

Hochschule Magdeburg-Stendal
Angewandte Humanwissenschaften
Rehabilitationspsychologie



Achtsamkeitsbasierte Ansätze in der Psychotherapie von Abhängigkeitsstörungen

Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Rehabilitationspsychologin (B. Sc.)

Eingereicht am: 23.09.2009

von: Stefanie Gmerek
Schadewitzer Str. 67
04924 Domsdorf

Matrikelnummer: 20062123

Tel.: 017678028435

E-Mail: stefanie.gmerek@yahoo.de

Erstgutachterin: Prof. Dr. Nicola Wolf-Kühn

Zweitgutachter: Prof. Dr. Matthias Morfeld

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, allen zu danken, die mich während der Entstehung dieser Arbeit unterstützt haben.

Ich bedanke mich bei Dipl.-Psych. Ingo Zirks, der mein Interesse für achtsamkeitsbasierte Ansätze in der Psychotherapie geweckt hat sowie bei Prof. Dr. Nicola Wolf-Kühn und Prof. Dr. Matthias Morfeld, die mir die Betreuung dieses (aus wissenschaftlicher Sicht nicht ganz unproblematischen) Themas zusicherten. Für die nützlichen Literaturhinweise danke ich Dr. Michael E. Harrer, Prof. Dr. Thomas Heidenreich, Dr. Thorsten Kienast, Prof. Dr. G. Alan Marlatt sowie Dipl.-Psych. Sebastian Sauer.

Ein besonderer Dank geht an meinen Freund Sebastian, der sich zum Korrekturlesen bereit erklärte und viel Verständnis für mein knappes Zeitbudget aufbrachte. Meinem Bruder Tobias danke ich für seine motivierenden Einlagen, die sich fast immer positiv auf meine Stimmung auswirkten. Besonders bedanken möchte ich mich auch bei meinen Eltern und Großeltern, die mir dieses Studium ermöglicht haben.

Zusammenfassung

Im Fokus dieser Bachelorarbeit stehen das v. a. im Rahmen der Verhaltenstherapie zunehmend eingesetzte und erforschte Prinzip der Achtsamkeit (mindfulness) sowie theoretische Überlegungen und Anwendungsmöglichkeiten in der Therapie von Abhängigkeitsstörungen. Ansätze, die Verbindungen zwischen expositionsorientierten Interventionen und Achtsamkeit herstellen, gelten dabei als besonders vielversprechend. Zunächst werden verschiedene Formen der Abhängigkeit und das damit verbundene Problem des Rückfalls vorgestellt. Nach einer definitorischen Annäherung an das Achtsamkeitsprinzip werden vorliegende Behandlungsprogramme skizziert und deren Einsatz im Suchtbereich diskutiert. Es folgen Vorschläge für eine Integration des Achtsamkeitsansatzes in die Suchttherapie und ein Ausblick zum Forschungsbedarf. Abschließend wird auf den im Zusammenhang mit Achtsamkeit nicht zu vernachlässigenden Aspekt der Spiritualität und dessen Verhältnis zur Psychotherapie eingegangen.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	2
Zusammenfassung.....	3
1 Einleitung.....	5
2 Abhängigkeitsstörungen.....	6
2.1 Stoffgebundene Süchte.....	7
2.2 Nicht-stoffgebundene Süchte.....	10
3 Das Problem des Rückfalls.....	12
4 Das Prinzip der Achtsamkeit.....	16
5 Achtsamkeit in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit.....	18
5.1 Theoretische Überlegungen zum Achtsamkeitsprinzip von Marlatt.....	20
5.2 Das Informationsverarbeitungsmodell von Breslin, Zack und McMain.....	22
6 Achtsamkeit in der Therapie von Abhängigkeitsstörungen.....	25
6.1 Etablierte therapeutische Ansätze zur Vermittlung von Achtsamkeit.....	25
6.2 Anwendungsmöglichkeiten bei Abhängigkeitsstörungen.....	27
6.3 Eine empirische Untersuchung zur Achtsamkeitsmeditation bei Alkohol- und Drogenproblemen.....	29
6.4 Die Mindfulness-based relapse prevention.....	30
6.5 Die therapeutische Haltung.....	31
6.6 Ausblick.....	33
7 Achtsamkeit, Spiritualität und Psychotherapie.....	35
7.1 (Sehn-)Sucht.....	35
7.2 Spiritualität.....	36
7.3 Die „Zwölf Schritte“ der Anonymen Alkoholiker.....	38
Literaturverzeichnis.....	43
Anhang.....	50
A: Beispiele für formelle und informelle Achtsamkeitsübungen.....	50
B: Prof. Dr. C. G. Jung`s letter to Bill Wilson.....	54
Eigenständigkeitserklärung.....	55

1 Einleitung

“God, grant me the serenity to accept the things I cannot change, the courage to change the things I can, and the wisdom to know the difference” (The Serenity Prayer, Ursprung unklar). Dieses vor allem durch die „Anonymen Alkoholiker“ bekanntgewordene Gelassenheitsgebet dürfte wohl einer der bekanntesten Sinnsprüche im Suchtbereich sein (Heidenreich, Schneider & Michalak, 2009). Er spiegelt eine Haltung wider, die je nach Lage einer spezifischen Situation Akzeptanz bzw. Veränderung als zu bevorzugende Handlungsalternative sieht. So soll Abhängigkeit in der abstinenten Suchttherapie einerseits als chronische Krankheit akzeptiert werden (für die es keine variable Zielsetzung bezüglich des Substanzkonsums gibt, die dauerhaften Erfolg verspricht), andererseits werden Abhängige zur Veränderung etlicher Verhaltensweisen und Einstellungen aufgefordert, die mit der Fähigkeit zur Aufrechterhaltung einer abstinenten Lebensweise in Verbindung gebracht werden. Diese Dialektik zwischen Akzeptanz und Veränderung besteht nicht nur im Suchtbereich, laut Linehan (2007) sei sie grundlegend in jeder Psychotherapie: „Es gilt eine Balance zu finden zwischen einem Vorgehen, das auf Veränderung abzielt, und einem Annehmen des aktuell Gegebenen“ (S. 6). Während die meisten Ansätze zur Behandlung psychischer Störungen darauf abzielen, belastende Ereignisse und Umstände zu verändern, wird dem Annehmen und Ertragen von Belastungen vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Das Achtsamkeitsprinzip, das für die Entwicklung einer akzeptierenden Haltung von zentraler Bedeutung ist, gilt in diesem Zusammenhang als eine wichtige und notwendige Ergänzung veränderungsorientierter Therapieprinzipien (Heidenreich et al., 2009). „Die meisten Autoren scheinen sich darin einig zu sein, dass ‚Achtsamkeit‘ in einem nicht näher definierten Sinne eine heilsame Qualität darstellt, während es ebenfalls als ‚gesund‘ betrachtet wird, bestimmte Dinge zu ‚akzeptieren‘, andere jedoch zu ‚ändern‘“ (Heidenreich & Michalak, 2009b, S. 13.).

In den letzten Jahren wurden mehrere empirische Arbeiten veröffentlicht, die bestätigen, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen erfolgreich zur Behandlung verschiedener Störungen eingesetzt werden können (Heidenreich, Schneider & Michalak, 2006). Für eine intensivere Beschäftigung mit Achtsamkeit im Suchtbereich sprechen nach Breslin, Zack & McMair (2002, S. 275) folgende Argumente: (1) Bisher existieren nur wenige (und zudem methodisch fragliche) Studien über (Achtsamkeits-)Meditation und Alkoholismus. (2) In neueren Arbeiten zu anderen Störungen (z. B. Depression) konnten positive Effekte achtsamkeitsbasierter Behandlungen nachgewiesen werden, sodass dies auch für Abhängigkeitsstörungen gelten könnte. (3) Bisheriges Wissen zur

Informationsverarbeitung bei Abhängigkeit sowie Erkenntnisse zu Auswirkungen von Achtsamkeit auf Affekt und Kognition deuten darauf hin, dass Achtsamkeit und die mit ihr verbundenen akzeptanzbasierten Techniken eine wichtige Ergänzung bisher existierender kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze darstellen könnten. Heidenreich et al. (2006) fügen dem hinzu, dass einzelne Störungen, die häufig gemeinsam mit Abhängigkeiten auftreten, durch achtsamkeitsbasierte Interventionen positiv beeinflusst werden können. Daher bestehe die Möglichkeit, dass sich eine erfolgreiche Behandlung dieser anderen Störungen auch positiv auf den Verlauf der Abhängigkeit auswirkt.

Bevor das Prinzip der Achtsamkeit und darauf basierende Ansätze zur Erklärung und Behandlung süchtigen Verhaltens vorgestellt werden, sollen zunächst verschiedene Abhängigkeitsstörungen und das damit verbundene Problem des Rückfalls näher beleuchtet werden. Es werden etablierte achtsamkeitsbasierte Therapieansätze skizziert und deren mögliche Anwendung im Suchtbereich diskutiert. Anschließend folgt ein Ausblick zum Forschungsbedarf. Am Ende wird das häufig mit Achtsamkeit in Verbindung gebrachte Thema der Spiritualität und deren Verhältnis zur Psychotherapie aufgegriffen.

Aus Gründen des Leseflusses ist die traditionelle Schreibform gewählt worden: die Worte Klient, Therapeut etc. stehen selbstverständlich für beide Geschlechter. In Anbetracht dessen, dass Sprache immer nur eine Annäherung an das Gemeinte darstellt und durch (sinngemäße) Übersetzungen womöglich noch mehr vom ursprünglich Gemeinten auf der Strecke bleibt, werden die meisten Zitate in Originalsprache wiedergegeben. Auch werden die Begriffe Abhängigkeit bzw. abhängiges Verhalten und Sucht bzw. süchtiges Verhalten in dieser Arbeit synonym verwendet.

2 Abhängigkeitsstörungen

Abhängigkeitsstörungen stellen eines der ernstesten medizinischen und gesellschaftlichen Probleme unserer Zeit dar (Heidenreich et al., 2009). Es wird geschätzt, dass weltweit zwischen 172 und 250 Millionen Menschen (im Alter von 15 bis 64 Jahren) Drogen konsumieren bzw. mindestens einmal in den vergangenen 12 Monaten Drogen konsumiert haben. Zwischen 18 und 38 Millionen von ihnen weisen einen problematischen Konsum auf (United Nations Office on Drugs and Crime, 2009). In Deutschland leiden mehrere Millionen Menschen an einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, wobei Alkohol und Nikotin mit Abstand die häufigsten Substanzen darstellen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., DHS, 2009). Würde man von Mehrfachabhängigkeiten absehen und alle Schätzzahlen zu schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von Tabak bis pathologischem Glückspiel addieren, käme man auf rund 10

Millionen Betroffene: „Unsere Kultur ist eine Drogenkultur. Wir nehmen Drogen, um aufzuwachen (Kaffee oder Tee), um wach zu bleiben (Zigaretten, bestimmte Softdrinks), um zu entspannen (Alkohol) oder um Schmerzen zu lindern (Aspirin)“ (Davison, Neale & Hautzinger, 2007, S. 411).

Der Begriff „Sucht“ wird in den international gültigen klinischen Glossars wie der 10. Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) nicht mehr verwendet, sondern durch den neutraleren Begriff „Störung“ ersetzt. Dieser dient der Vermeidung werthaltiger Bezeichnungen (z. B. Krankheit) und umfasst alle negativen Auswirkungen mit Behandlungsbedarf auf psychischer, somatischer oder sozialer Ebene (Bilitza & Schuhler, 2007; Bühringer, 2006). In Literatur und Praxis ist die Bezeichnung „Sucht“ jedoch weiterhin geläufig. So wird laut Bilitza und Schuhler (2007) unter Sucht im Allgemeinen „...der krankhafte, unbezähmbare Drang verstanden, sich trotz schädlicher Folgen und abweichend von der soziokulturellen Norm eine psychotrope Substanz zuzuführen oder bestimmte Handlungen auszuführen“ (S. 701). Dieser weite Suchtbegriff umfasst stoffgebundene und nicht-stoffgebundene Süchte, die im Folgenden jeweils näher betrachtet werden sollen.

2.1 Stoffgebundene Süchte

In der ICD-10 werden stoffgebundene Abhängigkeitsstörungen unter der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ aufgeführt und anhand spezifischer Diagnosekriterien definiert (Dilling & Freyberger, 2006). Psychotrope Substanzen sind „natürliche, chemisch aufbereitete oder synthetische Stoffe, die zentralnervös auf den Organismus einwirken und Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen“ (Bühringer, 2006, S. 604). Substanzen, die mit problematischem Konsum einhergehen können sind nach ICD-10 (Kapitel V, Abschnitt F10-F19) Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, andere Stimulanzien (einschließlich Koffein), Halluzinogene, Tabak, flüchtige Lösungsmittel und andere psychotrope Substanzen (bzw. multipler Substanzgebrauch). Dabei wird zwischen den Störungsbildern „schädlicher Gebrauch“ und „Abhängigkeitssyndrom“ unterschieden. Letzteres bezeichnet

eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen [Craving], eine verminderte Kontrolle über ihren Konsum und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen

gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. (Dilling & Freyberger, 2006, S. 74)

Schädlicher Gebrauch wird beschrieben als „Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung z. B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum“ (Dilling & Freyberger, 2006, S. 73). Da schädlicher Gebrauch in der ICD-10 nur anhand physischer oder psychischer Folgeschäden festgemacht wird, falle die Abgrenzung zur Abhängigkeit laut Bilitza und Schuhler (2007) nicht leicht. So empfehlen sie schädlichen Gebrauch immer dann zu diagnostizieren, wenn das Suchtmittel zur Alltagsbewältigung eingesetzt wird, ohne dass die Hauptmerkmale einer Abhängigkeit vorliegen.

Substanzen werden meist konsumiert um Schmerzen zu lindern oder Stimmung und Bewusstsein zu verändern. Auch wenn die körperlichen Folgen gravierend sein können, ist die unmittelbare Wirkung oft angenehm, was vermutlich ein Grund für schädlichen Gebrauch ist (Davison et al., 2007). Allen Substanzstörungen ist gemeinsam, dass die störungsbedingten sozialen und individuellen Kosten hoch sind, während die Motivation zur Einschränkung bzw. Aufgabe des Konsums gering ist (Bühringer, 2006). Die Verfügbarkeit psychotroper Substanzen wird – sicherlich nicht nur aufgrund des hohen Schadenpotentials, sondern auch wegen des staatlichen Interesses an hohen Steuereinnahmen – von Politik und Gesellschaft beeinflusst: So wird der Besitz von Heroin in den Niederlanden wenig sanktioniert, in einigen asiatischen Staaten dagegen mit dem Tode bestraft. In Europa sind Alkohol oder auch Kaffee sozial akzeptiert, Marihuana beispielsweise nicht. Doch es gibt auch Kulturen, die den Genuss von Marihuana tolerieren, dafür aber weder Kaffee noch Alkohol dulden (Giddens, 1999). Obwohl Kaffeetrinker nach Absetzen des Getränks deutliche Entzugssymptome zeigen, wird Kaffee in Europa oder den USA nicht als Droge betrachtet (Chopra, 2005). Ebenso werden Menschen, die große Mengen an Schokolade oder Zucker zu sich nehmen und die Merkmale einer Drogenabhängigkeit zeigen, intuitiv einer anderen Gruppe zugeordnet als Heroin- und Kokainkonsumenten. Egal welche berauschende Substanz präferiert wird, es sollte achtsam mit ihr umgegangen werden: Es gilt eine Balance zu finden zwischen sanftem Rausch und totalem Kontrollverlust, denn wie schon Paracelsus (1493-1541) erkannte: *„Allein die Dosis macht das Gift“*.

Da unmöglich auf alle potentiell süchtig machenden Substanzen eingegangen werden kann, soll exemplarisch der Alkohol – dem die meisten Abhängigen verfallen sind – näher beleuchtet werden.

