

Einführung

Eine junge Lehrerin wird auf dem morgendlichen Weg in ihr Gymnasium schwer verletzt. Notärztliche Erstversorgung vor Ort. Sie ist nicht ansprechbar – im üblichen Sinn – und wird als bewusstlos diagnostiziert. Einlieferung auf die Intensivstation. Hier ist der Ort, an dem sie die Hilfe bekommen kann, die sie braucht: Versorgung der Verletzungen, Überwachung von Atmung, Bewusstseinszustand und Kreislauf. Hier sind zum Glück Menschen, die genau wissen, was jetzt zu tun ist. Die Patientin ist intubiert und maschinell beatmet. Wer weiß, wie lange das nötig ist? Wird sie wieder aufwachen? Wird sie ihre Klasse wiedersehen, ihren Verlobten, ihre Familie? Wird sie überhaupt überleben? Sie ist im Koma. In welcher Welt lebt sie jetzt? Was zählt jetzt für sie?

Täglich, stündlich werden Menschen auf eine Intensivstation gefahren, immer ganz unterschiedlich, immer gravierend. Intensivstationen: Orte für Rettung, für menschliche Dramen, für schwerwiegende Entscheidungen, nötig für das Überleben, Schwerpunkte von Kompetenz und Forschung. In jedem Krankenhaus sind sie ein Herzstück des Ganzen.

20 Jahre lang, von 1985 bis 2015, war ich als Krankenhauspfarrer und Lehrsupervisor für Klinische Seelsorgeausbildung am Klinikum der Universität in München-Großhadern tätig. Ich arbeitete während dieser Zeit auf zahlreichen und fächerspezifisch aufgeteilten Intensivstationen dieses Klinikums, besuchte und begleitete Menschen in vitalen Grenzsituationen, in ihrem Kampf um Leben und Überleben, im Umfeld von Sterben und Wiedergenesung. Von 1997 an bis heute haben wir am Klinikum parallel zu unserer praktischen Tätigkeit das Projekt „Traumland Intensivstation“ entwickelt, eine Forschungs-, Seminar- und Kursarbeit zu diesem Schwerpunkt. Der Psychotherapeut und Kulturanthropologe Sebastian Elsaesser aus Stuttgart wirkte dabei entscheidend mit. Die dabei gemachten Erfahrungen und die Welten, die sich eröffnen, sind so elementar, dass wir der Meinung sind, das Wesentliche daraus sollte zugänglich gemacht und veröffentlicht werden.

Auf Intensivstationen geht es um das Leben schlechthin. Es geht darum, was das Leben ausmacht, was im Leben Bestand hat, und um alle die Kräfte, die für Wiedererwachen und eine Genesung entscheidend sind. Und natürlich auch um die Verstehenswelten all derer, die dort tätig sein wollen, sich einsetzen, mitbängen und mithoffen. Es geht darum, welche Prozesse an der Lebensgrenze in Gang kommen und sichtbar werden. Wenn es um das Leben geht, dann geht es immer in seiner Radikalität um

das gesamte Körperliche und in gleicher Radikalität um das alles umfassende Spirituelle – freilich ohne dass beide auseinandergerissen werden könnten. Gerade in vitalen Situationen möchten sie besonders „intensiv“ zueinander sprechen. Wie sollte unser Ziel, Entscheidendes in überschaubarer Form darzustellen, erreicht werden?

Der Weg, den wir gegangen sind:

Mein Bruder Wilhelm Frör und ich trafen uns eigens zu einem intensiven und mehrtägigen Gespräch, um das besondere Feld Seelsorge auf Intensivstation zu reflektieren. Wie sieht die Praxis aus? Auf welchen Grundlagen baut sie auf? In welche begleitenden Verständnisrahmen ist sie eingebettet? Was kann moderne Bewusstseinsforschung dazu sagen? Als Arzt hatte er täglich Kontakt mit Koma-Patienten und von daher großes Interesse an einem Summarium meiner Praxis, daran, was ich beobachtet, geforscht und erkundet, an Arbeitshypothesen herausgefunden und wieder verworfen habe. Dadurch bot sich für mich die Gelegenheit, erstmals eine Gesamtübersicht dieser Arbeit vorzustellen und sowohl mir als auch ihm kritische Rechenschaft darüber abzulegen.

