

LAURA MILOJEVIC

ERWEITERUNG DES INNEREN TEAMS UM DAS ACHTSAME SELBSTMITGEFÜHL IN DER SYSTEMISCHEN ARBEIT MIT GRUPPEN



IN MEINER ARBEIT mit Klientinnen¹, die wegen „emotionalem Essen mit Essanfällen“ zu mir kommen, hat es sich bewährt, möglichst früh im Therapieprozess eine funktionale Analyse des geschilderten Problemverhaltens durchzuführen und in

Form eines Teufelskreismodells auf einem Flipchart zu veranschaulichen. Dies soll dabei helfen, Faktoren für die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung der Essanfälle ausfindig zu machen und erste Ansätze für Ausstiegsmöglichkeiten zu erarbeiten. Während die initiale Phase eines Essanfalls zu Spannungsreduktion und Befriedigung führt und daher meist positiv erlebt wird, kommt es nach dem Essanfall sehr häufig zu Schuld- und Schamgefühlen, oftmals auch Ekel angesichts des eigenen Essverhaltens, verbunden mit Selbstkritik, Selbstentwertung bis hin zu massiver Selbstverachtung. Das daraus abgeleitete negative Selbstbild schädigt das Selbstwertgefühl, führt zu sozialem Rückzug und hält langfristig gesehen den Teufelskreis aufrecht, zumal Essanfälle für viele Betroffene die einzige Bewältigungsstrategie sind.

Auf meiner Suche nach geeigneten Methoden zur Emotionsregulation und Stärkung der Selbstakzeptanz bin ich auf das Thema „Mitgefühl“ bzw. „achtsames Selbstmitgefühl“ gestoßen, das vor allem beim Umgang mit schwierigen Gefühlen helfen soll und explizit für jene Menschen empfohlen wird, die mit Selbstkritik, Schuld- und/oder Schamgefühlen kämpfen. Selbstbeschreibungen meiner Klientinnen, wie z. B. „ein sehr gieriger Teil in mir“ oder „meine kritische Stimme“, haben mich auf die Idee gebracht, mit dem inneren Team zu arbeiten und diese Intervention um das „achtsame Selbstmitgefühl“ zu erweitern.

DAS INNERE TEAM

Das „System der inneren Familie“ (Internal Family System = IFS) von Richard Schwartz (2004) ist ein Modell für die Multiplizität der menschlichen Psyche und stellt einen systemischen Therapieansatz mit intrapsychischem Fokus dar. Laut Schwartz kann man sich dieses innere System analog zu einer Großfamilie vorstellen, „als innere Menschen mit unterschiedlichem Alter, Temperament, verschiedenen Talenten und Wünschen.“ (Schwartz, 2004, S. 93f) Neben einer unbestimmten Anzahl von Teilen gibt es im Kern noch ein Selbst, das den Sitz des Bewusstseins darstellt. Grundsätzlich sind alle Teile wertvoll und an einer konstruktiven Zusammenarbeit interessiert. Schwartz organisiert die Teile in drei Gruppen: Verbannte, Manager und Feuerbekämpfer. Zu den Verbannten gehören die sensibelsten und jüngsten Teile, die die biographisch erlittenen Schmerzen gespeichert haben. Die Manager werden als schützend und strategisch beschrieben, wobei es ihr oberstes Ziel ist, die Sicherheit aufrechtzuerhalten. Werden Verbannte aktiviert, treten die Feuerbekämpfer in Aktion und reagieren dermaßen heftig, dass die Person „nichts anderes mehr fühlt als einen drängenden Zwang, sich einer dissoziativen oder selbsttröstenden Aktivität hinzugeben“ (Schwartz, 2004, S. 85). Dies äußert sich in Symptomen wie z. B. Selbstverletzungen, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, Essanfällen oder Promiskuität. Das Therapieziel ist die Wiederherstellung des Gleichgewichts und der Harmonie im inneren System durch Abgrenzung des Selbst von den Teilen, sodass es wieder die Führung übernehmen kann, was man laut Schwartz daran erkennt, dass Klientinnen „beschreiben, sich zentriert zu fühlen, ein Zustand von ruhigem Wohlbefinden und Unbeschwertheit [...] Dieser Zustand ähnelt dem, wie Menschen eine Meditation beschreiben, [...] einen Zustand, den Buddhisten Achtsamkeit nennen“ (Schwartz, 2004, S. 65f). Die Parallelen zum Buddhismus waren somit auch Schwartz durchaus bewusst. In der Achtsamkeitspraxis gibt es eine Reihe von Übungen, die dazu geeignet sind, die nötigen Bedingungen zu schaffen, um den Zustand der Selbstführung zu erlangen. Eine der Basisübungen ist die Atemmeditation, bei der es um fokussierte Aufmerksamkeit geht, die es dem Selbst

¹ Anmerkung: Ich verwende in diesem Artikel ausschließlich die weibliche Form, einerseits aus Gründen der leichteren Lesbarkeit, andererseits weil es fast ausnahmslos Frauen sind, die wegen ihres problematischen Essverhaltens in meine Praxis kommen. Selbstverständlich ist aber auch immer „der Therapeut“ und „der Klient“ gemeint. Bitte die männliche Form jeweils dazu denken.

ermöglicht, in den Vordergrund des Bewusstseins zu gelangen.