Alkohol, die älteste Droge der Menschheit, wurde wahrscheinlich durch das Vergären von Honig oder Früchten entdeckt (Lindenmeyer, 2006). Einigen Historikern zufolge hätten unsere Vorfahren in der Frühzeit möglicherweise Tiere beobachtet, die gegorene Früchte fraßen und anschließend ein seltsames Verhalten an den Tag legten. Ein paar Abenteuerlustige sollen daraufhin beschlossen haben, der Ursache auf den Grund zu gehen, warum diese Tiere so torkeln, sodass die Herstellung der ersten alkoholischen Getränke nicht mehr lange auf sich warten ließ (Chopra, 2005). Ab 3500 v. Chr. hatten die Babylonier und Sumerer sowie später die Griechen, Römer, Wikinger und Germanen eine hoch entwickelte Alkoholkultur (Bühringer, 2006). Damals wie heute galt Alkohol als angenehmes Genussmittel, dessen wichtigste soziale Funktion die Stärkung des Zusammengehörigkeitsgefühls und das kurzfristige Vergessen der Alltagsrealität war. In vielen Regionen der Welt ist Alkohol zu einem zentralen Bestandteil der Ess- und Trinkkultur geworden. Noch im Mittelalter war der alltägliche Alkoholrausch (durch Bier und Wein) in Europa selbstverständlich. Mit der zunehmenden Verbreitung des Branntweins im 16. Jahrhundert wurde Alkohol als gefährliche Droge betrachtet und exzessiver Konsum erstmals systematisch verboten. Der Krankheitsbegriff für zwanghafte Trinker entstand allerdings erst Ende des 18. Jahrhunderts. Die Ursache wurde in der Substanz, die Verantwortung für die Entwicklung der Erkrankung allein in der Haltlosigkeit des Trinkers (moralisches Modell) gesehen. Nur absolute Abstinenz kam als Lösung in Frage. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde angenommen, dass die Mehrheit der Bevölkerung alkoholische Getränke problemlos vertrage (medizinisches Modell) und nur einige Personen (ohne dafür moralische Verantwortung zu tragen) eine Erkrankung entwickeln. Mittlerweile wird von einem biopsychosozialen Modell mit Schutz- und Risikofaktoren ausgegangen, die die Wahrscheinlichkeit einer Störungsentwicklung beeinflussen. Das Phänomen Sucht wurde zwar bereits ab dem 19. Jahrhundert Gegenstand einer medizinisch-therapeutischen Betrachtungsweise, adäquate Behandlungsangebote konnten jedoch erst entwickelt werden, als Alkoholkonsum 1968 als Krankheit gesetzlich anerkannt wurde (Bühringer, 2006; Lindenmeyer, 2006). Ob Abstinenz oder kontrolliertes Trinken (eine maßvolle Form des Alkoholkonsums, die Extreme völliger Abstinenz bzw. Trunkenheit meidet) Therapieziel sein sollte, ist umstritten. Es sprechen einige Befunde dafür, dass der Verzicht auf völlige Abstinenz bzw. die Bagatellisierung des Konsums als Ausrutscher bei Alkoholabhängigen kontraproduktiv ist und längerfristig zu vermehrten Problemen (Rückfällen) führt (Davison et al., 2007).

Alkohol besitzt eine sogenannte Zwei-Phasen-Wirkung: Solange der Blutalkoholspiegel steigt, wirkt er stimulierend und positive Emotionen überwiegen. Beginnt er zu sinken,

wirkt Alkohol sedierend und es treten vermehrt negative Emotionen auf (Davison et al., 2007). Besonders bei größeren Mengen werden Denk- und Urteilsvermögen, motorische Koordination, Gleichgewicht, Sprache und Sehvermögen beeinträchtigt. Die Auswirkungen eines abrupten Alkoholentzugs können bei chronischen, starken Trinkern dramatisch sein, da sich der Körper an die Droge gewöhnt hat. Betroffene fühlen sich oft ängstlich, depressiv, schwach, ruhelos und können nicht schlafen. Auch kann es zu einem ausgeprägten Tremor (v. a. der kleinen Muskulatur der Finger, des Gesichts, der Augenlider, Lippen u. Zunge) kommen. Der Puls beschleunigt sich, Körpertemperatur und Blutdruck steigen. Wenn der Blutalkoholspiegel plötzlich sinkt, kann bei Menschen, die über Jahre stark getrunken haben ein Alkoholentzugsdelir (Delirium tremens) auftreten. Betroffene zittern, ihr Bewusstsein ist getrübt und sie haben visuelle, mitunter aber auch taktile Halluzinationen:

Unangenehmes und sehr lebhaftes Getier – Schlangen, Kakerlaken, Spinnen und dergleichen – scheint die Wände hinauf oder über den eigenen Körper zu kriechen oder den ganzen Raum zu füllen. Fiebernd, desorientiert und voll Angst und Schrecken kratzt sich der Alkoholiker wie rasend, um das Ungeziefer loszuwerden; oder er kauert in einer Ecke, um einer vorrückenden Armee nie gesehener Lebewesen zu entkommen. (Davison et al., 2007, S. 413)

Chronisches Trinken führt meist zur Abhängigkeit. Die Droge wird kaum noch konsumiert um sich gut zu fühlen, sondern um negativen Gefühlen zu entfliehen. Neben psychischen Problemen kann es zu schwerwiegenden körperlichen Schädigungen wie Unterernährung, Leberzirrhose oder dem amnestischen Syndrom kommen (Davison et al., 2007). „Eine ausführliche Aufzählung der körperlichen Schäden durch Alkohol könnte viele Seiten füllen, ebenso wie eine Bilanz der Behandlungskosten“ (Chopra, 2005, S. 59).

2.2 Nicht-stoffgebundene Süchte

Unter nicht-stoffgebundenen Süchten sind exzessive Verhaltensweisen wie Arbeits-, Spiel- oder Sexsucht zu verstehen, die in der ICD-10 meist unter „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (F63) subsumiert werden:

In dieser Kategorie sind verschiedene nicht an anderer Stelle klassifizierbare Verhaltensstörungen zusammengefasst. Sie sind durch wiederholte Handlungen ohne vernünftige Motivation gekennzeichnet, die nicht kontrolliert werden können und die meist die Interessen der betroffenen Person oder anderer Menschen schädigen. Die betroffene Person berichtet, aufgrund von dranghaften Impulsen zu handeln. (Dilling & Freyberger, 2006, S. 239)

Wie substanzbezogene Abhängigkeiten sind auch Störungen der Impulskontrolle dadurch gekennzeichnet, dass sie die psychische und teilweise körperliche Gesundheit der Betroffenen erheblich beeinträchtigen (Heidenreich et al., 2009). Während dem Körper bei stoffgebundenen Süchten ein Stoff zugeführt wird, werden bei nicht-stoffgebundenen Süchten körpereigene Wirkstoffe (z. B. Morphin, Adrenalin, Endorphine, Amphetamine) aktiviert. Daher können Betroffene den Entzug von einem nicht-stoffgebundenen Suchtverhalten wie den Entzug von einer Droge erleben. Sie leiden u. a. an innerer Unruhe, Angstzuständen, Schlaflosigkeit und Herzbeschwerden. Einige nicht-stoffgebundene Süchte sollen kurz vorgestellt werden; die häufigsten sind arbeiten und essen (Röhr, 2008).

Generell hat Arbeit überwiegend positive Funktionen (Lebensunterhalt, Tagesstruktur, Wert, Sinn). Sich in Arbeit zu flüchten kann jedoch zum (Abhängigkeits-)Problem werden – vor allem dann, wenn die Frustration über die eigene Lebenssituation so stark ist, dass nur noch Arbeit Erleichterung schafft. Ohne Arbeit fühlen sich die Betroffenen unruhig, sinnlos und leer. Es entwickelt sich ein innerer Zwang zu arbeiten, der vergleichbar ist mit dem Kontrollverlust bei stoffgebundenen Abhängigkeitsstörungen (Röhr, 2008). Im Gegensatz zur Alkoholabhängigkeit ist totale Abstinenz nicht möglich. Daher gehe es um den Verzicht auf die Droge Arbeit. Arbeit wird also auf ihren eigentlichen Sinn reduziert und nicht mehr als Problemlösungsmittel missbraucht.

Auch der Umgang mit Essen kann (in einer Überflussgesellschaft) für viele Menschen problematisch sein. Esssüchtige haben die Kontrolle über ihr Essverhalten verloren. Ähnlich wie bei einer stoffgebundenen Abhängigkeit, entwickeln sie eine unwiderstehliche Gier, Essen in großen Mengen in sich hineinzustopfen (Kontrollverlust). Auch hier kann natürlich keine totale Abstinenz vom Essen angestrebt werden. Das Ziel ist es, abstinent zu werden von der Droge Nahrungsmittel. Betroffene können meist nicht unterscheiden, wann sie aus Frust, Gier, Wut, Unsicherheit oder ähnlichen Gründen essen. So gehe es laut Röhr (2008) wie bei jeder Abhängigkeitsstörung auch bei der Esssucht darum, die wahren Bedürfnisse zu erkennen und zu befriedigen.

Spielsüchtige verlieren beim Spiel den Kontakt zur Realität. Sie steigern sich in einen Rausch und verlieren die Kontrolle über ihr Spielverhalten. Auch die neuen Medien bieten Röhr (2008) zufolge starke Anreize: Die Flucht vor einer trostlosen grauen Welt, vor Konflikten, Kränkungen, Minderwertigkeitsgefühlen etc. in eine bunte Scheinwelt könne suchtartigen Charakter annehmen. Betroffene verbringen mehr Zeit vor dem PC als geplant, sodass das eigentliche Leben zunehmend im Internet stattfindet. Diese Problematik sei nicht zu unterschätzen, da virtuelle Welten einerseits immer lebensechter werden und andererseits immer mehr Menschen in einer immer anspruchsvolleren,

komplizierteren Gesellschaft den eigenen Erwartungen oder denen anderer nicht mehr gerecht werden könnten.

Sportsüchtige bringen ihren Körper über die körpereigene Hormonproduktion dazu, Endorphine zu produzieren, d. h. sie versuchen durch exzessives Sporttreiben in einen Rauschzustand zu gelangen. Grundsätzlich hat die Hormongruppe der Endorphine eine äußerst positive körperliche und seelische Wirkung (Chopra, 2005). Beispielsweise ist sie auch für das vielen Sportlern bekannte „runner`s high“ (Hochgefühl beim laufen) verantwortlich. Sportsüchtige suchen diesen Kick immer wieder, auch dann noch, wenn sie körperlich längst nicht mehr dazu in der Lage sind (z. B. Schädigung der Gelenke). Sport wird zum zentralen Lebensinhalt. Ohne Training stellen sich Entzugserscheinungen wie innere Unruhe, Verstimmung, Schuldgefühle oder auch Depression ein. Wie bei anderen Abhängigkeiten erfolge die Behandlung laut Röhr (2008) nach dem Muster, Störungseinsicht, Abstinenz (von Sport als Droge) und Bearbeitung der Hintergründe. Weitere Schwerpunkte der Suchttherapie sind die Motivationsarbeit und die Rückfallprävention (Lindenmeyer, 2006).

3 Das Problem des Rückfalls

Bei vielen psychischen oder somatischen Störungen hat der Klient ein eigenes Interesse an seiner Heilung, bei Abhängigkeitsstörungen ist dies eher selten der Fall (Bühringer, 2006). Die Kooperation ist aufgrund der Illegalität bzw. der sozialen Missbilligung des Verhaltens gering. Hinzu kommt, dass der Klient im Frühstadium einer Störung die Problematik nicht erkennt und im Stadium der Abhängigkeit sich selbst gegenüber nicht akzeptieren will. So kommen viele Betroffene nur auf äußeren Druck in Behandlung (z. B. Erkrankung, Führerscheinverlust, Druck des Partners oder Arbeitgebers). Daher ist es bereits während der Anamnese nötig, eine eigenständige Motivation zur Behandlung aufzubauen. Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2006) haben den diagnostisch-therapeutischen Prozess in sieben Phasen (bzw. Ziele für die Motivierung von Klienten) unterteilt: (1) Eingangsphase – Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen, (2) Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen, (3) Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell, (4) Vereinbaren therapeutischer Ziele, (5) Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden, (6) Evaluation therapeutischer Fortschritte und (7) Endphase – Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie. Wichtig dabei ist es, das Verständnis des Klienten für die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung aufgrund des äußeren Drucks zu wecken (z. B. Abstinenz zur Wiedererlangung des Führerscheins). Auch sollen die Vorteile dieser Verhaltensänderung

gefunden sowie die Überzeugung des Klienten gestärkt werden, dass er die Veränderungen meistern kann („self efficacy“). Erst im Anschluss daran sind therapeutische Maßnahmen zur Erreichung der angestrebten Ziele und zur Rückfallprävention sinnvoll (Bühringer, 2006).

Während es unter medizinischer Kontrolle gut möglich ist, Abhängige von ihren jeweiligen Suchtstoffen körperlich zu entziehen, stellt die hohe Rückfallgefahr das Hauptproblem der Suchttherapie dar. So wird auch nach erfolgreicher Entzugsbehandlung ein Großteil der Klienten erneut rückfällig (Heidenreich et al., 2009).

Dem kognitiv-behavioralen Rückfallmodell (Abbildung 1) zufolge sind sogenannte Hochrisikosituationen (Tabelle 1) von zentraler Bedeutung für das Rückfallgeschehen (Marlatt & Witkiewitz, 2008; Witkiewitz & Marlatt, 2004). Diese können entweder effektiv bewältigt, was zu einer Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung und damit zu einer verminderten Rückfallwahrscheinlichkeit führt, oder nicht effektiv bewältigt werden, was eine Beeinträchtigung der Selbstwirksamkeitserwartung, initialen Substanzgebrauch und eine erhöhte Rückfallgefährdung zur Folge hat. Es wird angenommen, dass die Art und Weise, wie der Betroffene kognitiv auf einen Rückfall reagiert, darüber entscheidet, ob er diesen Rückfall schnell überwindet und auf dem Weg der Abstinenz bleibt oder wieder beginnt, exzessiv zu trinken. Initialer Substanzgebrauch müsse daher nicht mit einem Rückfall („relapse“) im Sinne eines längeren, ausgeprägten Konsums einhergehen.

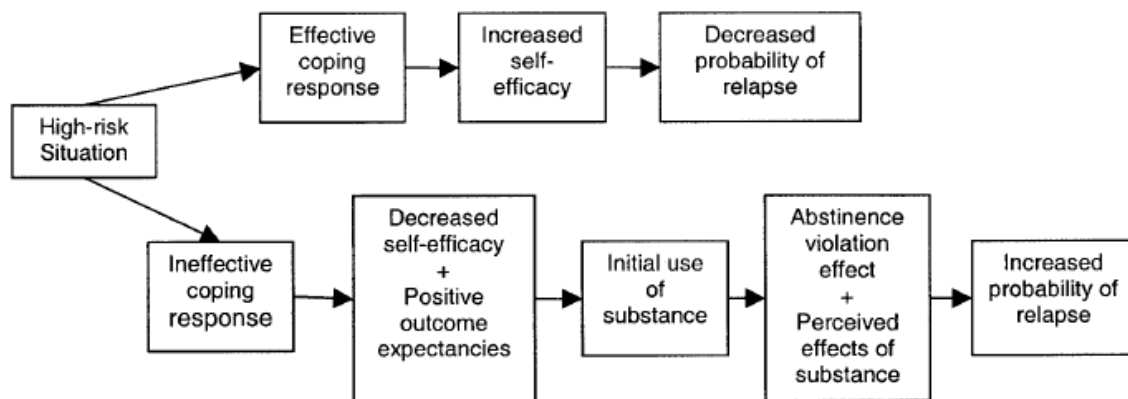


Abbildung 1: *Das kognitiv-behaviorale Rückfallmodell*

Aus "Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao" von K. Witkiewitz & G. A. Marlatt, 2004, *American Psychologist*, 59 (4), p. 225.

Ob sich ein Ausrutscher („lapse“) zu einem Rückfall entwickelt, hänge unter anderem vom sogenannten Abstinenzverletzungseffekt ab: “Individuals who choose to indulge may be vulnerable to the ‘abstinence violation effect’ (AVE), which is the self-blame, guilt and loss of perceived control that individuals often experience after the violation of self-imposed rules ...” (p. 3). Der AVE ist also dann zu erwarten, wenn Klienten trotz starken Abstinenzvorsatzes die entsprechende Substanz konsumiert haben, infolgedessen ausgeprägte Schuld- und Schamgefühle entwickeln und diese wiederum mit der entsprechenden Substanz bekämpfen.

