

# Achtsamkeitsbasierte Gesprächsführung im psychiatrischen Kontext

Hofmeister, B. und Büche L. (2018)

Veröffentlicht in abgeänderter und verkürzter Form unter:

Hofmeister, B. und Büche, L. (2018). Gute Gespräche sind die bessere Medizin. *Praxis Pflegen*, 35, 34–38. Brinkmann-Meyhöfer, Hannover

**Achtsamkeitsbasierte Gesprächsführung kann in verschiedenen Anwendungsfeldern des Gesundheitswesens einen wesentlichen Beitrag zu mehr Patientenorientierung leisten und die Resilienz der Mitarbeiterinnen (1)\* durch verbesserte Teamkontakte und mehr Freude an der Arbeit stärken. Sie soll hier anhand der Arbeit in psychiatrischen Krankenhäusern behandelt werden. Patientinnen befinden sich dort in großen seelischen Nöten. Aus diesen können sie herausfinden, wenn ein für sie bedeutsamer Mensch ihnen dabei hilft, sich selbst Wege aus dem hilflosen psychischen Leiden zu eröffnen. Die Autorinnen zeigen auf, welche inneren Haltungen und welche Fertigkeiten der Gesprächsführung zu entwickeln sind, um als bedeutsames Gegenüber wirksam werden zu können.**

*Halten Sie bitte einen Moment inne. Machen Sie sich bewusst, wer in ihrem Leben die wichtigsten Impulse für Ihren gegenwärtigen Seins-Zustand gegeben hat. Welche Eigenschaften hatten die Menschen, die sie als förderlich erlebt haben? - Und wer hat Sie wodurch (unwissentlich oder geplant) verletzt? - Bemerken Sie, wie Ihnen Szenen aus Ihrem Gedächtnis einfallen.*

Die Krankheitstage aufgrund psychischer Erkrankungen steigen in den letzten Jahren massiv an, obgleich ein zunehmender Konsum von verordneten Psychopharmaka zu verzeichnen ist (2). Diese Tendenz weist darauf hin, dass eine Heilung oder Linderung seelischer Not mit Krankschreibungen und Medikation nur unzureichend zu bewirken ist. Veränderung entsteht jedoch durch Gespräche, die Klientinnen motivieren, neue Lösungen für alte Verletzungen anzustreben. In der Psychotherapieforschung konnte nachgewiesen werden (3), dass ein mindestens befriedigendes therapeutisches Beziehungsangebot, unabhängig von der psychotherapeutischen Methode, der wesentlichste generelle Wirkfaktor für einen Therapieerfolg ist.

Lassen Sie uns von Ihrem Berufsalltag ausgehen: In einem psychiatrischen Krankenhaus sollen die in einer psychischen Erkrankung sichtbaren Symptome vermindert oder gelindert werden. Professionelle Hilfe erfahren Patientinnen in multiprofessionellen Teams, die neben den Medikamenten vor allem Anregungen zu erforderlichen Verhaltensänderung geben. Mitarbeiterinnen der Pflege verbringen die meiste Zeit mit den Klientinnen, daher kommt Ihnen eine Schlüsselrolle für deren Entwicklungsprozesse zu. Allerdings lässt die Kooperation und Koordination der verschiedenen Hilfen und Fachdienste in der Praxis zu wünschen übrig. Die kurzen Möglichkeiten von Supervision verbessern dieses nur teilweise. Im Team entstehen mitunter Widerstand und Vermeidung, die sich in einer pathologisierenden Abwertung der Kranken oder Konflikten innerhalb des Personals äußern können. Die Beziehungsangebote für Klientinnen verschlechtern sich dadurch. Es gibt Patientinnen, die bei wiederkehrenden Krankenhausaufenthalten in unterschiedlichen Institutionen mit bis zu 120 Helferinnen konfrontiert waren und dennoch wenig Aussicht auf Veränderung erwarten lassen. Das wird in der Regel ihrer Erkrankung zugeschrieben. Zu fragen ist aber: Wie kann eine zusätzliche Erschwernis verhindert werden, die aus einem uneinheitlichen oder gar verwirrenden Behandlungsangebot erwächst?

