

Frank



Therapieziel Wohlbefinden

2. Auflage

Ressourcen
aktivieren in der
Psychotherapie



Springer

Renate Frank (Hrsg.)

Therapieziel Wohlbefinden

Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie

2., aktualisierte Auflage

Renate Frank (Hrsg.)

Therapieziel Wohlbefinden

Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie

2., aktualisierte Auflage

Mit 9 Abbildungen und 18 Tabellen

Dr. Renate Frank

c/o Verhaltenstherapeutische Ambulanz
Fachbereich Psychologie der Justus-Liebig Universität Gießen
Südanlage 30
35390 Gießen

ISBN 978-3-642-13759-4
Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

SpringerMedizin

Springer-Verlag GmbH
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007, 2011

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Monika Radecki, Heidelberg
Projektmanagement: Sigrid Janke, Heidelberg
Lektorat: Gisa Windhüfel, Freiburg
Layout und Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Einbandabbildung: © Konstantin Sutyagi / shutterstock.com
Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH – Reinhold Schöberl, Würzburg

Vorwort

Das Buch widmet sich einem Thema, dem in der Psychotherapie zu Recht ein immer höherer Stellenwert zukommt. Es geht um Wohlbefinden, ein Therapieziel, das alle Menschen, die um Psychotherapie nachsuchen, in der einen oder anderen Weise bereits bei ihrer Anmeldung ansprechen: Sie klagen über Beschwerden, von denen sie befreit werden möchten, und betonen zugleich, dass sie sich wieder wohl fühlen möchten. Schenken wir bei Diagnostik, Therapieplanung und Therapiedurchführung der positiven Seite des Befindens dann auch genügend Beachtung?

Durch Klaus Grawe und seine Mitarbeiter ist das Positive deutlich mehr in den Vordergrund gerückt: Der Ressourcenaktivierung als einer zentralen Wirkkomponente der Psychotherapie wird immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt, ein Effekt, der das Wohlbefinden der Patienten maßgeblich unterstützt. Auch in den USA richtet sich das Interesse verstärkt auf Wohlbefinden, gutes menschliches Gedeihen (»flourishing«) und Fähigkeiten einer gelingenden Lebensgestaltung (»psychological well-being«). Denn als alarmierend erwies sich dort das Ergebnis der repräsentativen MIDUS-Studie (Midlife in the United States-Study). Danach erfüllen kaum ein Viertel aller amerikanischen Erwachsenen zwischen 26 und 74 Jahren die Kriterien eines seelisch gesunden Lebens. Der Prozentsatz der Menschen, die lust- und kraftlos dahinwelken (»languishing«), ohne jedoch die Kriterien einer depressiven Störung zu erfüllen, hat nach Auffassung von Corey Keyes epidemische Ausmaße angenommen. In seiner Agenda für das 21. Jahrhundert fordert er deshalb dazu auf, besonderes Gewicht auf Wohlbefinden und Seelische Gesundheit zu legen. Die ökonomischen und gesundheitspolitischen Implikationen der Studie lassen dies zu einer Aufgabe von hoher gesellschaftspolitischer Relevanz werden, so dass nicht nur die psychologische Fachwelt dazu aufgefordert ist, sich noch intensiver mit Wohlbefinden zu befassen.

Doch vor allem für die psychologische Fachwelt formulierte Martin Seligman auf dem ersten Weltkongress für Positive Psychologie im Jahr 2009 in Philadelphia seinen unmissverständlichen Auftrag ganz präzise: Im Jahr 2050 möchte er die Kriterien für ein seelisch gesundes Leben (»flourishing«) bei 51 Prozent der Bevölkerung erfüllt sehen. Diesem hochgesteckten Ziel werden wir uns nur dann annähern können, wenn wir neben einer symptomatischen Betrachtung ergänzend auch immer die (defizitären) gesunden Erlebens- und Verhaltensfähigkeiten fördern und damit gezielt Wohlbefinden vermitteln.

Erfahrene Psychotherapeuten arbeiten meist ganz selbstverständlich auch salutogenetisch. Oft geschieht es aber eher intuitiv und geprägt durch eigene Lebenserfahrungen. Dass es für dieses gesundheitsbezogene Handeln eine sehr fundierte psychologische Basis mit differenziert erforschten Konzepten des Wohlbefindens, der Lebensqualität, der seelischen Gesundheit und einer gedeihlichen Lebensgestaltung (flourishing) gibt, ist keineswegs immer hinreichend bekannt. Die Kenntnis dieser Konzepte könnte die Effektivität von Therapien aber sehr wirkungsvoll beeinflussen. Zum Beispiel ließen sich die Rückfallraten bei chronischen Störungen nachweislich drastisch senken, wenn gezielt auch solche Erlebens- und Verhaltensweisen gefördert würden, die Menschen gesund erhalten.

Werden Studierende während ihres Psychologiestudiums ausreichend darauf vorbereitet, das Therapieziel Wohlbefinden gezielt ins Auge fassen zu können? Aus meiner langjährigen universitären Tätigkeit in Klinischer Psychologie und Psychotherapie weiß ich, dass dies eher nicht der Fall ist. Während der postgradualen Ausbildung von Psychotherapeuten besteht deshalb besonderes Interesse an diesem Thema, zumal es nicht nur bei der Arbeit mit Patienten, sondern auch für die eigene Psychohygiene relevant ist. Doch Lehrbücher, die sich diesem Thema zuwenden, sind eher rar. Spezifische Handlungsanleitungen finden sich verstreut in verschiedenen Büchern und Manualen.

Das vorliegende Buch bietet eine kompakte, handlungsorientierte Übersicht zur Psychotherapie des Wohlbefindens. Es möchte dazu anregen, Wohlbefinden als Therapieziel von Anfang an mit zu bedenken, es dann auch im Verlauf einer Psychotherapie nicht aus dem Auge zu verlieren und gegen Ende der Behandlung noch einmal ganz besonders zu akzentuieren. Die Beiträge des Buches ergänzen

zen die üblichen psychotherapeutischen Lehrbücher. Neben den »Klassikern« wie dem euthymen Therapieansatz und ressourcenorientierten und ressourcenaktivierenden Konzepten werden Heilungskonzepte beschrieben, die zu einer Transformation des Selbst anregen. Alle Seiten des Wohlbefindens werden akzentuiert und mit praktischen Handlungsanregungen versehen. Verdeutlicht wird zudem, dass sich im Laufe des Lebens unterschiedliche Herausforderungen an die Gestaltung des eigenen Wohlbefindens stellen. In zwei Kapiteln werden Grundlagen dazu vermittelt, was im Gehirn passiert, wenn es um Wohlbefinden geht und welche neurobiologischen Prozesse dabei eine Rolle spielen.

Das Buch richtet sich an Psychotherapeutinnen und -therapeuten aller psychotherapeutischen Richtungen, wird aber Verhaltenstherapeuten besonders interessieren. Teilnehmer der postgradualen Psychotherapieausbildung und Studierende der Psychologie kann es von Anfang an zu einer erweiterten Sicht ihrer therapeutischen Arbeit anregen. Darüber hinaus wird die Thematik auch interessierte Fachkollegen aus der Medizin, Pädagogik und Sozialpädagogik ansprechen.

Es war mir ein Anliegen, Autorinnen und Autoren verschiedener Therapierichtungen für das Buch zu gewinnen, die, ausgehend von eigener einschlägiger Forschungs- und Therapieerfahrung, den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand in fundierter und zugleich praxisgerechter Weise darzustellen vermögen. Ihnen gebührt mein ganz besonderer Dank. Ihre exzellente Expertise, ihre Zuverlässigkeit und die gute, kollegiale Zusammenarbeit haben mir meine Herausgeberarbeit sehr erleichtert und zu einer ausgesprochen erfreulichen Tätigkeit werden lassen. Bei der Abfassung meiner eigenen Kapitel haben mich Dr. Ursula Rzepka-Meyer, Dipl.-Psych. Arnd Sommer und Prof. Dr. Rudolf Stark durch hilfreiche Anmerkungen unterstützt, wofür ich herzlich danke.

Dass das vorliegende Buch überhaupt zustande kam, verdanke ich Herrn Dipl.-Psych. Joachim Coch vom Springer Verlag. Er gab die Anregung dazu und hat mich bei der Planung und didaktischen Gestaltung des Buches sachkundig beraten. Außerdem danke ich Frau Dr. Svenja Wahl, in deren Händen die Weiterbetreuung des Buchprojektes lag, Frau Friederike Moldenhauer, die für die Druckreife des Manuskriptes sorgte, sowie Michael Barton, der ein reibungsloses Gesamtmanagement der ersten Auflage sicherstellte.

Nun liegt das Buch in zweiter Auflage vor. Was ist neu an dieser zweiten Auflage von »Therapieziel Wohlbefinden«? Alle Beiträge wurden von den Autoren durchgesehen und bezüglich neuer Forschungsergebnisse aktualisiert. Zudem wurde das Buch um ein wichtiges Kapitel über menschliche Stärken bereichert. Geschrieben ist es von zwei Experten, die im deutschsprachigen Raum führend zu diesem Thema forschen. Diese zweite Auflage wurde von Monika Radecki und Sigrid Janke vom Springer Verlag betreut, die in einer sehr angenehmen, sachkundigen Weise alle Schritte bis zur Fertigstellung der Neuauflage begleiteten. Gisa Windhüfel sorgte als externe Lektorin in äußerst sorgfältiger Weise für die Kapiteldurchsicht. Ich danke diesem Team für den reibungslosen Ablauf und die zuverlässige Unterstützung.

Dankbar gewidmet ist dieses Buch all jenen Menschen, die mich in meinem Leben bei Laune gehalten haben, mir wohlgesonnen und wohlwollend begegnet sind, mich unterstützt und gefördert haben, mir Respekt und Wertschätzung entgegen gebracht haben und auf die ich immer zählen konnte. Erwähnen möchte ich insbesondere meinen Mann, meine Familie und meinen Freundeskreis sowie meine Kolleginnen und Kollegen der Universität Gießen und der hessischen VT-Ausbildungsinstitute. Genug der Dankesbezeugungen? Liebe Leserin, lieber Leser, damit kann es nach Forschungsergebnissen von Martin Seligman und Kollegen nie genug sein. Denn die im Rahmen der Positiven Psychologie entwickelten »Dankbarkeitsübungen« erwiesen sich als besonders geeignet, das Wohlbefinden (des Dankaussprechenden!) nachhaltig positiv zu beeinflussen.

Ich hoffe, dass Sie, liebe Leserin, lieber Leser, das Buch mit Interesse aufnehmen und Aspekte des Wohlbefindens entdecken können, von denen Sie für Ihre Arbeit und Ihre eigene Psychohygiene profitieren.

Mitarbeiterverzeichnis

Bodenmann, Guy, Prof. Dr.

Universität Zürich
Psychologisches Institut
Lehrstuhl für Klinische Psychologie mit Schwerpunkt
Kinder/Jugendliche und Paare/Familien
Binzmühlestrasse 14/23, 8050 Zürich, Schweiz
E-Mail: guy.bodenmann@psychologie.uzh.ch

Dick, Andreas, Dr.

Praxisgemeinschaft Impuls
Seestrasse 330, 8038 Zürich, Schweiz
E-Mail: info@andreasdick.ch

Fiedler, Peter, Prof. Dr.

Universität Heidelberg
Psychologisches Institut
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Hauptstraße 47–51, 69117 Heidelberg
E-Mail: peter.fiedler@psychologie.uni-heidelberg.de

Flückiger, Christoph, Dr.

Universität Bern
Institut für Psychologie
Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Gesellschaftsstrasse 49, 3012 Bern, Schweiz
E-Mail: christoph.flueckiger@psy.unibe.ch

Frank, Renate, Dr.

Justus-Liebig-Universität Gießen
Fachbereich Psychologie
Verhaltenstherapeutische Ambulanz
Südanlage 30, 35390 Gießen
E-Mail: rkfrank@web.de

Grom, Bernhard, Prof. Dr.

Hochschule für Philosophie
Philosophische Fakultät
Kaulbachstraße 31a, 80539 München
E-Mail: Grom@hfph.mwn.de

Grosse Holtforth, Martin, Prof. Dr.

Universität Zürich
Psychologisches Institut
Binzmühlestrasse 14/19, 8050 Zürich, Schweiz
E-Mail: grosse@psychologie.uzh.ch

Gruppe, Harald, Dr.

Justus-Liebig-Universität Gießen
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie
Arbeitsgruppe kognitive Neurowissenschaften
Am Steg 22, 35392 Gießen
E-Mail: harald.gruppe@psychiat.med.uni-giessen.de

Hartmann, Hans-Peter, PD Dr.

Vitos Klinikum Heppenheim gemeinnützige GmbH
Ludwigstraße 54, 64646 Heppenheim
E-Mail: hphartmann@aol.com

Heidenreich, Thomas, Prof. Dr.

Hochschule Esslingen
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Flandernstraße 101, 73732 Esslingen am Neckar
E-Mail: thomas.heidenreich@hs-esslingen.de

Junghanns-Royack, Katrin, Dipl.-Psych.

PO Box 2789, Port Angeles, WA 98362, USA
E-Mail: katrin.junghanns@yahoo.com

Kagerer, Sabine, Dipl.- Psych.

Justus-Liebig-Universität Gießen
BION (Bender Institute of Neuroimaging)
Otto-Behaghel-Straße 10H, 35394 Gießen
E-Mail: sabine.kagerer@psychol.uni-giessen.de

Kaimer, Peter, Dr.

Otto-Friedrich-Universität Bamberg
Psychotherapeutische Ambulanz
Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie
Markusplatz 3, 96047 Bamberg
E-Mail: peter.kaimer@uni-bamberg.de

Kämmerer, Annette, Prof. Dr.

Universität Heidelberg
Psychologisches Institut
Hauptstraße 47-51, 69117 Heidelberg
E-Mail: annette.kaemmerer@psychologie.uni-heidelberg.de

Kast, Verena, Prof. Dr.

Hompelistrasse 22, 9008 St. Gallen, Schweiz
E-Mail: kast@swissonline.ch

Kirsch, Peter, Prof. Dr.

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Abteilung Klinische Psychologie
J5, 68159 Mannheim
E-Mail: peter.kirsch@zi-mannheim.de

Koppenhöfer, Eva, Dipl.-Psych.

Psychotherapeutische Praxis
Baiertaler Straße 89, 69168 Wiesloch
E-Mail: Koppenhoefer@raven.to

Kossak, Hans-Christian, Dr.

Schnatstraße 25, 44795 Bochum
E-Mail: hans-christian.kossak@t-online.de

Lutz, Rainer, Dr.

Philipps-Universität Marburg
Fachbereich Psychologie
Gutenbergstraße 18, 35032 Marburg
E-Mail: lutz.dreihausen@gmx.de

Michalak, Johannes, Dr.

Ruhr-Universität Bochum
Arbeitseinheit Klin. Psychologie und Psychotherapie
Universitätsstraße 150, 44780 Bochum
E-Mail: micha@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

Opp, Günter, Prof. Dr.

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Fachbereich Erziehungswissenschaften
Institut für Rehabilitationspädagogik
06099 Halle/Saale
E-Mail: opp@paedagogik.uni-halle.de

Potreck-Rose, Friederike, PD Dr.

Schlierbergstraße 6a, 79100 Freiburg
E-Mail: post@potreck-rose.de

Proyer, René T., Dr.

Universität Zürich
Psychologisches Institut
Persönlichkeitspsychologie und Diagnostik
Binzmühlestrasse 14/7, 8050 Zürich, Schweiz
E-Mail: r.proyer@psychologie.uzh.ch

Rathsfeld, Elke, Dr.

Große Fischerstraße 3, 60311 Frankfurt/Main
E-Mail: elke.rathsfeld@web.de

Reuter, Elmar, Dr.

Praxis für Psychotherapie – Schwerpunkt Psychoonkologie
Frankfurter Straße 1, 57462 Olpe
E-Mail: reuter-psychoonkologie-olpe@t-online.de

Ruch, Willibald, Prof. Dr.

Universität Zürich
Psychologisches Institut
Persönlichkeitspsychologie und Diagnostik
Binzmühlestrasse 14/7, 8050 Zürich, Schweiz
E-Mail: w.ruch@psychologie.uzh.ch

Stark, Rudolf, Prof. Dr.

Justus-Liebig-Universität Gießen
Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Otto-Behaghel-Straße 10F, 35394 Gießen
E-Mail: Rudolf.Stark@psychol.uni-giessen.de

Inhaltsverzeichnis

Teil I Den störungsorientierten Blick erweitern: Wohlbefinden fördern

1	Den störungsorientierten Blick erweitern	3
	<i>Renate Frank</i>	
1.1	Blickrichtung Wohlbefinden	4
1.2	Konzeptualisierung von Wohlbefinden und psychosozialen Ressourcen	5
1.3	Theorien zum Wohlbefinden	7
1.4	Indikation von wohlbefindensförderlichen Interventionen und Wohlbefindensdiagnostik	11
1.5	Lohnt es sich, Wohlbefinden zu steigern?	11
1.6	Therapieziel Wohlbefinden	12
1.7	Überblick über das vorliegende Buch	12
	Literatur	14

Teil II Therapieansätze, die Wohlbefinden und menschliche Stärken fokussieren

2	Ressourcenorientierte Psychotherapie	19
	<i>Peter Fiedler</i>	
2.1	Einleitung	20
2.2	Allgemeine Ziele einer ressourcenorientierten Psychotherapie	20
2.3	Gesundheitspolitische Negativ-Organisation psychischen Leidens	21
2.4	Positive Psychotherapie: Vom Optimismus der Psychotherapeuten	21
2.5	Ressourcenorientierte Aufklärung und Beratung	23
2.6	Was Patienten in einer Psychotherapie als veränderungsrelevant betrachten	24
2.7	Vorsicht im Umgang mit Übertragungsdeutungen	26

2.8	Ressourcenorientiertes Krisenmanagement	27
2.9	Tatsächliche Rückfallursachen als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung psycho-therapeutischer Konzepte	28
2.10	Ressourcenorientierung dient dem Abbau des Machtgefälles	29
	Literatur	30

3	Ressourcenaktivierung und motivorientierte Beziehungsgestaltung: Bedürfnisbefriedigung in der Psychotherapie	33
	<i>Christoph Flückiger u. Martin Grosse Holtforth</i>	
3.1	Einleitung	34
3.2	Affektiv-motivationaler Hintergrund und psychologische Reaktion	34
3.3	Aktivierung des Annäherungssystems und Handlungsregulation	35
3.4	Konsistenzfördernde Maßnahmen im Therapieprozess: Das Zwei-Prozessmodell von Grawe (2004)	35
3.5	Ressourcenaktivierung und Therapiebeziehung als therapeutische Heuristiken zur Bedürfnisbefriedigung	37
	Literatur	41

4	Durch Psychotherapie Freude, Vergnügen und Glück fördern	43
	<i>Andreas Dick</i>	
4.1	Einleitung	44
4.2	Bedeutung des Glücks und verwandter Begriffe	44
4.3	Prozesse des Glückserlebens	47
4.4	Therapeutische Förderung von Freude, Vergnügen und Glück	50
	Literatur	53

5	Euthyme Therapie und Salutogenese	55
	<i>Rainer Lutz</i>	
5.1	Gesundheitsförderung: Ein aktuelles Thema mit langer Geschichte	56
5.2	Gesundheit und Krankheit	56
5.3	Salutogenesekonzept von Antonovsky	60

5.4	Erikson: Urvertrauen	61	9	Über das gemeinsame (Be-)Finden: von Ressourcen, Lösungen und Wohl-Befinden	113
5.5	Merkmale der euthymen Therapie	62		<i>Elke Rathsfeld</i>	
5.6	Empirische Befunde zur Wirkung euthymer Strategien	65	9.1	Wohlbefinden in der systemischen (Familien-)Therapie	114
	Literatur	66	9.2	Vom »Ich« zum »Wir«	114
6	Mindfulness-based therapy: Achtsamkeit vermitteln	69	9.3	Vom Unwohl-»Sein« zum Wohl-Befinden	119
	<i>Thomas Heidenreich, Katrin Junghanns- Royack u. Johannes Michalak</i>		9.4	Von Problemen, Wünschen und Aufträgen	121
6.1	Achtsamkeit	70	9.5	Störmänöver der Therapeuten	123
6.2	Achtsamkeit und Wohlbefinden	71		Literatur	125
6.3	Therapeutische Ansätze zur Vermittlung von Achtsamkeit	72			
6.4	Konkrete Vermittlung von Achtsamkeit	78			
6.5	Fazit	80			
	Literatur	81			
7	Positive Interventionen: Stärkenorientierte Ansätze	83			
	<i>Willibald Ruch und René T. Proyer</i>				
7.1	Grundlagen der Positiven Psychologie	84	10	Freuden-Biografie: Die Freuden der Kindheit wieder erleben	129
7.2	Positive Interventionen	85		<i>Verena Kast</i>	
7.3	Die Rolle von Charakterstärken	87	10.1	Freude als Ressource	130
7.4	Interventionen aus dem Bereich der Humorforschung	89	10.2	Freuden der Kindheit aus der Sicht der Erwachsenen	131
7.5	Ausblick	90	10.3	Rekonstruktion der Freuden-Biografie	132
	Literatur	91	10.4	Freuden aus der Freuden-Biografie	135
8	Narrative Ansätze: Nützliche Geschichten als Quelle für Hoffnung und Kraft	93	10.5	Sich einfach anstecken mit den Freuden der Kindheit	138
	<i>Peter Kaimer</i>			Literatur	139
8.1	Einleitung	94	11	Körperliches Wohlbefinden durch Selbstregulation verbessern	141
8.2	Therapie – der Beginn	94		<i>Renate Frank</i>	
8.3	Erkenntnistheoretische Basis	95	11.1	Körperliches Wohlbefinden als Therapieziel	142
8.4	Therapie – Erstgespräch	97	11.2	Was sind die wesentlichen Merkmale körperlichen Wohlbefindens?	143
8.5	Psychotherapietheoretische Basis	98	11.3	Sieben Dimensionen des körperlichen Wohlbefindens	143
8.6	Folgende Therapiesitzungen I	100	11.4	Unter welchen Lebensbedingungen stellt sich Wohlbefinden ein?	144
8.7	Gemeindepsychologische Perspektive	101	11.5	Programm zur Selbstregulation körperlichen Wohlbefindens (SR-KW)	145
8.8	Folgende Therapiesitzungen II	102	11.6	Effekte einer Beeinflussung des körperlichen Wohlbefindens	151
8.9	Psychotherapietechnische Basis	104		Literatur	153
8.10	Zeit zwischen den Therapiesitzungen	107			
8.11	Gesellschafts- und geschichten-kritische Anmerkungen – Grenzen des narrativen Möglichkeitsraums	107			
8.12	Auf dem Weg sein	109			
	Literatur	110			

**Teil III Facetten des Wohl-
befindens fördern**

12 Sinnliche Lebendigkeit erfahren – Wohlbefinden durch Sinnesgenüsse erleben 155	
<i>Eva Koppenhöfer</i>	
12.1 Einleitung und theoretischer Kontext . . .	156
12.2 Fragen zur Indikation	156
12.3 Therapieprogramm	156
12.4 Auswirkung der Imaginationsübung auf das Wohlbefinden	161
12.5 Übergeordnete Wirkfaktoren des Behandlungsprogramms	162
12.6 Krankheitsbildbezogene Wirkfaktoren . .	164
12.7 Evaluation	166
Literatur	167
13 Sinnvolle Werte und Lebensziele entwickeln 169	
<i>Hans-Christian Kossak</i>	
13.1 Einleitung	170
13.2 Lebensziele: Begriffsbestimmung	170
13.3 Ziele: Aspekte in der Psychotherapie . .	170
13.4 Lebensziele, Therapieziele und subjektives Wohlbefinden	172
13.5 Therapieziele: Funktionen, Analysen, Möglichkeiten	172
13.6 Kognitiv-behaviorale Methoden der Imagination und Hypnose	175
13.7 Vorteile, methodische Hinweise und Abgrenzungen	184
Literatur	186
14 Selbstakzeptanz fördern 189	
<i>Friederike Potreck-Rose</i>	
14.1 Einführung	190
14.2 Theoretische Grundlagen vermitteln . .	190
14.3 Inne halten und achtsam werden	192
14.4 Eine wohlwollende Grundhaltung sich selbst gegenüber einnehmen	193
14.5 Eigene Werte und Normen finden	196
14.6 Gedanken zum Schluss	197
Literatur	198
15 Identitätsstärkung – Fördert Authentizität das Gesundwerden nach Krebs? 199	
<i>Elmar Reuter</i>	
15.1 Überblick	200
15.2 Das Selbst als Denkfigur	200
15.3 Identität als Kraftquelle und Attraktor . .	202
15.4 Rolle des Selbst beim gesunden Überleben einer Krebserkrankung	202
15.5 Gibt es ein zelluläres Selbst? Identität aus immunologischer Perspektive	203
15.6 Der Krebskranke in Psychotherapie: Bausteine zur Identitätsstärkung	204
15.7 Empirische Befunde zur Lernbarkeit von Identitätsstärkung	209
15.8 Resümee und zukünftige Forschungsfragen	210
Literatur	210
16 Suche nach Geborgenheit: Bindungswünsche realisieren 213	
<i>Hans-Peter Hartmann</i>	
16.1 Einleitung	214
16.2 Biologische Grundlagen der Suche nach Geborgenheit	214
16.3 Von der Biologie zur Psychologie – Bindung, Geborgenheit und emotionale Regulation	216
16.4 Suche nach Geborgenheit – mit und ohne Erfolg	216
16.5 Wie kann die Suche nach Geborgenheit Erfolg haben? Therapeutische Ansätze aus bindungstheoretischer Sicht	219
Literatur	221
17 Partnerschaftspflege 223	
<i>Guy Bodenmann</i>	
17.1 Einleitung	224
17.2 Warum ist Partnerschaftspflege nötig? . . .	224
17.3 Was ist der Unterschied zwischen Partnerschaftspflege und Prävention von Beziehungsstörungen	225
17.4 Empirisch fundierte Präventionsprogramme für Paare im deutschen Sprachraum	226
17.5 Wissenschaftlich fundierte Ratgeber für Paare	228
17.6 Neue Wege in der Partnerschaftspflege . .	228
17.7 Allgemeine Inhalte einer gezielten Partnerschaftspflege	229
17.8 Wann ist Partnerschaftspflege nötig? . . .	232
17.9 Einwände gegen Partnerschaftspflege . .	232
17.10 Wie wirksam ist Partnerschaftspflege? . .	233
17.11 Zusammenfassung	233
Literatur	234

18	Vergeben: Eine Quelle von Wohlbefinden	237
	<i>Annette Kämmerer</i>	
18.1	Einleitung	238
18.2	Definition: Was ist Vergebung?	238
18.3	Zum Stand der Forschung zu Vergebung	239
18.4	Vergebung im therapeutischen Kontext	242
18.5	Vergebung als Prozess	242
18.6	Vergebung als eine Quelle von Wohlbefinden	245
	Literatur	245

Teil IV Wohlbefinden in der Lebensbiografie

19	Wohlbefinden im Jugendalter: Widerstandskräfte entwickeln	249
	<i>Günther Opp</i>	
19.1	Wohlbefinden in der Pubertät	250
19.2	Das Jugendalter in modernen Gesellschaften	250
19.3	Risiko- und Schutzfaktoren in der Jugendzeit	252
19.4	Positive Peerkultur	254
19.5	Fazit	256
	Literatur	256
20	Subjektives Wohlbefinden und Ressourcen im Alter	259
	<i>Bernhard Grom</i>	
20.1	Einleitung	260
20.2	Emotionale Befindlichkeit oder »Altern ist kein depressiver Prozess«	260
20.3	Hohe Lebenszufriedenheit trotz Einschränkungen	261
20.4	Was macht die Lebenszufriedenheitskompetenz aus?	261
20.5	Ausblick	267
	Literatur	268

Teil V Neuroanatomie und Biochemie des Wohlbefindens

21	Neuronale Grundlage positiver Emotionen	273
	<i>Rudolf Stark u. Sabine Kagerer</i>	
21.1	Einleitung und Überblick	274
21.2	Positive Emotionen und ihre Auslöser	274
21.3	Emotionen im Gehirn	275
21.4	Empirische Befunde	278
21.5	Zusammenfassung und Ausblick	280
	Literatur	281
22	Neuromodulatorische Einflüsse auf das Wohlbefinden: Dopamin und Oxytocin	283
	<i>Peter Kirsch u. Harald Gruppe</i>	
22.1	Einleitung: Wohlbefinden als positiver Affekt	284
22.2	Dopamin und Wohlbefinden	285
22.3	Oxytocin und Wohlbefinden	289
22.4	Zusammenfassung: Interaktion von Dopamin und Oxytocin bei der Entstehung von Wohlbefinden	291
	Literatur	292
	Fragebogen zum aktuellen körperlichen Wohlbefinden (FAW)	295
	Ressourcen-Checkliste	299
	Stichwortverzeichnis	303

Teil I Den störungsorientierten Blick erweitern: Wohlbefinden fördern

Kapitel 1 Den störungsorientierten Blick erweitern – 3

Den störungsorientierten Blick erweitern

Renate Frank

- 1.1 Blickrichtung Wohlbefinden – 4**
- 1.2 Konzeptualisierung von Wohlbefinden und psychosozialen Ressourcen – 5**
 - 1.2.1 Wohlbefinden und Ressourcen – 5
 - 1.2.2 Seelische Gesundheit und gutes Gedeihen (»Flourishing«) – 6
 - 1.2.3 Tugenden und Stärken – 7
- 1.3 Theorien zum Wohlbefinden – 7**
 - 1.3.1 Wohlbefinden als Resultat eines wiederhergestellten Spannungsgleichgewichts – 7
 - 1.3.2 Wohlbefinden als Resultat von Anreizen – 8
 - 1.3.3 Wohlbefinden durch Selbstverwirklichung – 8
 - 1.3.4 Wohlbefinden durch wertzentrierte und sinnstiftende Lebensgestaltung – 9
 - 1.3.5 Einfluss von Temperamentsfaktoren und Kompetenzen – 9
 - 1.3.6 Wechselwirkung von Situations- und Dispositionsfaktoren – 9
 - 1.3.7 Integrierende Modellvorstellungen – 10
 - 1.3.8 Wie entsteht aktuelles Wohlbefinden? – 10
- 1.4 Indikation von wohlbefindensförderlichen Interventionen und Wohlbefindensdiagnostik – 11**
- 1.5 Lohnt es sich, Wohlbefinden zu steigern? – 11**
- 1.6 Therapieziel Wohlbefinden – 12**
- 1.7 Überblick über das vorliegende Buch – 12**
- Literatur – 14**

1.1 Blickrichtung Wohlbefinden

Menschen, die um eine Psychotherapie nachsuchen, klagen über psychische Störungen unterschiedlicher Art. Sie beschreiben mehr oder weniger nachdrücklich Symptome, die sie belasten, und äußern die Erwartung, dass eine Psychotherapie ihnen dabei helfen möge, sich wieder besser zu fühlen. Sie möchten ihr Leben wieder symptomfrei erleben und unbelastet gestalten können.

