



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Jan Benda

Das achtsame Selbst

Achtsamkeitsinformierte integrative Psychotherapie

Übersetzt von Petr Babka

Besonderer Hinweis:

Die in diesem Buch beschriebenen Methoden sollen psychotherapeutischen Rat und medizinische Behandlung nicht ersetzen. Die vorgestellten Informationen und Anleitungen sind sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen und Gewissen weitergegeben. Dennoch übernehmen Autor und Verlag keinerlei Haftung für Schäden irgendeiner Art, die direkt oder indirekt aus der Anwendung oder Verwertung der Angaben in diesem Buch entstehen. Die Informationen sind für Interessierte zur Weiterbildung gedacht.

Schattauer

www.schattauer.de

J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

Fragen zur Produktsicherheit: produktsicherheit@klett-cotta.de

© 2025 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und

Data Mining i. S. v. §44b UrhG vorbehalten

Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © shutterstock/high fliers

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Marion Drachsel

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40202-5

E-Book ISBN 978-3-608-12502-3

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20721-7

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen National-

bibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Für Manuela und Sára Antonie

Dieses Buch präsentiert eine transdiagnostische Perspektive auf die Bedeutsamkeit von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in der Behandlung psychischer Störungen und im therapeutischen Wandel. Es schöpft aus Erkenntnissen der alten buddhistischen Psychologie ebenso wie aus der modernen westlichen Psychologie, der psychedelischen Forschung und den neurowissenschaftlichen Befunden. Darüber hinaus wird diskutiert, inwiefern sich persönliche und transpersonale Ansätze gegenseitig ergänzen können. Eine interessante, klinisch und theoretisch fundierte sowie äußerst lesenswerte Lektüre für Praktikerinnen und Praktiker aller therapeutischen Richtungen und für Menschen, die sich mit Selbstentwicklung befassen.

Prof. Dr. Leslie S. Greenberg, angesehener Forschungsprofessor, Abteilung für Psychologie, York University, Toronto, Kanada

Dieses Buch lädt zu einer hochaktuellen Reflexion über Psychotherapie ein. Jan Benda bietet ein integratives Therapiemodell, das Bindungstheorie, Schematherapie, Neurowissenschaften und buddhistische Psychologie mit selbsttranszendenten Bewusstseinszuständen verbindet – Zuständen, die häufig in Meditationsretreats oder psychedelisch assistierter Psychotherapie auftreten. Das Buch unterstützt Klientinnen und Klienten dabei, achtsam und mit mitfühlender Präsenz mit ihren emotionalen Wunden und mit sich selbst umzugehen. Dieses fundierte Werk wird Therapeutinnen und Therapeuten unterschiedlichster theoretischer Ausrichtungen gleichermaßen inspirieren und bereichern.

Dr. Christopher Germer, Dozent (Teilzeit), Harvard Medical School, Autor von »Der achtsame Weg zum Selbstmitgefühl«

Ein einzigartiges Kompendium aus psychologischer Praxis und Theorie – hervorragend recherchiert. Benda illustriert seine klinischen Erfahrungen durch Fallgeschichten. Das Buch inspiriert zu tiefer persönlicher und transpersonaler spiritueller Erforschung, die durch praktische Übungen für Fachleute und Klienten bereichert wird.

Dr. Gabor Maté, Autor von »Vom Mythos des Normalen: Wie unsere Gesellschaft uns krank macht und traumatisiert – Neue Wege zur Heilung«

Jan Benda vermittelt eine einzigartige Perspektive auf die integrative Psychotherapie, die von einer achtsamen Grundhaltung durchdrungen ist und verschiedene theoretische Konzepte verbindet. Das Buch integriert unterschiedliche therapeutische und heilende Ansätze und beschreibt deren spezifische Kombination. Zahlreiche anschauliche Beispiele und Übungen sprechen die Lesenden direkt an. Herzlichen Glückwunsch zu diesem Werk, das Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Lesende darüber hinaus zum Nachdenken und zur persönlichen Reflexion anregen wird!

Prof. Dr. Ladislav Timulak, Professor für Beratungspsychologie, Fachbereich Psychologie, Trinity College Dublin, Irland

Jan Bendas neuestes Werk ist eine tiefgehende und kluge Synthese östlicher und westlicher Weisheit. Es integriert auf beeindruckende Weise moderne neurowissenschaftliche Erkenntnisse zur Gedächtnisrekonsolidierung mit achtsamkeitsbasierten therapeutischen Ansätzen. Das Ergebnis ist ein transdiagnostischer, transformierender Rahmen zur Heilung tief verwurzelter Traumata. Reich an klinischen Fallbeispielen, erfahrungsbasierten Übungen und einem klaren Prozess zur Identifikation und Transformation maladaptiver Schemata ist »Das achtsame Selbst« ein essenzieller Leitfaden für Therapeuten, Meditierende und Psychonauten, die nach einem integrativen Ansatz für persönliche Entwicklung und authentisches Leben suchen.

Dr. Andrea Grabovac, Klinischer Professor für Psychiatrie, University of British Columbia, Autorin von »The Mindfulness and Meditation Workbook for Anxiety and Depression«

Während achtsamkeitsbasierte Gruppenprogramme wie MBSR und MBCT weitverbreitet sind, bietet Jan Benda mit seinem Ansatz der Mindfulness-Informed Integrative Psychotherapy eine gezieltere Anwendung von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in der Psychotherapie – mit einer Tiefe der Heilung, die in Gruppensettings oft nicht möglich ist. Dieses Buch birgt ein wahrhaft inspirierendes und integratives Potenzial für Therapeutinnen und Therapeuten verschiedener Schulen sowie für spirituell Suchende, die ein erfülltes und authentisches Leben anstreben.

Petra Meibert, Diplom-Psychologin, Psychotherapeutin, MBSR- und MBCT-Lehrerin, Trainerin, Supervisorin und Autorin, Leiterin des Achtsamkeitsinstituts Ruhr und Therapeutische Gesamtleiterin der Oberberg Tagesklinik Essen, Deutschland

Dieses Buch behandelt wesentliche Fragen kontemplativer Praxis, Psychopathologie und Psychotherapie auf Grundlage buddhistischer Psychologie und Achtsamkeitsmeditation. Es zeigt die Konvergenz und Integration dieser Traditionen mit aktuellen psychologischen, klinischen und neurowissenschaftlichen Entwicklungen, insbesondere in Bezug auf das Selbst. Der Autor demonstriert ein außergewöhnlich tiefgehendes Verständnis dieser Themen und ihrer Verknüpfung. Das Buch hat sowohl theoretisch als auch praktisch weitreichende Implikationen für psychisches Wohlbefinden, Psychotherapie und mentale Gesundheit sowie für kontemplative Praxis und Wissenschaft.

Prof. Dr. Antonino Raffone, ordentlicher Professor, Fachbereich Psychologie, Sapienza University of Rome, Italien

Dieses neue Werk des Psychotherapeuten Jan Benda ist ein herausragendes integratives Buch im weitesten Sinne. Es verbindet verschiedene psychotherapeutische Ansätze zu einem transdiagnostischen Modell auf Basis von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl, integriert zudem Erkenntnisse aus der transpersonalen und buddhistischen Psychologie sowie der psychedelischen Forschung. Angereichert mit wertvollen praktischen Übungen ist es eine hilfreiche Ressource für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und zugleich ein informatives Selbsthilfebuch für Menschen mit einem verletzten Selbst.

Dr. Ivan Nyklíček, Außerordentlicher Professor, Fachbereich für Medizinische und Klinische Psychologie, Tilburg University, Niederlande

Vorwort

Im Juni 2018, am Festtag des Heiligen Johannes des Täufers, inhalierte ich in einem Wohnwagen im Tal der Berounka mit einem einzigen tiefen Atemzug die Dämpfe von 100 Milligramm getrocknetem Sekret der Coloradokröte. In den darauffolgenden Sekunden geschah etwas Unvorstellbares: Es war, als ob sich das gesamte Universum in eine unendliche Armee der Leere verwandelte. Und ich starb. Oder vielmehr zerfiel meine Vorstellung davon, wer ich bin. Es war ein überwältigender Schock! Ein wahrer Umbruch. Doch die Auswirkungen dieses Umbruchs auf mein Leben erwiesen sich als wohltuend. So viel Spannung verschwand. So viel Freude, Vertrauen und Liebe kamen zum Vorschein. Was war geschehen? War es eine Art sofortige Erleuchtung? Gibt es so etwas? Ich glaube nicht. Ich denke, dass ich damals nur die Realität erlebnismäßig berührte, die Buddha als Nicht-Selbst (*anattā* im Pali) bezeichnete. Schon vorher hatte ich in der Meditation die Vergänglichkeit und Unzufriedenheit aller Phänomene beobachtet und erkannt. Das Psychedelikum Mebufotenin (5-MeO-DMT) zeigte mir deutlich die dritte Eigenschaft der Existenz – die Abwesenheit eines festen, unveränderlichen Selbst.¹ Das war alles. Von diesem Moment an erschienen mir alle Vorstellungen von mir selbst lächerlich. Kindisch. Und ich verlor das Interesse daran, über mich selbst nachzudenken. Aus meinem Erleben verschwanden fast gänzlich Gefühle der Unzulänglichkeit oder der Scham. Sie hörten auf zu existieren, als ich aufgehört habe, an die Existenz eines permanenten Selbst zu glauben.