ACHTSAMKEIT

Vipassana, auch Einsichts-Meditation genannt, zählt zu den ältesten buddhistischen Meditationspraktiken und ist „eine direkte und allmähliche Kultivierung von Achtsamkeit und Bewusstheit. [...] Es ist ein Prozess der Selbstentdeckung, eine teilnehmende Beobachtung, bei der Sie Ihre eigenen Erfahrungen beobachten, während Sie daran teilhaben, wie sie sich ereignen“ (Gunaratana, 2000, S. 40f). Achtsamkeit lenkt unsere Aufmerksamkeit absichtsvoll und ohne zu werten auf den Strom der Wahrnehmungen, statt unseren Interpretationen davon zu glauben. Daher wird Achtsamkeit oft auch als akzeptierendes Gewahrsein unserer gegenwärtigen Erfahrung beschrieben. Das besondere Potential einer regelmäßigen Achtsamkeitspraxis liegt in der systematischen Trennung des Beobachters vom Beobachteten. Achtsamkeitsübungen bereichern die psychotherapeutische Arbeit, indem die erhöhte Konzentration und Bewusstheit dabei hilft, Gedanken und Gefühle besser wahrzunehmen, während die innere Haltung der Akzeptanz eine größere Affekttoleranz ermöglicht. Dies gilt für Therapeutinnen wie auch für Klientinnen.

DEFINITION MITGEFÜHL

Die am meisten zitierte Definition für Mitgefühl stammt vom Dalai Lama: „Mitgefühl ist die Empfindsamkeit gegenüber dem eigenen Leid und dem anderer Menschen mit einer tiefen Hingabe, dieses zu lindern“ (Gilbert, 2013, S. 16). Dennoch gibt es in der Literatur kein einheitliches Konzept für die Beschreibung bzw. das Verständnis von Mitgefühl. Die Unterschiede der drei in dieser Arbeit beschriebenen Zugänge werden von MacBeth und Gumley (2012) wie folgt beschrieben: Im Buddhismus wird Mitgefühl nicht als Emotion gesehen. Wesentlich sind vielmehr die Zuwendung und das absichtsvolle Handeln, um zwischenmenschliches Leid zu lindern. Kristin Neff versteht Selbstmitgefühl als eine gesunde Einstellung und Beziehung zu sich selbst.

Paul Gilbert beschreibt Mitgefühl als Motivationssystem, das sich entwickelt hat, um negative Affekte zu regulieren, indem man auf eigene Gefühle oder die anderer Menschen eingeht und dabei Wärme und Sicherheit vermittelt.

DEFINITION SELBSTMITGEFÜHL

Kristin Neff gilt als Pionierin im Bereich der wissenschaftlichen Erforschung des Selbstmitgefühls und beschreibt in ihrem Modell (Neff, 2012) drei Hauptkomponenten:

1. *Selbstfreundlichkeit* – Mitgefühl für uns selbst lässt uns auf Rückschläge und Schwierigkeiten im Leben verständnisvoll und warmherzig reagieren, ohne uns dafür zu kritisieren oder zu verurteilen.
2. *Verbindende Humanität* – Im Unterschied zum Selbstmitleid, das nur sich selbst wahrnimmt („Ich Arme/r!“), erinnert uns das Selbstmitgefühl daran, dass alle Menschen Schwächen haben, Fehler begehen und leidvolle Erfahrungen machen.
3. *Achtsamkeit* – Mithilfe von Achtsamkeit können wir schmerzliche Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen mit Gleichmut annehmen, statt den Schmerz zu ignorieren oder zu übertreiben.

SELBSTMITGEFÜHL-SKALA

Während die Wirkung von Achtsamkeit bereits seit etwa 30 Jahren beforscht wird, ist das Thema Mitgefühl bzw. Selbstmitgefühl erst Anfang 2000 in den Mittelpunkt wissenschaftlichen Interesses gerückt. Bei den meisten Untersuchungen zum Thema Selbstmitgefühl kommt die von Kristin Neff entwickelte Selbstmitgefühl-Skala zum Einsatz. Es handelt sich hierbei um einen Fragebogen zur Selbsteinschätzung. Dieser erfasst in sechs Kategorien die Schlüsselemente des Selbstmitgefühls. Zu den sechs Subskalen zählen die drei bereits beschriebenen Kernkomponenten sowie ihre jeweiligen Gegensätze:

1. Selbstverurteilung wird der Selbstfreundlichkeit entgegengesetzt. Anstatt in schwierigen Situationen verständnisvoll mit sich selbst umzugehen, neigen viele Menschen eher dazu, sich zu kritisieren und zu verurteilen, was das Leiden zusätzlich verschlimmert.

2. Isolation ist das Gegenteil von Verbundenheit. Wer ständig auf seine Schwächen fokussiert, wird von eigenen Gefühlen der Unsicherheit und Unzulänglichkeit absorbiert und erlebt die Welt durch einen emotionalen Tunnelblick.
3. Überidentifizierung als Gegenteil von Achtsamkeit führt zu emotionaler Reaktivität.

Insgesamt werden 26 Items abgefragt und anschließend den 6 Subskalen zugeordnet. Daraus wird in weiterer Folge der Durchschnittswert für das Selbstmitgefühl ermittelt, wobei sich Werte von 1 bis 5 ergeben und eine grobe Einteilung ermöglichen in „wenig Selbstmitgefühl“ (1–2.5), „moderates Selbstmitgefühl“ (2.6–3.5) sowie „hohes Selbstmitgefühl“ (3.6–5).