Im praktischen Ablauf einer Therapie ist es in unserem Gesundheitssystem zunächst erforderlich, dass der Therapeut (im Folgenden werden die Begriffe Therapeut und Patient als Rollenbezeichnungen verwendet) eine Störungsdiagnose gemäß ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) stellt. Dabei wird ausschließlich die Symptomatologie, d. h. das Störende und das im negativen Sinne Auffällige betrachtet. In frühen Zeiten der Verhaltenstherapie war dies schon einmal anders: Bereits vor mehr als 40 Jahren publizierten Kanfer und Saslow (1965) einen Aufsatz mit dem Titel »Behavioural analysis: an alternative to diagnostic classification«, in dem sie darauf hinwiesen, dass neben störenden Verhaltensaspekten (»excesses and deficits«) immer auch die Aktivposten und Vorzüge (»assets«) der Patienten zu diagnostizieren seien.

Im Folgenden soll jenen Faktoren besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, die in direkter Weise ein (Wieder)erlangen von Wohlbefinden und von »gedeihlicher« Lebensgestaltung ermöglichen (vgl. dazu Keyes & Haidt, 2003).

Was bedeutet dies für Diagnostik, Therapieplanung und -durchführung? Der Titel dieses Kapitels weist schon darauf hin, dass die Störungs- und Defizitperspektive zu eng ist und der Blickwinkel erweitert werden muss. Genau genommen genügt jedoch eine Blickfelderweiterung nicht. Vielmehr müssen wir ganz bewusst die **Blickrichtung** wechseln. Die Aufmerksamkeit muss auf Merkmale und Bedingungen gelenkt werden, die es Menschen ermöglichen, sich **wohl** zu fühlen und ein glückliches und zufriedenes Leben zu führen (Maddux, 2008; Rashid & Ostermann, 2009; Wright & Lopez, 2009).

Was heißt nun aber wohlfühlen genauer? Und wie lässt sich Wohlbefinden im Rahmen einer Psychotherapie **gezielt** fördern? Diesen Fragen wollen wir im vorliegenden Buch nachgehen. Wir gehen

dabei von einem multidimensionalen Konzept des Wohlbefindens aus, wie es aus der psychologischen Wohlbefindensforschung hervorgegangen ist (vgl. Abele & Becker, 1991; Deusinger, 2002; Diener, 1984; Diener et al. 1999; Diener, Lucas & Oishi, 2005; Eid & Larsen, 2008; Kahneman, Diener & Schwarz, 1999; Ryff, 1989; Strack, Argyle & Schwarz, 1991). In den USA hat sich dieser Forschungs- und Arbeitsbereich inzwischen mit integrierender Wirkung als »Positive Psychologie« etabliert (vgl. Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Linley, 2009).

Wesentliche Impulse erhielt die »Positive Psychologie-Bewegung« ab dem Jahr 1998 durch Martin Seligman, den damaligen Präsidenten der American Psychological Association (APA).

! Die Botschaft der Positiven Psychologie-Bewegung lautet: »Psychology is not just the study of disease, weakness, and damage. It also is the study of happiness, strength, and virtue« (Seligman, 2002, pp. xiv).

Erklärtes Ziel dieser Richtung ist es, Wohlbefinden, Glück und Zufriedenheit, konstruktive Gedanken (Optimismus, Hoffnung, Vertrauen), Talente, Stärken und Tugenden zu erforschen und bezüglich ihrer positiven Auswirkungen auf das eigene Leben und das der anderen Menschen zu beleuchten. Weiter gefasst interessieren im Rahmen der Positiven Psychologie aber auch gesellschaftlich relevante Werte wie z. B. Verantwortlichkeit, Zivilcourage, Altruismus, Toleranz etc. (vgl. Lopez & Snyder, 2009). Untersucht wird, wie persönliche Fähigkeiten, Stärken und Tugenden im Laufe des Lebens von der Kindheit bis ins hohe Alter Wohlbefinden und ein erfülltes, produktives Leben auch angesichts von Stress und Lebensbeeinträchtigungen zu begünstigen vermögen (vgl. z. B. Bornstein et al. 2003). Es geht dabei z. B. um Fragen der Resilienz (vgl. Ong et al., 2006; Ryff & Singer, 2003) und Gesundheit (vgl. Chida & Steptoe, 2008; Seligman, 2008; Veenhoven, 2008), um identitätsverändernde und sinngebende Wendepunkte im Leben (Wethington, 2003), um vitales Lebensengagement (vgl. Nakamura & Csikszentmihalyi, 2003; Rheinberg et al., 2007) und adäquate persönliche Zielsetzungen als Quelle für positive Lebenserfahrungen (vgl. Emmons, 2003; Wiese, 2007). Auch kulturspezifische Einflüsse werden be-

rücksichtigt, wie dies Peterson und Chang (2003) z. B. für Optimismus belegen.

Im deutschsprachigen Raum hat vor allem Auhagen diese bislang noch zu wenig beachtete Ausrichtung der Psychologie auf das Positive beleuchtet und mit ihrer Anleitung zum »besseren« Leben auch bezüglich der Alltagsbedeutung bekannt gemacht (Auhagen, 2008). Eine aktuelle Gesamtdarstellung zu Glück findet sich bei Bucher (2009). Die Positive Psychotherapie sensu Seligman beschreibt Frank (2010).

Erwähnt werden soll eine Forschungslinie, die sich mit Konzepten der **Lebensqualität** befasst. Ursprünglich handelte es sich dabei um sozialwissenschaftliche Wohlfahrtsforschung, die objektive Lebensbedingungen und deren subjektive Bewertung in Form von Zufriedenheit oder Wohlbefinden untersuchte (vgl. Glatzer & Zapf, 1984; Glatzer, 1992). Heute konzentriert sich das Interesse vor allem auf **gesundheitsbezogene** Lebensqualität. Dieser Aspekt ist als Evaluationskriterium in der Medizin zunehmend wichtiger geworden (z. B. Bullinger, 2000; Matthejat & Remschmidt, 1998). Eine klare Abgrenzung von Lebensqualität und Wohlbefinden ist kaum möglich, da Wohlbefinden als ein Indikator und Parameter von Lebensqualität verstanden wird (Diener & Suh, 1997; Veenhoven, 2001).

Warum ist die Wohlbefindensforschung bzw. die Positive Psychologie wichtig für die Psychotherapie? Seligman schreibt Konzepten, die aus dieser Denk- und Forschungstradition hervorgegangen sind, eine zentrale Wirkfunktion zu, die bisher üblicherweise unter »unspezifischen« Psychotherapieeffekten eingeordnet wurde. Dass Psychotherapie wirksam ist, ist gut belegt, aber **spezifische** Behandlungseffekte fallen eher gering aus, zudem bestimmen Placeboeffekte die Wirksamkeit von Therapien wesentlich mit. Seligman geht deshalb davon aus, dass der nachgewiesene robuste, wenn auch nicht spezifische Therapieeffekt durch therapeutische Taktiken und Formen aufrichtigen Handelns zustande kommt, wie sie in jeder guten Therapie Verwendung finden. Hierzu zählt er u. a. wohlwollende Aufmerksamkeit, Rapport, entgegengebrachtes Vertrauen, und alles, was Hoffnung vermittelt und persönliche Stärken als Puffer in widrigen Zeiten aktiviert. Er rechnet diese »Strategien« der Positiven Psychologie zu und plädiert

dafür, sie mit Einordnung in diese Denkrichtung zu erforschen (z. B. Norcross 2002; Norcross & Wampold, 2010).

1.2 Konzeptualisierung von Wohlbefinden und psychosozialen Ressourcen

1.2.1 Wohlbefinden und Ressourcen

Eine Begriffsvielfalt kennzeichnet den Themenkreis Wohlbefinden: Glück, Freude, Flow, Zufriedenheit, Sinnerfülltheit, Lebenszufriedenheit, Lebensqualität und seelische Gesundheit sowie Ressourcen finden Verwendung. Diese Begriffe überlappen sich und werden teils synonym benutzt. »Wohlbefinden« bleibt dadurch definitorisch etwas unscharf, lässt sich als Zustand im Wesentlichen aber durch positive Affekte und kognitiv durch Zufriedenheit operationalisieren (hedonische Komponenten). Zudem werden im Zusammenhang mit Wohlbefinden auch Temperamentsfaktoren, menschliche Stärken, Tugenden und Fähigkeiten thematisiert, die eine erfolgreiche Anpassung an oder eine günstige Bewältigung von Lebensanforderungen ermöglichen (eudaimonische Komponenten; vgl. Ryan & Deci, 2001; Ryff & Singer, 2008; Waterman, 1993, 2008). Geht es um menschliche Stärken, dann muss auch der Begriff der Ressource erwähnt werden. Hier handelt es sich um all das, was in einer bestimmten Situation an persönlichen Eigenschaften und situativen Gegebenheiten von einem Menschen wertgeschätzt und als hilfreich erlebt wird; d. h. Ressourcen schließen neben intrapersonellen Faktoren auch externe unterstützende Aspekte mit ein (vertiefend s. ► Kap. 2). Durch diese Berücksichtigung externer Faktoren lassen sich Ressourcen von subjektivem Wohlbefinden abgrenzen (vgl. Willutzki, 2003).

Konzeptualisiert wird Wohlbefinden im deutschsprachigen Raum durch das Strukturmodell von Becker (1991). Hier wird zwischen aktuellem und habituellem Wohlbefinden unterschieden. Beim aktuellen Wohlbefinden handelt es sich um das momentane positive Erleben von Menschen, während das habituelle Wohlbefinden Urteile über aggregierte emotionale und körperliche Erfahrungen der letzten Wochen oder Monate beinhaltet

(z. B. Aussagen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit). Es wird als stabile Eigenschaft verstanden; ein Mensch mit ausgeprägtem habituellem Wohlbefinden befindet sich zumeist in einem Zustand des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit.

Sowohl das aktuelle als auch das habituelle Wohlbefinden werden weiter untergliedert in psychisches und körperliches Wohlbefinden. Jeweils in aktueller und habitueller Form gliedert sich psychisches Wohlbefinden auf in positive Gefühle wie Freude und Glück, positive Stimmungen und Beschwerdefreiheit. Physisches Wohlbefinden beinhaltet positive körperliche Empfindungen sowie Freisein von körperlichen Beschwerden.

Wieweit für das Empfinden von Wohlbefinden tatsächlich das **Freisein** von jeglichen Beschwerden maßgeblich ist, wird unterschiedlich diskutiert. Bradburn (1969), einer der Wegbereiter der Wohlbefindensforschung, ging davon aus, dass eine Balance zwischen positiven und negativen Gefühlen ausreichend ist. Fredrickson und Losada (2005) zeigen jedoch, dass dreimal mehr positives Erleben im Verhältnis zu negativem für Wohlbefinden ausschlaggebend ist (vertiefend vgl. Lutz, ► Kap. 5).

1.2.2 Seelische Gesundheit und gutes Gedeihen (»Flourishing«)

Seelische Gesundheit wird als Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen definiert. Innerhalb eines hierarchisch konzipierten Modells wird seelische Gesundheit auf der obersten Ebene als Hauptfaktor der Persönlichkeit neben Verhaltenskontrolle, dem zweiten Hauptfaktor, lokalisiert. Seelische Gesundheit wird dann in insgesamt sieben Indikatorenbereiche untergliedert (vgl. Becker & Minsel, 1986):

- Seelisch-körperliches Wohlbefinden:
 1. Sinnerfülltheit vs. Depressivität
 2. Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung
 3. Beschwerdefreiheit vs. Nervosität
- Selbstaktualisierung:
 4. Expansivität
 5. Autonomie
- selbst- und fremdbezogene Wertschätzung:
 6. Selbstwertgefühl
 7. Liebesfähigkeit

Diagnostisch kann seelische Gesundheit mithilfe des Trierer Persönlichkeitsfragebogens (TPF) erfasst werden, der zwar bipolare Skalen enthält, aber »primär auf die Plusvariante der seelischen Gesundheit« abzielt (Becker 1998, S. 14).

In den USA entwickelte Ryff (1989) theoriegeleitet ein multidimensionales Modell des Wohlbefindens (»positive psychological functioning«), das empirisch vielfach bestätigt wurde (z. B. Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2006). Es umfasst die folgenden sechs Dimensionen:

1. Selbstakzeptanz
2. positive Beziehungen zu anderen
3. Autonomie
4. Umweltbewältigung
5. Lebenssinn
6. persönliches Wachstum

Menschen fühlen sich dann wohl, wenn sie alle Teile ihrer selbst akzeptieren, warmherzige und vertrauensvolle Beziehungen zu anderen Menschen pflegen können, in hohem Maße selbstbestimmt leben, in der Lage sind, ihr Leben so auszurichten, dass sich ihre Bedürfnisse erfüllen, ein zielgerichtetes Leben führen und sich selbst in ständiger Weiterentwicklung erleben. Dies sind Dimensionen, die mit den Merkmalen seelischer Gesundheit von Becker weitgehend übereinstimmen.

Anstelle von seelischer Gesundheit wird jedoch inzwischen das Konzept des »Flourishing« verwendet, um den Zustand positiver psychischer Gesundheit umfassend beschreiben zu können (vgl. Michalec, Keyes & Nalkur, 2009). Hier wird neben **emotionalem** Wohlbefinden (positive Grundstimmung, Glück und Lebenszufriedenheit) und den sechs Dimensionen des positiven Funktionierens von Ryff (»psychological well-being«) auch **soziales** Wohlbefinden in fünf Aspekten berücksichtigt (vgl. Keyes, 2003):

1. Akzeptanz anderer Menschen
2. Überzeugung, dass die Gesellschaft das Potenzial hat, sich positiv zu entwickeln
3. Eindruck, dass das eigene Leben für die Gesellschaft nützlich ist und der eigene Beitrag von andern Menschen wertgeschätzt wird
4. Interesse an der Gesellschaft und Überzeugung, dass gesellschaftliche Abläufe logisch, vorhersagbar und bedeutsam sind
5. soziale Integration

Allerdings wird »Flourishing« als gedeihliche, gut gelingende Lebensführung in den USA und in Europa (vgl. Huppert et al., 2009) nicht gänzlich identisch operationalisiert (vgl. dazu Frank, 2010).

Ryff und Singer (2002) betonen, dass »Flourishing« als ein multidimensionaler dynamischer Prozess aufzufassen ist, was bedeutet, dass Wohlbefinden das Ergebnis des jeweiligen intellektuellen, sozialen, emotionalen und physischen Lebensengagements darstellt (vgl. auch Mechanismen der Selbstregulation bei Staudinger, 2000). Sie regen an, insbesondere die neurobiologischen Grundlagen psychischen »Gedeihens« noch intensiver zu untersuchen. Sie berichten erste Befunde zur Überprüfung der allostatischen Belastung, zur Asymmetrie der Hirnaktivität und zu Immunreaktionen.

1.2.3 Tugenden und Stärken

In Verbindung mit Wohlbefinden werden auch Tugenden und Stärken thematisiert. Seligman definiert Tugenden und Stärken folgendermaßen:

Ein tugendhafter Mensch zu sein, bedeutet, durch einen Akt des Willens alle oder wenigstens die meisten der sechs ubiquitären Tugenden auszuüben: Weisheit, Mut, Menschlichkeit, Gerechtigkeit, Mäßigung und Transzendenz. Zu diesen sechs Tugenden gibt es mehrere voneinander unterscheidbare Zugänge. Zum Beispiel kann jemand die Tugend der Gerechtigkeit durch Verhalten als guter Bürger, durch Fairness, durch Loyalität und Teamwork oder durch humane Menschenführung unter Beweis stellen. Diese Zugänge nenne ich *Stärken*. (Seligman 2003, S. 226)

Sie besitzen eine gewisse Stabilität über die Zeit und Situationen hinweg und sind in allen größeren Kulturen als positive Eigenschaften anerkannt (vgl. auch Aspinwall & Staudinger, 2004).

Stärken lassen sich mit Hilfe des VIA-IS (Values in Action, Inventory of Strength; vgl. Peterson & Seligman, 2004; Peterson & Park, 2009; deutsche Version siehe Jungo, Ruch & Zihlmann, 2008) messen, der insgesamt 24 verschiedene Stärken erfasst (vgl. Ruch und Proyer ► Kap. 7).

1.3 Theorien zum Wohlbefinden

Wann fühlen Menschen sich wohl und wann sind sie zufrieden? Es gibt eine Reihe von Theorien mit unterschiedlichem Abstraktionsgrad, die Wohlbefinden als Eigenschaft, Zustand oder Prozess beschreiben. In ihnen wird teilweise ein person-zentrierter, teilweise ein umweltzentrierter Schwerpunkt gesetzt oder aber die Wechselwirkung oder Passung zwischen Person- und Umweltmerkmalen beschrieben (vgl. Becker, 1991; Diener et al. 1999; Grom, 1987). Bottom-up-Theorien erklären, wie externe Ereignisse z. B. tägliche kleine Freuden oder auch demografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Einkommen das Wohlbefinden beeinflussen. Argyle (1999) zeigte bereits, dass nur 15% der Varianz des subjektiven Wohlbefindens durch äußere Umstände oder demografische Faktoren bestimmt werden. Folglich müssen personbezogene Faktoren eine maßgebliche Rolle spielen: motivationale Komponenten, Temperamentsfaktoren oder individuelle Lebensbewältigungskompetenzen (vgl. auch Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

1.3.1 Wohlbefinden als Resultat eines wiederhergestellten Spannungsgleichgewichts

Motivationstheoretisch betrachtet resultiert Wohlbefinden aus der Befriedigung von Bedürfnissen oder Motiven. Uneinheitlich beantwortet wird jedoch, welche und wie viele Bedürfnisse bzw. Motive von Relevanz sind. Drei wesentliche Mechanismen spielen dabei eine Rolle:

1. Abbau bestehender Spannungszustände
2. Anreize werden gesucht und Herausforderungen bewältigt
3. ein optimales Erregungs- und Spannungsniveau wird angestrebt.

Dem homöostatischen Modell zufolge wird durch physiologisch-triebhafter Bedürfnisbefriedigung eine Spannungsreduktion erreicht, die als wohltuend erlebt wird. Spannungsreduktion und Wiederherstellung von Homöostase kann aber auch auf kognitive Weise erfolgen. Dann geht es darum, ob die Erwartungen, die ein Mensch aufgrund seiner Bedürfnisse,

Gewohnheiten und seines Wissens um Kontextbedingungen aufbaut, mit seiner Wahrnehmung der Realität übereinstimmen (konsonant und wohltuend erlebt werden) oder dissonant dazu sind und durch geeignete kognitive Maßnahmen korrigiert werden können (vgl. z. B. Festingers Dissonanztheorie).

Welche Maßstäbe gewählt werden, um eine erfolgreiche Bedürfnisbefriedigung und Bewältigung von Anforderungen zu erreichen, beantworten **Vergleichsniveautheorien**. Danach können sich Menschen an verschiedenen Standards orientieren. Wohlbefinden resultiert nicht nur aus dem Vergleich mit eigenen Erwartungen, Zielen und Bedürfnissen, sondern z. B. auch aus dem Vergleich mit dem Wohlbefinden in der eigenen Vergangenheit oder Vergleichen mit anderen Menschen. Ist das Ergebnis durch geeignete Auf- oder Abwärts-Vergleiche günstig oder werden moderate Erwartungen und erreichbare Ziele gewählt (vgl. dazu **Anspruchsniveautheorien**, z. B. Hofstätter), ist dies wohlbefindensförderlich. Empirisch gut bestätigt, soweit es nicht um die Befriedigung biologischer Bedürfnisse geht, ist die Theorie des abwärtsgerichteten Vergleichs (Wills, 1981), nach der Menschen mit geringem Selbstwert ihr Wohlbefinden verbessern können, wenn sie sich mit denjenigen vergleichen, denen es noch schlechter geht (vgl. Argyle, 1999).

Erwähnt werden sollen schließlich auch **Adaptationsniveautheorien**, die erklären können, warum drastische Veränderungen der Lebenssituation (z. B. Lottogewinn, Querschnittslähmung) zwar zunächst Kontrasteffekte derart hervorrufen, dass man sich nach dem positiven Ereignis besser und dem negativen schlechter fühlt, sehr bald aber ein Gewöhnungseffekt im Sinne einer Veränderung der Bezugsnorm eintritt, der zu einer Effektabschwächung führt. Solomon (1980) nimmt für den zeitlichen Verlauf von Wohlbefinden einen unvermeidlichen Kontrast von Lust und Unlust an und diskutiert ebenfalls das Prinzip der hedonischen Habituation.

1.3.2 Wohlbefinden als Resultat von Anreizen

Mit den bisher genannten Theorien kann nicht erklärt werden, wie das Neugiermotiv, das Verlangen nach Zuwendung und Geltung oder das Bedürf-

nis nach Erleben der eigenen Wirksamkeit durch aktives Handeln (was auch mit Anstrengungen verbunden sein kann) befriedigt wird. Hier geht es nämlich nicht um biologische Bedürfnisse und Spannungsminderung, sondern vielmehr um das Erleben von Lust und von anreizgebendem Neuen.

Das Anreiz-Modell geht davon aus, dass Ziele mit positiver Valenz angestrebt werden und Anstrengungen unternommen werden, diese auch zu erreichen, was dann zu Wohlbefinden und Zufriedenheit führt. Es besagt jedoch nicht genauer, wann Menschen ihr Leben nach Anreizen und Zielen ausrichten und welche Ziele ihr Leben bestimmen. Zu klären bleibt die Frage der Prioritätensetzung. Ein interessantes Konstrukt im Zusammenhang mit Wohlbefinden ist hierbei das des »persönlichen Lebensinvestments« (vgl. Staudinger, 1996): Im jungen Erwachsenenalter ist das Investment in den Beruf der beste Prädiktor für subjektives Wohlbefinden, während dies im höheren Alter für das Investment in Gesundheit und Familie zutrifft. Die Verteilung des Lebensinvestments erlaubt es, sich an selbstgestellte oder externe Anforderungen zu adaptieren.

1.3.3 Wohlbefinden durch Selbstverwirklichung

Wohlbefinden kann auch durch optimale Spannung erreicht werden. Optimale Spannung kann heißen, dass zeitweilig Anreize und Spannung oder Reduktion von Spannung angestrebt werden. Maslow hat in seiner bekannten Motivationstheorie eine Bedürfnis-Hierarchie mit verschiedenen Ebenen von Bedürfnissen beschrieben, die neben der Befriedigung physiologischer Mangel- und Sicherheitsbedürfnisse auch Selbstverwirklichung und Wachstum beinhaltet. Sie sind verbunden mit Freude am Gestalten, Verwirklichung von individuellen Fähigkeiten, Umsetzung von Interessen und Selbstverwirklichung und ermöglichen tiefes Glück, aber auch Gelassenheit und die positive Erfahrung von Lebensfülle, was Formen von Wohlbefinden und Zufriedenheit erklärt, die über einfache hedonische Erfahrungen hinausgehen. Nach Befriedigung elementarer Bedürfnisse wächst das Verlangen nach Befriedigung von Bedürfnissen der

höheren Ebene. Mit der Befriedigung von Wachstumsbedürfnissen kann schließlich am ehesten dauerhaftes Wohlbefinden (Zufriedenheit) erlangt werden. Das Selbstaktualisierungsmodell von Rogers, nach dem der Mensch nach Entfaltung seiner Fähigkeiten und Neigungen und nach Reifung strebt, ist hier einzuordnen.

1.3.4 Wohlbefinden durch wertzentrierte und sinnstiftende Lebensgestaltung

Sinnfindungstheorien (z. B. Frankl, 1985) mit ihrem Prinzip der Selbsttranszendenz gehen davon aus, dass schöpferisch sein, Hinwendung zu Menschen und das Ertragen von Schicksalsschlägen Sinn gibt. Wohlbefinden stellt sich dabei als Ergebnis der Hingabe an bejahte Aufgaben ein und bedeutet Erleben von »gesunder« Spannung. Verantwortlichkeit spielt hier als Handlungsanlass eine große Rolle, zudem das Bestreben, das eigene Handeln als sinnvoll aufzufassen. Sinnorientierung ermöglicht eine positive, wertorientierte Hinwendung zu Aufgaben oder Mitmenschen, was Frankl als Selbsttranszendenz kennzeichnet. Unterschieden werden dabei drei Wertkategorien:

1. schöpferische Werte (verwirklicht durch Arbeitsfähigkeit)
2. Erlebniswerte (verwirklicht durch Genuss- und Liebesfähigkeit)
3. Einstellungswerte (verwirklicht durch Leidenschaftlichkeit, wenn Arbeits- und Erlebensfähigkeit eingeschränkt sind).

1.3.5 Einfluss von Temperamentsfaktoren und Kompetenzen

Die sog. Top-down-Theorien betrachten Strukturen innerhalb der Person wie prädisponierende Eigenschaften, Temperamentsfaktoren und kognitive Stile in ihrem Einfluss auf Wohlbefinden. Trifft es zu, dass derartige Faktoren maßgeblich sind, dann müsste Wohlbefinden relativ zeitstabil und weitgehend unabhängig von situativen Einflüssen sein. Tatsächlich konnte gezeigt werden, dass Extraversion (und Neurotizismus) eine bedeutsame Rolle spielen, aber auch Selbstwertschätzung und vor allem dispositio-

neller Optimismus entscheidend mitbestimmen, ob Wohlbefinden erlebt wird (vgl. Argyle, 1999; Carver & Scheier, 2005; Costa & McCrae, 1980).

Nach kompetenztheoretischen Konzepten wird Wohlbefinden als Ergebnis einer erfolgreichen Bewältigung von externen Anforderungen erwartet, da dies Kontrolle vermittelt, der Angst und Hilflosigkeit entgegenwirkt und das Selbstwertgefühl stärkt. Ein enger Bezug zu Kontrollüberzeugungen ist gegeben, da das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten, Erwünschtes erreichen und Unerwünschtes vermeiden zu können (internale Kontrollüberzeugungen) positiv mit habituellem Wohlbefinden korreliert. Als Kompetenzen sind all jene Aspekte von Bedeutung, die Becker in seinem Modell der seelischen Gesundheit zusammengestellt und empirisch bestätigt hat (vgl. Becker & Minsel, 1986) bzw. die Ryff (1989) als wesentliche Dimensionen des Wohlbefindens benennt.

Bewältigungsformen angesichts von Anforderungen sind nicht generell funktional oder dysfunktional für Wohlbefinden, sondern es ist vielmehr zu berücksichtigen, dass je nach Lebens- und Entwicklungskontext auch regressiv Bewältigungsformen dazu beitragen können, dass Wohlbefinden erhalten oder wiedererlangt werden kann. Zudem scheint es günstig, ein flexibel einsetzbares Set von Bewältigungsformen zur Verfügung zu haben, das eine adaptive Bewältigung je nach Anforderungskontext und Zeitpunkt der Bewältigung erlaubt (vgl. Filipp & Klauer, 1991).