Die beschriebenen Konfliktquellen im psychiatrischen Arbeitsfeld könnten als Ruf nach einer revolutionären Umstrukturierung fehlinterpretiert werden. Darum geht es nicht. Sondern es wird im Folgenden deutlich, dass Sie selbst schon mit kleinen Veränderungen im Alltag zu bedeutsamen Verbesserungen der Behandlungsbedingungen beitragen können.

Bucay (4) benennt als Voraussetzung einer psychotherapeutischen Wirksamkeit, dass die Helferin zunächst anerkennen müsse, „dass das, was ist, ist. Die Wirklichkeit ist nicht so, wie ich sie gerne hätte.“

Ein Weg der Veränderung kann nur schrittweise beginnen. Das setzt voraus, dass wir Menschen und die gegenwärtige Situation so annehmen, wie sie jetzt sind, ohne zu erwarten, wie sie sein sollten. Paradoxerweise führt gerade diese respektvolle Beachtung dazu, dass Menschen überhaupt eine Chance haben, sich zu verändern (5).

Beachtung ohne Bewertung ist nichts Neues. Historisch wurde diese Lebensqualität mit dem Begriff „Achtsamkeit“ in der buddhistischen Lehre beschrieben. Bays (6) definiert Achtsamkeit als Aufmerksamkeit für das Hier und Jetzt, den unmittelbaren Augenblick, ohne Kritik und ohne Urteil. Dadurch wird die Identifikation mit den eigenen Gedanken unterbrochen. Das wache Bewusstsein über das Gegenwärtige kann dann die „inneren Stimmen“ in mir wahrnehmen (7). Gedanken über die Vergangenheit oder Zukunft gehören in das Reich der Phantasie und trennen uns von der Bewusstheit des „Ich bin, jetzt, hier!“, denn die Vergangenheit existiert nicht mehr und die Zukunft noch nicht (8). Damit überwinde ich den inneren „Autopiloten“ und gelange zur Neugier des „Anfängergeists“ (9).

Achtsamkeit besteht also in einer wohlwollenden, bewussten, fürsorglichen Aufmerksamkeit für mich selbst und das Gegenüber: Ich bin hier, weil du mich interessierst! Thich Nhat Hanh (10) beschreibt vier Eigenschaften (Mantren) der Achtsamkeit im Kontakt, die es zu erlernen gelte: 1. „Ich bin jetzt hier für dich da“. Gemeint ist damit, mit meiner vollen Aufmerksamkeit im Hier und Jetzt für die andere Person präsent zu sein, ohne Ablenkung. Das wird im Stationsleben nicht einfach sein. Sie sind gewöhnt, mehrere Dinge unkonzentriert gleichzeitig zu tun. 2. „Ich nehme wahr, dass Du hier bist“, d.h. die Andere wird von mir als existent und bedeutsam wahrgenommen. Das ist auch in einem Zeitraum weniger Augenblicke möglich. 3. „Ich weiß, Du leidest, das erkenne ich an und bin deshalb für dich da“. Das setzt voraus, keine Erwartungen an das Verhalten der anderen Person zu haben. Genau das tun wir aber gewohnheitsmäßig. 4. Hier wendet sich der Fokus vom Gegenüber zum Selbst. Wenn Sie sich durch jemanden verletzt fühlen, werden Sie den Impuls haben, sich zurück zu ziehen oder Ihr Gegenüber zu bestrafen. Tatsächlich aber benötigen wir andere Menschen, um das eigene Leiden zu lindern. Das Mantra lautet deshalb: „Ich leide, bitte hilf mir.“ Wenn ich diese Qualität von Selbstfürsorge in mir entwickeln kann, werde ich sie auch anderen Menschen vermitteln. So können Sie Patientinnen bitten, dazu beizutragen, dass Sie Ihnen helfen können, z.B. H: „Es interessiert mich, was Sie schon versucht haben, um Ihre Probleme zu lösen und was ich dazu beitragen kann?“

*Setzen Sie sich für drei Minuten aufrecht auf einen Stuhl. Lassen Sie den Blick auf einem Punkt ruhen. Werden Sie sich bewusst, dass Ihr Atem Ihr ganzes Leben begleitet, ohne dass Sie dafür etwas tun müssen.*