Die Erfahrung des nondualen Bewusstseins und dass das narrative Selbst nur ein Konzept ist, hat mein Erleben und mich als Psychotherapeuten beeinflusst. Ich erkannte klarer als zuvor, dass selbstbezogene Gefühle von Kernschmerzen, auf deren Bewusstwerdung und Ausdruck ich mich in den letzten Jahren in der individuellen Psychotherapie mit Klienten konzentriert hatte (Benda 2019), auf den Vorstellungen beruhen, die wir von uns selbst haben (siehe das erwähnte narrative Selbst, engl. *narrative self*). Daher begann ich, mich (paradoxerweise) mehr für das Selbst zu interessieren. Und zu meiner Überraschung konnte ich feststellen, dass das Selbst ein viel diskutiertes Thema in der Psychologie, der Kognitionswissenschaft und den Neurowissenschaften ist (z.B. Brown & Leary 2017b; Frewen et al. 2020; Gallagher et al. 2024; Giommi et al. 2023; Herma & Greve 2024; Kyrios et al. 2016b). In meiner Praxis mit Klienten achtete ich in den darauffolgenden Jahren verstärkt auf *negative Kernüberzeugungen* (engl. *core beliefs*) und deren Beziehung zu Gefühlen von Scham, Verlassenheit und existenzieller Angst (Timulak & Keogh 2021). Außerdem beobachtete ich Ich-Zustände und begann, diese mentalen Zustände klar von körperlichen Gefühlen zu

1 Das Beobachten der drei universellen Merkmale aller Phänomene (*ti-lakkhaṇa* im Pali) ist ein Bestandteil der intensiven Achtsamkeits- und Einsichtsmeditation (Grabovac et al. 2011).

unterscheiden (Dalai Lama & Ekman 2008). Meine Erkenntnisse verglich ich mit psychotherapeutischen Theorien und aktuellen wissenschaftlichen Kenntnissen, doch auch mit Einsichten in das Nicht-Selbst, wie sie in der buddhistischen Psychologie der Abhidhamma überliefert sind (Armstrong 2017; Burbea 2014; Goodman 2020). Und aus diesen Beobachtungen und Überlegungen entstand ein phänomenologisches Modell der maladaptiven Schemata (siehe Kap. 3 und 4). Dieses Modell wurde zur grundlegenden Inspiration für dieses Buch.

Das phänomenologische Modell der maladaptiven Schemata zeigt, dass in den Körpern und Geistern von Klienten mit verschiedenen klinischen Diagnosen sehr ähnliche Prozesse ablaufen. Dieses Modell kann achtsamen Therapeuten dabei helfen, die Mechanismen zu verstehen, die den einzelnen Symptomen von psychischen Störungen zugrunde liegen, sowie spezifische psychotherapeutische Interventionen besser anzupassen und auszurichten. Die vorgestellte *transdiagnostische Theorie des verletzten Selbst* könnte jedoch auch die moderne psychedelisch unterstützte Psychotherapie inspirieren, die versucht, die Wirkmechanismen von Psychedelika zu erklären (z.B. Amada et al. 2020; Cherniak et al. 2022; Gattuso et al. 2023). Psychedelische Erfahrungen und intensive Achtsamkeits- und Einsichtsmeditation haben vieles gemeinsam (siehe Teil IV dieses Buches), unter anderem entwickeln sie das transzendente Selbst. In diesem Buch werden wir auch untersuchen, ob und unter welchen Bedingungen das transzendente Selbst das verletzte Selbst heilen und das authentische Selbst kultivieren kann. In jedem Fall hoffe ich, dass dieses Buch Ihnen hilft, sich selbst und all Ihre Selbst besser zu verstehen und eine mitfühlende Einstellung zu sich selbst und anderen zu entwickeln. Meine Leser zur Entwicklung von Achtsamkeit und Mitgefühl zu motivieren war das Hauptanliegen, mit dem ich *Achtsamkeit und das Selbst* geschrieben habe.

Danksagung

Ich möchte an dieser Stelle zunächst allen meinen Klienten für ihr Vertrauen und ihren Mut danken, wodurch wir im Laufe der Jahre während der therapeutischen Sitzungen gemeinsam herausfinden konnten, wie unsere tiefsten Wunden geheilt werden können. Die Heilung war immer gegenseitig und dieses Buch wäre niemals entstanden ohne die tiefe Offenheit meiner Klienten und ihre Bereitschaft, ihre Probleme in der therapeutischen Beziehung zu teilen. Ich danke meiner Freundin Manuela dafür, dass ich durch sie erfahren durfte, wie echte Nähe in einer Beziehung aussieht, und für ihre Geduld mit mir während des Schreibens dieses Buches. Ich danke allen Mitgliedern der Kayumari-Gemeinschaft und der Stargate-Schule, dass sie mir ermöglicht haben, die Kraft gegenseitiger menschlicher Unterstützung zu spüren und die heilende Wirkung einer gut funktionierenden und lernenden Gemeinschaft zu erleben. Ein besonderer Dank geht an Henk Barendregt, der mir im Juli 2018 im Garten des Amsterdamer Cafés Dignità half, ein phänomenologisches Modell von maladaptiven Schemata zu erstellen, inspiriert von Buddhas »Abhandlung über die bedingte Entstehung«. Weiterer Dank geht an Maša und Gregor Žvelc, und zwar für ihre Freundschaft und inspirierenden Diskussionen über integrative Psychotherapie, die wir im August

2023 auf der Insel Krk führten. Mein Dank gilt auch Miroslav Světlák für die Erstellung einer offiziellen fachlichen Rezension zu diesem Buch. Vielen Dank meinen Kolleginnen Kristýna Drozdová, Veronika Nevolová und Michaela Cmíralová, die sich die Zeit genommen haben, das Manuskript dieses Buches zu lesen, für ihr freundliches Feedback und die vielen Empfehlungen, dank denen ich den Text des Buches überarbeiten und ergänzen konnte, um damit das Buch verständlicher und lesbarer zu machen. Ich danke auch Hyněk Ondřej für die finanzielle Unterstützung der Übersetzung dieses Buches ins Deutsche und Petr Babka für seine sorgfältige Übersetzung.

Von Herzen danke ich euch allen.

Jan Benda

Velké Březno, im Winter 2024/2025

Verzeichnis der Abbildungen und Übungen

Abbildungen

| | | |
|----|--|-----|
| 1 | Phänomenologisches Modell eines maladaptiven Schemas | 42 |
| 2 | Daniels maladaptives Schema | 51 |
| 3 | Amys maladaptives Schema | 53 |
| 4 | Zoes maladaptives Schema | 55 |
| 5 | Evas maladaptives Schema | 57 |
| 6 | Simons maladaptives Schema | 60 |
| 7 | Veronicas maladaptives Schema | 61 |
| 8 | Ryans maladaptives Schema | 62 |
| 9 | Das verletzte Selbst und unerfüllte Bedürfnisse | 74 |
| 10 | Persönliche und transpersonale Entwicklung | 163 |
| 11 | Das Selbst-Triumvirat | 174 |

Übungen

| | | |
|----|---|-----|
| 1 | Was für ein Gefühl geht dem Ärger voraus? | 33 |
| 2 | Emotionale Brücke zur Vergangenheit | 39 |
| 3 | Abstraktionen und Verallgemeinerungen | 45 |
| 4 | Liebesbrief an Ihr authentisches Selbst | 64 |
| 5 | Liebevolle Aufmerksamkeit und Fürsorge wiedererleben | 68 |
| 6 | Befreien Sie sich von omnipotenter Schuld | 82 |
| 7 | Sagen Sie Ja zu Ihrer Traurigkeit | 88 |
| 8 | Von Minderwertigkeit zur Demut | 96 |
| 9 | Vom Piedestal der Überlegenheit absteigen | 106 |
| 10 | Ihre Kernüberzeugung auf einem Plakat | 115 |
| 11 | Wer bin ich? | 128 |
| 12 | Überwindung des Drama-Dreiecks | 136 |
| 13 | Lernen Sie, Ihre Warnsignale zu verstehen | 145 |
| 14 | Ärger als Schutztier | 151 |
| 15 | Öffnen Sie Ihr Herz in Ihren Beziehungen mit anderen | 160 |
| 16 | Habe ich ein gesund funktionierendes authentisches Selbst? | 169 |
| 17 | Transpersonale Disidentifikation | 183 |
| 18 | Speichern Sie ein Gefühl des Staunens und der Dankbarkeit in Ihrer inneren Datenbank | 193 |
| 19 | Was will das Leben von mir? | 200 |
| 20 | Integrität der Werte | 206 |