1.3.6 Wechselwirkung von Situations- und Dispositionsfaktoren

In der Regel lösen nicht allein Umweltbedingungen oder ausschließlich personbezogene Faktoren Wohlbefinden aus. Vielmehr müssen Wechselwirkungen zwischen Umweltfaktoren, dispositionellen Faktoren und Wohlbefinden angenommen werden (vgl. Grom, 1987). Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit hängen davon ab, ob die Bereitschaft und Fähigkeiten vorhanden sind, auf Umweltfaktoren reagieren zu können, die Befriedigungs- oder Selbstverwirklichungschancen bieten. Zu wichtigen Umweltbedingungen werden Einkommen, Wohnverhältnisse, Bildung, Gemeinde/Regierung, Arbeit

und Partnerschaft/Familie gerechnet. Dabei ist zwischen objektiven und subjektiv wahrgenommenen Lebensbedingungen zu unterscheiden. Vor allem letztere sind maßgeblich für Wohlbefinden, wobei die subjektive Wichtigkeit eine Rolle spielt. Von besonderer Relevanz sind soziale Bedingungen, gefolgt vom allgemeinen Lebensstandard und von Arbeitsbedingungen (vgl. Abele & Becker, 1991).

Bei der Wechselwirkung geht es auch um die Frage der Passung von Person und Umwelt (z. B. Tartakiewicz, 1984). Optimale Passung und damit günstige Voraussetzungen für Wohlbefinden sind dann gegeben, wenn die Lebensanforderungen oder -angebote gut mit den Fähigkeiten, Bedürfnissen und Zielen der jeweiligen Person übereinstimmen. Dynamische Interaktionsmodelle gehen davon aus, dass sich Faktoren der Umwelt, des eigenen Verhaltens und der eigenen Persönlichkeit gegenseitig in Bezug auf das entstehende Wohlbefinden beeinflussen.

1.3.7 Integrierende Modellvorstellungen

Die Theorie der seelischen Gesundheit (vgl. Becker & Minsel 1986) kann als eine integrierende Modellvorstellung verstanden werden. Ihr Grundgedanke besagt, dass seelische Gesundheit auf der Fähigkeit zur Bewältigung von externen und internen Anforderungen beruht. Bezüglich der externen Anforderungen gibt es Übereinstimmungen mit den kompetenztheoretischen Ansätzen und durch Einbezug der inneren Anforderungen werden motivations- und temperaments-theoretische Ansätze berücksichtigt. Auch die Konzepte der individuellen Lebensqualität sowie des »Flourishing« haben insofern integrierende Funktion, als sie verschiedene Komponenten umfassen und deren empirische Zusammenhänge aufzeigen. Berücksichtigt werden subjektives und psychologisches Wohlbefinden und – bei Flourishing – auch Aspekte der sozialen Lebensbewältigung (vgl. Frank, 2010).

Staudinger (2000) sieht im Modell der selektiven Optimierung und Kompensation (SOK) ein integrierendes Konzept. Hier werden aus der Lebensspannen-Perspektive jene Prozesse konzeptualisiert, die eine gelungene Entwicklung ermöglichen. Als Indikator einer produktiv-adaptiven Ent-

wicklung wird dabei das subjektive Wohlbefinden herangezogen. Als Kriterium für Wohlbefinden wird die Minimierung der Verluste bei gleichzeitiger Maximierung der Gewinne festgesetzt, wobei Gewinn und Verlust individuell, kulturell, subjektiv oder objektiv definiert werden. Um eine positive Gewinn-Verlust-Bilanz zu erreichen, bedarf es der Selektion, der Optimierung und der Kompensation. Will man Wohlbefinden erlangen, muss das Zielinvestment in geeigneter Weise gewählt werden, was **Selektion** bedeutet (z. B. Konzentration auf den Lebensbereich Familie). Mit Engagement für dieses Ziel und der dabei erfolgenden **Optimierung** der Mittel (z. B. vermehrter Kontakt mit den Kindern) wird der nächste Schritt auf dem Weg zu Wohlbefinden beschritten. Stellen sich Hindernisse in den Weg (z. B. dringende Dienstreisen mit größerer Entfernung von zuhause), bedarf es der **Kompensation** (z. B. Ausgleich durch verlängertes Wochenende mit der Familie). Persönlichkeitsmerkmale, selbstbezogene Mechanismen, verfügbare Mittel und deren wirkungsvolle Nutzung lassen sich in diesem Modell gut bezüglich ihrer Funktion als Regulatoren einordnen.

1.3.8 Wie entsteht aktuelles Wohlbefinden?

Aktuelles Wohlbefinden kann auf direktem Wege über angenehme sensorische Reize (vgl. dazu ► Kap.11), erfolgreiche Handlungen, soziale Zuwendung bzw. Nähe, glückliche Umstände und auch eigene, angenehme Phantasien entstehen. Indirekt kann es auch durch die Beseitigung oder Reduktion aversiver Zustände zustande kommen. Das Spektrum des momentanen Wohlbefindens untergliedert Becker (1991) in die folgenden vier Zustände:

1. »Flow« (vgl. Csikszentmihalyi, 1999): hohe Aktiviertheit
2. Gelassenheit: niedrige Aktiviertheit
3. positive Stimmung (»excitement«): hohe Erregung
4. positive Stimmung (Entspannung): niedrige Erregung.

Negative Affekte haben Überlebensfunktion. Welche Funktion kommt positiven Affekten zu? **Freude**

1.5 · Lohnt es sich, Wohlbefinden zu steigern?

weckt z. B. Spiellust, verlockt zum Austesten eigener Grenzen und regt die eigene Kreativität an; **Interesse** dagegen weckt die Neugierde, zu explorieren und nach neuen Informationen und Erfahrungen zu suchen; **Zufriedenheit** führt eher zu gelassenem Zurücklehnen und Integration von Erfahrungen in eine neue Selbst- und Weltsicht. Diese kurzzeitigen positiven Emotionen erweitern (»broaden«) die habituellen Denk- und Handlungsweisen und tragen dazu bei, dass sich dauerhafte persönliche Ressourcen entwickeln (»build«), die wiederum auch künftig das Erleben positiver Emotionen begünstigen (vgl. Fredrickson & Joiner, 2002). Fredrickson bezeichnet ihre Theorie deshalb als »Broaden-and-Build Theory« positiver Emotionen (vgl. Fredrickson, 2001; Cohn & Fredrickson, 2009).

Ihre ergänzende »Undoing-Hypothese« besagt, dass positive Emotionen dazu beitragen, die Verarbeitung der Auswirkungen negativer Emotionen zu beschleunigen. Dies wird mit dem »broadening«-Mechanismus begründet (vgl. dazu auch ► Kap. 3). Befunde zur rascheren Rückregulation kardiovaskulärer Reaktionen nach hoch-erregender negativer Stimulation durch nachfolgende situative Bedingungen, die positive Emotionen anregen, stützen diese Hypothese (z. B. Fredrickson & Branigan, 2005). Auch weitere Studien zeigen, dass positive Emotionen wesentlich zur optimalen psychologischen Funktionsfähigkeit beitragen. Sie schaffen günstige Bedingungen für eine Erweiterung der persönlichen Ressourcen, motivieren zur Annäherung an andere Menschen und unterstützen vitales Lebensengagement (vgl. Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Fredrickson, 2008, 2009).

1.4 Indikation von wohlbefindensförderlichen Interventionen und Wohlbefindensdiagnostik

Grundsätzlich ist eine Förderung von Wohlbefinden bei allen psychischen Störungen indiziert und für eine gute Therapeut-Patient-Beziehung unentbehrlich (vgl. ► Kap. 3). Spezifische wohlbefindensförderliche Interventionen müssen aber zunächst transparent erläutert und begründet werden, damit sich Patienten nicht in ihrem primären Anliegen, eine Hilfe bei der Behebung ihrer psychischen

Symptomatik zu erhalten, missverstanden fühlen. Kontraindikationen für wohlbefindensförderliche Interventionen gibt es nicht; vielmehr ist mit einer Verbesserung der Compliance zu rechnen.

Neben einer störungsbezogenen Diagnostik ist immer dann, wenn Wohlbefinden gezielt verbessert werden soll, auch eine spezifische Wohlbefindens-Diagnostik erforderlich. Im vorliegenden Buch werden diagnostische Fragen nur am Rande behandelt, da Schumacher, Klaiberg und Brähler (2003) eine umfassende Sammlung geeigneter Verfahren zur Psychodiagnostik von Wohlbefinden und zur Messung von Lebensqualität zusammengestellt haben. Erwähnt werden soll, dass sich viele Diagnostika nicht nur zur Eingangsdiagnostik eignen. Wegen der Lenkung der Aufmerksamkeit auf die positive Seite des Befindens haben diese Verfahren vielfach auch bereits therapeutische Funktion und erleichtern eine Therapieplanung, bei der Wohlbefindensziele einbezogen werden.

Dem vorliegenden Buch werden zwei diagnostische Instrumentarien beigelegt (Ressourcenliste, vgl. ► Kap. 4 und Fragebogen zum körperlichen Wohlbefinden (FAW), vgl. ► Kap. 11), die sich zur explorativen Eingangsdiagnostik von Wohlbefinden eignen, aber auch als ipsative Verfahren zur therapiebegleitenden Diagnostik anbieten.

1.5 Lohnt es sich, Wohlbefinden zu steigern?

Lange Zeit galt in den USA unumstößlich die »Hedonic Treadmill«-Theorie von Brickman und Campbell (1971). Nach ihr sind alle Anstrengungen, Glück und Wohlbefinden zu steigern, zum Scheitern verurteilt. Denn das Glücks- und Zufriedenheitserleben ist aufgrund von Gewöhnung nur von kurzer Dauer und bedarf immer wieder neuer positiver Anreiz- und Kontrasterlebnisse. Es kommt rasch zu einer Adaptation, die in die hedonische Neutralität, d. h. zum »Set-Point« zurückführt. Diener, Lucas und Scollon (2006) belegen inzwischen jedoch überzeugend, dass der hedonische »Set-Point« durchaus verschiebbar ist und revidieren die »Hedonic Treadmill«-Theorie in fünf Punkten (vgl. auch Fujita & Diener, 2005):

1. Es ist empirisch gut belegt, dass der »Set-Point« emotionalen Erlebens nicht im neutralen, sondern im positiven Bereich liegt.
2. Es gibt keinen konstanten »Set-Point«, der gleichermaßen für alle Menschen gilt. Je nach Temperament unterscheiden sich Menschen bezüglich ihrer »Set-Points«.
3. Eine Person kann entsprechend der unterschiedlichen Komponenten des Wohlbefindens (Glück, Zufriedenheit) verschiedene »Set-Points« haben, da sich das Erleben von angenehmen, unangenehmen Emotionen und Lebenszufriedenheit unterschiedlich entwickelt.
4. Die »Set-Points« können sich durch Lebensereignisse durchaus über die Zeit hinweg verändern.
5. Menschen unterscheiden sich darin, wie sie sich an Ereignisse adaptieren. Einige verändern ihre »Set-Points« abhängig von äußeren Ereignissen, andere nicht. Aufmerksamkeitsprozesse spielen dabei eine wesentliche Rolle.

Zusammen mit Befunden im Rahmen der »Broaden-and-Build«-Theorie, ergibt sich daraus, dass es sich in jedem Fall lohnt, positive Emotionen zu kultivieren, denn sie stoßen eine Aufwärtsspirale in Richtung zunehmenden Wohlbefindens an und unterstützen Faktoren der Resilienz (vgl. Fredrickson & Joiner, 2002; Fredrickson & Branigan, 2005).

Dass positives Erleben und Verhalten bei einer entsprechenden Schwerpunktsetzung mittels therapeutischer Interventionen gefördert werden kann, konnten Fava et al. (1998) mit ihrer »Well-Being-Therapie« bei affektiven Störungen zeigen. Diese Therapie setzt an den Dimensionen von Ryff an, fokussiert die positive Seite des Befindens und fördert mittels Problemlöse- und Selbstsicherheitsanleitungen sowie genussförderlicher Strategien das Wohlbefinden. Es konnte gezeigt werden, dass dieser Ansatz wirksamer war als eine reine kognitive Verhaltenstherapie (vgl. auch Fava & Tompa, 2009; zusfd. s. Frank, 2010).

Schon im Jahr 1977 hatte Fordyce ein Programm entwickelt, das eine Steigerung des persönlichen Glücks und der Zufriedenheit von Studierenden anstrebte, indem es deren Verhalten und Einstellungen mithilfe von vierzehn Verhaltensregeln an die Charakteristika glücklicher Menschen anzupassen versuchte. Täglich sollten drei dieser

Regeln beherzigt werden. In den unterschiedlich konzipierten Studien konnte jeweils ein signifikanter Zuwachs an Glückserleben im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden. Diese Studien zeigen, dass das Glückspotenzial größer ist, als es üblicherweise ausgeschöpft wird. Sie zeigen zudem auch, dass Wohlbefinden auf relativ einfache Weise nachhaltig gesteigert werden kann, wenn nur überhaupt durch eine direkte Beschäftigung mit Glück und Wohlbefinden die Wahrnehmung dafür geschärft wird und eine Anregung erfolgt, aktiv andere Lebensprioritäten zu setzen. »Those who understand happiness have the best chance to attain it«, betont Fordyce (1983, p. 497).

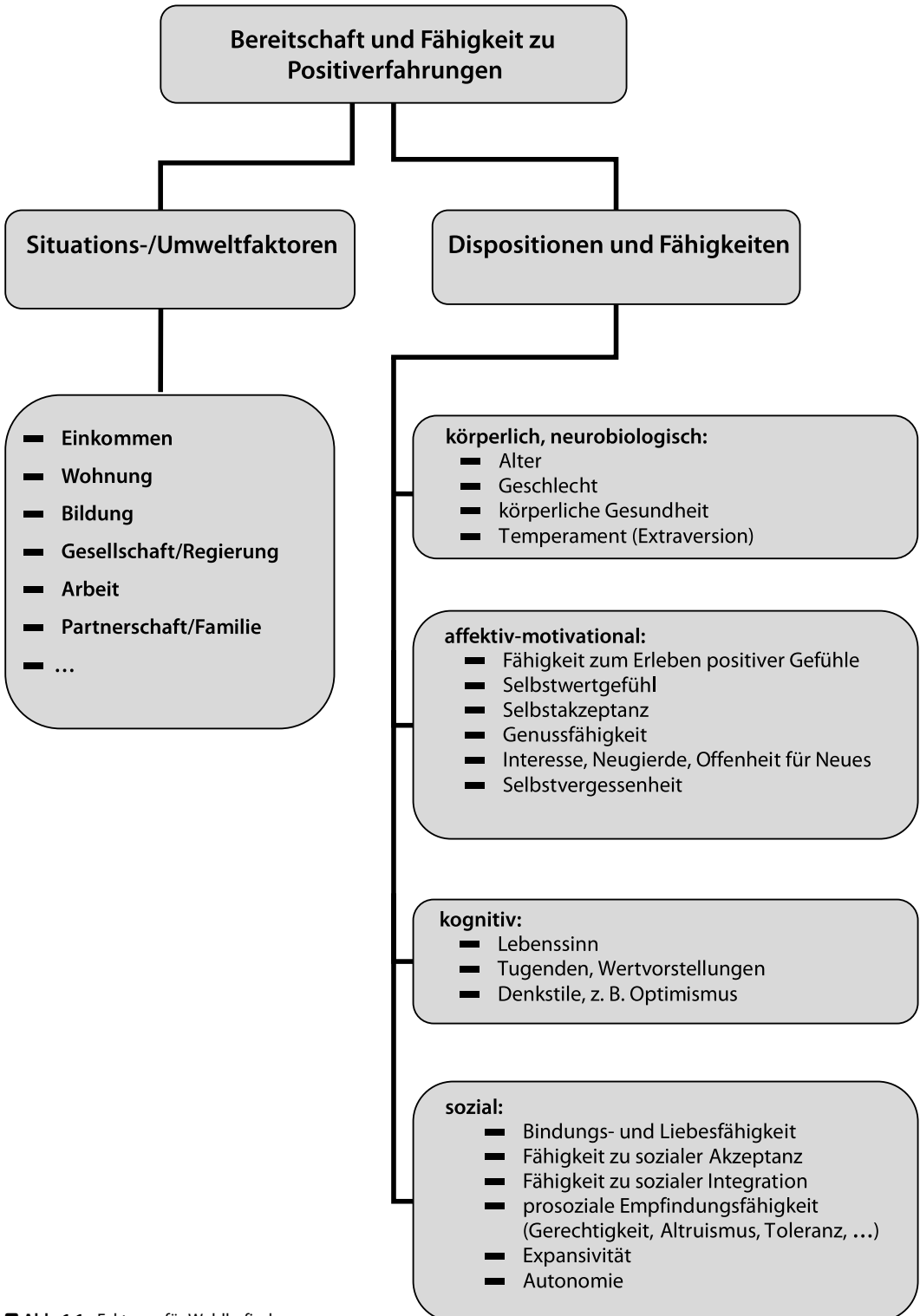
1.6 Therapieziel Wohlbefinden

Zur Verbesserung von Wohlbefinden bieten sich verschiedene Ziele an. Bezüglich des aktuellen Wohlbefindens kann das körperliche, das kognitive (Zufriedenheit, Sinn), das affektive (Glück, gehobene Stimmung, Interesse bzw. Neugierde) und das soziale Wohlbefinden (Erleben von Integritätsein, Akzeptiertsein, Geborgenheit, Gebrauchtwerden etc.) ins Auge gefasst und therapeutisch beeinflusst werden.

Zudem können auch Situations- und Dispositionsfaktoren, Fähigkeiten und persönliche Stärken beeinflusst werden, die mit Wohlbefinden zusammenhängen und es begünstigen. ■ Abb. 1.1 zeigt, welche Aspekte hier eine Rolle spielen.

1.7 Überblick über das vorliegende Buch

Im vorliegenden Buch befassen wir uns mit Therapieansätzen, die sich ganz spezifisch auf Wohlbefinden und menschliche Stärken konzentrieren und noch viel zu selten ganz bewusst dazu eingesetzt werden, das Wohlbefinden von Patienten zu fördern. Dass dies in effektiver Weise möglich ist, wird durch die Autoren dieses Buches vermittelt. Nahezu alle sind Psychotherapeuten, die praktische Erfahrungen zu dem von ihnen dargestellten Thema mitbringen. Die meisten von ihnen haben zudem die jeweilige Thematik auch empirisch erforscht.



■ Abb. 1.1. Faktoren für Wohlbefinden

Fiedler setzt sich in ► Kap. 2 mit ressourcenorientierter Psychotherapie auseinander und Flückiger und Grosse Holtforth in ► Kap. 3 mit Bedürfnisbefriedigung durch Ressourcenaktivierung und eine motiv-orientierte psychotherapeutische Beziehungsgestaltung. Dick geht in ► Kap. 4 der Frage nach, wie sich Freude, Vergnügen und Glück durch Psychotherapie fördern lassen. Mit Salutogenese und euthymer Therapie befasst sich Lutz in ► Kap. 5. Heidenreich, Junghanns-Royack und Michalak fokussieren in ► Kap. 6 den Aspekt der Achtsamkeit, wie er durch die »Mindfulness-Based Therapy« vermittelt wird. In ► Kap. 7 beschreiben Ruch und Proyer menschliche Stärken und deren gezielte Nutzung. In ► Kap. 8 stellt Kaimer narrative Ansätze vor, in deren Rahmen nützliche Geschichten als Quelle für Hoffnung und Kraft genutzt werden. Den Abschluss dieses ersten Teils bildet ► Kap. 9 mit einem lösungsorientierten Therapieansatz der systemischen Familientherapie, den Elke Rathsfeld verfasst hat.

Als Zielpunkte einer Verbesserung des Wohlbefindens werden im zweiten Teil die emotionale, die körperliche, die kognitive und die soziale Komponente betrachtet. In ► Kap. 10 werden emotionale Aspekte, wie sie z. B. bei der Erhebung der Freude-Biografie eine Rolle spielen von Kast angesprochen. In ► Kap. 11 beschreibt Frank, wie körperliches Wohlbefinden durch systematische Selbstregulation verbessert werden kann. Um sinnliche Lebendigkeit geht es in ► Kap. 12, in dem Koppenhöfer zeigt, wie durch Sinnesgenüsse Wohlbefinden geweckt werden kann. Auf kognitive Aspekte des Wohlbefindens ist ► Kap. 13 ausgerichtet, in dem Kossak darlegt, wie sinnvolle Werte und Lebensziele durch Methoden der Imagination und Hypnose entwickelt werden können. In ► Kap. 14 beschreibt Potreck-Rose Möglichkeiten zur Förderung von Selbstakzeptanz. In ► Kap. 15 befasst sich Reuter mit Identitätsstärkung und beschreibt ein Programm zur Förderung selbstbestimmten Lebens, das bei der Behandlung von Patientinnen mit einer Krebserkrankung erprobt worden ist. In den folgenden drei Kapiteln liegt der Schwerpunkt auf sozialem Wohlbefinden: In ► Kap. 16 befasst sich Hartmann mit der Frage, wie sich Bindungswünsche so realisieren lassen, dass Wohlbefinden resultiert. In ► Kap. 17 beschreibt Bodenmann, wie Partnerschaft gepflegt werden

kann und in ► Kap. 18 geht Kämmerer auf Vergabung als Quelle von Wohlbefinden ein.

Wohlbefinden im Verlauf der Lebensspanne wird exemplarisch mit Bezug zu Jugend und Alter behandelt. Dies sind zwei Lebensabschnitte, die jeweils besondere Herausforderungen für das eigene Wohlbefinden beinhalten. Opp befasst sich in ► Kap. 19 mit der Entwicklung von Widerstandkräften im Jugendalter und Grom befasst sich in ► Kap. 20 mit Wohlbefinden und Ressourcen im Alter.

Der Schluss des Buches ist neuroanatomischen und biochemischen Aspekten des Wohlbefindens gewidmet. In ► Kap. 21 gehen Stark und Kagerer auf neuronale Grundlagen positiver Emotionen ein und in ► Kap. 22 beschreiben Kirsch und Gruppe neuromodulatorische Einflüsse von Dopamin und Oxytocin.

Möge dieses Buch dazu beitragen, die Aufmerksamkeit im Rahmen von Psychotherapien noch deutlich mehr als bisher auf positives Befinden zu richten und ganz bewusst Wohlbefinden als Therapieziel anzustreben.

Literatur

-
- Abele, A. & Becker, P. (Hrsg.). (1991). *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim: Juventa.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman; E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundation of hedonic Psychology* (pp. 353-373). New York: Russell Sage Foundation.
- Aspinwall, L. & Staudinger, U. (Eds.). (2004). *A psychology of human strength. Fundamental questions and future directions for a positive psychology (3rd ed.)*. Washington, DC: APA.
- Auhagen, A. E. (Hrsg.). (2008). *Positive Psychologie. Anleitung zum »besseren« Leben*. Weinheim: BeltzPVU.
- Becker, P. & Minsel, B. (1986). *Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 2: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 13-49). Weinheim: Juventa.
- Becker, P. (1998). *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen – TPF –*. Göttingen: Hogrefe.
- Bornstein, M. H., Davidson, L., Keyes, C. L. M. & Moore, K. A. (Eds.). (2003). *Well-Being. Positive development across the life course*. Mahwah, New York: Lawrence Erlbaum.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brickman P. & Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planning the good science. In M. H. Appley (Ed.), *Adaptation level theory: A symposium* (pp. 287-302). New York: Academic Press.

- Bucher, A. A. (2009). *Psychologie des Glücks*. Handbuch. Weinheim, Basel: Beltz PVU.
- Bullinger, M. (2000). Lebensqualität – Aktueller Stand und neue Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In U. Ravens-Sieberger & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden – Anwendungen* (S. 13-24). Landsberg: Ecomed.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2005). Optimism. In C. R. Snyder & J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-243). Oxford, New York: Oxford University Press
- Chida, Y. & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.
- Cohn, M. A. & Fredrickson, B. L. (2009). Positive Emotions. In Lopez, S. J. & Snyder, C. R. (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 13-24). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective wellbeing: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Costanzo, E. S., Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2009). Psychosocial adjustment among cancer survivors: Findings from a national study of health and well-being. *Health Psychology*, 28, 147-156.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). *Lebe gut! Wie Sie das Beste aus Ihrem Leben machen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Deusinger, I. M. (2002). *Wohlbefinden bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Gesundheit in medizinischer und psychologischer Sicht*. Göttingen: Hogrefe.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (2009). Positive psychology: Past, present, and future. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 7-11). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Diener, E. & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Diener, E., Suh, E. K., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2009). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford Handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 187-194). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Lucas, R. E. & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill. Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61, 305-314.
- Eid, M. & Larsen, R. J. (Eds.). (2008). *The science of subjective well-being*. New York: Guilford Press.
- Emmons, R. E. (2003). Personal goals, life meaning, and virtue: Wellsprings of a positive life. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing. Positive psychology and the life well-lived* (2nd ed., pp. 105-128). Washington: APA.
- Fava, G. A. & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77, 1903-1934.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S. & Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 55, 816-821.
- Filipp, S. H. & Klauer, T. (1991). Subjective well-being in the face of critical life events: The case of successful coping. In F. Strack, M. Argyle & N. Stark (Eds.), *The social psychology of subjective well-being* (Vol. 21, pp. 213-234). Oxford: Pergamon Press.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 511-521.
- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further Studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 483-498.
- Frank, R. (2010). *Wohlbefinden fördern. Positive Therapie in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frankl, V. E. (1985). *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Frankfurt: Fischer.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2008). Promoting positive affect. In M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 449-468). New York: Guilford Press.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity*. New York: Crown Publishers.
- Fredrickson, B. L. & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19, 313-332.
- Fredrickson, B. L. & Joiner, T. (2002). Positive Emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13, 172-175.
- Fredrickson, B. L. & Losada, M. E. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60, 678-686.
- Fujita, F. & Diener, E. (2005). Life satisfaction set point: Stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 158-164.
- Glatzer, W. (1992). Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. In A. Bellebaum (Hrsg.), *Glück und Zufriedenheit* (S. 49-85). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Glatzer, W. & Zapf, W. (Hrsg.). (1984). *Lebensqualität in der Bundesrepublik – Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt/M.: Campus.
- Grom, B. (1987). Positiverfahrungen – Ein Forschungsgegenstand der Sozial- und Persönlichkeitspsychologie. In B. Grom, N. Brieskorn & G. Haefner (Hrsg.), *Glück. Auf der Suche nach dem »guten Leben«* (S. 13-190). Frankfurt/M., Berlin: Ullstein.
- Huppert, F. A., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vittersø, J. & Warendorf, M. (2009). Measuring well-being across Europe: Description of the ESS Well-Being Module and preliminary findings. *Social Indicators Research*, 91, 301-315.
- Jungo, D., Ruch, W. & Zihlmann R. (2008). *Das VIA-IS in der Laufbahnberatung*. Bern: SDBB Verlag.
- Kahneman, D. Diener, E. & Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being. The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1965). Behavioural Analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.
- Keyes, C. L. M. & Haidt, J. (Eds.). (2003). *Flourishing. Positive psychology and the life well-lived* (2nd ed.). Washington: APA.
- Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In C. L. M. Keyes & J. Haidt, (Eds.), *Flourishing. Positive psychology and the life well-lived* (2nd ed., pp. 293-312). Washington: APA.
- Linley, P. A. (2009). Positive psychology (history). In S. J. Lopez (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology*, Vol 1 (pp. 742-746). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

- Lopez, S. J. & Snyder, C. R. (Eds.). (2009). *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed.). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K.M. & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- Lyubomirsky, S., King, L. A. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Maddux, J. E. (2008). Positive psychology and the illness ideology: Toward a positive clinical psychology. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 54-70.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen – Eine Übersicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26, 183-196.
- Michalec, B., Keyes, C. L. M. & Nalkur, S. (2009). Flourishing. In S. J. Lopez (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology* (Vol. 1, pp. 391-394). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Nakamura, J. & Csikszentmihalyi, M. (2003). The construction of meaning through vital engagement. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing. Positive psychology and the life well-lived* (2nd ed., pp. 83-104). Washington: APA.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (Eds.). (2010). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford Uni Press (in press).
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L. & Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 730-749.
- Peterson, C. & Chang, E. C. (2003). Optimism and flourishing. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing. Positive psychology and the life well-lived* (2nd ed., pp. 55-79). Washington: APA.
- Peterson, C. & Park, N. (2009). Classifying and measuring strength of character. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 25-34). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strength and virtues: A handbook and classification*. Washington: APA.
- Rashid, T. & Ostermann, R. F. (2009). Strength-based assessment in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65, 488-498.
- Rheinberg, F., Manig, Y., Kliegl, R., Engeser, S. & Vollmeyer, R. (2007). Flow bei der Arbeit, doch Glück in der Freizeit. Zielausrichtung, Flow und Glücksgefühle. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 51, 105-115 (DOI: 10.1026/0932-4089.51.3.105).
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35, 1103-1119.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (2003). Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing. Positive psychology and the life well-lived* (2nd ed., pp. 15-36). Washington: APA.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.). (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M. E. P. (2003). Foreword: The past and the future of positive psychology. In C.L.M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing. Positive psychology and the life well-lived* (2nd ed., pp. xi-xx). Washington: APA.
- Seligman, M. E. P. (2003). *Der Glücksfaktor. Warum Optimisten länger leben*. Bergisch Gladbach: Ehrenwirth.
- Seligman, M. E. P. (2005). Positive Psychology, Positive Prevention and Positive Therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive health. *Applied Psychology: An international Review*, 57, 3-18.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Solomon, R. L. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation. *American Psychologist*, 35, 691-712.
- Staudinger, U. M. (1996). Psychologische Produktivität und Selbstentfaltung im Alter. In M. M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktivität und Alter* (S. 344-373). Frankfurt/M.: Campus Verlag.
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51, 185-197.
- Strack, F., Argyle, M. & Schwarz, N. (Eds.). (1991). *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Veenhoven, R. (2001). The four qualities of life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9, 449-469.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personal and Social Psychology*, 64, 678-691.
- Waterman, A. S. (2008). Reconsidering happiness: A eudaimonist's perspective. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 234-252.
- Wethington, E. (2003). Turning points as opportunities for psychological growth. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing. Positive psychology and the life well-lived* (2nd ed., pp. 37-53). Washington: APA.
- Wiese, B. S. (2007). Successful pursuit of personal goals and subjective well-being. In B. R. Little, K. Salmela-Aro & S. D. Phillips (Eds.), *Personal project pursuit: Goals, actions, and human flourishing* (pp. 301-328). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wills, T. A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245-271.
- Willutzki, U. (2003). Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 91-108). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Wright, B. A. & Lopez, S. J. (2009). Widening the diagnostic focus. A case for including human strengths and environmental resources. In S.J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 71-87). Oxford, New York: Oxford University Press.