Tabelle 1: *Rückfallsituationen bei Abhängigkeit*

(vgl. Breslin et al., 2002)

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">1) negative Gefühlszustände2) negative körperliche Zustände3) positive Gefühlszustände4) Austesten persönlicher Kontrolle5) Verlangen und Versuchungen6) interpersonelle Konflikte7) sozialer Druck zu trinken8) angenehme Zeiten mit anderen Menschen |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Basierend auf neueren empirischen Ergebnissen entwickelten Witkiewitz und Marlatt (2004) ein komplexes dynamisches Rückfallmodell (Abbildung 2), das die Komplexität des Rückfallgeschehens adäquater abbilden kann als ein statisches Modell. Neben „tonischen Prozessen“ wie soziale Unterstützung, Familiengeschichte und kognitive Prozesse werden auch „phasische Reaktionen“ wie Copingverhalten und Substanzgebrauch in einzelnen Situationen berücksichtigt. Hochrisikosituationen werden dabei als kontextuelle Faktoren betrachtet, die neben intra- und interpersonellen Determinanten (Tabelle 2) eine Rolle für den Rückfallverlauf spielen.

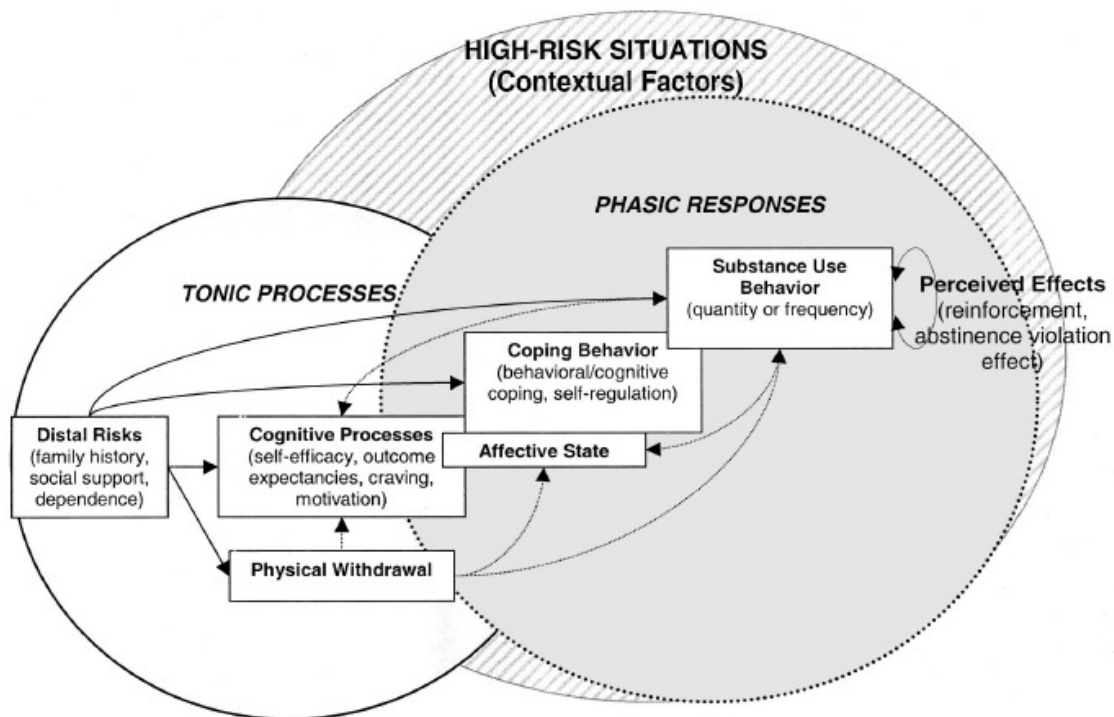


Abbildung 2: Das dynamische Rückfallmodell

Aus "Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao" von K. Witkiewitz & G. A. Marlatt, 2004, *American Psychologist*, 59 (4), p. 230.

Tabelle 2: Determinanten für einen Rückfall bei problematischer Substanzeinnahme

(vgl. Witkiewitz & Marlatt, 2004)

<p>Intrapersonelle Determinanten</p> <ul style="list-style-type: none"> → Selbstwirksamkeitserwartung (das Ausmaß, in welchem ein Individuum sich sicher fühlt, ein bestimmtes Verhalten in einer spezifischen Situation vollziehen zu können) → Outcome-Erwartungen (Erwartungen an die Effekte einer zukünftigen Erfahrung) → Craving (Verlangen, bestimmte Drogen zu konsumieren) → Motivation (sowohl für Verhaltensänderung als auch für weitere Substanzeinnahme) → Bewältigung (verschiedene Varianten wie z. B. emotionales oder behaviorales Coping) → Emotionale Zustände (hauptsächlich negativer Affekt) <p>Interpersonelle Determinanten (soziale und emotionale Unterstützung)</p>

Auf Basis der vorgestellten Modelle wurde ein Behandlungskonzept entwickelt, das als „Relapse Prevention“ (RP) bezeichnet wird (Marlatt & Witkiewitz, 2008). Die RP zielt auf Klienten ab, die bereits eine Behandlung für Suchtprobleme erhalten haben. Zentraler Ansatzpunkt ist die Identifikation von Hochrisikosituationen, wobei im weiteren Verlauf je nach Problemlage verschiedene verhaltenstherapeutische Strategien zum Einsatz kommen können. Die Klienten erfahren, dass ein Fehltritt nicht zu einem vollständigen Rückfall führen muss, sondern als Lernerfahrung angesehen werden kann. Übersichtsarbeiten deuten darauf hin, dass RP effektiv für die Rückfallprophylaxe bei Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen ist (Carroll, 1996; Irvin, Bowers, Dunn & Wang, 1999).

4 Das Prinzip der Achtsamkeit

Achtsamkeitsbasierte Ansätze werden in der Psychotherapie, insbesondere im Bereich der Verhaltenstherapie, zunehmend angewendet und erforscht. Dabei habe Jon Kabat-Zinn (1990) mit seinem „mutigen Versuch, Achtsamkeit im klinischen Kontext einzusetzen, wesentliche Pionierarbeit geleistet, ohne die die Entwicklung der letzten Jahre ... sicherlich nicht möglich gewesen wäre“ (Heidenreich & Michalak, 2009b, S. 17). Nachdem er Anfang der 70er Jahre seine „Mindfulness-based stress reduction“ einführte, wurde eine Reihe empirisch überprüfter, achtsamkeitsbasierter Behandlungsprogramme für Menschen mit verschiedenen psychischen, aber auch körperlichen Störungen entwickelt. Segal, Williams und Teasdale (2002) adaptierten diesen Ansatz beispielsweise zur Rückfallprophylaxe bei Klienten mit rezidivierenden depressiven Störungen und Linehan (2007) vermittelt Achtsamkeit im Rahmen der Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In Bezug auf dieses rege Interesse wird auch von einer „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie gesprochen, die neben klassischen verhaltenstherapeutischen Prinzipien vermehrt Achtsamkeit und Akzeptanz berücksichtigt (Bohus, 2006). So werden achtsamkeitsbasierte Interventionen mittlerweile auch in der Therapie der Generalisierten Angststörung (Hoyer & Beesdo, 2009), in der Krebsbehandlung (Stepien & Lerch, 2009) sowie in der Behandlung von Essstörungen (Kristeller & Hallett, 1999; Wisniewski & Kelly, 2003) und sexuellen Funktionsstörungen (Frank, Wade, Noyon & Heidenreich, 2009) in Erwägung gezogen.

“If mindfulness is to be integrated into Western psychology and health care, we must find ways of translating its nonconceptual, nondual, and paradoxical nature into a language that clinicians, scientists, and scholars can understand and agree on” (Shapiro, 2009, p. 555): Kabat-Zinn (1990) definiert Achtsamkeit (mindfulness) als eine besondere

Form der Aufmerksamkeitslenkung, wobei die Aufmerksamkeit (a) absichtsvoll („on purpose“) und (b) nicht-wertend („non-judgemental“) (c) auf das bewusste Erleben des gegenwärtigen Moments („present moment“) gerichtet ist. Oftmals ist die alltägliche Aufmerksamkeit nicht im gegenwärtigen Augenblick. Menschen neigen vielmehr dazu, in Erinnerungen zu schwelgen oder Zukunftspläne zu schmieden, sodass das Lebendige der Hier-und-Jetzt-Erfahrung verloren geht: „...we are really on ‘automatic pilot’, functioning mechanically, without being fully aware of what we are doing or experiencing“ (Kabat-Zinn, 1990, p. 21). Es ist anzunehmen, dass flexibles, situativ angemessenes Handeln durch diesen Autopilotenmodus erschwert wird. Automatisierte, starre Verarbeitungs- und Reaktionsmuster (z. B. Grübeln über vergangene Situationen) werden hingegen begünstigt (Heidenreich & Michalak, 2009a). Achtsamkeit bedeutet sich dem zuzuwenden, was im Hier-und-Jetzt gegeben ist – den gegenwärtigen Moment in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu rücken („Wenn ich esse, dann esse ich“; „Wenn ich dusche, dann dusche ich“) und somit Körper und Geist in Übereinstimmung zu bringen. Dieser Prozess der Aufmerksamkeitslenkung erfolgt absichtsvoll im Sinne einer bewussten Entscheidung, sich beim Abschweifen immer wieder in die Gegenwart zurückzuholen (Kabat-Zinn, 1990). Es wird bewusst versucht in allen Lebenssituationen eine achtsame Haltung zu entwickeln. Jede Tätigkeit sollte mit demselben Maß an Achtsamkeit angegangen werden. Diese Haltung steht im Gegensatz zu der weit verbreiteten Auffassung, unangenehme Dinge möglichst schnell (und unachtsam) hinter sich bringen zu müssen, um im Anschluss noch Zeit für die „angenehmen Dinge des Lebens“ zu haben (Heidenreich, Junghanns-Royack & Michalak, 2007). Das Einnehmen einer nicht-wertenden Haltung bedeutet Ereignisse bzw. die auftretenden Bewusstseinsinhalte so wahrzunehmen, wie sie sind – ohne vorschnelle Einordnung in Kategorien wie „angenehm/unangenehm“ oder „erwünscht/unerwünscht“. Nichtwerten kann und sollte nicht erzwungen werden. „Wenn wir erst einmal das, was sich in unserem Kopf abspielt, als weder gut noch schlecht, sondern schlichtweg als Gedankenblitze akzeptiert haben, kommen wir damit klar“ (Trungpa, 2006, S. 83).

Da sich in asiatischen Sprachen häufig die Worte für Geist und Herz entsprechen, beinhaltet Achtsamkeit laut Kabat-Zinn (2009) auch eine liebevolle, mitfühlende Komponente der Aufmerksamkeit, ein Gefühl der offenerzigen, freundlichen Gegenwart und des Interesses. Thich Nhat Hanh (2001) beschreibt Achtsamkeit auf pragmatischere Weise, indem er zwei Arten des Geschirrspülens unterscheidet: „Einmal so, dass man hinterher sauberes Geschirr hat, und die zweite Art besteht darin, abzuwaschen, um abzuwaschen“ (S. 17). Man tut es einfach, ganz ohne Hintergedanken, nicht einmal den an Achtsamkeit. Obwohl Achtsamkeit ein traditionell buddhistisches Meditationsprinzip

darstellt, ist sie nicht unbedingt an einen bestimmten spirituellen oder kulturellen Kontext gebunden. Wir alle sind in verschiedenen Situationen mehr oder weniger achtsam und haben das Potential, Achtsamkeit weiterzuentwickeln: "All of us have the capacity to be mindful. All it involves is cultivating our ability to pay attention in the present moment" (Kabat-Zinn, 1990, p. 11).

Ein weiteres, im Rahmen der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie relevantes Prinzip, ist das der Akzeptanz. Der Begriff „Akzeptanz“ geht auf das lateinische Wort „accipere“ zurück und bedeutet sinngemäß das zu nehmen oder zu bekommen, was angeboten wird (Heidenreich & Michalak, 2009b). Auf psychologischer Ebene ist darunter die Haltung zu verstehen, Ereignisse oder Situationen aktiv und offen aufzunehmen, anstatt diese vermeiden zu wollen. Linehan (2007) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass ein Annehmen der Realität nicht einem Gutheißen der Realität entsprechen müsse. Auch gehe Akzeptanz bzw. Annehmen nicht mit Passivität oder Resignation einher (Heidenreich & Michalak, 2007). Stattdessen führe das Annehmen von Dingen, so wie sie sind, zu einer größeren Fähigkeit wirkungsvoll und angemessen zu reagieren. Linehan (2007) veranschaulicht dies ihren Klienten folgendermaßen:

„Stellen Sie sich vor, daß Sie die Farbe rot hassen. Stellen Sie sich dann vor, daß ihr Zimmer in rot angestrichen ist. Wenn Sie sich weigern, die Tatsache zu akzeptieren, daß ihr Zimmer rot ist, dann werden Sie es nie in einer anderen Farbe streichen können“. (S. 132)

Da es sich bei Achtsamkeit um ein wissenschaftlich bisher nur unzureichend expliziertes Konstrukt handelt, wurde von Bishop et al. (2004) eine operationale Definition erarbeitet. Diese umfasst zwei verschiedene Komponenten: die Aufmerksamkeitsregulation auf die unmittelbare Erfahrung und eine spezifische Haltung gegenüber dieser eigenen Erfahrung, die durch Neugier, Offenheit und Akzeptanz charakterisiert ist.

5 Achtsamkeit in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit

Abhängigkeitsstörungen sind komplex determiniert: biologische, psychologische und soziale Faktoren in komplexen Wechselwirkungen lösen Suchtverhalten aus und erhalten es aufrecht. Welche Rolle könnte Achtsamkeit in diesem Zusammenhang spielen?

“In the context of addictions mindfulness might mean becoming aware of triggers for craving ... and choosing to do something else which might ameliorate or prevent craving, so weakening this habitual response” (Groves & Farmer, 1994, p. 189). Demzufolge ähnelt das Achtsamkeitsprinzip (v. a. expositionsorientierten) Interventionen der kognitiv-behavioralen Therapie (Heidenreich et al., 2006). Die Parallelen sollen kurz am Beispiel

der „cue exposure“ dargestellt werden: Dieses Behandlungsprinzip basiert auf lerntheoretisch fundierten Ansätzen, in denen davon ausgegangen wird, dass dem Verlangen nach bestimmten Substanzen konditionierte Reaktionen zugrunde liegen. Beim Auftreten bestimmter internaler (z. B. negativer Affekt) oder externaler (z. B. drogenbezogener) Stimuli wird Verlangen ausgelöst, das jedoch nicht bewusst erlebt wird. Gemäß dem lerntheoretischen Prinzip der Löschung führt eine wiederholte Konfrontation mit den entsprechenden auslösenden Reizen – ohne die Möglichkeit zur Substanzeinnahme – zu einem Rückgang der Konditionierung. So werden in der Suchttherapie häufig der Anblick und Geruch von Alkohol als Stimuli verwendet. Dabei erfolgt jedoch nicht unbedingt eine Konfrontation mit den schwer tolerierbaren internen Zuständen (z. B. gedrückte Stimmung), die Rückfällen häufig vorausgehen.

Im Hinblick auf die potentielle Bedeutung von Achtsamkeit für die Rückfallprophylaxe ist die Arbeit von Rohsenow et al. (1994) zu nennen, in der bei männlichen Alkoholikern ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß bewusster Aufmerksamkeitszuwendung bei Cue-Exposure-Therapie und der Anzahl abstinenter Tage nach Abschluss der Behandlung herausgestellt werden konnte. Field, Munafò und Franken (2009) wiesen in ihrer Metaanalyse nach, dass der „attentional bias“ (selektive Präferenz der Aufmerksamkeit für drogenbezogene Reize) positiv mit Craving korreliert. Eine achtsame Haltung könnte dazu beitragen, diese Aufmerksamkeitsverzerrung (die in der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens eine wichtige Rolle zu spielen scheint) bewusst wahrzunehmen und zu mindern.