Inhalt

Einleitung 15

**I. ACHTSAMKEITSINFORMIERTE INTEGRATIVE
PSYCHOTHERAPIE**

Vorbemerkung 21

1 Achtsame Diagnostik der psychischen Störungen 24

2 Frühe Kindheitserfahrungen und die Entwicklung von Psychopathologie 33

3 Maladaptive Schemata 39

4 Narratives Selbst und psychische Störungen 45

 Soziale Angststörung 47

 Zwangsstörung 49

 Depressive Störung 51

 Posttraumatische Belastungsstörung 53

 Persönlichkeitsstörungen 55

 Anorexia nervosa 58

 Alkoholabhängigkeit 60

 Zusammenfassung 61

5 Universelle Lösungsmittel gegen psychische Probleme 63

II. DAS VERLETZTE SELBST

Vorbemerkung 69

6 Das verlorene Selbst 74

7 Das verlassene Selbst 82

8 Das minderwertige Selbst 89

9 Das aufgeblähte Selbst 97

| | |
|--|-----|
| 10 Heilung des verletzten Selbst | 106 |
| Ich-Zustände | 106 |
| Abwehrmechanismen | 107 |
| Kernschmerz und Gedächtnisrekonsolidierung | 107 |
| Kernüberzeugungen | 109 |

III. DAS AUTHENTISCHE SELBST

| | |
|---|-----|
| Vorbemerkung | 117 |
| 11 Der achtsame Erwachsene | 121 |
| 12 Das Drama-Dreieck und wie man herauskommt | 128 |
| Spiele | 128 |
| Das Drama-Dreieck | 130 |
| Das Problem mit der Verantwortung | 131 |
| Wie befreit man sich aus dem Drama-Dreieck? | 132 |
| 13 Erwachsene Verantwortung und ihre Grenzen | 136 |
| 14 Selbstmitgefühl und der schützende Ärger | 145 |
| 15 Mut zur Trennung und Mut zur Nähe | 151 |
| Beziehungsangst und Beziehungsvermeidung | 151 |
| Das narrative Selbst bei unsicherer Bindung | 154 |
| Maladaptive Strategien zur Emotionsregulation | 155 |
| Heilendes Teilen von Emotionen und Bedürfnissen | 157 |
| 16 Meditation, Psychedelika und ihre Fallstricke | 160 |

IV. DAS TRANSZENDENTE SELBST

| | |
|---|-----|
| Vorbemerkung | 171 |
| 17 Nonduales Bewusstsein | 175 |
| 18 Integration von transpersonalen Erfahrungen | 183 |
| Mitgefühl | 188 |
| Verständnis | 189 |
| Entschlossenheit | 191 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 19 | Achtsamer Zombie, spiritueller Narzisst und erleuchteter Realitätsflüchtling | 193 |
| | Achtsamer Zombie | 194 |
| | Spiritueller Narzisst | 195 |
| | Erleuchteter Realitätsflüchtling | 197 |
| 20 | Meister der zwei Welten | 201 |
| | Schlussfolgerungen | 206 |
| | Literatur | 209 |

Einleitung

In der Welt der Psychotherapie gibt es einen bemerkenswerten Widerspruch zwischen der formalen Diagnostik psychischer Störungen und der Art und Weise, wie die meisten Psychotherapeuten² in der Praxis mit diesen Störungen umgehen. Beispielsweise verwenden Therapeuten in der Forschung oder in der Kommunikation mit Krankenversicherungsanstalten routinemäßig die diagnostischen Klassifikationssysteme DSM-5 und ICD-11 (siehe Kap. 1), doch in der therapeutischen Praxis gehen sie oft anders an die Probleme der Klienten heran (siehe die Fallformulierung oder Konzeptualisierung; z.B. Goldman & Greenberg 2015; Timulak & Pascual-Leone 2015). Aktuelle Diagnosen helfen nur bedingt bei angemessenen psychotherapeutischen Interventionen. Die meisten Kollegen konzentrieren sich daher nicht nur auf die äußeren Symptome psychischer Störungen, sondern versuchen auch, die *verborgenen Mechanismen* aufzudecken und zu beeinflussen, welche die Entstehung der einzelnen Symptome verursachen. Über diese verborgenen Mechanismen schweigen die diagnostischen Handbücher meist, da es oft schwierig ist, sie mit objektiven wissenschaftlichen Methoden zu erfassen. Es gibt jedoch ein sehr populäres Werkzeug, das sich hervorragend zur Erkennung dieser *maladaptiven Schemata* eignet. Dieses Werkzeug ist *Achtsamkeit* (engl. *mindfulness*) – die Fähigkeit, die *Prozesse* in unserem Körper und Geist im gegenwärtigen Moment wahrzunehmen.

In der Lehre Buddhas wird *Achtsamkeit* seit zweieinhalbtausend Jahren als Mittel zur Selbsterkenntnis, Selbsterheilung und Selbsttranszendenz eingesetzt. In diesem Buch nutze ich die *Achtsamkeit*, um maladaptive Schemata eingehend zu untersuchen. Ich werde erklären, wie maladaptive Schemata unsere Wahrnehmung, unser Denken, Erleben und Verhalten beeinflussen und auf diese Weise das Entstehen von offensichtlichen Symptomen psychischer Störungen verursachen. Darüber hinaus wird aufgezeigt, wie einzelne Elemente maladaptiver Schemata durch Achtsamkeit und Selbstmitgefühl »entwaffnet« und transformiert werden können. Besondere Aufmerksamkeit widme ich dabei unserem konzeptuellen, narrativen Selbst. Die in diesem Buch vorgestellte *Transdiagnostische Theorie des verletzten Selbst* integriert die *Bindungstheorie* (z. B. Cassidy & Shaver 2016; Kyrios et al. 2016b), die *Mustertheorie des Selbst* (z. B. Gallagher et al. 2024) und die *Theorie der ontologischen Abhängigkeit* (Shonin et al. 2016; van

2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Begriffen überwiegend die männliche Form verwendet. Entsprechendes gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Dies hat lediglich redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Gordon et al. 2018). Sie bietet ein transtheoretisches, *phänomenologisches Modell maladaptiver Schemata* und erläutert die Rolle des Mangels an Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in der Ätiologie psychischer Störungen und in der psychotherapeutischen Veränderung. Dabei wird der Einfluss unserer Selbstvorstellung (*narratives Selbst*) auf das Entstehen psychopathologischer Symptome aufgezeigt und angedeutet, wie durch die Entwicklung eines flexiblen, authentischen Selbst und eines transzendenten Selbst die Resilienz, die Fähigkeit zur Emotionsregulation und die Fähigkeit, enge Beziehungen zu knüpfen und aufrechtzuerhalten, gesteigert werden können.

Das Buch schöpft aus den Erkenntnissen der alten buddhistischen Psychologie, der westlichen Psychotherapie, der psychedelischen Forschung und den neuesten Erkenntnissen der Neurowissenschaften. Es beschreibt, wie die Entwicklung von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in der *individuellen* Psychotherapie genutzt werden kann. Es richtet sich jedoch nicht nur an Psychotherapeuten, sondern auch an die, welche sich für die persönliche Entwicklung interessieren oder ernsthaft spirituell suchen. Ein zentrales Themen des Buches ist die Frage, ob transpersonale Erfahrungen – sei es durch Meditation oder Psychedelika – zur Heilung unserer frühen Entwicklungs Traumata beitragen können. Können sich persönlicher und transpersonaler Entwicklungsweg ergänzen? Können transpersonale Erfahrungen psychische Störungen heilen? Können sie unsere maladaptiven Schemata heilen? Unser »verletztes Selbst«? Und wenn ja, unter welchen Bedingungen? Zu deren Beantwortung werden wir in diesem Buch Schritt für Schritt gelangen. Bevor ich jedoch auf diese Fragen eingehe, werde ich die entscheidende Rolle eines flexiblen authentischen narrativen Selbst in unserem alltäglichen Funktionieren erklären. Ich werde auch die Bedeutung von *Beziehungserfahrungen* bei der Entwicklung von Selbstmitgefühl hervorheben.

Wie ist aber die Struktur des gesamten Buches?

Im **I. Teil** werden wir uns zunächst mit der achtsamen Diagnostik maladaptiver Schemata vertraut machen (Kap. 1). Ich werde kurz Entwicklungs Traumata und die Entstehung maladaptiver Schemata besprechen (Kap. 2). Dabei komme ich zur Unterscheidung von vier charakteristischen Elementen der maladaptiven Schemata: Kernüberzeugungen, Gefühle der Kernschmerz, Abwehrmechanismen und archaische Ich-Zustände (Kap. 3). Anschließend illustriere ich anhand von Fallbeispielen, wie maladaptive Schemata die Entstehung psychopathologischer Symptome bei sieben ausgewählten psychischen Störungen beeinflussen (Kap. 4). Schließlich skizziere ich, wie maladaptive Schemata durch Achtsamkeit und Selbstmitgefühl behandelt werden können (Kap. 5).

Im **II. Teil** des Buches werden wir die vier Typen maladaptiver Schemata (die vier »verletzten Selbst«) genauer betrachten und ich erkläre, dass das »verlorene Selbst« entsteht, wenn wir uns in der frühen Kindheit nicht oft genug geschützt und sicher fühlen (Kap. 6). Das »verlassene Selbst« entwickelt sich, wenn es uns in der frühen Kindheit an ausreichender Wärme und Nähe fehlt oder wir die Welt nicht als sicheren Platz wahrnehmen (Kap. 7). Das »minderwertige« und das »aufgeblähte Selbst« entstehen, wenn wir als Kinder nicht genügend elterliche Unterstützung und Anerkennung erfahren oder es uns an klarer Führung und liebevollen Grenzen fehlt (Kap. 8 und 9).