MINDFUL SELF-COMPASSION (MSC) TRAINING

Christopher Germer und Kristin Neff haben ein Programm zur Kultivierung von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl entwickelt, genannt „Mindful Self-Compassion“ (MSC), zu deutsch „achtsames Selbstmitgefühl“. Ziel dieses Trainings ist es, das Selbstmitgefühl als innere Ressource zu etablieren, um aus dem destruktiven Kreislauf emotionaler Reaktivität auszusteigen und stattdessen jene emotionale Resilienz zu entwickeln, die wir brauchen, um die Herausforderungen des täglichen Lebens sicher bewältigen zu können. Das MSC-Training besteht aus verschiedenen Meditationspraktiken sowie 18 Selbstmitgefühl-Übungen, die in achtwöchigen Sitzungen von zwei Stunden vermittelt werden. Zusätzlich gibt es eine vierstündige Einheit in Stille und die Empfehlung, täglich zu Hause zu üben. Während die Aufmerksamkeit in der Achtsamkeitsmeditation auf ein bestimmtes Objekt gerichtet wird (z. B. auf den Atem oder auf den Kontakt der Füße mit dem Boden), konzentriert man sich bei den Selbstmitgefühl-Übungen auf die leidende Person und wiederholt bestimmte Sätze, die die drei Kernkomponenten des Selbstmitgefühls zum Ausdruck bringen. Laut Germer und Neff kann das MSC-Training als Begleitprogramm zu einer bestehenden Psychotherapie angeboten werden oder auch direkt in der psychotherapeutischen Arbeit zum Einsatz kommen. Entweder passt man einzelne Übungen an die Bedürfnisse und Situation der Klientin an, oder die Therapie-

tin dient als Vorbild durch Vermittlung einer mitfühlenden Haltung (Germer & Neff, 2013).

STUDIEN ZUM THEMA SELBSTMITGEFÜHL

An dieser Stelle möchte ich einen kleinen Auszug aus den unterschiedlichen Forschungsbereichen zum Selbstmitgefühl vorstellen und dabei vor allem die von Kristin Neff vorgenommene Differenzierung der Auswirkungen von Selbstmitgefühl und Selbstwertgefühl aufzeigen.

Neff und Vonk (2009) haben in einer Studie mit über 2000 Teilnehmerinnen die Wirkung von Selbstmitgefühl und Selbstwertgefühl verglichen. Selbstmitgefühl stand im Zusammenhang mit einem stabileren Gefühl der Selbstachtung, das im Vergleich zum Selbstwertgefühl weniger von bestimmten Ergebnissen wie z. B. Aussehen oder beruflichem Erfolg abhängig war. Im Gegensatz zum Selbstwertgefühl war Selbstmitgefühl stärker negativ assoziiert mit sozialen Vergleichen, Selbstevaluation und Gedankenkreisen hinsichtlich Bewertungen durch andere. Ein hohes Selbstwertgefühl hingegen war positiv assoziiert mit Narzissmus. In diesem Zusammenhang betonen Gilbert und Irons (2005), dass Selbstmitgefühl das Wohlbefinden verbessert, indem es zwischenmenschliche Verbundenheit und ein Gefühl der Sicherheit stärkt, während das Selbstwertgefühl auf soziale Rangfolge fokussiert und Unterschiede zu und Trennung von anderen betont. Eine australische Longitudinalstudie (Marshall et al, 2015) mit Jugendlichen der 9. und 10. Schulstufe untersuchte die Auswirkung von Selbstmitgefühl und Selbstwertgefühl auf die psychische Gesundheit im Verlauf von zwei Jahren. Dabei zeigte sich eine Schutzwirkung des Selbstmitgefühls. Bei Jugendlichen mit ausgeprägtem Selbstmitgefühl hatte ein niedriges Selbstwertgefühl nur wenig Einfluss auf ihre zukünftige psychische Gesundheit, während bei geringem Selbstmitgefühl ein niedriges Selbstwertgefühl zu einer signifikanten Verschlechterung der psychischen Gesundheit führte. In einer weiteren Studie (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007) beobachtete man die Veränderung des Selbstmitgefühl-Levels bei Psychotherapie-Klientinnen über einen Zeitraum von einem Monat. Ein Anstieg des Selbstmitgefühls war verbunden mit einer Abnahme von Selbstkritik, Depression, Rumina-

tion und Angst. Selbstmitfühlende Klientinnen erlebten mehr Freude, Optimismus, Neugier und positive Stimmungen als Personen mit mangelndem Selbstmitgefühl. In einer randomisierten, kontrollierten Studie von Neff und Germer (2013) zeigte sich bei den Teilnehmerinnen des MSC-Programms ein signifikanter Anstieg des Selbstmitgefühls, der Achtsamkeit, des Mitgefühls für andere sowie der Lebenszufriedenheit bei gleichzeitiger Abnahme von Depressionen, Ängsten, Stress und Emotionsvermeidung. Diese Verbesserungen hielten auch nach einem Jahr noch an, wobei die Lebenszufriedenheit zu diesem Zeitpunkt sogar signifikant angestiegen war. Die Autoren sehen dies als Beweis dafür, dass eine anhaltende Selbstmitgefühl-Praxis die Lebensqualität im Laufe der Zeit verbessern kann.