Es ist davon auszugehen, dass Achtsamkeit eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung (CBT) sinnvoll ergänzen kann (Heidenreich et al., 2006). Neben etlichen Gemeinsamkeiten wie dem bewussten Beobachten von Verhalten, Gedanken und Gefühlen gibt es jedoch auch bedeutsame Unterschiede: Während CBT darauf abzielt, die auslösenden Reize zu verändern, wird beim Achtsamkeitstraining versucht eine erhöhte Toleranz gegenüber Triggern wie negativem Affekt zu entwickeln. Primär soll somit nicht der Gedanke oder der Affekt selbst verändert werden, sondern das Verhältnis zu diesem. Negative (automatische) Gedanken werden nicht diskutiert und erörtert. Stattdessen versucht der Achtsamkeitsübende bei auftretenden Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen entweder zum Objekt der Meditation (z. B. Atmung) zurückzukehren oder diese Empfindungen – ohne sie zu beeinflussen – achtsam und damit bewusst zu erleben. Aufgrund der „Spannung zwischen der verhaltenstherapeutischen Therapiekonzeption als zeitlich klar begrenzte Veränderungstechnologie und der Tatsache, dass Achtsamkeit in erster Linie ein umfassendes Lebensprinzip darstellt“,

sollte die Integration achtsamkeitsbasierter Elemente in die Verhaltenstherapie sehr vorsichtig (achtsam) erfolgen (Heidenreich & Michalak, 2009a, S. 577).

5.1 Theoretische Überlegungen zum Achtsamkeitsprinzip von Marlatt

Marlatt (2002) empfahl bereits vor drei Jahrzehnten, achtsamkeitsbasierte Ansätze in die Therapie von Abhängigkeitsstörungen zu integrieren. Ein zentraler Ansatzpunkt ist dabei die „lifestyle balance“:

Balance refers to the client`s ability to meet his or her responsibilities or obligations and to take care of his or her unique personal needs and wants. A healthy lifestyle involves the ability to reasonably balance various aspects of life: physical, emotional, intellectual, creative, family interpersonal, spiritual, work or school, and financial. (Daley & Marlatt, 2006, pp. 187 f.)

„Balanced Living“ bzw. eine ausgeglichene Lebensweise könne den Grad an Lebenszufriedenheit erhöhen und das Risiko eines Rückfalls reduzieren. Herrscht andererseits ein zu großes Ungleichgewicht oder besteht eine Überforderung aufgrund zu vieler Verpflichtungen, sei die Versuchung groß, mit Hilfe von Substanzkonsum Freude erleben bzw. der Situation entfliehen zu wollen. Daher solle der Klient auf alle bedeutenden Lebensbereiche achten, um ermitteln zu können welche aus der Balance geraten sind und besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Beispielsweise würde ein Klient, der arbeitet und gleichzeitig studiert, anderen für sein Wohlbefinden wichtigen Lebensbereichen (z. B. Beziehungen, künstlerische Interessen) weniger Beachtung schenken oder diese gar gänzlich vernachlässigen. Wie in der eingangs erwähnten Maxime der Anonymen Alkoholiker ist die Dialektik zwischen Akzeptanz und Veränderung auch in diesem Ansatz erkennbar: „The important issue for the client is living with temporary periods of imbalance when they are unavoidable or necessary and working toward better balance when possible“ (Daley & Marlatt, 2006, p. 188).

Ausschlaggebend für Marlatts Überlegungen zur Integration des Achtsamkeitsprinzips in die Suchttherapie, war die Beobachtung, dass vor allem Abhängige, den aktuellen Zustand ihrer Erfahrungen, so wie sie sind, meist nicht akzeptieren können:

Being dissatisfied with what *is*, the mind longs for what is *not*, or what could be (e.g., the next ‘fix’). Whether it is seeking pleasure or avoiding an uncomfortable situation, everyone experiences craving on some level, through food, entertainment, sleep, sex, exercise, or substance use. (Hsu, Grow & Marlatt, 2008, p. 230 f.)

Daher unterscheide sich Craving aus buddhistischer Sicht nicht grundsätzlich von anderen Arten des Verlangens nach Sinnesfreude. Allerdings sei der durch den Wunsch

nach Leidensfreiheit motivierte Drogenkonsum eine Art „false refuge“, da das Leiden – im Vergleich zum kurz andauernden Effekt der Erleichterung – langfristig gesehen zunimmt. Verlangen bzw. Craving geht mit einer Fixierung auf zukünftiges Erleben und einer Ablehnung des Hier-und-Jetzt-Erlebens einher. Achtsamkeitsübungen bestehen hingegen darin, sich der aktuell ablaufenden Gedanken und Gefühle bewusst zu werden, diese und damit auch das Leben von Moment zu Moment zu akzeptieren. Es wird nicht versucht innere Abläufe wie Craving zu bezwingen. Stattdessen soll die spontane Veränderlichkeit dieser Empfindungen erlebt werden. Hierfür wählt Marlatt (2002, 2005) die Metapher des „urge surfing“:

Clients are taught to visualize the urge as an ocean wave that begins as a small wavelet and gradually builds up to a large cresting wave. As the urge wave grows in strength, the client's goal is to surf the urge by allowing it to pass without being 'wiped out' by giving into it. ... Like any skill, learning how to 'urge surf' takes practice and improves over time as the client attains greater balance on the mindfulness surfboard. (Marlatt, 2002, p. 47)

Wie alle Wahrnehmungen und Empfindungen ist Craving nicht von Dauer. Dem Drang nachgeben, wenn er am stärksten ist, führe lediglich dazu, das Suchtverhalten weiter zu verstärken. Nicht dem Drang nachgeben hingegen, schwäche die Suchtkonditionierung und stärke Akzeptanz und Selbstwirksamkeitserwartung (Marlatt, 2002). Das Prinzip der Achtsamkeit ist auch dann von Bedeutung, wenn es trotz eines anderen Vorsatzes zu erneutem Substanzkonsum gekommen ist. Obwohl es sich dabei zunächst lediglich um einen Ausrutscher (lapse) handelt, kann es durch den Ablauf automatisierter, achtloser Prozesse dazu kommen, dass der von Marlatt und Witkiewitz (2008) beschriebene Abstinenzverletzungseffekt zu einem ausgeprägten Rückfall (relapse) führt. Achtsamkeit könnte Betroffene dabei unterstützen, die automatisierten Abläufe möglichst früh bewusst wahrzunehmen und aus ihnen auszusteigen.

Analog zu dem von Röhr (2008, S. 120) so bezeichneten „Königssatz“ der Therapie: „Nicht die Probleme machen krank, sondern wie man mit ihnen umgeht“, deuten Untersuchungen darauf hin, dass die Häufigkeit unerwünschter alkoholbezogener Gedanken weniger entscheidend ist als die Art und Weise, wie Menschen mit diesen Gedanken umgehen (Bowen, Witkiewitz, Dillworth & Marlatt, 2007).

[Mindfulness-]Meditation offers the recovering addict a powerful tool to successfully deal with a wave of craving. Because there is no judgment of the addictive craving or impulse, more choice-points for action are opened up than are typically apparent to someone less mindful. (Hsu et al., 2008, p. 231)

5.2 Das Informationsverarbeitungsmodell von Breslin, Zack und McMain

Breslin et al. (2002) entwarfen ein Informationsverarbeitungsmodell des Rückfallgeschehens bei Abhängigkeit, das Achtsamkeit als Erklärungs- und Behandlungsprinzip berücksichtigt (Abbildung 3). Ihre Überlegungen basieren auf der Annahme, dass es im Laufe der Suchtentwicklung zu einer Kopplung von Substanzeinnahme und negativem Affekt kommt. Da negative Empfindungen jedoch unvermeidbar seien, ergebe sich daraus folgendes Problem: (a) der negative Affekt und alle damit verbundenen diskriminativen Stimuli werden durch Substanzkonsum bezwungen, (b) im Laufe der Suchtentwicklung kommt es immer häufiger zur Auslösung negativer Zustände und (c) zu einer verminderten Toleranz, sodass immer unbedeutendere Stimuli eine Substanzeinnahme auslösen. Daher sollten erfolgreiche Suchttherapien im Wesentlichen darauf abzielen, die Kopplungen von negativem Affekt und Substanzkonsum wieder zu lösen (vgl. auch Heidenreich et al., 2006). Als Ergänzung zu bereits existierenden Ansätzen zur „cue exposure“, messen Breslin et al. (2002) dem Achtsamkeitsprinzip hierbei große Bedeutung zu: Achtsamkeit ermögliche es, mit starken (auch negativen) Gefühlen in Kontakt zu kommen, ohne von ihnen gänzlich erfasst zu werden. Durch eine achtsame Haltung ließe sich die Fähigkeit entwickeln, diese Gefühle vollständig zu erleben, ohne sie unmittelbar verändern oder ausagieren zu müssen.

In ihrem Informationsverarbeitungsmodell – bestehend aus einer Aufmerksamkeits-Sensorik-Schleife („attention/sensory loop“) und einer Gedächtnis-Schleife („memory loop“), die in wechselseitiger Beziehung zueinander stehen – betrachten Breslin et al. (2002) abhängiges Verhalten größtenteils als automatisiert. Bewusstes Verlangen entsteht erst dann, wenn ein automatisierter Impuls zum Substanzkonsum mit einem bewussten Abstinenzwunsch zusammentrifft. Dem Modell zufolge können Rückfälle einerseits „unbewusst“ durch Ablaufen der automatischen Aufmerksamkeits-Sensorik-Schleife, andererseits aber auch durch Fehlschlagen einer kontrollierten bewussten Veränderung entstehen. Reize, die potentiell Substanzeinnahme auslösen können, werden durch die Aufmerksamkeits-Sensorik-Schleife verarbeitet. Sie können relevante Gedächtnisnetzwerke direkt aktivieren, ohne dass Verlangen (Craving) oder negativer Affekt bewusst erlebt wird. Diese Annahme konnte in experimentellen Arbeiten u. a. mit Hilfe einer Modifikation des Stroop-Paradigmas bestätigt werden. So wiesen Alkoholabhängige größere Schwierigkeiten auf, alkoholbezogene Wörter zu ignorieren als nicht alkoholabhängige Probanden (Stetter, Ackermann, Bizer, Straube & Mann, 1995). Ähnliches ließ sich für pathologische Glücksspieler nachweisen (McCusker & Gettings, 1997).

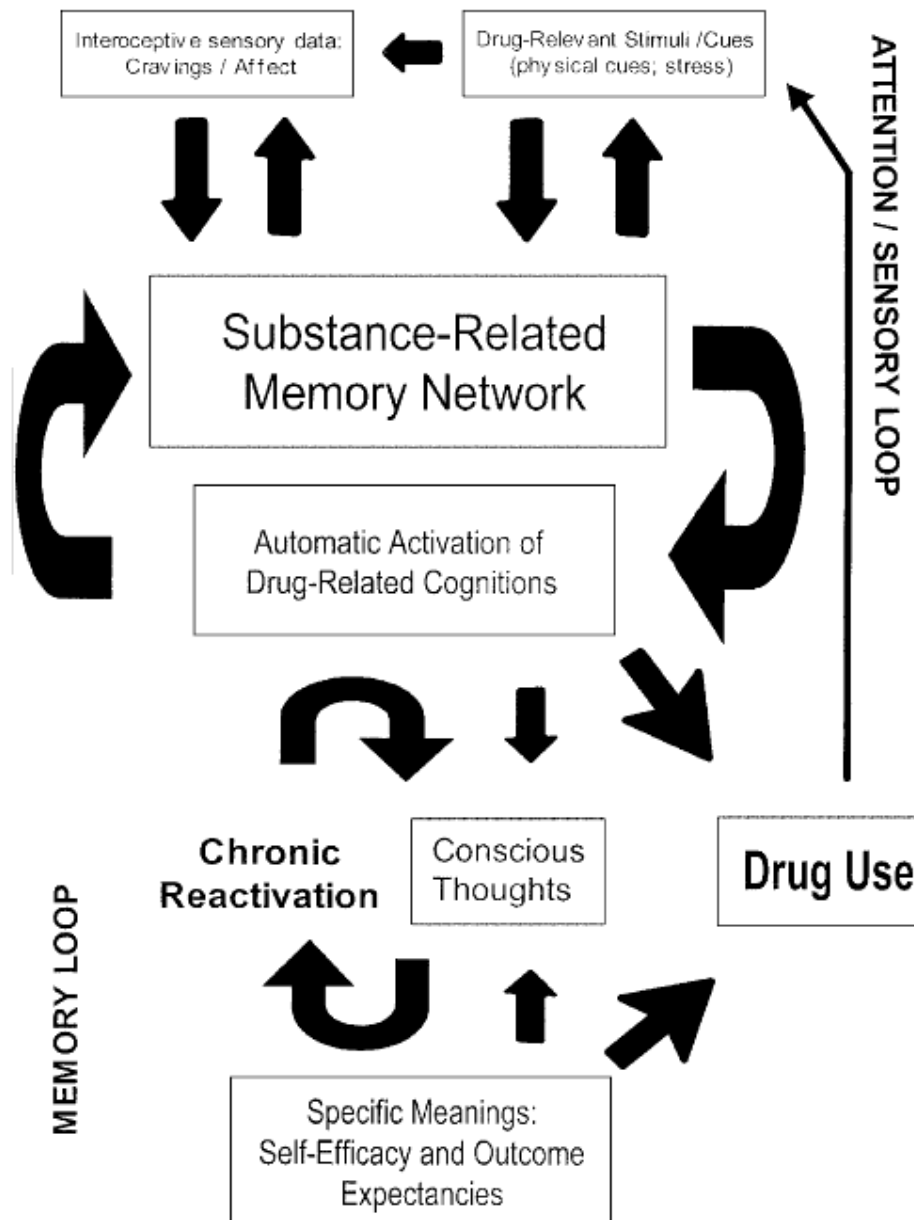


Abbildung 3: *Das Informationsverarbeitungsmodell von Breslin, Zack & McMMain*

Aus "An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse" von F. C. Breslin, M. Zack & S. McMMain, 2002, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (3), p. 285.

Drogenbezogene Gedanken können bei bestehender Abhängigkeit einen zwanghaften Charakter annehmen, also ständig im Bewusstsein präsent sein (Heidenreich et al., 2009). In einer experimentellen Studie wurde nachgewiesen, dass es alkoholabhängigen Patienten nicht gelingt, ihre Aufmerksamkeit von alkoholbezogenen Reizen und

Gedanken zu lösen (Stormark, Laberg, Nordby & Hugdahl, 1998). Sind entsprechende substanzbezogene Gedächtnisnetzwerke durch frühere Erfahrungen ausgebildet, wird zur Aktivierung von „Handlungsplänen“ bezüglich der Substanzeinnahme nur wenig Anstrengung (bzw. Ressourcen) benötigt. Die Aufrechterhaltung von „Abstinenzplänen“ erfordert hingegen viel Aufmerksamkeit (bzw. Ressourcen), sodass es nach Breslin et al. (2002) naheliegend ist, dass Abhängige den Weg des geringeren Widerstandes gehen und zu ihrem Suchtverhalten zurückkehren. Achtsamkeit könnte dazu beitragen, diesen Zustand zu verlassen, indem Gedanken, die sonst das entsprechende problematische Netz aktivieren, wahrgenommen werden. Eine weitere Eskalation drogenbezogener Kognitionen könnte somit unterbunden werden.

Den Nutzen des Achtsamkeitsansatzes beschreiben Breslin et al. (2002) wie folgt: „...two key benefits of mindfulness may be its ability to progressively replace automatic processing of drug-relevant stimuli with controlled, nonautomatic processing and to replace mindless emoting ... with detached observing“ (p. 288). Pläne zur Drogeneinnahme werden durch Achtsamkeit nicht gehemmt. Es sollen die emotionalen und mentalen Prozesse des Gedächtnisnetzwerkes beobachtet werden: “It should be emphasized that the non automatic processes of mindfulness are not employed to suppress the automatic processes, but instead to monitor them (p. 288). Dieser Ansatz entspricht weitgehend dem Prinzip des „urge surfing“ von Marlatt (2002).

