

Anthropologische Psychiatrie und achtsamkeitsbasierte Therapie

Michael Huppertz

Zusammenfassung

Anthropologische Psychiatrie und Achtsamkeitsbasierte Therapie sind Formen angewandter Philosophie, erstere mit vorwiegend theoretischer, letztere mit vorwiegend praktischer Ausrichtung. In diesem Text werden beide Traditionen zusammengeführt. Angereichert durch eine umfassendere wissenschaftliche und philosophische Reflexion kann die achtsamkeitsbasierte Therapie flexible und praktikable Konzepte für verschiedene psychiatrische Krankheitsbilder entwickeln und in der Weiterbildung der Mitarbeiter nützlich sein.

Abstract

Anthropological Psychiatry and Mindfulness-based Therapy are both modes of applied philosophy. The former is mainly interested in the theoretical and individual understanding of mental illness as ways of living, the latter in the therapeutical change of patients' approach to life. In this text both traditions are combined to profit in a double sense. First: Anthropological Psychiatry is especially interested in the subjective and interactive dimensions of human existence, issues which today are explored by phenomenological philosophy, cognitive science and child development research. Mindfulness-based Therapies can make use of these findings to come to a scientific and philosophical valid concept of mindfulness and to design therapeutic concepts specific for different psychopathological syndroms. Second: Anthropological Psychiatry and the mindfulness approach are likewise interested in sympathetic, open and constructive relationships between mental health professionals and patients. Mindfulness training, supported by rational concepts, may be useful for everyone in psychiatric institutions.

Inhalt

1. Einleitung

2. Die Haltung der Achtsamkeit. Was ist eine Haltung?
 3. Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie
 4. Anthropologische Psychiatrie
 4. 1 Aufgabenstellung
 4. 2 Grundpositionen
 5. Theorie und Praxis
 5. 1 Achtsamkeitsbasierte Therapie am Beispiel der Depression
 5. 2 Überlegungen zu einer achtsamkeitsbasierten Psychotherapie bei Psychosen
 6. Die Achtsamkeit der Mitarbeiter in der Psychiatrie
- Literatur

1. Einleitung

Achtsamkeitsbasierte Therapie und anthropologische Psychiatrie haben ein gemeinsames Thema: Die Variabilität menschlicher Lebensformen. Beide interessiert die Art und Weise *wie* Menschen leben, *wie* sie mit existenziellen Bedingungen wie Zeit, Raum, Intersubjektivität oder der eigenen Identität umgehen. Die anthropologische Psychiatrie versucht pathologische Veränderungen menschlicher Lebensformen zu verstehen, die achtsamkeitsbasierte Therapie eine heilsame Lebensform zu vermitteln.

Die anthropologische Psychiatrie geht davon aus, dass schwere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie oder schwere Depression grundsätzlich veränderte Daseinsformen sind. Sie kann auf eine lange Tradition von mindestens 100 Jahren und viele bedeutsame Erkenntnisse zurückblicken. Die achtsamkeitsbasierte Psychotherapie hat eine ähnlich lange Geschichte, die sich aber vor allem außerhalb der Psychiatrie abspielte und abspielt - auf dem Feld der Lebenskunst und in der Behandlung leichter psychischer sowie psychosomatischer Erkrankungen. In psychiatrischen Institutionen finden sich traditionell Achtsamkeitselemente in der Konzentrativen Bewegungstherapie, Musik- und Tanztherapie, Kunst- und Ergotherapie. Darüber hinaus spielt die explizite Vermittlung von Achtsamkeit heute in der Psychiatrie eine Rolle in der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Rahmen der „Dialektisch-behavioralen Therapie“ (DBT). Für andere Indikationen gibt es Ansätze [1, 2, 3]. Dies könnte sich ändern, wenn die achtsamkeitsbasierte Therapie Anschluss an die psychiatrische Forschung finden würde und darum geht es in dem folgenden Text.

Ich möchte zunächst die Idee und das Vorgehen der achtsamkeitsbasierten Psychotherapie zusammenfassen, dann Überlegungen vorstellen, warum diese Therapieform gerade für schwere psychiatrische Erkrankungen geeignet sein könnte. Anschließend werde ich einige Elemente der anthropologischen Psychiatrie skizzieren, die bei der Integration achtsamkeitsbasierter Psychotherapie in die allgemeine Psychiatrie helfen könnten. Demonstrieren möchte ich den Sinn dieser Integration von Theorie und Praxis vor allem an der Indikation „Depressionen“ sowie an der möglichen Bedeutung, die eine Achtsamkeitsschulung für die therapeutische Einstellung der Mitarbeiter in psychiatrischen Institutionen haben könnte.

2. Die Haltung der Achtsamkeit. Was ist eine Haltung?

Achtsamkeit ist eine Haltung gegenüber der Umwelt, anderen Menschen und sich selbst. Achtsam sein heißt wach sein und offen für neue Erfahrungen ohne eine andere Absicht zu verfolgen als eben die, achtsam zu sein. Eine solche Haltung ist ungewöhnlich und ungewohnt. Wer sie einnimmt, will *in* ihr nichts erreichen, keine Entspannung, kein Wohlbefinden, keine Selbsterkenntnis, keine Weisheit. Er will einfach nur da sein und mit der Umwelt und sich selbst in Kontakt sein, sich öffnen für das, was gerade geschieht und es auf sich wirken lassen oder das Geschehen spielerisch-experimentell erkunden [4,5].

Was aber ist eine Haltung? Eine Haltung ist eine Art und Weise wahrzunehmen, zu denken, zu fühlen, sich zu verhalten und zu handeln, die durch Werte und Ziele bestimmt wird. Großzügigkeit, Toleranz, Individualismus, aber auch Fremdenfeindlichkeit oder Sozialdarwinismus sind Haltungen. Muss eine solche Haltung bewusst sein? Durchaus nicht. Wir können in eine Haltung hineinwachsen oder hineingeraten, ohne dass sie uns als solche bewusst wird. Es ist aber auch möglich, eine Haltung bewusst zu erwerben und sie dann, wenn sie zu einer Gewohnheit geworden ist, einfach nur noch zu leben. Thematisiert wird sie am ehesten dann, wenn es einen Grund gibt, sie in Frage zu stellen. Man muss sich also nicht gleichzeitig einer Haltung bewusst sein, wenn man sie einnimmt. Manchen Menschen ist eine bestimmte Haltung einfach gegeben, anderen ist es zu einer Selbstverständlichkeit geworden. In unserer Kultur kann man aber davon ausgehen, dass die meisten Menschen die Haltung der Achtsamkeit – durchaus mit einer gewissen Geduld und Mühe – bewusst und gezielt lernen müssen. Wir können dabei nicht auf eine angeborene Fähigkeit zurückgreifen, denn Achtsamkeit ist weder angeboren noch natürlich, sondern Ergebnis einer kulturellen Entwicklung. Üblicherweise geschieht dieses Lernen auf einem Übungsweg, aber auch über die Einsicht und vielfältige andere Einflüsse.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich für den nutzbringenden Einsatz der Achtsamkeit in psychiatrischen Kontexten folgende wichtige Unterscheidung:

- (1) Achtsamkeit als explizite Vermittlung einer Haltung, die Patienten therapeutisch für sich nutzen können.
- (2) Achtsamkeit als mehr oder weniger explizite Haltung der Mitarbeiter.

Die explizite Vermittlung der Haltung der Achtsamkeit an Patienten ist seit den 50er Jahren ein Thema in der Psychotherapie [5]. Es hat seit den 80er Jahren erneut Rückenwind bekommen. Derzeit wird sehr intensiv an Möglichkeiten geforscht, diese Vermittlung zu verbessern und für bestimmte Indikationen zu präzisieren.

3. Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie

Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie unterscheidet sich von anderen Psychotherapieformen dadurch, dass es bei ihr nicht um Inhalte, sondern um die Haltung des Patienten geht, um die *Art und Weise* wie er die Welt, andere Menschen und sich selbst sieht und wie er in der Welt ist und sich verhält, also seine Lebensweise. Das Angebot besteht darin, ihm zu helfen, seine Lebensweise in grundsätzlicher Weise zu ändern. Dazu gehören sowohl die

Veränderung der Lebenssituation selbst als auch die Änderung der Lebenshaltung. Das auf den ersten Blick Paradoxe ist dabei, dass die Änderung der Lebensweise gerade durch eine Haltung erfolgen soll, in der keine Veränderung beabsichtigt ist.

Zunächst einmal werden die problematischen und psychopathologischen Lebensformen nicht einmal thematisiert, sondern es wird eine neue, heilsame Haltung aufgebaut, die der Patient dann, wenn sie ausreichend vertraut und gefestigt ist, auch auf seine besonderen Schwierigkeiten anwenden kann. Die Pathologie wird sozusagen von einer neuen heilenden Haltung umarmt.

Das Paradigma der achtsamkeitsbasierten Psychotherapie besteht aus folgenden Annahmen und Konsequenzen:

- Achtsamkeit ist explizit Thema.
- Achtsamkeit wirkt unmittelbar.
- Die Therapie setzt an der Haltung an, nicht an den Inhalten.
- Achtsamkeit sollte geübt werden. Die Übungspraxis außerhalb der Sitzungen ist entscheidend. Sie kann „formal“ sein, also festgelegten Übungen folgen, oder „informell“, d. h. sich auf Tätigkeiten beziehen, die routiniert und ohne besondere Herausforderungen ablaufen.
- Die Selbstverantwortung / -wirksamkeit der Teilnehmer wird gestärkt.
- Therapeutische Veränderungen geschehen indirekt, nicht durch aktive Veränderungen.
- Patienten und Therapeuten üben gleichermaßen.
- Die Therapie erfolgt in zeitlich begrenzten seminarartigen Gruppentherapien oder als Bestandteil von Einzeltherapien (üblich sind Übungsprogramme mit 8 – 12 Wochen Länge + Updates über längere Zeit).