Ich werde dann die Bedeutung *korrigierender Beziehungserfahrungen* und der *Gedächtnisrekonsolidierung* in der psychotherapeutischen Veränderung hervorheben und auch die kognitive Neubewertung von Kernüberzeugungen als geeignete ergänzende Strategie bei der Arbeit mit maladaptiven Schemata erwähnen (Kap.10).

Im III. Teil des Buches werden wir uns mit der Entwicklung eines flexiblen, authentischen narrativen Selbst in Beziehungen mit nahestehenden Menschen beschäftigen. Zunächst bringe ich in Erinnerung, dass die »rechte Achtsamkeit« in unserem alltäglichen Leben mit der Erkenntnis der ethisch-psychologischen Zusammenhänge unseres Erlebens und dem »weisen Abwägen« unseres Handelns verbunden sein sollte (Kap.11). Anschließend betrachten wir, wie uns maladaptive Schemata dazu zwingen, in Beziehungen immer wieder dieselben Szenarien zustande zu bringen, und wie wir von diesen Mustern loskommen können (Kap.12). Ich werde besprechen, was »gesunder Egoismus« und gesunde persönliche Grenzen sind (Kap.13). Des Weiteren werde ich eine Unterscheidung zwischen reaktivem und mitfühlendem (schützendem) Ärger vornehmen (Kap.14). Ich werde beschreiben, wie unsere Beziehung zu uns selbst uns helfen kann, ein Gleichgewicht zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit in Beziehungen zu finden (Kap.15). Kritisch widme ich mich dann der Frage, ob korrigierende Beziehungserfahrungen durch Meditation oder Psychedelika bei der Heilung des verletzten Selbst ersetzt werden können (Kap.16).

Teil IV des Buches untersucht die Grenzfläche von Psychologie und Spiritualität und beschäftigt sich mit der transpersonalen Entwicklung. Ich werde klarstellen, wie sowohl Meditation als auch Psychedelika Selbstlosigkeit fördern und allmählich unser Verständnis von uns selbst verändern (Kap.17). Des Weiteren stelle ich ein neues Modell zur Integration transpersonaler Erfahrungen vor (Kap.18). Dann werde ich auf die Syndrome des achtsamen Zombies, des spirituellen Narzissten und des erleuchteten Realitätsflüchtlings eingehen (Kap.19). Um den Alltag geschickt zu meistern, benötigen wir sowohl den passiven Modus des achtsamen Beobachtens und Seins als auch den aktiven Modus des Denkens und Tuns (Kap.20).

Die in den Kapiteln behandelten Themen werden kontinuierlich durch *Fall- und Dialogbeispiele* zwischen Therapeuten und Klienten aus meiner therapeutischen Praxis veranschaulicht. Um die Anonymität zu wahren, wurden die Namen der Klienten und andere Details, anhand derer sie identifiziert werden könnten, geändert. Experten können in dem Buch wertvolle Hinweise auf insgesamt 278 Bücher, 360 psychologische und 71 neurowissenschaftliche Artikel finden (von den zitierten Artikeln stammen 51% aus den letzten fünf Jahren, d.h. aus den Jahren 2019 bis 2023). Da es jedoch nicht leicht ist, Achtsamkeit und Selbstmitgefühl nur durch theoretisches Studium zu verstehen, enthält das Buch auch *praktische Übungen*, die es ermöglichen, Achtsamkeit und Selbstmitgefühl erfahrungsorientiert kennenzulernen.

Liebe Leserinnen und Leser, ich bitte Sie: Nehmen Sie sich während des Lesens immer wieder einen Moment Zeit, um zu atmen und zu üben, und treten Sie kurz von den wissenschaftlichen Konzepten zurück. Sie werden feststellen, dass Ihnen Ihre gelebten Erfahrungen helfen werden, die verschiedenen Aspekte und Zusammen-

hänge von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl, die in dem vorliegenden Buch diskutiert werden, besser zu verstehen als durch bloßes theoretisches Studium.

Nun, da wir schon eine Rahmenvorstellung davon haben, was uns in dem Buch erwartet, können wir zum ersten Teil des Buches übergehen, der die grundlegenden Prinzipien der achtsamkeitsinformierten integrativen Psychotherapie vorstellt.³

3 Den gleichen »achtsamkeitsinformierten« integrativen psychotherapeutischen Ansatz habe ich bereits in meinem Buch *Achtsamkeit und Selbstmitgefühl* (Benda 2019) beschrieben. Erst hier habe ich ihn aus praktischen Gründen als »Achtsamkeitsinformierte Integrative Psychotherapie« bezeichnet. Ich möchte jedoch betonen, dass es mir nicht darum geht, eine neue therapeutische Marke zu propagieren. Ich glaube, dass die Wirksamkeit der Psychotherapie eher von der Persönlichkeit des jeweiligen Therapeuten als vom psychotherapeutischen Ansatz abhängt (siehe z. B. Castonguay & Hill 2017; Wampold & Imel 2015). Mit diesem Buch möchte ich lediglich eine mögliche Methode aufzeigen, wie ein *achtsamer Therapeut* spezifische maladaptive Prozesse im Geist und Körper des Klienten aufdecken und verschiedene Ansätze flexibel in die Arbeit mit dem Klienten integrieren kann. Wenn Therapeuten verstehen, welchen Nutzen die Entwicklung von Achtsamkeit in der Psychotherapie hat, könnten in Zukunft mehr verschiedene »Achtsamkeitsinformierte Integrative Psychotherapien« entstehen. Und das ist meiner Meinung nach völlig in Ordnung.

Teil I

Achtsamkeitsinformierte integrative Psychotherapie

Vorbemerkung

Haben Sie schon einmal versucht, das Wort Achtsamkeit (engl. *mindfulness*) in eine Suchmaschine einzugeben? Die Ergebnisse waren wahrscheinlich verblüffend, oder? Es gibt so viele Bücher, Artikel, Podcasts, Apps, Kurse und Workshops über Achtsamkeit, unglaublich! Aber warum? Warum gibt es so viel Aufsehen um Achtsamkeit? Was macht dieses Thema so faszinierend? Warum weckt Achtsamkeit das Interesse von Phänomenologen, Kognitionswissenschaftlern, Neurowissenschaftlern, Psychologen, Psychiatern, Psychotherapeuten und begeisterten Laien? Ich glaube, der Hauptgrund ist, dass uns Achtsamkeit eine völlig neue Sichtweise auf uns selbst und die Welt um uns herum bietet (Benda 2019). Sie ermöglicht uns, besser zu verstehen, wer wir sind. Sie befähigt uns, Gefühle der Isolation und Selbstentfremdung zu überwinden und stattdessen tiefe Verbindungen zu anderen, ein Zugehörigkeitsgefühl und Nähe zu erleben. Sie dient als Werkzeug zur Selbsterkenntnis, Selbstheilung und Selbsttranszendenz. Ja, durch Achtsamkeit können wir psychische Schwierigkeiten lindern. Aber wir können auch etwas berühren, das uns übersteigt, und all das ohne religiöse Dogmen, praktisch und erfahrungsorientiert. Das ist der Grund, warum ich denke, dass Achtsamkeit so ein Hit ist. Deshalb fesselt sie die Psychologen.

In den letzten 30 Jahren sind in der Welt der Psychotherapie immerhin zahlreiche Ansätze und Programme entstanden, die Achtsamkeit nutzen. Dazu gehören in erster Linie Ansätze der 3. Welle der Kognitiven Verhaltenstherapie, wie z.B. die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (Segal et al. 2013), das Programm zur Stressbewältigung durch Achtsamkeit (Lehrhaupt & Meibert 2010), die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (Harris 2019b) oder die Dialektisch-Behaviorale Therapie (Linehan 1993). Es gibt jedoch auch existenziell-humanistische (Gold & Zahm 2018; Wegela 2014), psychodynamische (Price & Hooven 2018; Shepherd 2020) und integrative Ansätze (Alper 2016; Benda 2019; Žvelc & Žvelc 2021), die Achtsamkeit einbeziehen.

Chris Germer beschreibt in seinem Buch *Mindfulness and Psychotherapy* drei typische, in der Gegenwart zu findenden Wege, wie Achtsamkeit in der Psychotherapie integriert werden kann (Germer 2013):

1. Ein praktizierender Therapeut könne Achtsamkeit implizit in die Therapie einbringen, indem er dank seiner durch Meditation entwickelten Achtsamkeit die *Prozesse*, die in der Therapie ablaufen, und zwar sowohl in ihm selbst als auch auf der Seite des Klienten, besser wahrnimmt.
2. Wenn der Therapeut überdies noch traditionelle buddhistische Konzepte verwendet für sein Verstehen, die er sich durch seine Meditationspraxis angeeignet hat, spricht Germer von einer »achtsamkeitsinformierten« Therapie.

3. Von »achtsamkeitsbasierter« Therapie spricht er dann, wenn der Therapeut dem Klienten explizit das Meditieren beibringt oder verschiedene Übungen anwendet, um die Achtsamkeit des Klienten zu entwickeln.