Letztendlich bewirkt Achtsamkeit auch eine Sensibilisierung im Sinne einer bewussten Wahrnehmung der aktuellen Situation und stellt somit das Gegenteil zur unachtsamen automatischen Verarbeitungsweise dar. Es wird angenommen, dass neben dem Prozess der Sensibilisierung auch eine Desensibilisierung gegenüber emotionalen Zuständen stattfindet, die sonst Substanzkonsum auslösen, was zu einer erhöhten Emotionstoleranz führen kann (Heidenreich et al., 2006).

Obwohl mit dem Ansatz von Breslin et al. (2002) ein interessantes Rahmenmodell vorliegt, könnten auch andere Wirkmechanismen von Bedeutung sein. So argumentieren Marlatt und Chawla (2007) basierend auf der Arbeit von Glasser (1985), dass Meditationsübungen Abhängigkeiten dadurch günstig beeinflussen, dass sie dem Substanzkonsum eine „positive Sucht“ entgegenstellen: „I call them positive addictions because they strengthen us and make our lives more satisfying. They exist in sharp contrast to the common or negative addictions like alcohol or heroin, which always weaken and often destroy us“ (Glasser, 1985, p. 2). Unter positiven Süchten versteht Glasser Aktivitäten, die selbstverstärkend sind (wie z. B. körperliche Übungen) und noch weitere Besonderheiten aufweisen (nichtkompetitiv, leicht umsetzbar, alleine ausführbar, positiver Wert, Fortschritte durch die Person selbst bestimmbar, Kritikfreiheit). Im

Gegensatz dazu zeichnen sich „negative Süchte“, durch kurzfristige positive Verstärkung bei langfristig negativen Konsequenzen aus (Marlatt & Chawla, 2007). Aufgrund der nur wenigen empirischen Studien, die bisher im Suchtbereich vorliegen, lassen sich momentan keine gesicherten Aussagen zu potentiellen weiteren Wirkmechanismen treffen (Heidenreich et al., 2009).

6 Achtsamkeit in der Therapie von Abhängigkeitsstörungen

Aus Sicht von Heidenreich et al. (2006) sei es zunächst sinnvoll, bisherige Behandlungsformate bei anderen Störungen zu betrachten und im Hinblick auf ihre Anwendbarkeit im Suchtbereich zu überprüfen. Die derzeit etablierten und empirisch abgesicherten therapeutischen Ansätze unterscheiden sich dahingehend, in welchem Ausmaß Achtsamkeit in die psychotherapeutische Behandlung integriert wird und welchen Stellenwert sie in der Behandlung einnimmt. Es können achtsamkeitsanaloge, -informierte und -basierte Ansätze unterschieden werden (Heidenreich & Michalak, 2009a). Diese sollen im Folgenden kurz vorgestellt und bezüglich ihrer Einsatzmöglichkeiten bei Abhängigkeitsstörungen diskutiert werden.

6.1 Etablierte therapeutische Ansätze zur Vermittlung von Achtsamkeit

In vielen klassischen Therapieansätzen lassen sich Prinzipien finden, die dem Achtsamkeitsprinzip ähneln (achtsamkeitsanaloge Ansätze). So spricht Freud beispielsweise von der Bedeutung der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“, in der modernen Gesprächspsychotherapie wird besonderer Wert auf „Präsenz“ gelegt und Fritz Perls betont in seinem gestalttherapeutischen Ansatz die Notwendigkeit psychotherapeutisch im Hier und Jetzt zu arbeiten (Heidenreich & Michalak, 2006). Auch in der Verhaltenstherapie finden sich viele Analogien zum Achtsamkeitsprinzip wie z. B. die Instruktion, während einer Exposition alle Erlebnisse ohne Vermeidung zu erfahren (vgl. Kapitel 5).

Bei achtsamkeitsinformierten Ansätzen handelt es sich um multimodale Behandlungsverfahren, in denen Achtsamkeit und Akzeptanz neben anderen Fertigkeiten und Behandlungselementen gezielt vermittelt werden (Heidenreich & Michalak, 2009a). Auf ausgedehnte formelle Meditationsübungen wird meist verzichtet. Als therapeutische Ansätze sind diesbezüglich die „Dialektisch-Behaviorale Therapie“ (DBT; Linehan, 2007) und die „Acceptance and Commitment Therapy“ (ACT; Hayes, 2004) zu nennen. In der ACT lernen Klienten u. a. durch Achtsamkeitsübungen, den eigenen Erfahrungen mit

einer grundlegend akzeptierenden Haltung zu begegnen. Akzeptanz ist dabei kein Selbstzweck – sie soll engagiertes Handeln in Richtung der vom Klienten gewählten Werte in Bereichen wie Beruf, Partnerschaft oder Religion ermöglichen (Hayes, 2004). Zur ACT liegen mittlerweile Anwendungen im Suchtbereich vor (Batten & Hayes, 2005; Luciano, Gómez, Hernández & Cabello, 2001). In der DBT wird Achtsamkeit als ein übergreifendes Prinzip verstanden, welches das therapeutische Handeln während der gesamten Behandlung prägen sollte. Gleichzeitig stellt die Entwicklung von innerer Achtsamkeit (neben dem Training der interpersonellen Wirksamkeit, Training der Emotionsregulierung und Stresstoleranz) auch ein Modul des in Gruppen durchgeführten Fertigkeitentrainings dar. Achtsamkeit wird dabei anhand von Instruktionen, Metaphern, Modelllernen, den Einsatz operanter Elemente (z. B. Zuwendung, Lob) sowie durch Hausaufgaben vermittelt. Da davon ausgegangen werden kann, dass Klienten ihre Aufmerksamkeit zu Beginn nicht lange aufrechterhalten können, sollten die ersten Achtsamkeitsübungen nicht länger als 30 Sekunden bis zu einer Minute andauern (Linehan, 2007). Ähnliche Elemente finden sich im Suchtbereich als „Blitzlicht“ wieder, das zu Beginn und am Ende einer Gruppentherapie die Wahrnehmung der Klienten von der Außen- zur Innenperspektive lenken soll (Heidenreich et al., 2006). In Anbetracht der hohen Komorbiditätsraten¹ von Abhängigkeitsstörungen einerseits und Persönlichkeitsstörungen, Angst, depressiven Störungen sowie Psychosen andererseits, ist es erforderlich Behandlungsprogramme zu entwickeln, die möglichst alle Störungen in einem therapeutischen Kontext berücksichtigen. Wird nur die Abhängigkeit oder die komorbide Störung behandelt (in der Hoffnung, dass sich das jeweils andere Problem dann von selbst legen würde), drohe laut Bilitza & Schuhler (2007) die Zuspitzung der jeweils unbehandelten Störung. Dementsprechend entwickelten Dimeff und Linehan (2008) ein DBT-Programm für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und komorbider Substanzabhängigkeit (DBT-S), dessen übergeordnetes Ziel Abstinenz bzw. die Vermeidung von Rückfällen ist (für eine ausführlichere Darstellung vgl. Sendera & Sendera, 2007). Einzelne Aspekte der DBT-S eignen sich auch für Klienten mit einer Abhängigkeitsstörung ohne BPS-Diagnose, allerdings nicht das gesamte Programm (Kienast, persönliche Kommunikation am 13.08.2009). DBT-S kann auch bei Menschen mit anderen schweren, in Kombination mit einer Abhängigkeit auftretenden Störungen hilfreich sein. Zumindest für Klienten, die nicht von anderen etablierten Suchttherapien profitieren können, stellt DBT-S eine Alternative dar (Dimeff & Linehan, 2008). Studienergebnisse zur klinischen Effektivität der DBT mit integriertem Behandlungspro-

¹ Komorbidität: das gemeinsame Auftreten von mindestens zwei Störungen bei einem Individuum (Davison et al., 2007).

gramm für Abhängigkeitsstörungen sind (sowohl im stationären als auch ambulanten Setting) vielversprechend (Kienast et al., 2009; Linehan et al., 2002).

Innerhalb achtsamkeitsbasierter Ansätze stellt Achtsamkeit das grundlegende Therapieprinzip dar. Zu diesen Ansätzen zählen die „Mindfulness-based stress reduction“ (MBSR; Kabat-Zinn, 1990) und die „Mindfulness-based cognitive therapy“ zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen (MBCT; Segal et al., 2002). MBSR und MBCT weisen den deutlichsten Bezug zu der ursprünglich meditativen Tradition auf und gelten daher als Klassiker der achtsamkeitsbasierten Verfahren (Heidenreich & Michalak, 2009a). Über einen Zeitraum von acht Wochen werden zeitlich ausgedehnte, intensive Meditationsübungen (bis zu 45 Minuten) durchgeführt, die von den Klienten auch regelmäßig als Hausaufgabe praktiziert werden sollen. Im Rahmen einer Psychoedukation werden Informationen über Stress (MBSR) bzw. Depression (MBCT) vermittelt. In der MBCT sind zusätzlich auf Depression bezogene kognitiv-behaviorale Elemente integriert (z. B. Änderung des Verhaltens, Identifizierung negativer Gedanken und automatischer Muster). Hauptbestandteile beider Programme sind formelle (Body-Scan, Atemmeditation, Hatha-Yoga) und informelle Achtsamkeitsübungen (Integration einer achtsamen Haltung in den Lebensalltag). Beispiele sind im Anhang A enthalten. Vallejo und Amaro (2009) modifizierten das MBSR-Programm für die Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit und auch in gegenwärtigen (nicht primär auf Achtsamkeit abzielenden) Behandlungen lassen sich Parallelen zu MBSR-Elementen finden. So werden im Suchtbereich häufig Atemtherapie oder die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson eingesetzt (Heidenreich et al., 2006).

6.2 Anwendungsmöglichkeiten bei Abhängigkeitsstörungen

Aus diesen unterschiedlichen Formaten lassen sich laut Heidenreich et al. (2006, 2009) Anregungen für die Anwendung achtsamkeitsbasierter Interventionen im Suchtbereich ableiten. Was und wie viel realisiert werden kann, dürfte dabei vor allem vom Behandlungssetting abhängen. So lassen sich Achtsamkeitsübungen in der stationären Suchttherapie systematischer und mit häufigerer Frequenz einüben als im ambulanten Setting. Auch stellt sich die Frage, ob abhängige Klienten zu längeren Achtsamkeitsübungen in der Lage sind. Breslin et al. (2002) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass formelle Achtsamkeitsübungen (wie MBCT oder MBSR) hohe Anforderungen an die Klienten stellen. Daher empfehlen sie (analog zur DBT) anfangs keine tägliche formale Achtsamkeitspraxis durchzuführen, sondern die Klienten zunächst in kurzen Übungen mit dem Achtsamkeitsprinzip vertraut zu machen. Gegen

intensive formelle Übungen zu Beginn der Behandlung spreche v. a., dass die Klienten in intoxikiertem Zustand meditieren würden. Die Bereitschaft der Klienten, sich auf Achtsamkeitsübungen einzulassen, hängt sicherlich auch davon ab, inwiefern sie sich der Problematik ihres Substanzkonsums bewusst sind. Die Veränderung suchtmittelbezogener Einstellungen wird von DiClemente (2006) als in Stadien oder Phasen ablaufend beschrieben. In der „Precontemplation“-Phase weisen Abhängige keine oder nur geringe Veränderungsbereitschaft auf, das Problemverhalten als solches ist ihnen nicht bewusst. Im Stadium der „contemplation“ wird ein Problem zunehmend als solches anerkannt. Es findet eine aktive Auseinandersetzung mit dem Problem statt, ohne dass es zu Verhaltensänderungen kommt. Erst während der „Preparation“-Phase kommt es zur Ausbildung von Handlungsabsichten, in der „Action“-Phase dann schließlich zur konkreten Verhaltensänderung. Das letzte Stadium des Modells stellt die „maintenance“ bzw. die Aufrechterhaltung einer Verhaltensänderung dar. Es kann angenommen werden, dass Klienten die einzelnen Stadien häufig wiederholt durchlaufen, bis es zu einer dauerhaften Verhaltensänderung kommt. Klienten, die sich in der „Precontemplation“-Phase befinden und keine Einsicht in die Problemhaftigkeit ihres Konsums haben, dürften für Achtsamkeitsübungen nur schwer motivierbar sein (Heidenreich et al., 2006). Für Klienten in der „Contemplation“-Phase, in der Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung abgewogen werden, kann achtsames Wahrnehmen des Körpergefühls durchaus zur Klärung der Alternativen beitragen. Dieser Prozess könne laut Heidenreich et al. (2006) durch Achtsamkeitsübungen gezielt vorbereitet und begleitet werden. Die Bereitschaft des Klienten, sich von einer Droge zu lösen, sollte zumindest ansatzweise hergestellt sein, damit sich Achtsamkeit und nicht positives (sich zum Verlangen aufschaukelndes) Drogeninteresse entwickeln kann. Als Vorbereitung für die Cue-Exposure-Therapie könnte Achtsamkeitstraining die bewusste Wahrnehmung und das Nichtreagieren fördern – sowohl in der Expositionssituation selbst, als auch später im Alltag. Letztendlich kann Achtsamkeit auch die Lebendigkeit der Alltagserfahrung steigern, indem sie zuvor neutralen Dingen bzw. Situationen größere Bedeutung verleiht. Der Alltag wird als reicher erlebt und Klienten sind möglicherweise nicht mehr so sehr auf den Kick angewiesen. Inwieweit die Vermittlung und Kultivierung von Achtsamkeit eine sinnvolle Ergänzung zum therapeutischen Vorgehen darstellt und vom jeweiligen Klienten zum gegenwärtigen Zeitpunkt umgesetzt werden kann, muss individuell entschieden werden. In diesem Zusammenhang kann auf die Philosophie der Kurzzeittherapie verwiesen werden: „Wenn du einmal weißt, was funktioniert, *mache mehr vom Selben!* ... Wenn es nicht funktioniert, laß es sein, *mache etwas anderes*“ (Berg & Miller, 2007, S. 32).

6.3 Eine empirische Untersuchung zur Achtsamkeitsmeditation bei Alkohol- und Drogenproblemen

Heidenreich et al. wiesen bereits 2006 darauf hin, dass es bisher lediglich theoretische Überlegungen zur Anwendung von Achtsamkeit im Suchtbereich und nur wenige empirische Arbeiten gibt. Auch in den letzten Jahren hat sich daran meines Erachtens nicht viel geändert. Es liegen jedoch vereinzelt Arbeiten vor, die die Auswirkungen anderer Meditationsformen auf Alkoholkonsum empirisch überprüften. Beispielsweise konnten Taub, Steiner, Weingarten und Walton (1994) nachweisen, dass Transzendente Meditation (neben EMG Biofeedback) effektiv zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden kann. Die Transzendente Meditation (TM) zählt zu den konzentrationsbasierten Ansätzen, bei denen die Aufmerksamkeit lediglich auf einen einzigen Stimulus (ein Wort bzw. Mantra, ein Geräusch oder ein Objekt) gerichtet ist. In einer randomisierten Studie verglichen Marlatt, Pagano, Rose und Marques (2008) Transzendente Meditation, Muskelentspannung und tägliches Lesen zur Entspannung bei stark trinkenden College-Studenten. In allen Gruppen zeigte sich eine signifikante Reduktion der Trinkmenge, wobei die TM-Gruppe die konsistentesten Alkoholreduktionen angab. Ermutigt durch diese Ergebnisse, starteten Marlatt und Kollegen (vgl. Hsu et al., 2008) den Versuch auch andere buddhistische Aspekte, wie die Achtsamkeitsmeditation in die Suchttherapie zu integrieren. "Until recently the very word meditation tended to evoke raised eyebrows and thoughts about mysticism and hocus-pocus in many people. In part, that was because people did not understand that meditation is really about paying attention" (Kabat-Zinn, 1990, p. 21).

