothesen bestätigt oder neue gebildet und entsprechende Interventionen geplant werden. Nach der Intervention geht es wieder darum, das alles loszulassen und sich erneut der Gegenwart zuzuwenden, einen Zustand der Präsenz einzunehmen, um aus der Position des teilhabenden Beobachtens die Auswirkungen der Intervention zu beobachten. Und damit schließt sich der Kreis.

Zwiebel (2013) versteht die Tätigkeit von AnalytikerInnen auch als ein Oszillieren zwischen zwei Zuständen oder Persönlichkeitsanteilen, die er als kleines und als großes Selbst bezeichnet. Im sog. **kleinen Selbst** sieht er die allgemeinen Arbeitsmodelle und das erlernte Wissen verankert. Das kleine Selbst ist rational, es arbeitet begrifflich, schlussfolgernd und fokussiert thematisch. Als ein Modus des Tuns vermittelt es über ein professionelles Selbstgefühl Sicherheit. Es beinhaltet allerdings die Gefahr eines „falschen TherapeutInnen-Selbst“. Das **große Selbst** lasse sich im Gegensatz zum kleinen Selbst als ein waches, offenes und umfassendes Gewahrsein beschreiben, als ein Zulassen, ohne reagieren zu müssen, als ein präkonzeptuelles Nicht-Wissen, als Modus des reinen Seins. Bei Daniel Siegel (2010) ist die Präsenz ebenfalls der Ausgangspunkt eines Prozesses, der sich in heilsamen therapeutischen Begegnungen findet. Seine Trias ist eine von Präsenz, Einstimmung und Resonanz.

Den Prozess, der zur empathischen Resonanz führt, kann man sich mit Hilfe von fünf körperlich-räumlichen Metaphern vorstellen (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2007, S. 116-120):

- **Loslassen:** Die erste Metapher ist die einer Hand, die loslässt. Man lässt zunächst vorgeformte Ideen, Erwartungen und ein früher erlangtes Verständnis los. Um diesen

Prozess zu unterstützen und einen „Raum zu schaffen“ hilft es, den eigenen Körper wahrzunehmen. In die gleiche Richtung weist Wilfried Bion, wenn er behauptet, ein Psychoanalytiker behandle den falschen Patienten, wenn er meint, er habe ihn schon einmal gesehen. „*No Memory, no desire, no understanding*“ lautete sein Credo (Bion, 1970, S. 129).

- **Eintreten:** Der zweite Schritt besteht darin, sich in Richtung des anderen zu bewegen und seine Welt zu betreten. Dazu wird oft automatisch eine bestimmte Haltung oder Gestik nachgeahmt.
- **Mitschwingen:** Der dritte Abschnitt dieses Prozesses wird durch eine Stimmgabel verbildlicht. Man geht in Resonanz, man schwingt auf der gleichen Wellenlänge und klingt in einem harmonischen Verhältnis zusammen. Im Gegensatz zum aktiven Betreten der Welt des anderen ist Resonanz etwas Rezeptives und Körperliches.
- **Suchen und Auswählen:** Das vierte Bild ist das des aktiven Findens, Differenzierens und Aussortierens aus all dem, was sich zeigt. Man kann sich angesichts der Komplexität der Welt des anderen Menschen auch verloren, verwirrt oder überwältigt vorkommen. Um ein Gefühl für die Richtung zu behalten, bleiben manche TherapeutInnen dabei mit ihrem Körper in Kontakt. In diesem Abschnitt ist es ihre Aufgabe, zu erfassen, was für die KlientInnen am bedeutsamsten ist, was diese am meisten berührt oder bedrückt.
- **Begreifen und zum Ausdruck bringen:** Der letzte Schritt ist der des Zupackens und Haltens dessen, was für die KlientInnen wichtig ist, und dann auch dranzubleiben.

Insgesamt geht es bei der Entwicklung der Empathiefähigkeit um eine „Geistesschulung“, um die einzelnen Zustände flexibel und verlässlich zur Verfügung zu haben. Es geht um eine Reifung der einzelnen an diesen Prozessen beteiligten Anteile, um die Förderung eines flexiblen Zusammenspiels der Anteile und um das wiederholte Einnehmen einer Metaposition zur Optimierung des Zusammenspiels. Bei der Entwicklung der Empathiefähigkeit geht es somit insgesamt um Differenzierung, Reifung und Integration. Die integrierende Funktion der Achtsamkeit kann dabei einen wesentlichen Beitrag leisten. Die Akzeptanz ist Teil des inneren Teams der Achtsamkeit.

Wenn man die Aktivierung bestimmter Persönlichkeitsanteile bzw. Zustände auf der neurobiologisch-körperlichen Ebene betrachtet, so kann man sich vorstellen, dass deren Aktivierung ihre Entsprechung in der Aktivität bestimmter Nervenzellnetzwerke im Gehirn findet und dass sie mit einem bestimmten Aktivierungsmuster des vegetativen Nervensystems und mit einem bestimmten muskulären Erregungsmuster einhergeht. Integration hieße auf dieser Ebene, dass bestimmte Nervenzellgruppen dazugeschaltet werden und sich langfristig deren Konnektivität erhöht.

Präsenz

Zustände von Präsenz bilden in Therapieverfahren, bei denen Empathie, Resonanz und Gegenübertragung eine Rolle spielen, den zentralen Ausgangspunkt, zu dem es gilt, immer wieder zurückzukehren. Zwiebel (2013) bezeichnet den im Zustand der Präsenz aktivierten Persönlichkeitsanteil als „großes Selbst“, andere nennen den Zustand rezeptiven Modus, Wahrnehmungs- bzw. Seinsmodus oder Resonanzbereitschaft. Für Daniel Siegel (2010) bedeutet Präsenz Offenheit für die Entfaltung von Möglichkeiten.

Die Qualitäten **des Erlebens von Präsenz** werden geschildert als eine Vertiefung der wachen Erfahrung des gegenwärtigen Moments, als Ausdehnung und innere Weite, als Zeitlosigkeit, Energie und Fluss bei gleichzeitiger Erdung und Zentrierung sowie als Vertrauen und Leichtigkeit. Präzente TherapeutInnen sind dabei mit den KlientInnen und zugleich für sie da, mit der Absicht zu heilen, mit Ehrfurcht, Respekt und Liebe (Geller & Greenberg, 2002). *„Um der Resonanz den Raum zu bereiten, muss Stille möglich werden; eine Stille, die das Lauschen als Hinwendung auf das Noch-Nicht ermöglicht“* (Gindl, 2002).

Wege zur Präsenz

Wie kann man nun diese Zustände von Präsenz in der therapeutischen Praxis einladen? Geller und Greenberg (2002) entwickelten dazu aus Experteninterviews ein dreistufiges Arbeitsmodell: Dabei gehe es zunächst darum, den **Boden für die Präsenz zu bereiten**. Dazu erinnern sich die TherapeutInnen unmittelbar vor der Sitzung an ihre Absicht, präsent zu sein und möglichst auch zu bleiben. Sie schaffen einen inneren Freiraum, indem sie sich in einem Zustand „offenen Gewahrseins“ zunächst bewusstmachen, was diesen Raum im Moment einnimmt, um es anschließend beiseite zu stellen. Sie machen sich klar, welche Vorannahmen, Theorien und Therapiepläne sie hegen. Dann nehmen sie absichtsvoll eine Haltung von Offenheit, Akzeptanz, Interesse und Nicht-Bewerten ein. All das kann in Form einer kleinen Achtsamkeitsübung ein paar Minuten vor Sitzungsbeginn erfolgen. Die positiven Auswirkungen einer solchen Einstimmung konnten nachgewiesen werden: Die KlientInnen erlebten die Sitzungen mit den eingestimmten TherapeutInnen als effektiver (Dunn, Callahan, Swift & Ivanovic, 2013). Der weiter gefasste Boden für die Präsenz wird jenseits der Therapiestunde kultiviert und zwar durch eine umfassendere Selbstverpflichtung zur Präsenz, zu persönlichem Wachstum, zu entsprechender Übungspraxis und zur Selbstfürsorge.

Der **Prozess der Präsenz** wird eingeleitet, indem die TherapeutInnen in einen rezeptiven Modus umschalten. Sie richten ihre Aufmerksamkeit nach Innen, vertrauen auf den Prozess, verhalten sich authentisch und kehren immer wieder zur Erfahrung des gegenwärtigen Moments zurück. Die TherapeutInnen sind dabei nach außen und innen hin offen und zugänglich, begegnen den KlientInnen auf transparente und kongruente Weise und antworten intuitiv. Sie sind mit ihrer Aufmerksamkeit von Moment zu Moment gleichzeitig bei sich selbst und den anderen. Damit können auf der dritten Stufe die oben beschriebenen **Qualitäten der Präsenz** erlebbar werden.

Achtsamkeit und Präsenz

Eine regelmäßige Achtsamkeitspraxis schult die Fähigkeit zur Präsenz auf mehreren Wegen:

- Im Zentrum steht das Einnehmen und möglichst kontinuierliche Halten einer Beobachterposition, aus der heraus man sich über den momentanen Fokus der Aufmerksamkeit bewusst ist. Dadurch kann man immer früher bemerken, wenn man zwischendurch nicht präsent ist und erkennen, was einen daran hindert, präsent zu sein. Diese Hindernisse können mit den TherapeutInnen, aber auch mit äußeren Faktoren zu tun haben. Sie können zum therapeutischen Prozess beitragen, wenn sie sich im Sinne einer Gegenübertragung aus dem Erleben mit den KlientInnen entwickeln und für Einsichten genutzt werden.

- Man übt das Umschalten in den Wahrnehmungs- bzw. Seinsmodus und darin zu verweilen.
- Man kultiviert jene Form der Aufmerksamkeit, die man als „offenes Gewahrsein“ bezeichnet, in der man, ohne auszuwählen, für alle Erfahrungen offen bleibt.
- Achtsamkeitspraxis fördert die Gegenwärtigkeit und damit den sog. **Anfängergeist**. Darunter versteht man eine Haltung, aus der man die Dinge betrachtet, als würde man sie zum ersten Mal sehen. Dieser Anfängergeist erleichtert es, offen, interessiert und neugierig zu bleiben, indem man alles Vorwissen und alle Vorannahmen beiseite stellt.
- Nicht zuletzt kultiviert die Achtsamkeit die innere Stille. Die entstehende Leere lässt Raum für spontane Einfälle und damit für Kreativität.

Wahrnehmen und Sich-Einstimmen

Die innere Stille und der innere Raum der Präsenz sind die eine Voraussetzung dafür, sich nach Innen und Außen öffnen zu können. Die grundsätzliche und aktuelle Bereitschaft, in Resonanz zu gehen, ist die zweite. Barbara Gindl (2002) versteht unter **Resonanzbereitschaft** „eine aktive Haltung hinspürender Bezogenheit, eine aufmerksam bezogene und liebevolle Wachheit, die mich selbst und den anderen Menschen in seiner Gesamtheit, also in der leiblichen, seelischen, geistigen und transpersonalen Dimension umschließt“. Für Gindl ist diese zugewandte Haltung nicht vom Wissen über die KlientInnen und den therapeutischen Prozess geprägt, sondern zeichne sich durch eine fragende Offenheit aus. Sie sei ein kontinuierlicher, dialogischer Prozess des sich Ein- und Abstimmens in der therapeutischen Begegnung.

Die Resonanzbereitschaft der TherapeutInnen beinhalte nach Gindl (2002) deren Mut und deren Fähigkeit, mit ihrem eigenen wahren Selbst, ihrer Geschichte, ihrem eigenen Leiden und ihren Selbstheilungskräften, also mit der eigenen Leidens- und Liebesfähigkeit in Kontakt zu sein und immer wieder in Berührung zu kommen.