Das Projekt „Traumland“ ließ meinen Bruder aufhorchen und veranlasste ihn, sich mit dem Phänomen sog. Bewusstlosigkeit auseinander zu setzen und Beiträge aktueller Bewusstseinsforschung heranzuziehen. Hierunter finden sich auch Ansätze, die sich mit der Entstehung von Geist und Bewusstsein speziell im Rahmen von Kultur und Evolution befassen. Aus diesen Spezialgebieten kommen der kanadische Neuropsychologe Merlin Donald und der US-amerikanische Soziologe Robert N. Bellah in unserem Dialog mehrfach und ausführlich zu Wort. Denn wir sehen, dass Teile unserer heute tätigen Bewusstseins Ebenen über einen Zeitraum von vielen Millionen Jahren entstanden sind. So ist mit dem hier vorgelegten Text eine Gegenüberstellung unserer praktischen Erfahrung und daraus entstehender Fragen mit Feldern der Bewusstseinsforschung entstanden. Und was so erstaunlich ist und in unseren Augen die vorgestellten Ansätze untermauert: Wir stoßen immer wieder auf frappierende Zusammenhänge.

In den ersten Kapiteln geht es darum, was es bedeutet, auf dem Feld Intensivstation seelsorgerlich tätig zu sein. Was heißt es, Menschen in lebensbedrohlichen Situationen zu begegnen und Kontakt aufzunehmen? Was heißt es, dort Menschen anzutreffen, die nicht im üblichen Sinne wach sind, mit denen man nicht ohne weiteres ein Gespräch führen kann? Wenn sich schon die Kontaktaufnahme schwierig gestaltet, um wie viel mehr eine echte Verständigung? Ist diese überhaupt möglich? Welche Welten gibt es zu entdecken, wenn ich mich dieser Aufgabe widme?

All diese Fragen kommen in den weiteren Kapiteln zur Entfaltung und stellen sich einer kritischen Betrachtung. In den Interviews sieht sich der Leser hineingenommen in die tägliche Praxis der Seelsorge. Für solche Kontakte braucht es eine breite Fülle von Erfahrung, begleitende Supervision und professionelle Reflexion.

Kranke auf Intensivstationen konfrontieren uns mit Zuständen, in denen ihr Bewusstsein verändert ist hin bis zu „Bewusstlosigkeit“. Werden wir ihnen gerecht, wenn im Fachjargon von „Durchgangssyndrom“ gesprochen wird oder im letzteren Fall die Betroffenen als „bewusstlos“ hingestellt werden? Was ja nichts anderes heißt, als dass sie aus dem Kreis und der pulsierenden Dynamik unserer Kommunikation zumindest tendenziell ausgeschlossen werden. Veränderte Bewusstseinszustände sind Phänomene für sich, die es näher in den Blick zu nehmen, ernst zu nehmen und als etwas Eigenständiges zu erkennen gilt. Dann ist als nächstes zu fragen, wie wir als Außenstehende solche Zustände zu verstehen haben und was sie für die Betroffenen selbst bedeuten könnten. So begegnen sich inhaltlich stringent Seelsorge und die Frage nach dem Bewusstsein. „Auf der Suche nach der Seele“ kommen wir wie von selbst auf die Suche nach dem „Bewusstsein“ – und umgekehrt.

Wir hoffen, dass unserem Text etwas von der eigenen Betroffenheit abzuspielen ist, in die diejenigen geraten können, die sich diesen Fragen öffnen. Der Dialog und unser Fragen sind nichts weniger als abgeschlossen. Sie möchten weitergedacht werden.

Die Kapitel im Einzelnen:

Seelsorge auf der Intensivstation! An einem Ort, an dem ohne Diskussion gilt: Im Fokus steht der Körper! Dies ist auch für Seelsorge und prozessorientiertes Arbeiten der entscheidende Ausgangspunkt. Wie methodisch reflektiert und professionell im Rahmen eines kommunikativen Ansatzes gearbeitet werden kann, davon spricht das erste Kapitel.

Kapitel 2: Archaisches Erleben ist für veränderte Bewusstseinszustände kennzeichnend. Deshalb ist Vorsicht geboten gegenüber unserem Normalverstand, denn „Traumland“ kann überall archaisch infiltriert sein. Woher kommen aber die mächtigen Erlebniseinbrüche? Ergeben sich Parallelen zu evolutionären Vorstufen und auch zu Erlebniszuständen, wie sie aus der Welt der Psychiatrie und psychotischem Erleben bekannt sind? Die Entfaltung des neurowissenschaftlichen Umfelds macht die Komplexität der Fragestellungen deutlich.