- 1. Minute: Beobachten Sie wie Ihr Atem EIN- und AUS-strömt.*
- 2. Minute: Denken Sie bei jedem Atemzug EIN und AUS.*
- 3. Minute: Beobachten Sie den stillen Punkt des Wechsels zwischen den Atemzügen.*

*Während der ganzen Zeit lassen Sie Störungen durch Gedanken oder Geräusche wie Wolken vorbei ziehen und kommen immer wieder zu Ihrem Atem zurück.*

Achtsamkeit entwickelt sich nicht von selbst. Sie kann auch nicht durch Anstrengung erbracht werden und ist nicht in einem zeitlich begrenzten Übungsprogramm ein für alle Male zu lernen. Sondern es geht darum, durch ständige Übung im Alltäglichen bewusst das JETZT zu erleben, z.B. durch achtsames Atmen, Sitzen, Zähneputzen, usw. So wird diese Qualität von Wahrnehmungslenkung selbstverständlich und Sie können auf diese Weise in Beziehung treten. Dann können schon wenige Minuten einer solchen Zuwendung für Ihre Patientin bedeutsam sein.

Der Personzentrierte Ansatz (PZA) nach Carl. R. Rogers, in Deutschland besser bekannt unter der Bezeichnung Gesprächspsychotherapie, hat in den letzten 60 Jahren die Psychotherapielandschaft mehr geprägt als den meisten bewusst sein dürfte (11). Für professionelle Helferinnen ergeben sich aus dem

PZA Handlungsanweisungen, die sich mit dem Konzept der Achtsamkeit überschneiden oder dieses erweitern. Achtsamkeit kann dadurch im Rahmen einer therapeutischen Beziehung differenzierter genutzt werden.

Rogers formulierte sechs Grundvoraussetzungen für eine hilfreiche therapeutische Beziehung (12). Die erste beinhaltet, dass zwei Personen in einen Kontakt miteinander treten. Das mag selbstverständlich klingen, verdeutlicht aber, dass z.B. akut intoxikierte oder wahnhaft Patientinnen einer prätherapeutischen Einflussnahme (13) bedürfen. 2.: Die Klientin kann ihren Zustand innerer Anspannung zumindest rudimentär wahrnehmen. Hieraus ergibt sich, dass fremdmotivierte Patientinnen zunächst zu einer Veränderungsmotivation geführt werden müssen. Die dritte Variable betrifft die Helferin, die in der helfenden Beziehung (nicht generell in ihrem Leben) mit sich selbst übereinstimmen sollte (Kongruenz). Dies meint, dass die Mitarbeiterin sich selbst achtsam wahrnehmen kann und in der Beziehung echt ist, ohne sich hinter einer Helferrolle zu verstecken. Das setzt Selbstachtsamkeit voraus, die im Achtsamkeitskonzept als Selbstmitgefühl beschrieben wird. Es geht dabei um eine wohlwollende Wahrnehmung des eigenen Daseins. Ich stelle mich als Mensch zur Verfügung, der nicht unfehlbar ist. Das entlastet Pflegerin und Klientin davon, besser sein zu müssen, als sie sein können. 4.: Die Mitarbeiterin erlebt im Kontakt Wertschätzung für das gesamte Leben der Patientin, die nicht an Bedingungen geknüpft ist. Gemeint ist damit eine Akzeptanz der Person, ohne einer selbst- oder fremdschädigenden Symptomatik zuzustimmen. Hier findet sich das wieder, was Bucay als „anerkennen was ist“ beschreibt, und was Thich Nhat Hanh als mitfühlendes Zuhören angesichts verzerrter Wahrnehmungen, negativer Emotionen oder Schmerz bezeichnet. Rogers fünfte Variable fordert, die Kranke aus deren inneren Bezugsrahmen heraus zu verstehen, d.h. die von ihr konstruierte Realität zu erfassen. Benannt wird das als Empathie oder einführendes Verstehen. Dieser Aspekt ist im Achtsamkeitskonzept impliziert, wird dort jedoch nicht differenziert. Die sechste Voraussetzung einer hilfreichen Beziehung besteht darin, dass die Patientin das Beziehungsangebot wenigstens ansatzweise wahrnehmen kann. Dies wird wahrscheinlicher, wenn die Therapeutin in einer Bereitschaft zum „mitfühlenden Zuhören“ (compassionate listening) der anderen Person hilft „ihr Herz auszuschütten“ (14).