Teil II Therapieansätze, die Wohlbefinden und menschliche Stärken fokussieren

- Kapitel 2 Ressourcenorientierte Psychotherapie – 19**
- Kapitel 3 Ressourcenaktivierung und motivorientierte
Beziehungsgestaltung: Bedürfnisbefriedigung
in der Psychotherapie – 33**
- Kapitel 4 Durch Psychotherapie Freude, Vergnügen
und Glück fördern – 43**
- Kapitel 5 Euthyme Therapie und Salutogenese – 55**
- Kapitel 6 Mindfulness-based therapy: Achtsamkeit vermitteln – 69**
- Kapitel 7 Positive Interventionen: Stärkenorientierte Ansätze – 83**
- Kapitel 8 Narrative Ansätze: Nützliche Geschichten als Quelle
für Hoffnung und Kraft – 93**
- Kapitel 9 Über das gemeinsame (Be-)Finden: von Ressourcen, Lösungen
und Wohl-Befinden – 113**

Ressourcenorientierte Psychotherapie

Peter Fiedler

- 2.1 Einleitung – 20**
- 2.2 Allgemeine Ziele einer ressourcenorientierten Psychotherapie – 20**
- 2.3 Gesundheitspolitische Negativ-Organisation psychischen Leidens – 21**
- 2.4 Positive Psychotherapie: Vom Optimismus der Psychotherapeuten – 21**
- 2.5 Ressourcenorientierte Aufklärung und Beratung – 23**
- 2.6 Was Patienten in einer Psychotherapie als veränderungsrelevant betrachten – 24**
 - 2.6.1 Veränderungsrelevante Episoden – 24
 - 2.6.2 Von Therapeuten und Patienten gemeinsam als veränderungsrelevant gekennzeichnete Episoden – 24
 - 2.6.3 Von Therapeuten vorrangig allein als veränderungsrelevant gekennzeichnete Episoden – 25
- 2.7 Vorsicht im Umgang mit Übertragungsdeutungen – 26**
- 2.8 Ressourcenorientiertes Krisenmanagement – 27**
 - 2.8.1 Sich mehr um die Patienten kümmern als Perspektive – 27
 - 2.8.2 Ressourcenorientierte Behandlung in Krisen – 28
- 2.9 Tatsächliche Rückfallursachen als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Konzepte – 28**
- 2.10 Ressourcenorientierung dient dem Abbau des Machtgefälles – 29**
- Literatur – 30**

2.1 Einleitung

In den vergangenen Jahrzehnten wird ein einseitig defizitorientiertes Modell psychotherapeutischer Tätigkeit zunehmend kritisiert. Die pointiert vorgetragene Alternative lautet **Ressourcenorientierung**. Spätestens seit den 1980er-Jahren wird der Aktivierung der Ressourcen von Klienten in den unterschiedlichen Anwendungsfeldern der Psychologie eine zentrale Bedeutung zugesprochen. Dies gilt übrigens nicht nur in der Psychotherapie, sondern ganz allgemein in den in unterschiedlichen psychologischen Beratungsfeldern (vgl. Nestmann, 1996) sowie in der Prävention, der Bewältigungsforschung und in der Gesundheitspsychologie (vgl. Becker, 1995).

In der Psychotherapie im engeren Sinne waren es nicht nur die Verhaltenstherapeuten, die schon früh mit ihren Selbstmanagement-Ansätzen ausdrücklich die Ressourcenorientierung im Auge hatten (vgl. z. B. Kanfer et al. 1996; programmatisch auch als »Psychotherapieziel Selbstbehandlung«: Fiedler, 1981). Etwa zeitgleich erlebten die unterschiedlichen Ansätze der systemischen Familientherapie mit ihren fast ausschließlich positiv-stützenden Interventionen einen ersten Höhepunkt, so dass Karpel und Brauers die dabei sichtbar werdenden familiären Ressourcen bereits 1986 als »hidden partners«, also als »Partner im Hintergrund« der Familientherapie bezeichneten.

Auch in der Psychoanalyse wurde zunehmend auf die Notwendigkeit der Ressourcenorientierung hingewiesen, so beispielsweise von Rohde-Dachser (ebenfalls 1986) in der Behandlung der Borderlinepersönlichkeitsstörungen. Ende der 1980er-Jahre griff Sachse (1991) das nach Rogers Tod zunehmend vertretene Plädoyer auch hierzulande auf, die Gesprächspsychotherapie doch endlich in »zielorientierte Gesprächspsychotherapie« umzubenennen. Sachse konnte in seinen detaillierten Prozessanalysen nachweisen, dass Gesprächstherapeuten immer dann besonders erfolgreich waren, wenn diese im Therapieprozess kontinuierlich die persönlichen Ziele der Patienten herausarbeiteten, um diese dann zu bekräftigen und auszuweiten.

Schließlich war es Grawe, der in seinen Arbeiten wiederholt auf die seither zunehmende Subs-

tanz in der Psychotherapieforschung zur Bedeutung der Ressourcenorientierung hingewiesen hat (Grawe, 1998; 2004; auch: Grawe et al. 1994; Grawe & Grawe-Gerber, 1999).

2.2 Allgemeine Ziele einer ressourcenorientierten Psychotherapie

Für die Mehrzahl der Forscher beinhalten die Begriffe Ressourcenorientierung bzw. Ressourcenaktivierung immer folgendes Kernelement:

Das ressourcenaktivierende Empowerment als Erkennen und Stützen der bereits vorhandenen positiven Seiten und Fähigkeiten eines Patienten.

Von einigen Autoren wird sogar etwas optimistisch die Ansicht vertreten, dass die Person bereits über alle Ressourcen verfügt, um ihre Probleme zu lösen, und dass es in der Psychotherapie gelte, diese »nur« zu entdecken, um sie zu aktivieren – eine Meinung, wie sie vielfach von gesprächspsychotherapeutischen und psychodynamischen Forschern vertreten wird. Die meisten anderen Autoren und Forscher scheinen dieser optimistischen Position gegenüber etwas skeptisch zu sein, denn sie formulieren vorsichtiger. Nach ihrer Auffassung scheinen die Ressourcen, über die eine Person bereits verfügt, zwar einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung von Schwierigkeiten zu leisten; sie sollten jedoch durch externe Ressourcen ergänzt werden, beispielsweise in der Therapie durch gezielte Information und Aufklärung von Patienten (vgl. z. B. Grawe, 2004; Willutzki, 2000).

Eine wiederum andere Gruppe von Forschern, zu deren Vertretern ich mich selbst zähle, ist sogar der Ansicht, dass der externe Beitrag gelegentlich erheblich sein sollte, damit er zu einer Umkehr der Entwicklung in positive Richtung beitragen kann (Fiedler, 2004a; auch: Hobfoll, 1989). Zusammengefasst fügen die wohl meisten Autoren dem schlichten Empowerment und damit der Ressourcenaktivierung inzwischen denn auch noch ein zweites Kernelement hinzu, nämlich:

Beratung und Training als ressourcenanreichernde Erweiterung der vorhandenen Möglichkeiten durch die gezielte Vermittlung neuer Informationen und durch die Einübung neuer und bis dahin ungewohnter Bewältigungskompetenzen.

! Das kurzgefasste Motto dieser Weiterung lautet: Bäume wachsen nicht von selbst, wenn sie zuvor nicht eingepflanzt wurden, und dabei muss man natürlich immer auch auf die Ressourcen aufbauen, die bereits vorhanden sind.

Bevor diese wichtige Forderung nachfolgend näher begründet wird, sollen zunächst einige Hindernisse auf dem Weg zu stärkerer Ressourcenorientierung in der Psychotherapie beschrieben werden, die es insbesondere mit den Novizen in unseren Ausbildungsinstituten kritisch zu hinterfragen und zu überwinden gilt.

2.3 Gesundheitspolitische Negativ-Organisation psychischen Leidens

Gerade zu Beginn einer Therapie ist nicht davon auszugehen, dass Patienten ihre Ressourcen wahrnehmen können. Psychisch belastete Personen teilen in vielen Fällen die Pathologie-Orientierung ihrer Umwelt – und damit zumeist auch noch die ihrer Psychotherapeuten, die zumindest zu Beginn einer Therapie etwa mit Blick auf eine Kostenübernahme förmlich gezwungen sind, ICD-taugliche Störungsdiagnosen zu finden. Und das heißt, nicht die Feststellung von Ressourcen, sondern die Diagnose von Fehlern, Mängeln und Störungen ist Voraussetzung dafür, dass Psychotherapeuten überhaupt tätig werden können.

Natürlich haben auch die Patienten selbst die entsprechende Erfahrung gemacht, dass sie Belastungen nicht mehr bewältigen, mit denen vermeintlich »normale« Personen und auch sie selbst früher keine Schwierigkeiten hatten. Diese Demoralisierung, das fehlende Zutrauen zu sich selbst sowie die damit verbundene Hilfs- und Hoffnungslosigkeit führen dazu, dass viele Patienten selbst Bereiche, in denen sie nach wie vor gut zurechtkommen, häufig nicht mehr erkennen oder als relevant ansehen, so dass oftmals eine global negative Sicht vorherrscht.

Insbesondere die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen ist gerade in diesem Zusammenhang ein sehr ambivalentes Gebilde und kann sich im Verlauf der Behandlung als wahrer Bumerang erweisen. Denn nach Diagnosestellung sitzt vor

uns ein Mensch, dessen ureigenste Ressource, nämlich seine Persönlichkeit, gerade qua Diagnose in ein Defizitmodell verwandelt wurde, und damit verbunden seine ihm eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten. Nicht von ungefähr widerfährt vielen Patienten nach Vergabe der Persönlichkeitsstörungsdiagnose eine grundlegende Bedrohung ihrer bestehenden oder verbliebenen persönlichen Ressourcen. Das kann für die Betroffenen, solange keine Perspektiven vorliegen, gelegentlich existenzbedrohliche Ausmaße annehmen. Kein Wunder also, wenn sich viele Patienten gegen die Diagnose der gestörten Persönlichkeit unterschwellig oder vehement offen zur Wehr setzen oder diese als beleidigend oder kränkend erleben.

Natürlich sind Patienten mit markanten persönlichen Stilen gelegentlich schwer zu behandeln. Dennoch gibt es inzwischen einige beachtenswerte Untersuchungen dazu, warum es einigen Therapeuten besser als anderen gelingt, schwierige, wenig motivierte und widerständige Patienten erfolgreich zu behandeln (vgl. u. a. Dolan & Coid, 1993; Palmer, 1992; Garland & Dougher, 1991; Kear-Colwell & Pollak, 1997; Marshall et al., 1999; Fiedler, 2004a). Einige Highlights aus dieser Forschung sollen jetzt am Anfang stehen, denn diese Studien wurden mit einem therapeutisch schwer zugänglichen Klientel, nämlich mit persönlichkeitsgestörten Straftätern durchgeführt, wobei bei den meisten die Diagnose der dissozialen Persönlichkeitsstörung aktenkundig vermerkt war. Warum gibt es bei schwer persönlichkeitsgestörten delinquenten Patienten (Straftätern) erfolgreiche und weniger erfolgreiche Psychotherapeuten? Was unterscheidet sie?

2.4 Positive Psychotherapie: Vom Optimismus der Psychotherapeuten

Ausgangspunkt sind die Ergebnisse zum globalen Behandlungserfolg. Finden im Gefängnis keine psychotherapeutischen Maßnahmen statt, liegt der 3-jährige Erfolg üblicher Inhaftierungsmaßnahmen bei Straftätern mit dissozialer Persönlichkeitsstörung nur etwa bei 40 % (d.h. 60 % Rückfälle). Werden Therapeuten in den Gefängnissen mit ihren Behandlungskonzepten tätig, so findet sich

bis heute recht konvergent, dass etwa bis zu 45 %, höchstens 50 % der psycho- bzw. sozialtherapeutisch behandelten Straftäter **nicht** wieder rückfällig werden (50–55 % Rückfälle; vgl. Dolan & Coid, 1993). Der Mehrgehalt psychotherapeutischer Hilfe in diesem Feld liegt also bei etwa 5–10 %, was übrigens sehr viel ist! Denn um die Bedeutung dieser Unterschiede richtig einzuschätzen, muss man klar vor Augen haben, das kriminelle Menschen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung der Gesellschaft enorm viel Geld kosten.

Anfangs hatten die Forscher immer wieder vermutet, dass geringe Behandlungserfolge vom Schweregrad der Persönlichkeitsstörungen abhängig seien, was sich nur sehr eingeschränkt bestätigen ließ. Auch spielte die Therapieschule der Psychotherapeuten eine eher untergeordnete Rolle. Eher zufällig entdeckte eine Forschergruppe um Palmer (1992), dass der Erfolg möglicherweise durch die jeweilige Zusammensetzung eines Therapeutenteams mitbestimmt wird. Gab es einen Wechsel im Behandlungsteam oder in der therapeutischen Leitung, veränderten sich die Erfolgszahlen einer sozialtherapeutischen Einrichtung nach oben oder nach unten – und zwar gelegentlich recht drastisch: im Bereich der mittelfristigen Rückfallquoten immerhin zwischen 30–40 % (vgl. Fiedler, 2004a). Daraufhin begann man, sich in der Forschung stärker auf die Therapeuten zu konzentrieren und neue Fragen zu stellen. Als bald war ein hochinteressanter Erfolgsprädiktor gefunden.

Erfolgreiche Therapeuten

Dieser wichtige Erfolgsprädiktor besagt: Hohe Erfolgszahlen bei den ansonsten extrem schwierig zu behandelnden Patienten scheinen in erheblichem Ausmaß davon abhängig zu sein, wie sehr in den sozialtherapeutischen Einrichtungen ein **Therapie-Optimismus** nach Innen und Außen vertreten wird.

! Wenn die Therapeuten selbst an den Erfolg ihrer Tätigkeit glauben, arbeiten sie deutlich effektiver.

War dieser Prädiktor gefunden, fand man noch einige weitere Merkmale, die offensichtlich eng mit dem Therapieerfolg zusammenhängen. Optimistische Therapeuten versuchen nämlich **nicht primär** die Betroffenen zu verändern. Sie versuchen

vielmehr – trotz der zum Teil großen Brutalität der Betroffenen – so etwas wie eine **Haltefunktion** zu den Straftätern aufzubauen. Dies versuchen sie dadurch zu erreichen, dass sie die Kriminellen motivieren, mit ihnen zusammen **auf einer Seite zusammenzuarbeiten**. Und das heißt: gemeinsam **gegen** widrige Lebensumstände, gemeinsam **gegen** zwischenmenschliche Krisen. Oder, was inzwischen unter der Überschrift »Antiaggressivitätstraining« angestrebt wird: gemeinsam mit den Kriminellen **gegen** kriminelle Handlungen vorzugehen – was etwas anderes ist, als gegen die Person des Straftäters zu arbeiten.

Weniger erfolgreiche Therapeuten

Wenig erfolgreiche und pessimistische Therapeuten hingegen lehnen auffällig häufig »negative Personeneigenarten« ab, schließen nicht gerade selten von **Negativ-Handlungen** auf den Charakter und die Person. Es ist gut nachvollziehbar, dass sie mit einer solchen Haltung den Eindruck bekommen, in subjektiver Sicht »gegen die Person« des Patienten arbeiten zu müssen. Eine der wesentlichen Strategien dieser Therapeuten liegt in Interventionen, die als »Beziehungsarbeit« beschrieben werden können: Interaktions-Feedback und Konfrontation der Straftäter mit unangemessenen Interaktionseigenarten. Mit »konfrontierender Beziehungsarbeit« soll offensichtlich die »Einsicht« der Patienten in »Übertragungsprozesse« und in problematische Interaktionsformen verbessert werden.

Es waren denn auch einige Prozessstudien, die auf einige Negativseiten konfrontierender Therapie aufmerksam machten (Garland & Dougher, 1991; Kear-Colwell & Pollak, 1997): Werden dissoziale Straftäter nämlich auf negative Personeneigenarten angesprochen, reagieren viele häufig mit Reaktanz und nicht mit der gewünschten Einsicht. Entsprechend häufig zeigen sich in der Folge diese Therapeuten wegen der Uneinsichtigkeit vieler Patienten frustriert, weshalb sie gelegentlich von sich aus die Behandlung beenden.

Vorsicht mit Reaktanz provozierenden Interventionen

Inzwischen mehrten sich sogar Hinweise darauf, dass für eine Verweigerung von Veränderungsbereitschaft und damit für das Rückfallrisiko vielleicht

die Reaktanz provozierenden Interventionen einiger Therapeuten mitverantwortlich zeichnen könnte. Insbesondere in Gruppen besteht diese Gefahr. Wird dort nämlich von den Betroffenen eine eventuelle Verweigerung von Einsicht und Änderungsbereitschaft öffentlich vor anderen vorgetragen, würden diese Personen späterhin eventuell ihr Gesicht verlieren, würde sie hinter einer einmal öffentlich, vielleicht sogar vehement, vorgetragenen Verweigerung wieder zurücktreten. Entsprechend gelten heute für viele Forscher Reaktanz provozierende Interventionen in der Gruppentherapie als kontraproduktiv (Fiedler, 2005) – übrigens einschließlich des zeitweilig beliebten sog. »heißen Stuhls«, auf dem Patienten in »heißen Diskussionen« offenkundig zu neuen Einsichtswelten geführt werden sollen.

Um auf das Thema des Beitrags zurück zu kommen: Für eine »Ressourcenorientierung« jedenfalls dürften Strategien, durch die Patienten unbedacht veranlasst werden, sich mit Negativseiten ihrer selbst auseinanderzusetzen, als kontraindiziert angesehen werden. Sicherlich kann auch nicht von Ressourcenorientierung gesprochen werden, wenn Patienten drängend mit ihren widerständigen und damit vermeintlich regressiven Verhaltensweisen konfrontiert werden, etwa in der Hoffnung, dass sie von sich aus neue Wege suchen und einschlagen werden. Mit Konfrontationsstrategien dürfte es weiter schwerlich gelingen, das bei vielen Patienten eindrücklich fehlende Selbstbewusstsein und die Selbstwertschätzung zu erhöhen.

Inzwischen ließen sich die vorgetragenen Beobachtungen durch systematische Studien zur Untersuchung der Wirkung von Behandlungskonzepten persönlichkeitsgestörter Straftäter weiter absichern, wobei sich mit Hilfe von Metaanalysen die Effektivität unterschiedlicher Programmaspekte inzwischen genauer bestimmen ließ. Dabei fand sich ein weiterer, ganz ähnlich bedeutsamer Aspekt: Der Erfolg der praktisch arbeitenden Therapeuten scheint auch noch davon abhängig zu sein, wie sehr die im Hintergrund arbeitenden Therapieforscher von der Wirkung ihrer Therapieprogramme überzeugt sind und entsprechend optimistisch ans Werk gehen (vgl. die Übersichten bei Lipsey et al., 2000; Müller-Isberner, 2000; Lösel, 1995; 1998; 2001). Therapiestudien sind umso erfolgreicher, wenn sich die beteiligten Therapeuten vom Enthusias-

mus, vom Engagement und von der Sorgfalt bei der Programmdurchführung durch die Therapieforscher anstecken lassen. Eher geringe Wirkungen bis hin zu sogar schädigenden Einflüssen finden sich vor allem in therapeutischen Konzepten, die auf Disziplinierung oder Einschüchterung abzielen. Es scheint inzwischen ziemlich sicher, dass insbesondere die Anwendung von Einsicht erzwingenden Therapiebausteinen ganz offenkundig eher zu einer Steigerung als zur Verminderung der Rückfallraten führen (vgl. Lösel, 2001).

Inzwischen ließen sich die genannten Beobachtungen durch systematische Analysen auch außerhalb der Straftäterbehandlung finden und weiter absichern (Ward & Stewart, 2003). Offenkundig gilt vieles, was ich bis hier vorgetragen habe, nicht nur für die Behandlung von Straftätern im Gefängnis. Deshalb nochmals kurz zurück zu den Qualitätsmerkmalen der optimistischen und häufiger erfolgreichen Therapeuten, deren Verhalten geradezu als prototypisch für eine ressourcenorientierte Behandlung gelten kann: **Nicht** Einsicht in die eigenen Unzulänglichkeiten ist das Ziel, sondern die Aktivierung positiver Persönlichkeitsmerkmale und die konstruktive Entwicklung neuer Lebensperspektiven und Handlungsmuster.

2.5 Ressourcenorientierte Aufklärung und Beratung

Ich habe diesen Ausflug in die Straftäterbehandlung deshalb unternommen, weil ich der festen Überzeugung bin, dass sich viele Aspekte des eben Vorgetragenen auf die Behandlung von psychischen Störungen im Allgemeinen übertragen lassen. Dabei dürfte insbesondere Therapieoptimismus als gute Voraussetzung für das Gelingen einer Therapie angesehen werden. Denn glauben Therapeuten nicht an den Erfolg ihrer Behandlung, dann besteht über kurz oder lang die Gefahr, dass auch Patienten daran zu zweifeln beginnen, dass ihnen mittels Psychotherapie geholfen werden könnte.

An dieser Stelle möchte ich gern die Ergebnisse einer kleinen Studie vorstellen, die wir zur Frage durchgeführt haben, was Patienten eigentlich selbst in ihrer Psychotherapie für das Gelingen derselben als relevant betrachten.

2.6 Was Patienten in einer Psychotherapie als veränderungsrelevant betrachten

Seit Mitte der 80er-Jahre fragen wir gelegentlich Therapeuten, ob sie zusammen mit ihren Patienten Interesse haben, an einer Untersuchung über sog. **Veränderungsrelevante Episoden** teilzunehmen. Der Untersuchungsaufbau ist denkbar einfach (vgl. z. B. Fiedler & Rogge, 1989). Die Therapiesitzungen werden auf Video aufgezeichnet. In der Zeit zwischen zwei Sitzungen müssen sich Therapeut und Patient getrennt mit einem Interviewer hinsetzen und sich die Aufzeichnung nochmals ansehen. Das Video wird jeweils gestoppt, wenn Therapeut bzw. Patient der Ansicht sind, dass gerade etwas Relevantes passiert (ist), sei es mit Blick auf die angestrebten Therapieziele bzw. erhofften -wirkungen oder auch mit Blick auf wünschenswerte Veränderungen im Prozess. Dabei finden sich viele Episoden, die von Patient und Therapeut gemeinsam (also konvergent) als wichtig angesehen werden, aber auch viele Episoden insbesondere auf Seiten der Therapeuten, die diese als wichtig betrachten, ihre Patienten jedoch interessanterweise nicht.

So einfach der Aufbau, so gering ist leider die Bereitschaft von Therapeuten, sich mit ihren Patienten einer solchen Prozedur zu unterziehen. Dennoch haben sich glücklicherweise in den letzten 15 Jahren zehn Patienten und ihre Therapeuten in ambulanten und stationären Kontexten bereit gefunden, an dieser Untersuchung zu veränderungsrelevanten Episoden teilzunehmen. Bei den Therapien handelt es sich um 6 Verhaltenstherapien und um 4 psychodynamisch orientierte Kurzzeittherapien. Die Länge der Behandlungen variierte zwischen 12 und 25 Sitzungen. Folgende Ergebnisse sind in diesem Zusammenhang von Interesse (vgl. auch Fiedler, 2003).

2.6.1 Veränderungsrelevante Episoden

Psychotherapeuten und Patienten haben in den vorliegenden zehn Therapien mit insgesamt 180 Sitzungen 541 veränderungsrelevante Episoden gemeinsam oder getrennt benannt. Im Durchschnitt werden von Patienten zwei bis drei relevante Episo-

den pro Sitzung gekennzeichnet. Therapeuten kommen auf etwa die doppelte Anzahl von Episoden.

Interessantes erstes Ergebnis betrifft die Tatsache, dass die Therapeuten 90 % (!) jener 301 Episoden, die von Patienten angegeben werden, ebenfalls als relevant ansehen. Das sind 281 Episoden. Therapeuten bemerken also fast immer, wenn Patienten in der Therapie etwas als für sich bedeutsam erfahren oder erleben. Von den Therapeuten werden zusätzlich 240 Episoden (44 %) als relevant angegeben, die von Patienten **nicht** als relevant gekennzeichnet werden. Die Therapeuten erachten also vieles in der Therapie als veränderungsrelevant, was die Patienten als solches nicht ausdrücklich so sehen. Wenngleich die von Therapeuten allein angegebenen Episoden auch wichtig sind, soll es im Folgenden primär um die Frage gehen: Was erachten Patienten an einer Therapie als wichtig?

2.6.2 Von Therapeuten und Patienten gemeinsam als veränderungsrelevant gekennzeichnete Episoden

Platz 1: Konkrete Beratung (43 % der gemeinsam gekennzeichneten Episoden).

Gemeint sind damit zumeist plausible Erklärungen und Vorschläge zur Behandlung und Selbstbehandlung der jeweiligen Symptome und Störungen sowie zu den damit zusammenhängenden weiteren Problemen; auch gemeint sind allgemeine Informationen über Erfolgsprognose und Rückfallrisiken sowie über die Möglichkeiten, Rückfälle zu vermeiden. Interessant ist der Befund, dass es kaum Unterschiede zwischen Verhaltenstherapien (41 % der Episoden) und psychodynamischen Therapien (45 %) gibt, obwohl wir eher Gegenteiliges erwartet hatten. Das betrifft übrigens auch den folgenden Punkt.

Platz 2: Information und Aufklärung (29 % der gemeinsamen Nennungen).

Gemeint sind damit klare Informationen über das Störungsbild und die psychologische Störungsdynamik, eine gute Begründung der Diagnose, plausible Erklärungen zur Ätiologie, auch als relevant erachtete Informationen zur Verbreitung der Störung in der Bevölkerung wurden hier eingeschlossen. Interessant wiederum: Hinsichtlich relevanter

»Information und Aufklärung« unterscheiden sich die Verhaltenstherapien (mit 28 %) kaum von den psychodynamisch Behandlungen (30 %).

Platz 3: Lebenspraktische Beratung (13 % der gemeinsamen Episoden)

Dieser Bereich ist deshalb interessant, weil es hier um Beratungsaspekte geht, die nicht unmittelbar mit dem ursprünglichen Dienstauftrag der Therapie zusammenhängen (also mit den Symptomen bzw. Störungen). Wir haben hier sehr heterogene Dinge zusammenfassen müssen, wie Fragen zu Alltagsbeziehungen innerhalb der Familie (z. B. Kindererziehung, Umgang mit einem alkoholabhängigen Großvater) sowie im Beruf (Umgang mit dem Chef oder mit Kollegen; Laufbahnberatung etc.). (Verhaltenstherapie: 12 %; Psychodynamische Therapie: 13%).