COMPASSION FOCUSED THERAPY (CFT)

Die „Compassion Focused Therapy“ (CFT, „Mitgefühl-fokussierte Therapie“) wurde von Paul Gilbert (2013) entwickelt als Resultat seiner Beobachtungen, dass viele seiner Klientinnen mit komplexen psychischen Problemen stark unter Schamgefühlen und Selbstverurteilungen litten. Obwohl sie in der Therapie auf der kognitiven Ebene neue Sichtweisen einnehmen konnten, gelang es ihnen nicht, dies auch auf der emotionalen Ebene nachzuvollziehen, da es ihnen unmöglich war, sich selbst gegenüber eine freundliche und fürsorgliche Haltung einzunehmen. Die CFT geht davon aus, dass Selbstbewertungen von den selben Gehirnarealen verarbeitet werden wie Bewertungen von sozialen oder interpersonellen Prozessen. Das stark vereinfachte CFT-Modell dieser Systeme besteht aus drei zentralen Emotionsregulationssystemen: aus dem Bedrohungs- und Selbstschutzsystem, dem anreiz- und belohnungssuchenden Antriebsregulationssystem sowie dem Besänftigungs-, Zufriedenheits- und Sicherheitssystem. Die CFT versteht sich als multimodale Therapie, basierend auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen und erweitert um verschiedene Konzepte und Elemente aus anderen Therapien. Hinsichtlich der therapeutischen Interventionen finden sich viele Parallelen zur systemischen Therapie, wie z. B. Erforschen der Fühl-Denk-Verhaltensmuster, Stuhlarbeit, Teile-Arbeit, Arbeiten mit inneren

Bildern und Hausaufgaben. Spezifisch für die CFT sind z. B. mitgefühlsfokussierte Imaginationen, Verdeutlichung von Sicherheitsstrategien und die Unterscheidung zwischen schambasierter Kritik und mitfühlender Selbstkorrektur. Gemeinsamkeiten gibt es auch bezüglich der Kontextualisierung von Problemen, die in der systemischen Therapie positiv „als Lösungsversuche für anstehende Aufgaben, als eigentlich stimmige Schlussfolgerungen aus früheren Lebenserfahrungen“ konnotiert werden (Schwing & Fryszer, 2012, S. 168). Die CFT sieht sich ebenfalls als „*depathologisierenden Ansatz, der sich mehr auf die (phänotypischen Variationen in) adaptiven Reaktionen auf schwierige Umweltsituationen konzentriert*“ (Gilbert, 2013, S. 32) und zusätzlich Bezug nimmt auf die Affektregulationssysteme durch Reframing von Problemen/Symptomen als Sicherheitsstrategie.

COMPASSIONATE MIND TRAINING (CMT)

Während es in der CFT um die Theorien und Prozesse geht, die die Anwendung von Mitgefühl in der Psychotherapie untermauern, beschreibt das gruppentherapeutische Programm „Compassionate Mind Training“ (CMT, „Training mitfühlenden Denkens“) spezifische Übungen, die für die Entwicklung von mitfühlenden Eigenschaften und Fertigkeiten geeignet sind. Die Grundannahme dabei ist, dass „*moderne Gesellschaften auf vielfältige Art sowohl unser Bedrohungssystem (unsicheres Arbeitsverhältnis, Immobilienkrise, Armut) als auch unser Antriebsystem („ich will mehr und muss mehr tun“) stimulieren, was verheerende Auswirkungen in Bezug auf unser Bedürfnis nach Verbundenheit und unseren Fokus auf sozialen Vergleich hat.*“ (Gilbert, 2013, S. 65) Bedrohungen, Angst und Wut können dazu führen, „*dass man sich nur allzu leicht in Schleifen bestimmter Gedankengänge, mentaler Bilder und Gefühle verfängt.*“ (Gilbert, 2013, S. 168) Das CMT fokussiert daher auf die „*physiologische Regulation mittels Übungen, die bestimmte Arten und Muster von positivem Affekt hervorbringen sollen, welche Sicherheitsgefühl, das Empfinden von Bestärkung sowie Wohlbefinden steigern und das Bedrohungssystem herunterregeln.*“ (Gilbert, 2013, S. 167) Zu den wesentlichen Aspekten und Attributen von Mitgefühl, die

im CMT vermittelt werden, zählen: Sorge um das Wohlergehen, Sensitivität, Stresstoleranz, Empathie und Nicht-Bewerten. Zu den Kernübungen zählen: Schreiben von mitfühlenden Briefen, Beantworten von Selbstkritik mit Selbstmitgefühl, mitfühlendes Denken über das Selbst bzw. über andere sowie mitgefühlsfokussierte Imaginationsübungen.

STUDIEN ZUM THEMA COMPASSION FOCUSED THERAPY

In einer Studie von Gilbert und Procter (2006) führte das CMT über einen Zeitraum von 12 Wochen zu einer signifikanten Reduktion bei Depressionen, Ängsten, Selbstkritik, Unterlegenheits- und Schamgefühlen sowie submissivem Verhalten. Ein aktuelles systematisches Re-

MENSCHEN MIT EINEM GESTÖRTEM ESSVERHALTEN BZW. ESSSTÖRUNGEN VERSUCHEN OFT, SCHWIERIGE GEFÜHLE WIE WUT, ANGST, SCHAM, DEPRESSION UND EINSAMKEIT MIT ESSEN ZU REGULIEREN, UM SICH ZU TRÖSTEN UND ZU BERUHIGEN.

view (Leaviss & Uttley, 2015) über den Nutzen der CFT in der Psychotherapie kommt zu dem Schluss, dass Stress reduziert, positive Affekte verstärkt, negative Affekte reduziert und Gehirnareale aktiviert werden, die mit der Emotionsverarbeitung und Empathie in Zusammenhang stehen. Entscheidend für den erfolgreichen Einsatz von mitgefühlsfokussierten Interventionen ist die verständliche Vermittlung der Bedeutung und der Eigenschaften von Mitgefühl. Die CFT führte vor allem bei depressiven und stark selbstkritischen Klientinnen zu einer Verbesserung der Symptomatik.