Die Anwendung dieses Paradigmas sollte meines Erachtens offen bleiben und sich an den Notwendigkeiten und Möglichkeiten vor Ort orientieren, d. h. an der möglichen Dauer der Gruppen (ambulant anders als stationär oder teilstationär), der möglichen Kontinuität der Teilnahme (offene oder geschlossene Gruppe), den Ausgangssituationen der Teilnehmer (Krankheitsbild, Vorerfahrungen, Motivation), den finanziellen Rahmenbedingungen, den Erfahrungen und Neigungen der Gruppenleiter und vor allem dem Verlauf der Gruppe selbst. Fertige Manuale helfen hier meines Erachtens nicht weiter und sind allenfalls vorübergehend für bestimmte Forschungsfragen vorteilhaft. Sie werden auch den derzeit immer noch geringen Erfahrungen und dem geringen Wissensstand bzgl. der Möglichkeiten und der Wirksamkeit dieser Form von Psychotherapie nicht gerecht. Wir befinden uns in einem experimentellen Anfangsstadium, in dem große Bescheidenheit und Offenheit notwendig sind. Was wir für die Zukunft brauchen ist ein klares Konzept, was achtsamkeitsbasierte Therapie ist

und wie sie sich von z. B. Entspannungsverfahren, imaginativen oder hypnotherapeutischen Vorgehensweisen unterscheidet, eine hohe praktische Flexibilität und eine gute wissenschaftlich belastbare Theorie, die in der Lage ist, psychiatrische Forschung im weitesten Sinne und therapeutische Praxis miteinander zu verbinden.

Achtsamkeitsbasierte Arbeit ist wahrscheinlich indiziert, wenn die Lebenseinstellung und die Lebensweise pathogenetisch bedeutsam sind. In diesem Falle lohnt sich in einem therapeutischen Sinne der Aufwand, über Monate oder Jahre hinweg die eigene Lebenshaltung zu verändern. Es gibt daher gute Gründe anzunehmen, dass eine achtsamkeitsbasierte Psychotherapie gerade bei schweren psychischen Erkrankungen indiziert sein könnte, denn hier kommt es zu grundsätzlichen Verschiebungen und Abwandlungen der Daseinsform. Achtsamkeitsbasierte Therapie ist nicht oder allenfalls sekundär indiziert, wenn es sich um Krankheitsbilder handelt, die vor allem durch aktuelle Belastungen verursacht oder die akut und erstmalig aufgetreten sind und bei denen es eher um dringliche Veränderungen der Lebenssituation oder rasche Stabilisierung geht. Präventiv hat Achtsamkeit vermutlich immer einen guten Sinn.

Wenn man indikationsspezifische Therapieprogramme entwickeln will, braucht es Konzeptionen der Krankheitsbilder, die in einem mindestens hypothetischen Zusammenhang mit dem therapeutischen Vorhaben stehen. Es wird vermutlich nicht möglich sein, achtsamkeitsbasierte Therapieprogramme zu entwickeln, die auf eine Diagnose abgestellt sind. Es wäre auch gar nicht sinnvoll, denn eine Lebenshaltung wirkt auf Lebenseinstellungen, nicht auf Krankheitsbilder ein. Anders gesagt: Achtsamkeit ist – selbst wenn man sie spezifiziert – zu allgemein, um den – in einem speziellen, an pathologischen Auffälligkeiten orientierten Diskurs entwickelten – Diagnosen zu folgen. Es kommt eher darauf an, Syndrome in den Blick zu fassen, die in verschiedenen Krankheitsbildern vorkommen, also z. B. ein massiv gestörtes Verhältnis zur Wirklichkeit wie es in einer psychotischen Symptomatik zum Ausdruck kommt oder eine dauerhafte Veränderung der Stimmung, des Selbsterlebens und der Zeiterfahrung wie sie die verschiedenen Formen der Depression einen oder eine dauerhaft irrationale Ängstlichkeit.

4. Anthropologische Psychiatrie

4. 1 Aufgabenstellung

Der anthropologische Forschungszweig innerhalb der Psychiatrie lässt sich bis zum Anfang des 20. Jh. zurückverfolgen. Er geht davon aus, dass wir immer wieder über unser Menschenbild nachdenken müssen, wenn wir eine gute psychiatrische Forschung und Praxis betreiben wollen. Gerade zur Erforschung und Behandlung psychiatrischer Krankheiten tragen viele Disziplinen bei. Bei all diesen Bemühungen müssen Prämissen vorausgesetzt werden, die das weitere Vorgehen prägen, aber oft nicht ausformuliert werden, weil sie nicht klar sind oder weil das viel zu schwierig würde. Anthropologische Psychiatrie beschäftigt sich mit Erkenntnistheorie, Gefühlstheorien, Subjektivität und Intersubjektivität,

Zeitlichkeit und Endlichkeit, Autonomie und Freiheit, der Bedeutung der Neurobiologie und der gesellschaftlichen Entwicklungen, der Definitionen von Krankheit und Gesundheit. Obwohl diese Fragen sehr abstrakt wirken, sind genau sie es, die unseren alltäglichen Umgang mit psychisch kranken Menschen bestimmen. Wann oder inwiefern ist ein Patient gesund? Wann ist seine Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt und wann dürfen und müssen wir uns in sein Leben einmischen? Was ist für ihn eine lange Behandlungszeit und was bedeutet es für ihn zu warten? Wie viel und welchen zwischenmenschlichen Kontakt braucht er? Hat er Angst? Wenn ja, ist es eine Angst, die wir alle teilen oder hat sie eine besondere Qualität? Welche Ängste teilen wir überhaupt? Wie gut können wir einen anderen Menschen verstehen, wie sehr sollen wir uns bemühen? Was ist Arbeit und wie wichtig ist sie für Menschen? Und viele mehr.

Die anthropologische Psychiatrie entwickelte sich sehr reichhaltig von etwa 1910 bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts vor allem in Deutschland, Frankreich und den USA und hatte großen Einfluss auf die sozial- und antipsychiatrische Bewegung in einigen europäischen Ländern. Man muss sich im Klaren sein, dass es zu Beginn des 20. Jahrhundert deutlich leichter war, Fragen nach wesentlichen Bestimmungen des Menschen zu beantworten. Das empirische Wissen war sehr begrenzt, die Psychologie löste sich gerade erst aus den Geisteswissenschaften ab, die Psychoanalyse steckte noch in den Anfängen, von einer systematischen Erforschung der psychischen Entwicklung konnte noch keine Rede sein und die wichtigsten Adressaten dieser Frage waren immer noch die Philosophen. So wandten sich denn die anthropologischen Psychiater vorrangig an die philosophischen Konzeptionen ihrer Zeit und versuchten sie mit ihren Erfahrungen zu vermitteln.

Heute, in einer Zeit, in der die Philosophie und die anthropologisch engagierten Einzelwissenschaften vorangeschritten sind und sich gewaltig weiterentwickeln, ist die Aufgabenstellung der anthropologischen Psychiatrie wesentlich schwieriger geworden. Die anthropologische Psychiatrie stellt heute ein Forum des Verstehens dar. Sie gestaltet einen Diskurs, in dem sich Humanwissenschaften und Psychiatrie begegnen können und auf dem jeweils aktuellen Niveau ihre Begrifflichkeiten kritisch hinterfragen und diskutieren [6]. Die Philosophie behält dabei auch heute eine besondere Position, ist sie doch grundsätzlich dafür zuständig, Wissenschaften und Weltanschauungen auf ihre Grundbegriffe zu befragen. Wir haben also einen Doppelsinn des Begriffes „Anthropologische Psychiatrie“: Thematik und Diskurs einerseits und methodische und inhaltliche Positionen wie sie traditionell von Psychiatern geteilt wurden, die in diesem Diskurs engagiert haben, andererseits. Ich verwende beide Bedeutungen und ich hoffe, es wird deutlich, wann welche Bedeutung gemeint ist.

Heute noch alles anthropologisch relevante Wissen zusammenführen zu wollen, klingt wie eine unlösbare Aufgabe und doch ist auch dies wieder eine Aufgabe, die ein psychiatrischer Mitarbeiter täglich auf irgendeine Weise lösen muss. Er ist mit einem Patienten konfrontiert, der - wie konflikthaft und widersprüchlich er sein mag - dennoch immer als ein ganzer Mensch behandelt werden will und werden sollte. Er tritt uns nicht nur als Berufstätiger oder Arbeitsloser, als Familienmitglied, statistische Größe oder Medikamentenresponder gegenüber, sondern als all das und noch viel mehr, vor allem aber als Individuum. Wenn in

der Forschung sinnvollerweise separiert wird, so müssen diese Aspekte spätestens in der Praxis wieder zusammengefügt werden. Das ist eine der praktischen Aufgaben, bei denen die anthropologische Psychiatrie Hinweise geben kann.