Platz 4: Transparenz des Therapeuten (11 % der gemeinsamen Episoden)

In dieser Kategorie haben wir als relevant erachtete Mitteilungen des Therapeuten über sich selbst zusammengefasst. Die häufigsten betreffen klärende Ausführungen zum eigenen therapeutischen Handeln (»Warum verhalte ich mich Ihnen gegenüber so oder so? Warum habe ich dies oder jenes so gemacht?«). Aber auch recht häufig werden Mitteilungen des Therapeuten über eigene Werthaltungen und Grundüberzeugungen als relevant angesehen, die wir hier ebenfalls zugeordnet haben. »Transparenz« wird von Patienten und Verhaltenstherapeuten gemeinsam in 13 % der Fälle als wichtig eingestuft, von Patienten und ihren Psychoanalytikern in 8 % der Fälle.

Die restlichen Episoden verteilen sich auf jene Kategorien, die wir jetzt besprechen werden, denn es handelt sich dabei um Aspekte, die vorrangig von den Therapeuten allein angegeben werden:

2.6.3 Von Therapeuten vorrangig allein als veränderungsrelevant gekennzeichnete Episoden

Von den Therapeuten allein (also nicht gleichzeitig von ihren Patienten) wurden 240 Episoden angegeben; davon beziehen sich die meisten auf

zwei besondere Formen therapeutischer Intervention:

Platz 1: »Beziehungsarbeit« (49 % der von Therapeuten allein gekennzeichneten Episoden)

Unter dieser Bezeichnung haben wir vorrangig Feedback und Rückmeldungen der Therapeuten zum von ihnen erlebten Interaktionsverhalten der Patienten zusammengefasst, die als solche bei der Video-Analyse von Verhaltenstherapeuten häufig als »Konfrontation« oder von psychodynamisch arbeitenden Therapeuten als »Übertragungs-Deutungen« gekennzeichnet wurden. Diese Art Intervention kennzeichnen immerhin in 45 % der Fälle die Verhaltenstherapeuten und in 54 % der Fälle die psychodynamisch arbeitenden Therapeuten als relevant. Beachtenswert ist jedoch: Die Patienten halten diese Episoden nicht oder nur sehr selten für veränderungsrelevant.

Platz 2: »Gefühlsarbeit« (23 % der von Therapeuten allein gekennzeichneten Episoden)

In dieser Kategorie finden sich recht unterschiedliche Formen therapeutischer Interaktion, denen thematisch gemeinsam ist, dass die Patienten häufig mit Hilfe therapeutischer Stützung in einen aktualisierten Prozess emotionalen Erlebens geraten (vorrangig Betroffenheit, gelegentlich Weinen der Patienten, oder auch z. B. mutistisch anmutendes Schweigen oder – eher selten – Ärgerreaktionen). Das Gemeinsame ist, dass die Therapeuten als Kategorie in diesen Fällen »Gefühle aktivierende Intervention« auf dem Interviewbogen als eigene Strategie angekreuzt haben, gelegentlich aber auch »Konfrontation« oder »Übertragungsdeutung«. Diese Interventionsform kennzeichnen in 25 % der Fälle die Verhaltenstherapeuten und in 21 % der Fälle die psychodynamisch arbeitenden Therapeuten als relevant. Beachtenswert ist wiederum: Die Patienten jedoch halten diese Episoden nicht oder sehr selten für veränderungsrelevant.

! **Zusammengefasst** lässt sich zweifelsohne konstatieren, dass eine die Ressourcen anreichernde Aufklärung und Beratung im nachträglichen Betrachten ihrer Therapiesitzungen sowohl von Patienten wie von den Therapeuten als relevant angesehen werden. Für uns war etwas unerwartet

und überraschend, dass sich diese relevanten Episoden nicht nur in der Verhaltenstherapie, sondern gleich häufig auch in den psychodynamischen Therapien finden lassen. Wir haben dieses Ergebnis nochmals überprüft: Psychoanalytiker wie Verhaltenstherapeuten arbeiten entsprechend ihrer Konzepte natürlich völlig unterschiedlich. Entsprechend beraten Verhaltenstherapeuten in ihren Therapien erheblich häufiger, nur wurden viele dieser Informationsanteile und Beratungen bei weitem nicht immer von den Patienten als relevant gekennzeichnet. Was die **relevanten** Beratungen angeht, verteilen sich diese jedoch in beiden Behandlungsformen etwa gleich.

Als nächstes befassen wir uns mit der Frage, warum die Patienten (übrigens nur in 3 % der Fälle) **kaum** oder **nicht** die Episoden gekennzeichnet haben, die als »Gefühle aktivierende Intervention«, »Beziehungsarbeit« oder »Übertragungsdeutung« aus Sicht der Therapeuten offensichtlich hohe Veränderungsrelevanz haben. Antworten dazu können wir mit Hilfe der vorliegenden Studie (noch) nicht geben. Vielleicht erschließen sich uns einige Antworten mittelbar, wenn wir uns den Ergebnissen einiger aktueller Studien zur Bedeutung von »Übertragungsdeutungen« in der psychodynamischen Behandlung zuwenden.

2.7 Vorsicht im Umgang mit Übertragungsdeutungen

Prototypisch für einen Wandel der psychodynamischen Psychotherapie in Richtung Ressourcenorientierung sind beispielsweise Forschungsarbeiten, in denen sich ein inzwischen 100 Jahre altes Kernelement der psychoanalytischen Psychotherapie, die sog. Übertragungsdeutung, gelegentlich als eher ungünstig für die Therapiewirksamkeit erwiesen hat. Entdeckt wurde dies zunächst in einer Studie über die Wirksamkeit eines neuen psychodynamischen Therapieansatzes bei Depression. Das Konzept der holländischen Forschergruppe um de Jonghe (et al., 2001) enthält eine bemerkenswerte Änderung. In dieser psychoanalytisch begründeten Depressionsbehandlung wurden nämlich die für die psychodynamische

Therapie zentralen Übertragungsdeutungen explizit ausgeschlossen.

Im Hintergrund dieser Entscheidung stand die Vermutung, dass sich eine Therapie, die auf »regressive Verhaltensweisen« und damit auf Negativaspekte von Beziehungsmustern der Patienten fokussieren könnte, als nicht förderlich für eine Überwindung depressiven Erlebens erweisen würde. Entsprechend wurden die Therapeuten angewiesen, real gegenwärtige Sorgen und Nöte der Patienten zum Thema zu machen mit dabei vorrangiger Beachtung des aktuellen Erlebens und Fühlens der Patienten. Auf diese Weise sollten zunehmend Bedürfnisse und Interessen der Patienten aktiviert werden, die sich auf konkrete Lebensperspektiven in der Gegenwart und Zukunft beziehen. Ein ganz ähnliches Vorgehen offensichtlich, wie dies in den eingangs erwähnten Prozessanalysen der zielorientierten Gesprächspsychotherapie bei Sachse (1981) herausgearbeitet wurde. Diese Konzeptänderung erwies sich im Unterschied zu einer früher angewandten übertragungsfokussierenden Behandlung als hochgradig erfolgreich.

Inzwischen konnte mittels Metaanalysen von Behandlungsprojekten bei Patienten mit unterschiedlichen Störungen nachgewiesen werden, dass die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie umso erfolgreicher einzustufen war, je zurückhaltender von Therapeuten mit Übertragungsdeutungen gearbeitet worden war – zumeist übrigens zugunsten einer eher Gefühle aktivierenden und sinnstiftenden Besprechung realer Sorgen, Probleme und zwischenmenschlicher Konflikte außerhalb der Therapiebeziehung. Dies gilt insbesondere für die psychodynamische Kurzzeittherapie. Dieser Effekt zeigte sich besonders deutlich – man höre und staune – in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Zu diesem Ergebnis jedenfalls kommt eine von der *Society for Psychotherapy Research* mit einem Preis ausgezeichnete Arbeit von Hogland (2003).

In seiner Metaanalyse konnte Hogland diesen Effekt übrigens in elf unterschiedlichen Studien nachweisen, in denen eine Häufigkeitsbestimmung von Übertragungsdeutungen überhaupt möglich war (d.h. in allen (!) zugänglichen Studien, die eine Reanalyse dieser Art ermöglichten). Psychodynamische Therapien scheinen also, und zwar

nicht nur in der Behandlung persönlichkeitsgestörter Menschen, immer dann umso erfolgreicher zu sein, je zurückhaltender mit Übertragungsdeutungen gearbeitet wird. Das heißt nicht zwingend, dass einzelne Patienten, die einem Mehr an Übertragungsdeutungen ausgesetzt waren, nicht auch Fortschritte aufwiesen. Nur insgesamt waren genau jene Patienten beträchtlich erfolgreicher, bei denen Therapeuten andere Strategien wählten. Aufgrund unserer Episodenstudien gehe ich übrigens davon aus, dass diese Therapeuten alternativ bemüht waren, die Patienten bei der Lösung real gegebener, aktueller alltäglicher Probleme hilfreich zu unterstützen, vielleicht sogar so weit gehend, um auf diese Weise deren Problemlösungsressourcen mittels Aufklärung und Beratung gezielt anzureichern.

Mit diesen Ausführungen möchte ich die psychodynamische Therapie nicht in ein ungünstiges Licht rücken. Unsere Episodenstudien zeigen, dass auch Verhaltenstherapeuten die Arbeit in der Therapiebeziehung als nicht weniger relevant wie ihre psychodynamischen Therapeuten betrachten.

Darüber hinaus gibt es zunehmende Prozessstudien mit den Detailanalysen von Therapieverläufen unterschiedlicher Therapierichtungen, die nicht nur Grawe (1998) zur pointierten Aussage veranlasst haben, dass Therapeuten immer dann – was die positiven Wirkungen der Behandlung angeht – unzweifelhaft erfolgreicher sind, wenn sie sich auf die vorhandenen Stärken und Ressourcen ihrer Patienten konzentrieren (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Bei genauem Hinsehen, handelt es sich bei diesen Untersuchungen teilweise um die gleichen Studien, die in die Metaanalyse von Hogland Eingang gefunden haben.

Natürlich müssen diese Stärken und Kompetenzen von Patienten auch in der Therapiebeziehung gesucht und unterstützt werden. Vielleicht könnte man eine solche Behandlung, die sinnstiftend nach Ressourcen in der Therapiebeziehung sucht, problemlos sogar ebenfalls als »übertragungsfokussierende Therapie« bezeichnen. Andererseits wird hier die Bezeichnung »ressourcenorientiert« ausdrücklich bevorzugt, weil sie eindeutiger auf die ihr inhärente Zielperspektive ausgerichtet ist. Was die therapeutischen Implikationen einer Ressourcenorientierten Psychotherapie angeht, mittels Ressourcen aktivierendem Empowerment und Ressourcen

anreichernder Problemlösung und Beratung weit über ressourcenorientierte Beziehungsanalysen hinausreichen sollte.

2.8 Ressourcenorientiertes Krisenmanagement

In den vergangenen Jahren hat sich zu den Ressourcen aktivierenden Verfahren schließlich noch eine weitere Perspektive hinzugesellt. Diese betrifft die Behandlung einiger Störungsphänomene, die insbesondere für Misserfolge und Rückfallzahlen erhebliche Bedeutsamkeit haben. Gemeint ist die Neigung zahlreicher Patienten zur Selbstverletzung oder anderen selbstdestruktiven Handlungen bis hin zur Suizidalität. Wechselnde Stimmungslagen, Selbstverletzungen und Suizidneigungen erschweren in vielerlei Hinsicht die Möglichkeit, mit den Patienten ein stabiles Arbeitsverhältnis aufzubauen. Auch scheint eine ressourcenorientierte Therapiearbeit auf den ersten Blick kaum sinnvoll möglich. Von Therapeuten wird entsprechend ein hohes Maß an Flexibilisierung des therapeutischen Vorgehens erwartet. Die Ermöglichung telefonischer Kontakte für Patienten, die zwischen den Sitzungen in emotionale Krisen kommen, ist als ein Ressourcen aktivierender Ansatz zwar bereits integraler Anteil Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) von Linehan bei Borderlinestörungen (vgl. Bohus, 2002); aber viele Therapeuten scheuen sich immer noch, für ihre Patienten außerhalb der vereinbarten Termine als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

2.8.1 Sich mehr um die Patienten kümmern als Perspektive

In diesem Zusammenhang bin ich Schmidtke (2005) zu außerordentlichem Dank verpflichtet, der sich die Mühe gemacht hat, in vorliegenden Publikationen einmal genauer herauszufiltern, was jene Therapeuten im Besonderen auszeichnet, die über deutliche Erfolge bei der Verminderung von Selbstverletzungen und über eine Verringerung der Suizidneigung ihrer Patienten berichten. Herausgekommen ist dabei etwas, das man auf folgende

Formel bringen kann: Es handelt sich um Therapeuten, die sich um ihre Patienten kümmern, um auf diese Weise deren Ressourcen erneut zu aktivieren.

Nicht nur, dass Therapeuten, die sich mehr um ihre Patienten kümmern, telefonisch erreichbar sind. Sie selbst sind es, die von sich aus aktiv zwischen den Therapiesitzungen nochmals Kontakt mit ihren Sorgenkindern suchen. Bei Patienten, bei denen die Therapeuten den Eindruck haben, dass es ihnen gerade nicht besonders gut geht, rufen sie beispielsweise zwischen den Sitzungen ihrerseits an und erkundigen sich nach dem Befinden. Oder sie schreiben ihren Patienten zwischen den Sitzungen eine E-Mail, um nochmals positive Aspekte der vorhergehenden Sitzung zu bekräftigen. Bei unzuverlässigen Patienten melden sich Therapeuten am Morgen des Therapietages von sich aus telefonisch, um nachzufragen, ob irgendetwas dazwischen gekommen sei oder ob es beim vereinbarten Termin bleibe. Arbeiten sie in Kliniken, schauen sie abends, bevor sie nach Hause fahren, kurz noch einmal bei ihren Patienten vorbei.

Um es noch deutlicher zu betonen: Kümmerdich-um-die-Patienten-Therapeuten scheinen nicht nur dann hochgradig erfolgreich zu sein, wenn es um die Verminderung selbstdestruktiver oder suizidaler Neigungen geht, sondern zugleich auch noch dort, wo es auf die Stabilität der Therapiebeziehung, auf eine Steigerung der Therapiemotivation und auf eine Neuaktivierung verloren geglaubter Ressourcen ankommt (ähnlich: Fonagy & Roth, 2004; Fiedler, 2006).

2.8.2 Ressourcenorientierte Behandlung in Krisen

Andererseits ist es eine offene Frage, wie weit sich das Kümmerdich-um-deine-Patienten-Prinzip in der Therapiepraxis und -forschung durchsetzen wird. Offensichtlich liegt die Erkenntnis, dass viele Patienten im Therapeuten einen über die Sitzungen hinaus Sicherheit bietenden Begleiter benötigen und erhalten sollten, derzeit außerhalb des allgemein üblichen psychotherapeutischen Ansatzes, dies insbesondere dort, wo Patienten im 45- bis 60-Minuten-Rhythmus behandelt werden.

Von manchem Praktiker habe ich in diesem Zusammenhang die Frage gestellt bekommen, ob wir mit kontinuierlicher Erreichbarkeit nicht in die Gefahr kommen, ein Abhängigkeitsverhalten zu verstärken und der Selbstständigkeit des Patienten Wege zu verbauen.

Ich bin da inzwischen entschieden anderer Ansicht. Wir sollten in der Lage sein, Therapie-disziplin und Beständigkeit im Rahmen eines Behandlungsplanes zu realisieren, der Beständigkeit erst fürsorglich dadurch herstellt, dass auf die veränderlichen inneren Zustände unserer Patienten, die zu vielen psychischen Störungen als symptomatischer Ausdruck dazu gehören, dass also auf ihre störungsbedingten Stimmungsschwankungen vermehrt Rücksicht genommen wird, und zwar wenigstens so lange, bis sich ihre emotionale Unausgeglichenheit zu stabilisieren beginnt (ähnlich: Fonagy & Roth, 2004). Das gilt nicht nur bei Borderlinepersönlichkeitsstörungen, sondern auch bei Essstörungen oder bei Abhängigkeitsproblemen sowie bei bipolaren Störungen usw. Angesichts einer erwartbaren Unberechenbarkeit von Patienten sollte die Entwicklung eines individuell ausgerichteten und fürsorglich organisierten Krisen- und Managementplans ein unverzichtbares Element in gut strukturierten Therapieplänen werden.

2.9 Tatsächliche Rückfallursachen als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Konzepte

Bei der Entwicklung ressourcenorientierter Konzepte standen immer auch die Rückfallbedingungen psychischer Störungen mit im Vordergrund. Denn wenn es gegenwärtig Probleme zu vermeiden gibt, so betreffen diese die nach wie vor beträchtlichen Rückfallzahlen. In den 1980er- und 1990er-Jahren hatte man gelegentlich den Eindruck, dass sich die Erfolgszahlen bei einigen psychischen Störungen deutlich steigern ließen. Gegenwärtig jedoch stagniert die Entwicklung in den meisten Bereichen. Die Rückfallforschung ist in dieser Hinsicht gnadenlos, könnte man meinen (hierzu ausführlich: Fonagy & Roth, 2004): In spätestens fünf Jahren werden 20–30% der Phobie- und Zwangspatienten

erneut mit Problemen bei einem Psychotherapeuten vorstellig, auch wenn sie zuvor eine Expositionstherapie mit gutem Erfolg absolviert haben. Von den Depressionspatienten erleiden sogar insgesamt bis zu 75 % innerhalb von drei bis vier Jahren einen Rückfall, und zwar unabhängig davon, mit welchem Psychotherapieverfahren einschließlich medikamentöser Behandlung sie zunächst eine zeitweilige Besserung erfahren haben. Der Zustand von deutlich über 20 % aller Patientinnen mit einer Borderlinediagnose verschlechtern sich bereits während der Zeit ihrer ambulanten und stationären Behandlung. Weiter bleibt zwingend zu beachten, dass sich bis zu 10 % derjenigen, die einmal die Diagnose Borderlinepersönlichkeitsstörung oder die Diagnose einer Depression erhalten haben, in den Folgejahren suizidiert, viele bereits nach (und trotz) ihrer ersten psychotherapeutischen Behandlung.

Bei der Beurteilung des Rückfallproblems gilt es zwingend, die Epidemiologie, und damit die wohl wahren Ursachen psychischer Gestörtheit, aufmerksam zu beobachten. Ein allzu technologisches Verstehen von Psychotherapie könnte wie die unreflektierte Therapie mit Psychopharmaka bedeuten, dass wir unsere Augen vor den existenziellen Sorgen unserer Patienten verschließen.

Man braucht sich dazu nur die wirklichen Rückfallbedingungen psychischer Störungen anzusehen (vgl. Fiedler, 2006). Kritische Lebensereignisse, schwer lösbare existenzielle Konflikte, Sorgen und schwere soziale Benachteiligung erhöhen nicht nur das Risiko einer psychischen Erkrankung, sondern auch die Rückfallwahrscheinlichkeit um ein Vielfaches. Je weiter unten sich eine Person im Sozialgefüge befindet, umso größer ist ihr Elend. Es ist die im Zustand der Selbstentfremdung gefühlte Benachteiligung, die das eigentliche psychologische Gift ist. Da das so ist, gehört die konkrete Lebenswelt unserer Patienten – neben aller Hilfe beim unterstützenden Umgang mit psychischen Störungen – in den Mittelpunkt jeder Behandlung. Ansonsten sollte man sich nicht wundern, wenn die Rückfallzahlen trotz allem technischen Fortschritts stagnieren.

Ressourcenorientierung heißt, die aktivierten und angereicherten Ressourcen in der Bewältigung konkret gegebener Lebensprobleme auch in

Anwendung zu bringen. Warum gibt es so viele Widerstände auf **unserer** Seite, auf Seiten der Therapeuten, die konkreten Lebensumstände der Patienten und nicht nur den innerpsychischen Funktionsmodus der jeweiligen psychischen Gestörtheit (also Gefühl, Kognition, Konflikt) zum Gegenstand therapeutischer Interventionen zu machen? In vielen Fällen dürfte schon im Verlauf der Behandlung unzweifelhaft feststehen oder klarer werden, dass für die Wege heraus aus den existenziellen Dramen und den alltäglichen Sorgen die sicherlich unverzichtbaren Verfahren zum Beispiel der Exposition, Gefühlsaktivierung oder Achtsamkeit nicht in jedem Fall hinreichend sind. Um in ihrem Leben erneut Fuß zu fassen und bei zukünftigen Krisen besser zu bestehen, benötigen die meisten unserer Patienten zusätzlich auch noch einen hochgradig klugen Berater.

2.10 Ressourcenorientierung dient dem Abbau des Machtgefälles

Psychotherapeuten sollten die ressourcenanreichernde Beratung von Patienten nicht anderen Professionen oder dem Internet überlassen! Professionelle Patientenberatung, das Coaching von Patienten oder vielleicht sogar die Patientensupervision beim Umsetzen ihrer Ressourcen sind für viele Probleme, die Menschen in der Gegenwartsgesellschaft haben, sehr interessante »Therapieansätze« (Fiedler, 2000). Dabei ergibt sich übrigens eine – zwar nur kleine, dennoch hochbedeutsame – Akzentverschiebung. Ressourcenorientierte Stärkung vorhandener Kompetenzen und Fähigkeiten sowie die Beratung zur Anreicherung vorhandener Kompetenzen um neue Handlungsmöglichkeiten eröffnen völlig neue Gestaltungsspielräume. Sie erfordern nämlich und ermöglichen zugleich die aktive Partizipation des Therapeuten an der Neugestaltung von Lebenslagen. In einer psychotherapeutisch klug durchdachten Beratung wird sich sogar, wie immer schon von uns Psychotherapeuten gewünscht, das Machtgefälle verschieben: weg vom kompetenten Behandler persönlicher Probleme hin zum Solidarpartner des Patienten, nämlich im **gemeinsamen Kampf gegen widrige Lebensumstände**.

Dies mag für viele Therapeuten bereits alltägliche Praxis bedeuten, für viele andere ist es das offenkundig noch nicht.

Es könnte sein, dass einige meiner zuvor gemachten Empfehlungen – (insbesondere jene, sich zukünftig mehr als bisher um instabile Patienten zu kümmern) – höchst befremdlich wirken. Mir geht es mit meinem Beitrag dabei um die Zukunft unserer Profession, die ich ausdrücklich mehr von der zukünftigen Lebenszufriedenheit unserer Patienten abhängig sehen möchte, als dies bisher der Fall ist.

Literatur

- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- De Jonghe, F., Kool, S., van Alst, G., Dekker, J. & Peen, J. (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 64, 217–229.
- Dolan, B. & Coid, J. (1993). *Psychopathic and antisocial personality disorders. Treatment and research issues*. London: Gaskell – The Royal College of Psychiatrists.
- Fiedler, P. (Hrsg.). (1981). *Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Grundlagen kooperativer Psychotherapie*. Weinheim: edition psychologie im VCH-Verlag.
- Fiedler, P. (2000). Klinische Psychologie und Psychotherapie 2000: Ein Blick zurück in die Zukunft. Warum eigentlich keine professionelle Beratung und Supervision von Patienten. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 32, 223–229.
- Fiedler, P. (2003). Kritik (nicht nur) der Verhaltenstherapie aus der Sicht eines Verhaltenstherapeuten. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 7, 258–271.
- Fiedler, P. (2004a). Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeutenjournal*, 3 (Heft 1), 4–12.
- Fiedler, P. (2004b). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Heterosexualität, Homosexualität, Transgenderismus und Paraphilien, sexueller Missbrauch, sexuelle Gewalt*. Weinheim: Beltz-PVU
- Fiedler, P. (2004c). Über die Tücken eines monolithischen Denkens in Therapieschulen. *Psychotherapeutenjournal*, 3 (Heft 2), 147–150.
- Fiedler, P. (2005). *Verhaltenstherapie in Gruppen*. Weinheim: Beltz-PVU.
- Fiedler, P. (2006). Psychotherapie in der Entwicklung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 38, 269–282.
- Fiedler, P. & Rogge, K.E. (1989). Zur Prozeßuntersuchung psychotherapeutischer Episoden. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 45–55.
- Fonagy, P. & Roth, A. (2004). Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. *Psychotherapeutenjournal*, 3, (Heft 3) 205–219 / (4) 301–315.
- Garland, R.J. & Dougher, M.J. (1991). Motivational intervention in the treatment of sex offenders. In W.R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 303–313). New York: Guilford Press.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). *Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie*. *Psychotherapeut*, 44, 63–73.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources. *American Psychologist*, 44, 513–524.
- Hogland, P. (2003). Long-term effects of brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 13, 271–292.
- Kear-Colwell, J. & Pollack, P. (1997). Motivation and confrontation: Which approach to the child sex offender? *Criminal Justice and Behavior*, 24, 20–33.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Karpel, M.A. & Brauers, W.R. (Eds.). (1986). *Family resources. The hidden partner in family therapy*. New York: Guilford.
- Lipsey, M.W., Wilson, D.B., & Cothorn, L. (2000). *Effective intervention for serious juvenile offenders*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Lösel, F. (1995). Increasing consensus in the evaluation of offender rehabilitation? Lessons from recent research synthesis. *Psychology, Crime, and Law*, 2, 19–39.
- Lösel, F. (1998). Evaluationen der Straftäterbehandlung: Was wir wissen und noch erforschen müssen. In R. Müller-Isberner & S. Gonzalez Cabeza (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie*. Bad Godesberg: Forum.
- Lösel, F. (2001). Evaluating the effectiveness of correctional programs: Bridging the gap between research and practice. In G.A. Bernfeld, D.P. Farrington & A.W. Leschied (Eds.), *Offender rehabilitation in practice* (pp. 67–92). Chichester, UK: Wiley.
- Marshall, W.L., Anderson, D. & Fernandez, Y.M. (1999). *Cognitive behavioral treatment of sexual offenders*. Chichester, UK: Wiley.
- Müller-Isberner, R. (2000). Die antisoziale Persönlichkeitsstörung aus kognitiv-behavioraler Sicht. In H. Katschnig, U. Demal, G. Lenz & P. Berger (Hrsg.), *Die extrovertierten Persönlichkeitsstörungen* (S.124–143). Wien: Facultas.
- Nestmann, F. (1996). Psychosoziale Beratung – ein ressourcen-theoretischer Entwurf. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 28, 359–376.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's*

- Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307–389). New York: Wiley.
- Palmer, T. (1992). *The reemergence of correctional intervention*. Newbury Park: Sage.
- Rohde-Dachser, C. (1986). Borderlinestörungen. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.E. Meier, C. Müller & E. Strömngren (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1: Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie* (3. Aufl.; S. 125–150). Berlin: Springer.
- Sachse, R. (1981). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidtke, A. (2005). *Selbstverletzungen, Persönlichkeitsstörung und Komorbidität Jugendlicher: Was muss wie behandelt werden?* Vortrag auf dem Symposium: Selbstverletzung und Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Frankfurt/M.: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.
- Stelly, W. & Jürgen, T. (2001): *Einmal Verbrecher – immer Verbrecher?* Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Ward, T. & Stewart, C.A. (2003). Good lives and the rehabilitation of sex offenders. In T. Ward, R.D. Laws & S.M. Hudson (Eds.), *Sexual deviance. Issues and controversies* (pp. 21–44). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Willutzki, U. (2000). Ressourcenorientierung in der Psychotherapie – eine »neue« Perspektive? In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 193–212). Tübingen: dVGT.

Ressourcenaktivierung und motivorientierte Beziehungs- gestaltung: Bedürfnisbefriedigung in der Psychotherapie

Christoph Flückiger u. Martin Grosse Holtforth

- 3.1 Einleitung – 34
- 3.2 Affektiv-motivationaler Hintergrund und psychologische Reaktion – 34
- 3.3 Aktivierung des Annäherungssystems und Handlungsregulation – 35
- 3.4 Konsistenzfördernde Maßnahmen im Therapieprozess:
Das Zwei-Prozessmodell von Grawe (2004) – 35
- 3.5 Ressourcenaktivierung und Therapiebeziehung als therapeutische
Heuristiken zur Bedürfnisbefriedigung – 37
- Literatur – 41

3.1 Einleitung

Gespensstergeschichten – mit zusammen gebissenen Zähnen auf dem Bett im dunklen Zimmer kauern, die leise Stimme des Erzählers haucht: »Die knarrende Tür öffnet sich fast unbemerkt von alleine ... **(laut mit kräftiger Stimme)** Aahhh!«. Alle Zuhörer zucken zusammen und schreien auf! Diese Erfahrung der Kindheit dürfte wohl für die meisten in guter Erinnerung sein – wir liebten die Geschichten und wollten immer noch eine weitere hören, auch wenn die Spannung kaum auszuhalten war. Als Erwachsene werden wir z. B. von Kriminalgeschichten in Fernsehen oder Kino in solche Zustände gespannter Erwartung versetzt, in denen uns das kleinste Geräusch intensive Schauer über den Rücken laufen lässt.