Der Einsatz der CFT wurde auch in der Therapie von Essstörungen untersucht (Gale et al, 2014). Selbstkritik wird darin als unabhängiger und starker Prädiktor für die Entstehung einer Essstörungssymptomatik angeführt. Menschen mit Essstörungen zeigten nicht nur einen starken Hang zur Selbstkritik, sondern auch zu Schamgefühlen. Die CFT beeinflusste daher sowohl die Psychopatho-

logie als auch die Symptomatik von Essstörungen und führte zu einer signifikanten Verbesserung der Symptomatik vor allem bei Bulimie (73 % der Fälle, im Vergleich zu 30 % bei atypischen Essstörungen und 21 % bei Anorexie). Eine weitere Studie geht auf den Zusammenhang zwischen Essen und Emotionsregulation ein (Gilbert et al, 2014). Menschen mit einem gestörten Essverhalten bzw. Essstörungen versuchen oft, schwierige Gefühle wie Wut, Angst, Scham, Depression und Einsamkeit mit Essen zu regulieren, um sich zu trösten und zu beruhigen. Soziale Stigmatisierung führe bei übergewichtigen Personen häufig zu Schamgefühlen und Selbstkritik, was die Tendenz sich zu überessen bzw. Essen als Beruhigungsstrategie einzusetzen erhöhe. Freundlichkeit, Unterstützung und Mitgefühl von anderen sowie Selbstmitgefühl

bieten daher neue, hilfreiche Möglichkeiten zur Emotionsregulation. Goss und Allan (2009) fanden ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Emotionsvermeidung und Intensität von Essfällen, während negative Selbstüberzeugungen die Häufigkeit des Erbrechens bei Bulimie voraussagen konnten. In ihrer Studie wurde die CFT auch als Gruppenprogramm angeboten. Die Teilnehmerinnen führten die soziale Unterstützung und Akzeptanz in der Gruppe als entscheidende Genesungsfaktoren an. Einerseits fühlten sie sich nicht mehr allein, isoliert und „sonderbar“, andererseits erlebten sie sich als Hilfe und Unterstützung für andere, was ihre Selbstwirksamkeit stärkte.

GRUPPENKONZEPT

Das von mir entwickelte Gruppenkonzept wird als „Achtsam Essen Folgekurs“ in meiner Praxis angeboten. Es handelt sich dabei um eine geschlossene Gruppe von maximal 6 Klientinnen mit wöchentlichen Sitzungen von 2,5 Stunden über einen Zeitraum von 6 Wochen. Das gemeinsame Thema der Klientinnen ist „Essen zur Emotionsregulation bzw. Selbstberuhigung“, wobei sich dies in unterschiedlichen Störungsbildern äußert. Voraussetzung für die Teilnahme an dem Kurs ist die Absolvierung des „Achtsam Essen Basiskurs“, in dem das Grundwissen über die Achtsamkeitspraxis vermittelt

wird. Der Fokus im Basiskurs ist die Veränderung der Beziehung zum Essen, während es im Folgekurs um die Veränderung der Beziehung zu sich selbst geht.

In der **1. Kurseinheit** wird das Modell der Emotionsregulationssysteme von Paul Gilbert vorgestellt, um den Klientinnen einen neuen Blick auf ihre geschilderte Symptomatik im Sinne einer Depathologisierung zu ermöglichen, was gleichzeitig ein Reframing vom „Problem“ zur „Sicherheitsstrategie“ erlaubt. Diese Unterschiedsbildung soll es den Klientinnen in weiterer Folge leichter machen, sich mit dem schwierigen Thema der Emotionsregulation auseinander zu setzen und diesbezüglich auch die besondere Bedeutung des „Besänftigungs-, Zufriedenheits- und Sicherheitssystem“ zu verstehen.

In der **2. Kurseinheit** werden die Klientinnen mithilfe von Illustrationen und kurzen Erläuterungen in das Denkmodell des „inneren Teams“ eingeführt. Eine Diskussion mit eigenen Beispielen aus der Gruppe soll das Modell der Multiplizität der Psyche für die Klientinnen nachvollziehbar machen. Gemeinsam werden dann „die Perfektionistin“, „die Antreiberin“ sowie „die Kritikerin“ mit Bezug zum Thema Essen herausgearbeitet und die jeweiligen Fühl-Denk-Verhaltensmuster differenziert. Danach wird das Thema „achtsames Selbstmitgefühl“ erstmalig eingeführt. Hierfür wird zunächst eine Externalisierung der Kritikerin als problemaktualisierende Methode genutzt, und anschließend eine Selbstmitgefühl-Übung eingesetzt, um die Klientinnen wieder zu beruhigen und zu stabilisieren.

Zwischen der 2. und 3. Kurseinheit findet zusätzlich ein **therapeutisches Einzelgespräch** (90 Minuten) statt. Dabei wird eine konkrete Situation, in der sich das problematische Essverhalten zeigt, anhand des IFS-Modells von Richard Schwartz erarbeitet und die beteiligten inneren Anteile grafisch dargestellt. Dies soll zu einer besseren Integration der Kursinhalte beitragen, indem die Klientinnen anhand ihrer persönlichen Grafik erforschen, welcher innere Anteil besondere Unterstützung durch einen mitfühlenden Teil benötigt, um die geschilderte Situation leichter bewältigen zu können.

Das Konzept des „achtsamen Selbstmitgefühls“ wird in der **3. Kurseinheit** ausführlich besprochen sowie die Verbindung zum Emotionsregulationssystem hergestellt.

Imaginationsübungen unterstützen das Erforschen des Umgangs mit anderen im Vergleich zum Umgang mit sich selbst.