Daniel Siegel (2010) unterscheidet im Rahmen seiner Trias von Präsenz, Einstimmung und Resonanz bei der Einstimmung eine innere Einstimmung (Internal Attunement) und eine zwischenmenschliche Einstimmung (Interpersonal Attunement). Bei der inneren Einstimmung fokussiere das mit dem Inneren Beobachter verwandte „Beobachtende Selbst“ auf die eigene innere Erfahrung. Die zwischenmenschliche Einstimmung beinhalte das Wahrnehmen jener Signale von anderen Menschen, die etwas über deren Innenwelt enthüllen. Dabei gehe es nicht nur darum, ihre Worte zu hören, sondern vor allem auch darum, ihre nonverbalen Muster des „Flusses von Energie und Information“ wahrzunehmen, wie den Augenkontakt, den Gesichtsausdruck, den Ton der Stimme, die Haltung und die Gestik, das Timing und die Intensität der Antwort. Die subjektive Seite der Einstimmung bestehe in einem authentischen Aufnehmen von Verbindung, darin, die andere Person auf einer tiefen Ebene zu sehen und darin, deren Essenz in sich aufzunehmen. Einstimmung verlange Präsenz im Sinne von Offenheit, eine fokussierte Aufmerksamkeit und ein klares Wahrnehmen.

Auch die Säuglingsforschung beschäftigt sich mit der Abstimmung zwischen Mutter und Kind. Diese Prozesse dienen zunächst primär der Regulation der Affekte. Etwa im Alter von sieben bis neun Monaten verschiebt sich der Fokus hin zum Teilen von Gefühlszu-

ständen. Die Kommunikation erfolgt dann wesentlich über den Austausch von Gefühlen. Dies wird möglich, sobald das Kind den Gefühlszustand der Mutter auf sich selbst beziehen kann. Die Mutter beginnt dann mit dem, was Daniel Stern (2016) als **Affektabstimmung** bezeichnet hat. Das sind Verhaltensweisen, die die Gefühlsqualität eines gemeinsamen Affektzustandes zum Ausdruck bringen, ohne die Verhaltensaüßerung exakt zu imitieren. Diese Affektabstimmung bezieht sich auf amodale Eigenschaften des Gefühls wie Intensität, Rhythmus und zeitliche Kontur. Dazu gehört auch das abgestimmte Spiel mit Pausen. Die Pausen geben dem Kind den enorm wichtigen Raum, in dem seine eigenen Signale und seine körperlich-seelischen Eigenrhythmen Raum finden, für Mutter und Kind erfahrbar zu werden und sich zu entwickeln.

Von einer gelungenen Affektabstimmung (Communing Attunement) grenzt Stern jene bewusst und unbewusst absichtsvolle elterliche Abstimmung ab, die darauf abzielt, im Kind etwas zu bewirken. Im Falle der **selektiven Abstimmung** stimmen sich die Eltern auf bestimmte Affekte ihres Kindes oder eine bestimmte Intensität eines Affektes ein, auf andere jedoch nicht. Das Kind lernt, welche Affekte intersubjektiv teilbar sind und welche nicht. Jene Gefühle, die intersubjektiv keine Anerkennung erfahren und mit denen das Kind die Erfahrung des Teilens (Sharing) nicht machen kann, werden nicht differenziert. Beim Tuning fallen die elterlichen Abstimmungsreaktionen stärker oder schwächer aus als der kindliche Gefühlsausdruck. Wenn dies kontinuierlich und immer wieder geschieht, wird dem Kind subtil ein fremder Rhythmus übergestülpt oder aufgezwungen – als Folge kann sich eine innere Entfremdung einstellen. All das, was entweder nicht beantwortet oder aber durch die Beantwortung anderer Menschen verändert, entwertet, abgelehnt oder gar bestraft wird, kann sich nicht weiterentwickeln.

Wenn in der Therapie angestrebt wird, neue, korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, so stellt sich die Frage, worauf sich die TherapeutInnen aktiv einstimmen, was sie in sich anklingen lassen wollen. Die Selektivität der Resonanzbereitschaft und damit der Einstimmung hängt von vielen Faktoren ab, etwa von der allgemeinen Schwingungsfähigkeit der TherapeutInnen und ihrer Tagesverfassung.

Worauf TherapeutInnen ihre Aufmerksamkeit richten und was sie von ihren KlientInnen wahrnehmen, hängt aber auch vom Therapieverfahren ab, das ihr Vorgehen prägt. Gilt das Interesse – wie in den psychodynamischen Verfahren – der inneren Konfliktodynamik und ihrer biografischen Entstehung, der Abwehr und ihren Auswirkungen? Gilt das (Veränderungs-)Interesse – wie in den verhaltenstherapeutischen Verfahren – dem gelernten Verhalten und den kognitiven Prozessen? Gilt es – wie in den humanistischen Verfahren – den Potentialen der KlientInnen und ihren nicht integrierten Anteilen? Oder gilt es – wie in den systemischen Verfahren – den limitierenden Erzählungen der KlientInnen und deren Stabilisierung durch Interaktionen mit dem Umfeld? (Kriz, 2012).

Für Erich Fromm (1971) zielt die Psychotherapie bzw. der analytische Prozess wesentlich darauf ab, weniger zu verdrängen und freier zu werden, etwa jene Gefühle wie Eitelkeit und Angst zu integrieren, die dem Selbstbild widersprechen, bescheiden, mutig und liebevoll zu sein. Die oft schmerzvollen Einsichten öffnen Türen und ermöglichen, ein Ende damit zu machen, auf andere das zu projizieren, was man in sich selbst verdrängt. Und es geht weiter, der Mensch *„erlebt den Säugling, das Kind, den Heranwachsenden, den Verbrecher, den Wahnsinnigen, den Heiligen, den Künstler, den Mann und die Frau in sich; er kommt mit der Menschheit, mit dem universalen Menschen enger in Berührung“* (S. 176). Sind die TherapeutInnen bereit und in der Lage, all diesen Anteilen zu begegnen und sich auf sie einzustimmen? Sind sie vertraut mit verwandten eigenen inneren Anteilen

oder lösen sie Angst aus? Carl Rogers (1980a) schließt in seine Definition der Empathie mit ein, dass es darum gehe, mit furchtlosen Augen auch auf jene Dinge zu sehen und sie anzusprechen, vor denen sich KlientInnen fürchten. Wie steht es um die Furchtlosigkeit der TherapeutInnen bzw. um deren Ängste? Ist eine **Allparteilichkeit** gegenüber allen Anteilen ihrer KlientInnen möglich? Diese hängt eng mit der Beziehung zu den eigenen inneren Anteilen ab.

Selbst wenn die Bereitschaft besteht, sich auf die KlientInnen einzustimmen, stellt sich die Frage, wie das gelingen kann. Im Bereich der emotionalen Komponenten der Empathie können wir auf allgemein menschliche Fähigkeiten zurückgreifen. Da ist zunächst jene in der Regel automatisch umgesetzte Fähigkeit zur motorischen Nachahmung. In gelingenden Interaktionen zeigt sich oft ganz unwillkürlich das Phänomen, dass sich die Gesprächspartner in ihrer Körperhaltung und in ihren Bewegungen aneinander angleichen. Wenn diese Einstimmung nicht „von selbst“ gelingt, stehen den TherapeutInnen unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung. In der Hypnotherapie spricht man von Pacing, wenn sie ihr Verhalten bewusst dem ihrer KlientInnen angleichen. Das Annehmen von deren Körperhaltung, das Hineinversetzen in deren Glaubens- und Wertesystem macht ein Verstehen gleichsam von innen heraus möglich. Ein Cartoon verdeutlicht diese Möglichkeit: Er zeigt einen Menschen und einen Storch. Beide stehen auf einem Bein. *„Wie ist es, ein Storch zu SEIN?“* – ist der Titel des Cartoons (Kutschera, 1995, S. 341). Wenn man sich in die Welt der KlientInnen einfühlt und sie auf verschiedenen Ebenen abholt, erhöht das auch die Wahrscheinlichkeit, von ihnen verstanden zu werden. In diesem Sinne ist Pacing im Sinne der Einstimmung ein Weg *„sich einem anderen Menschen innerlich und äußerlich ähnlich zu machen, mit dem Ziel, den anderen zu verstehen und seinerseits von ihm verstanden zu werden“* (Weerth, 2005).

Neben der motorischen Nachahmung gibt es auch noch andere, subtilere Ebenen, auf denen man sich vom affektiven Zustand einer anderen Person anstecken lassen kann. Dies ist auch weniger ein Prozess, den man „machen“ kann, als vielmehr einer, den man zulassen aber auch verhindern kann. Diese Ebenen betreffen jene des vegetativen Nervensystems oder auch Synchronisierungen in der Aktivierung bestimmter Nervenzellnetzwerke im Gehirn. Bei der affektiven Kommunikation und Ko-Regulation wird einer Interaktion der rechten Gehirnhälften beider Beteiligten wesentliche Bedeutung zugemessen.

Auf einer weiteren, **transpersonalen Ebene** geht es um eine Einstimmung auf ein größeres Ganzes. So schreibt Carl Rogers (1980b) in *„A Way of Being“*: *„... aber wenn ich mich entspanne und dem transzendentalen Kern in mir nahe bin, ... scheint es mir, dass mein Geist/meine Seele sich ausgestreckt und die Seele des anderen berührt hat. Unsere Beziehung geht über sich selbst hinaus und wird ein Teil von etwas Größerem. Tiefgehendes Wachstum und Heilung und Energie sind gegenwärtig“* (S. 129).

Bei all diesen Ebenen der Einstimmung geht es in der therapeutischen Beziehung um die Bewusstheit zumindest der TherapeutInnen für diese Einstimmung. Dann kann sie angemessen reguliert und im Sinne und zum Wohle der KlientInnen eingesetzt und zu heilsamen Prozessen der Resonanz führen. Manchmal ist es auch gut und wichtig, Worte dafür zu finden. Oft geht die Einstimmung aber über das hinaus, was man in Worte fassen kann.

Achtsamkeit, Wahrnehmung und Einstimmung

- Achtsamkeitspraxis verbessert die Wahrnehmungsfähigkeit, indem sie eine kontinuierliche Aufmerksamkeit für den sich von Augenblick zu Augenblick entfaltenden Strom all dessen einübt, was im Innen und Außen wahrnehmbar ist.
- Die Fokussierung auf die unmittelbare Wahrnehmung der KlientInnen ermöglicht ein genaueres Zuhören, etwa ohne innerlich gleich ins Nachdenken über die Aussagen umzuschalten. Es ermöglicht ein genaueres Sehen der Körpersprache, wodurch auch minimale Zeichen, Bewegungen, Gesten und Haltungen oder auch Inkongruenzen besser wahrgenommen und genutzt werden können.
- Achtsamkeitspraxis verfeinert das Wahrnehmen mit den fünf Sinnen. Als Beispiel verbessert sich die Wahrnehmung von Mikroexpressionen.
- Man übt eine „duale Aufmerksamkeit“, bei der man jeweils einen Teil der Aufmerksamkeit gleichzeitig nach innen und nach außen richtet.
- In Überschneidung mit der dualen Aufmerksamkeit kultiviert Achtsamkeitspraxis die Fähigkeit, mit dem „dritten Ohr“ zu hören, wie sie der Wiener Analytiker Theodor Reik (1983) beschrieben hat. Dieses dritte Ohr hört auf zwei Kanälen: Es kann erfassen, was andere Leute nicht sagen, sondern nur fühlen und denken. Es kann aber auch nach innen gerichtet, „Stimmen aus dem Inneren hören, die sonst nicht hörbar sind, weil sie vom Lärm unserer bewussten Gedankenprozesse übertönt werden“ (S. 168–169). In der Psychoanalyse gelte es, diesen inneren Stimmen mehr Aufmerksamkeit zu schenken als dem, was die „Vernunft“ über das Unbewusste sagt. Achtsamkeit vermindert den Lärm des Hintergrundrauschens und sensibilisiert für die leisen Töne, die im Innen und im Außen anklingen.
- Bei der Nutzung der emotionalen, körperbezogenen Komponente der Empathie spielt Achtsamkeit insofern eine Rolle, als sie eine genaue und differenzierte Selbstwahrnehmung des Körpers schult, z. B. in der Übung des „Bodyscan“. Dabei durchwandert man innerhalb von 45 Minuten mit der Aufmerksamkeit den ganzen Körper.
- Achtsamkeit fördert die Resonanzbereitschaft und die Einstimmung indem sie eine Haltung der Hingabe kultiviert. *„... denn gesammelte Aufmerksamkeit ist an sich schon eine Übung der Hingabe. Man gibt sich dem hin, was jeweils gerade geschieht, ohne zu versuchen, etwas daran zu ändern oder es in ein begriffliches Korsett zu zwingen. ... Das erzeugt und festigt einen Geisteszustand, in dem wir offen bleiben für die Beobachtung und Erfahrung der ganzen Breite unserer mentalen und physischen Wirklichkeit, ohne sie jedoch unterdrücken oder ausleben zu müssen“* (Kornfield, 1985, S. 173).
- Achtsamkeit fördert durch den Anfängergeist die Offenheit der Wahrnehmung und verringert damit ihre Selektivität.
- Die Beobachtung der Prozesse der Aufmerksamkeitslenkung macht deren nicht zu verhindernde Selektivität bewusst – unabhängig davon, ob sie sich aus dem Therapieverfahren, aus den momentanen oder grundsätzlichen Vorlieben der TherapeutInnen oder aus deren Tagesverfassung ergibt.
- Achtsamkeit fördert die Offenheit und Allparteilichkeit gegenüber allen Anteilen der KlientInnen, auch indem sie zur Offenheit gegenüber eigenen inneren Anteilen beiträgt.
- Zur Akzeptanz eigener leidender Anteile hilft das in der Achtsamkeitspraxis kultivierte Selbstmitgefühl.
- Nicht zuletzt öffnet man sich in der Achtsamkeitspraxis auch gegenüber einem transpersonalen Erleben von Verbundenheit mit einem größeren Ganzen.