4. 2 Grundpositionen

4. 2. 1 Verstehen. Relativierung der Unterscheidung: gesund / krank.

Therapeutisches Denken ist wie jedes handlungsorientierte Denken auf ein Ziel hin orientiert. Will man schnell zu praktischen Konsequenzen kommen, so ist es naheliegend sich unmittelbar an den psychopathologischen Auffälligkeiten zu orientieren und diese möglichst einfach, ohne komplexe Theorie und für alle akzeptabel zu definieren. Aus diesem Anliegen sind die heutigen Diagnosesysteme entstanden. Die Probleme, die sich bei diesem Vorgehen stellen, sind vielfältig. Bei den angegebenen Symptomen handelt es sich um praktische Konventionen, die möglichst theoriefrei sein sollen. Die Werte und Annahmen, die ihnen zu Grunde liegen, sind zunächst verborgen und der Diskussion entzogen.

„Wissenschaftstheoretisch ist es notwendig, die gewählten Kriterien auf zugrunde liegende `biases`, Theoriefilter zu befragen. Dies geschieht leider wenig; der Anspruch auf theoriefreie Diagnostik verstellt den Blick auf die – immer kritisch zu hinterfragenden –

Theorievoraussetzungen.“ [7] Zudem entsteht durch die Zusammenhanglosigkeit der Symptome und aus ihnen zusammengesetzten Diagnosen „ein breiter Teppich von Diagnosen, der unübersichtlich zu werden droht, und der den Kliniker ratlos hinterlassen kann.“ [7] Diese Ratlosigkeit führt entweder zu einer großen Anzahl von parallelen, wiederum zusammenhanglosen, Diagnosen, sog. „Komorbiditäten“ oder schlicht zu einer großzügigen individuellen Handhabung dieser Diagnosesysteme. Vor allem aber trivialisieren und generalisieren die Diagnosesysteme ein Problem, das sich bereits vor 100 Jahren stellte: Kann es sein, dass der Blick *medias in res*, also auf die Pathologie und ihre Beseitigung, dazu führt, dass wir gar nicht verstehen, worin genau die Pathologie besteht, in welchem Zusammenhang sie steht und wie sie entstanden ist? Ja, ist nicht schon die Bezeichnung eines Erlebens oder Verhaltens als „pathologisch“ eine Vorgabe, die uns an einem wirklichen Verständnis hindert? Schließlich orientieren wir uns dabei an einer Norm, die dem Phänomen aus ganz praktischen Gesichtspunkten von außen auferlegt wird. Ist es daher nicht besser, diese Vorgabe einzuklammern, genauer hinzuschauen und erst einmal zu verstehen, wie eine menschliche Lebensform strukturiert ist und wie sie entsteht? Für ein solches Verstehen ist es hinderlich, die in einem speziellen Diskurs als pathologisch definierten Anteile von den gesunden abzutrennen und einseitig zu betonen. Aus anthropologischer Sicht ist es für die Psychiatrie unabdingbar, ihr Bild von der normalen Funktions- oder Existenzweise des Menschen weiterzuentwickeln, um pathologische Entwicklungen definieren und verstehen zu können. Umgekehrt spricht einiges dafür, dass es möglich ist, über psychische Erkrankungen etwas über die Voraussetzungen und Funktionsweisen eines gesunden Lebens zu erfahren. So „dürfen wir hoffen, das Normale durch das Pathologische und das Pathologische durch das Normale wechselseitig zu erhellen.“ [8]

4. 2. 2 In-der-Welt-Sein

Die interaktive Beschaffenheit menschlichen Daseins wurde in der Tradition der anthropologischen Psychiatrie als „In-der-Welt-Sein“ (Heidegger, Binswanger) bezeichnet und nahm und nimmt unter verschiedensten Bezeichnungen einen breiten Raum ein: „contact vital“, „gelebter Synchronismus“, „Syntonie“ (Minkovski), „sympathetisches Grundverhältnis“, „Weltverbundenheit“ (v. Gebattel), „Daseinsordnungen“ (Zutt), „natürliche Selbstverständlichkeit“ (Blankenburg), „Situation“ (s. Baeyer), „Resonanz“, „Synchronisierung“ (Fuchs). Alle diese Formulierungen betonen auf verschiedene Weise, dass menschliches Dasein nicht verstanden werden kann, indem man ein Subjekt einer Außenwelt gegenüberstellt und anschließend überlegt, wie die beiden zueinander finden (was dann zugunsten des Subjekts oder Umwelt beantwortet werden kann). Wir sind immer schon in die Welt „geworfen“ (Heidegger), von Beginn an aktiver Teil dieser Welt, in Interaktionen mit Dingen und Menschen, in soziale Konstruktionen, Deutungsmuster, Sprache verwickelt. Wir sind von der Welt betroffen, sie geht uns etwas an und wir nehmen sie so wahr wie sie uns angeht, uns anmutet, uns betrifft. Diese Grundannahme ist inzwischen in vielfältiger Weise bestätigt worden – in der Säuglingsforschung, der Soziologie, der Sprachphilosophie, der Psychoanalyse usw.

Für ein gelingendes In-der-Welt-Sein ist es wichtig, dass wir die Dinge und die Menschen sein lassen Zeit und Raum geben, sie zur Geltung kommen lassen, uns auf sie einschwingen, „im Sinne des Seins mit den, uns im Umgang mit den Sachen oder Dingen begegnenden, Andern und mit uns selbst.“ [9]. Hier setzen achtsamkeitsbasierte Psychotherapien an. Sie wollen es den Patienten ermöglichen, wieder in einen Kontakt mit der Umgebung und sich selbst zu kommen. Leider wird Achtsamkeit manchmal so verstanden als ginge es dabei im Wesentlichen um eine Distanzierung und Neutralisierung. Es kann manchmal sinnvoll sein, einen distanzierten Blick (der Blick einer Kamera, die Vogelperspektive) auf die Dinge, Ereignisse usw. zu werfen, aber dabei handelt es sich nur um einen Kunstgriff, der manchmal (vor allem bei sehr instabilen Patienten) vorübergehend sinnvoll ist, um festgelegte Reaktionsmuster zu relativieren. Anthropologisch ist er unangemessen und daher auf Dauer auch nicht gesundheitsfördernd. Achtsamkeit besteht nicht darin, das In-der-Welt-Sein in seiner praktischen, emotionalen und kognitiven Intensität zu mindern, sondern es differenzierter wahrzunehmen und zu spüren: Die Atmosphären von Situationen, die Anmutungen von Dingen und Situationen, die Ausstrahlung von Menschen, die Handlungsimpulse, die Dinge und Menschen bei uns auslösen, die Zwänge, denen sie uns unterwerfen, die Möglichkeiten, die sie eröffnen. Wir denken in vorgegebenen Begriffen, leben in Gewohnheiten und Ritualen, sozialen Systemen, in Netzwerken, in denen Menschen und Dinge zusammenwirken, um unser Wissen und unser Gedächtnis zu speichern und weiterzuentwickeln [10]. Das alles und vieles mehr bestimmt unsere Gedanken, Handlungen, Stimmungen und Gefühle. Die Subjekt-Objekt-Unterscheidung ist nur einem Teil unseres Lebens angemessen.

4. 2. 3 Autonomie und Individualität

Aber Menschen sind an der Gestaltung ihrer Lebenssituation beteiligt. Sie partizipieren aktiv und suchen Lösungen und Antworten. Die individuelle Daseinsweise ist das, was ein Mensch

aus Situationen macht, in denen er sich befindet. Nur zum Teil geschieht dies in einer bewussten Auseinandersetzung oder in Form einer expliziten Entscheidung, aber jede menschliche Existenz ist eine aktive Auseinandersetzung mit der Umgebung und den Herausforderungen, die die menschliche Existenz mit sich bringt. Das bedeutet aber auch, dass wir stets in einer gewissen Offenheit leben. Wir können nicht genau wissen, was als nächstes geschieht, welche Herausforderungen auf uns zukommen und damit letztlich auch, wer wir sein werden. In der jeweiligen aktuellen Situation aktualisieren wir unsere Möglichkeiten, unser Potential. Unser „Selbst“ ist notwendigerweise beweglich. Wir spüren uns körperlich als aktiv, wirksam, lebendig, fließend, gegenwärtig („Kern-Selbst“, „minimal self“). Die Gegenwärtigkeit „des Selbst“ ist ein wichtiges Prinzip der Achtsamkeit. Wir versuchen aber darüber hinaus uns als mehr oder weniger stabil zu konstruieren („Narratives Selbst“), d. h. unserem Leben Kohärenz zu verleihen, um handlungsfähig zu bleiben. Uns zu spüren, wenn wir uns denken, ist ein wichtiges Anliegen jeder Psychotherapie.

Die Betonung der Offenheit und Gegenwärtigkeit des Selbst hat eine enorme therapeutische Bedeutung: Wir können den Patienten helfen, sich besser zu spüren und ihre Bemühungen um die notwendige Kohärenz effektiv zu gestalten und wir können uns dabei auf ihre Sichtweise, ihr Timing, ihre Lebenssituation abstimmen, aber wir können ihnen diese Gestaltung in keiner Weise abnehmen, sie nicht voraussehen, nicht planen. Was immer wir wissen oder zu wissen glauben, die Anwendung unseres Wissens ist im Einzelfall nicht planbar und durch keine explizierbaren Regeln und Begriffe festlegbar, weil die Anwendung von Regeln und Begriffen selbst nicht wieder durch Regeln und Begriffe festgelegt werden kann. Wir würden so nie zu einem Ende kommen. Die Anwendung von Begriffen und Regeln ist eine Sache der Erfahrung und des intersubjektiven Abgleichens [11]. Zudem ändern schon unsere Anwesenheit und unsere Interventionen die Ausgangslage. Am Anfang und Ende jeder psychiatrischen Aktivität stehen daher die Individualität des Patienten, unsere eigene Individualität, die jeweils sich ereignende Begegnung und die Gruppen und Kontexte, in den wir arbeiten.