Dem Thema „Angst vor Mitgefühl“ wird in der **4. Kurseinheit** sehr viel Raum gegeben, um diesbezügliche Bedenken klären zu können. Weitere Differenzierungen zwischen Selbstmitgefühl und Selbstwertgefühl sowie Selbstmitgefühl und Selbstkritik werden mittels Psychoedukation vermittelt, in der Großgruppe reflektiert und anschließend durch Imaginationsübungen emotional erfahrbar gemacht, indem nach entsprechender Problemmaktualisierung jeweils eine andere Selbstmitgefühl-Übung zur Beruhigung vorgestellt wird.

Erst in der **5. Kurseinheit** wird die Beziehung zum eigenen Körper durch die „mitfühlende Brille“ erforscht. Die **6. Einheit** dient zum großen Teil der Evaluierung – einerseits mittels Reflexion (Zweiergruppen und Großgruppe) und anschließendem Schreiben eines mitfühlenden Briefes an sich selbst, andererseits wird, wie auch in der 1. Einheit, die Selbstmitgefühl-Skala ausgefüllt.

Um die „Beobachter-Perspektive“ mit Achtsamkeitsübungen zu stärken, erhalten die Teilnehmerinnen in der 1. Einheit eine CD mit verschiedenen, von mir angeleiteten Übungen, die eine regelmäßige Achtsamkeitspraxis zu Hause unterstützen sollen.

FALLDARSTELLUNG

Bei dieser Falldarstellung handelt es sich um einen Gruppenkurs in meiner Praxis mit fünf Teilnehmerinnen.

Frau A, 29 Jahre alt, Anliegen: „Selbstakzeptanz, Umgang mit Scham, Wut und Angst; Essanfälle loswerden“.

Frau B, 32 Jahre alt, Anliegen: „eigene Bedürfnisse wahrnehmen und ausdrücken; Selbstfürsorgestrategien erlernen anstatt zu essen“.

Frau C, 56 Jahre alt, Anliegen: „Strategien erlernen für den Umgang mit intensiven Gefühlen, anstatt zu essen“.

Frau D, 40 Jahre alt, Anliegen: „Wut und Ärger bei anderen Menschen aushalten können; Spannungsreduktion ohne Essanfall erlernen; Ausstieg aus Gedankenkreisen“.

Frau E, 24 Jahre alt, Anliegen: „Gefühle wahrnehmen und ausdrücken lernen, anstatt mit Essen zu betäuben“.

Das vereinfachte Modell der Emotionsregulation wurde von allen Teilnehmerinnen als ausgesprochen hilfreich bewertet, um sowohl das eigene Verhalten als auch die eigenen Gefühle besser einordnen zu können. Die drei Systeme wurden anhand der eigenen Geschichte erforscht (für jedes System: relevante Ereignisse/Personen? größte Bedrohung/Angst? tiefstes Verlangen/Bedürfnis?), was zu einer noch stärkeren Problemaktualisierung führte, wobei aber die abschließende Frage nach der daraus resultierenden „Überlebensstrategie“ zur Normalisierung beitrug und für eine erste Entspannung sorgte, da die Teilnehmerinnen ihrem heutigen Verhalten und Erleben einen Sinn geben konnten. Der Austausch in der Großgruppe unterstützte diesen Prozess noch zusätzlich.

Rückmeldung Frau B: „Das war jetzt eine steile Lernkurve. Das Modell ruft gleich einen großen Brocken in Erinnerung. Ich konnte aber gut folgen und bin jetzt geduldiger mit mir selbst.“

Die Stelle, an der das achtsame Selbstmitgefühl erstmalig eingeführt wurde, war gleichzeitig auch die Übung, die im gesamten Kurs die größte Unterschiedsbildung ermöglichte. Mittels Externalisierung wurden die Fühl-Denk-Verhaltensmuster der inneren Kritikerin gegenüber dem Selbst erforscht und anschließend die gleiche Situation („etwas, das in letzter Zeit schief gelaufen ist und wofür Sie sich sehr kritisiert haben“) noch einmal aktualisiert, diesmal aber mit einer Selbstmitgefühl-Übung kombiniert.

Rückmeldung Frau B: „Die besserwisserische Haltung der Kritikerin weckt Selbstzweifel in mir, die mich blockieren, sodass die Auseinandersetzung mit dem dahinterliegenden Thema nur sehr oberflächlich bleibt. Erst jetzt ist mir bewusst geworden, wieviel Energie die Kritikerin verbraucht. Das Selbstmitgefühl hat mir den Stress genommen. Ich war dann gedanklich bereit, mich dem eigentlichen Thema zuzuwenden und hatte mehr Ressourcen zur Verfügung.“

Rückmeldung Frau C: „Die Selbstmitgefühl-Übung war sehr beruhigend. Ich konnte mich dann dem Thema öffnen im Gegensatz zur vorigen Übung mit der kritischen Stimme, die zum Rückzug geführt hat.“

Rückmeldung Frau E: „Die Selbstmitgefühl-Übung hat geholfen, aus dem Drama auszusteigen.“

In einer späteren Kurseinheit wurde in einer Imaginationsübung zunächst das Bild eines mitfühlenden Selbst aufgebaut und anschließend Mitgefühl direkt an die innere Kritikerin geschickt. Auch diese Übung ermöglichte neue Erfahrungen und Sichtweisen, wie die folgenden Aussagen zeigen.