Resonanz

In den von Siegel (2010) beschriebenen drei Phasen erlaubt uns die Präsenz gegenüber anderen und uns selbst offen zu sein. Um uns auf den eigenen oder den inneren Zustand des anderen einzustimmen bestehe der nächste Schritt dann darin, die Aufmerksamkeit absichtsvoll auf uns selbst und jemand anderen zu fokussieren. In der Phase der Resonanz koppeln sich dann zwei autonome Einheiten zu einem neuen und größeren funktionalen Ganzen: Aus zwei Individuen entsteht ein „Wir“. Der Analytiker Michael Buchholz geht in dieser Sequenz noch einen Schritt weiter: „*Unsere Überlegungen zeigen eine Art Reihenfolge: Erst dann, wenn die aktuelle therapeutische Beziehung ‚resonant‘ ist, hat es Sinn, sich inhaltlich in die vertikale Tiefe zu begeben*“ (Buchholz & Götde, 2013, S. 867).

Peter Schellenbaum (1998) betont die körperlich-leibliche Dimension der Resonanz, für ihn ist „*das Phänomen der Resonanz nur im Rahmen eines übergeordneten Organismus vorstellbar; also eines ‚Dritten Leibes‘, in dem Lebensimpulse beim einen und anderen Menschen synchron verlaufen. Dies kann zweifelsfrei beobachtet, aber nicht logisch rational begründet werden*“ (S. 194). Auch Martin Buber hatte ein Bild vor Augen, in dem KlientInnen und TherapeutInnen gemeinsam Platz finden. Er nannte es „**Umfassung**“. Während Empathie oft als ein Prozess verstanden wird, den eigenen Boden aufzugeben und zum anderen hinüberzugehen, ist im Gegensatz dazu „*wirkliche Umfassung bipolar: Sie bezieht sich gleichzeitig auf beide Seiten. ... Der Therapeut muss zur gleichen Zeit dort und hier sein. Umfassung ist dieses mutige Pendeln, eine intensive Bewegung des ganzen eigenen Seins*“. Erst das biete die Möglichkeit zu erfassen, was der andere denkt, fühlt und will (Friedman, 1990, S. 22–23).

Auch in der Säuglingsforschung finden sich in gelungenen Mutter-Kind-Interaktionen Resonanzphänomene auf unterschiedlichen Ebenen: in physiologischen Regulationsvorgängen, in der Synchronisierung von Bewegungen, im Blickverhalten, in der Vokalisation, in Berührung und Körperkontakt und in Aufmerksamkeits- und Rückzugszyklen. **Gemeinsamkeitserfahrungen** (Self-With-Other) nennt Stern jene Erfahrungen, die das Kind im Zusammensein mit seiner Mutter erlebt, bei denen der Aspekt des gemeinsamen Seins, die geteilte Freude an der Interaktion und das Teilen positiver Affekte im Vordergrund stehen.

Resonanzfähigkeit beinhaltet neben der eigenen emotionalen Schwingungsfähigkeit auch die Fähigkeit, die eigenen emotionalen, leiblichen und stimmlichen **Reaktionen** auf die Signale des anderen sowohl zeitlich als auch qualitativ abzustimmen. Sie lässt Raum für die Eigenaktivität der KlientInnen, indem sie beachtet, was man ihnen zumuten kann und wo Unterstützung notwendig ist.

Resonanz ist nicht machbar. Damit sie sich einstellt, bedarf es spezieller **Bedingungen**. Die Kunst einer gelungenen Psychotherapie besteht darin, dass die TherapeutInnen eine menschliche Atmosphäre kreieren und dadurch einen Begegnungsraum bereitstellen, in welchem Resonanz geschehen kann. Wenn sich Resonanz einstellt geschieht das in der Regel zunächst spontan und unbewusst. Sie wird zu einer **modulierten Resonanz** (Gindl, 2002), wenn sie bewusst in den Dienst der Therapie und der inneren Prozesse der KlientInnen gestellt wird. Die modulierte Resonanz kann den KlientInnen zu korrigierenden Beziehungserfahrungen verhelfen: „*... zur bedeutsamen Erfahrung, mit jemandem (dem Therapeuten) zusammen zu sein, der emotional von ihm oder ihr betroffen sein kann und der doch in sicherer Verbindung bleiben kann. Interaktionen und Impulse, die den Klienten bisher in die Isolation führten, können jetzt in der therapeutischen Verbindung moduliert werden*“ (Jordan, 1997, S. 349, Übersetzung durch den Autor).

Emotionale Resonanz kann somit zu einem meist heilsamen Gefühl von **Verbundenheit** führen. Es bedarf einer gewissen Spannungstoleranz, um den Widerspruch auszuhalten, sich gleichzeitig mit der Verbundenheit auch der vom anderen abgegrenzten eigenen Identität bewusst bleiben und diese wahren zu können (Gindl, 2002). Es bedarf einer dem Therapieprozess angemessenen Balance zwischen dem gemeinsamen Eingebettet-Sein in der Resonanz auf der einen Seite und der Abgrenzung, der Konfrontation und dem Anstoßen von anstehenden Entwicklungsschritten auf der anderen.

In der Theorie lässt sich Resonanz auf dem Hintergrund eines **intersubjektiven Verständnisses von Psychotherapie** beschreiben (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1996). Danach kann man die Entwicklung psychoanalytischen Verstehens als einen intersubjektiven Prozess sehen, in dem sich ein Dialog zwischen zwei persönlichen Welten entfaltet. Die subjektive Wirklichkeit der KlientInnen werde in der Therapie weder entdeckt noch konstruiert, vielmehr wird sie durch einen Prozess empathischer Resonanz formulierbar. Dabei hätten auch die AnalytikerInnen durch ihre empathischen Fähigkeiten einen wesentlichen organisierenden Einfluss auf die Gestaltung dieser Wirklichkeit. Eine therapeutische Haltung dauerhafter empathischer Suche scheint geeignet, jenen intersubjektiven Kontext zu schaffen, in dem die Entfaltung, Klärung und Umwandlung der subjektiven Welt der KlientInnen am ehesten erreicht werden kann. Nach diesem Verständnis ist therapeutische Empathie nicht jene unbefleckte Wahrnehmung (Immaculate Perception), mit deren Hilfe die TherapeutInnen durch ihre Einfühlung von innen her die KlientInnen und deren subjektive Welt wahrnehmen. Vielmehr sind auch therapeutisches Verstehen oder Einfühlung und emotionale Resonanz intersubjektiv zu verstehen. Mit der emotionalen Resonanz bewusst umzugehen bedeutet, dies anzuerkennen und uns darüber klar zu werden, wie unser therapeutisches Verstehen von unseren eigenen psychischen Organisationsprinzipien, unserer Subjektivität, unserer Geschichte und unseren Erfahrungen gefärbt wird.

Achtsamkeit und Resonanz

Achtsamkeitspraxis

- sensibilisiert TherapeutInnen und KlientInnen für die leibliche Komponente der Resonanz
- und kann auf dem Hintergrund des buddhistischen Weltbildes mit dem Fokus auf die wechselseitigen Abhängigkeiten und auf Kontakt ein Gefühl von Verbundenheit kultivieren.

Zustände von Achtsamkeit

- erhöhen die Bewusstheit für Resonanzphänomene,
- helfen dabei, die Resonanz im Sinne der Therapie und der KlientInnen zu modulieren,
- lassen Störungen in der Resonanzbeziehung früher erkennen und reparieren
- und bringen Bewusstheit über mitschwingende und damit mitgestaltende eigene Anteile.

Fantasieren

Als „Fantasy“ wird im „Interpersonal Reactivity Index“ (Davis, 1980, 1983) jene Komponente der Empathie bezeichnet, bei der man sich mit Hilfe seiner imaginativen Fähigkeiten in die Situation einer anderen Person hineinversetzt und sich vorstellt, wie es einem selbst dabei gehen würde.

Um ein biografisches Verständnis zu gewinnen, kann es wertvoll sein, sich etwa in Erzählungen der KlientInnen über ihre Kindheit hineinzusetzen und sich die geschilderten Szenen möglichst plastisch und detailreich vorzustellen. Oft stellen sich dabei **tranceähnliche Zustände** ein. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass Menschen, die leicht in Trance gehen, auch über eine hohe Empathiefähigkeit verfügen (Wickramasekera, 2015). Diese Zusammenhänge sind auch in Therapien erlebbar, indem Erzählungen oft einen so großen Sog ausüben, dass es kaum möglich ist, sich die Szenen nicht vorzustellen und sich als TherapeutIn nicht von ihnen hypnotisieren zu lassen.

Die Imaginationen können in der Folge top-down Gefühle und Körperempfindungen auslösen, die dann wahrgenommen und – nonverbal oder in Worte gefasst – den KlientInnen zur Verfügung gestellt werden können.

Achtsamkeit und Fantasie

- Auch während in den TherapeutInnen intensive Imaginationen ablaufen kann durch eine längere Achtsamkeitspraxis die Beobachterhaltung aufrechterhalten bleiben.
- Imaginationen werden als Imagination erkannt, das „Als-ob“ bleibt bewusst.
- Die Beobachterposition verhilft auch dazu, jene Trancen zu erkennen, die durch das imaginative Nachvollziehen der Erzählungen der KlientInnen oft automatisch induziert werden. Das Erkennen eröffnet wiederum die Wahlmöglichkeit, sich tiefer in die Trance einzulassen oder zum unmittelbaren Erleben in die Gegenwart zurückzukehren.
- In der Hakomi-Methode hat sich bewährt, zwischen der Fokussierung auf die Geschichte und auf die GeschichtenerzählerInnen zu unterscheiden. In einem erfahrungszentrierenden Vorgehen gilt die Aufmerksamkeit primär den GeschichtenerzählerInnen, insbesondere auch dem, was auf der körperlichen Ebene abläuft, während sie die Geschichte erzählen. Gegebenenfalls können sie sanft unterbrochen und ihre Aufmerksamkeit von der Geschichte auf das augenblickliche (körperliche) Erleben gelenkt werden.

Perspektivenwechsel

Die zentrale **kognitive Komponente** der Empathie ist die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel. Dieser besteht darin, die Wahrnehmung und Modelle der Welt und die Bedeutungsgebungen von anderen Menschen zu erfassen und zu **verstehen**. Im IRI-Fragebogen (Davis, 1980, 1983) wird „Perspective-Taking“ als spontane Übernahme des Blickwinkels anderer Personen etwa von Roman- oder Filmfiguren erhoben.

Der Grad des Wechsels der Perspektive kann auf einem Kontinuum angesiedelt werden, das sich von einem Verweilen in der egozentrischen Position bis zu einer – allerdings nur theoretisch denkbaren – völligen Übernahme der Perspektive einer anderen Person erstreckt. Diese Perspektivenübernahme wird immer nur in Details möglich sein und muss insgesamt unvollständig bleiben (Egocentricity Bias). Die Augen, mit denen wir die Welt betrachten, sind unsere eigenen, die Ohren mit denen wir hören, unsere eigenen – somit ist die normalerweise eingenommene und vertraute Perspektive eine egozentrische. Um diese Position zu verlassen bedarf es der Bereitschaft und der Fähigkeit, die damit verbundene eigene Perspektive aufzugeben (Self-Perspective-Inhibition), und einer gewissen Flexibilität.