In *Kapitel 3* setzen wir uns mit der Soziodynamik von Intensivstationen auseinander, ihren Hierarchien, ihren Formen von Kontrolle und Macht

sowie den geheimen Mythen, die das Funktionieren garantieren. – Wir fokussieren auf die besonderen Leistungen des menschlichen Bewusstseins und gehen den Wegen nach, auf denen dieses sich entwickeln konnte. Seinen Kapazitäten steht die besondere Anfälligkeit für Traumata gegenüber.

Kapitel 4 berichtet über die Anfänge der Klinischen Seelsorge-Ausbildung (KSA) mit dem Schwerpunkt Intensivstation am Klinikum München-Großhadern, beginnend in den 90-er Jahren. Hierbei wird Prozessorientierte Therapie integriert, es kommt zu intensivem Dialog und wissenschaftlicher Kooperation mit Anästhesisten; Kursarbeit und ein praxisorientiertes Arbeitskonzept nehmen Gestalt an.

Kapitel 5: Familiensysteme in ihrem Gewicht und ihrer Ambivalenz wahrzunehmen ist für die praktische Arbeit in diesem Feld entscheidend. Die besondere Dynamik und auch Härte dieser Systeme wird sichtbar.

Kapitel 6: Robert N. Bellah und Merlin Donald richten unseren Blick auf die Evolution. Für den Soziologen Bellah ist die Fürsorge der frühen Säugetier-Mütter entscheidender Stimulus für die Entstehung von Spiel, Ethik, Kultur, Religion – und damit von Bewusstsein. Über das Grundmuster Fürsorge drängen sich Parallelen zur Intensivstation auf. Der Ort Intensivstation zeigt des Weiteren exemplarisch, dass Körper und „Geist“ untrennbar sind.

Der Neuropsychologe Donald entwirft in der Zusammenschau von Biologie, Bewusstsein und Kultur ein chronologisches Drei-Stufen-Schema. Es beleuchtet die sich gegenseitig fördernde Entwicklung von Kultur und Bewusstsein und verfolgt diese Entwicklung chronologisch wie inhaltlich. Mit Donalds Ansatz lässt sich gut nachvollziehen, dass, je nach Situation, im menschlichen Bewusstsein mehrere Kulturebenen nebeneinander präsent und wirksam sein können, eher archaische neben eher modernen.

In *Kapitel 7* kommen Grundsatzfragen auf den Prüfstand: Zunächst recht praktisch: Was ist Seelsorge? Eine ihren Sohn besuchende Mutter macht es vor! Dabei zeigt sich: Soziale Rückbindung und verlässliches Sinngefüge sind für die psychische Stabilisierung unerlässlich und gegebenenfalls entscheidend für das Überleben. Kann unbearbeiteter Stress tödlich sein? Erneut vor dem Hintergrund vitaler Bedrohung fragen wir dann theoretisch: Theologie – was kannst du? Zentrale Begriffe wie mentale Strukturen, Sinngefüge, Bewusstsein, Prozess, Gott und die Rolle von Sprache werden thematisiert. – Zurückgreifend auf Essentials der Seelsorgebewegung werden die zwei Säulen einer Seelsorgetheorie entwickelt: Texte und Menschen, historical and living human documents. Biblische Texte reflektieren zentrale Strukturen unseres Lebens; ebenso können durch aktuelle Erfahrungen alte Erzählungen ganz neu verstanden werden. Die Dynamik von

Sprache, Erinnerung und Bewusstsein wird angesprochen. Abschließend benennen wir Perspektiven einer zukunftsorientierten Intensivseelsorge.

Kapitel 8: Unsere ursprüngliche Frage nach „Bewusstlosigkeit“ und ihrem adäquaten Verständnis wird ausgeweitet und nimmt mit auf die lange Reise zur Frage nach dem Bewusstsein selbst. In einem Projekt ärztlicher Fortbildung mit dem Thema „Das Bewusstsein Bewusstloser“ soll der kommunikative prozessorientierte Ansatz einer naturwissenschaftlich orientierten Ärzteschaft vorgestellt und nahegebracht werden. Die absolute Notwendigkeit einer strikten Integration beider Ansätze, des naturwissenschaftlichen wie des psychologisch-kommunikativen, wird unterstrichen.