In den letzten 20 Jahren habe ich in meiner Praxis einen »achtsamkeitsinformierten« individuellen integrativen psychotherapeutischen Ansatz entwickelt (Benda 2019). Erstens bin ich aus mehreren Gründen überzeugt, dass die Wirksamkeit der am weitesten verbreiteten »achtsamkeitsbasierten« Programme in gewissem Maße dadurch eingeschränkt ist, dass sie in Gruppen durchgeführt werden und typischerweise nur acht Wochen dauern. Zweitens und vornehmlich halte ich aber die Meditation für sich allein nicht für ein ausreichendes Werkzeug zur Behandlung von psychischen Störungen.

Zwar bezweifle ich nicht, dass achtsamkeitsbasierte Programme den Teilnehmenden helfen, Stress abzubauen oder Depressionen zu lindern. Es bleibt jedoch fraglich, ob sie die Achtsamkeit auch genau dann anwenden können, wenn sie sie am dringendsten benötigen, z. B. wenn bei ihnen ein *maladaptives Schema* aktiviert wird. Der ausführlicheren Erklärung der maladaptiven Schemata werden wir uns in den folgenden Kapiteln dieses Buches widmen (siehe auch Benda 2019). Bis dahin können wir festhalten, dass sie die »Kernpathologien« sind, die den meisten psychischen Störungen zugrunde liegen. Schemata sind, allgemein gesprochen, tief verwurzelte Emotions- und Beziehungsmuster oder Programme, die unser Erleben automatisch und unbewusst steuern. Sie entsprechen dem, was psychodynamische Ansätze traditionell als *Komplexe* (Adler 1964) oder später im Rahmen der Bindungstheorie als *innere Arbeitsmodelle* (Bretherton & Munholland 2016; Zimmermann 1999) bzw. *mentale Skripte* (Ein-Dor et al. 2011; Mikulincer et al. 2021) bezeichneten.

Meiner Erfahrung nach kann ein achtsamer und mitfühlender Therapeut dem Klienten in der Einzeltherapie eine korrigierende emotionale (relationale) Erfahrung vermitteln. Wenn der Therapeut in einem entscheidenden Moment eine *mitfühlende Einstellung* zu dem, was der Klient erlebt, vermittelt, führt dies zur *Gedächtnisrekonsolidierung* und zur Transformation maladaptiver Schemata (Benda 2019). Der Schlüssel zur Veränderung liegt jedoch in der neuen Erfahrung, die der Klient *in der therapeutischen Beziehung* macht (Flückiger et al. 2018; Norcross & Lambert 2018). Deshalb glaube ich, dass keine Übung, die der Klient individuell durchführt, diese Erfahrung ersetzen kann. Meditation sollte in der Psychotherapie daher immer durch andere therapeutische Mittel, Methoden und Techniken ergänzt werden.

Ziel der Achtsamkeits- und Einsichtsmeditation war es im ursprünglichen Kontext nie, unsere persönlichen oder zwischenmenschlichen Probleme zu lösen (Engler 1984, 2003). Ihr Ziel war und ist es, Erwachen (*bodhi* im Pali) zu erreichen, also die Erkenntnis der absoluten, bedingungslosen Realität und die Befreiung aus dem Kreislauf der Wiedergeburt (*samsāra* im Pali). Dies bedeutet jedoch nicht, psychische Gesundheit in unserem westlichen Verständnis zu erlangen (WHO 2018). Im Alltag kann auch ein erwachter Meditierender weiterhin mit verschiedenen Schwierigkeiten konfrontiert sein (siehe Kap. 19). Meditation führt nämlich nicht automatisch dazu, alle Kompeten-

zen zu erwerben, die für ein geschicktes Lebensmanagement erforderlich sind. Genau das streben wir jedoch in der Psychotherapie an, darin liegt ein bedeutender Unterschied. Über die Bedeutung der Unterscheidung zwischen absoluter Wirklichkeit (die in fortgeschrittener Meditation erkennbar ist) und konventioneller, bedingter Wirklichkeit unseres Alltagslebens schrieb der buddhistische Gelehrte Nāgārjuna bereits am Übergang vom zweiten zum dritten Jahrhundert in seinem Werk *Mūlamadhyamakārikā* (*Lehrstrophen über die grundlegenden Lehren des Mittleren Weges*) (Siderits & Katsura 2013).

Es sei mir gestattet, dies also noch einmal betonen: In der *Meditation* geht es darum, sich von *saṃsāra* zu befreien. In der *Psychotherapie* geht es darum, zu lernen, zufrieden innerhalb von *saṃsāra* zu leben.

Freud (1952) räumte ein, dass Klienten in der Psychoanalyse, wenn sie ihre Pathologien loswerden, nur noch das »gemeine Unglück« erleben, das unweigerlich mit dem alltäglichen Leben verbunden ist. Buddha jedoch suchte und fand einen Ausweg aus diesem unvermeidlichen alltäglichen Leiden. In diesem Buch werden wir dann erkennen, dass dort, wo die Psychotherapie endet, die Meditation beginnt. Wir werden jedoch auch klarstellen, dass Meditation die Psychotherapie nicht ersetzen kann.

Im letzten, IV. Teil dieses Buches werden wir uns mit transpersonalen Erfahrungen, meditativen Einsichten und deren Integration beschäftigen. Wir werden über Erfahrungen des nondualen Bewusstseins und des Auflösens des Egos sowie darüber sprechen, wie solche Erfahrungen unser Erleben und unser alltägliches Funktionieren beeinflussen. Der Großteil des Buchs wird jedoch zunächst der Selbstentdeckung, der Selbstheilung und der Kultivierung von Selbstmitgefühl gewidmet sein. Wie Jack Engler (1984, 2003) treffend bemerkte, muss man zuerst jemand sein, bevor man niemand sein kann (d. h. Selbsttranszendenz erreichen kann). Auch wir werden hier diesem weisen Rat folgen. Es sei erwähnt, dass der transdiagnostische Ansatz der Achtsamkeitsinformierten Integrativen Psychotherapie (engl. *Mindfulness-Informed Integrative Psychotherapy*), der in diesem Buch beschrieben wird, auf den Ideen aufbaut, die den Lesern bereits in dem Buch *Achtsamkeit und Selbstmitgefühl* (Benda 2019) vorgestellt wurden. Dieser Ansatz baut auf den Arbeiten von Mirko Frýba (z. B. 2008) auf, ist aber auch stark beeinflusst von der Emotionsfokussierten Therapie (Greenberg 2021; Timulak & Keogh 2021) und der Pesso-Boyden-Psychomotorischen Therapie (Baylin & Winnette 2016). Er führt Klienten (und Leser) dazu, Achtsamkeit und Selbstmitgefühl insbesondere während der Aktivierung maladaptiver Schemata zu nutzen (van Vreeswijk et al. 2014). Damit ergänzt er auch die Verfahren der auf Achtsamkeit und Mitgefühl ausgerichteten integrativen Psychotherapie (Žvelc & Žvelc 2021).

1 Achtsame Diagnostik der psychischen Störungen

Achtsamkeit bietet Psychologen und Psychotherapeuten eine stark spezifische Betrachtungsweise, was den Menschen und sein Erleben betrifft. In diesem Kapitel stellen wir dar, dass und wie diese Sichtweise das traditionelle Verständnis psychischer Störungen verändert.

Achtsamkeit enthüllt bei vielen psychischen Störungen immer wieder dieselben transdiagnostischen Faktoren und *Prozesse*. Diese Faktoren sind oft hinter den äußeren Symptomen verborgen, die der Klient präsentiert. Wenn ein achtsamer Therapeut dem Klienten zuhört, interessiert ihn nicht nur der Inhalt dessen, was dieser erzählt. Der Therapeut überwacht kontinuierlich sowohl seine eigenen Gefühle und Geisteszustände, die durch die Erzählungen des Klienten ausgelöst werden, als auch alle äußeren Ausdrucksformen von Emotionen beim Klienten (Mimik, Tonfall, unwillkürliche Bewegungen, Gesten, Körperhaltung usw.). Auf diese Weise entdeckt der Therapeut viele wichtige Details über das Erleben seines Klienten, derer sich der Klient selbst oft nicht bewusst ist. In entscheidenden Momenten fordert er dann seinen Klienten auf, auch selbst wahrzunehmen, wie er sich gerade fühlt, was ihm durch den Kopf geht. Durch diesen Ansatz deckt der achtsame Therapeut *im Dialog mit dem Klienten* schrittweise die Gefühle von Kernschmerzen (engl. *core pain*), automatische Abwehrmechanismen und verborgene Grundüberzeugungen (engl. *core beliefs*) des Klienten auf. Diese Elemente des Erlebens des Klienten bilden die Grundlage für die achtsame Diagnostik.