Die Möglichkeit, die Welt mit den Augen eines anderen Menschen zu sehen, ist eng mit der Fähigkeit verknüpft, sich selbst und anderen Menschen mentale Zustände zuzuschreiben (**Theory of Mind, ToM**). Voraussetzung dafür ist die Erkenntnis, dass sich die Welt in jedem Menschen – je nach seinen Erfahrungen – unterschiedlich abbildet, dass man diese inneren Landkarten nicht mit der Landschaft verwechseln soll und dass sich diese Repräsentationen in der Auseinandersetzung mit der Umwelt ständig verändern. Die Vorstellungen, die man sich von der Innenwelt anderer Menschen macht, sind wesentlich von eigenen Erfahrungen und Erwartungen geprägt. Das beginnt schon bei den meist nicht bewussten Selektionsprozessen, die zur Auswahl jener Informationen führen, die diese Vorstellungen bestimmen. Darüber hinaus neigen wir dazu, jene Interpretationen zu bevorzugen, die die eigenen Konzepte bestätigen.

Darüber, wie wir unser „Wissen“ über mentale Zustände kreieren, gibt es derzeit im Wesentlichen drei Theorien: Die „**Theorie-Theorie**“ geht davon aus, dass wir dieses Wissen so wie eine wissenschaftliche Theorie oder im Sinne einer „Laienpsychologie“ im Laufe unseres Lebens durch Erfahrungen erwerben. Aus unseren Erfahrungen destillieren wir Regeln, die es uns erlauben, Hypothesen zu bilden und Voraussagen zu treffen. Erfahrungen, die diesen Regeln widersprechen führen zu Verwirrung oder Verleugnung oder – bei entsprechender Offenheit – zu deren Neuformulierung.

Ein zweites Erklärungsmodell ist die „**Simulationstheorie**“. Indem man sich vorstellt, wie es wäre, der andere zu sein, simuliert man innerlich dessen Zustand und kann dann „offline“ differenziert an sich selbst wahrnehmen, was diesen Zustand ausmacht. „Embodied Simulation“ wäre im Gegensatz dazu ein durch das Spiegelneuronensystem vermittelter Prozess, der automatisch und unbewusst abläuft und nicht auf ein bewusstes und absichtsvolles Hineinversetzen in den anderen basiert (Gallese, 2003).

In Ergänzung zur Erste-Person-Perspektive der „Simulationstheorie“ und zur Dritte-Person-Perspektive der „Theorie-Theorie“ kann man das Verstehen mentaler Zustände auch aus einer Zweite-Person-Perspektive in seinem interaktionellen Kontext betrachten. Vertreter dieser „**Interaktionistischen Theorie**“ gehen von einer unmittelbaren und direkten Wahrnehmbarkeit von Emotionen und Intentionen analog zur Muster- und Gestaltwahrnehmung aus (Gallagher, 2008; Newen, Welpinghus & Juckel, 2015).

Es ist anzunehmen, dass Elemente aus allen drei Theorien zusammenwirken. Dies geschieht in unterschiedlichem Maße, je nachdem ob es sich um implizite, schnelle, automatische „Low-Level“-Prozesse handelt oder um Mentalisierungsvorgänge auf einem „High-Level“. Diese laufen bewusst, langsam, kontrolliert und sprachgebunden ab und nutzen zum Verstehen mentaler Zustände anderer Menschen sowohl bewusst intendierte Simulation als auch theoriebasiertes Wissen über menschliches Innenleben und individuelle Informationen über das Gegenüber (Michael, Christensen & Overgaard, 2014). Auch die Bindungsforschung beschäftigt sich mit der Entwicklung der „Inneren Arbeitsmodelle“, die sich Menschen von der Welt machen. Theorien zur **Mentalisierungsfähigkeit** verknüpfen Ergebnisse der Forschung zur Theory of Mind mit der Bindungsforschung. Sie gehen davon aus, dass sich die Fähigkeit zu Mentalisieren durch Interaktionsprozesse mit feinfühligem Bezugspersonen entwickelt. Diese unterstellen dem Säugling ein Innenleben mit Bedürfnissen und Gefühlen und antworten aus diesem Modell heraus prompt, angemessen und voraussagbar auf seine Äußerungen. Sie spiegeln und markieren seine Affekte und vermitteln ihm ein Gefühl von Urheberschaft und Kontrolle. Im Laufe der Entwicklung lernen Kinder dann, sich selbst und andere immer besser zu verstehen und zu regulieren.

Prozesse des Mentalisierens sind **störanfällig**, so werden sie durch Übererregung und Stress im weitesten Sinne beeinträchtigt. In Notsituationen wird in der Regel der Modus der Egozentrität aktiviert. Auch Traumatisierung führt dazu, dass es nur mehr eine Realität gibt, nämlich jene, die durch das Trauma bestimmt wird.

Auf der anderen Seite kann ein offenes und genaues, zunächst möglichst wenig durch Hypothesen geleitetes, präkonzeptuelles Zuhören und das Erfassen von Details und den Kontexten der Erfahrungen der KlientInnen dazu beitragen, Informationen zu sammeln, die ein Verständnis für deren individuelle Wirklichkeit und die damit verbundenen Bedeutungsgebungen erleichtern. Im Sinne der „Interaktionistischen Theorie“ lässt sich das Wahrnehmen von Signalen über die inneren Zustände von Menschen durch Übung verfeinern. Man kann lernen, aus dem nonverbalen Verhalten und aus Erzählungen Gefühle zu identifizieren und sie zu benennen. Auch die Erweiterung eines diesbezüglichen aktiven Wortschatzes ist erstrebenswert. Voraussetzung für all das ist die Fähigkeit, Eigenes beiseite zu stellen. Aber auch das lässt sich im Rahmen der therapeutischen Präsenz kultivieren. Selbsterfahrung und Selbstreflexion erleichtern das Erkennen der nicht zu verhindernden Beimischung eigener Anteile.

Achtsamkeit und Perspektivenwechsel

- Auf dem Hintergrund der buddhistischen Psychologie liegt ein wesentliches Ziel der Achtsamkeitspraxis in der Einsicht in die drei Wurzeln des Leidens. Eine der Wurzeln liegt in der sog. „Verblendung“, womit – etwas vereinfacht dargestellt – gemeint ist, dass wir uns fixe Bilder von uns selbst und von der Welt machen und diese für die Realität halten. Diese Einsicht fördert eine der Voraussetzungen in Richtung ToM/Mentalisieren – das Erkennen von Repräsentationen als Repräsentationen. Wenn wir uns mit den Inhalten von Repräsentationen beschäftigen bleibt uns bewusst, dass es sich um Repräsentationen handelt und nicht um die Realität.
- Achtsamkeit – das rezeptive Beobachten der Repräsentationen bzw. der Prozesse des Nachdenkens ist von Prozessen des Mentalisierens deutlich zu unterscheiden – einem aktiven Nachdenken über das Nachdenken.
- Während sich Mentalisieren auf gegenwärtige, zukünftige und vergangene Zustände bezieht, gilt die Aufmerksamkeit in der Achtsamkeit nur den gegenwärtigen Zuständen.
- Während sich das Mentalisieren beispielsweise für die einzelnen Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse und die Inhalte von Gedanken und Fantasien und deren Entstehung interessiert, geht es in der Achtsamkeit primär darum, Gefühle als Gefühle, Wünsche als Wünsche und Gedanken als Gedanken zu erkennen. Ihnen muss nicht unbedingt Bedeutung zugemessen werden und man muss sich auch keineswegs von ihnen bestimmen lassen. Das erkennende Beobachten eröffnet Wahlfreiheiten: nicht zu reagieren oder sich durchaus auch von ihnen leiten zu lassen, wenn es angemessen und vor allem heilsam erscheint.
- Achtsamkeitspraxis ermöglicht, die kultivierte Feinfühligkeit auch für sich selbst zu nutzen. Man stimmt sich auf sich selbst ein, so wie es Eltern bei Kindern tun, die ein sicheres Bindungsverhalten entwickeln. Das Erleben von Bindungssicherheit kann wiederum die Mentalisierungsfähigkeit beeinflussen (Siegel, 2009).
- In der Achtsamkeitspraxis wird zumindest in ihren buddhistischen Wurzeln die ethische Komponente betont. Die Repräsentationen werden in Bezug auf ihre Auswirkungen betrachtet, ob sie sich als heilsam oder unheilsam erweisen. Und sie werden insgesamt in Frage gestellt.

- Über die Erhöhung der Präsenz und die Übung des Wahrnehmungs-Modus fördert Achtsamkeit ein präkonzeptionelles, möglichst offenes und wenig von Vorlieben und Hypothesen geleitetes Sammeln von Informationen aus den verbalen und nonverbalen Äußerungen der KlientInnen.
- Die egozentrische Position zu verlassen und eine Beobachterposition einzunehmen steht im Zentrum der Übung der Achtsamkeit.
- Die Wirkkomponente der Disidentifikation erleichtert es, den eigenen Standpunkt nicht zu wichtig zu nehmen und den Egocentricity Bias zu erkennen und zu berücksichtigen.
- Achtsamkeitspraxis ist ein Weg, sich – u. U. auch mit therapeutischer Hilfe – sein eigenes implizites Wissen und damit die nicht bewussten Regeln, nach denen man lebt, und die individuellen Prinzipien der Selbstorganisation bewusst zu machen.
- Wenn man das Prinzip des Perspektivenwechsels mit dem Teilemodell verknüpft kann man sich zu jedem Zeitpunkt fragen: Aus der Perspektive welchen Teils sprechen die KlientInnen gerade? Und: Wer spricht und wer in mir hört (nicht) zu? Das Modell relativiert die einzelnen Perspektiven und fördert die Disidentifikation.

Disstress

Als „Personal Distress“ wird jenes Konstrukt bezeichnet, das sich auf eigene (Self-Focused) unbehagliche Empfindungen und Gefühle wie Anspannung, Angst und Hilflosigkeit bezieht, die in emotional aufgeladenen Situationen und im Zusammensein mit leidenden Menschen auftreten. Einfühlung in andere Menschen kann heftige Gefühle auslösen, sei es durch emotionale Ansteckung oder durch Perspektivenübernahme. Heftige Gefühle können ein empathiebedingtes „Hyperarousal“ induzieren, das oft automatisch dazu führt, dass sich der Fokus der Aufmerksamkeit von der anderen Person auf sich selbst verschiebt, dass man den anderen aus den Augen verliert und man primär danach trachtet, sich selbst zu regulieren und das eigene Leiden zu reduzieren.

Die Art der Reaktion auf Gefühle anderer Menschen, auf deren Leiden, wie auf deren Schmerzen und traumatische Erfahrungen ist von vielen Faktoren abhängig. So fördern Ähnlichkeiten mit der anderen Person, deren Lebenssituation und ähnliche eigene frühere Erfahrungen Prozesse der **Identifikation**. Intensive Identifikationen können es nahezu unmöglich machen, die eigene Perspektive und jene der anderen Person voneinander zu unterscheiden. Auf der anderen Seite kann eine verringerte Fähigkeit, den eigenen Körper und Gefühle wahrzunehmen, vor Disstress schützen. Die eigene Neigung zu Katastrophengedanken kann wiederum die Wahrnehmung von Schmerzen anderer Personen und deren Bedeutung intensivieren. Auch die **Beziehung** zu dem Menschen, in den man sich einfühlt, spielt eine Rolle. Die Reaktionen fallen bei engen Bezugspersonen intensiver aus als bei fremden Personen oder jenen, gegenüber denen man Abneigung empfindet oder deren Bestrafung man als gerecht empfinden würde. Bei subjektiv bedeutsamen Personen können sich beispielsweise eigene Verlustängste in den Vordergrund drängen. Gefühle von Hilflosigkeit oder Schuldgefühle können sich bei jenen Menschen melden, für die man sich verantwortlich fühlt. Auch in ambivalenten Beziehungen ist es oft schwierig, das Eigene hintanzustellen und die Aufmerksamkeit ganz dem anderen zuzuwenden.