Rückmeldung Frau A: „Der kritische Teil war sehr wütend. Durch die mitfühlende Haltung hat er entdeckt, dass er sich danach sehnt loszulassen und wurde dann zunehmend friedlicher.“

Rückmeldung Frau D: „Die strukturierte Anleitung hilft mir, ein starkes Gefühl von Mitgefühl aufzubauen. Die mitfühlenden Sätze haben dazu geführt, dass die Kritikerin immer kleiner und kleiner und zum Schluss ganz ruhig wurde.“

An den Teilnehmerinnen fielen mir im Verlauf des Kurses eine zunehmende Selbstbewusstheit, mehr Gelassenheit, mehr Verbundenheit mit den anderen und ein sehr fürsorglicher und bestärkender Umgang miteinander auf. Sie konnten sich leichter öffnen und eine Neugier für ihr Verhalten entwickelten, wobei sie die Gruppe dafür nutzten, um voneinander zu lernen und sich gegenseitig zu motivieren.

RESÜMEE

Im Einzelsetting mit Klientinnen, die wegen eines „gestörten Essverhaltens“ zu mir kommen, wird eigentlich schon im Erstgespräch sehr schnell deutlich, wie sehr sie unter ihrem negativen Selbstbild leiden. Der daraus resultierende soziale Rückzug macht es ihnen umso schwerer, im Alltag korrigierende Beziehungserfahrungen zu machen. Als systemische Therapeutin bin ich natürlich bemüht, ressourcen- und lösungsorientiert zu arbeiten, habe jedoch bei dieser speziellen Thematik oftmals das Gefühl, dass eine Gruppe das bessere Setting wäre, weil sie genau jene Unterstützung ermöglicht, die im Alltag fehlt: akzeptiert, verstanden und wertgeschätzt zu werden von Menschen, die genau wissen, wie es ihnen geht. Nicht etwa, weil diese Personen „Expertinnen vom Fach“, also Therapeutinnen sind, sondern weil es Menschen sind, die mit den gleichen Problemen zu kämpfen haben; Menschen, die aus eigener Erfahrung „mitfühlen“ können.

Gleichzeitig bietet die Gruppe eine Analogie zum inneren Team, das ich als zentrale Interventionsmethode gewählt habe. Obwohl alle Teilnehmerinnen wegen ihres problematischen Essverhaltens gekommen waren, hatte jede von ihnen mit einem anderen Aspekt zu kämpfen. Genauso wie es auch im Inneren jeder Teilnehmerin unterschiedliche Stimmen zu ihrem Essverhalten gab. Als Therapeutin habe ich Modell gestanden für den neuen Anteil, der die Erweiterung des inneren Teams ermögli-

EINE WESENTLICHE VORAUSSETZUNG DAFÜR, DASS DIESER LERN- UND VERÄNDERUNGSPROZESS STATTFINDEN KANN, IST DIE AUTHENTISCHE VERMITTLUNG DES ACHTSAMEN SELBSTMITGEFÜHLS. ACHTSAMKEIT UND SELBSTMITGEFÜHL LERNT MAN ALLERDINGS NICHT AUS BÜCHERN.

chen sollte: das achtsame Selbstmitgefühl. Die Gruppe ist das System auf der äußeren Ebene und bietet jedem Mitglied neue Lernerfahrungen, die in weiterer Folge in das innere System integriert werden können.

Eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass dieser Lern- und Veränderungsprozess stattfinden kann, ist die authentische Vermittlung des achtsamen Selbstmitgefühls. Achtsamkeit und Selbstmitgefühl lernt man allerdings nicht aus Büchern. Eine achtsame und (selbst-)mitfühlende Haltung wird erst durch eine eigene Meditationspraxis erfahrbar. Diese Tatsache schränkt die Anwendbarkeit dieser Intervention auf jene Therapeutinnen ein, die sich für „achtsamkeitsbasierte Psychotherapie“ interessieren. „Achtsamkeitsbasiert“ als Übersetzung der englischen Bezeichnung „mindfulness-based“ meint hier, dass selbst praktizierende Therapeutinnen ihren Klientinnen die Achtsamkeitspraxis durch Anleiten von Übungen vermitteln. Diesbezüglich kamen auch sehr viele Rückmeldungen von den Teilnehmerinnen in der Gruppe: am meisten habe ihnen der Austausch mit den anderen geholfen, aber vor allem auch meine „mitfühlende Haltung“.

Es war sehr schön zu beobachten, wie die Teilnehmerinnen mit fortschreitendem Kurs viel achtsamer miteinander

umgegangen sind und beim Mitteilen von schwierigen Erfahrungen in den Reflexionsrunden mitfühlend auf einander eingehen konnten. Das hat auch wesentlich dazu beigetragen, ein sicheres, wohlwollendes Umfeld zu schaffen, was es den Teilnehmerinnen wiederum leichter gemacht hat, sich mit schwierigen Gefühlen auseinander zu setzen und zu lernen, diese auszuhalten und auszudrücken. Die Erweiterung des inneren Teams um das achtsame Selbstmitgefühl hat sich somit in dieser Gruppe sehr positiv auf die Fähigkeit zur Selbstberuhigung und den Umgang mit negativen Gefühlen ausgewirkt. Die emotionale Reaktivität konnte spürbar reduziert werden, wie auch das persönliche Resümee der Teilnehmerinnen zeigt:

Frau A: „Nehme meine Bedürfnisse besser wahr und bemerke es, wenn ich mich kritisiere. Selbstmitgefühl beruhigt und tröstet dann.“

Frau A: „Nehme meine Bedürfnisse besser wahr und bemerke es, wenn ich mich kritisiere. Selbstmitgefühl beruhigt und tröstet dann.“

Frau B: „Habe die Verbundenheit als neuen Aspekt für mich entdeckt. Bin viel stabiler und klarer. Essen ist nicht mehr wichtig.“