Wie die oben dargestellten Beispiele zeigen, fallen psychologische Reaktionen auf einen positiven oder negativen Reiz in Abhängigkeit vom affektiv-motivationalen Hintergrund unterschiedlich stark aus. Diese Modulation hat für die Handlungsregulation eine zentrale Bedeutung. Das folgende Kapitel gibt einen Einblick, wie die beschriebenen Phänomene allgemeinpsychologisch erklärt werden können, um in einem zweiten Schritt darzustellen, wie die dahinterliegenden psychologischen Mechanismen für die Psychotherapie genutzt werden können. Aufgrund des Prozessmodells von Grawe (2004) werden Ressourcenaktivierung und motivorientierte Beziehungsgestaltung als therapeutische Heuristiken gegenüber gestellt, die für den Aufbau eines positiven therapeutischen Kontextes von zentraler Bedeutung sind.

3.2 Affektiv-motivationaler Hintergrund und psychologische Reaktion

Auf neuronaler Ebene zeigt sich, dass die Voraktivierung bestehender kortikaler Assoziationsfelder deren Enkodierung und Dekodierung zu einem späteren Zeitpunkt erleichtert. Diese Voraktivierung kann sowohl durch bewusste als auch durch vorbewusste Informationsverarbeitungsprozesse erfolgen (z. B. Baddley, 1997). Ein beeindruckenden

des Beispiel einer Voraktivierung wurde anhand der »intrakraniellen Selbstreizung« als erstes von Olds & Milner (1954) beschrieben. In diesem Paradigma verabreichen sich Versuchstiere in bestimmten Hirnarealen z. B. durch Hebeldrücken selbst Stromstöße. Das Besondere ist nun, dass sich die Tiere immer wieder diese Stromstöße verabreichen, was als Indiz interpretiert wurde, dass es sich bei den stimulierten Hirnarealen um neuronale Schaltkreise handelt, die mit der Steuerung des Wohlbefindens zusammenhängen. Interessanterweise setzen die Versuchstiere aber nicht von sich aus das Drücken des Hebels fort, wenn sie kurz vom Apparat getrennt werden, was bei der Verabreichung natürlicher Verstärker der Fall wäre. Stattdessen müssen die Versuchstiere durch ein **Priming** erst wieder »scharf gemacht« werden, damit sie die Selbststimulation wiederholen. In der Folge wurden solche Effekte ebenfalls bei Menschen beschrieben (Bishop, Elder & Heath, 1963).

Anhand des in der Allgemeinen Psychologie gut untersuchten Lidschlag-Schreckreflexes konnte außerdem gezeigt werden, dass die Stärke der Schreckreaktion auf einen Stimulus von der unmittelbar voraktivierten Stimmung moduliert wird. Die mindernde oder verstärkende Modulation der Reaktion konnte mit emotional aktivierendem Filmmaterial, angenehmen und unangenehmen Gerüchen, Gesichtsausdrücken oder mit Bildimaginationen vielseitig demonstriert werden (Bradley & Lang, 2000). Nach Lang (1995) erfolgt die Modulation des Lidschlagschreckreizes aufgrund des gesamten vorgebahnten affektiv-motivationalen Hintergrundes der jeweiligen Versuchsperson, was er **motivationales Priming** nennt. Es wird dabei angenommen, dass das motivationale Priming von zwei motivationalen Systemen, nämlich dem »**appetitive/pleasant**« und dem »**aversive/unpleasant**« beeinflusst wird. Entsprechend postuliert Gray (1990), dass diesen psychologischen Systemen zwei unabhängige neuronale Systeme zugrunde liegen: Das »**behavioral-activation system**« (**BAS**, Aktivierungssystem) ist auf Belohnung ausgerichtet und wird mit hoher Impulsivität in Verbindung gebracht; das »**behavioral-inhibition system**« (**BIS**, Vermeidungssystem) reagiert vor allem auf Bestrafung und wird als Ängstlichkeit umschrieben. Hohe habituelle Ausprägungen in

den jeweiligen Systemen werden ihrerseits mit Eysencks **Extraversion** (BAS) und **Introvertiertheit** (BIS) sowie der Neigung zu **positivem** bzw. **negativem Affekt** in Beziehung gesetzt. Empirisch konnte diese Struktur zweier unabhängiger Systeme von Elliot und Thrash (2002) bestätigt werden (siehe auch Ito & Cacioppo, 2004). Im Beispiel der Gespenstergeschichten ist anzunehmen, dass beide Systeme gleichzeitig aktiviert sind. Einerseits wird der halbwegs erwartete Schrecken kaum ausgehalten (BIS) und andererseits werden die Worte des Erzählers in Erwartung der Glücksgefühle nach überstandem Schrecken aufmerksam verfolgt (BAS). Für das Aushalten der Spannung erscheint dabei wichtig, dass das Annäherungssystem genügend stark aktiviert ist und die Oberhand behält, damit der Zuhörer den Raum nicht verlässt und die Geschichte bis zum erlösenden Ende mitverfolgt. Falls der Zuhörer den Raum verlassen würde, so wäre ihm die Gewissheit des positiven Ausgangs vorenthalten.

! Motivationales Priming basiert auf der Annahme zweier unabhängiger psychologischer und neuronaler Systeme, dem Annäherungs- und dem Vermeidungssystem.

3.3 Aktivierung des Annäherungssystems und Handlungsregulation

Das aktivierte Annäherungssystem hat nicht nur einen unmittelbaren Einfluss auf das Verhalten und Erleben in der aktuellen Situation, sondern bestimmt auch weitere Handlungen. In diesem Sinne postuliert die »**broaden and build theory**« (Fredrickson, 2001; Fitzpatrick & Stalikas, 2008) vor dem Hintergrund einer Übersicht über empirische Arbeiten längerfristig handlungsförderliche Tendenzen des positiven Affekts. Positiver Affekt setzt unmittelbar mentale Ressourcen frei, indem die Aufmerksamkeit ausgeweitet und der kognitive Suchbereich vergrößert wird, so dass vielseitigere Problemlöseversuche unternommen werden (»**broaden**«). Durch diese vielseitigen Problemlöseversuche werden physische, intellektuelle und soziale Ressourcen trainiert, welche langfristig genutzt werden können (»**build**«). Daraus entsteht

ein wechselseitiger Prozess der Auslösung und Aufschaukelung zwischen der positiven Bedeutung einer Handlung und dem gleichzeitig erlebten positiven Affekt (Fredrickson & Joiner, 2002).

Analog zur Aufteilung psychischer Funktionsmodi in ein Annäherungs- und ein Vermeidungssystem unterteilt Grawe (2004) das therapeutische Interaktionsgeschehen in einen Annäherungs- bzw. Vermeidungsmodus. Patient und Therapeut sind gemeinsam an der Regulation beider Modi beteiligt. Beidseitig positive Bekräftigungen von Therapeut und Patient werden als besonders eindeutiges Merkmal erfolgreicher Therapien angesehen. Dabei sind positive Zusammenhänge zwischen positivem Affekt und einem guten Therapieergebnis therapieschulübergreifend sowohl aus der Patienten- als auch der Therapeutenperspektive gut dokumentiert. Hinsichtlich des negativen Affekts sind die Ergebnisse allerdings weniger konsistent (Orlinsky et al., 2004; Koban, Willutzki & Schulte, 2005). Unter der Annahme, dass es förderlich ist für den Therapieprozess und das Therapieergebnis, wenn der Patient den Annäherungsmodus einnimmt, stellt sich vordringlich die Frage, wie der Therapeut durch seine Interventionen dazu beitragen kann, Annäherungs- und Vermeidungsmodus zum Wohle des Patienten zu regulieren.

3.4 Konsistenzfördernde Maßnahmen im Therapieprozess: Das Zwei-Prozessmodell von Grawe (2004)

Zentrale Annahme im Prozessmodell von Grawe (2004, 2006) ist, dass sich die unmittelbare Befriedigung der Grundbedürfnisse des Patienten positiv sowohl auf das Sitzungsergebnis als auch auf das Therapieergebnis auswirken. In Anlehnung an Epstein (1990) werden vier psychologische Grundbedürfnisse postuliert:

1. nach **Bindung**,
2. nach **Orientierung und Kontrolle**,
3. nach **Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz**
4. nach **Lustgewinn und Unlustvermeidung**.

Um die psychologischen Grundbedürfnisse zu befriedigen, hat jeder Mensch im Laufe seiner

Lebensgeschichte motivationale Ziele entwickelt. Beispiele für motivationale Ziele sind »eine verlässliche Partnerschaft zu haben« oder »Leistung zu bringen« (Annäherungsziele) bzw. »Schwächen zu zeigen« oder »kritisiert zu werden« (Vermeidungsziele). Es wird außerdem angenommen, dass den vier Grundbedürfnissen das Prinzip des Strebens nach **Konsistenz** bzw. nach Verringerung der **Inkonsistenz** übergeordnet ist. Konsistenz ist im psychischen Geschehen dann gegeben, wenn

- a) die Bedürfnisse und die damit verbundenen motivationalen Ziele untereinander vereinbar sind (Konkordanz) und
- b) wenn die Person die motivationalen Ziele in Interaktion mit der Außenwelt verwirklichen kann (Kongruenz).

Beispiel

Metaphorisches Beispiel:

Ein sizilianischer Fischer, der seine frisch gefangenen Fische den liebenswerten Frauen auf dem Markt leidenschaftlich feilbietet, fühlt sich vielleicht voll und ganz in seinem Element. Die Kongruenz Erfahrung besteht für ihn darin, dass er die Qualität seiner Fische sehr hoch einschätzt, dass er bei den Frauen gut ankommt und am Ende des Tages einen guten Verdienst nach Hause trägt. Die Konkordanz Erfahrung besteht nun darin, dass er alle drei »Ziele« (hohe Qualität anbieten, bei Frauen gut ankommen, Geld verdienen) beim Verkaufen auf dem Markt gleichzeitig erreichen kann. Inkongruenz erlebt er, wenn er wegen der überfischten Meere nun in einer anonymen Thunfisch-Konservenfabrik arbeiten muss und die für sich wichtigen Ziele nicht mehr verwirklichen kann. Diskordanz bedeutet, wenn er glaubt, nur bei Frauen gut anzukommen, falls er den Fisch sehr billig anbietet. Dann stehen die Ziele »bei Frauen ankommen« und »viel Geld verdienen« zueinander im Konflikt.

tive und ihre Wahrnehmung der Realität in Einklang zu bringen. Zentrales Ziel einer konsistenztheoretischen Fallkonzeption ist es herauszufinden, welche unbefriedigten Ziele der Patient hat, und was die Gründe dafür sind (**Inkongruenzquellen**). Diese Information soll für die Psychotherapieplanung genutzt werden (für ein Beispiel siehe Itten, Tröskén & Grawe, 2004). Mögliche Inkongruenzquellen sind beispielsweise ungünstige gegenwärtige Lebensbedingungen, psychische Störungen, ungünstige reale Beziehungsmuster oder eine ungünstige Emotionsregulation (Grosse Holtforth & Grawe, 2004).

Besonders relevant für den Therapieprozess ist nun die Annahme, dass bedürfnisbefriedigende Erfahrungen sich unmittelbar positiv auf den Therapieprozess auswirken (■ Abb. 3.1). Diese können dabei auf mindestens zwei Wegen erreicht werden. Erstens können ressourcenaktivierende Interventionen und eine motivorientierte Beziehungsgestaltung einen positiven therapeutischen Kontext schaffen, welcher direkt zur Abnahme von wahrgenommener Inkongruenz führt. Zweitens soll durch diese Maßnahmen das Annäherungssystem des Patienten aktiviert werden, so dass er durch dieses **Annäherungspriming** für störungs- und problemspezifische Interventionen aufnahmebereiter wird. Annäherungspriming schafft somit beim Patienten eine Selbstöffnungs- und Veränderungsbereitschaft, welche eine erfolgreiche Problembearbeitung begünstigt (Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth & Willutzki, 2009; Flückiger & Grosse Holtforth, 2008; Flückiger & Studer, 2009; Gassmann & Grawe, 2006). Störungs- und problemspezifische Interventionen sollen ihrerseits altes Problemverhalten und entsprechende neuronale Erregungsmuster hemmen und neue, angemessene Verhaltensmuster etablieren. Sowohl die unmittelbar positiven Erfahrungen als auch die Neubahnung neuronaler Erregungsmuster sind Bestandteile des »Heilungsprozesses«, der sich in einer Verringerung der Symptome, einer Abnahme von Inkongruenzen und einem verbesserten Wohlbefinden äußert. Zentral für die Umsetzung bedürfnisbefriedigender Interventionen ist dabei, dass die therapeutischen Interventionen auf den Patienten individuell abgestimmt sind und gleichzeitig auf die Befriedigung mehrerer Bedürfnisse abzielen, so dass kein Bedürfnis im Verlauf der Therapie zu stark vernachlässigt wird.

Das Streben nach Übereinstimmung von motivationalen Zielen und Wahrnehmung der Realität (Streben nach Kongruenz) wird als Motor des psychischen Funktionierens verstanden. Menschen sind somit fortlaufend bemüht, ihre zentralen Mo-

Beispiel**Fallbeispiel:**

Therapeutische Interventionen können auf die Grundbedürfnisse des Patienten mehr oder weniger gut zugeschnitten sein und nonverbal unterstützt werden:

Patient: Heute geht es mir so richtig miserabel!

Alternative Therapeutenreaktionen:

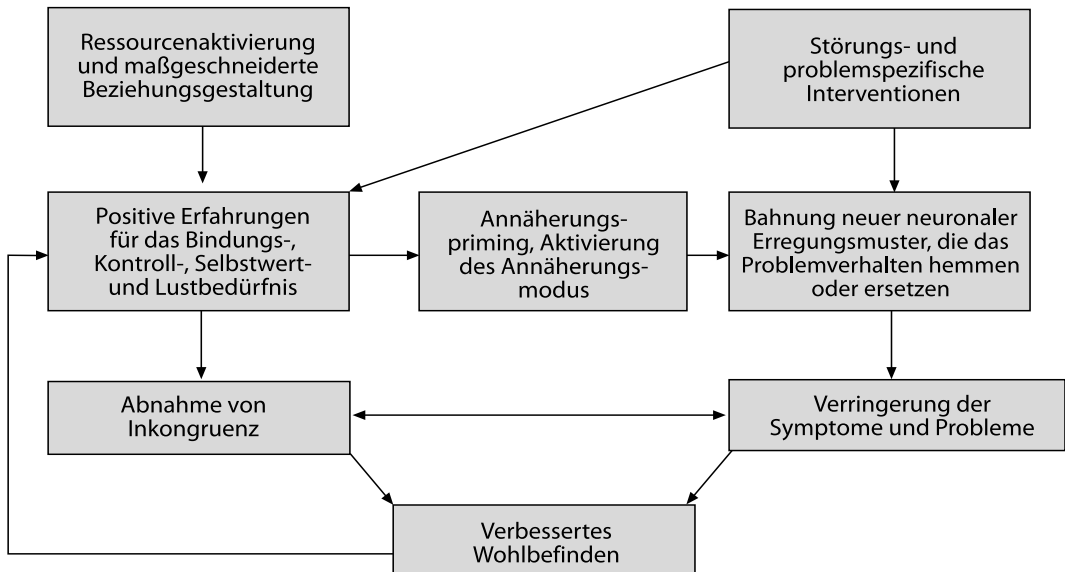
- a) Was könnten sie zur Besserung ihrer momentanen Befindlichkeit beitragen (pro Kontrollbedürfnis und Unlustverringerung / Bindungs-, Selbstwert- und Lustbedürfnis fraglich).
- b) Ich kann mir vorstellen, dass sie momentan an einem schwierigen Punkt stehen. (pro Bindung / Kontrolle, Selbstwert und Lust-Unlust fraglich)
- c) Was könnten Sie machen, damit es ihnen nach unserer Sitzung in der momentan schwierigen Situation etwas besser geht? (pro Bindung, Kontrolle, Lust-Unlust / Selbstwert fraglich).

Wie oben erwähnt, gehen erfolgreiche ressourcenaktivierende Interventionen und eine positive Beziehungsgestaltung mit bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen beim Patienten einher. Das soll beim Patienten eine erhöhte Aufnahmebereitschaft und eine gesteigerte Mitarbeit bewirken, welche sich wiederum positiv auf die Therapiebeziehung mit dem Therapeuten auswirkt. Beim Patienten soll dadurch ein eigener Problemlöseprozess innerhalb und außerhalb der Therapie angestoßen und seine Demoralisierung verringert werden (Howard et al. 1993). Auf der Grundlage dieser Fortschritte können störungsspezifische Einflussfaktoren besser bearbeitet und die Störungsdynamik besser unterbrochen werden, was die Erprobung neuer Verhaltensmuster begünstigt (Grawe, 1998).

3.5 Ressourcenaktivierung und Therapiebeziehung als therapeutische Heuristiken zur Bedürfnisbefriedigung

Der positive Rückkopplungsprozess der Ressourcenaktivierung hat dem Modell zufolge weiterführende Konsequenzen für den Therapieprozess:

In der empirischen Psychotherapieforschung wurde ein positiver Zusammenhang zwischen Therapiebeziehung und -ergebnis vielfach über-



■ Abb. 3.1. Konsistenztheoretisches Zwei-Prozessmodell (Grawe, 2004)

zeugend dokumentiert; eine erfolgreiche Beziehungsgestaltung erweist sich in allen Phasen der Therapie als konstanter Prädiktor des Therapieerfolgs (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2010). Nach Bordin (1979) werden drei Beziehungs-Komponenten unterschieden:

- die emotionale Bindung (»**bond**«),
- die Übereinstimmung bezüglich der Therapieziele (»**goal agreement**«)
- die Übereinstimmung bezüglich des Vorgehens (»**task agreement**«).

In Bezug auf die Bond-Komponente wird insbesondere auf die Induktion einer hoffnungsvollen Therapiebeziehung (»**hope bonding**«; Snyder & Taylor, 2002) und auf die Bedeutung einer aufrichtigen Empathie (Elliott, Greenberg, Watson & Bohart, 2010; Newman, 1998) hingewiesen. Ackerman und Hilsenroth (2003) umschreiben beziehungsförderliches Verhalten des Therapeuten auf der Basis empirischer Untersuchungen mit den folgenden Attributen: Flexibel, erfahren, ehrlich, respektvoll, vertrauensvoll, überzeugend, interessiert, aufmerksam, freundlich, empathisch und offen. Wenn die Patienten zudem ihre Therapieziele und das Vorgehen als mit den Therapeuten übereinstimmend einschätzen, so ist dies für das Therapieergebnis förderlich (Tryon & Winograd, 2002).

Der Ansatz der **motivorientierten Beziehungsgestaltung** (Caspar, 2007; Grawe, 1992; Grosse Holtforth & Castonguay, 2005) orientiert sich an den oben erwähnten motivationalen Zielen und individuellen Plänen, die ein Patient in seiner Lebensgeschichte entwickelt hat, um seine Bedürfnisse zu befriedigen. Für eine effiziente Erschließung von Planstrukturen und motivationalen Zielen wurden verschiedene standardisierte Verfahren ausgearbeitet (Berger, Wenning & Caspar, 2006; Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

Ausgehend von den zentralen Annäherungs- und Vermeidungszielen der Patienten, welche von den Therapeuten im Rahmen plananalytischer und schematheoretischer Fallkonzeptionen erschlossen worden sind, entwickelten Grosse Holtforth & Grawe (2002) den *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS)*, welcher mittels Selbst- und Fremdbeurteilung beantwortet werden kann und folgende Skalen beinhaltet:

Annäherungsziele:

1. Intimität/Bindung
2. Geselligkeit
3. Anderen helfen
4. Hilfe bekommen
5. Anerkennung/Wertschätzung
6. Überlegenheit/Imponieren
7. Autonomie
8. Leistung
9. Kontrolle haben
10. Bildung/Verstehen
11. Glaube/Sinn
12. Das Leben auskosten
13. Selbstvertrauen/Selbstwert
14. Selbstbelohnung

Vermeidungsziele:

1. Alleinsein/Trennung
2. Geringschätzung
3. Erniedrigung/Blamage
4. Vorwürfe/Kritik
5. Abhängigkeit/Autonomieverlust
6. Spannungen mit andern
7. Sich verletzbar machen
8. Hilflosigkeit/Ohnmacht
9. Versagen.

Zentral ist nun, dass die motivationalen Ziele nicht nur außerhalb des therapeutischen Settings aktiviert sind, sondern sich insbesondere in der Therapiebeziehung manifestieren. Es bedarf deshalb einer systematischen Beziehungsanalyse zu Beginn einer Therapie, die beschreibt, welche zentralen Pläne und Ziele in der Therapiebeziehung wie aktiv sein könnten, welche Stolpersteine beim Aufbau der emotionalen Bindung, der Zielübereinstimmung und der Übereinstimmung bezüglich des Vorgehens zu erwarten sind und wie damit umgegangen werden soll. In einer Untersuchung mit stationären depressiven Patienten konnten Caspar et al. (2005) zeigen, dass die von externen Beobachtern eingeschätzte Passung zwischen Therapeutenverhalten und Motivstruktur des Patienten mit dem von Patienten eingeschätzten Therapieerfolg deutlich korreliert.

Ressourcenorientierte Interventionen werden in der Literatur einerseits als Bestandteile einzelner Interventionsansätze diskutiert (z. B. hyp-

notherapeutische und lösungsorientierte Verfahren), andererseits wird Ressourcenorientierung als übergeordnete therapeutische Haltung oder Perspektivtheorie (Foppa, 1984) beschrieben, die bei verschiedenen Interventionskonzepten angewandt werden kann (Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Wilutzki, Neumann, Haas, Koban & Schulte, 2004). Zur Umsetzung einer ressourcenorientierten Haltung wird einerseits auf die Diagnostik von Patientenressourcen und andererseits auf eine ressourcen-

orientierte Gesprächsführung verwiesen (Flückiger, Wüsten, Zinbarg & Wampold, 2008/2010; Grawe, 1998; Schemmel & Schaller, 2003). ■ Tab. 3.1 gibt einen Überblick über die Dimensionen ressourcenorientierter Gesprächsführung, die zur therapeutischen Aufmerksamkeitslenkung eingesetzt werden können.

Die Aufmerksamkeit von Therapeut und Patient kann sowohl auf die beiden Pole einer einzelnen Dimension als auch auf mehrere Dimensionen

■ **Tab. 3.1.** Dimensionen der ressourcenorientierten Gesprächsführung und mögliche Fragen (Flückiger, Wüsten, Zinbarg & Wampold, 2008/2010)

1. Wahrnehmen und verstärken unmittelbar dargebotener Ressourcen ■ Habe ich die unproblematischen Ergebnisse eines Fragebogens gewürdigt? ■ Habe ich therapienützlich Verhalten gebührend verstärkt? ■ Was gibt den Ausschlag, dass der Patient in die Sitzung kommt?	Aktives Heranführen an brachliegende Ressourcen ■ Hat der Patient Fähigkeiten, die er im konkreten Fall vergessen hat? ■ Hat der Patient Fähigkeiten, die er sich im Moment nicht zutraut? ■ Gibt es einen kleinen Schritt in die richtige Richtung?
2. Verbalisieren von Ressourcen ■ Kann ich mir die geschilderte Ressource bildhaft vorstellen? ■ Habe ich die Bedeutung der Ressource für den Patienten verstanden? ■ Was macht es aus, dass der Patient beim Erzählen »strahlt«?	Unmittelbares Erleben von Ressourcen ■ Was bereitet dem Patient Freude und kann ich dies in die Problembearbeitung integrieren? ■ Wie kann ich den Therapieprozess den Fähigkeiten des Patienten anpassen? ■ Passe ich den Therapieprozess dem »Lebensraum« des Patienten an? (Sprache, Metaphern, Nonverbalität)
3. Verstärken persönlicher Ressourcen des Patienten ■ Was begeistert den Patienten? ■ Wozu fühlt sich der Patient verpflichtet? ■ Wo reagiert der Patient gelassen?	Nutzen von Ressourcen des sozialen Umfeldes ■ Gibt es in der Familie oder im Freundeskreis ein starkes Vorbild, Modell? ■ In welchen Bereichen kann der Patient auf soziale Unterstützung zählen? ■ Gibt es eine Person, der der Patient vertraut?
4. Aufgreifen bestehender oder brachliegender Fähigkeiten und Fertigkeiten (potentielle Ressourcen) ■ Was kann der Patient besonders gut? ■ Was ist ihm selbstverständlich? ■ Wo beginnt der Patient »wie ein Buch« zu reden?	Integrieren bestehender Ziele und Wünsche (motivationale Ressourcen) ■ Welche Lebensräume hat der Patient? ■ Welche Idole hat der Patient? ■ In welchen Bereichen hat der Patient positive Veränderungserwartungen?
5. Fokussieren auf problemunabhängige Ressourcen ■ Wo erlebt sich der Patient als kompetent? ■ Gab es in der Vergangenheit gute Zeiten? ■ Habe ich mir als Therapeut die Zeit genommen, den Patienten schwärmen zu lassen?	Nutzen problemrelevanter Ressourcen ■ Wie stark lässt sich das Problem eingrenzen? ■ Gibt es Ausnahmen? ■ Woran liegt es, dass Verbesserungen eingetreten sind? ■ Inwieweit kann ich das Problemverständnis validieren?
6. Optimierung verbrauchbarer Ressourcen ■ Wie stark kann eine Ressource ausgereizt werden? ■ Wo sind die Grenzen einer einsetzbaren Ressource? ■ Stimmt das Kosten-Nutzen-Verhältnis?	Förderung trainierbarer Ressourcen ■ Habe ich das Erreichte auch genügend wiederholt? ■ Ergibt Regelmäßigkeit Sinn? ■ Gibt es Variationsmöglichkeiten?

gleichzeitig gelenkt werden. Durch ständig wiederholte Lenkung der Aufmerksamkeit von Patient und Therapeut auf Ressourcen des Patienten soll der Annäherungsmodus fortlaufend aktiviert werden. Eine inadäquate Dosierung kann jedoch zu Nebenwirkungen führen (Flückiger et al., 2008/2010): Zu anspruchsvolle Zielvorstellungen, seien sie vom Patienten auch noch so erwünscht, können beim Patienten Widerstand auslösen, zudem kann eine starke Hervorhebung von Selbstverständlichkeiten als Abwertung empfunden werden (Willutzki, Koban & Neumann, 2006). »Auf den letzten Drücker« nachgeholte Ressourcenaktivierung am Ende einer Sitzung ist zudem ein Merkmal nicht erfolgreicher Therapiesitzungen.

Zwischen Ressourcenaktivierung und motivorientierter Beziehungsgestaltung bestehen insofern konzeptuelle Überschneidungen, als beide Konzepte sich an der Bedürfnisbefriedigung des Patienten orientieren. So kann die Therapiebeziehung einerseits als Teil der Ressourcenaktivierung verstanden werden, andererseits kann Ressourcenaktivierung als Teil der motivorientierten Beziehungsgestaltung definiert werden (z. B. »ressourcenorientierte Beziehungsgestaltung«, Grawe, 1998, S. 541 ff). Unterschiedliche Perspektiven werden

insofern eingenommen, als die motivorientierte Beziehungsgestaltung sowohl problematische als auch unproblematische motivationale Aspekte zu verstehen und in einem Gesamtmodell zu integrieren versucht (Caspar, 2007), während die Ressourcenperspektive im gesamten therapeutischen Unterfangen aktiv nach positiven, nützlichen Aspekten sucht und versucht, diese für die Therapie zu nutzen (Schemmel & Schaller, 2003).

In ■ Tab. 3.2 werden zusammenfassend die beiden bedürfnisbefriedigenden Heuristiken einander gegenüber gestellt. Unterschiede bestehen sowohl in der Dauer als auch im Inhalt der therapeutischen Zielsetzungen. Die einzelnen Zielsetzungen werden wiederum aus unterschiedlichen Informationsquellen erschlossen und haben verschiedene motivationale Schwerpunkte. Die therapeutischen Mittel, die für die Erreichung der therapeutischen Zielsetzungen eingesetzt werden, unterscheiden sich im Abstraktionsgrad und in den inhaltlichen Dimensionen.