Es ist auch eine Frage der **Intensität** von Gefühlen, ob sie bei anderen Menschen Stress auslösen. So zeigen sich gerade in Psychotherapien oft sehr heftige Gefühle, die die

KlientInnen selbst gar nicht so wahrnehmen müssen. Diese können die Regulationsfähigkeiten von TherapeutInnen kurz- oder auch längerfristig an ihre Grenzen bringen oder überschreiten. In diese Richtung weist die vor allem in der Arbeit mit traumatisierten KlientInnen beschriebene sog. **Mitgeföhlsmüdigkeit** (Compassion Fatigue) (Figley, 1995). Da der Begriff des Mitgeföhls – zumindest so wie er im buddhistischen Kontext verstanden wird – in diesem Zusammenhang als nicht angemessen erscheint, wäre das Wort **Empathiemüdigkeit** passender. Nach Christopher Germer (2009) wäre es noch treffender, von **Anhaftungsmüdigkeit** zu sprechen. Er meint, wir würden dann müde, wenn wir an Vorstellungen festhalten, wie die KlientInnen sein sollten, was sie erreichen und wie sie sich entwickeln sollten. Vor allem belasten uns auch Vorstellungen darüber, wie wir als PsychotherapeutInnen sein und was wir bewirken sollten. Wenn wir uns allzu sehr anstrengen, sie zu erfüllen, und dabei an die Grenzen des Erfüllbaren kommen, können sie sogar krankmachen.

Die Ebene der Persönlichkeitsanteile kann gerade im Zusammenhang mit auftauchendem Disstress wertvoll sein. Wenn TherapeutInnen bemerken, dass etwas in ihnen aktiviert wird, was die Aufmerksamkeit von den KlientInnen abzieht, können sie sich die Frage stellen: Welcher Anteil meldet sich? Das wohlwollende Erkennen kann ein erster Schritt sein. Ihm einen Platz zu geben wäre ein zweiter Schritt, das Versprechen, später für ihn zu sorgen, ein dritter. Im Idealfall ist er dann bereit, beiseite zu treten, damit man sich wieder den KlientInnen zuwenden kann. Im Sinne des Selbstmitgeföhls kann es auch heilsam sein, sich die Verbundenheit aller Menschen im Leiden bewusst zu machen. Die eigenen Anteile können dann die Sorge für leidende Anteile der KlientInnen als heilsam miterleben. Dies setzt allerdings voraus, dass sie sonst nicht zu kurz kommen. In diesem Sinne ist auch die Selbstverpflichtung zur Selbstfürsorge zu verstehen, die einen Teil des Bodens für Präsenz im weiteren Sinne bereitet.

So bieten Therapien viele Chancen, mit unterschiedlichen eigenen Anteilen in Berührung zu kommen und auf heilsame Weise mit ihnen umzugehen. Manchmal brauchen wir dazu die Unterstützung anderer Menschen, seien es SupervisorInnen, TherapeutInnen oder einfach gute FreundInnen.

Selbstregulation

Empathie ist nur innerhalb eines bestimmten **Toleranzfensters** des Erregungsniveaus möglich. Empathiefähigkeit ist deshalb von der Selbstregulationsfähigkeit abhängig. Die Entwicklung der Fähigkeit zur Emotionsregulation hängt ebenso wie jene der Mentalisierungsfähigkeit wesentlich von frühen Beziehungs- und Bindungserfahrungen ab.

Eine der unmittelbaren Schutzfaktoren gegenüber Empathic Distress scheint darin zu liegen, mit der Aufmerksamkeit bei den KlientInnen zu bleiben und sich im Sinne der Perspektivenübernahme kognitiv um das Erfassen ihrer Innenwelt zu bemühen (Heimerl & Frohburg, 2002). Man ist dann weniger mit dem Eigenen beschäftigt bzw. werden die Unterschiede zwischen dem imaginierten eigenen Erleben und jenem der KlientInnen deutlich.

Im Rahmen dieses Artikels sollen sich die Ausführungen über Möglichkeiten der Selbstregulation auf jene beschränken, die mit der Achtsamkeitspraxis zusammenhängen.

Achtsamkeit, Selbstregulation und Verringerung von Distress

Achtsamkeit trägt über mehrere Mechanismen zur Selbstregulation von Emotionen bei und kann damit den „Personal Distress“ verringern:

- Eine Voraussetzung von Emotionsregulation ist das Erkennen des jeweiligen Erregungs- bzw. Gefühlszustandes. Eine kontinuierliche Beobachterhaltung trägt zu diesem Erkennen bei.
- Die Beobachterhaltung ermöglicht eine Disidentifikation von Gefühlen. Ein innerliches Benennen von Gefühlen verstärkt die Beobachterhaltung und damit auch die Disidentifikation.
- Die Beobachterhaltung ermöglicht auch das Erkennen und damit die Disidentifikation von eigenen Persönlichkeitsanteilen, die sich im Sinne des Distress melden.
- Emotionsregulation kann über die Steuerung der Aufmerksamkeit erfolgen, etwa über Erdung durch Fokussierung auf den Bodenkontakt oder durch Zentrierung.
- Achtsamkeitspraxis fördert die Akzeptanz von Gefühlen über eine kognitive Neubewertung – dies speziell bei AnfängerInnen.
- Langjährige Achtsamkeitspraxis scheint die Toleranz gegenüber unangenehmen Erfahrungen zu erhöhen, Gleichmut und Nicht-Reaktivität zu kultivieren.
- Daniel Siegel (2009) betont die möglichen Auswirkungen der Achtsamkeitspraxis auf das Bindungsverhalten. Sie ermögliche, „sich selbst der beste Freund zu werden“. Sichere Bindung wirkt sich wiederum auf die Fähigkeiten zur Selbstregulation aus.
- Da viele Prozesse im Bereich der Empathie in der Regel völlig unbewusst und automatisch ablaufen, ist die Deautomatisierung als Wirkkomponente der Achtsamkeit von besonderer Bedeutung. Wenn man beispielsweise lernt, die automatischen körperlichen Reaktionen der Nachahmungs- und Ansteckungskomponente der Empathie immer früher zu bemerken, eröffnet das die Möglichkeit, zu wählen: sich weiter anstecken zu lassen oder aber diesen Prozess durch eine Rückbesinnung auf sich selbst und durch Zentrierung zu unterbrechen. Man kann beispielsweise die oft automatisch eingenommene „spiegelnde“ Körperhaltung verändern, indem man tief und bewusst ein- und ausatmet und sich aufrichtet.
- Einschränkend ist zu bemerken, dass Achtsamkeit ebenso wie Empathie nur innerhalb eines bestimmten „Toleranzfensters“ möglich ist. Außerhalb dieses Fensters gilt es, zunächst andere Möglichkeiten auszuschöpfen, wie etwa den Raum zu verlassen und sich über Bewegung „abzureagieren“ oder sich im Gespräch mit einer wohlwollenden Person herunter zu regulieren. Erst dann können die Mechanismen der Achtsamkeit wieder wirksam werden.

Akzeptanz

Die Haltung echter Akzeptanz ist eine zentrale Voraussetzung für Empathie. Nicht umsonst hat Carl Rogers Empathie als eine von drei eng miteinander verflochtenen Komponenten einer therapeutischen Grundhaltung beschrieben. Man kann sich nur all jenem gegenüber empathisch zeigen, für das man auch offen ist. Diese Offenheit gegenüber den KlientInnen macht es möglich, all dem, mit dem sie da sind, Raum zu geben und eine „bedingungsfreie Aufmerksamkeit“ (Unconditional Positive Regard) zu schenken. Nicht Willkommenes wird sich oft nicht zeigen und kann sich nicht entfalten. Der Aspekt der

Echtheit (Congruence) bezieht sich auf die Offenheit gegenüber den eigenen Gefühlen, Anteilen bzw. Zuständen der TherapeutInnen. Man kann gegenüber anderen nur dann wirklich empathisch sein, wenn man keine Angst haben muss, dadurch würde in einem selbst etwas aktiviert, das man ablehnt.

Achtsamkeit und Akzeptanz

Die von Rogers beschriebene Grundhaltung weist wesentliche Überschneidungen mit jenem Zustand auf, den Daniel Siegel (2010) mit dem Akronym COAL als die Essenz von Zuständen der Achtsamkeit beschreibt: Neugierig (Curious), offen (Open), akzeptierend (Accepting) und liebevoll (Loving). Diese Haltung schließt auf natürliche Weise andere Menschen und sich selbst ein.

Der Begriff der Akzeptanz taucht im Kontext der Achtsamkeit in unterschiedlichen Bedeutungen auf. In vielen gängigen Definitionen der Achtsamkeit findet sich eine Haltung des Nicht-Bewertens. Im Zustand der Akzeptanz – verstanden als **Zustand jenseits aller Bewertungen** – würde man bestimmten Erfahrungen weder positiv noch negativ gegenüberstehen. Man ist daran interessiert, etwas so wahrzunehmen wie es ist, ohne es verändern zu wollen. Akzeptanz ist eine durchaus aktive, sich zuwendende Haltung, aber sie hat keine Vorlieben. Sie sucht nichts und vermeidet nichts. Sie will einfach sehen, hören, spüren und erfassen, wie etwas wirklich ist.

Annehmen der Realität würde bedeuten, „*sich einzulassen, mitzuschwingen, sich zu erlauben, mit dem übereinzustimmen, was im Augenblick ist. Und das nicht im Sinne eines bewertenden Zustimmens, sondern im Sinne der Teilnahme an der Wirklichkeit, die der Objektivierung und Bewertung vorausgeht oder vorausgehen sollte*“ (Huppertz, 2003, S. 381).

Für dieses Verständnis von Akzeptanz als Haltung jenseits aller Bewertungen eignet sich im Kontext der Achtsamkeit wohl besser der Begriff von „Gleichmut“. Der Begriff der Akzeptanz impliziert das Vorhandensein eines Gegenteils: der Nicht-Akzeptanz bzw. Ablehnung. Auf diesem Kontinuum zwischen Ablehnung, einem Wegfallen der Ablehnung und einer liebevollen Zuwendung liegen andere Interpretationen des Begriffs der Akzeptanz.

So nähert sich die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) der Akzeptanz von ihrem Gegenpol her: der Ablehnung, die zu Vermeidung führt. Für sie ist Akzeptanz dadurch definiert, dass ein vermeidendes Verhalten aufgegeben wird und man **nicht mehr gegen etwas kämpft**. In der ACT wird die Metapher des Seilziehens genutzt, um dieses Aussteigen aus dem Kampf gegen etwas zu verbildlichen. „*Akzeptanz lässt sich manchmal am besten im Sinne von Loslassen verstehen.*“ Wer sagt, dass wir kämpfen müssen? Das kostet Kraft, die wir oft nicht mehr haben (Wengenroth, 2012, S. 86). In der ACT ist die Akzeptanz aber keineswegs Selbstzweck. Sie hilft vielmehr, ein Vermeidungsverhalten aufzugeben, das uns daran hindert, das zu erreichen, was uns wertvoll und wichtig erscheint.

Ins Teilekonzept übersetzt hieße diese Form von Akzeptanz einen Kämpferanteil dafür zu gewinnen, den Kampf zumindest für eine Weile zu unterbrechen. Dadurch bekämen andere Teile die Möglichkeit, Alternativen zum Kampf auszuprobieren. Wenn die gute Absicht des Kämpferanteils – häufig geht es darum, sich zu schützen – auf eine andere, energiesparendere und heilsamere Weise erfüllt wird, kann er sich auf die Dauer zurücklehnen.