In *Kapitel 9* findet der Leser ein persönliches Schreiben, noch ganz unter dem frischen Eindruck unseres Dialogs erstellt. Es enthält u. a. Anmerkungen zum Thema Archaik mit dem Grundgedanken, dass Koma-Seelsorge weitgehend über diese Schiene läuft.

Die beiden *Kapitel 10 und 11* versuchen das vorausgehend Gesagte in einen größeren theoretischen Rahmen einzufügen. Sie gleichen die vorgestellte Empirie mit aktuell diskutierten wissenschaftlichen Positionen ab.

Kapitel 10 fragt, wie die Formen komatösen Bewusstseins (vorwiegend als Oneiroid bezeichnet) noch klarer verstanden werden können. Hierbei wird der Hypothese nachgegangen, dass sich darin traumatisches Bewusstsein spiegelt. Nach Ansätzen moderner Forschung kann/muss traumatisches Bewusstsein seinerseits als nicht ins Normalbewusstsein integrierte „dissoziative“ (d. h. davon abgetrennte) Erlebnisform angesehen werden. Sowohl die Entstehungsgeschichte dieses Ansatzes als auch seine moderne Weiterführung werden aufgezeigt und diskutiert.

In *Kapitel 11* steht das Thema Kognition/Bewusstsein/„Geist“ als zweiter Brennpunkt im Vordergrund. In ihrer heutigen modernen Form ist Kognitionsforschung weit aufgefächert und deckt die Bereiche Geist, Bewusstsein, Emotion und Affekt gleicherweise ab. So sehen wir uns in diesem letzten Kapitel Modelle von Kognition an, die heute in der wissenschaftlichen Diskussion leitend sind – und auch unsere Arbeit implizit oder explizit durchziehen.

Mit Gedanken zur Biologie der Erkenntnis und Versuchen einer Überwindung der traditionellen Dichotomie Geist – Materie schließen wir ab.

Die Arbeiten, die im Literaturverzeichnis aufgeführt sind, eignen sich weithin recht gut zum Einarbeiten und zur Vertiefung.

Der Leser erkennt sofort, dass der Text in seiner Grundsubstanz die schriftliche Übertragung der Gespräche darstellt, wie sie sich auf unserer Tonaufnahme finden. Wir haben aber gründlich überarbeitet, präzisiert, gestrichen und erweitert, sowohl um die Lesbarkeit zu erleichtern als auch

die jeweils führende Thematik zu vertiefen. Hin und wieder nur angedachte Linien können auf diese Weise deutlicher hervortreten. Gelegentlich lassen wir uns zu „Ausschweifungen“ verführen in Gebiete, die mit unserem „Gegenstand“ eng zusammenhängen: Ausflüge in Kultur, Gesellschaft, Archaik, Religion, Theologie, Anthropologie, Neurokognition sowie Phänomenologie des Lebens. Der Leser mag uns hierbei mitdenkend begleiten, sich durch den Dialog vermehrt eingeladen sehen, selbst am Gespräch teilzunehmen und in die aufgerissenen Horizonte hineinzugehen – aktiv und eigenständig – oder uns verzeihen.

Dialog, Krankengeschichten (selbstverständlich maskiert) und die Exkurse, auch die einzelnen Kapitel können separat gelesen werden. Sie sind als in sich stimmige Einheiten konzipiert. Die Gesamtlektüre von Anfang an erleichtert allerdings das Verständnis.

Die Zwischenüberschriften wurden nachträglich formuliert, damit Gedankengang und verhandelte Thematik klar erkennbar werden. Auch diese Überschriften können als Block für sich gelesen werden.

All denen, die in der Seelsorge auf Intensivstationen arbeiten, hoffen wir damit einen Anreiz zu geben, das eigene Erkunden und gemeinsame Reflektieren voranzutreiben. Medizinische und damit verwandte Berufe mögen das hier Aufgefächerte in ihren eigenen Kontext stellen und beobachten, was sich dabei für sie ergibt. Wir würden uns freuen, wenn sich zudem Betroffene und ihre Angehörigen darin wiederfinden.

Darüber hinaus hoffen wir auch alle diejenigen anzusprechen, die mit Kommunikation unter erschwerten Bedingungen und in besonderen Grenzsituationen beruflich oder persönlich zu tun haben. Und, um das niemals zu vergessen: Unser ausdrücklicher Dank gilt den vielen PatientInnen, die Vertrauen zu uns hatten und sich öffneten.