Derzeit gehen Psychologen und Psychiater bei der Diagnose psychischer Störungen von zwei im Wesentlichen sehr ähnlichen diagnostischen Klassifikationssystemen aus: dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-5 und der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-11. Das DSM-5 wird von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung herausgegeben und in den USA und Kanada verwendet. Herausgeber der ICD-11 ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO), sie wird weltweit genutzt. In beiden Klassifikationssystemen findet man beispielsweise detaillierte Beschreibungen von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. Auch affektive Störungen, Angststörungen, stress- oder traumabezogene Störungen, Essstörungen, substanzbezogene Störungen oder Persönlichkeitsstörungen sind darin diagnostisch verschlüsselt. Eines wird jedoch weder im DSM-5 noch in der ICD-11 erwähnt: *die Ursache* psychischer Störungen. Das klingt fast unglaublich, nicht wahr? Es ist jedoch wirklich so, dass wir die Ursachen psychischer Störungen nicht kennen. Trotz zahlloser verschiede-

ner Theorien, die versuchen, die Entstehung der einzelnen psychischen Störungen zu erklären, gibt es keine einheitliche Theorie, auf die sich alle Experten für psychische Gesundheit einigen können. Es wird in aller Regel angenommen, dass bei der Entstehung psychischer Störungen verschiedene biologische, psychologische und soziale Faktoren eine Rolle spielen (Borsboom et al. 2019; Dalgleish et al. 2020; Kendler 2014; siehe auch Engel 1977). Aber wenn wir keine Klarheit über die Ursachen psychischer Störungen haben, steht die gesamte Diagnostik gewissermaßen auf wackligen Beinen.

Psychische Störungen werden auf der Grundlage typischer Symptome diagnostiziert, d. h. eine Person weist eine charakteristische Konstellation spezifischer Symptome auf. Es ist jedoch nicht selten der Fall, dass ein und dieselbe Person mit demselben psychischen Problem bei wiederholten Untersuchungen von verschiedenen Fachleuten stets eine andere Diagnose erhält. Einer der Experten könnte beispielsweise zu dem Schluss kommen, dass die Person an einer Zwangsstörung leidet, ein anderer könnte Anzeichen einer Persönlichkeitsstörung feststellen und ein weiterer Fachmann könnte mehrere verschiedene psychiatrische Diagnosen stellen, was als Komorbidität bezeichnet wird. Statistiken haben wiederholt gezeigt, dass etwa 50 % der psychiatrischen Patienten Symptome von zwei oder mehr Diagnosen gleichzeitig aufweisen (Caspi et al. 2014; siehe auch McGrath et al. 2020). Aber das ist bei Weitem noch nicht alles.

Moderne neurobildgebende Methoden haben bei verschiedenen psychiatrischen Diagnosen Veränderungen in denselben Hirnarealen aufgezeigt (Gong et al. 2019; Goodkind et al. 2015; McTeague et al. 2020; Parkes et al. 2021).⁴ Genomweite Assoziationsstudien haben auch identische genetische Prädispositionen für unterschiedliche Diagnosen nachgewiesen (Brainstorm Consortium 2018; Grotzinger 2021; Lee et al. 2019; Selzam et al. 2018; Smoller et al. 2019 und psychiatrische Medikamente helfen häufig Klienten mit verschiedenen Diagnosen (Minami et al. 2019; Waszczuk et al. 2017; siehe auch Kelly et al. 2021). Wie ist das möglich? Vieles deutet darauf hin, dass hinter den offensichtlichen Symptomen einer Vielzahl psychischer Störungen wahrscheinlich gemeinsame, noch nicht vollständig verstandene *allgemeine Wirkfaktoren* stehen (Carragher et al. 2015; Caspi et al. 2014; Dalgleish et al. 2020; Krueger & Eaton 2015; Michelini et al. 2021). Könnte die Entdeckung dieser Faktoren helfen, die *Ursachen* psychischer Störungen zu verstehen? Vielleicht ja. Auf jeden Fall scheint es an der Zeit, die aktuelle Klassifikation psychischer Störungen DSM-5 grundlegend zu überarbeiten (Brunoni 2017; Nasrallah 2021; Newson et al. 2021). Es sollte uns nicht überraschen, dass einzelne psychische Störungen vieles gemeinsam haben. Die Grenzen zwischen ihnen sind bei Weitem nicht so deutlich, wie es die bisherigen diagnostischen Kategorien vermuten lassen.

4 Die Bildung unseres Selbstkonzepts, das in diesem Buch untersucht wird, scheint in erster Linie mit der Aktivität des ventromedialen präfrontalen Kortex und anderer Teile des Ruhezustandsnetzwerks (engl. *default mode network*) verbunden zu sein. Bei psychischen Störungen bestätigen dabei zahlreiche Studien Veränderungen gerade in diesen Hirnregionen (Koban et al. 2021).

Da sich Experten der grundlegenden Schwächen der aktuellen Klassifikation psychischer Störungen bewusst sind, entstanden in den letzten Jahren in den USA zwei bedeutende wissenschaftliche Initiativen, die versuchen, die verborgenen *allgemeinen Wirkfaktoren* psychischer Störungen aufzudecken.⁵ Diese Initiativen sind als RDoC (*Research Domain Criteria*; Insel et al. 2010) und HiTOP (*Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*; Kotov et al. 2017) bekannt. Beide Initiativen weichen von der bestehenden Kategorisierung ab und bewerten alle psychischen Störungen ausschließlich hinsichtlich des Ausmaßes spezifischer Dysfunktionen in einigen wenigen Dimensionen (Michellini et al. 2021). RDoC konzentriert sich dabei in erster Linie auf die gemeinsamen genetischen, physiologischen und neurobiologischen Grundlagen psychischer Störungen. Die HiTOP-Initiative hingegen orientiert sich stärker an den psychologischen, verhaltensbezogenen und sozialen Manifestationen dieser Störungen. Das innovative hierarchische Modell psychopathologischer Symptome, das im Rahmen der HiTOP-Initiative entwickelt wurde, hat inzwischen größere praktische Anwendung in der klinischen Praxis. Interessanterweise postuliert HiTOP an der Spitze der Pyramide psychopathologischer Symptome einen einzigen übergreifenden transdiagnostischen Faktor, den *p*-Faktor. Das hierarchische Modell HiTOP unterteilt die Symptome psychischer Störungen weiter in drei (bzw. sechs) allgemeine Kategorien (Kotov et al. 2017; Watson et al. 2022) und beschreibt

- Psychosen (deren Symptome weiter in Denkstörungen und Abtrennung unterteilt werden),
- externalisierende Störungen (die in enthemmte und antagonistische Störungen unterteilt werden) und
- emotionale (internalisierende und somatoforme) Störungen.

Der Fokus dieses Modells auf spezifische maladaptive *Prozesse* ist der achtsamen Diagnostik deutlich näher als die Nosologie von DSM-5 oder ICD-11. In diesem Buch wird jedoch aufgezeigt werden, dass es die achtsame Diagnostik ermöglicht, spezifische maladaptive kognitive und affektive *Prozesse*, auf deren Grundlage bei Klienten spezifische Symptome einzelner psychischer Störungen entstehen und aufrechterhalten werden, weitaus präziser zu erfassen und zu beschreiben (zu operationalisieren) als beide genannten Initiativen.

Die heutige Klassifikation psychischer Störungen wurde durch die Nachkriegsentwicklung der wissenschaftlichen Psychologie beeinflusst, die über mehrere Jahrzehnte hinweg objektive Untersuchungsmethoden betonte und die Introspektion vollständig ablehnte (Watson 1913; siehe auch Kraepelin 1920). Daher stützt sie sich häufig auf objektive, messbare oder beobachtbare Kriterien wie Schlafstörungen, Muskelspannung, motorische Unruhe, übermäßigen Alkoholkonsum, absichtliches Erbrechen,

5 Auch in Großbritannien steht die bestehende Klassifikation psychischer Störungen unter erheblicher Kritik. Die British Psychological Society hat im Dokument *Power Threat Meaning Framework* (PTMF; Johnstone et al. 2018) eine alternative Sichtweise auf funktionelle psychiatrische Diagnosen angeboten.

übermäßiges Essen, die Unfähigkeit, enge Beziehungen zu bilden und aufrechtzuerhalten usw. Die diagnostischen Handbücher beschreiben jedoch *das Erleben* des Einzelnen oft recht vage. Sie verwenden häufig Begriffe wie verschlechterte Stimmung, Angst und Stress und erwähnen nur selten Gefühle der Wertlosigkeit, unangemessener Schuld oder Hoffnungslosigkeit. In diesem Punkt unterscheidet sich die achtsame Diagnostik von dem offiziell anerkannten Ansatz.⁶

Der achtsame Therapeut untersucht *gemeinsam mit dem Klienten* sehr detailliert die *Prozesse*, die im Körper und Geist des Klienten in den Momenten ablaufen, die für den Klienten problematisch sind und in denen er in aller Regel die Kontrolle über sein Erleben und/oder Verhalten verliert. Typischerweise handelt es sich um Momente, in denen ein maladaptives Schema aktiviert wird, das den Klienten entweder daran hindert, das zu tun, was er möchte, oder ihn dazu zwingt, etwas zu tun, was er eigentlich nicht will (Benda 2019). Der Therapeut und der Klient decken dabei schrittweise die einzelnen Elemente des maladaptiven *Prozesses* (Schemas) auf, einschließlich primärer und sekundärer Gefühle, Gedanken, Geisteszustände, zwanghafter Tendenzen, Abwehrmechanismen⁷ und verborgener Kernüberzeugungen. Der bewusst erkannte spezifische psychopathologische *Mechanismus* wird dann zum Gegenstand der Diagnose und Behandlung. Es ist wichtig zu betonen, dass der Diagnose- und Behandlungsfokus auf dem *Prozess* liegt, nicht auf dem Klienten (Goldman & Greenberg 2015; Greenberg & Paivio 2003).