Marsha Linehan spricht in der Dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) von „**radikaler Akzeptanz**“. Sie hat das Konzept der DBT in der Arbeit mit Frauen entwickelt, deren hoher Leidensdruck zu chronischer Suizidalität führte. Sie litten unter ihrer Umwelt, unter ihren leidvollen Erfahrungen, unter sich selbst, unter immer wieder neuem Schmerz, unter ihrem ganzen Leben. Als Verhaltenstherapeutin war Linehan Spezialistin für Veränderungsstrategien, die sie den Frauen anbot, um ihnen zu helfen. Diese waren in der Regel aber sehr sensibel für alle Botschaften, die – wenn auch noch so verborgen – vermittelten: „Du bist nicht in Ordnung, so wie Du bist!“. Diese Botschaft steckt implizit in allen noch so gut gemeinten Veränderungsvorschlägen. Die KlientInnen hören heraus: „Du solltest anders sein, als Du bist!“; „Du bist selbst schuld an Deinem Elend!“; „Verändere Dich!“. Linehan erkannte, dass es an diesen Punkten der Therapie wichtig ist, anzuerkennen, dass die KlientInnen ohnehin schon alles versuchen, was ihnen möglich ist. Dieses Anerkennen wird in der DBT als **validieren** bezeichnet. Entscheidend ist dabei, dass sich die Akzeptanz ausschließlich auf den jeweiligen Augenblick bezieht. Im Moment sei es gut, wie es eben ist – eine Idee, die Linehan aus der Zen-Tradition schöpft. Im nächsten Moment kann man dann aber durchaus daran arbeiten, unnötiges Leid zu verringern oder gar zu verhindern.

„Radikales Annehmen heißt, vom Kampf mit der Realität loszulassen. Der Ausdruck radikal soll darauf hinweisen, dass das Annehmen tief aus dem Inneren heraus kommen und vollständig sein muss. Annehmen ist der einzige Weg aus der Hölle. Es ist der Weg, um unerträgliches Leiden in tragbare Schmerzen zu verwandeln. Schmerzen sind ein Teil des Lebens. ... Leiden ist Schmerz, der nicht akzeptiert wird. Leiden entsteht, wenn Menschen nicht in der Lage sind oder sich weigern, den Schmerz zu akzeptieren. Leiden entsteht, wenn Menschen an dem haften, was sie wollen, und sich weigern, das anzunehmen, was sie haben. Leiden entsteht, wenn Menschen sich weigern, die Realität zu sehen, wie sie ist. ... Radikales Annehmen verwandelt Leiden in Schmerzen“ (Linehan, 1996, S. 131).

Linehan weist darauf hin, dass viele KlientInnen das „Annehmen der Realität“ oft als „Gutheißen“ missverstehen und sich dagegen wehren. Radikale Akzeptanz bedeutet in ihrem Sinne keineswegs, etwas zu billigen oder gar zu befürworten. Akzeptanz bedeute auch nicht, passiv zu resignieren und etwas einfach hinzunehmen. Radikale Akzeptanz sei etwas höchst Aktives, zu dem man sich entscheiden muss.

Die buddhistische Lehrerin und Psychotherapeutin Tara Brach (2013) spricht ebenfalls von „radikaler Akzeptanz“. Sie hat sich mit dem Thema der Akzeptanz im Zusammenhang mit Selbstwertproblematik auseinandergesetzt. *„Klar zu erkennen, was in unserem Inneren vorgeht, und das Wahrgenommene mit aufgeschlossenem, freundlichem und liebevollem Herzen anzuschauen ist das, was ich radikale Akzeptanz nenne. Wenn wir uns vor irgendeinem Teil oder Aspekt unserer Erfahrung verschließen, wenn unser Herz irgendeinen Teil von dem, wer wir wirklich sind und was wir fühlen, ausschließt, nähren wir die Ängste und Getrenntheit, Gefühle, die die Trance des geringen Selbstwertgefühls aufrechterhalten. Die radikale Akzeptanz demontiert ganz unmittelbar die Grundlagen dieser Trance“ (Brach, 2013, S. 43).*

Für Christopher Germer (2009) umfasst der Begriff der Akzeptanz – allerdings in der therapeutischen Beziehung – noch etwas mehr, bei ihm kommt noch ein gewisses Maß an Positivität dazu. *„Akzeptanz ist eine Erweiterung des Nicht-Wertens. Sie fügt ein gewisses Maß an Liebenswürdigkeit, Herzengüte und Freundlichkeit hinzu“ (S. 20).*

Als Persönlichkeitsanteil verstanden könnte man aus der letzten Definition der Akzeptanz die Reifungsanforderung ableiten, Zustände und Anteile von Herzensgüte zu kultivieren. So spricht etwa der Schweizer Psychiater Christian Scharfetter (1993) im Kontext von Therapie vom „Eros therapeutikos“.

Akzeptanz wovon?

Wenn man von Akzeptanz spricht stellt sich auch die Frage, was eigentlich akzeptiert werden soll. Achtsamkeit fokussiert auf den gegenwärtigen Moment und auf das gegenwärtige Erleben, insofern bezieht sich Akzeptanz in diesem Kontext auf die jeweils gegenwärtige Erfahrung. Die so verstandene Akzeptanz zielt – wie auch Marsha Linehan betont – nicht darauf ab, die Dinge für alle Zeit anzunehmen, und sie vermeidet keineswegs, aktiv zu werden, um etwas zu verändern. Somit kann zugleich mit der Akzeptanz auch der Wunsch nach Veränderung und ein dahingehendes Bemühen beobachtet, akzeptiert und verfolgt werden.

Von Bedeutung ist auch, wo man zu Akzeptierendes verortet, ob es im eigenen Erleben oder in der Außenwelt liegt. Einige Formen der Paartherapie versuchen die Akzeptanz der PartnerInnen, von bestimmten ihrer Eigenschaften oder Verhaltensweisen zu fördern. Eine Paartherapie, die von einem achtsamkeitsbasierten Verständnis getragen ist, kultiviert die Akzeptanz der mit diesen Eigenschaften oder Verhaltensweisen der PartnerInnen verbundenen eigenen inneren Reaktionen. Eine durch Achtsamkeit geförderte größere Gelassenheit wirkt wiederum auf das Verhalten der PartnerInnen zurück und gar nicht selten löst sich das Problem damit auf.

Liebende Güte und Akzeptanz

- Im Rahmen einer umfassenden Achtsamkeitspraxis werden auch explizit Zustände von „Liebender Güte“ eingeladen und kultiviert. Dabei übt man, andere Menschen und insgesamt leidende Wesen in diese Liebende Güte mit einzuschließen, nicht zuletzt auch sich selbst. Zugleich erlebt man sich selbst als Quelle der Liebenden Güte.
- Der Zustand der Liebenden Güte im Umgang mit den einzelnen Persönlichkeitsanteilen der KlientInnen ermöglicht eine allparteiliche Haltung. Von dieser Haltung nicht zu trennen ist jene gegenüber den eigenen Anteilen.

Gleichmut

Die Haltung, die in der Achtsamkeitspraxis kultiviert wird, lässt sich aus der Sicht vieler AutorInnen als Gleichmut beschreiben (Desbordes, Gard, Hoge, Hölzel, Kerr et al., 2015; Young, 2014). Gleichmut wäre eine Haltung, die bestimmten Erfahrungen weder positiv noch negativ gegenübersteht, eine Haltung, jenseits aller Bewertungen. Man ist offen und interessiert, etwas so wahrzunehmen wie es ist, ohne es verändern zu wollen. Man wendet sich der Erfahrung durchaus aktiv zu, hat aber keine Vorlieben, sucht nichts und vermeidet nichts. Man steht allem Angenehmen und Unangenehmen eben gleichmütig gegenüber. *„Definitionsgemäß bedeutet Gleichmut die radikale Erlaubnis, etwas zu fühlen, und steht damit im Gegensatz zur Unterdrückung von Gefühlen. Was den äußeren Ausdruck von Gefühlen betrifft, gibt innerer Gleichmut die Freiheit, etwas nach außen hin auszudrücken oder auch nicht, je nachdem, was einer Situation angemessen ist“* (Young, 2004, S. 34).

Achtsamkeit und Gleichmut

- Gleichmut entwickelt sich primär aus der Schulung der Fähigkeit, eine disidentifizierte Beobachterposition einzunehmen und mit der Aufmerksamkeit bei ausgewählten, als wesentlich erachteten Objekten verweilen zu können.
- Shinzen Young (2004) zeigt zwei Wege auf, Gleichmut zu entwickeln:
 - Der eine Weg besteht darin, Zustände des Gleichmuts absichtsvoll einzuladen. Gleichmut auf der Ebene des Körpers zu fördern, entspricht dem Versuch, den ganzen Körper in einen möglichst entspannten Zustand zu bringen und dabei zu verweilen. Dies beginnt damit, dass man im Körper immer früher wahrnimmt, wenn sich etwas zu verspannen beginnt und man versucht, dort – so gut es geht – wieder loszulassen. Wenn es nicht möglich ist, sich zu entspannen, wechselt man das Programm zum akzeptierenden Beobachten der Spannung. Auf der Ebene des Geistes besteht dieser Weg darin, negative Bewertungen über die gegenwärtige Erfahrung loszulassen, indem man eine Haltung der liebevollen Akzeptanz kultiviert und Fakten behutsam als Fakten anerkennt. Wenn das nicht gelingt, kann man auch hier die Bewertungen selbst zum Gegenstand der Beobachtung machen und ihnen dadurch ihre Macht entziehen.
 - Der zweite Weg besteht darin, zu erkennen, wenn ein Zustand von Gleichmut spontan auftritt. Wenn man das mit Wachheit bemerkt kann man es als Gelegenheit nutzen, dabei zu verweilen und die Natur des Gleichmuts zu erforschen. Bei regelmäßigem Üben dieser Praxis wird er häufiger auftreten und länger anhalten.
- Die Wege, auf denen AnfängerInnen Gleichmut erreichen, unterscheiden sich von jenen, die erfahrene Meditierende nutzen. Auf der neurobiologischen Ebene finden sich bei AnfängerInnen Hinweise auf Zustände erhöhter kognitiver Kontrolle und Regulation. Bei meditationserfahrenen Personen verringert sich die Aktivität des Default-Mode-Netzwerks, das mit dem Gedankenwandern in Zusammenhang gebracht wird (Taylor, Grant, Daneault, Scavone, Breton et al., 2011).
- Das stimmt mit der Hypothese überein, dass sich der Gleichmut langsamer entwickelt und dieser Prozess länger braucht als die Schulung der Fähigkeiten zur Aufmerksamkeitslenkung (Desbordes et al., 2015).
- Im therapeutischen Kontext sind zur Entwicklung von Gleichmut auch Prozesse der Nachreifung von Bedeutung, bei denen das TherapeutInnenmodell verinnerlicht wird, sowohl was die in der therapeutischen Beziehung erlebte Wertschätzung und Akzeptanz betrifft als auch die wohl am besten mit Gleichmut zu beschreibende allparteiliche, gegenüber allem offene und interessierte Haltung der TherapeutInnen.

Mitgefühl und Selbstmitgefühl

Das Miterleben des Leidens anderer Menschen kann unterschiedliche Reaktionen auslösen wie den schon erwähnten Disstress aber auch Sympathie, Mitleid und warmherzige Anteilnahme. Prosoziales aber auch ein aggressives Verhalten kann folgen. Die Subskala des Empathic Concern im IRI-Fragebogen (Davis, 1980, 1983) soll diese auf andere Personen bezogenen Gefühle (Other-Oriented) abbilden. Im Kontext der Achtsamkeit und der buddhistischen Geistesschulung soll hier nur auf einen Zustand eingegangen werden, der im Kontakt mit leidenden Wesen entsteht und ihre ethische Dimension verkörpert: Mitgefühl.

Wenn ein liebevoll akzeptierendes Wahrnehmen auf ein leidendes Wesen trifft, dann entsteht – zumindest aus buddhistischer Sicht – Mitgefühl. Ein wohlwollender Blick auf die eigenen leidenden Anteile führt zu Selbstmitgefühl. Nach diesem Verständnis ist Mitgefühl kein Gefühl, sondern vielmehr eine **Motivation bzw. der Wunsch, das leidende Wesen möge vom Leiden befreit werden und glücklich sein**. Selbstmitgefühl wäre dann dadurch charakterisiert, dass man sich das auch für sich selbst wünscht.