Unser Dank gilt nicht zuletzt auch dem Kohlhammer-Verlag, der das Erscheinen dieses Buches ermöglichte. Es ist uns hierbei ein Anliegen, unserem Lektor Herrn Dr. Weigert ganz herzlich zu danken für sein von Anfang an bestehendes Interesse, sein Verständnis für die vernetzte Thematik, seine vielfältigen Anregungen und seine entgegenkommende stets verlässliche Begleitung über alle Hürden hinweg, ebenso wie Frau Schüle für Ihren Einsatz für den Band.

München im April 2018

Peter Frör und Wilhelm Frör

1. Seelsorge auf der Intensivstation

Wilhelm Frör (WF): Du sagst, du hast in deiner Tätigkeit den klinischen Alltag kennengelernt und kannst deshalb genau angeben, was die Interessen der Medizin sind, ihre Ziele und Arbeitsweisen. Das klingt für mich provokant.

Peter Frör (PF): So apodiktisch meine ich das natürlich nicht. Ich konnte die Arbeitsweise der Medizin aus dem Abstand und aus dem Blickwinkel eines Nichtmediziners heraus beobachten und habe gesehen, dass dort eine bestimmte Zielrichtung verfolgt wird, die entscheidend ist und alles bestimmt, allerdings um den Preis, dass es in manchen Bereichen eine erstaunliche Blindheit gibt.

a. Alles für den Körper

Dazu muss ich mir noch einmal den Fokus der klinischen Medizin vergegenwärtigen. Ich gehe dabei von den Erfahrungen aus, die wir auf der Intensivstation machen können, mit Menschen, die in lebensbedrohlichen Zuständen behandelt werden, die auf maschinelle Beatmung angewiesen sind. Dort gibt es *ein* Ziel, für das alles, wirklich alles getan wird: ihr Überleben überhaupt zu ermöglichen. Das Überleben wird gesichert, indem der Fokus auf die körperlichen Funktionen, ihre Überwachung und Unterstützung gerichtet wird. Wenn jemand nicht mehr aus eigener Kraft atmen kann, wird er beatmet, wenn die Wunde blutet, wird sie verbunden, wenn der Kreislauf versagt, werden den Kreislauf unterstützende Mittel gegeben. Die Sicherung der Körperfunktionen ist die Grundlage von allem, die Voraussetzung für das Überleben. Sie hat auf der Intensivstation absoluten Vorrang.

Das hat natürlich eine Kehrseite. Einem eher Außenstehenden, etwa einem Klinikseelsorger, fallen hier auch die Aspekte ins Auge, die dabei zu kurz kommen und für die die Medizin eher blind ist. Denn es gibt noch andere Faktoren, die für das Überleben eine Rolle spielen und die nicht so leicht zu fassen sind. Sie kommen bei dieser Fokussierung auf das Körperliche leicht zu kurz. Meine These ist: Wenn diesen drei Faktoren, auf die wir im Folgenden eingehen, genauso Aufmerksamkeit geschenkt wird wie dem Physischen, dann verbessert sich die Basis für das Überleben, denn sie sind in gleicher Weise wichtig und unterstützen lebens- und damit überlebenswichtige Prozesse.

Weitere Dimensionen: Person – Beziehungen – SPIRIT

b. Der Patient als Person

PF: Hier geht es darum: Wie steht der Patient zu seiner Situation? Wie erlebt er selbst, was während seiner Behandlung mit ihm geschieht? Wie steht es um seinen Lebens- und seinen Überlebenswillen?

Auch ein Patient auf der Intensivstation hat sein Person-Sein nicht an die Medizin abgegeben. Er ist nicht einfach Objekt dessen, was mit seinem Körper geschieht, sondern er atmet, das heißt er lebt. Um es pointiert zu sagen: Nicht allein die Medizin muss es schaffen, dass er überlebt. *Er* ist es, der überleben muss, nicht nur sein Körper, seine Physis. Es kommt wesentlich auf ihn selbst an. Und zwar gerade jetzt, da die körperliche Situation so gefährdet ist und deshalb im Vordergrund steht.

c. Das soziale Netz des Patienten und seine Beziehungen

Wer ist für diesen Menschen da? Wer besucht ihn? In welchem Familiensystem lebt er? Wer unterstützt ihn? Hat er Angehörige, hat er solche, die an seinem Leben und Überleben existentiell interessiert sind?