4. 2. 4 Subjektivität

Aus diesem relativen Konstruktivismus bzw. Interaktionismus folgt, dass sich die anthropologische Psychiatrie vor allem um die schwierige Erforschung der Subjektivität bemüht. Zwar ist eine Psychopathologie ohne Berücksichtigung des subjektiven Erlebens der Patienten gar nicht vorstellbar, aber es bleibt offen wie stark man sie gewichtet. Die anthropologische Tradition in der Psychiatrie hat die Subjektivität des Patienten immer wieder zu ihrem zentralen Forschungsthema gemacht. In der heutigen Psychiatrie wirkt die Ausführlichkeit, in der dies manchmal geschehen ist, wie ein gewaltiger Luxus und das nicht nur auf der Ebene des Schrifttums.

Die Subjektivität beginnt auf der Ebene der Wahrnehmung (V. v. Weizsäcker, E. Straus, M. Merleau-Ponty). Was Menschen wahrnehmen oder nicht, hängt von ihren Vorerfahrungen, ihren Interessen, ihren Denk- und Handlungsmustern ab. Konkreter: Wahrnehmungen beruhen auf Aufmerksamkeit und Bewegungen. Wir wenden uns ab oder zu und wir nehmen selektiv wahr - im Rahmen unserer Handlungen und unserer Kommunikation.

„Informationen“ werden von uns gemacht und wir formen daraus unser Welt- und Selbstbild. Traditionell ist die Erforschung des subjektiven Erlebens eine Domäne der Phänomenologie und je nachdem wie stark sich anthropologische Psychiater bestimmten Grundannahmen phänomenologischer Philosophen oder Schulen verpflichtet fühlten, wurden ihre Theorien auch als phänomenologisch bezeichnet. Dabei blieb es immer ein Problem, inwieweit Subjektivität aus sich heraus verständlich ist oder inwieweit es notwendig ist, die Situation einzubeziehen, in der sich Subjektivität entwickelt. Ich denke, dass wir heute davon ausgehen können, dass eine umfassende Theorie Subjektivität als Aspekt und Folge interaktiver Prozesse mit Menschen und Dingen darstellen muss. Die Erforschung dieser Prozesse ist in vollem Gange [12, 13]. Die phänomenologische Einstellung erteilt dabei den Auftrag, dem Erleben dicht auf der Spur zu bleiben, es möglichst wenig theoretisch zu verstellen, immer wieder zu der Erfahrung zurückzukehren. Die Verwandtschaft mit der Haltung der Achtsamkeit wird hier besonders deutlich.

4. 2. 5 Zwischenmenschlichkeit und Begegnung

Einen besonderen Stellenwert innerhalb des In-der-Welt- Seins nehmen zwischenmenschliche Beziehungen ein. Dies nicht nur, weil sie lebensnotwendig sind und von Beginn an die individuelle Existenz und die Entwicklung der Persönlichkeit formen [14], sondern auch weil sie eine einzigartige anthropologische Struktur haben. Zwischenmenschliche Beziehungen können in die Struktur der Intersubjektivität oder der Begegnung annehmen. In der Begegnung nehmen sich Subjekte wechselseitig als Subjekte wahr. Diese Struktur der Begegnung ist vor allem von einigen jüdischen Philosophen des 20. Jahrhunderts – allen voran Martin Buber – analysiert und in ihrer anthropologischen (und religiösen) Bedeutung hervorgehoben worden. Insbesondere Buber hatte einen immensen Einfluss auf die anthropologische Psychiatrie und Psychotherapie. In einer Begegnung tragen beide Partner dazu bei, dass sich der Andere als Subjekt entfalten kann. Es geht also nicht darum, den Anderen in irgendeiner Weise zu behandeln oder zu benutzen, sondern nur darum, ihn zu verstehen. Dadurch bringe ich mich selbst zur Entfaltung, denn der Andere spricht mich an, bewirkt eine Resonanz, neue Selbstbewegungen, die ich alleine nicht zu Stande gebracht hätte. Es entsteht ein Gespräch, ein Drittes, ein Zwischen, das mich und den Anderen verändert (Binswanger, v. Baeyer, Kimura). Dazu muss ich mich dem Anderen und dem gemeinsamen Prozess in seiner Einzigartigkeit und Augenblicklichkeit öffnen und anvertrauen.

Schon Buber hat allerdings (in einer Diskussion mit Carl Rogers 1957 [15]) darauf hingewiesen, dass therapeutische Begegnungen aufgrund der notwendigen Asymmetrie per se begrenzt sind. Der Patient darf, muss und kann sich nicht in gleicher Weise für die Erfahrungen des Therapeuten interessieren wie es der professionellen Aufgabe des Therapeuten entspricht. Die therapeutische Situation ist nicht so konstruiert [16]. Andererseits ist es wichtig, Begegnungen nicht grundsätzlich gegen analytische Reflexivität und verantwortungsvolle Gestaltung auszuspielen [17]. Aber in Buber Skepsis steckt meines Erachtens auch die Warnung, therapeutische Beziehungen nicht zu überschätzen. Sie mögen besondere Erfahrungen ermöglichen, aber indem sie dies tun, erzeugen sie die Probleme des Transfers und der Ablösung. Vertraut man nicht allzu sehr der Kraft der Deutung oder einer

natürlichen Selbstverwirklichungstendenz (wie z. B. Rogers), so ist es ratsamer, mit dem Patienten Begegnungsmöglichkeiten in seinem Alltag zu erarbeiten. Diese Beziehungen sind vielleicht weniger behutsam, dafür aber realistischer und evtl. dauerhafter.

4. 2. 6 Die Frage nach der Therapie

Die traditionelle anthropologische Psychiatrie hat keine neuen therapeutischen Konzepte entwickelt, weil sie hauptsächlich damit beschäftigt war, Krankheitsbilder zu analysieren. Gegenüber psychotherapeutischen Erwartungen haben sich Psychiater, die sich als anthropologisch oder phänomenologisch verstanden, entweder relativ resigniert verhalten, an die Psychoanalyse angelehnt, das Feld anderen Therapieansätzen überlassen oder einfach offen gelassen wie das tiefere Verständnis sich eines Tages therapeutisch auswirken mag. Manche anthropologischen Psychiater hegten die Hoffnung, dass allein das Verstehen und die verstehende Begegnung zwischen Arzt und Patient eine heilende Wirkung haben kann, sei es durch Sinnstiftung oder durch das therapeutische Beziehungsgeschehen selbst. Am Ende einer zusammenfassenden Darstellung des anthropologischen Ansatzes zieht M. Schmidt-Degenhard denn auch das Fazit: „Eine anthropologische Psychiatrie wird der klinisch- ärztlichen Praxis keine konkreten therapeutischen Handlungsanweisungen vermitteln. Auch für den anthropologisch orientierten Psychiater bildet das verfügbare Spektrum der modernen Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie die unverzichtbare pragmatisch-technische Voraussetzung seines Handelns.“ [18] Letzteres ist unbestreitbar, aber als Leitlinie für die Zukunft ist diese Darstellung anfechtbar. Sollten neue theoretische Erkenntnisse wirklich keine neuen therapeutischen Konsequenzen nach sich ziehen und sollen sie wirklich unabhängig von therapeutischer Praxis voranschreiten können?

Historisch war die anthropologische Psychiatrie für die Reform der psychiatrischen Institutionen bedeutsam. In Deutschland haben sich in den 70er Jahren wesentliche Vertreter der anthropologischen Psychiatrie der Reform der Institutionen zugewandt, sich für menschenwürdige Lebensbedingungen psychisch Kranker innerhalb wie außerhalb der Anstalten eingesetzt und die Sozialpsychiatrie mitentwickelt. Dabei spielte die Erfahrung des Widerspruchs zwischen der Realität und dem Elfenbeinturm der philosophisch orientierten Psychiater eine Rolle [19]. Sie führte zu der Einsicht, dass die Beschäftigung mit der „verrückten Welt psychisch Kranker“ und das Ringen um „das Verstehen dieser eigenartigen Umwandlungsprozesse“ [19] mindestens ergänzt werden muss durch einen „soziotherapeutischen Ansatz“, der „eher pragmatisch und stufenweise auf die Readaptation des Kranken an seine noch zu verwirklichende Lebenswelt“ zielt [20]. Es wäre vermessen, die ganze Entwicklung der Sozialpsychiatrie mit der anthropologischen Psychiatrie in Verbindung zu bringen. Deutschland war auch hier eine verspätete Nation. In den USA, England und Frankreich hatte die Psychiatriereform schon in den 50er und 60er Jahren begonnen und hier hatten viele andere Einflüsse gewirkt: Sozialpsychologie und Gruppentherapie, Entwicklungen innerhalb der Psychoanalyse, Erfahrungen mit Gruppen-, Milieu- und Arbeitstherapie, Gemeindepsychiatrie und Sektorsierung. Die Entwicklungen in diesen Ländern waren für Deutschland vorbildlich. In allen Ländern lieferten aber vor allem die skandalösen Verhältnisse eine starke Motivation zur Reform und auch die oft gescholtene radikale Psychiatriereform in Italien wird leicht verständlich, wenn man die

extrem inhumanen Verhältnisse in vielen italienischen Anstalten vor Augen hat, angesichts derer eine Reform nicht vorstellbar war.