Die Grundbedingungen Akzeptanz, Empathie und Kongruenz wurden als Basisvariablen einer therapeutischen Beziehungsgestaltung bekannt und banalisiert. Übersehen wird dabei die in den letzten 20 Jahren benannte Variable der „Präsenz“ (15). Präsenz beinhaltet Achtsamkeit für das Jetzt und dessen Benennung (ähnlich der Achtsamkeitsforderung, nicht innerlich mit der Vergangenheit oder der Zukunft beschäftigt zu sein). Im PZA wird darunter zunächst verstanden, das eigene aktuelle Befinden und Erleben wahrzunehmen. Gleichzeitig besteht eine Einfühlung in das So-Sein der Klientin und eine Berücksichtigung der Beziehungsdynamik. Die Forderung nach Präsenz in der therapeutischen Beziehung verlangt im psychiatrischen Setting dem PZA zufolge auch, Anforderungen an Patientinnen und Konsequenzen für deren Handlungen transparent zu machen. Für die Helferin erfordert das, eigene und institutionelle Grenzen benennen zu können, um auf diese Weise ein gesichertes soziales Feld für die Patientin zu schaffen.

Erforscht wurde, welche Gesprächsfertigkeiten geeignet sind, die beschriebenen (Basis-) Variablen in Handlung umzusetzen (16). Dabei handelt es sich um Hilfsmittel, die oben beschriebenen komplexen Werthaltungen im Berufsalltag zu aktivieren. Das ist gerade nicht selbstverständlich sondern bedarf intensiver und disziplinierter Übung. Viele Menschen haben niemals die Erfahrung gemacht, dass jemand zuhört und sie versteht. Wir zeigen hier eine kleine Auswahl günstiger Gesprächsfertigkeiten dafür auf, damit das gelingen kann:

- Geben Sie Patientenäußerung mit Ihren eigenen Worten vollständig wieder. Achten Sie auf das, was Sie als vermeintlich nebensächlich weg lassen. Darin kann für die Klientin eine wichtige Information liegen, z.B. K: „Eigentlich geht es mir gut.“ – H: „Es geht Ihnen gut. Aber da ist noch etwas anderes?“

- Beziehen Sie sich nicht auf den Inhalt der Klientinnen-Äußerung. Beachten Sie ausschließlich die Bedeutung, die dieser Inhalt hat: z.B. nicht H: „Ihr Vater ist gestorben, als Sie 16 waren?“, sondern H: „Sie mussten sehr früh erwachsen sein?“ Das wird in völligem Gegensatz zu Ihrem aktuellen Verhalten stehen.
- Stellen Sie keine direkten Fragen (was, wer, wo, etc.), sondern geben Sie wieder, was Sie meinen verstanden zu haben: z.B. statt: H: „Wie viel möchten denn Sie abnehmen?“ besser H: „Sie würden sich attraktiver fühlen, wenn Sie Ihr Körpergewicht verringern?“
- Verwenden Sie kurze Sätze, halten Sie keine Reden. Auf 2- 3 Sätze der Klientin sollte ein Satz der Helferin erfolgen. Ja richtig, unterbrechen Sie ruhig den Redefluss! Dann werden Sie merken, dass Sie sich nur entschleunigt in die Welt der Klientin einfühlen können. Vernachlässigen Sie respektvoll die übliche soziale Höflichkeit.
- Reflektieren Sie das Gehörte, durch kreatives Nicht-Wissen, z.B. K: „Ich liebe meinen Mann.“ – H: „Ich würde gern näher verstehen, was Sie meinen - Liebe fühlt sich doch für jeden Menschen anders an.“
- Stellen Sie sich zur Verfügung, damit die Klientin sich selbst besser versteht. Sie findet dadurch ihre eigene Problemlösung heraus, z.B. H: „Was Sie sagen rührt mich zu Tränen. Ich frage mich, wie Sie das bewältigen“.
- Benennen Sie Persönlichkeitsanteile, die widersprüchlich sind, aber gleichzeitig auftreten, z.B. H: „Sie hassen und Sie lieben Ihren Partner?“
- Benennen Sie nonverbale Signale, z.B. H: „Sie erzählen etwas Trauriges und lächeln dabei“.