Witkiewitz, Marlatt & Walker (2005) untersuchten Achtsamkeitsmeditation als „Stand-alone“-Behandlung (d. h. es wurden keine weiteren therapeutischen Ansätze eingeführt) bei Alkohol- und Drogenproblemen von Gefängnisinsassen in Seattle. Insgesamt wurden 306 Gefangene untersucht, von denen die meisten vor ihrer Aufnahme Alkohol und Drogen konsumierten. Die Teilnehmer absolvierten einen 10-Tageskurs in Vipassana-Meditation (VM) nach Goenka. Dabei handelt es sich um ein standardisiertes Meditationsprogramm, das wesentliche buddhistische Lehrinhalte vermittelt. Bei dieser Meditationsform wird die Aufmerksamkeit auf die Atmung oder Körperempfindungen gelenkt. Die Experimentalgruppe setzte sich aus Strafgefangenen zusammen, die sich bei der Aufnahme bereiterklärten, an der Behandlung teilzunehmen. Die Kontrollgruppe erhielt „treatment as usual“ (TAU), d. h. sie nahm am sonstigen Angebot der Anstalt (u. a. Psychoedukation, Treffen der Anonymen Alkoholiker, Training sozialer Kompetenz) teil. Nur ca. 30 % der Teilnehmer konnten nachuntersucht werden. Als häufigste Begründung

für das Herausfallen aus der Studie wurde genannt, dass die Patienten für eine Nachuntersuchung nicht mehr zur Verfügung standen, entlassen worden waren oder sich weigerten, erneut untersucht zu werden. Eine Auswertung mit 29 Klienten der Meditationsgruppe und 59 Teilnehmern der Kontrollgruppe liegt vor. Die beiden Gruppen unterschieden sich dahingehend, dass die Teilnehmer des VM-Kurses zusätzlich mehr Trainingsstunden in psychoedukativen Programmen absolvierten als die Kontrollgruppe. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Die Ergebnisse beziehen sich auf Unterschiede in der Alkohol- und Drogeneinnahme in den 3 Monaten vor und nach der Aufnahme. Im Prä-Post-Vergleich verbesserten sich beide Gruppen signifikant hinsichtlich Alkohol- und Drogeneinnahme. Die Verbesserung des VM-Kurses gegenüber der TAU-Gruppe wird durch signifikante Zeit-mal-Gruppen-Interaktionen demonstriert: Diese ergaben sich für den Drug Abuse Severity Test, die durchschnittliche wöchentliche Drogeneinnahme sowie den maximalen Marihuana- und Kokaingebrauch. Weitere Untersuchungen mit anderen Gruppen sind geplant.

Aus methodischer Sicht ist diese Studie sicherlich zu kritisieren: Da die Zuteilung nicht randomisiert erfolgte und die VM-Teilnehmer auch insgesamt mehr Zeit in anderen Gruppen verbrachten, ist zu vermuten, dass es sich dabei um die motiviertere Gruppe handelte. Auch ist nicht auszuschließen, dass die höhere Behandlungsdosis einen Teil der Unterschiede erklären kann. Des Weiteren werden keine spezifischen Abhängigkeitsindikatoren berichtet, sodass letztendlich unklar ist, welches Klientel konkret untersucht wurde. Trotz dieser methodischen Einschränkungen liege nach Heidenreich et al. (2009) damit erstmals eine Studie vor, „die sich der interessanten Frage nach der Anwendung von Achtsamkeitsprinzipien auf empirische Weise nähert“ (S. 585). Diese und weitere Studienergebnisse motivierten Marlatt und seine Arbeitsgruppe (Hsu et al., 2008), ein achtsamkeitsbasiertes Interventionsprogramm für Menschen mit Abhängigkeitsproblemen zu entwerfen, das im Folgenden skizziert werden soll.

6.4 Die Mindfulness-based relapse prevention

Bei der „Mindfulness-based relapse prevention“ (MBRP) handelt es sich um ein manualisiertes, ambulantes Behandlungsprogramm, das neben den kognitiv-behavioralen Strategien der klassischen Rückfallprävention (vgl. Kapitel 3) auch Achtsamkeits-Elemente berücksichtigt (Hsu et al., 2008). Das wesentliche Ziel dieses Programms ist es, Achtsamkeit und Akzeptanz gegenüber Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen (u. a. Entzugserscheinungen) zu entwickeln, um diese Haltung als Bewältigungsstrategie auch in Hochrisikosituationen einsetzen zu können. Analog zur

Struktur der MBSR und MBCT, werden in acht wöchentlichen Sitzungen von ca. zwei Stunden Dauer grundlegende Prinzipien der Achtsamkeit und der Rückfallprävention vorgestellt und eingeübt. Die in den Gruppen aufgegriffenen Themen sind u. a. Wissensvermittlung über Craving, Vermittlung von Bewältigungsstrategien, Identifikation von Hochrisikosituationen, Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung, Kultivierung einer akzeptierenden Haltung gegenüber körperlichen (medizinisch nicht bedenklichen) und psychischen Entzugserscheinungen sowie Lernen im gegenwärtigen Moment (statt im Autopilotenmodus) zu leben. Zudem werden die Klienten angehalten Übungen zur Achtsamkeit und zur Rückfallprävention als Hausaufgabe durchzuführen. Meditations-CDs sollen ihnen helfen auch außerhalb der Sitzungen regelmäßig Achtsamkeit zu praktizieren. Kontinuierliche Achtsamkeitspraxis soll sie in die Lage versetzen, auf interne und externe Reize weniger automatisiert zu reagieren. Dabei muss es sich nicht ausschließlich um substanzbezogene Erlebnisse handeln, auch die sogenannten „daily hassles“ bieten reichlich Gelegenheit, die eigenen Reaktionen achtsam wahrzunehmen (Heidenreich, 2009). Letztendlich führe erhöhte Bewusstheit und Akzeptanz von Gedanken und Empfindungen in Hochrisikosituationen laut Witkiewietz et al. (2005, p. 223) zu adaptiveren Reaktionen auf situationale Hinweisreize und damit zu einer geringeren Rückfallwahrscheinlichkeit. Die wiederholte Erfahrung, Hochrisikosituationen achtsam zu erleben – ohne der Versuchung nachzugeben, die Substanz zu konsumieren oder bei Anwesenheit der Substanz impulsiv zu reagieren – hätte eine erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung zur Folge und bewirke eine Gegenkonditionierung der positiven und negativen Verstärker, die mit der Wirkung einer abhängigkeitserzeugenden Substanz verbunden sind.

Mit der „Mindfulness-based relapse prevention“ (MBRP) wurden erstmals konkrete Einsatzmöglichkeiten von Achtsamkeit im Suchtbereich vorgelegt. Das Programm wird derzeit evaluiert. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass die MBRP eine effektive ergänzende Therapie zur Rückfallprävention von Alkoholabhängigen darstellt (Zgierska et al., 2008). Eine weitere Möglichkeit, Achtsamkeit im Rahmen der (Sucht-)Therapie zu vermitteln, liegt in der eingenommenen therapeutischen Haltung. Der Therapeut könne laut Heidenreich et al. (2007) modellhaft wirksam sein, indem er den Klienten Achtsamkeit direkt vorlebt.

6.5 Die therapeutische Haltung

„Es ist kein Geheimnis, dass wir in der Arbeit mit unseren KlientInnen und PatientInnen vor allem dadurch wirksam sind, *wie* wir uns verhalten und die gemeinsame Beziehung

gestalten und nicht in erster Linie dadurch *was wir tun ...*“ (Altner, 2008, S. 387). Entsprechend berichten Lambert und Simon (2008), dass allgemeine Wirkfaktoren wie die therapeutische Beziehung 30 % der Ergebnisvarianz erklären, während der spezifischen therapeutischen Technik nur 15 % zugesprochen werden. Unter verschiedenen Vertretern achtsamkeitsbasierter Therapieansätze herrscht Einigkeit darüber, dass Therapeuten, die in diesem Bereich tätig werden möchten, auf der Grundlage eigener Erfahrungen mit Achtsamkeit arbeiten sollten (Michalak & Heidenreich, 2009). Solange das Verhältnis des Therapeuten zu Achtsamkeit noch nicht in ausgedehnter persönlicher Praxis verwurzelt sei, hätte die Vermittlung und Anleitung im klinischen Kontext laut Kabat-Zinn (2009) nur Bruchteile der erforderlichen Energie, Authentizität oder der letztendlichen Relevanz:

Wie kann man jemanden bitten, sich auf systematische und disziplinierte Weise einen tiefen Einblick in seinen bzw. ihren eigenen Geist und Körper und die Natur des eigenen Daseins zu verschaffen, wenn man nicht willens ist (oder zu viel zu tun hat oder nicht genügend daran interessiert ist), sich selbst auf dieses große und herausfordernde Abenteuer einzulassen, zumindest in demselben Ausmaß, wie man es von seinen Patienten oder Klienten erwartet? (S. 124)

Auch Bien (2009) sieht das Potential des Achtsamkeitsansatzes nicht ausschließlich auf der Interventionsebene: „Mindfulness, the practice of moment-to-moment, non-judgemental awareness, would seem exactly the kind of attention needed to facilitate empathy and a positive therapeutic relationship“ (p. 296). Während der Sitzung sollte der Therapeut unbedingt für den Klienten da sein und Störungen jeglicher Art (z. B. Klingeln des Telefons, Ablenkung, Fantasien) auf ein Minimum reduzieren. In der therapeutischen Situation sollte er aus der eigenen lebendigen Körpererfahrung im Hier-und-Jetzt heraus handeln und versuchen, jedem Klienten gegenüber eine möglichst offene Haltung einzunehmen, indem er Kategorisierungen so weit wie möglich zurückstellt. Die Umsetzung dieser selbstverständlichen therapeutischen Haltungen fällt nicht immer leicht. Achtsamkeit biete Heidenreich et al. (2007) zufolge eine ausgezeichnete Möglichkeit, sie täglich einzuüben.

Untersuchungen deuten darauf hin, dass im psychosozialen Bereich tätige Menschen vermehrt fürsorglich und wertschätzend sowohl sich selbst als auch Klienten gegenüber auftreten, wenn es ihnen gelingt, im Alltag gezielt Achtsamkeit zu praktizieren (Altner, 2008). Die Achtsamkeitspraxis fördere Qualitäten wie Präsenz, Verbundensein, Akzeptanz, Wertschätzung und Gelassenheit. Speziell in der Arbeit mit Abhängigen sind achtsamkeitspraktizierende Therapeuten möglicherweise eher in der Lage die ständigen Wechsel im Gemütszustand des Klienten sowie die suchtbezogenen Stadien der Veränderungen zu erfassen, in denen er sich befindet (Bien, 2009).

Achtsamkeit kann sich auch positiv auf die Behandlungsergebnisse auswirken. So berichten Grepmaier und Nickel (2006) über die Effekte eines Achtsamkeitstrainings, das von angehenden Psychotherapeuten (PiAs) absolviert wurde: Während der Durchführung der Studie haben die PiAs täglich Zen geübt. Darüber hinaus wurden sie angeregt, während der psychotherapeutischen Sitzungen mit ihren Klienten achtsam zu sein. Allein dies führte zu einer beachtlichen Steigerung der therapeutischen Wirksamkeit der Psychotherapeuten. Auch zeigten sich bedeutsame Unterschiede im Vergleich mit einer Gruppe von Klienten, deren Therapeuten keine Achtsamkeitsübungen durchführten. Es wird angenommen, dass das (tiefere) Wohlbefinden von Klienten mit dem (tieferen) Wohlbefinden von Therapeuten verknüpft ist. Therapeuten, die achtsame Selbstfürsorge und achtsamen Umgang mit ihrer Umwelt gelernt haben, können Klienten (aus ihrer eigenen gelebten Erfahrung heraus) wahrscheinlich stärker unterstützen, diese Aspekte auch bei sich zu entwickeln (Heidenreich et al., 2007). Zudem könne das Prinzip der Achtsamkeit den Therapeuten behilflich sein, ihre eigenen Grenzen und Bedürfnisse früher wahrzunehmen. In therapeutischen und psychosozialen Berufen bestehe laut Altner (2008) meist ein hohes emotionales Engagement, das unter bestimmten Bedingungen zu starken Belastungen bis hin zum Burnout führen kann. Die Kultivierung einer achtsamen, selbstfürsorglichen Haltung (z. B. durch Meditation oder Yoga) könne in diesem Zusammenhang zum Erhalt von Gesundheit und Lebensfreude beitragen.

Letztendlich wirkt sich Achtsamkeit nicht nur positiv auf Klient, Therapeut und deren therapeutische Beziehung aus, auch im Forschungsprozess kann sie eine wichtige Rolle spielen: Dem von Koch-Göppert (2006) vorgeschlagenen Modell zufolge geschehe achtsames Forschen in einer Bewusstheit des unmittelbaren Erlebens dessen, was im jeweiligen Moment des Forschens im Bewusstseinsstrom der Forscher-Person und ihres Forschungsgegenstandes in Erscheinung tritt und auch wieder weiter fließt. Achtsames Forschen ermögliche, fördere und führe zu mehr Authentizität. "The continued systematic investigation of mindfulness has the potential to weave together theory, research, and practice, building an integrated and unified model of how mindfulness can best support greater health..." (Shapiro, 2009, p. 559).

6.6 Ausblick

Heidenreich et al. (2009) halten die Einordnung des Achtsamkeitsprinzips in bestehende psychologische Theorien „für eine vordringliche Aufgabe“ (S. 586). Insbesondere im Bereich der Abhängigkeitsstörungen würden bisher kaum überzeugende Ansätze zur Bedeutung von Achtsamkeit vorliegen. Andererseits sei die Integration

achtsamkeitsbasierter Ansätze in die wissenschaftliche Psychologie nicht unproblematisch. Letztendlich unterscheiden sich die wissenschaftliche und meditative Tradition u. a. bezüglich des Menschenbildes, der Auffassung von Empirie und der Rolle persönlicher Erfahrungen. Der wissenschaftlichen Forderung nach Objektivität, Reliabilität, Explikation und Operationalisierung stünde eine Auffassung gegenüber, die der unmittelbaren, persönlichen achtsamen Erfahrung einen großen Stellenwert einräumt. Eine Herausforderung wird es sein, einen Weg zu finden, der beide Perspektiven berücksichtigt und respektiert. Trotz (oder gerade wegen) dieses Spannungsverhältnisses ist davon auszugehen, dass das Prinzip der Achtsamkeit interessante Impulse zur Weiterentwicklung der Psychotherapie liefern kann.

Für die weitere Beschäftigung mit dem Thema „Achtsamkeit“ im Kontext von Abhängigkeitsstörungen sei es zunächst erforderlich, in empirischen Studien zu überprüfen, inwiefern Interventionen, die zusätzlich Achtsamkeitsansätze berücksichtigen, zu einer Erhöhung der Wirksamkeit führen (Heidenreich et al., 2007, 2009). Hierzu sollten Studien mit stärkeren Untersuchungsdesigns durchgeführt werden, die auch Fragen der differentiellen Indikation aufgreifen. So wäre es beispielsweise denkbar, dass einige Klienten von achtsamkeitsbasierten Ansätzen profitieren, während bei anderen keine Veränderung erfolgt. Des Weiteren sind mögliche Wirkprinzipien der Achtsamkeit sowie die Relevanz einer achtsamen Haltung des Therapeuten für seine Gesundheit und die Effektivität von Behandlungen eingehender zu untersuchen. Das langfristig wichtigste Anwendungsgebiet sehen Heidenreich et al. (2009) jedoch „im gesellschaftlich äußerst relevanten Bereich des Umgangs mit riskantem und schädlichem Konsum“ (S. 586). Demzufolge ist es wünschenswert, den Blick zukünftig mehr auf den präventiven Bereich zu lenken und der Frage nachzugehen, inwiefern achtsamkeitsbasierte Prinzipien dazu beitragen können, das Auftreten von (Abhängigkeits-)Störungen zu reduzieren (vgl. Altner, 2009). Immerhin habe die Weltgesundheitsorganisation mit Einführung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) laut Stachowske (2008) bereits einen Paradigmenwechsel im internationalen System der Definitionen von Krankheit versus Gesundheit eingeleitet: Das dynamische, ressourcenorientierte ICF-Modell stellt eine Ergänzung zur individualzentrierten, symptom- bzw. defizitorientierten Sichtweise der ICD-10 dar und „eröffnet die Chance, bei der Diagnose und Therapie von Störungen der Gesundheit ... neue, erweiterte Ansätze zu nutzen“ (S. 21).

7 Achtsamkeit, Spiritualität und Psychotherapie

Trotz der entgegengesetzten Grundhaltung von achtsamkeitsbasierten Ansätzen und veränderungsorientierter Therapie, zeigen (Verhaltens-)Therapeuten eine hohe Bereitschaft, sich mit diesen Ansätzen auseinander zu setzen und sie in ihre therapeutische Praxis zu integrieren. Bohus (2006) zieht zur Begründung u. a. die Bedeutung und Kraft spiritueller Aspekte heran, die durch Achtsamkeitsübungen vermittelt werden: „Vielleicht liegt ja genau darin der Reiz der achtsamkeitsbasierten Psychotherapie, dass quasi durch die Hintertüre des wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweises auch spirituelle Aspekte der Psychotherapie diskursfähig werden“ (S. 229).