Die anthropologische Psychiatrie hatte einige entscheidenden Stichworte für eine Psychiatriereform geliefert: In-der-Welt-Sein, Situation und Situagenie, Begegnung, „Wir“, Daseinsordnungen, Relativierung der Unterscheidung gesund/pathologisch durch eine tiefergehende Analyse. Zu Ende gedacht konnten manche dieser Erkenntnisse auch dazu führen, dass die Psychiatrie als Wissenschaft überhaupt in Frage gestellt wurde. Den traditionellen anthropologischen Psychiatern wäre dies nicht in den Sinn gekommen, weil sie die klassische psychiatrische Begrifflichkeit respektierten und im Sinne einer doppelten Buchführung akzeptierten. Aber logisch zwingend war dies nicht. Vor allem in Italien, Frankreich und England war die anthropologische Psychiatrie Patin einer weitergehenden Psychiatriekritik, die als Antipsychiatrie bekannt wurde. Der anthropologischen Psychiatrie in dem schwierigen Erbe der ungeklärten Beziehung zur psychotherapeutischen Forschung folgend überschneiden sich Anti- und Sozialpsychiatrie durchaus: Während die Antipsychiatrie „Therapie“ mehr oder weniger ablehnte, relativierte die Sozialpsychiatrie in Deutschland eher die Bedeutung der Therapie durch Äquidistanz oder Inflationierung des Therapiebegriffs.

Heute – unter ungleich besseren institutionellen Bedingungen, einem Siegeszug der Pharmakotherapie und einem enormen Effizienz- und Kostendruck – stellt sich die Frage nach der Bedeutung der Psychotherapie in der Psychiatrie neu. Die fraglos positive Entwicklung der Versorgungsstrukturen hat auch zu einer Überversorgung der Patienten geführt, die sich teils freiwillig, teils unfreiwillig oder mangels Alternativen in Heimen und betreuten Wohnform einrichten, ohne gefordert zu sein, mehr Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Wenn aber heute Einrichtungen des betreuten Wohnens ihre Plätze füllen müssen, dann muss im Gegenzug der therapeutische Gedanke gestärkt werden. Die Psychopharmakotherapie entwickelt zwar immer nebenwirkungsärmere Medikamente, aber keine wesentlichen sonstigen Fortschritte, was wegen der Bedeutung nicht-biologischer Faktoren auch nicht zu erwarten ist. Außerdem haben ökonomische Interessen längst zu einem inflationären Einsatz der Psychopharmaka geführt, der guten Gewissens nicht mehr zu steigern sein dürfte. Klassische Psychotherapien wiederum schaffen durch ihre Defizitorientierung und andere Faktoren immer neuen Bedarf und neue Abhängigkeiten und können den Bedarf einer therapeutisierten Gesellschaft nicht decken, die sie selbst mit geschaffen haben.

Wir verfügen andererseits inzwischen über Therapieansätze, die die zentralen Anliegen der anthropologischen und sozialen Psychiatrie aufgreifen: Würdigung der Gesundheit, der Subjektivität und der Eigenverantwortung des Patienten, Orientierung auf den Alltag und die Lebenssituation der Patienten, Partnerschaftlichkeit zwischen Mitarbeitern und Betroffenen. Diese Grundgedanken finden sich in der aktuellen Resilienz- und Recoveryforschung, der Psychoedukation, ressourcenorientierten Therapien und Fertigkeitentrainings. Eine besondere Form des Fertigkeitentrainings ist die achtsamkeitsbasierte Therapie.

5. Theorie und Praxis

Ich möchte in diesem Abschnitt am Beispiel der Depression zeigen wie eine konkrete

achtsamkeitsbasierte Therapie nicht nur als Therapieform, sondern auch in der Wahl der inhaltlichen Schwerpunkte auf eine anthropologisch-psychiatrische Interpretation eines Krankheitsbildes antworten kann.

5. 1 Achtsamkeitsbasierte Therapie der Depression

In der anthropologischen Psychiatrie wird die Generalhypothese vertreten, dass bei schweren psychischen Störungen in irgendeiner Weise das In-der-Welt-Sein gestört ist. Dies wiederum führt zu einer Störung der Autonomie, denn sinnvolle Autonomie ist nur möglich, wenn das In-der-Welt-Sein, das ihr zugrunde liegt, ausreichend gelingt. Eine Störung des In-der-Welt-Seins kann verschiedene Ursachen haben und mehr als Hypothesen sind hier nach wie vor nicht möglich. Allerdings lässt sich genauer bestimmen, wie die Verbundenheit mit der Welt gestört ist. Depressionen lassen sich als eine Störung der Zeitlichkeit des Werdens (Straus, v. Gebattel, Fuchs) verstehen. Man kann sie als einen Zustand beschreiben, in dem die Betroffenen nicht mehr auf die Zukunft hin leben und deshalb von der Vergangenheit überwältigt werden. Normalerweise ist die Zukunft für uns offen. Wir können nicht wirklich wissen, was auf uns zukommt. Die Vergangenheit interpretieren wir zwangsläufig aus der Perspektive der Gegenwart, oft in Beziehung auf die Zukunft. Zukunft und Vergangenheit helfen uns, die Gegenwart aktiv zu gestalten. In depressiven Zuständen ist die Zukunft verschlossen, die Vergangenheit beherrscht die Gegenwart und die Zukunft. Der depressive Mensch kann die Vergangenheit nicht mehr nutzen, fortführen oder einfach übergehen, indem er voranschreitet. „Je fester dem Depressiven die Zukunft verschlossen ist, desto stärker fühlt er sich durch das Vergangene überwältigt.“ [21] Die Vergangenheit wird zu einem Arsenal von Unerledigtem, von Schuld oder Scham. „Normalerweise steht jedes Leben mehr oder minder unter einem gewissen Druck von Schuld. Dass dieser Druck vom Gesunden kaum gespürt, vom Depressiven aber, je nach seinem Typus, oft in so zwingender, ja übersteigerter Weise erfahren wird, ist das Problem. Normalerweise reinigt sich der Mensch von seinen Fehlhandlungen oder Unterlassungen nicht so sehr, indem er an den Ort seiner jeweiligen Unterlassung oder seiner Fehlhandlung zurückkehrt, sondern indem er die besondere Einzelschuld hinter sich lässt, um in die Zukunft hinein weiterschreitend, in gesteigerter Tat-, Werk- und Liebesgestaltung die allgemeine Schuld des Daseins abzutragen. Ist dieses Hineinschreiten in die Zukunft durch die depressive Schuld des Werdens unmöglich gemacht, so verändert sich die determinierende Bedeutung der vergangenen Schuld. Sie nimmt den Charakter des Unwiderruflichen, des Unkorrigierbaren und Endgültigen an und wird zum beherrschenden Faktor des depressiven Schuldgefühls.“ [22] Von dieser Hemmung des Werdens ist auch das Denken beeinflusst. Es wird leblos, unflexibel, rigide. Es wird zu einem „Grübelzwang (....), „weil das Weiterdenken, das Denken als Handeln und Gestaltung der Zukunft verhindert ist.“ [23]

Die Dominanz der Vergangenheit führt dazu, dass auch die Gegenwart versäumt wird. Normalerweise ist Stillstand im menschlichen Leben nicht möglich. Unsere Lebensumstände sind nie identisch und wir müssen uns ihnen anpassen. Depressiven Menschen gelingt diese Synchronisierung nicht mehr. Sie können sich nicht freuen, nicht wirklich trauern, nicht wütend sein. Es kommt zu einem „Bruch der Synchronie und Resonanz mit der Umwelt“. [24] Depressive Menschen fühlen sich von ihrer Umgebung getrennt, sie erleben die Welt

wie durch einen Nebel oder Glas. Was immer geschieht, es geht sie nichts an. Die Welt ist grau und bedeutungslos. Das betrifft Dinge, Ereignisse, Situationen und Menschen. Die Stimmung ist eingefroren, gleicht eher einem Nicht-Fühlen. Das bedeutet auch, dass depressive Menschen sich aus der Gemeinschaft der Erlebenden ausgeschlossen fühlen, sie können auch nicht gemeinsam mit anderen Menschen in Situationen mitschwingen.

Die Übermacht einer schuld- oder schamhaft erlebten Vergangenheit führt auch zu einer Minderung des Selbstwertgefühls. Depressive Menschen erleben sich als schuldig, gescheitert, hässlich, ungeliebt, verarmt, schwach, ohnmächtig, auch wenn sie es nicht sind. Ihre Lebensbilanz ist schrecklich, die Aussichten sind nicht besser, ihr Selbstbild ist festgelegt, sie haben eine starre Identität, eine kommunikative Korrektur ist schwierig.