*Wählen Sie aus der Liste eine Fertigkeit aus und verwirklichen Sie diese ab Ihrer nächsten Arbeitsphase drei Mal pro Schicht. Geben Sie sich ein „Sternchen“, wenn es gelingt. So verankern Sie mit erreichbaren Nahzielen nach und nach die Gesprächsfertigkeiten ohne Anstrengung in Ihrem Verhalten, ähnlich einem Pianisten, der anfänglich Fingersätze übt, um dann flüssig spielen zu können.*

In der psychiatrischen Behandlungskultur finden sich aus Unachtsamkeit ungünstige Verhaltensweisen, die die Klientinnen verschließen:

- Bagatellisieren, wenn Sie selbst das Gesagte als bedeutungslos bewerten.
- Inhaltsfragen stellen, z.B. ausfragen, weil Sie sich unsicher fühlen oder ein Pflegeprotokoll erstellen wollen. Vertrauen Sie darauf, dass Klientinnen, Ihnen wichtige Informationen geben.
- Ratschläge geben. Erklären Sie die Klientin nicht für dumm, wenn Sie schon Probleme hat. Fragen Sie lieber nach deren Lösungsvorstellungen.
- Wertungen abgeben, moralisieren, z.B. H: „Betrügen gehört sich nicht.“
- Machtdemonstrationen, z.B. K: „Ich möchte die Tabletten nicht nehmen.“ – H: „Die Medikamente sind wichtig für Sie!“ besser H: „Das ängstigt Sie?“
- Bewunderung, z.B. H: „Das haben Sie gut gemacht!“ – führt zu Anpassung, nicht zu Verantwortungsübernahme für die Veränderung. Besser H.: „Wie bewerten Sie Ihre Veränderung?“
- Subtile „Besserwisserei“, z.B. K: „Ich kann mich nicht erinnern“ – H: „Es wird Ihnen schon noch einfallen.“

*Legen Sie eine Strichliste an, welche ungünstigen Verhaltensweisen Ihnen unterlaufen. Finden Sie weitere. Überlegen Sie Alternativen.*

Schwierige Gesprächssituationen gehören zu den häufigsten Stressoren für Helferinnen im beruflichen Alltag. Sie können sie z.B. daran erkennen, dass Klientinnen häufig das Thema wechseln, Geschichten erzählen, viel und schnell oder über Andere reden. Störend sind auch offene oder unterschwellige Kritik, ständige Forderungen an eine Mitarbeiterin oder sexualisierte Gesprächsangebote (17). Sie selbst lösen zuweilen ungewollt derartige Beziehungsprobleme aus, z. B. indem Sie Patientinnen zu Veränderungen drängen, für die diese nicht bereit sind, sich belehrend und wenig unterstützend verhalten, oder um die

Situationskontrolle kämpfen. Auch Gegebenheiten, die Sie nicht beeinflussen können, können schwierige Gesprächssituationen auslösen, z.B. Ihr gutes oder jugendliches Aussehen. Wie gehen Sie damit um?

In jeder Lebensgemeinschaft sind Konflikt - auslösende Verstrickungen Teil des Lebens, auch auf einer psychiatrischen Station. Sie sind ein not-wendiger (die Not wendender) Teil der Heilung von Patientinnen. Denn diese werden im Klinikalltag ihre Symptome reaktivieren müssen, damit sie einer Veränderung zugänglich werden. Häufig stellt sich im Team jedoch die Erwartung ein, die Klientin (die ja die Auftraggeberin ist) möge ihre unangenehmen Auffälligkeiten „sein lassen“, wobei gemeint ist, sie solle sie unterlassen. Tatsächlich sind jedoch eben diese Symptome der Anlass der Behandlung und bedürfen einer radikalen Akzeptanz durch die Helferinnen. Radikale Akzeptanz meint nicht, die Probleme zu befürworten oder aufrechtzuerhalten, sondern anzuerkennen und zu benennen, dass diese existieren. Im PZA werden schwierige Beziehungsdynamiken nicht als Anzeichen eines krankhaften Symptoms oder einer pathologischen Persönlichkeit einer Person gewertet. Hilfreich scheint es, solche Interaktionen als Beziehungsangebot der Klientin zu verstehen. Diese Sichtweise ermöglicht es der Helferin, auf ihr Gegenüber konstruktiv zuzugehen. Die Mitarbeiterin wird sich fragen: Was macht für mich den Kontakt schwierig? Dadurch kann vielleicht die Schwierigkeit gelöst werden. Ein solche Einstellung kann der Klientin auch ermöglichen, zu verstehen, wie sie selbst zu einer leidvollen Dynamik beiträgt, also welchem Schema sie folgt (18). Das setzt voraus, seelisch anwesend zu bleiben und sich nicht beschämt verbergen zu müssen. Schuldzuweisungen für auffälliges Verhalten der Patientinnen können deren Symptome hingegen nicht in ihrer Heilkraft nutzen.