Im Gegensatz zu den in störungsspezifischen Therapiemanualen gut dokumentierten Interventionstechniken, welche besonders stark auf das »was machen« fokussieren, bieten die beschriebenen therapeutischen Heuristiken Handlungsanweisungen zum Thema »wie machen«. Das Zwei-Pro-

■ Tab. 3.2. Motivorientierte Beziehungsgestaltung und ressourcenorientierte Gesprächsführung: Zwei therapeutische Heuristiken im Vergleich

Therapeutische Heuristik	Motivorientierte Beziehungsgestaltung	Ressourcenorientierte Gesprächsführung
Therapeutische Ziele	mittel- und langfristige Bedürfnisbefriedigung in der therapeutischen Beziehung	kurzfristiges positives emotionales Erleben in der Psychotherapie
Informationsquelle	motivational relevantes Erleben und Verhalten (positiv und negativ)	positives Erleben in der Vergangenheit und im Hier und Jetzt
Motivationaler Fokus	übergeordnete Annäherungs- und Vermeidungsziele	Ziele, Strategien und Mittel im gesamten Handlungsraum des Patienten
Therapeutische Mittel	langfristige Beziehungsstrategien	kurzfristig, taktische Mikrointerventionen
Dimensionen	■ emotionale Bindung ■ Zielübereinstimmung ■ Übereinstimmung bzgl. Vorgehen	■ Wahrnehmung bestehender R. vs. Heranführen an brachliegende R. ■ R. verbalisieren vs. R. unmittelbar erleben ■ persönliche R. vs. interpersonale R. ■ potentielle R. vs. motivationale R. ■ problemunabhängige R. vs. problemrelevante R. ■ verbrauchbare R. vs. trainierbare R.

zessmodell von Grawe (2004, 2006) kann dabei als Versuch verstanden werden, den therapeutischen Prozess aufgrund von Konzepten der Klinischen Psychologie und der Allgemeinen Psychologie zu beschreiben, in ein Gesamtmodell zu integrieren und für das psychotherapeutische Handeln nutzbar zu machen.

Literatur

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33.
- Baddley, A. D. (1997). *Human memory*. East Sussex: Psychology Press.
- Berger, T., Wenning, K. & Caspar, F. (2006). *Intensive individualized feedback on psychotherapy trainees' view of cases: Results of a controlled study*. Paper presented at the SPR-Congress, Edinburgh.
- Bishop, M. P., Elder, S. T. & Heath, R. G. (1963). Intracranial self-stimulation on man. *Science*, 140, 394–396.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252–260.
- Bradley, M. M. & Lang, P. J. (2000). Measuring emotion: Behavior, feeling, and physiology. In R. D. Lane, & L. Nadel (Eds.). *Cognitive neuroscience of Emotion* (pp. 242–276). New York: Oxford Uni Press.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Caspar, F., Grossmann, C., Unmüssig, C. & Schramm, E. (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 91–102.
- Elliott, A. T. & Thrash, T. M. (2002). Approach-avoidance motivation in personality: Approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (5), 804–818.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. & Bohart, A. C. (2010). Empathy. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford Uni Press (in press).
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L. A. Pervin (Ed.). *Handbook of personality and research*. (pp 165–192). New York: Guilford.
- Fitzpatrick, M. R. & Stalikas, A. (2008). Positive emotions in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 215–233.
- Flückiger, C. & Grosse Holtforth, M. (2008). Focusing the therapist's attention on the patients strengths - A preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 61–67.
- Flückiger, C. & Studer, R. (2009). Die Berner Ressourcen-Taskforce: Ressourcenaktivierung und Problembearbeitung unter der Lupe. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 41, 829–839.
- Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M. & Willutzki, U. (2009). Working with the patient's strengths - A microprocess approach. *Psychotherapy Research*, 19, 213–223.
- Flückiger, C., Wüsten, G., Zinbarg, R. E. & Wampold, B. E. (2008/2010). *Ressourcenaktivierung (Resource activation)*. Bern: Hogrefe/Huber.
- Foppa, K. (1984). Operationalisierung und empirischer Gehalt psychologischer Theorien. *Psychologische Beiträge*. 26 (4), 539–551.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56 (3), 218–226.
- Fredrickson, B. L. & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13 (2), 172–175.
- Gassmann, D. & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem actuation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1–11.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Beziehung. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Eds.). *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (pp. 215–244). München: Röttger.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2006). Konsistenztheoretische Interpretation des dualen Therapiemodells. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki. *Fortschritte der Psychotherapieforschung*. (pp. 281–308). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63–73.
- Gray J. A. (1990). Brain systems that mediate both emotion and cognition. *Cognition and Emotion*, 4, 269–288.
- Grosse Holtforth, M., & Castonguay, L. G. (2005). Relationship and techniques in CBT – A motivational approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 42(4), 443–455.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS) – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2004). Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 36, 9–22.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work* (pp. 37–70). New York: Oxford Uni Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2010). The alliance in adult psychotherapy. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford Uni Press (in press).
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M.S. & Martinovich, Z. (1993). A phase theory of psychotherapy outcome: Cau-

sal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678–685.

- Isen, A. M. (2002). Positive affect as a source of human strengths. In L. G. Aspinwall & U. M. Staudinger (Eds.), *A Psychology of Human Strengths – Fundamental Questions and Future Directions for a Positive Psychology*. (pp.179–196). Washington: American Psychological Association..
- Ito, T. A. & Cacioppo, J. T. (2004). The psychophysiology of utility appraisals. In D. Kahneman, E. Diener, N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The Foundation of Hedonic Psychology* (pp.470–488). New York: Russell.
- Itten, S., Tröskén, A. & Grawe, K. (2004). Fallkonzeption und Therapieplanung in der Psychologischen Therapie: Ein Beispiel. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36, 23–40.
- Koban, C., Willutzki, U. & Schulte, D. (2005). Zur aktuellen Stimmung von Patienten: Wie relevant ist sie im Therapiegeschehen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34 (1), 39–46.
- Lang, P. J. (1995). The emotion probe. Studies of motivation and attention. *American Psychologist*, 50, 372–385.
- Newman, C. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short-term cognitive therapy. In J. Safran & J. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 95–122). Washington DC: American Psychological Association.
- Olds, J. & Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47, 419–427.
- Orlinsky, D. E., Rönnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5ed.). New York: Wiley.
- Schemmel H. & Schaller J. (Eds.) (2003). *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Snyder, C. R. & Taylor, J. D. (2002). Hope as a common factor across psychotherapy approaches: A lesson from the Dodo's verdict. In C. R. Snyder. (Ed.). *Handbook of Hope: Theory, Measures and Applications*. San Diego: Academic Press.
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2002). Goal Consensus and Collaboration. In J. C. Norcross (Ed.) *Psychotherapy relationship that work* (pp.109–128). New York: Oxford Uni Press.
- Tryon, G. S. (2010). Goal Consensus and Collaboration. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford Uni Press (in press).
- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H. Koban, C. & Schulte, D. (2004). Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 42–50.

Durch Psychotherapie Freude, Vergnügen und Glück fördern

Andreas Dick

- 4.1 Einleitung – 44
- 4.2 Bedeutung des Glücks und verwandter Begriffe – 44
- 4.3 Prozesse des Glückserlebens – 47
- 4.4 Therapeutische Förderung von Freude, Vergnügen und Glück – 50
- Literatur – 53

4.1 Einleitung

Wenn sich ein Psychotherapeut an das Glück heranwagt, dann stellt sich sogleich die Frage: Was hat denn Psychotherapie mit Glück zu tun? Geht es bei der Psychotherapie nicht im besten Fall um die Linderung seelischen Leidens? Ist es nicht vermessen, Menschen durch Psychotherapie glücklich machen zu wollen? Nicht ganz zu unrecht warnte der klientenzentrierte Psychotherapeut John Shlien (1989) vor den Gefahren für die Psychotherapie, wenn Glück als Therapieziel angepriesen wird: Dies verführe Patienten zu einer Flucht vor den wirklichen Verhältnissen und zu einer auswegslosen Suche nach dem Glück, das sich doch nie erreichen lasse. Statt Klienten ein vertieftes Bewusstsein für reale Probleme zu ermöglichen, würde Psychotherapie in die Falle der Unterhaltungs- und Drogenindustrie hineingeraten, indem sie eine Scheinlösung für alle Schwierigkeiten vorgaukle.

Andererseits wird immer deutlicher, dass die auf dem medizinischen Modell beruhende Sichtweise von Psychotherapie als eine Art seelisches Arzneimittel gegen psychische Krankheiten und Störungen zu begrenzt ist. Psychische Gesundheit ist nicht lediglich die Abwesenheit von Leiden, sondern zeichnet sich durch Wohlbefinden, Selbstaktualisierung, Selbstakzeptanz, Beziehungsfähigkeit, wirksame Umweltkontrolle und Sinnfindung aus (Keyes & Lopez, 2002). Dies sind aber gleichzeitig die Merkmale glücklicher Menschen (Mayring, 1991). Unter der Voraussetzung, dass keine leidvollen Schicksalsereignisse verarbeitet werden müssen, lassen sich seelisch gesunde und glückliche Menschen nicht voneinander unterscheiden. Wenn es aber der Psychotherapie ernst ist mit einer Verbesserung der seelischen Gesundheit, weshalb sollte sie sich dann nicht auch dem Glück zuwenden?

Ich möchte in diesem Kapitel aufzeigen, dass ein Verständnis dafür, was Glück, Freude und Vergnügen sind und wie diese Erfahrungen gefördert werden können, höchst hilfreich für wirkungsvolles therapeutisches Arbeiten ist. Im ersten Abschnitt setze ich mich mit der inhaltlichen Bedeutung des Glücksbegriffs und verwandter Konzepte auseinander. Im zweiten Abschnitt wird untersucht, welche Prozesse an das Erleben von Freude, Vergnügen und Glück heranführen. Der dritte Ab-

schnitt befasst sich mit der Frage, wie Therapeuten diese Erlebnisprozesse bei ihren Klienten fördern und unterstützen können. Es sollte dabei deutlich werden, dass ich mich keiner bestimmten therapeutischen Ideologie verpflichtet fühle, sondern die Psychotherapie als eine integrierende Kunst verstehe, welche sich derjenigen Heilprozesse bedient, die jederzeit und überall eine Öffnung des Menschen zur Freude und zum Glück hin ermöglichen, gleichgültig, ob dies im Rahmen einer Psychotherapie geschieht oder nicht.

4.2 Bedeutung des Glücks und verwandter Begriffe

Zu Beginn der modernen Beschäftigung mit der Psychotherapie nimmt ein Begriff einen besonderen Stellenwert ein, der für das Verständnis des Glücks wichtig ist: Lust. Die Psychoanalyse nach Freud gründet auf der Vorstellung, dass Lusterfahrungen des Menschen tiefstes und ursprünglichstes Streben darstellen. In einer berühmten Stelle aus *Das Unbehagen in der Kultur* macht Freud deutlich, dass Glück und Lust für ihn das gleiche sind (Freud, 1948, S. 433 f.):

[Die Menschen] streben nach dem Glück; sie wollen glücklich werden und so bleiben. Dies Streben hat zwei Seiten, ein positives und ein negatives Ziel, es will einerseits die Abwesenheit von Schmerz und Unlust, andererseits das Erleben starker Lustgefühle. [...] man möchte sagen, die Absicht dass der Mensch ‚glücklich‘ sei, ist im Plan der ‚Schöpfung‘ nicht enthalten. Was man im strengsten Sinne Glück heißt, entspringt der eher plötzlichen Befriedigung hoch aufgetauter Bedürfnisse und ist seiner Natur nach nur als episodisches Phänomen möglich. Jede Fortdauer einer vom Lustprinzip ersehten Situation ergibt nur ein Gefühl von lauem Behagen; wir sind so eingerichtet, dass wir nur den Kontrast intensiv genießen können, den Zustand nur sehr wenig.

Tatsächlich haben denn auch Generationen von Dichtern und Philosophen die Unbeständigkeit des Glücks beschrieben, die von Freud hier beklagt wird und die etwa auch in den Sprichwörtern, Glück und

Glas, wie leicht bricht das' oder ‚Glück und Unglück tragen einander auf dem Rücken' zum Ausdruck gelangt. Die Auffassung vom Glück als gutes, aber flüchtiges Schicksalsereignis unterscheidet sich jedoch insofern von Freuds Definition des Glücks als Lusterfahrung, als dass die Lust bei den meisten Philosophen nicht auf den Abbau eines physiologischen Bedürfnisstaus reduziert wird wie bei Freud, sondern bedeutend weiter gefasst ist (z. B. Lust an der Liebe, Lust an der Natur, Lust an schöpferischer Arbeit). Freuds Auffassung gründet auf einer hedonistischen Sichtweise des Glücks, wie sie erst seit der Aufklärung und insbesondere von Locke (1999) entwickelt wurde, dessen Glücksdefinition als »die äußerste Lust, zu der wir fähig sind« (II/21, § 43) derjenigen Freuds sehr ähnlich ist. Auch die moderne Psychologie steht mit ihrem Konzept des ‚subjektiven Wohlbefindens' ganz in der Tradition der Aufklärung, indem sie die persönliche Qualität der Lusterfahrung zum Maßstab für das Glück erhebt.

Lust (oder Wohlbefinden) ist, ganz allgemein definiert, nichts anderes als die subjektive Erfahrung eines angenehmen Zustandes, unabhängig davon, ob dieser Zustand glücklich macht oder nicht (Tartakiewicz, 1976). Doch die hedonistische Gleichsetzung von Lust und Glück ist insofern problematisch, als dass sehr viel Lust oft nicht glücklich, sondern unglücklich macht. Dieser qualitative Unterschied in der menschlichen Erfahrung zwischen Lusterleben und Glücklichkeit dürfte es nach Auffassung des Hedonismus' und Freuds Psychoanalyse eigentlich nicht geben. Doch ist es eine unbestreitbare Tatsache, dass bestimmte Lusterfahrungen (z. B. Sex oder Alkohol) unter gewissen Umständen zwar sehr angenehm sein können, dass aber ein Leben, das sich ausschließlich um diese Dinge dreht, nicht glücklich macht. Lust (bzw. subjektives Wohlbefinden) kann somit nicht das gleiche sein wie Glück.

Es gibt sehr wohl Erfahrungen der Lust und des Wohlbefindens, die gleichzeitig auch glücklich machen können. Für solche Lustquellen, die keine negativen Konsequenzen nach sich ziehen, sondern eine heilsame Belebung zur Folge haben und auf das Glück hin wirken, möchte ich den Begriff des Vergnügens verwenden. Für die unheimlichen Lusterfahrungen, die längerfristig nicht mit Freude, sondern mit Leiden verbunden sind, werde ich die Begriffe ‚Ersatzglück' oder ‚Scheinglück'

gebrauchen. Damit wird deutlich, dass ich die eingangs erwähnte Kritik Shliens an einer auf das Glück ausgerichteten Psychotherapie zwar unter bestimmten Umständen für berechtigt halte, wenn nämlich eine Psychotherapie fälschlicherweise das Ersatzglück unterstützt. Shliens Kritik ist jedoch insgesamt zu begrenzt, da er wahres Glück gar nicht erst gelten lässt.

Eine Lebensphilosophie, die hauptsächlich auf der Lust gründet, muss entweder gute und schädliche Lustquellen unterscheiden, wie dies Epikur tat, oder sie muss alle Lusterfahrungen abwerten und eine Haltung der Gleichgültigkeit gegenüber Lust und Leid entwickeln, wie dies der Stoizismus vertrat. Wenn der Begriff des Glücks jedoch nicht in der Lust untergehen soll, dann muss die Frage beantwortet werden, wie es denn ein glückliches Leben angesichts der Flüchtigkeit von Lusterfahrungen geben kann. Schon Ovid (2003, III, Vers 136 f.) wies darauf hin, dass man »niemanden vor seinem Tode und seinem Leichenbegräbnis glücklich nennen« soll und machte damit deutlich, dass es zwar ein glückliches Leben gibt, dass dies aber erst in der Rückschau als solches erkannt werden kann. Somit stützte er sich auf eine Auffassung des Glücks als umfassende Lebenszufriedenheit, die dann eintritt, wenn ein Mensch mit seinem Schicksal versöhnt und eins ist mit seinen Hoffnungen, Wünschen und Erwartungen.

Diese Auffassung des Glücks geht über eine subjektive Erfahrung hinaus und benötigt bestimmte objektive Kriterien. Eine subjektive Sichtweise des Glücks nimmt an, dass es zum Glücklichkeit ausreicht, wenn jemand das Gefühl hat, glücklich zu sein. Doch dieses Gefühl kann täuschen, was sich etwa an der Tatsache zeigt, dass sich ein Schwerverbrecher durchaus subjektiv wohl fühlen und nicht selten sogar Lust an seinen Taten verspüren kann. Es ist allerdings nicht möglich, dass Verbrecher glücklich sind, selbst wenn sie dies behaupten sollten, denn wahres Glück kann sich nur im Bezug auf das Gute zeigen entsprechend der objektiven Auffassung vom Glück als ‚Besitz der höchsten Güter' (Dick, 2003; Kekes, 1982).

Im Lauf der Geschichte wurden viele verschiedene Vorstellungen darüber entwickelt, wie solch ein glückliches, auf das Gute ausgerichtetes, Leben verwirklicht werden kann. Neben der bereits

erwähnten hedonistischen Lebensform, bei der das Glück in sinnlichen Erfahrungen gesucht wird und wo sich das Glück somit nicht von der Lust unterscheidet, und den ökonomisch-politischen Auffassungen vom Glück als berechenbaren Nutzen (Utilitarismus) bzw. als gesellschaftliche Utopie (z. B. Kommunismus), wurden insbesondere sittlich-ethische und religiöse Lebensformen entwickelt, die Glück als Ergebnis eines tugendhaften Lebens, als Überwindung der Leidenschaften und als Hinwendung zum Göttlichen und Ewigen verstehen (Pieper, 2001).

Trotz unterschiedlicher Auffassungen, was ein gutes, glückliches Leben ausmacht, besteht seit jeher Einigkeit darüber, dass es gewisse, zumeist seltene, Augenblicke gibt, in denen Menschen gleichsam von Glück 'überfließen' und von einem tiefen, oft als existenziell erlebten Gefühl der Freude und Erfüllung erfasst werden. Glück in diesem Sinne, oft auch als Glückseligkeit oder einfach als Seligkeit bezeichnet, weist einen engen Bezug zur Liebe auf und wird nicht selten mit spirituellen Schlüsselerlebnissen in Verbindung gebracht oder als Idealzustand ins Jenseits verlegt.

Lersch (1970) gebrauchte den Begriff der Freude zur Kennzeichnung dieser Art des Glückserlebens, die er als Gefühlsregung der Daseinsbereicherung bezeichnete, in der »als Oberton die Thematik des Über-sich-hinaus-Seins enthalten ist« (S. 236). In Erlebnissen der Freude wird nach Lersch eine subjektiv hochbedeutsame Beziehung zwischen der Umwelt und unserem eigenen Sein geschaffen, in der wir ohne bestimmten Zweck »ein gesteigertes Pathos der Lebendigkeit« (S. 237) erfahren. Im Erleben der Freude sind wir außerordentlich wach; unsere Wahrnehmung zeichnet sich durch besondere Plastizität und Präzision aus; wir erleben eine allgemeine Steigerung der Energie, über die unsere Gedanken und Zielsetzungen neu geschaffen werden. Als die der Freude innewohnende Antriebsgestalt erkannte Lersch die Gebärde des Sich-Öffnens, des Umfassens, und des Sich-Verschenkens.

Ausgehend von einer solchen phänomenologischen Sichtweise des Glücks setzte sich Groskurth (1988) mit der Frage auseinander, ob Psychotherapie dem Glück zuträglich sein könne. Für Groskurth entsteht Glück aus einer Interaktion zwischen inneren Repräsentationen von äußeren Bedingungen und den inneren Bedingungen eines

Menschen. Diese inneren Bedingungen tangieren beim Glück eine tiefere Ebene als bei anderen Gefühlen, diejenige des »Selbst«, das allen subjektiven Vorgängen zugrunde liegt. Die Emotion des Glücks entsteht als Begleiterscheinung einer »Transformation des Selbst« (S. 37). Jede Transformation in der Entwicklung eines Menschen geschieht nach Groskurth plötzlich und kann mit einem Erwachen verglichen werden, das grundsätzlich eine neue Perspektive mit sich bringt. Glück erwächst aus dem Durchschreiten der Entwicklungstore hin zu einer umfassenderen spirituellen Orientierung. Weil das Glück nicht direkt angestrebt werden kann, sondern eine Transformation des Selbst begleitet, folgt, dass auch die Psychotherapie nicht direkt etwas zum Glück beitragen kann, sondern nur indirekt, indem sie diesen Entwicklungsprozess fördert.

Damit ist die im nächsten Kapitel behandelte Thematik angesprochen: Erfahrungsprozesse, die das Erleben von Freude, Vergnügen und Glück fördern. ■ Tab. 4.1 fasst die in diesem Abschnitt erörterten Begriffe zusammen.

■ Tab. 4.1. Begriffe und Definitionen	
Glück	(1) positives Schicksal, guter Zufall, erfreuliche Wendung
	(2) umfassende Lebenszufriedenheit, Versöhnung von Wunsch und Wirklichkeit, ein gutes und gelungenes Leben
	(3) tiefe Erfahrung der Freude, Erfüllung und Erlösung; Glückseligkeit
Freude	Gefühl des Über-sich-hinaus-Seins, Sich-Öffnens, und Sich-Verschenkens; weitgehend gleichbedeutend mit Glück im Sinne von (3)
Lust	Subjektiv angenehme Erfahrung; kann zu Freude oder Leid führen
subjektives Wohlbefinden	von der modernen Psychologie verwendeter Begriff anstelle von Glück, jedoch gleichbedeutend mit Lust
Vergnügen	lustvolle Erfahrung, die dem Glück förderlich ist
Ersatzglück, Scheinglück	lustvolle Erfahrung, die dem Glück abträglich ist

4.3 Prozesse des Glückserlebens

Aus der dreifachen Definition des Glücks als günstiger Zufall, gelungenes Leben und Erfahrung tiefer Freude ergeben sich wichtige Konsequenzen für die Psychotherapie. Die erste dieser drei Bedeutungen des Glücks, ein günstiger Zufall, beschäftigt uns nicht weiter, da wir es nicht mit Magie, sondern mit Psychotherapie zu tun haben. Die zweite Bedeutung, umfassende Lebenszufriedenheit, ist hochbedeutsam für die Psychotherapie, da es Klienten meist ein Anliegen ist, sich in Richtung eines guten und gelungenen Lebens zu bewegen, wobei es hier um die Richtung geht und nicht um das Ziel. Es ist durchaus möglich und erstrebenswert, dass ein Klient sich im Verlauf seiner Psychotherapie einem glücklichen Leben annähert und es ihm als Folge der Therapie besser gelingt, Wunsch und Wirklichkeit miteinander zu versöhnen.

Die dritte Bedeutung des Glücks als existenzielle Erfahrung der Erfüllung und Erlösung ist ebenfalls sehr bedeutsam für die Psychotherapie, obschon man sich hier bewusst sein muss, dass es unterschiedliche Intensitätsgrade gibt. Es kommt wahrscheinlich eher selten vor, dass im Rahmen einer Psychotherapie ein Gefühl der erlösenden Glückseligkeit erlebt wird, wie man dies etwa von religiösen Erfahrungen her kennt (James, 2002). Aber es ist durchaus möglich und erstrebenswert, dass eine Psychotherapie dazu führt, Freude zu erleben, sich zu öffnen, über sich selbst hinaus zu wachsen und das Vergnügen am Leben zu steigern.

Die Psychologie hat sich stark mit den Unterschieden zwischen Menschen mit hoher und tiefer Lebenszufriedenheit beschäftigt, jedoch nur sehr wenig mit den Prozessen, die zum Erleben von Freude führen. Da die moderne Psychologie von einer subjektiven Glücksdefinition ausgeht, wissen wir einiges darüber, welche Faktoren mit einem habituellen Wohlbefinden einhergehen. Neben gewissen äußeren Bedingungen (z. B. Ausbildung, ökonomisch-politischer Lebensraum) sind es vor allem Persönlichkeitsfaktoren und Beziehungserfahrungen, die dafür verantwortlich sind, ob sich jemand glücklich schätzt oder nicht. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das

habituelle Wohlbefinden einen Zusammenhang aufweist mit Hoffnung und Optimismus, einer hohen Kontrollerwartung, geringem Neurotizismus, einer geringen Tendenz zur Gefahrenvermeidung, einem hohen Energieniveau, hoher Produktivität, hoher sozialer Aufgeschlossenheit, einer zufriedenstellenden intimen Beziehung, guten sozialen Kontakten, beruflicher und finanzieller Zufriedenheit, Teilnahme an religiösen Aktivitäten sowie – nur in individualistischen, jedoch nicht in kollektivistischen Kulturen – einem hohen Selbstwertgefühl und Extraversion (Dick, 2003; Diener et al., 2002).

Diese Faktoren, welche die Lebenszufriedenheit erhöhen, können als die umweltbezogenen, sozialen und intrapsychischen »Ressourcen« eines Menschen bezeichnet werden. Allerdings ergibt sich diese Liste von Faktoren zum Teil daraus, wofür sich Psychologen interessiert haben, denn es gibt sicherlich eine Vielzahl weiterer intrapsychischer Ressourcen, die vor negativen Ereignissen schützen und das allgemeine Lebensgefühl positiv beeinflussen, die bisher jedoch nur ungenügend untersucht wurden. Eine recht umfassende Liste solcher möglicher »Charakterstärken« oder »Tugenden« haben kürzlich Peterson & Seligman (2004) erstellt im Bemühen, den auf Pathologie ausgerichteten psychiatrischen Klassifikationssystemen ein positives Instrumentarium zur Seite zu stellen. Die Erkenntnis, dass es die inneren Stärken sind, die ein gutes und gelungenes Leben ermöglichen, ist jedoch keineswegs neu. Bereits die alten Griechen entwarfen einen Katalog von Charakterstärken mit den vier Kardinaltugenden Klugheit, Mäßigung, Mut und Gerechtigkeit. Später fügte der Apostel Paulus die drei theologischen Tugenden Hoffnung, Glaube und Liebe hinzu.

Psychische Störungen lassen sich als Mangel zentraler Ressourcen verstehen. Wenn die mangelnden Ressourcen entwickelt und aufgebaut werden, dann ist es nicht mehr möglich, die Störung beizubehalten. Wenn es zum Beispiel einer depressiven Patientin, die einen niedrigen Selbstwert, eine pessimistische Zukunftssicht und wiederholte Erfahrungen der Ablehnung in zwischenmenschlichen Beziehungen aufweist, infolge therapeutischer Arbeit gelingen sollte, ein

4
hohes und stabiles Selbstwertgefühl, Hoffnung und Zuversicht sowie gute zwischenmenschliche Kompetenzen zu entwickeln, dann würden die depressiven Symptome mit ziemlicher Sicherheit verschwinden. Dies bedeutet nicht unbedingt, dass jede psychische Störung durch einen Ressourcenmangel verursacht sein muss, doch lässt sich eine Störung kaum aufrechterhalten, wenn entscheidende mangelnden Ressourcen erworben werden.

In der Psychotherapie geht es, anders als etwa in der Sozialarbeit oder in der Beratung, meist nicht darum, Klientinnen im direkten Erwerb von umweltbezogenen oder sozialen Ressourcen zu unterstützen (z. B. eine bessere Arbeitsstelle zu finden), sondern um eine Förderung von inneren Stärken, die den Erwerb äußerer Ressourcen erleichtern (z. B. soziale Kompetenz entwickeln). Die Beziehung zwischen inneren und äußeren Ressourcen lässt sich als wechselseitiger Verstärkungsprozess verstehen, indem gute intrapsychische Ressourcen längerfristig zu verbesserten sozialen und umweltbezogenen Ressourcen beitragen und andererseits gute äußere Bedingungen und gute Beziehungen oftmals intrapsychische Ressourcen verstärken.

Bei den intrapsychischen Ressourcen (Charakterstärken, Tugenden), deren Erwerb eine notwendige, allerdings nicht unbedingt hinreichende Voraussetzung für ein glückliches und gelungenes Leben darstellt, handelt es sich jedoch noch nicht um die Prozesse des Glückserlebens, um die es in diesem Abschnitt hauptsächlich geht. Man fragt sich nämlich, wie denn die inneren Stärken aufgebaut werden sollen. Da wiederholtes Erleben von positiven Emotionen, zu denen besonders die Freude zählt, längerfristig zu Lebenszufriedenheit führt (Bradburn, 1969), und da die Lebenszufriedenheit zu einem großen Anteil auf den intrapsychischen Ressourcen beruht, ist es nahe liegend anzunehmen, dass das wiederholte Erleben von Freude die inneren Stärken entwickelt oder zumindest begleitet. Es ist somit für die Psychotherapie von größter Wichtigkeit zu erkennen, welche Prozesse zum Erleben von Freude führen. Diese freudvollen Erfahrungen sind zugleich die heilenden Faktoren von Psychotherapie (Dick, 2003, 2010; Dick-Niederhauser, 2009).