Meine Erfahrung hat hier zu folgender Hypothese geführt: Wenn es keinen anderen Menschen auf der Welt gibt, der ihm nahesteht und der sein Überleben existentiell will, dann wird die Medizin es schwer haben oder vielleicht auch nichts ausrichten können, dann wird er eine lebensbedrohliche Krise womöglich gar nicht überleben. Das mag in dieser Zuspitzung vielleicht eine erschreckende Sichtweise sein, mit der man nicht sofort einverstanden sein muss.

d. SPIRIT

Die letzte Dimension, die ich nennen will, ist schwieriger zu fassen. Wir haben sie mangels eines anderen Wortes SPIRIT genannt. SPIRIT greift über alles Benennbare hinaus. Man könnte fragen: Was ist es, was den Patienten letztlich hält und trägt? Welche Instanz ist es, die für Leben und Tod zuständig ist? An wen richtet sich der Glaube und die letzte Hoffnung? Finden sich im Leben, in der persönlichen Biographie und in der Tradition Ressourcen, auf die zurückgegriffen und die geweckt und gestärkt werden können?

SPIRIT (1)

SPIRIT steht für hebr. ruach, griech. pneuma, lat. spiritus, engl. spirit, deutsch: Wind, Hauch, Atem, Geist.

Wir stellen hier ein Verständnis von SPIRIT vor, welches mehrere religionsgeschichtliche Stränge umfasst: Es begegnet in den Vorstellungen von Naturvölkern, in den alt- und neutestamentlichen Texten sowie in mittelöstlichen Traditionen. Damit ist die Dimension benannt, welche die sichtbare und messbare Welt übersteigt, ihr jedoch zugrunde liegt und in ihr wirksam ist.

SPIRIT steht für die Dynamik, die auf mehreren Ebenen Räume öffnet und mächtig ist, sich Zugang zu verschaffen zu den Grundlagen des Lebens. Indem diese Grundlagen angesprochen werden, werden sie „aufgeweckt“, reaktiviert und stimuliert. Nach diesem Verständnis kann SPIRIT ganzheitlich in aktuelle Prozesse eingreifen und seine Leben spendende Macht entfalten. Zahlreiche Prozesse können bahnend in Bezug auf SPIRIT wirken.

In einem altkirchlichen Bekenntnis wird Geist/SPIRIT folgendermaßen definiert:

*Er ist Prozess, und seine Tätigkeit ist Leben schaffen/Lebendigmachen
(lat.: procedere, vivificare; Nicänum 4. Jh. n. Chr.).*

Als Gegenteil zu SPIRIT sehen wir alle diejenigen Prozesse an, durch welche Lebensgrundlagen erstickt werden.

Wir haben uns in unserer Arbeit angewöhnt, diese vier Aspekte „Körper – Person – Beziehungen – SPIRIT“ zu unterscheiden und ihnen die „Vier Aufmerksamkeiten“ zuzuordnen. Es gibt diese vier unterschiedlichen Welten. Und sie verdienen jeweils eine eigene Aufmerksamkeit. Sobald ich sie in den Fokus rücke, gewinnen sie Realität. Dabei beachten wir, dass SPIRIT übergreifend bei allen Aspekten wirksam werden kann, sei es mehr implizit oder explizit. – Wenn ich einem Aspekt, einer Sache, einer Lebenswirklichkeit Aufmerksamkeit gebe, dann verstärke ich diesen Aspekt.

Aufmerksamkeit

Ein wesentliches Instrument der Seelsorgearbeit, besonders auf der Intensivstation, ist das Thema Aufmerksamkeit:

Ich achte darauf, mit der Wahrnehmung nicht einfach dorthin zu schweifen, wo gerade etwas meine Aufmerksamkeit auf sich zieht. Vielmehr werde ich aktiv, lenke selbst meine Aufmerksamkeit und bleibe konzentriert in dieser Ausrichtung. *Ich* entscheide, was jetzt wichtig ist und werde durch meine Aufmerksamkeit darin tätig. Das hilft, die Welt zu differenzieren und mich auf bestimmte „Landschaften“ einzustellen. So kann der Gefahr begegnet werden, durch das was die Aufmerksamkeit unmittelbar auf sich ziehen kann, abgelenkt und eingeschüchtert