Dass es sich beim Mitgefühl um einen Zustand handelt, der sowohl subjektiv als auch auf der neurobiologischen Ebene von empathischer Resonanz unterschieden werden kann, wurde in einer Expertenstudie deutlich. Der buddhistische Mönch Matthieu Ricard, der über eine langjährige Meditationserfahrung verfügt, beschrieb den Versuch folgendermaßen: *„Als Tania Singer mich bat, mich in einen Zustand der reinen Empathie ohne ein Mitgefühl oder altruistische Liebe zu versenken, beschloss ich, mich empathisch in das Leid von Kindern in einem rumänischen Waisenhaus zu versetzen. Ich hatte am Abend vorher eine BBC-Dokumentation über diese extrem vernachlässigten Waisenkinder gesehen und war sehr berührt von ihrem Schicksal. ... Viele Kinder bewegten stundenlang ihren Oberkörper vor und zurück, und ihr Gesundheitszustand war so schlecht, dass in diesem Waisenhaus Todesfälle auf der Tagesordnung standen. ... Als ich mich in empathische Resonanz versenkte, visualisierte ich das Leiden dieser Waisenkinder so lebendig wie möglich. Das empathische Teilhaben an ihrem Schmerz wurde für mich sehr schnell unerträglich. Ich fühlte mich emotional erschöpft, sehr ähnlich dem Gefühl des Ausgebranntseins. Nach ungefähr einer Stunde empathischer Resonanz wurde ich vor die Wahl gestellt, mich in Mitgefühl zu versenken oder den Vorgang zu beenden. Und weil ich mich nach der empathischen Resonanz so ausgelaugt fühlte, willigte ich ohne Zögern in einen Wechsel zur Mitgefühlsmeditation und der Fortsetzung des Gehirnscannens ein. Beim nachfolgenden Versenken in die Mitgefühlsmeditation veränderte sich mein seelischer Zustand dann völlig. Obwohl die Bilder der leidenden Kinder noch genauso lebendig vor mir standen wie vorher, lösten sie keine Qual mehr aus. Stattdessen fühlte ich eine natürliche und grenzenlose Liebe für diese Kinder und den Mut, mich ihnen zu nähern und ihnen Trost zu spenden. Außerdem war die Distanz zwischen den Kindern und mir völlig verschwunden. Und in diesem Moment erkannten wir das immense Potenzial des Mitgefühls als Gegenspieler zu empathischem Leid und Burnout“* (Klimecki, Ricard & Singer, 2013, S. 513-514).

Während dieser zweiten Phase der Untersuchung waren im Gehirn von Matthieu Ricard ganz andere Regionen aktiviert als in der ersten. Somit unterscheidet sich Mitgefühl auch im neuronalen Aktivierungsmuster ganz offensichtlich vom empathischen Teilhaben am Schmerz.

Selbstmitgefühl

Auf der Grundlage eines buddhistischen Menschenbildes kann man beim Selbstmitgefühl (Self-Compassion) in einem umfassenderen Sinn **drei Dimensionen** unterscheiden (Neff, 2012):

- Die erste ist **Freundlichkeit** und eine verstehende und akzeptierende Haltung dem eigenen Leiden sowie jenen Anteilen gegenüber, die einem selbst als ungenügend erscheinen. Diese Haltung bildet den Gegenpol zu der weit verbreiteten Neigung zu Selbstverurteilung und Selbstkritik.
- Die zweite Dimension ist **menschliche Verbundenheit**. Im Sinne der buddhistischen Psychologie werden leidvolle Erfahrungen als ein unvermeidbarer Teil des menschlichen Lebens verstanden, als das Resultat eines komplexen Zusammenspiels vieler

innerer und äußerer Ursachen. Im Gegensatz dazu fühlen sich viele Menschen für ihr eigenes Unglück verantwortlich, sie entwickeln Schuldgefühle, schämen sich und erleben sich von anderen, vordergründig glücklichen Menschen getrennt und isoliert.

- Der dritte Aspekt beschreibt ein **achtsames Gewahrsein** auch schmerzhafter Empfindungen, Gefühle und Gedanken und von leidenden Persönlichkeitsanteilen, allerdings ohne sich in übermäßiger Weise mit ihnen zu identifizieren. Der Gegensatz dazu wäre eine starke und damit belastende Identifizierung mit dem Schmerzvollen.

Achtsamkeit und Selbstmitgefühl

- Mitgefühl erwächst aus dem unmittelbaren Kontakt mit einem leidenden Wesen. So besteht der erste Schritt zum Selbstmitgefühl darin, mit dem eigenen Leiden und dem damit verbundenen Schmerz tiefer in Berührung zu kommen. Dieser Schritt der Selbstwahrnehmung wird aber normalerweise so gut es geht vermieden. Da die Achtsamkeit die freundliche Wahrnehmung des Körpers und der Gefühle fördert, verfeinert und intensiviert, fördert sie auf diesem Wege gleichsam als Nebenwirkung auch die Komponente der Freundlichkeit des Selbstmitgefühls.
- Auf das freundliche Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse, folgen Selbstliebe und Selbstfürsorge auf natürliche Weise als weitere Schritte.
- Das Verständnis dafür, wie Leiden bei allen Menschen entsteht, fördert Verbundenheit.
- Achtsamkeitspraxis fördert ein disidentifiziertes Gewahrsein und damit die dritte Komponente des Selbstmitgefühls.
- Auch wenn Achtsamkeitsprogramme zumeist nicht ausdrücklich darauf abzielen, Selbstmitgefühl zu kultivieren, scheinen sie es trotzdem zu fördern. Allerdings wird Selbstmitgefühl in letzter Zeit in den unterschiedlichsten Programmen immer häufiger auch explizit angesprochen und gezielt geübt.
- Selbstmitgefühl lässt sich durch eine entsprechende Praxis kultivieren (Klimecki et al., 2013).

Studien zu Achtsamkeit und Empathie

Einige der bisher postulierten Auswirkungen einer Achtsamkeitspraxis konnten in Studien nachgewiesen werden. So erhöhte die Teilnahme von MedizinstudentInnen an einem Programm zur Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) gegenüber einer Wartelisten-Kontrollgruppe die Empathiefähigkeit – erhoben als eindimensionales Konstrukt (Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998).

KrankenpflegeschülerInnen empfanden nach einem MBSR-Programm weniger Personal Distress und hatten weniger Fantasy (Beddoe & Murphy, 2004). Die Abnahme der Fantasy lässt sich interpretieren als Tendenz, beim unmittelbaren Wahrnehmen zu bleiben, anstatt sich Vorstellungen darüber hinzugeben wie etwas für einen selbst sein könnte.

Eine große Studie verglich 70 ÄrztInnen, die ein modifiziertes MBSR-Programm absolviert hatten, mit über 500 anderen ÄrztInnen (Krasner, Epstein, Beckman, Suchman, Chapman et al., 2009). Der Zeitrahmen war mit acht wöchentlichen Treffen und einem Tag der Achtsamkeit der gleiche wie im Standard-MBSR-Programm. Darüber hinaus trafen sich die ÄrztInnen nach Gruppenende noch monatlich insgesamt zehn Mal. In den Gruppensitzungen gab es zunächst ein Impulsreferat zu bestimmten Themen. Dann übten die TeilnehmerInnen den Bodyscan, offenes Gewahrsein, achtsames Gehen und

Yoga. Während der Sitzung schrieben alle TeilnehmerInnen eine kurze Geschichte zum jeweiligen Wochenthema. Beim Vorlesen dieser Geschichten übten sie achtsames Zuhören: den anderen die volle Aufmerksamkeit zu schenken, ohne zu kommentieren, ohne zu bewerten, ohne das nachzufragen, was einen selbst interessieren würde und ohne zu erzählen, was einem selbst schon Ähnliches passiert ist. Nach dem Gruppen-Programm waren die TeilnehmerInnen achtsamer, ihre Empathiefähigkeit hatte zugenommen und sie litten weniger unter Burnout-Symptomen und Stimmungsschwankungen.

Nach einem achtwöchigen, modifizierten MBSR-Programm nahmen bei Krankenpflegepersonen die Gesundheit, das Selbstmitgefühl und auch die Empathie zu; Burnoutsymptome nahmen ab (Bazarko, Cate, Azocar & Kreitzer, 2013). Die Empathie wurde mit dem Jefferson Scale of Physician Empathy erhoben, einem für den Gesundheitsbereich entwickelten Fragebogen, der auch die Einschätzung der Bedeutung der Empathie für die Behandlung miteinbezieht (Hojat, Mangione, Nasca, Cohen, Gonnella et al., 2001). In einer Studie mit 51 nicht chronisch kranken TeilnehmerInnen eines MBSR-Programms zeigte sich eine verbesserte Empathiefähigkeit bezüglich Perspective Taking und eine Verringerung des Personal Distress (Birnie, Speca & Carlson, 2010). In einer anderen Untersuchung hatte jedoch die Teilnahme an einem für MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen adaptierten MBSR-basierten Gruppentraining keine Auswirkung auf deren Empathiefähigkeit (Galantino, Baime, Maguire, Szapary & Farrar, 2005). Die AutorInnen diskutieren, ob der fehlende Nachweis von Veränderungen nicht auch durch eine zu geringe Sensitivität des Testverfahrens (IRI) bedingt sein könnte.

Das eigene innere Team der Empathiefähigkeit

Vielleicht haben die bisherigen Ausführungen Sie als LeserInnen schon dazu angeregt, Mitglieder eines inneren Teams auftauchen zu lassen, die zu Ihrer Empathiefähigkeit beitragen. Und vielleicht mögen Sie abschließend noch einmal einen Blick auf Ihr höchst individuelles Team als Ganzes werfen. In der Arbeit mit Teilen hat es sich bewährt, diese in der Vorstellung einzuladen und ihnen eine Gestalt und einen Namen zu geben. Die Namensgebung soll Ihrer Kreativität überlassen werden.

Vielleicht ist es auch noch einmal wichtig, sich klarzumachen, wozu Sie Ihre Empathiefähigkeit in der Therapie einsetzen wollen, welche inneren Konzepte Sie diesbezüglich verfolgen. Erachten Sie etwa die Vermittlung von Beziehungserfahrungen des Teilens von Gefühlszuständen, von Verbundenheit und von Resonanz als zentrales Wirkprinzip für Entwicklung und Heilung? Geht es Ihnen mehr um Emotionsregulation oder sollen die kognitiven Komponenten der Empathie primär dem Verstehen innerer Vorgänge im Sinne der Einsicht dienen? Oder soll all das vor allem zur Selbstakzeptanz beitragen? Und darf es Ihnen auch darum gehen, sich selbst besser zu verstehen und mit sich selbst in Resonanz zu sein?

Wenn Sie Resonanzerfahrungen als wesentlich erachten können Sie sich an die dazu nötigen Schritte erinnern. Die Voraussetzung ist Präsenz. Wie schaut jener Anteil aus, der für Sie Präsenz verkörpert? Ist es einfach „die oder der Präzente“ oder ein Mönch, eine SchauspielerIn mit großer Bühnenpräsenz oder ein Berg? Der Teil ist einfach da, mit Haut und Haar.

Wer repräsentiert für Sie den Raum, den Sie zur Verfügung stellen? Passt es, ihn „Stille Weite“ zu nennen und sich einmal probeweise in einen Zustand der „Stillen Weite“ zu versetzen? Wie wäre das? Würden sich dabei Ihre Arme ausbreiten?

Dann kommen jene Teile ins Spiel, die ihre Fühler ausstrecken um wahrzunehmen und sich einzustimmen. Je nach Weite des Fokus und Qualität ihrer Aufmerksamkeit könnte das „die Richtantenne“, „der Lauscher“, „der Sensor“ oder „das Radioteleskop“ sein. Vielleicht mögen Sie mit dem Zustand experimentieren, wie es ist, einfach nur „ganz Ohr“ zu sein. Woher bezieht das Ohr seine Motivation zu lauschen? Aus der Kooperation mit „dem Neugierigen“ oder der „Menschenfreundin“?

Was verkörpert für Sie Resonanz? Sind es zwei Stimmgabeln oder zwei Harfen, bei denen einzelne Saiten gemeinsam klingen? Ist es „Einklang“ oder „Harmonie“? Sie könnten auch noch eine Gestalt für den Zustand von Verbundenheit zwischen zwei Menschen finden und für einen, in dem Sie sich als Teil eines größeren Ganzen fühlen.