Lassen Sie uns ein kleines Beispiel betrachten.

FALLBEISPIEL

Peter

Peter kam in die Therapie wegen Problemen in der Beziehung mit seiner Frau Christina. Er arbeitete als Krisenmanager in einem großen Unternehmen. In seinem Beruf war er sehr erfolgreich, er konnte schwierige Entscheidungen mit kühlem Kopf treffen. Er liebte seine Frau und sorgte sich sehr um den fünfjährigen Sohn. Allerdings kam es zu Hause häufig zu nur schwer kontrollierbaren Wutausbrüchen. In solchen Momenten verhielt er sich aggressiv oder explodierte wegen völlig unbedeutender Kleinigkeiten. Er selbst konnte es nicht verstehen. Seine Frau litt natürlich unter diesem Verhalten. Peter kam in die Therapie, weil er Angst hatte, seine Frau durch sein Verhalten zu verlieren. Es nützte nichts, dass er außerhalb der Momente, in denen er vor Wut kochte, erkannte, dass sein Verhalten unangemessen war und dass die Intensität seines Ärgers in keinem Verhältnis zur relativ geringen Bedeutung der alltäglichen Angelegenheiten stand, die er mit seiner Frau besprach. Tausendmal

6 Carl Rogers (2021) schrieb über die noch immer verwendete Methode der Diagnose psychischer Störungen, dass sie »für die Psychotherapie unnötig ist und dem therapeutischen Prozess in Wirklichkeit schaden kann«.

7 In der Achtsamkeitsinformierten Integrativen Psychotherapie verwenden wir zur Unterscheidung von Abwehrmechanismen die abhidhammatische phänomenologische Matrix der »Geistesbefleckungen« (*kilesa* im Pali; Benda 2019; Benda & Horák 2008).

sagte er sich, dass er beim nächsten Mal ruhig bleiben und die Situation gelassen angehen würde. In der Realität überwältigten ihn jedoch meist die emotionalen Ausbrüche und er verlor die Kontrolle über sich selbst.

Damit Peter lernen konnte, seine Emotionen besonders in Momenten, in denen er bisher gewöhnlich alle Kontrolle verlor, besser zu regulieren, musste er sich zunächst das flüchtige primäre Gefühl ins Bewusstsein bringen, das seiner Achtsamkeit bisher entgangen war (reaktiver Ärger ist nie ein primäres Gefühl).

In der Therapie kann dafür die *Fokussierungstechnik* (Gendlin 2003; Weiser Cornell 1996) im Gespräch eingesetzt werden.

Unser Gespräch verlief wie folgt:

Therapeut (T): Versuchen Sie, sich eine konkrete Situation vorzustellen, in der Sie der Ärger übermannt hat und Sie sich nicht beherrschen konnten. Erinnern Sie sich an einen solchen Moment?

Klient (K): Nun ... z. B. jedes Mal, wenn ich einen schmutzigen, nassen Schwamm im Spülbecken finde. Das kann ich nicht ertragen. Es wimmelt ja dort von Bakterien. Ich habe es meiner Frau schon unendliche Male gesagt! Das bringt mich zur Weißglut!

T: Verstehe. Wann ist das zuletzt passiert?

K: Letzten Dienstag.

T: Also letzten Dienstagabend nach der Arbeit kamen Sie in die Küche und es lag ein Schwamm im Spülbecken.

K: Ja. Ich fing an, schrecklich zu fluchen. Am liebsten würde ich in solchen Momenten in etwas schlagen.

T: Gut. Versuchen Sie, das allererste Gefühl zu beschreiben, das vielleicht so flüchtig ist, dass man es normalerweise gar nicht wahrnimmt. Das Gefühl, das in der ersten Millisekunde durch Sie hindurchging, als Sie den Schwamm sahen. Können Sie sich an diesen Moment erinnern?

K: Es war ein Schock! So eine Hilflosigkeit! So eine Verzweiflung! Das kann doch nicht wahr sein, dachte ich.

T: Versuchen Sie, diesen Moment nachzuvollziehen.

(K. versucht es. Atmet tief ein und lange aus, legt unbewusst seine rechte Hand auf die Brust. Zeigt sichtbare Anzeichen dafür, dass er den vorgestellten Moment hier und jetzt emotional wiedererlebt, als er sich mental daran erinnert.)

T: Was passiert jetzt in Ihrem Körper? Spüren Sie nun irgendein körperliches Gefühl, das Ihre Aufmerksamkeit auf sich zieht?

K: Ich weiß nicht. So ein Schmerz *(sieht traurig aus)*.

T: Was für ein Gefühl ist das?

K: Ich weiß nicht, vielleicht Hilflosigkeit ... Dass meine Frau es nicht aufräumt, obwohl ich sie darum bat. Es ist ihr scheißegal.

T: Gefühl des Unrechts? *(Pause)* Oder der Demütigung?

K: *(nach einem Moment)* Das Gefühl, dass ich ganz allein mit allem bin. Ich muss alles machen. Niemand hilft mir.

T: Verstehe. Das Gefühl der Einsamkeit und Isolation.

K: Ja. Manchmal fühle ich mich wirklich so allein. *(Seine Augen leuchten auf.)* Selbst mitten in der Familie. Warum? *(Fragt leise, aber offensichtlich ohne eine Antwort zu erwarten. Sieht eine Weile überrascht aus und schaut dann nachdenklich ins Leere.)*

T: *(nach einer Weile)* Wie fühlt es sich jetzt in Ihrem Körper an? Hat sich etwas verändert?

K: Ich habe mich beruhigt. Ich fühle jetzt überhaupt keine Wut mehr, auch den Schmerz im Körper nicht. Ich glaube, ich fühle mich etwas erleichtert. Wie ist das möglich?

Während unseres Gesprächs bemerkte Peter zum ersten Mal ein flüchtiges, aber äußerst schmerzhaftes Gefühl der Einsamkeit, worauf er in ähnlichen Situationen automatisch mit Ärger und Aggression reagiert hatte. Damit erkannte er nun das wichtigste Element des seine Wahrnehmung, sein Denken, Fühlen und Verhalten in diesen Momenten steuernden maladaptiven Schemas. Interessanterweise führte dieses achtsame Gewahrsein für sich schon zu einer Veränderung. Der Ärger als Abwehrmechanismus verschwand vollständig. Eine Veränderung in Peters Erleben kann von nun an in ähnlichen Situationen zum Ausdruck kommen, vorausgesetzt, Peter bemerkt achtsam sein Gefühl der kindlichen Einsamkeit. Peters Verständnis dafür, was er in diesen Momenten benötigt, wird jedoch auch eine entscheidende Rolle spielen. Wenn wir uns einsam fühlen, brauchen wir Nähe und mitfühlendes Verständnis. Dies konnte Peter dank der Therapie in der Beziehung mit mir als Therapeuten erleben. Um jedoch zu verhindern, dass Peter in einem Zustand verzweifelter kindlicher Verlassenheit stecken bleibt (oder aufgibt), wenn er zukünftig achtsam seine Einsamkeit bemerkt, muss er lernen, mit sich selbst mitfühlend zu werden. Dies könnte einige Zeit in Anspruch nehmen. Es ist doch immerhin ein unvermeidlicher erster Schritt, sich sein Einsamkeitsgefühl achtsam ins Bewusstsein zu bringen. Es kann für Peter eine wichtige korrigierende Erfahrung sein, dass er dieses Gefühl mit mir teilte und in der Beziehung mit mir erleben konnte, dass ich auch in solchen Augenblicken bei ihm blieb, ihn nicht verließ und verstand, was er durchmachte. Eine Erfahrung, die ihm nach und nach helfen wird, die erlernte kindliche Hilflosigkeit zu überwinden und auch Mitgefühl für sich selbst zu entwickeln. Durch die achtsame Diagnose wird es jedoch möglich sein, ein weiteres wichtiges und tief verborgenes Element von Peters maladaptivem Schema aufzudecken: nämlich seine Kernüberzeugung (engl. *core belief*), die chronologisch dem Entstehen des schmerzhaften Gefühls der kindlichen Einsamkeit vorausgeht. Das Entstehen von Gefühlen des Kernschmerzes⁸ ist immer durch irgendeine gewöhnlich in

⁸ In Übereinstimmung mit der Emotionsfokussierten Therapie unterscheiden wir in diesem Buch drei Varianten des Kernschmerzes, nämlich Gefühle von 1. existenzieller Angst, 2. Einsamkeit und Verlassenheit, 3. Minderwertigkeit und Scham. Im Teil II werden wir diese Varianten des Kernschmerzes ausführlicher kennenlernen (siehe auch Timulak & Keogh 2021).

der Kindheit verfestigte Vorstellung (Überzeugung) bedingt. Und auch mit dieser kann in der Therapie weitergearbeitet werden, wenn man Achtsamkeit benutzt.⁹ Bei Peter könnte es sich wohl um eine Überzeugung handeln wie: »Ich bin nicht liebenswert, um mich kümmert sich niemand, ich gehöre nirgendwo dazu.« Wenn Peter achtsam bemerken sollte, dass sein Einsamkeitsgefühl in der Tat aus einem solchen verinnerlichten Glaubenssatz entsteht, hätte er damit die Gelegenheit, die absolute Gültigkeit dieser Überzeugung durch erwachsenes Denken infrage zu stellen. Zudem könnte er dann erkennen, dass er im Gegensatz zur Kindheit nicht mehr davon abhängig ist, ob er von jemandem geliebt wird. Als Erwachsener hat er die Möglichkeit, freundlich und fürsorglich sich selbst gegenüber zu sein. Er muss sich selbst ja nicht verlassen, selbst wenn ihn die ganze Welt verlassen würde. Ein solches Bewusstsein kann für ihn befreiend sein.