Diese Analyse lässt die Frage nach der Entstehung offen. Erwin Straus und Victor Emil von Gebattel haben die Störung des Werdens als einen endogenen Prozess angesehen, als Folge eines biologischen Vitalitätsverlust. Hubertus Tellenbach hat eher eine Verbindung von Persönlichkeitsstörung und situativer Überforderung für die Erkrankung verantwortlich gemacht: Manche Menschen neigen dazu, zu hohe Anforderungen an sich zu richten. Wenn sie dann hinter diesen Anforderungen zurückbleiben (Remanenz), kommt es zu einem Anwachsen der Schuld [25]. Thomas Fuchs hat weitere derartige Desynchronisierungen in Betracht gezogen: die „Kapitulation“ vor „Entwicklungsleistungen“ wie „schmerzhafte Ablösungsprozessen oder anstehenden Rollenwechseln“ [24], aber auch die „permanente Beschleunigung und Revolutionierung der Lebenswelt“ [26], „die entfremdete und verdinglichte Zeit“ [27].

Von allen diesen Autoren aber wird die Depression als eine umfassendere Störung des Welt- und Selbsterlebens verstanden, die sowohl das unmittelbare Erleben als auch reflexive Vorgänge betrifft. Aus dieser Sichtweise ergibt sich z. B. folgende Vorgehensweise, die wir in unserem Projekt in Darmstadt praktizieren [28]:

- Gleichwertigkeit von äußerer und innerer Achtsamkeit (Beschreiben, Wahrnehmen, aber auch sich selbst Spüren, insbesondere in Bewegung)
- Betonung der relationalen Achtsamkeit: den Kontakt mit der Umgebung verstärken, spielerisch - experimenteller Umgang mit Dingen, Erkunden von Räumen, Interaktion mit Menschen, Resonanz auf Musik (sich bewegen, schütteln, summen)
- durch Fokussierung sinnlicher Erfahrungen in der Gegenwart ankommen und immer wieder in die Gegenwart zurückkehren, wenn Gedanken von ihr wegführen. Hierbei helfen Techniken. Eine zentrale Technik besteht darin, von der Gegenwart wegführende Gedanken und Phantasien in Ruhe wahrzunehmen und mit einem „und“ zum Fokus oder der gegenwärtigen Situation in ihrer Vielfalt zurückzukehren. „Und“ ist das wichtigste Wort in unserer Arbeit.
- unangenehme Erfahrungen und Gefühle akzeptieren, incl. evtl. Konfrontation mit Verlusten und Vergänglichkeit
- Bewertungen wahrnehmen und loslassen, um zu einer differenzierten Wahrnehmung zu gelangen
- Erkennen depressionsfördernder Denk- und Verhaltensmuster
- Sich selbst berühren und erfahren, Selbstfürsorge verstärken

- Selbstverantwortung und Selbstwirksamkeit verstärken (experimentieren mit „ich entscheide mich für oder gegen“ statt „ich muss“)
- Praxis weiter Achtsamkeit: Alle Eindrücke zulassen, kein Element der Situation (Geräusche,

Visuelles, Körperempfindungen, Gedanken etc.) auswählen oder bevorzugen
 Der rote Faden dieses Konzepts ist die Verstärkung des Kontaktes mit der Umgebung und mit sich selbst in Form eines vielfältigen Spürens und Erlebens. Die Arbeit an unproduktiven und gleichförmigen Denkmustern wird in ein umfassenderes Konzept integriert.

Die Übungspraxis bietet die Möglichkeit durch vorgegebene Experimente die Achtsamkeit auf verschiedene Aspekte der Gegenwart zu lenken und sie schließlich aktiv auf problematische Aspekte des Lebens wie schmerzhaftes Erinnerungen oder Gefühle, Selbstentwertungen oder den Kontakt mit fremden Menschen auszudehnen. Es geht nie darum, von diesen schwierigen Themen abzulenken, sie irgendwie aus dem Kopf zu bekommen oder sie ins Positive zu wenden, sondern eine umfassendere Gegenwärtigkeit zu entwickeln. Bei psychischen Erkrankungen sollte daher die Gegenwart ausreichend heilsam sein. In therapeutischen Situationen haben wir es relativ leicht, diese Heilsamkeit zu sichern und wenn der Alltag des Patienten pathogen ist, ist die Veränderung der Situation mindestens so wichtig wie die Achtsamkeit!

Der achtsame Umgang mit schwierigen Gedanken und Themen besteht darin, sie zur Kenntnis zu nehmen und dann den Horizont der Achtsamkeit in der Gegenwart zu erweitern. Die Gegenwart ist stets mehr als die Gedanken. Der Patient achtet auf den belastenden Gedanken oder das innere Bild, geht dann zu weiteren Aspekte wie das Licht oder den Boden unter seinen Füßen, nimmt wieder den Gedanken X zur Kenntnis, dann vielleicht ein Geräusch oder eine Lücke zwischen den Gedanken usw. Einer unserer Teilnehmer hat dafür den anschaulichen Ausdruck „Verdünnen“ gefunden. Dafür ist es aber zunächst wichtig, dass die Haltung der Achtsamkeit an Hand einfacher und nicht belastender Übungen entwickelt wird. Die Arbeit sollte also beginnen mit: Beschreiben von Objekten, normalem Gehen, Raumerfahrung, Sitzen, Hören usw. Unsere Übungen sind in der Regel kurz und alltagstauglich und sollen von den Teilnehmern so ausgewählt und abgewandelt werden, dass sie von ihnen auch wirklich angenommen werden. Anders gesagt, die Übungen sollten den Teilnehmern angepasst werden, nicht umgekehrt.

Die Bedeutung anthropologischer Konzeptionen für die therapeutische Praxis wird noch deutlicher, wenn wir der gerade vorgestellten andere Auffassungen von Depressionen gegenüberstellen, die im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie entstanden sind und auf einem Menschenbild beruhen, das kognitive Prozesse sehr stark betont. So beruht die „Mindfulness Based Cognitive Therapy of Depression“ (MBCT [29]) wesentlich auf der Annahme, dass Menschen, die immer wieder depressiv erkranken, eine Neigung haben, belastende Lebensereignisse und unangenehme Erfahrungen festzuhalten, indem sie über sie unproduktiv nachdenken, also grübeln. Für Depressionen anfällige Menschen fragen nach dem Warum, schreiben sich selbst die Schuld zu, fügen ihren schwierigen Erfahrungen weitere belastende Erinnerungen hinzu. So schrauben sie sich immer tiefer in eine negative und aussichtslose Stimmung hinein. MBCT reagiert in erster Linie auf diese Grübelneigung,

indem das Programm qua Achtsamkeit in die Gegenwart zurückführt, zeigt, dass Gedanken nicht mit der Wirklichkeit gleichzusetzen, sondern Konstrukte sind und indem es einen akzeptierenden, gelassenen Umgang mit unangenehmen Erfahrungen lehrt. Dazu kommen psychoedukative Elemente (Frühwarnzeichen) und eine Anleitung, positive Erfahrungen zu verstärken. Das Programm ist ausgelegt als Rezidivprophylaxe für nicht akut depressive, also psychisch gesunde Menschen und zeigt sich tatsächlich als wirksam, wenn die Patienten mehr als drei depressive Phasen in ihrem Leben erlebt hatten. Die Erklärung für dieses Ergebnis lautet, dass nur bei dieser Gruppe die hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass nicht besondere gravierende Belastungen die Depression verursacht haben, sondern die Art und Weise der Patienten mit Belastungen umzugehen. Das ist eine relativ enge Indikation. Zudem stellt das Programm hohe Anforderungen an die Teilnehmer (ca. 45 Min. Übungszeit / Tag) und ist in deshalb in dieser Form – wie das Programm des „Mindfulness Based Stress Reduction“ (MBSR), dem es in der Übungspraxis weitgehend folgt - für akut psychisch kranke Menschen kaum geeignet. Es wird aber derzeit versucht, MBCT für depressive Patienten weiterzuentwickeln.

Der Therapieansatz von A. Wells [30] konzentriert sich ebenfalls stark auf Denkweisen („Metakognitionen“). Sie sollen durch sokratischen Dialog, innere und äußere Achtsamkeit verändert werden. Achtsamkeit wird hier als Möglichkeit zur Distanzierung, Unterbrechung und Korrektur kognitiver Prozesse verstanden und kognitive Prozesse selbst als innere Ereignisse, so dass der ganze Therapieprozess in traditioneller Weise vor allem eine Auseinandersetzung der Psyche mit sich selbst ist unter begrenztem, funktionalem Einsatz äußerer Wahrnehmungen. Weder Kognitionen noch Achtsamkeit werden als interaktive Bestandteile eines umfassenderen – zeitlichen, intersubjektiven, emotionalen - Weltbezugs gesehen. Auch eine Achtsamkeitspraxis außerhalb der Therapiesitzungen ist nicht vorgesehen. Was sich bewährt, muss man sehen. Mir kommt es hier vor allem darauf an zu zeigen wie eng anthropologische Konzeptionen, das Verständnis und die Anwendung von Achtsamkeit miteinander verflochten sind.