Mitarbeiterinnen beabsichtigen, zur Heilung der Kranken beizutragen. Sie rechnen aber nicht damit und werden auch in ihrer Ausbildung nicht darauf vorbereitet, dass deren Leiden auch für die eigene Selbstakzeptanz eine Lernchance bieten. Eine Lernchance? Die Patientinnen reaktivieren mit ihren Symptomen ungelöste eigene biographische Konflikte der Helferinnen und befeuern damit interpersonelle Konflikte im Team. Wenn Sie selbst diese scheinbar störenden Gegebenheiten als Anlass für einen eigenen Entwicklungsprozess begreifen können, entsteht eine wechselseitige konstruktive Beeinflussung im Team und im Patientenkontakt.

*Wenden Sie sich jetzt einem biographischen Ereignis aus dem Museum Ihres Lebens zu, das Gefühle von Wut oder Angst auslöst. Erlauben Sie sich diese Wahrnehmung stärker werden zu lassen und spüren Sie, wie Ihre Kräfte hierdurch gebunden werden. Diese Gefühle passen nicht zu Ihrer aktuellen Situation während Sie diesen Artikel lesen. Vielmehr wird Ihre Wahrnehmung jetzt durch diese Erinnerung eingeengt. Erinnerung hilft uns einerseits, neue Gefahren zu vermeiden, andererseits erschweren die alten Bewertungen aber häufig die wertfreie Wahrnehmung der aktuellen Situation und damit Neulernen.*

Sollten Sie in potentiell schwierige Gesprächssituationen hinein geraten, können Sie vielleicht die im Folgenden genannten hilfreichen Verhaltensweisen nutzen:

- Sprechen Sie die aktuelle Gefühlslage der Klientin an, z.B. H: „Sie ärgern sich?“.
  - Machen Sie sich bewusst, welche Gefühle das Verhalten der Patientin in Ihnen auslöst, bevor Sie reagieren, z.B. H. „Das macht Sie wütend, aber ich empfinde das ganz anders.“.
  - Lassen Sie sich nicht von den Gefühlen der Klientin anstecken, z.B. gegenaggressiv oder mitleidig zu reagieren, d.h. wahren Sie eine professionelle Distanz und bleiben Sie dennoch innerlich beteiligt .
  - Spricht die Patientin die Inhalts- oder Beziehungsebene an? Benennen Sie diese Ebene, z.B. H: „Sie erzählen mir Ihre Geschichte und ich frage mich wie es Ihnen dabei geht.“
  - Erarbeiten Sie verbindliche Absprachen, wie ein angesprochenes Problem konkret zu lösen ist, z.B. „Wie kann ich Sie dabei unterstützen, pünktlich zu den Sitzungen zu erscheinen?“.
- Freundliche Grenzsetzungen geben Sicherheit.

Wenn es gelingt, einen Dialog zwischen Pflegekraft und Patientin aufzubauen, der ein wechselseitiges Vertrauen begründet, wird sich die Klientin nicht mehr als Objekt einer Behandlung sondern als Handelnde im eigenen Entwicklungsprozess erleben. Die Mitarbeiterin wird sich mit der gebotenen professionellen Distanz dafür zur Verfügung stellen können, ohne ihre eigenen Grenzen zu überschreiten. Es kommt zu einer „personalen Begegnung“ (19), so dass die Klientin die Heilkraft der professionellen Bemühungen nutzen kann. Gleichzeitig wird sich eine Arbeitsqualität im Team entwickeln, die unter allen Beteiligten wechselseitige wohlwollende Rückmeldungen und Unterstützungsprozesse zulässt. Dadurch wächst die Solidarität im Team und problemerzeugende Beziehungsfällen können aufgelöst werden. Alleingänge von Mitarbeiterinnen, die verdeckt einem Behandlungskonzept nicht zustimmen, werden dann seltener und kommunizierbar.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass seit den 1980er Jahren Achtsamkeit Eingang in die empirische Psychotherapieforschung fand. Die Wirksamkeit von Achtsamkeitsübungen für die Verbesserung körperlicher und psychischer Erkrankungen wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen (20). Nach Ansicht der Autorinnen stellen diese Therapieprogramme nützliche Skill-Trainings dar, mit denen sich für Klientinnen ein Handlungsspielraum für weitergehende Entwicklungsimpulse eröffnet. Die hier beschriebene Achtsamkeitsbasierte Gesprächsführung geht jedoch darüber hinaus.