Für die kognitive Seite der Empathie werden Teile wertvoll sein wie „der Menschenkenner“ oder „die Theoretikerin“, die Freude an Theorien und Konzepten darüber haben, wie sich Menschen entwickeln, was sie brauchen und was sie bewegt. Vielleicht taucht „der Denker“ von Rodin oder Spitzwegs Bild vom „Bücherwurm“ auf oder aus der Psychotherapieausbildung „die Mentalisiererin“.

Bei der Suche nach akzeptierenden und liebevollen Seiten zeigen sich oft Oma- und Opa-Anteile, vielleicht auch Wesen mit Bezug zu Spiritualität und Religion.

Eine Achtsamkeitspraxis kann die Qualitäten vieler dieser Teile erweitern und vertiefen, speziell jener, bei denen Seins-Qualitäten im Vordergrund stehen wie bei der „Präsenz“ und die über rezeptive Fähigkeiten verfügen, wie das „Ohr“. Sie kann – wo es angemessen ist – „Gleichmut“ kultivieren und die Fähigkeit, in einem Zustand zu verweilen, der dazu dient, sich dem jeweils Wesentlichen zuzuwenden.

Der zentrale „Spieler“ der Achtsamkeit bleibt jedoch der „Innere Beobachter“, der aus einer „höheren Warte“ auf alle anderen Teile blickt. In Kooperation mit einem „Trainer“ sorgt er dafür, dass sich jene Persönlichkeitsanteile auf dem Spielfeld befinden, die es im Moment braucht. Er hat auch im Blick, wenn ein Teil „gestresst“ ist, und sorgt dafür, dass sich jemand aus dem „Selbstfürsorgeteam“ in der Kabine um ihn kümmert. Beobachter und Trainer achten darauf, Heilsames zu tun und Unheilsames möglichst zu unterlassen. In einem anderen Bild können Sie sich alle schon vorhandenen Mitglieder des inneren Teams als BewohnerInnen in einem Haus vorstellen, das – zumindest für den Inneren Beobachter – transparente Wände hat, sodass er alle Anteile gleichzeitig wahrnehmen kann. Damit eröffnet sich die Möglichkeit zu entscheiden, wen Sie ins Wohnzimmer oder ins Arbeitszimmer einladen wollen.

Vielleicht wollen Sie Ihr Team auch noch um einen „inneren Matthieu Ricard“ oder um eine andere Gestalt ergänzen, die für Sie Mitgefühl verkörpert und den Wunsch „Mögen alle Wesen und Sie selbst glücklich sein“.

Literatur

- Barrett-Lennard, G.T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 91–100. doi:10.1037/0022-0167.28.2.91
- Batson, C.D. (2011). These things called empathy: Eight related but distinct phenomena. In J. Decety & W.J. Ickes (Hrsg.), *The social neuroscience of empathy* (S. 3–15). Cambridge: MIT Press.

- Bazarko, D., Cate, R.A., Azocar, F. & Kreitzer, M.J. (2013). The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28(2), 107–133. doi:10.1080/15555240.2013.779518
- Beddoe, A.E. & Murphy, S.O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *Journal of Nursing Education*, 43(7), 305–312. PMID: 15303583
- Bion, W. (1970). *Attention and interpretation*. London: Tavistock Publication. [Dt. (2006). Aufmerksamkeit und Deutung. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel].
- Birnie, K., Speca, M. & Carlson, L.E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress Health*, 26(5), 359–371. doi:10.1002/smi.1305
- Brach, T. (2013). *Mit dem Herzen eines Buddha: Heilende Wege zu Selbstakzeptanz und Lebensfreude*. München: Barth.
- Buchholz, M.B. (2017): Empathie und „Typische Problem-Situationen“ (TPS). Plädoyer für einen psychoanalytischen Situationismus. *Psyche*, 71(1), 28–59. doi:10.21706/ps-71-1-28
- Buchholz, M.B. & Gödde, G. (2013). Balance, Rhythmus, Resonanz: Auf dem Weg zu einer Komplementarität zwischen „vertikaler“ und „resonanter“ Dimension des Unbewussten. *Psyche*, 67(9-10), 844–880.
- Davis, M.H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126.
- Desbordes, G., Gard, T., Hoge, E.A., Hölzel, B.K., Kerr, C. et al. (2015). Moving beyond mindfulness: Defining equanimity as an outcome measure in meditation and contemplative research. *Mindfulness*, 6(2), 356–372. doi:10.1007/s12671-013-0269-8
- De Vignemont, F. & Singer, T. (2006). The empathic brain: How, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*, 10(10), 435–441. doi:10.1016/j.tics.2006.08.008
- Dunn, R., Callahan, J.L., Swift, J.K. & Ivanovic, M. (2013). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research*, 23(1), 78–85. doi:10.1080/10503307.2012.731713
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N. & Greenberg L.S. (2007). *Praxisbandbuch der Emotionsfokussierten Therapie: Einführung in die prozess- und erlebensorientierte Psychotherapie mit genauer Beschreibung der Vorgehensweise*. München: CIP-Medien.
- Figley, C.R. (Hrsg.) (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fromm, E. (1971). *Zen-Buddhismus und Psychoanalyse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Fuchs, T. (2012). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Friedman, M. (1990). Dialogue, philosophical anthropology and gestalt therapy. *Gestalt Journal*, 13(1), 7–40.
- Galantino, M.L., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P.O. & Farrar, J.T. (2005). Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program: Mindfulness in practice. *Stress and Health*, 21(4), 255–261. doi:10.1002/smi.1062
- Gallagher, S. (2008). Direct perception in the intersubjective context. *Consciousness and Cognition*, 17, 535–543. doi:10.1016/j.concog.2008.03.003
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36, 171–180. doi:10.1159/000072786
- Geller, S.M. & Greenberg, L.S. (2002). Therapeutic presence: Therapist's experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1–2), 71–86. doi:10.1080/14779757.2002.9688279

- Germer, C.K. (2009). Achtsamkeit. Was ist das? Wozu dient sie? In C.K. Germer, R.D. Siegel & P.R. Fulton (Hrsg.), *Achtsamkeit in der Psychotherapie* (S. 15–49). Freiamt/Schwarzwald: Arbor.
- Gindl, B. (2002). Anklang. *Die Resonanz der Seele: Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung*. Paderborn: Junfermann.
- Goleman, D. (2003). *Dialog mit dem Dalai Lama. Wie wir destruktive Emotionen überwinden können*. München, Wien: Hanser.
- Harrer, M.E. & Weiss, H. (2016). *Wirkfaktoren der Achtsamkeit – wie sie die Psychotherapie verändern und bereichern*. Stuttgart: Schattauer.
- Heimerl, B. & Frohburg, I. (2002). Empathie in der psychotherapeutischen Praxis – Eine empirische Untersuchung zur Frage ihrer Dimensionalität. *Person, 1*, 59–64.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T.J., Cohen, M.J.M., Gonnella, J.S. et al. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement, 61*(2), 349–365. doi:10.1177/00131640121971158
- Huppertz, M. (2003). Die Bedeutung des Zen-Buddhismus für die Dialektisch-behaviorale Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 53*(9–10), 376–383. doi:10.1055/s-2003-42174
- Jordan, J. (1997). Relational development through mutual empathy. In A.C. Bohart & L.S. Greenberg (Hrsg.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (S. 343–351). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10226-015
- Klimecki, O., Ricard, M. & Singer, T. (2013). Empathie versus Mitgefühl. In T. Singer & M. Bolz (Hrsg.), *Mitgefühl in Alltag und Forschung. Ebook. München: Max-Planck-Gesellschaft*; 508–531. Verfügbar unter www.compassion-training.org [5.3.2016].
- Kornfield, J. (1985). Aspekte einer Theorie und Praxis der Meditation. In R.N. Walsh & F. Vaughan (Hrsg.), *Psychologie der Wende. Grundlagen, Methoden und Ziele der Transpersonalen Psychologie – eine Einführung in die Psychologie des Neuen Bewusstseins* (S. 172–176). Bern: Scherz.
- Krasner, M.S., Epstein, R.M., Beckman, H., Suchman, A.L., Chapman, B. et al. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy and attitudes among primary care physicians. *JAMA, 302*(12), 1284–1293. PMID: 19773563
- Kriz, J. (2012). Wissenschaftliche Grundlagen: Denkmodelle. In W. Senf & M. Broda, M. (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie*. (5. Aufl., S. 26–32). Stuttgart: Thieme.
- Kutschera, G. (1995). *Tanz zwischen Bewusst-sein & Unbewusst-sein: NLP Arbeits- und Übungsbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Linehan, M.M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeits-Störung*. München: CIP-Medien.
- Merleau-Ponty, M. (2003). *Das Auge und der Geist*. Hamburg: Meiner.
- Michael, J., Christensen, W. & Overgaard, S. (2014). Mindreading as social expertise. *Synthese, 191*, 817–840. doi:10.1007/s11229-013-0295-z
- Neff, K.D. (2012). *Selbstmitgefühl. Wie wir uns mit unseren Schwächen versöhnen und uns selbst der beste Freund werden*. München: Kailash.
- Newen, A., Welpinghus, A. & Juckel, G. (2015). Emotion recognition as pattern recognition: The relevance of perception. *Mind & Language, 30*(2), 187–208. doi:10.1111/mila.12077
- Reik, T. (1983). *Hören mit dem dritten Ohr: Die innere Erfahrung eines Psychoanalytikers*. Frankfurt/ M.: Fischer.
- Rogers, C.R. (1980a). Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In C.R. Rogers & R.L. Rosenberg, *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 75–93). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C.R. (1980b). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Rahmens*. Köln: GwG.

- Scharfetter, C. (1993). Eros therapeutikos. Liebe und Ethik in der Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 43(7), 254–261. PMID:8337354
- Schellenbaum, P. (1998). *Träum dich wach. Lebensimpulse aus der Traumwelt*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Shapiro, S.L., Schwartz, G.E. & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581–599. PMID: 9891256
- Siegel, D.J. (2009). Mindful awareness, mindsight, and neural integration. *The Humanistic Psychologist*, 37(2), 137–158. doi:10.1080/08873260902892220
- Siegel, D.J. (2010). *The mindful therapist*. New York, London: Norton. [Dt. (2012), *Der achtsame Therapeut*. München: Kösel]
- Stern, D.N. (2016). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* (11. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stolorow, R.D., Brandchaft, B. & Atwood, G.E. (1996). *Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Tart, C.T. (2016). Meditation: Some kind of (self-)hypnosis? In A. Raz & M. Lifshitz (Hrsg.), *Hypnosis & meditation. Towards an integrative science of conscious planes* (S. 143–170). Oxford: Oxford Press.
- Taylor, V.A., Grant, J., Daneault, V., Scavone, G., Breton, E. et al. (2011). Impact of mindfulness on the neural responses to emotional pictures in experienced and beginner meditators. *Neuroimage*, 57(4), 1524–1533. doi:10.1016/j.neuroimage.2011.06.001
- Wengenroth, M. (2012). *Therapie-Tools Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)*. Weinheim: Beltz.
- Weiss, H., Johanson, G.J. & Monda, L. (Hrsg.) (2015). *Hakomi Mindfulness centered somatic psychotherapy. A comprehensive guide to theory and practice*. New York: Norton.
- Wickramasekera II, I.E. (2015). Mysteries of hypnosis and the self are revealed by the psychology and neuroscience of empathy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57, 330–348. doi:10.1080/00029157.2014.978495
- Young, S. (2004). *Break through pain. A step-by-step mindfulness meditation program for transforming chronic and acute pain*. Boulder: Sounds True.
- Young, S. (2014). *Fünf Wege, sich selbst besser kennenzulernen. Eine Einführung in Basic Mindfulness*. Verfügbar unter <https://www.basicmindfulness.de/app/download/10128396321/BM-Reader1.pdf>; Engl. Original https://homepracticeprogram.squarespace.com/s/FiveWaystoKnowYourself_ver16.pdf [29.12.2016]
- Zwiebel, R. (2013). *Was macht einen guten Psychoanalytiker aus? Grundelemente professioneller Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Korrespondenzadresse

Dr. Michael E. Harrer
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
 Psychotherapeut (Hypnosepsychotherapie, Katathym imaginative Psychotherapie, Hakomi) und Supervisor in freier Praxis
 Jahnstrasse 18, A-6020 Innsbruck
 T: +43/512 574175, F: +43/512 56 28 63, michael.harrer@chello.at