5. 2 Überlegungen zu einer achtsamkeitsbasierten Psychotherapie bei Psychosen

Eine ganz ähnliche Differenz in der Herangehensweise ergibt sich, wenn man Überlegungen zu einer achtsamkeitsbasierten Therapie bei Psychosen anstellt. Heute gehen viele Psychiater davon aus, dass die Wahnbildung eine Störung der Metakognition ist, des mentalen Controllings [31, 32]. Nach dieser Auffassung werden Denkweisen und - inhalte nicht genügend kritisch durchleuchtet und es kommt zu gravierenden, schwer korrigierbaren Fehleinschätzungen. Damit wird die traditionelle Auffassung der Schizophrenie seit Bleuler aufgegeben, die in schizophrenen Erkrankungen in erster Linie eine Kontaktstörung (Autismus) sah. Psychoanalytische und anthropologisch-psychiatrische Autoren haben dagegen in der Schizophrenie in erster Linie eine Art Vertrauensmangel – oder verlust gesehen, bei dem zwischenmenschliche Beziehungen vermutlich eine besondere Rolle spielen. Es kommt zu einem „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“ (Blankenburg). Der psychotisch vulnerable Mensch versucht nun irgendwie Orientierung zu finden. Ich habe andernorts versucht, diese Entwicklung zu rekonstruieren [33]. Motor der Entwicklung ist hier nicht wie in der Depression das Ende der Zukunft und die Dominanz der Vergangenheit,

sondern eher die Dominanz einer viel zu offenen Zukunft und eine existenzielle diffuse Angst vor dem, was weitgehend außer Kontrolle geraten ist. In beiden Fällen wird aber die Gegenwart zermahlen. Der einzige Ort, an dem Kontakt und Begegnung stattfinden kann, verschwindet.

Therapeutisch führen die verschiedenen Ansätze zu unterschiedlichen Konsequenzen für eine mögliche achtsamkeitsbasierte Therapie. Im Falle eines vorrangig kognitiven Konzepts kommt es vor allem auf eine Wahrnehmung und Relativierung der eigenen Denkformen an [30], im Falle einer an Verbundenheit und Trennung orientierten Theorie eher auf darauf, die sinnlich-praktischen Interaktionen mit der Umgebung wiederherzustellen, sie sein, wirken und geschehen zu lassen. Man kann allerdings die wahnhaften Denkformen auch als hyperaktive, rationalistische, rigide Kompensation [34, 35, 33], verstehen, als einen Versuch, den Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit durch kurzschlüssige, kognitive Konstruktionen zu bewältigen. Der Patient baut sich eine stark subjektive eigene Welt, die weitgehend gegen Erfahrung, Veränderlichkeit, Zweifel und Kritik immunisiert ist. Aus dieser Sicht würde es therapeutisch Sinn machen, parallel an einem differenzierten, nicht beängstigenden Wirklichkeitsbezug und an einer Verlangsamung und Relativierung überhasteter und vorschnell abstrahierender Denkformen zu arbeiten. Auf ähnlichen Überlegungen beruhen akutpsychiatrische Settings wie sie in den Soteria-Projekten erprobt werden [36].

6. Die Achtsamkeit der Mitarbeiter in der Psychiatrie

Möglicherweise genauso wichtig wie gezielte explizite Förderung der Achtsamkeit der Patienten ist die Entwicklung der Fähigkeit zur Achtsamkeit bei psychiatrischen Mitarbeitern aller Berufsgruppen und aller Einrichtungen, unabhängig davon, ob sie mit den Patienten explizit mit Achtsamkeit arbeiten oder nicht. Dies hat natürlich zunächst einmal einen unmittelbaren Nutzen für die Mitarbeiter selbst, für ihr Privatleben wie für die persönliche Bewältigung der beruflichen Belastungen. Die persönliche Stabilität der Mitarbeiter hat wiederum selbst einen therapeutischen Nutzen. Aber ich möchte mich in den folgenden Zeilen auf die Weiterentwicklung der professionellen Einstellung durch ein Achtsamkeitstraining konzentrieren. Die schwierige und belastende Arbeit psychiatrischer Profis kann dadurch sowohl leichter als auch effektiver und patientenorientierter werden. Ich möchte dies an 9 möglichen Konsequenzen zeigen.

1. Die Orientierung auf die Gegenwart, die der Mitarbeiter praktiziert, wirkt bei ihm wie bei dem Patienten gegen Panik, Grübeln, Wiedergutmachtungswünsche, Ressentiments, Rechtfertigungen etc., die zwischenmenschliche Beziehungen oft so kompliziert machen.
2. Die anthropologische Psychiatrie betont die Bedeutung der Individualität jedes einzelnen Patienten. Das klingt selbstverständlich, in der Praxis ist es aber nicht so leicht, diese Bedeutung zu würdigen. Wir alle lieben kognitive Konsonanz und wollen mit unseren Annahmen und Erwartungen recht behalten. Achtsamkeit ist auch eine Schulung in kognitiver Dissonanz: Offenheit für das Überraschende, Unerwartete, Widersprüchliche - auch im scheinbar Selbstverständlichen. In der Praxis bedeutet das für psychiatrische Profis, sehr vorsichtig und skeptisch zu sein, wenn sie ihr Fachwissen auf einen einzelnen Patienten anwenden. Es verstellt, noch dazu wenn es den Fokus auf pathologische Aspekte des

Patienten legt, leicht den Blick auf die Aspekte und die Möglichkeiten eines Menschen, die sich ihm entziehen. Achtsamkeit ist auch eine Haltung unendlicher Differenzierung. Wir sollten die Vorstellung vergessen, je einen Menschen wirklich verstehen zu können. Ein Geheimnis zu bleiben ist keine Besonderheit psychisch kranker Menschen. Es aber bedeutet auch, dass wir uns nicht zu viel Kontrolle und Befugnisse über Patienten zugestehen sollten und müssen.

3. In einer achtsamkeitsbasierten Haltung geht es vor allem darum, den Patienten und die Lebenssituation, in der er sich befindet, zu verstehen. Das kann dazu führen, dass auch der Patient einen achtsameren – und das heißt immer auch erst einmal akzeptierenden Umgang mit sich entwickelt, auch dann wenn er nicht explizit Achtsamkeit lernt. Dies wirkt Selbstentwertungen entgegen und kann eine gute Basis für mehr Selbstfürsorge sein. Achtsamkeit bedeutet ja nicht nur die Wahrnehmung von Verbundenheit, sondern auch die Wahrnehmung von Differenzen, Grenzen, Eigenem und Fremdem.

4. In vielen Fällen können es sich Mitarbeiter leisten, nicht *sich* zu fragen, was *sie* für den Patienten tun können, sondern den Patienten zu fragen, was *er* für sich tun kann. Die Aufgabe besteht nicht in der (gemeinsamen) Bewältigung von Schwierigkeiten, sondern darin, Handwerkszeug zur Verfügung zu stellen und in schwierigen Situationen darauf zu verweisen. Es geht also nicht primär darum, Schwierigkeiten und Unannehmlichkeiten zu vermeiden und dafür zu sorgen, dass es Patienten vor allem gut geht. Es ist in Zeiten der Beschwerdekästen und der Konkurrenz der Einrichtungen allerdings nicht leicht, die Prioritäten therapeutisch zu setzen. Teamwork, Loyalität der Mitarbeiter, Transparenz des therapeutischen Sinns und der „Spirit“ einer Institution können hier hilfreich sein.

Wenn Patienten explizit Achtsamkeit lernen, stellen Achtsamkeitsübungen einen großen Handwerkskasten dar, aus dem Mitarbeiter wie Patienten in vielen Situationen schöpfen können. Das ist entlastend. Unangenehme Erfahrungen sind genauso akzeptabel wie angenehme. Sie sind gut geeignet, um Achtsamkeit zu lernen und praktizieren.

5. Wenn die Therapie hauptsächlich auf den Alltag des Patienten ausgerichtet ist, entlastet dies das therapeutische Setting und die therapeutischen Mitarbeiter. Die Therapie erhält eine klare und sehr begrenzte Funktion. Die Mitarbeiter sind nicht verantwortlich für das, was der Patient tut, sondern nur für ihre eigenen begrenzten Hilfsangebote. Der Patient wiederum kann die Verantwortung für seine Heilung nicht abgeben. Er lebt sein Leben. Das gilt nicht nur für die achtsamkeitsbasierte Arbeit, sondern kann als Haltung die ganze psychiatrische Arbeit prägen. Es zwingt z. B. zu höchstmöglicher Transparenz und maximalem Mitspracherecht des Patienten bei der Pharmakotherapie.

6. Die anthropologische Psychiatrie sucht die Normalität im Pathologischen, will nicht nur die Unterschiede sondern auch die Gemeinsamkeiten zwischen normalem und pathologischem Verhalten untersuchen. Die Achtsamkeitsarbeit bemüht sich um eine Haltung, die für alle Menschen prinzipiell lernbar ist und die stets weiterentwickelt werden kann und sollte. Sie bewegt sich von Gesundheit zu Krankheit, nicht umgekehrt, und sie interveniert auf einer existenziellen Ebene, die Patienten und Mitarbeiter teilen. Entsprechend fordert sie nicht weniger aber auch nicht mehr als dass Menschen mit Übungserfahrung (z. B. Gruppenleiter) und Menschen ohne Übungserfahrung (z. B. Gruppenmitglieder) gleichermaßen Achtsamkeit

üben und praktizieren. In dem Bemühen um Achtsamkeit unterscheiden sich Profis und Betroffene nicht. Es ist gut, wenn das betont und sichtbar wird. Mitarbeiter müssen als Übende auch nicht selbst besonders erfolgreich sein, auch wenn das natürlich erfreulich ist. Aber das können sie auch getrost auch den Patienten überlassen.