*Atmen Sie zum Abschluss bewusst dreimal tief EIN und AUS ohne an etwas anderes zu denken.*

*Die nächsten drei Atemzüge machen Sie dasselbe. Bei AUS ziehen Sie jedoch Ihre Mundwinkel zu den Ohren.*

*Die folgenden drei Mal ziehen Sie bei AUS die Mundwinkel zu den Ohren und schauen jemand an. Bemerken Sie, wie sich Ihre und die Stimmung der Anderen verbessert.*

Sie werden sich fragen, wo und wie Sie das hier Benannte erlernen und üben können. Die Akademien der psychiatrischen Landeskrankenhäuser bieten Seminare zu Achtsamkeitsbasierter Gesprächsführung und Achtsamkeit an. Diese sind hochqualifiziert und ermöglichen einen ersten Einstieg in die Thematik. Es bedarf jedoch längerfristig disziplinierter weiterführender Übungsmöglichkeiten, um das Beschriebene sicher zu beherrschen. Dort finden Sie in kollegialen Übungen zu (institutionenübergreifenden) Kontakten, die Sie über das Seminar hinaus ins Leben rufen können. Ebenso gibt es zahlreiche Angebote kirchlicher und privater Träger. Die Autorinnen vermitteln Ihnen gern Adressen seriöser Anbietern.

## Literatur

- 1.1 86 % der Pflegekräfte in Krankenhäusern sind weiblich, diese Zahlen werden 2017 durch verschiedene Studien bestätigt:  
[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/.../zdw/2012/PD12\\_010\\_p002.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/.../zdw/2012/PD12_010_p002.html)  
aufgerufen am 30.07.2018
- 1.2 71% der Psychotherapeutinnen sind weiblich (Bundespsychotherapeutenkammer Stand 2014) 70% der Patientinnen sind weiblich. *Spiegel* 12.04.2016:  
<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/psychotherapie-mangelware-maennlicher-therapeut-a-1069747.html>  
aufgerufen am 30.07.2018
- 2.1 Laut Bericht der AOK vom 14.09.17 sind in den letzten 10 Jahren die Krankheitstage aufgrund psychischer Erkrankungen um 79% gestiegen und betragen i.d.R. 25 Tage durchschnittlich. Andere gesetzliche Krankenkassen (DAK, BEK,TK) berichten ähnliche Zahlen:  
<http://psyga.info/psychische-gesundheit/daten-und-fakten/>  
aufgerufen am 30.07.2018
- 2.2 Schmidbauer,W. (2017). Raubbau an der Seele. München: Oekom.