Frau C: „Selbstmitgefühl ermöglicht volle Selbstzuwendung.“

Frau D: „Mehr Achtsamkeit im Umgang mit mir selbst. Mich mitfühlend wichtig nehmen.“

Frau E: „Mehr emotionale Stabilität, besserer Umgang mit mir selbst. Bleibe nicht mehr im Kopf hängen. Gefühl, ein Netz unter meinem Hochseil aufspannen zu können.“

Diese Veränderungen zeigten sich auch bei der Auswertung der Selbstmitgefühl-Skala mit dem größten Unterschied in der Subskala „Verbindende Humanität“ mit einem durchschnittlichen Anstieg um 1.25 von maximal 5 Punkten. Die zweitstärkste Veränderung betrifft den Durchschnittswert für das Selbstmitgefühl mit einem Plus von 0.88, gefolgt von den Subskalen „Achtsamkeit“ (+0.85) bzw. „Isolation“ (-0.85) auf Platz drei. Diese „Rangfolge“ freut mich ganz besonders, da es meine ursprüngliche Intention war, den Klientinnen durch eine Gruppe zu ermöglichen, sich mit Gleichgesinnten „zu verbinden“, um zu erleben, dass sie mit ihrer Problematik nicht allein waren. Das Ergebnis dieser Evaluierung

interpretiere ich daher als Bestätigung meiner Hypothese, wenngleich mir natürlich bewusst ist, dass es vielzählige Wirkfaktoren in der Therapie gibt, die außerhalb des Settings liegen.

MAG.^A LAURA MILOJEVIC

ist Ernährungswissenschaftlerin, Psychotherapeutin (SF) in freier Praxis, Traumatherapeutin

BIBLIOGRAPHIE:

- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, S. 1–12.
- Germer, C., & Neff, K. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), S. 1–12.
- Gilbert, J., Stubbs, J., Gale, C., Gilbert, P., Dunk, L., & Thomson, L. (2014). A qualitative study of the understanding and use of „compassion focused coping strategies“ in people who suffer from serious weight difficulties. *Journal of Compassionate Health Care*, 1:9, S. doi:10.1186/s40639-014-0009-5.
- Gilbert, P. (2013). *Compassion Focused Therapy*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Therapies for shame and self-attacking, using cognitive, behavioural, emotional imagery and compassionate mind training. In P. Gilbert, *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (S. 263–325). London: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, S. 353–379.
- Goss, K., & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, S. 303–316.
- Gunaratana, B. H. (2000). *Die Praxis der Achtsamkeit*. Heidelberg: Kristkeitz Verlag.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of Compassion Focused Therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*, 45, S. 927–945.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, S. 545–552.
- Marshall, S., Parker, P., Ciarrhochi, J., Sahdra, B., Jackson, C., & Heaven, P. (2015). Self-compassion protects against the negative effects of low self-esteem: a longitudinal study in a large adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 74, S. 116–121.
- Neff, K. (2012). *Selbstmitgefühl*. Kailash Verlag.
- Neff, K., & Germer, C. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, S. 28–44.
- Neff, K., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, S. 23–50.
- Neff, K., Rude, S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, S. 908–916.
- Schwartz, R. C. (2004). *Systemische Therapie mit der inneren Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schwing, R., & Fryszer, A. (2012). *Systemisches Handwerk – Werkzeug für die Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

MEDIADATEN:

Medieninhaberin und Herausgeberin:

Lehranstalt für systemische Familientherapie der Erzdiözese Wien für Berufstätige, 1130 Wien, Trauttmansdorffgasse 3a, Tel. (+43-1) 478 63 00, Fax (+43-1) 478 63 00-63 www.la-sf.at, Kontakt: haberlehner@la-sf.at



Qualitätsrahmen für die Erwachsenenbildung in Österreich

Systemische Notizen:

Fachzeitschrift der Ausbildungseinrichtung la:sf für Studierende, AbsolventInnen, Interessierte: Fachspezifikum systemische Familientherapie, Zeitschrift für systemische Familientherapie, systemische Praxis und Forschung

Redaktion: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Iris Seidler, DSA^m Brigitte Lassnig, Christina Haberlehner

Für den Inhalt verantwortlich: Dir. DSA^m Ina Manfredini

Druckauflage: 750

Erscheinungsweise: 4x jährlich (März, Juni, Oktober, Dezember)

Redaktionsschluss 2016: 1. März, 19. Mai, 6. September, 14. November

Layout, Herstellung: Lena Manfredini

Druck: digiDruck GesmbH, Wien

Abonnementpreise: Für Studierende im Semesterbeitrag inkludiert, für AbsolventInnen der la:sf € 12,-, für Interessierte € 16,- für vier Ausgaben, automatische Verlängerung. Abbestellungen schriftlich bis einen Monat vor Ende des Bezugsjahres

Einzelpreis: € 4,-, Sondernummer 25 Jahre Lehranstalt für systemische Familientherapie (166 Seiten, gebunden): € 11,-

Anzeigenpreise: 1/1 Seite € 110,-, 1/2 Seite € 55,-, 1/4 Seite € 28,-

Copyright: Alle Rechte vorbehalten, Copyright © Lehranstalt für Systemische Familientherapie der Erzdiözese Wien für Berufstätige. Nachdruck, auch auszugsweise, Aufnahme in Online-Dienste und Internet sowie Vervielfältigung auf Datenträger wie CD-ROM, DVD-ROM etc. nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder.

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Trotz sorgfältiger Bearbeitung kann für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhalts keine rechtliche Gewähr geleistet und keine Haftung übernommen werden.