7. Es kann für Mitarbeiter in der Psychiatrie generell erholsam sein, wenn sie zu ihren Fehlern stehen können. Kein Vorbild sein zu müssen oder zu wollen, kann sehr entlasten. Zudem wird so Idealisierungen seitens des Patienten und die entsprechenden Entwertungen, die ihnen in der Regel folgen, entgegen gewirkt. Sollten die Patienten selbst Achtsamkeit üben, sind Fehler der Mitarbeiter zudem gute Übungsgelegenheiten. Die Relativierung der Rollen bedeutet auch, dass Profis und Betroffene im therapeutischen Alltag gut daran tun, viele Gemeinsamkeiten zu entdecken und auch therapeutische Situationen als ein Stück aktuell gemeinsam gelebtes Leben auffassen. Das kann entkrampfen und unnötiges Rollenverhalten etc. abbauen. Es spricht aber nicht gegen eine begrenzte klare Rollenaufteilung und klare Regeln für ein professionelles Verhalten, die dann umso effektiver sein können (zur Begrenztheit therapeutischer Begegnungen s. auch o. 4. 2. 5).

8. Achtsamkeit kann zu einer besseren Selbstwahrnehmung der Mitarbeiter führen. Sie erkennen leichter ihre Gefühle und Grenzen und können sie in der Arbeit berücksichtigen. Aber sie entwickeln wahrscheinlich auch mehr Kreativität, weil der äußere und innere Horizont erweitert wird. Sicher nutzt das nichts, wenn die Arbeitsbedingungen die Kreativität blockieren. Institutionen, die ein Achtsamkeitstraining ihrer Mitarbeiter fördern, sollten natürlich auch dafür sorgen, dass es im Alltag zur Anwendung kommen kann. Das ist möglicherweise nicht so schwierig, wie ich in dem letzten Punkt betonen möchte.

9. Generell fördert Achtsamkeit ein klares und effizientes Handeln, weil diese Haltung dazu beiträgt, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden. Achtsamkeit reicht für diese Unterscheidung nicht aus, ist aber eine gute Voraussetzung. Sofern kein unmittelbarer Handlungsdruck besteht, führt Achtsamkeit zu einer Entkopplung von Wahrnehmung, Gefühl, Denken, Handlungsimpulsen einerseits und Handlungen andererseits. Bewertungen werden zurückgeschraubt und gehen nicht mehr auf Kosten einer differenzierten und empathischen Wahrnehmung. Das kann zu einer Verlangsamung und einer ruhigen und ausführlich Würdigung der inneren und äußeren Umstände einer Situation führen. Achtsamkeit verhindert Aktivismus, schafft Gelassenheit gegenüber nicht veränderbaren Situationen und Platz und Energie für wirklich begründete und notwendige Aktionen.

Die geeigneten Orte für die achtsamkeitsbasierte Therapie sind ambulante Praxen, Institutsambulanzen, Tageskliniken, Integrationsmaßnahmen, betreute Wohnformen - weniger vollstationäre psychiatrische oder psychosomatische Einrichtungen.

Achtsamkeitsbasierte Therapie verlangt ein mehrmonatiges Lernen und eine fortgesetzte Übungspraxis, eher in der Größenordnung von Jahren, die in vollstationären Einrichtungen zum Glück selten gegeben ist. In einer alltagsfernen Situation besteht zudem die Gefahr, dass eine Achtsamkeitspraxis kultiviert wird, die mit den normalen Lebensbedingungen der Patienten wenig zu tun hat, weil sie eben nicht von den Patienten unter realistischen Bedingungen selbst angepasst wird. Außerdem sollten vollstationäre Settings Kriseninterventionen schwer und akut erkrankten Patienten vorbehalten sein. Eine Reform

der psychiatrischen Versorgung – vor allem eine Stärkung der ambulanten Versorgung – würde viele Mittel freisetzen, die für bessere Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie genutzt werden könnten.

Zusammengefasst: Achtsamkeit in der Psychiatrie kann auch bedeuten, über die Haltung der Mitarbeiter heilsam zu wirken. Sie ist eine Arbeitsweise, die die Subjektivität und die Rechte der Patienten in hohem Masse würdigt, ihnen so viel Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortung zuschreibt wie

möglich, die Mitarbeiter von unnötigen Konflikten und Bemühungen entlastet und ihnen Gelassenheit in einem schwierigen Berufsalltag vermittelt. Auch auf diese Weise kann sie ein wichtiger Bestandteil einer humanen und das heißt auch nicht-biologistischen Psychiatrie sein.

Literaturhinweise

- [1] Baer RA, Ed. Mindfulness-Based Treatment Approaches. Riverport: Academic Press; 2006
- [2] Heidenreich T, Michalak J, Hrsg. Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Tübingen: dgvt-Verlag; 2006
- [3] Didonna F, Ed. Clinical Handbook of Mindfulness. New York: Springer; 2009
- [4] Huppertz M. Achtsamkeit. Befreiung zur Gegenwart. Achtsamkeit, Spiritualität und Vernunft in Psychotherapie und Lebenskunst. Paderborn: Junfermann; 2009
- [5] Huppertz M. Achtsamkeitsübungen: Experimente mit einem anderen Lebensgefühl. Paderborn: Junfermann; 2011
- [6] Bock T, Dörner K, Naber D. Einleitung: Auf dem Weg zur Philosophie der psychiatrischen Erkrankungen, In: Diess. Hrsg. Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2004
- [7] Küchenhoff J. Braucht die internationale klassifizierende Diagnostik noch die Psychodynamik – und wozu? In: Böker H. Hg. Psychoanalyse und Psychiatrie. Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis. Heidelberg: Springer 2006: 208
- [8] E. Straus, zitiert nach: Passie T. Phänomenologisch-anthropologische Psychiatrie und Psychologie. Eine Studie über den `Wengener Kreis´: Binswanger – Minkowski – von Gebattel – Straus. Hürtgenwald: Guido Pressler Verlag; 1996: 220
- [9] Binswanger L. Schizophrenie. Pfullingen: Neske; 1957: 13
- [10] Roßler G. Der Anteil der Dinge. Nicht-menschliche Entitäten in Gesellschaft und Kognition (in Vorber.).

- [11] Huppertz M. Wissen und Können in der Psychotherapie, in: Psycho-logik 1, Freiburg / München: Karl Alber; 2006 und die dort angegebene Literatur.
- [12] Gallagher S. How the body shapes the mind. Oxford, New York: Oxford University Press; 2005
- [13] Thompson E. Mind in Life. Biology, Phenomenology and the Sciences of Mind. Cambridge Mass.: Belknap Harvard; 2007
- [14] Fuchs T, Sattel HC, Henningsen P, Eds. The Embodied Self. Dimensions, Coherence and Disorders. Stuttgart: Schattauer; 2010
- [15] Buber M. Werkausgabe Bd. 10: Schriften zur Psychologie und Psychotherapie (Hg. Buber Agassi J). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus; 2008
- [16] wie [14]: 242
- [17] Honneth A. Von der zerstörerischen Kraft des Dritten. Gadamer und die Intersubjektivitätslehre Heideggers. In: Ders. Unsichtbarkeit. Stationen einer Theorie der Intersubjektivität. Frankfurt a. M.: Suhrkamp; 2003
- [18] Schmidt-Degenhard M. Anthropologische Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie Bd. I: Allgemeine Psychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2007: 294
- [19] Kulenkampff C. Erkenntnisinteresse und Pragmatismus. Erinnerungen an die Zeit von 1945 bis 1970. In: Hoffmann-Richter U, Haselbeck H, Engler R, Hg. Sozialpsychiatrie vor der Enquete. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1997: 94
- [20] wie [19]: 93
- [21] Straus E. Das Zeiterleben in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung. In: Straus E., Zutt J. Die Wahnwelten. Frankfurt a. M.: Akademische Verlagsgesellschaft; 1963: 347
- [22] v. Gebattel E. Die Störungen des Werdens und des Zeiterlebens im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen. In: Straus E., Zutt J. Die Wahnwelten. Frankfurt a. M.: Akademische Verlagsgesellschaft; 1963: 366
- [23] wie [21]: 345
- [24] Fuchs T. Melancholie als Desynchronisierung. Ein Beitrag zur Psychopathologie der intersubjektiven Zeit. In: Ders., Zeitdiagnosen. Philosophisch-psychiatrische Essays. Zug / Schweiz: Die Graue Edition. Prof. Dr. Alfred Schmidt – Stiftung; 2002: 122

[25] Tellenbach H. Melancholie. Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik.

Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer; 1961

[26] wie [24]: 114

[27] wie [24]: 132

[28] s. www.ag-achtsamkeit.de

[29] Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention. Tübingen: dgvt; 2008

[30] Wells A. Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union; 2011

[31] Frith CD. The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia. Hove: Psychology Press Ltd;

1992

[32] Moritz S, Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F. MKT+. Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychosen. Berlin, Heidelberg: Springer; 2011

[33] Huppertz M. Schizophrene Krisen. Bern: Huber Verlag; 2000

[34] Minkovski E. La schizophrénie. Paris: Payot; 1927

[35] Sass LA. Madness and Modernism. Insanity in the Light of Modern Art, Literature and Thought. Cambridge Mass.: Harvard University Press; 1992

[36] Hoffmann H. Soteria – Atmosphäre als Therapeutikum in der Schizophreniebehandlung. In: Debus S, Posner R, Hrsg. Atmosphären im Alltag. Über ihre Erzeugung und Wirkung. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2007