7.1 (Sehn-)Sucht

Obwohl das Wort „Sucht“ nicht auf suchen zurück geht (Mackensen, 2006), sondern im Deutschen etymologisch von „siech“ (gleichzusetzen mit körperlicher Krankheit) abgeleitet ist, wird Abhängigkeit oft mit dem Bild eines Suchenden assoziiert. Chopra (2005) sieht den Süchtigen beispielsweise als einen Menschen auf der Suche nach Lebensfreude – nur suche er am falschen Ort. Ein Ausweg eröffne sich erst, wenn der Süchtige Zugang zu einer Ebene tieferer Befriedigung findet, die ein selbstzerstörerisches Verhalten ihm nicht verschaffen kann: „Joy does not induce a craving for more, because it is enough“ (Johnson, 1989, Epilogue). Dabei unterscheidet Chopra (2005) zwischen Glück als einem Gefühl, das von einer äußerlichen Erfahrung ausgelöst wird (z. B. Finden eines Geldscheins auf der Straße) und Freude, die im Wesentlichen von innen kommt. Freude sei die Rückkehr zu der tiefen inneren Harmonie zwischen Körper, Geist und Seele, die schon bei der Geburt bestehe und jederzeit wiederhergestellt werden könne. Die Fähigkeit sich echte Freude im Leben zu verschaffen, der natürliche Impuls, glücklich und gesund zu sein, sei immer gegenwärtig. Auch Trungpa (2006) zufolge sei „jeder Mensch ... von grundlegender geistiger Gesundheit, egal wie gestört er oder sie wirken mag“ (S. 197). Der Körper sende als hochsensibler Mechanismus ständig Signale: „Wenn wir alle Möglichkeiten verpasst haben, auf diese Signale zu hören, sind wir irgendwann krank. Unser Körper zwingt uns dazu, auf der Stelle achtsam zu sein“ (S. 201). Daher sei es wichtig, nicht die Krankheit (in diesem Fall die Abhängigkeitsstörung bzw. Rückfälle) bekämpfen zu wollen, sondern ihre Botschaft zu verstehen. Die überwiegende Mehrheit der Problemtrinker, die in der Therapie „trocken“ werden, erleidet früher oder später einen Rückfall. Laut Röhr (2008) gelinge es den Betroffenen oftmals nicht, eine zufriedene

Abstinenz zu erreichen. Sie fänden keinen Sinn in ihrem Leben, außer der Aufgabe, den angerichteten Schaden mit aller Macht wieder gutzumachen. Die Suchtkrankheit zwingt zu einer gründlichen Bilanzierung des bisherigen Lebens. Abstinenz allein ergebe keinen Sinn, es ginge vielmehr darum, wie das abstinentes Leben gestaltet werden soll:

Wofür will ich leben? Wofür lohnt es sich zu leben? Wenn man sich diese Fragen ernsthaft stellt, dann werden nicht selten merkwürdige Dinge offensichtlich: *Ein Leben für einen Fußballverein, für eine Automarke, für Konsum, für Reisen, für Kleidung usw. – reicht das?* (Röhr, 2008, S. 50)

Saint-Exupéry (2008) weist in seiner Erzählung „Der Kleine Prinz“ darauf hin, dass das Wesentliche für die Augen unsichtbar sei – vielleicht hat er Recht. Abhängigkeit wird in diesem Zusammenhang oft als missglückter Versuch verstanden tieferliegende Sehnsüchte zu stillen (Altner, 2002; Chopra, 2005). Der Aufwand, der für eine Befreiung aus der Sucht zu investieren sei, bestehe letztendlich in der Bereitschaft, sich mit eben diesen Sehnsüchten und Bedürfnissen auseinanderzusetzen. (Achtsamkeits-)Meditation könne hierbei unterstützend wirken:

Ob es sich um ein Pulver, eine Flüssigkeit oder ein Gerät handelt – Sie wurden jedenfalls nicht damit geboren, sondern müssen es suchen, kaufen, trinken oder schlucken. Im Gegensatz dazu kommt Meditation ausschließlich von innen. Sie besitzen bereits alles, was Sie zum Meditieren brauchen. Sie hatten es bereits, als Sie zur Welt kamen. Niemand kann es Ihnen verkaufen, und niemand kann es ihnen wegnehmen. Meditation ist das Gegenteil, die Antithese allen Suchtverhaltens.... (Chopra, 2005, S. 137)

Die meisten Menschen würden keinen einzigen Moment innerer Ruhe kennen, sich möglicherweise sogar vor einem Innehalten des Bewusstseinsstroms fürchten (Chopra, 2005). Sobald jedoch die Erfahrung im Meditieren wachse, wird der Geist ruhig und der Meditierende könne den Zustand der „ruhevollen Wachheit“ erfahren, der jedem Gedanken vorausgeht. Das Suchtverhalten würde auf natürliche Weise abnehmen, da sich eine neue Quelle des Friedens, der Freude und innerer Stärke erschlossen hätte.

7.2 Spiritualität

Während das einst tabuisierte Thema der Sexualität mittlerweile Eingang in die Psychotherapie gefunden hat, scheint Spiritualität laut Quekelberghe (2007) noch immer ungern angesprochen zu werden.

Gemäß Chopra (2005) ist „eine genaue Definition ... nicht leicht, aber Sie werden intuitiv den Unterschied erkennen zwischen einem Gedanken, der Sie in den Bereich der

Spiritualität trägt, und einem Gedanken, der ohne jede spirituelle Bedeutung ist“ (S. 105). Beispielsweise beschreibt er seine Methode, die einen Ausweg aus der Sucht ermögliche als spirituell: Sie basiert auf bewusster Aufmerksamkeit in Verbindung mit Wohlbefinden. Michalak und Heidenreich (2009) zufolge, dürfte eine gelungene Verinnerlichung des Achtsamkeitsprinzips “in dem Sinn spirituell sein, als dass sie zu einer ganzheitlichen Veränderung des Lebens-*Gefühls* einer Person führt – zur Entdeckung des Wertes des *gegenwärtigen Augenblicks* in seiner Tiefe und Weite sowie des Wertes des *Erlebens* dieser Gegenwart“ (S. 807). Auch Trungpa (2006) beschreibt Achtsamkeit als eine Vorgehensweise auf dem spirituellen Weg. Unter Spiritualität könne dabei vieles verstanden werden: Manche Menschen würden sie als einen Weg beschreiben, eine höhere Art von Glück zu erlangen. Andere betrachten sie als einen menschenfreundlichen Weg Macht über andere zu bekommen und wieder andere sehen den Sinn der Spiritualität darin, magische Kräfte zu erlangen, um die schlechte Welt verwandeln oder durch Wundertaten läutern zu können. All diese Ansichten seien im buddhistischen Kontext belanglos. Dort bedeute Spiritualität letztendlich, „sich mit der Arbeitsgrundlage der eigenen Existenz zu beschäftigen, dem eigenen Geisteszustand“ (S. 99).

Indem wir meditieren befassen wir uns genau mit dem Geist, der unsere Brille entworfen und die Gläser in das Gestell eingesetzt hat, und mit genau dem Geist, der dieses Zelt hier aufgestellt hat....Wir haben also eine lebendige Welt, eine Welt des Geistes. Wenn wir das erkennen, ist die Arbeit mit dem Geist keine mysteriöse oder abgehobene Sache mehr. Es geht nicht mehr um irgendetwas, das verborgen wäre oder irgendwo anders. Geist ist genau hier. Geist ist überall zu greifen. Er ist ein offenes Geheimnis. (Trungpa, 2006, S. 104 f.)

Wo die westliche klinische Psychologie mit der Untersuchung oft im Stadium voll entwickelter Gedanken, Emotionen und Gemütszustände ansetzt, beginnt der buddhistische Ansatz auf einem fundamentaleren Niveau. Um mit dem Geist arbeiten zu können, wäre eine Disziplin mit einem ebenso weiten Horizont wünschenswert: Mit dem Fortschritt auf materiell-technischer Ebene sollte idealerweise auch ein Fortschritt auf spiritueller Ebene einhergehen (Trungpa, 2006). Diese aufgeschlossene Sichtweise könnte meines Erachtens das Verhältnis zwischen Spiritualität und „wissenschaftlicher“ Psychologie lockern und dazu beitragen, dass „spirituell“ orientierte Ansätze – wie das im Folgenden vorgestellte Zwölf-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker – mehr Beachtung in der (Sucht-)Therapie finden.

7.3 Die „Zwölf Schritte“ der Anonymen Alkoholiker

Von zwei ehemaligen Alkoholikern gegründet, propagiert die größte und bekannteste Selbsthilfegruppe der Welt – die Anonymen Alkoholiker (AA) – bereits seit 1935 Genesung durch Spiritualität. Der Einfluss, den das Zwölf-Schritte-Programm der AA (Tabelle 3) insbesondere in den Vereinigten Staaten habe, sei laut Murken (2008, S. 59) „kaum zu überschätzen“. So gibt es mittlerweile zahlreiche Gruppen mit Millionen Mitgliedern in mehr als 100 Ländern der Erde.

Tabelle 3: *Die „Zwölf Schritte“ der Anonymen Alkoholiker* (vgl. Davison et al., 2007)

1. Wir gaben zu, dass wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind – und unser Leben nicht mehr meistern konnten.
2. Wir kamen zu dem Glauben, dass nur eine Macht, größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.
3. Wir fassten den Entschluss, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes – wie wir ihn verstanden – anzuvertrauen.
4. Wir machten eine gründliche und furchtlose Inventur in unserem Inneren.
5. Wir gaben Gott, uns selbst und einem anderen Menschen gegenüber unverhüllt unsere Fehler zu.
6. Wir waren völlig bereit, all diese Charaktermängel von Gott beseitigen zu lassen.
7. Demütig baten wir ihn, unsere Mängel von uns zu nehmen.
8. Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Schaden zugefügt hatten, und wurden willig, ihn bei allen wieder gut zu machen.
9. Wir machten bei diesen Menschen alles wieder gut – wo immer es möglich war – es sei denn, wir hätten dadurch sie oder andere verletzt.
10. Wir setzten die Inventur bei uns fort, und wenn wir Unrecht hatten, gaben wir es sofort zu.
11. Wir suchten durch Gebet und Besinnung die bewusste Verbindung zu Gott – wie wir ihn verstanden – zu vertiefen. Wir baten ihn nur, uns seinen Willen erkennbar werden zu lassen und uns die Kraft zu geben, ihn auszuführen.
12. Nachdem wir durch diese Schritte ein spirituelles Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an Alkoholiker weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Grundsätzen auszurichten.

AA-Gruppen treffen sich häufig und regelmäßig (Davison et al., 2007). Neue Mitglieder bekennen, dass sie Alkoholiker sind, ältere „trockene“ Mitglieder erzählen die Geschichte ihrer Alkoholabhängigkeit und berichten von ihrem nunmehr besseren Leben. Jedes AA-Mitglied wird davon überzeugt, dass Alkoholismus unheilbar und ständige Wachsamkeit notwendig sei, um nicht wieder dem unkontrollierten Trinken zu verfallen. Die Gruppe bietet emotionale Unterstützung, Verständnis, Rat und Geselligkeit.

Wie in den zwölf Schritten zu erkennen, wird dem spirituellen Aspekt große Bedeutung beigemessen: Abhängige greifen oft zu Drogen, um eine emotionale oder spirituelle Leere zu füllen (Lüttich, 2008). In materiellen Dingen oder Substanzen ließe sich jedoch keine tiefe Erfüllung innerer Sehnsüchte finden. Zur Befreiung aus der Abhängigkeit sollen sich die Teilnehmer der AA-Programme daher der Liebe und Führung einer höheren Macht anvertrauen. Es wird offengelassen wer oder was unter dieser höheren Macht zu verstehen ist (Schritt 3), sodass die Teilnehmer selbst entscheiden können, welcher spirituellen Praxis sie folgen möchten. Empirische Ergebnisse zur Konzeptualisierung der „höheren Macht“ zeigen, dass diese sehr individuell interpretiert und erlebt wird (Murken, 2008).

Die AA berufen sich auf C. G. Jung als Mentor ihres spirituellen Programms (Quekelberghe, 2007). Jung hatte 1931 einen Freund des späteren AA-Gründers Bill Wilson behandelt und nach etlichen vergeblichen Versuchen aufgegeben. Nur eine tiefe geistige Erfahrung könne ihn vom Alkohol befreien. Jahre später, in einem Briefwechsel mit Bill Wilson verkürzte Jung seinen Therapievorschlag auf die Formel: „spiritus contra spiritum“ – spiritueller Geist gegen Weingeist (vgl. Anhang B). Nicht selten erfahren Menschen (so auch der Gründer der AA), die in der chronischen Phase der Abhängigkeit einen Tiefpunkt erreicht haben und völlig verzweifelt eine höhere Macht um Hilfe bitten, unerwartet eine neue spirituelle Bewusstheit (Murken, 2008). Auf dieser spirituellen Basis könne der Süchtige – nachdem er seine Abhängigkeit akzeptiert hat – die praktischen, für eine echte Wandlung notwendigen Veränderungen in seinem Leben vornehmen (Chopra, 2005).

Bemerkenswert an diesem Ansatz ist, dass nur der erste der zwölf Schritte den Begriff Alkohol erwähnt. Dies würde laut Chopra (2005, S. 71) zu der Erkenntnis verhelfen, dass es bei Alkoholabhängigkeit nicht nur darum ginge, was im Glas ist, sondern auch um das, „was sich im Kopf und im Herzen“ abspiele. Zudem bestehe dadurch die Möglichkeit, Trinken nicht nur als „Heimsuchung“ sondern auch als Chance zu verstehen – als erste Sprosse auf einer Leiter der Selbstverwirklichung, die zu echter spiritueller Erfüllung führen könne. Auch Lüttich (2008) betrachtet die zwölf Schritte der AA nicht lediglich als ein Programm zur Suchtüberwindung. Den Vorteil dieses Ansatzes sieht er darin, dass es

dem Einzelnen überlassen wird, auf welche Weise er mit der praktischen Umsetzung beginnen möchte. Ein Nachteil sei es jedoch, dass Hilfesuchende keine konkreten „Werkzeuge“ erhalten. Auch wird das AA-Programm oft wegen der übermäßigen Betonung der „gelernten Hilflosigkeit“ sowie der niedrigen Selbsteinschätzung in Bezug auf Gott kritisiert (Quekelberghe, 2007). Während der Alkoholiker auf dem schmalen Grat zwischen dem „bösen Alkohol“ auf der einen Seite und der „rettenden Gnade einer höheren spirituellen Macht“ auf der anderen wandle, finde das eigentliche innere Wesen des Abhängigen laut Chopra (2005, S. 71) keine Beachtung. Hsu et al. (2008) weisen in diesem Zusammenhang allerdings darauf hin, dass die sich einzugestehende „Machtlosigkeit“ von jedem unterschiedlich empfunden werden kann: Einerseits impliziert sie möglicherweise ein Gefühl der Unfähigkeit, (süchtige) Verhaltensweisen und Gedanken ändern zu können, andererseits muss Machtlosigkeit nicht unbedingt mit Hilflosigkeit einhergehen: Abhängige sind vielleicht machtlos gegenüber der Wirkung des Alkohols und der damit verbundenen negativen Konsequenzen, aber die Macht, eigene Denk- und Verhaltensweisen zu ändern, kann dennoch bei ihnen liegen. Demonstrieren Abhängige nicht bereits eine gewisse Macht, indem sie sich (freiwillig) entscheiden einer AA-Gruppe beizutreten und die Verantwortung für ihre Genesung zu übernehmen?

Trotz aller Kritik, gelang es den Anonymen Alkoholikern mit ihrem Programm, Spiritualität als Bewältigungsstrategie systematisch in die Behandlung von Abhängigkeiten einzubinden (Quekelberghe, 2007).