Anhand des Beispiels von Peter haben wir den achtsamen, phänomenologischen Ansatz zur Betrachtung einer psychischen Störung veranschaulicht.¹⁰ Es dürfte klar sein, dass es uns nicht darum geht, ob Peter einer »intermittierenden explosiven Störung« oder einer »emotional instabilen Persönlichkeitsstörung« nach ICD-11 oder DSM-5 entspricht. Aus der Sichtweise der Achtsamkeit erfassen solche Diagnosen lediglich einen äußeren Phänotyp der Störung. Sie sagen uns gar nichts darüber, wie Peters Aggression entsteht oder wie er seinen reaktiven Ärger transformieren könnte, ohne ihn einfach nur zu unterdrücken.

Die *achtsame Diagnostik* hingegen konzentriert sich auf die Details dessen, was in Peter in den bei ihm typischen Momenten vor sich geht, die ihn belasten und ihn in die Therapie geführt haben. Sie identifiziert systematisch sowohl wichtige emotionale und kognitive Elemente des maladaptiven Schemas des Klienten als auch deren Wechselwirkungen und mögliche zyklische Muster (Borsboom & Cramer 2013; Hájek & Benda 2008). Neben den Kernüberzeugungen und Gefühlen des Kernschmerzes deckt eine achtsame Diagnostik in der Regel etablierte Abwehrmechanismen und deren Einfluss auf die Aufrechterhaltung lang anhaltender Geisteszustände auf, die für bestimmte Störungen typisch sind. Dieser Ansatz legt den Grundstein für therapeutische Interventionen, die gezielt auf die Beeinflussung der spezifischen maladaptiven Prozesse abzielen, welche einzelne Symptome der Störung im Verborgenen aufrechterhalten.

Meine langjährige therapeutische Praxis mit einem breiten Spektrum an Diagnosen hat mir gezeigt, dass aus Sicht der Achtsamkeit hinter den meisten psychischen

9 Heinz-Peter Röhr, ein populärer deutscher Psychotherapeut und Autor, bezeichnet Kernüberzeugungen als »geheime Programme«. Maladaptive Bewältigungsstrategien nennt er »Antiprogramme« (Röhr 2022a, c).

10 Es scheint, dass uns die achtsame, phänomenologische Betrachtungsweise der psychischen Störungen ein besseres Verstehen der psychopathologischen Prozesse in unserem Gehirn ermöglicht, die auch auf biologischer Ebene vor sich gehen (z. B. Guendelman et al. 2017; Vago & Silbersweig 2012; Wielgosz et al. 2019; siehe auch Zarate-Guerrero et al. 2022).

Störungen einander ähnliche maladaptive Mechanismen stehen, die die Wahrnehmung, das Denken, das Erleben und das Verhalten der Klienten steuern, wann immer sie mit einem für sie typischen Auslöser konfrontiert werden. Meiner Erfahrung nach führt der Mangel an Achtsamkeit und Selbstmitgefühl dazu, dass diese maladaptiven Prozesse typischerweise den bewussten Bemühungen der Klienten, ihr Erleben und Verhalten zu regulieren, »trotzen« (siehe oben, allgemeine Wirkfaktoren). Achtsame Bewusstwerdung der Gefühle des Kernschmerzes, das Innwerden davon, was für unerfüllte *Bedürfnisse* diese Gefühle signalisieren, und das Durchschauen der begrenzten Wahrheit von fixierten und oft unbewussten Kernüberzeugungen sind nach meiner Ansicht das, was die therapeutische Veränderung entscheidend in Gang bringt. Im Allgemeinen geht es darum, sich bestimmter erlebter Phänomene bewusst zu werden und die *Einstellung* zu ihnen zu ändern.

Lassen Sie uns nun in einer ersten Übung darauf eingehen, wie maladaptive emotionale (beziehungsbezogene) Schemata in unserer Entwicklung entstehen und woher unsere Kernüberzeugungen und eine erhöhte emotionale Verletzlichkeit kommen. Dies wird uns zumindest teilweise helfen, die Ursachen psychischer Störungen zu verstehen.

PRAXISTIPP Übung 1

Was für ein Gefühl geht dem Ärger voraus?

Wann immer wir Ärger erleben, können wir sicher sein, dass es sich um ein *sekundäres Gefühl* handelt, das als Reaktion auf ein anderes, *primäres Gefühl* auftritt. Als achtsame Therapeuten sollten wir jedoch in der Lage sein, *primäre* Gefühle klar zu erkennen.

Vergegenwärtigen Sie sich zunächst eine der Situationen, wo Sie sich wütend gefühlt haben. Versuchen Sie sich daran zu erinnern, was Sie damals vor allem aufgeregt hat. Suchen Sie sehr genau nach dem *Auslöser* des Ärgers. Handelte es sich um eine Interaktion mit einer anderen Person? Hat Sie das, was diese Person gesagt hat, verärgert? Oder die Art und Weise, wie es gesagt wurde? Hat Sie das, was diese Person getan oder nicht getan hat, verärgert?

Rufen Sie sich ins Gedächtnis, welcher Gedanke Ihnen im schlimmsten Moment durch den Kopf ging.

Und nun versuchen Sie, für einen Moment nicht mehr zu denken. Prüfen Sie, was Sie jetzt in ihrem Körper fühlen, wenn Sie sich diese Situation vergegenwärtigen. Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Ihren Körper. An welcher Stelle im Körper erscheint das körperliche Gefühl? Was ist das für ein Gefühl? Sie wissen, dass die Situation in Ihnen Ärger weckt, und das ist in Ordnung. Erlauben Sie sich, den Ärger zu fühlen. Welches *primäre* Gefühl jedoch löst die Situation in Ihnen aus? Versuchen Sie, das Gefühl, das in Ihrem Körper auftaucht, bevor der Ärger aufflammt, zu erfassen.

Wenn Sie ein körperliches Gefühl gefunden haben, das gerade Ihre Aufmerk-

samkeit auf sich zieht, versuchen Sie ein Wort zu finden, das Ihr Gefühl am besten beschreibt. Sie können sich z. B. die folgenden Fragen stellen: Ist es Erschrecken? Schock? Entsetzen? Angst? Oder ist es ein Gefühl des Unrechts, der Ungerechtigkeit? Fühlen Sie sich verlassen, verraten, herabgesetzt oder gedemütigt? Steigt in Ihnen ein Gefühl des Versagens oder der Unzulänglichkeit auf? Fragen Sie sich selbst: Welches Gefühl geht meinem Ärger voraus? Was für ein Gefühl erlebt mein »inneres Kind«? Versuchen Sie, sich jedes der oben angeführten Worte gedanklich nacheinander zu sagen. Verweilen Sie dabei jedes Mal einen Moment und beobachten Sie, ob sich Ihr körperliches Gefühl verändert hat. Hat sich im Körper etwas verändert? Wenn nicht, versuchen Sie langsam das nächste Wort, und so weiter. Welches Wort beschreibt am besten das Gefühl, das Sie gerade empfinden? Was würden Sie *brauchen*, um sich besser zu fühlen? Beobachten Sie eine Weile Ihr körperliches Gefühl mit Freundlichkeit und Mitgefühl.

Schon allein Ihre innere Anerkennung der Möglichkeit, dass dem Ärger wohl ein anderes, schmerzhaftes *primäres* Gefühl vorausgeht, lässt Sie Ihre eigene Verletzlichkeit erkennen und ein mitfühlendes Verhalten sich selbst gegenüber entwickeln. Vielleicht werden Sie während der Übung ein Wort finden, das Ihr Gefühl erfasst, und eine gewisse Erleichterung verspüren. Vielleicht nehmen Sie nur ein unangenehmes körperliches Gefühl wahr, ohne es vollständig zu verstehen.

Wenn jedoch das Gefühl auch nach zehn Minuten noch anhält, legen Sie sanft Ihre offene Hand auf die Stelle, an der Sie das Gefühl im Körper spüren. Sagen Sie dreimal nacheinander gedanklich den Wunsch: »Mögen alle meine schmerzhaften Gefühle vergehen! Möge es mir gut gehen!«

Wie fühlen Sie sich jetzt?