- 3.1 Die 5 Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grawe:  
<https://psychiatrietogo.de/2012/02/04/die-5-wirkfaktoren-der-psychotherapie-nach-klaus-grawe/>  
aufgerufen am 30.07.2018
- 3.2 Grawe, K. , Donati R. und Bernauer, F. (2001). Psychotherapie im Wandel. Göttingen: Hogrefe.
- 3.3. Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2005). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield`s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (S139-193). New York: Wiley.
- 3.4 Lammers, C-H. (2017). Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. Techniken der Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz.
4. Bukay, J. (2009) . Geschichten zum Nachdenken. Frankfurt: Fischer.
- 5.1 Rogers, C.R. (1961). On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin.
- 5.2 Rogers, C.R. (2006). Die Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta.
6. Bays, J. C. (2015). Achtsam durch den Tag. Oberstdorf: Wildpferd.
7. Tolle, E. (2016). Jetzt! Die Kraft der Gegenwart. Ein Leitfaden zum spirituellen Erwachen. Kamphausen: Bielefeld.
8. Buddah Zitate:  
<http://www.sasserlone.de/zitat/2560/buddha/>  
aufgerufen am 30.07.2018
- 9.1 Bodian, S. (2007). Meditation für Dummies. Weinheim: Wiley.
- 9.2 Monkey Mind - Schlüsselbegriffe - achtsam leben.  
<https://www.achtsamleben.at/schlueselbegriffe-2/>  
aufgerufen am 30.07.2018
- 10.1 Thich Nhat Hanh (2014). Achtsam sprechen, achtsam zuhören. Die Kunst der bewussten Kommunikation. Barth: München. Thich Nhat Hanh (2016). Four Mantras.  
[https://www.youtube.com/watch?v=1th\\_cAuv6cg](https://www.youtube.com/watch?v=1th_cAuv6cg)  
aufgerufen am 30.07.2018
- 10.2 Thich Nhat Hanh (2016). Four Mantras. [https://www.youtube.com/watch?v=1th\\_cAuv6cg](https://www.youtube.com/watch?v=1th_cAuv6cg)  
aufgerufen am 30.07.2018.
11. Hofmeister, B. (2010). To cut a long story short. *PersonCentered and Experiential Psychotherapies*, 9(1), 1–13.
12. Rogers, C.R. (1989). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GwG:
13. Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (1998). Prä-Therapie. Klientenzentrierte Therapie mit psychisch erkrankten und geistig behinderten Menschen. Stuttgart: Klett-Cotta.
14. Thich Nhat Hanh (2012). Compassionate listening:  
<https://www.youtube.com/watch?v=lyUxYflkhzo>  
aufgerufen am 31.7.2018
15. Schmid, P.F. (1994). Im Augenblick. Gegenwärtigkeit als Bedingung für Begegnung. In Schmid, P.F. Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. S. 201-244. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
16. Weinberger, S. (2013). Klientenzentrierte Gesprächsführung: Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. Weinheim: Beltz Juventa.
17. Finke, J. (2009). Gesprächspsychotherapie: Grundlagen und spezifische Anwendungen. Stuttgart: Thieme.
18. Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). Schematherapie: Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- 19.1 Schmid, P.F. (1994). Von Angesicht zu Angesicht. Personale Begegnung als Personzentrierte Grunddimension. In Schmid, P.F. Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. S. 245-296. Köln: Edition Humanistische Psychologie
- 19.2 Schmid, P.F. (2007). Begegnung von Person zu Person. Die anthropologischen Grundlagen personzentrierter Therapie. In Kriz, J. & Sluneko, T. Gesprächstherapie. Die therapeutische Vielfalt des Personzentrierten Ansatzes. S. 37-48. Wien: Facultas

- 19.3 Buber, M. (1978). Begegnung. Heidelberg: Lambert.
- 20.1 Linehan, M. (1996). Dialektisch.Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- 20.2 Siegel, D.J. (2008). The mindful brain. The neurobiology of well-being. Audio-CD. Verlag Sounds True Inc
- 20.3 Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2012). [Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten: Das Therapeutenmanual - Inklusive Keycard zur Programmfreischaltung. Stuttgart: Schattauer.](#)
- 20.4 Kabat-Zinn, J. (2013). Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR. München: Knaur MensSana.
- 20.5 Segal, Z.V., Williams, J. & Teasdale, J. (2015). Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention. Tübingen: DGVT.
- 20.6 Mander, J. et al. (2018). Achtsamkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Psychotherapeutenjournal 2/2018. S. 106-113.

## **Autorinnen**



Dr. phil. Dipl.-Psych. Beate Hofmeister,

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen als Verhaltenstherapeutin, Lehrtherapeutin für Verhaltenstherapie und Klientenzentrierte Psychotherapie ( Gesprächspsychotherapie). Direktorin des Institut für Personzentrierte Psychologie Heidelberg. [www.beate-hofmeister.de](http://www.beate-hofmeister.de)



Dr.sc.hum. Dipl.-Psych. Liesa Büche,

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen als Verhaltenstherapeutin, Lehrtherapeutin in Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. [www.liesa-bueche.de](http://www.liesa-bueche.de)