Mit den 12 Schritten und ihren Schriften nahmen die AA vor Jahrzehnten vorweg, was heute zum allgemeinen Trend geworden ist: Die Wichtigkeit des Transzendenzbezuges zu betonen und gleichzeitig die inhaltliche Ausgestaltung dieser Transzendenz völlig offen zu lassen. ‚Gott, wie wir ihn verstanden‘ (Schritt 3) wird zur Metapher eines haltenden Gegenübers, das dazu beiträgt, die labile Balance zwischen Selbstverantwortung und Hilfsbedürftigkeit auszubalancieren. (Murken, 2008, S. 60)

Programme nach dem Modell der AA gibt es auch für andere Abhängigkeitsstörungen (z. B. Gamblers Anonymous, Overeaters Anonymous, Narcotics Anonymous). Die meisten haben die zwölf Schritte der AA übernommen und lediglich den Begriff Alkohol bzw. Alkoholiker in den Schritten 1 und 12 durch das jeweilige Problem ersetzt (Murken, 2008). In den USA sind Zwölf-Schritte-Programme inzwischen bekannte Selbsthilfeangebote für Personen, die (zunächst) nach einer nicht professionellen, preiswerten Lösung ihres Suchtverhaltens suchen. Die Tatsache, dass sich das AA-Programm weltweit etablieren konnte, zeigt, dass eine spirituell orientierte Selbstbehandlungspraxis (weit über

soziokulturelle und religiöse Kontexte hinweg) positive Resonanz finden kann (Quekelberghe, 2007).

Die Wirksamkeit des AA-Genesungsprogramms wurde in empirischen Studien nachgewiesen (Longabaugh, Wirtz, Zweben & Stout, 1998; Ouimette, Finney & Moos, 1997). Für einige Klienten kann die aktive Teilnahme an derartigen Programmen daher durchaus als Ergänzung zu einer professionellen Therapie in Betracht gezogen werden. Letztendlich bleibt wie bei jeder Form der Intervention zu klären, für wen diese Vorgehensweise geeignet ist. In Anbetracht dessen, dass einige Klienten bereits Erfahrungen mit den AA gemacht haben könnten, sei es Hsu et al. (2008) zufolge lohnenswert zu prüfen, wie eine mögliche Integration von Zwölf-Schritte-Programmen und achtsamkeitsbasierten Ansätzen im Suchtbereich aussehen könnte. Therapeuten ist zu empfehlen, sich zumindest über die AA-Prinzipien und deren Hintergründe zu informieren um dort ansetzen und davon profitieren zu können, womit der Klient bereits vertraut ist.

Für eine stärkere Berücksichtigung dieses spirituell orientierten Programms sprechen letztendlich auch die Parallelen zu dem vorgestellten Achtsamkeitsprinzip. Die akzeptierende Haltung findet sich beispielsweise in dem Gedanken der AA wieder, die Dinge anzunehmen, die man selbst nicht ändern kann. In ähnlicher Weise wie die Kultivierung einer achtsamen Haltung ständige Besinnung erfordert, soll auch die spirituelle Praxis der AA täglich erneuert und vertieft werden. Der Wille abstinenz zu bleiben kann jederzeit verlorengehen, sodass der Entschluss zur Abstinenz permanent neu getroffen werden muss. Letztendlich kommt die Maxime der AA, sich auf den jeweils aktuellen Tag zu beziehen dem Anspruch des Achtsamkeitsprinzips (im gegenwärtigen Moment des Hier und Jetzt zu leben) schon recht nahe. An dieser Stelle sollte auch erwähnt werden, dass Lüttich (2008) etliche Gemeinsamkeiten zwischen den zwölf Schritten der AA und den Ansichten des Yoga aufzeigen konnte, dessen Wert für die Bewältigung von Abhängigkeiten mehrfach nachgewiesen worden sei: „Die Ergebnisse konventioneller Suchttherapie können nicht zufrieden stellen. Angesichts von Rückfallquoten zwischen 50 und 90 Prozent besteht Veranlassung genug, Veränderungen vorzunehmen und spirituellen bzw. meditativen Wegen wie [beispielsweise] dem Yoga die Tür in Kliniken und Therapiezentren zu öffnen“ (S. 47). Meines Erachtens können achtsamkeitsbasierte Ansätze hierfür den Grundstein legen und zur Entwicklung eines größeren Bewusstseins für die spirituelle Dimension des Lebens beitragen. Da eine häufig beschriebene Konsequenz einer achtsamen Haltung in stärkerer Gelassenheit liegt (Heidenreich et al., 2007), soll das anfangs zitierte Gelassenheitsgebet – in abgewandelter Form – als Schlusswort dienen. Im Zusammenhang mit dem spirituell orientierten Zwölf-Schritte-Programm der AA könnte Achtsamkeitspraxis folgende

Modifikation bewirken: "God grants me the serenity to accept the things I cannot change, the courage to change the things I can, and the wisdom to know the difference".

Literaturverzeichnis

- Altner, N. (2002). Zwischen Sucht und Sehnsucht: Achtsamkeitsmeditation als Weg zur Raucherentwöhnung. In W. Belschner, J. Galuska, H. Walach & E. Zundel (Hrsg.), *Transpersonale Forschung im Kontext: Jahresband 2 des DKTP* (S. 337-350). Oldenburg: BIS-Verlag.
- Altner, N. (2008). Der Wunsch nach Verbundensein – Achtsamkeitspraxis und die Entwicklung beraterischer Qualitäten. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 39 (4), 376-390.
- Altner, N. (2009). Achtsamkeitspraxis als Weg zu einer integralen Salutogenese. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Ein Handbuch* (3. überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 619-653). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Batten, S. V. & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder: A case study. *Clinical Case Studies*, 4 (3), 246-262.
- Berg, I. K. & Miller, S. D. (2007). *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen: Ein lösungsorientierter Ansatz* (6. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Bien, T. (2009). Paradise Lost: Mindfulness and addictive behavior. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 289-297). New York: Springer.
- Bilitza, K. W. & Schuhler, P. (2007). Sucht. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch* (4. aktualisierte Aufl., S. 701-718). Stuttgart: Thieme.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230–241.
- Bohus, M. (2006). Editorial: Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie – Die dritte Welle in der Evolution der Verhaltenstherapie? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54 (4), 229.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M. & Marlatt, G. A. (2007). The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 32 (10), 2324-2328.
- Breslin, F. C., Zack, M. & McMains, S. (2002). An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (3), 275-299.

- Bühringer, G. (2006). Störungen durch Substanzkonsum: Eine Einführung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 603-612). Heidelberg: Springer.
- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4 (1), 46–54.
- Chopra, D. (2005). *Wege aus der Sucht* (2. Aufl.). München: Dtv.
- Daley, D. C. & Marlatt, G. A. (2006). *Overcoming your alcohol or drug problem: Effective recovery strategies: Therapist guide* (2nd ed.). Oxford: University Press.
- Davison, G. C., Neale, J. M. & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie* (7. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.). (2009). *Jahrbuch Sucht 2009*. Geesthacht: Neuland.
- DiClemente, C. C. (2006). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York: Guilford Press.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2006). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10* (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Huber.
- Dimeff, L. A. & Linehan M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4 (2), pp. 39-47.
- Field, M., Munafò, M. R. & Franken, I. H. A. (2009). A meta-analytic investigation of the relationship between attentional bias and subjective craving in substance abuse. *Psychological Bulletin*, 135 (4), 589–607.
- Frank, E., Wade, A., Noyon, A. & Heidenreich, T. (2009). Achtsamkeit und Akzeptanz bei der Behandlung sexueller Funktionsstörungen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 30 (2), 223-244.
- Giddens, A. (1999). *Soziologie* (2. überarbeitete Aufl.). Graz: Nausner & Nausner.
- Glasser, W. (1985). *Positive addiction*. New York: Harper colophon books.
- Grepmaier, L. J. & Nickel, M. K. (2007). *Achtsamkeit des Psychotherapeuten*. Wien: Springer.
- Groves, P. & Farmer, R. (1994). Buddhism and addictions. *Addiction Research & Theory*, 2 (2), pp. 183-194.
- Hanh, T. N. (2001). *Das Wunder der Achtsamkeit*. Berlin: Theseus.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1–29). New York: Guilford.

- Heidenreich, T., Junghanns-Royack, K. & Michalak, J. (2007). Mindfulness-based therapy: Achtsamkeit vermitteln. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie* (S. 69-81). Heidelberg: Springer.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.). (2006). Achtsamkeit und Akzeptanz [Themenheft]. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (3).
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (2007). Achtsamkeit und Akzeptanz: Opium für das Volk? Eine Antwort auf den Kommentar von Herrn Dr. med. Willy Herbold (PiD Heft 4, Dezember 2006). *Psychotherapie im Dialog*, 8 (2), 194-195.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (2009a). Achtsamkeit. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen* (3. vollständig bearbeitete und erweiterte Aufl., S. 569-578). Heidelberg: Springer.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (2009b). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie – Eine Einführung. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Ein Handbuch* (3. überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 11-24). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Heidenreich, T., Schneider, R. & Michalak, J. (2006). Achtsamkeit: Ein neuer Ansatz zur Psychotherapie süchtigen Verhaltens. *Sucht*, 52 (2), 140-149.
- Heidenreich, T., Schneider, R. & Michalak, J. (2009). Achtsamkeit und Akzeptanz bei Suchterkrankungen. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Ein Handbuch* (3. überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 557-592). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Hoyer, J. & Beesdo, K. (2009). Sorge dich nicht – erlebe! Akzeptanzbasierte Verhaltenstherapie und Sorgenexposition bei der Generalisierten Angststörung. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Ein Handbuch* (3. überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 531-555). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Hsu, S. H., Grow, J. & Marlatt G. A. (2008). Mindfulness and addiction. In M. Galanter & L. A. Kaskutas (Eds.), *Recent developments in alcoholism, Vol. 18: Research on alcoholics anonymous and spirituality in addiction recovery* (pp. 229-250). Berlin: Springer.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E. & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (4), 563–570.
- Johnson, R. A. (1989). *Ecstasy: Understanding the psychology of joy*. New York: HarperOne.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (2009). Achtsamkeitsbasierte Interventionen im Kontext: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Ein Handbuch* (3. überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 103-139). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (4. durchgesehene Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Kienast, T., Hoerner, H. von, Reiske, S., Renneberg, B., Wrase, J. & Heinz, A. (2009). Dialectical behavioral therapy for inpatients with borderline personality disorder and alcohol dependence as comorbidity: First preliminary results. *European Psychiatry*, 24 (1), 92.
- Koch-Göppert, G. (2006). Achtsames Forschen – Die Dimension des Bewusstseins im Forschungsprozess. In Abteilung für Gesundheits- & Klinische Psychologie der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (Hrsg.), *Impulse für Gesundheitspsychologie und Public Health: Achtsamkeit als Lebensform und Leitbild* (231-241). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Kristeller, J. L. & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4 (3), 357-363.
- Lambert, M. & Simon, W. (2008). The therapeutic relationship: central and essential in psychotherapy outcome. In S. F. Hick & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the therapeutic relationship* (pp. 19-33). New York: Guilford Press.
- Lindenmeyer, J. (2006). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 637-660). Heidelberg: Springer.
- Linehan, M. M. (2007). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung* (Nachdruck). München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67 (1), 13-26.
- Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zweben, A. & Stout, R. L. (1998). Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction*, 93 (9), 1313-1333.

- Luciano, C., Gómez, S., Hernández, M. & Cabello, F. (2001). Alcoholism, experiential avoidance, and acceptance and commitment therapy (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27 (113), 333-372.
- Lüttich, H. (2008). Patanjali Yoga und die 12 Schritte der Anonymen Alkoholiker – ein theologisch-psychologischer Vergleich. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 14 (1), 36-47.
- Mackensen, L. (2006). *Deutsches Wörterbuch: Rechtschreibung, Grammatik, Stil, Worterklärungen, Abkürzungen, Aussprache, Geschichte des deutschen Wortschatzes* (13. Aufl.). Waltrop: Manuscriptum.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (1), 44-50.
- Marlatt, G. A. (2005). *Mindfulness for addiction problems* (APA psychotherapy videotape series). Washington, DC: American Psychological Association.
- Marlatt, G. A. & Chawla, N. (2007). Meditation and alcohol use. *Southern Medical Journal*, 100 (4), 451-453.
- Marlatt, G. A., Pagano, R. R., Rose, R. M. & Marques, J. K. (2008). Effects of meditation and relaxation training upon alcohol use in male social drinkers. In D. H. Shapiro, Jr. & R. N. Walsh (Eds.), *Meditation: Classic and contemporary perspectives* (pp. 105-120). New York: Aldine.
- Marlatt, G. A. & Witkiewitz, K. (2008). Relapse prevention for alcohol and drug problems. In G. A. Marlatt & D. M. Donovan (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed., pp. 1-44). New York: Guilford Press.
- McCusker, C. G. & Gettings, B. (1997). Automaticity of cognitive biases in addictive behaviours: Further evidence with gamblers. *British Journal of Clinical Psychology*, 36 (4), 543-554.
- Michalak, J. & Heidenreich, T. (2009). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Resümee. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Ein Handbuch* (3. überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 801-812). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Murken, S. (2008). Das Konzept der Zwölf Schritte und der „Höheren Macht“. Zum Genesungsprogramm der Anonymen Alkoholiker. *Prävention*, 31 (2), 57-60.
- Ouimette, P. C., Finney, J. W. & Moos, R. H. (1997). Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (2), 230-240.
- Quekelberghe, R. van (2007). *Grundzüge der spirituellen Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.

- Röhr, H.-P. (2008). *Sucht – Hintergründe und Heilung: Abhängigkeit verstehen und überwinden*. Düsseldorf: Patmos.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A. V., Sirota, A. D., Niaura, R. S., Colby, S. M., Wunschel, S. M. & Abrams, D. B. (1994). Cue reactivity as a predictor of drinking among male alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62* (3), 620-626.
- Saint-Exupéry, A. de (2008). *Der Kleine Prinz* (65. Aufl.). Düsseldorf: Karl Rauch Verlag.
- Segal, Z., Williams, M. & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Sendera, A. & Sendera, M. (2007). *Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung* (2. erweiterte Aufl.). Wien: Springer.
- Shapiro, S. L. (2009). The integration of mindfulness and psychology. *Journal of Clinical Psychology, 65* (6), 555-560.
- Stachowske, R. (2008). *Sucht und Drogen im ICF-Modell: Genogramm-Analysen in der Therapie von Abhängigkeit*. Kröning: Asanger.
- Stepien, J. & Lerch, J. (2009). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Krebsbehandlung. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Ein Handbuch* (3. überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 655-698). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Stetter, F., Ackermann, K., Bizer, A., Straube, E. R. & Mann, K. (1995). Effects of disease-related cues in alcoholic inpatients: Results of a controlled „alcohol stroop“ study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 19* (3), 593-599.
- Stormark, K. M., Laberg, J. C., Nordby, H. & Hugdahl, K. (1998). Heart rate responses indicate locked-in attention in alcoholics immediately prior to drinking. *Addictive Behaviors, 23* (2), 251-255.
- Taub, E., Steiner, S. S., Weingarten, E. & Walton, K. G. (1994). Effectiveness of broad spectrum approaches to relapse prevention in severe alcoholism: A long-term, randomized, controlled trial of transcendental meditation, EMG biofeedback and electronic neurotherapy. *Alcoholism Treatment Quarterly, 11* (1-2), 187-220.
- Trungpa, C. (2006). *Achtsamkeit, Meditation & Psychotherapie: Einführung in die buddhistische Psychologie*. Freiamt: Arbor.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). *World drug report 2009*. New York: United Nations. Online im Internet: URL: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf [PDF-Datei]. (Zugriff am 21.07.2009).
- Vallejo, Z. & Amaro, H. (2009). Adaptation of mindfulness-based stress reduction program for addiction relapse prevention. *Humanistic Psychologist, 37* (2), 192-206.

- Wisniewski, L. & Kelly, E. (2003). The application of dialectical behavioral therapy to the treatment of eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10 (2), 131-138.
- Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59 (4), 224-235.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19 (3), 211-228.
- Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M. & Fleming, M. (2008). Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: A feasibility pilot study. *Journal of Addiction Medicine*, 2 (3), 165-173.