Dabei sollte beachtet werden, dass psychische Heilung nicht ausschließlich im Rahmen einer Psychotherapie auftritt. Verschiedene Studien weisen auf psychische Heilprozesse unabhängig von Psychotherapie hin, z. B. infolge spiritueller Erfahrungen, Selbsthilfelektüre und kreativen Schreibens, Erlebnissen in der Natur, bedeutungsvollen Beziehungen, Nahtoderfahrungen oder produktiver Nutzung von Freizeit (Bohart & Tallman, 1999; Dick-Niederhauser, 2009). Vielen Menschen gelingt es, Probleme aus eigener Kraft zu bewältigen, und ungefähr 40–60% all derjenigen, die ein Trauma erlebt haben, werden ohne professionelle Hilfe geheilt oder berichten gar über seelisches Wachstum als Folge des Traumas (Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998). Die Tatsache, dass psychische Heilung nicht auf Psychotherapie beschränkt ist, sollte jedoch keinesfalls als Kritik an der Psychotherapie verstanden werden, denn dort wird versucht, sich der allgemeinen seelischen Heilprozesse in systematischer Weise zu bedienen. Andererseits lassen sich aber bestimmte Heilerfahrungen oft direkter und machtvoller außerhalb von Therapiesitzungen erleben, besonders wenn gewisse psychotherapeutische Bedingungen die Heilerfahrungen einengen (z. B. durch ideologische Beschränkung auf bestimmte Therapietechniken).

Die Erforschung von Erfahrungen, die zum Erleben von Freude und Glück im Sinne eines kurzfristigen Hochgefühls führen, steckt leider erst in den Anfängen. Die meisten Erkenntnisse gehen auf empirische Untersuchungen zurück, die durch Lerschs (1970) phänomenologische Psychologie angeregt wurden und bei denen Versuchspersonen nach Glückserlebnissen in der Vergangenheit befragt wurden (Hoffmann, 1984; Mayring, 1991; Meadows, 1975; Wlodarek-Küppers, 1987). Einen wichtigen Beitrag leisteten auch Lazarus (1991) mit seiner Emotionstheorie und Csikszentmihalyi (1992) mit seinen Untersuchungen zum Flow-Erlebnis. Aufgrund dieser Forschungsergebnisse und Theorien lässt sich eine vorläufige Liste von Erfahrungen erstellen, die mit dem Erleben von Freude einhergehen und in der linken Spalte von ■ Tab. 4.2 aufgeführt sind. Bei diesen Glückserlebnissen handelt es sich um psychische Heilungsprozesse, die mit einer Transformation des Selbst einhergehen.

■ **Tab. 4.2.** Prozesse des Glückserlebens und ihre therapeutische Förderung

Psychische Heilprozesse	Beispiele therapeutischer Bedingungen und Techniken
(1) das eigene Selbst mit all seinen Schwächen und Stärken liebevoll annehmen und bejahen	therapeutische Haltung der Empathie, Echtheit, unbedingten Wertschätzung, Geduld und humorvollen Herzlichkeit; Selbstzuwendung und -belohnung; Identifikation mit abgelehnten Selbstaspekten im Rollenspiel; Verstärkung abgelehnter Selbstanteile (paradoxe Intention); Achtsamkeitstraining
(2) andere Menschen akzeptieren wie sie sind ohne das eigene Wohlergehen von ihnen abhängig zu machen	Förderung der Einfühlsamkeit und Perspektivenübernahme (Anti-Aggressivitäts-Training); systemische Therapie (z. B. Grenzen zwischen Subsystemen stärken); Transaktionsanalyse; therapeutische Förderung von Vergebung
(3) die Realität voll und ganz akzeptieren und einen Sinn im eigenen Lebensverlauf erkennen	logotherapeutische Sensibilisierung für Sinnmöglichkeiten; Daseinsanalyse; Sokratischer Dialog und Einstellungsänderung, Differenzierung des Wertesystems (kognitive Therapie); Achtsamkeits-Training; Morita-Therapie
(4) bisherige Grenzen überwinden und Selbstvertrauen gewinnen durch mutiges Verhalten in Bewährungssituationen	verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation; Selbstsicherheits-Training, Training sozialer Kompetenz; Gestalttherapeutische Techniken und gruppentherapeutische Rituale zur Förderung des Emotionsausdrucks (Katharsis, Abreagieren)
(5) Zwischenmenschliche Zuwendung, verlässliche Nähe, Vertrauen und Liebe empfangen und verschenken	verlässliche und vertrauensvolle Therapiebeziehung; psychoanalytisches Durcharbeiten der Übertragungsbeziehung, beziehungsorientierte (Paar-/Familien-)Therapie; Gruppentherapie
(6) Die körperliche Lebendigkeit spüren in der bedenkenlosen Hingabe and die Gegenwart und an geliebte Tätigkeiten	Körperzentrierte Psychotherapie; kreative Therapien; verhaltenstherapeutischer Aufbau positiver Aktivitäten; Meditation (Förderung des Gegenwartsbezugs); Entspannungstherapien; Fitness und Sport; Einbeziehung der Natur in die Therapie
(7) in schöpferischer Aktivität über sich selber hinauswachsen und ein Teil seiner selbst an andere weitergeben	Interventionen zur (Wieder-)Entdeckung von verborgenen Talenten und Neigungen (z. B. mittels Traumarbeit, katathymem Bilderleben), Kunsttherapie, Tanztherapie, Musiktherapie
(8) für die eigene Entwicklung zentrale Grundbedürfnisse erkennen und sich an sie annähern	Überwindung irrationaler Überzeugungen (rational-emotive Therapie, kognitive Therapie); Focusing; klientenzentrierte Exploration von Bedürfnisstrukturen; Traumarbeit (analytische Therapie); Analyse des Lebensplanes (Individualpsychologie); systematische Problemlösung, Verhaltensmodifikation
(9) alten, überholten oder schädlichen Bedürfnisbefriedigungen entsagen und Raum für neue Ziele schaffen	
(10) sich ganz der Liebe und Fürsorge einer höheren Macht anvertrauen	Gebet und Meditation; Transformation des inneren Gottesbildes (z. B. durch Psychodrama, Imaginationsübungen, sokratischen Dialog)

- Bei den ersten drei Arten von Heilprozessen geht es um ein uneingeschränktes Annehmen und Bejahen der eigenen Individualität, anderer Menschen und des Lebens überhaupt. Diese Erfahrungen beinhalten zum Beispiel das Annehmen und Loslassen von Ärger, Trauer oder Verbitterung, das humorvolle Anerkennen von eigenen Unvollkommenheiten und Schwächen anderer oder die Fähigkeit, „Gott“ vergeben zu können für leidvolle Ereignisse. (► Kap. 14, 17, 18)
- Der vierte Heilprozess bezieht sich auf ein mutiges Überwinden von persönlichen Begrenzungen und eine Stärkung des Selbst, beispielsweise durch den bewussten Ausdruck von unterdrückten Gefühlen oder das Aufsuchen und Aushalten von angstausslösenden Situationen. (► Kap. 15)
- Bei der fünften Art von Heilprozessen findet eine vertrauensvolle Öffnung des Selbst gegenüber anderen Menschen statt durch Aufheben zwischenmenschlicher Schranken, die zuvor die Erfahrung von Gegenseitigkeit und Verletzbarkeit in Beziehungen verhindert haben. (► Kap. 16, 17)
- Die sechste Art der Glückserfahrung liegt im direkten Erspüren der eigenen Vitalität ohne Beeinflussung durch den kritisch (ver-)urteilenden Verstand, so dass das Selbst in seiner unmittelbaren, in der Gegenwart verwurzelten Lebendigkeit und Spontaneität erlebt werden kann. (► Kap. 10, 11, 12)
- Der siebte Heilprozess ist mit kreativem Selbstausdruck verbunden, indem etwas aus sich heraus geschaffen wird, das eine Bedeutung für andere besitzt.
- Die achte, neunte und zehnte Art von Glückserfahrungen schließlich sind eng miteinander verbunden: Viele persönlich bedeutsame Ziele benötigen zu ihrer Erreichung bewusste Anstrengungen. Wenn wir sie endlich erreichen, tritt Freude ein. (► Kap. 3, 13) Manchmal halten wir jedoch an Zielen fest, die nicht wirklich unseren tieferen Bedürfnissen entsprechen oder lediglich in der Vergangenheit an Bedeutung besaßen, inzwischen allerdings überholt sind. Diese Ziele und damit verbundene Verhaltensweisen müssen absterben und etwas Neuem

Platz machen. Und schließlich tritt manchmal eine Transformation des Selbst ein, wenn von jeglicher bewussten Kontrolle abgesehen wird und wir darauf vertrauen können, dass uns ein gutes und glückliches Leben geschenkt wird, auch wenn wir uns nicht ständig um unsere Wünsche sorgen.

Es wurden meines Wissens bisher noch keine Studien durchgeführt, die untersuchen, ob diese aus der Glücksforschung abgeleiteten Heilerfahrungen tatsächlich mit dem Therapieergebnis zusammen hängen. Viele dieser Erfahrungen der Freude sind verwandt mit Konstrukten, die im Rahmen der »positiven Psychologie« untersucht werden, z. B. Vergebung, Sinnhaftigkeit, Kreativität oder Spiritualität (Snyder & Lopez, 2002). Man sollte diese Heilprozesse nicht als Erfahrungen ansehen, die vom Patienten willentlich »produziert« oder vom Therapeuten einfach »aktiviert« werden können, sondern als psychologische Transformationsprozesse des Selbst mit vielen verschiedenen Vorbedingungen und vielfältigen Möglichkeiten der Manifestation. Manchmal benötigt ein Heilprozess beträchtliche Vorbereitungsarbeit, manchmal stellt er sich fast wie von selbst ein. Damit gelangen wir zur Frage nach der psychotherapeutischen Beeinflussung des Glückserlebens.

4.4 Therapeutische Förderung von Freude, Vergnügen und Glück

Es ist zunächst notwendig, sich einer wichtigen Tatsache bewusst zu sein: Obschon das wiederholte Erleben von Freude längerfristig zum Aufbau innerer Stärken führt, sind nicht alle freudvollen Erfahrungen mit Vergnügen verbunden, sondern einige auch mit Leid, das akzeptiert und transformiert werden muss. Zum Beispiel kann eine uneingeschränkte Annahme des Selbst ein sehr unangenehmer Prozess darstellen, wenn etwa in der Vergangenheit erlittene Verletzungen und damit verbundene negative Gefühle zum ersten Mal wieder bewusst erlebt werden. Eine erfolgreiche Integration abgespaltener Selbstanteile, die mit einem Gefühl der wiedergewonnenen Freude und Freiheit verbunden ist, kann in diesem Fall erst er-

folgen, nachdem negative Gefühle wahrgenommen und zugelassen worden sind.

Viele der seelischen Heilprozesse erfordern einen Sprung über den eigenen Schatten, ein Überwinden bisheriger Grenzen, damit eine Umwandlung des Selbst erfolgen kann, die mit einem Glücksgefühl einher geht. Andererseits sind aber auch psychische Heilerfahrungen möglich, die keine Überwindung des Leidens erfordern, sondern schon von Anfang an für Patienten vergnüglich sein können, z. B. die Erfahrung der spontanen körperlichen Lebendigkeit oder das kreative Wiederentdecken verschütteter Talente und Neigungen. Die therapeutische Förderung der Glücksfähigkeit erfolgt somit über Heilprozesse, die in einigen Fällen vergnüglich sein können, in vielen Fällen aber zunächst höchst unangenehm sind.

Eine ausführliche Darstellung der Gründe, weshalb eine Transformation des Selbst oft schmerzhaft und unlustvoll ist, würde den Rahmen dieses Kapitels sprengen. Es soll hier lediglich darauf hingewiesen werden, dass sich der »neurotische« Funktionszustand des Selbst durch ein Streben nach Lustgewinn anhand von Ersatzglück auszeichnet. Statt in produktiver Tätigkeit das Selbst zu vergessen, wird durch zwanghafte Anstrengung nach sozialer Anerkennung gesucht. Statt sich in liebevoller Zuneigung hinzugeben, werden Strategien angewandt, andere in den Dienst der eigenen Bedürfnisbefriedigung zu stellen. Es ließen sich viele weitere Beispiele aufzählen für den Ersatz von wahren Glücksquellen durch Scheinglück, welches zwar eine kurzfristige Lustbefriedigung mit sich bringt, jedoch längerfristig zu Unglücklichsein und Frustrationen führt. Ein Grund dafür besteht in der Sehnsucht nach wirklichem Glück. Der Weg dahin erscheint jedoch zunehmend schwieriger, weil die »höchsten Güter« bzw. die tieferen Bedürfnisse zugunsten kurzfristiger Lustquellen preisgegeben wurden (Dick, 2003; Horney, 1991).

Psychotherapie muss deshalb stets die Grundbedürfnisse eines Patienten im Auge behalten und diese im therapeutischen Prozess einer Entdeckung und Annäherung zugänglich machen. Gleichzeitig ist es erforderlich, dass die auf Lustbefriedigung durch Ersatzglück ausgerichteten Strategien aufgegeben werden. Dies ist keine leichte Aufgabe, denn

Patienten versuchen meistens, die kurzfristig wirkenden, jedoch langfristig schädlichen Prozesse zur Erreichung von Scheinglück beizubehalten. Therapeuten können zum einen durch Herstellung heilsamer Bedingungen in der Therapiebeziehung, zum anderen durch gezielte Anwendung therapeutischer Techniken die psychischen Heilprozesse positiv beeinflussen. Beispiele einiger solcher therapeutischer Haltungen und Techniken sind in der rechten Spalte von ■ Tab. 4.2 aufgeführt mit entsprechender Zuordnung zu denjenigen Heilprozessen, die sie im besten Fall unterstützen und fördern.

Dabei ist zu beachten, dass die Therapie-techniken nur Hilfsmittel darstellen, um die der menschlichen Psyche innewohnenden Heilungsprozesse zu fördern. Wenn Therapietechniken nicht richtig eingesetzt werden, können sie unter Umständen sogar einen Heilprozess verhindern. So führt beispielsweise die verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation idealerweise zu einem Zuwachs an Mut und Selbstvertrauen; wenn jedoch ein Patient dazu ermuntert wird, angstausslösende Situationen aufzusuchen und auszuhalten, obwohl es für sein seelisches Wachstum momentan wichtiger wäre, auf vernachlässigte Bedürfnisse zu hören, dann führt Reizkonfrontation zu keiner Heilung. Außerdem ist die Zuordnung bestimmter Therapietechniken zu psychischen Heilprozessen relativ unbestimmt, da manchmal die gleiche Technik oder Grundhaltung verschiedene Heilprozesse fördern kann.

Für eine Therapieplanung im Sinne der in diesem Kapitel dargestellten Sichtweise von Psychotherapie ist es zunächst notwendig, im diagnostischen Vorgespräch die Ressourcen und Probleme eines Patienten sorgfältig zu erheben und anschließend die Probleme in mangelhaft entwickelte Ressourcen umzuformulieren. Zur Erhebung von Ressourcen im Erstgespräch kann die vom Autor entwickelte Ressourcen-Checkliste verwendet werden (siehe Anhang). Diese besteht aus 50 Items, die entweder von Patienten selber ausgefüllt oder vom Therapeuten als Gedankenstütze für ein ressourcenorientiertes Interview verwendet werden können. ■ Tab. 4.3 führt die verschiedenen Kategorien von Ressourcen in der Checkliste mit entsprechenden Beispielen auf.

Nachdem der Therapeut ein gutes Bild der aktuellen Ressourcenlage seines Patienten erworben hat, sollten anschließend einige zentrale intrapsychische Ressourcen ausgewählt werden, deren Stärkung und Entwicklung zu einer Auflösung der Symptome und zu einer Zunahme von Freude und Vergnügen führt. Es ist dabei wichtig, dass die Therapieziele an den intrapsychischen und nicht an den sozialen oder umweltbezogenen Ressourcen ausgerichtet werden, um einer voreiligen Externalisierung von

Lösungen vorzubeugen (im Sinne von »Wenn mein Vorgesetzter nicht solchen Druck ausüben würde, ginge es mir viel besser«). Im Verlauf der Therapie fördert dann der Therapeut diejenigen Heilprozesse, die notwendig sind, um diese zentralen Ressourcen des Patienten zu entwickeln. Dabei sollte sich der Therapeut stets überlegen, welche bereits vorhandenen Ressourcen genutzt werden können, um eine möglichst hohe Bereitschaft für die angewandten Therapieverfahren zu erreichen.

■ Tab. 4.3. Ressourcen-Checkliste (Dick, 2003)

Kategorien	Beispiele
Umweltbezogene und soziale Ressourcen	
Partnerschaft, intime Beziehung	Partner(in), dem/der ich mich gefühlsmäßig nahe fühle
Familie, Freunde	einige nahe Freunde, denen gegenüber ich mich öffnen und denen ich vollkommen vertrauen kann
Beruf, Einkommen, Lebensstandard	zufriedenstellende finanzielle Situation
Freizeit	guter Ausgleich zwischen Arbeits- und Freizeit
Wohnsituation	eine Wohnung, in der ich mich wohl und geborgen fühle
Persönlichkeitsbezogene (intrapsychische) Ressourcen	
Gesundheit, Lebendigkeit, Ausgeglichenheit	ein Körper, in dem ich mich wohlfühle, und der mir gut gefällt
Selbstwertgefühl, Selbstakzeptanz	mich selbst ganz so annehmen und lieben können, wie ich bin
Selbstsicherheit, soziale Kompetenz, Extraversion	müheless auf andere Menschen zugehen und mit ihnen in Kontakt treten können
Liebesfähigkeit, Beziehungsfähigkeit	Fähigkeit, Mitleid zu empfinden
Mut, Willenskraft	Mut, mich in gefährdete und ungewisse Situationen hineinzubegeben
Kreativität, Schaffenskraft	Lust an kreativer, schöpferischer Tätigkeit, in der ich alles andere um mich herum vergessen kann
Kontrollgefühl	Gefühl, mein Leben in wichtigen Belangen zu einem großen Teil selbst beeinflussen zu können
Gelassenheit, Zuversicht, Heiterkeit	Vertrauen in die Zukunft und in die Verwirklichung meiner Wünsche und Träume
Religiöser Glaube, Spiritualität	Glaube an eine allliebende Kraft (Gott) und das Gefühl, von ihr angenommen und geliebt zu werden, so wie ich bin

Beispiel

Eine Patientin, die seit Jahren an einer Alkoholabhängigkeit leidet, berichtet über Schuld- und Schamgefühle sowie zahlreiche enttäuschte Liebesbeziehungen. Als zentrale intrapsychische Ressourcen, die als erstes der Entwicklung bedürfen, werden ‚emotionale Stabilität‘ und ‚Selbstakzeptanz‘ identifiziert. Der Therapeut wendet Strategien an, die insbesondere die Heilprozesse der uneingeschränkten Annahme der Realität und des Selbst fördern. Da die Patientin negative Gefühle durch Alkoholkonsum vermeidet, werden Übungen zur Entwicklung nichtwertender Achtsamkeit durchgeführt, damit die Patientin besser lernt, alltägliche Enttäuschungen ohne Griff zur Flasche zu verarbeiten. Außerdem wird ihr dabei geholfen, ein Gespür für wirkliche Quellen der Freude und des Vergnügens zu entwickeln (z. B. durch Verstärkung sozialer Kontakte), damit die Ersatzbefriedigung des Alkoholkonsums an Anziehungskraft verliert.

Nachdem die Patientin durch die bewusstere Erfahrung solcher Glücksquellen eine starke Motivation zur Alkoholabstinenz entwickelt hat (wobei es zwischendurch zu Rückfällen kommt), wird die Aufmerksamkeit in der Therapie zunehmend darauf gerichtet, dass sie sich selber Gutes tut, sich liebevoll annimmt statt sich zu verurteilen (selbst bei Rückfällen) und mit sich selber wie mit einem geliebten Kind umgeht, als das sie leider von ihren Eltern kaum je behandelt wurde. Dadurch erfährt die Patientin es immer mehr als merkwürdige Selbstbestrafung, sich durch Alkoholkonsum die Lebensziele zu blockieren und ihre Gesundheit zu schädigen. Da die Patientin religiös ist, wird außerdem an ihrem strafenden Gottesbild gearbeitet (z. B. durch den Dialog mit Gott im Rahmen der Leeren-Stuhl-Technik), damit es zunehmend durch das innere Bild eines liebenden Gottes ersetzt werden kann. Je besser es der Patientin gelingt, sich als von Gott geliebt zu erleben, desto weniger sucht sie zwanghaft nach Anerkennung durch romantische Beziehungen und desto offener wird sie für wertvolle Begegnungen.

Eine auf den psychischen Heilprozessen beruhende Sichtweise von Psychotherapie mit einem Bewusstsein für die Bedeutung von Erfahrungen der Freude, des Vergnügens und des Glücks führt weg von schulenorientierter Therapie und von einem Glauben an die Überlegenheit »empirisch validierter Therapieverfahren« oder manualisierter Standardtherapien. Was im Einzelfall wirkt, hängt von den spezifischen Heilprozessen ab, die bei einem bestimmten Patienten notwendig sind, um die erlösende Erfahrung der Freude, des Sich-Öffnens und des Sich-Verschenkens zu machen.

Literatur

- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Czikszentmihalyi, M. (1992). *Flow: Das Geheimnis des Glücks*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dick, A. (2003). *Psychotherapie und Glück: Quellen und Prozesse seelischer Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Dick, A. (2010). *Mut: Über sich hinauswachsen*. Bern: Hans Huber.
- Dick-Niederhauser, A. (2009). Therapeutic change and the experience of joy: Toward a theory of curative Processes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19, 187-211.
- Diener, Lucas & Oishi (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life-satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). New York: Oxford University Press.
- Freud, S. (1948). *Gesammelte Werke, Band XIV*. Frankfurt am Main: S. Fischer. (Orig. 1931)
- Groskurth, P. (1988). Macht Therapie glücklich? *Brennpunkt*, 37, 5-11.
- Hoffmann, R. (1984). Erleben von Glück: eine empirische Untersuchung. *Psychologische Beiträge*, 26, 516-532.
- Horney, K. (1991). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. New York: Norton. (Orig. 1950)
- James, W. (2002). *Die Vielfalt religiöser Erfahrung: Eine Studie über die menschliche Natur*. Frankfurt am Main: Insel. (Orig. 1902)
- Kekes, J. (1982). Happiness. *Mind*, 91, 358-376.
- Keyes, C. L., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lersch, P. (1970). *Aufbau der Person* (11. Aufl.). München: Barth.

- Locke, J. (1999). *An essay concerning human understanding*. Amherst, NY: Prometheus Books. (Orig. 1698)
- Mayring, P. (1991). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Meadows, C. M. (1975). The phenomenology of joy: An empirical investigation. *Psychological Report*, 37, 39-54.
- Ovid (2003). *Metamorphosen* (3. Aufl.). Düsseldorf und Zürich: Artemis & Winkler. (Orig. 9 n. Chr.)
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York: Oxford University Press.
- Pieper, A. (2001). *Glückssache: Die Kunst gut zu leben*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Shlien, J. (1991). Macht klientenzentrierte Therapie glücklich? In M. Behr & U. Esser (Hrsg.), *Macht Therapie glücklich? Neue Wege des Erlebens in klientenzentrierter Psychotherapie* (S. 25-43). Köln: GwG Verlag.
- Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Eds.) (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Tatarkiewicz, W. (1976). *Analysis of happiness*. Warsaw: Polish Scientific.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.) (1998). *Post-traumatic growth*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wlodarek-Küppers, E. (1987). *Glücklichsein: Eine empirische Studie auf der Basis von persönlichen Gesprächen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Hamburg.

Euthyme Therapie und Salutogenese

Rainer Lutz

- 5.1 Gesundheitsförderung: Ein aktuelles Thema mit langer Geschichte – 56**
- 5.2 Gesundheit und Krankheit – 56**
 - 5.2.1 Zwei Modelle zu Gesundheit und Krankheit – 56
 - 5.2.2 Balance-Modell – 57
- 5.3 Salutogenesekonzept von Antonovsky – 60**
 - 5.3.1 Kohärenzgefühl – 60
 - 5.3.2 Pessimismus im Salutogenesekonzept – 61
- 5.4 Erikson: Urvertrauen – 61**
 - 5.4.1 Kohärenzgefühl und Urvertrauen – 61
 - 5.4.2 Erste Schritte zur seelischen Gesundheit – 62
- 5.5 Merkmale der euthymen Therapie – 62**
 - 5.5.1 Positiva heilen – 62
 - 5.5.2 Akzeptieren von guten und schlechten Zeiten – 63
 - 5.5.3 Hedonistische Nische – 63
 - 5.5.4 Euthyme Interventionen – 64
 - 5.5.5 Metaziel: Selbstfürsorge – 65
- 5.6 Empirische Befunde zur Wirkung euthymer Strategien – 65**
- Literatur – 66**

5.1 Gesundheitsförderung:
Ein aktuelles Thema mit
langer Geschichte

Bei der Förderung euthymen Erlebens und Verhaltens soll Wohlbefinden und Genuss, im Sinne gesunder Anteile, also die Verfügbarkeit von Positiva im weiteren Sinne zugänglich gemacht werden (Lutz, 2000). Der euthyme Therapieansatz wurde aus einem umschriebenen Therapieprogramm entwickelt, der *Kleinen Schule des Genießens*, vorgestellt von Lutz und Koppenhöfer (1983). Dieser Ansatz beinhaltet ein ressourcenorientiertes Herangehen zur Förderung Seelischer Gesundheit und ist konzeptionell mit dem Salutogenesekonzept von Antonovsky verwandt. Beide Konzepte haben zwar unterschiedliche Grundlagen (Medizinsoziologie vs. Klinische bzw. Allgemeine Psychologie) und Anwendungsbereiche (Stressforschung vs. Psychotherapie), richten jedoch gemeinsam den Fokus – weg von der Pathologie – auf gesunde Anteile. Das Anliegen der vorliegenden Arbeit ist es, beide Ansätze zu erläutern und von einander abzugrenzen.

Der Publikationsbeginn von Arbeiten zum Themenfeld seelische Gesundheit bzw. Salutogenese liegt gut 30 bis 40 Jahre zurück (s. ■ Tab. 5.1).

Die Psychologie der seelischen Gesundheit und Salutogenese ist ein aktuelles Thema. Novak

(1998, S. 30) bezeichnete sie als das »von der Wissenschaft unbeachtete Wesen«. Gleichwohl sind heute z. B. unter dem Stichwort Salutogenese viele Publikationen zu finden; im Vergleich zu störungsspezifisch bzw. pathogen konzipierten Veröffentlichungen sind sie jedoch zahlenmäßig geringer. So stellte Braun (2002) fest, dass Salutogenese und Prävention im Gesundheitswesen ein Schattendasein führen. Dies ist angesichts der teilweise prominenten Publikationen und enormen praktischen Bedeutung im psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Bereich verwunderlich.

5.2 Gesundheit und Krankheit

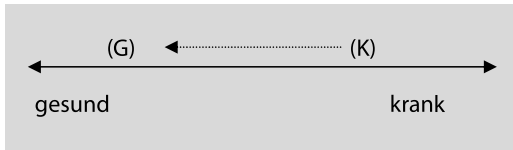
In allen Konzepten zur seelischen Gesundheit wird die Frage nach der Beziehung zwischen seelischer Gesundheit und seelische Krankheit aufgeworfen: Ist Gesundheit das Gegenteil von Krankheit? Wird ein Patient nach einer störungsspezifischen Behandlung automatisch auch gesund? Ist ein Patient nach einer gesundheitsfördernden Intervention nicht mehr krank? Diese Fragen stellen sich unabhängig davon, wie Gesundheit und Krankheit in den unterschiedlichen Ansätzen jeweils operationalisiert wurden.

5.2.1 Zwei Modelle zu Gesundheit
und Krankheit

Gesundheit und Krankheit werden in gängigen Konzepten der Klinischen Psychologie als Gegensätze begriffen und einander auf einer Dimension gegenübergestellt (s. ■ Abb. 5.1). Diese Sichtweise wird als Infektionsmodell bezeichnet (Weiner, 1978), das nach den Entdeckungen von Pasteur (1822–1895) und Koch (1834–1910) populär wurde: Ein pathologischer Erreger führt bei einem gesunden Menschen zu einer Erkrankung. Ein Gegenmittel tötet den Erreger ab, der Patient gesundet wieder. Dieser Aspekt des medizinischen Modells findet sich auch in der Psychotherapie als gemeinsame Annahme unterschiedlich prominenter Psychotherapieansätze (Hambrecht, 1986). Durch psychotherapeutische Intervention

■ Tab. 5.1. Ansätze einer Psychologie der Seelischen Gesundheit

Erikson (1968)	Urvertrauen
Menninger (1968)	Balance-Modell
Bandura (1977)	»self-efficacy«
Antonovsky (1979)	Salutogenese, Kohärenzgefühl
Kobasa (1979)	»hardiness«
Figge (1982)	verhaltenstherapeutische Dramatherapie
Niebel (1981)	asymptomatische Verhaltenstherapie
Becker (1982)	seelische Gesundheit als »trait und state«
Lutz (1983)	euthyme Therapie



■ Abb. 5.1. Gesundheit und Krankheit

wandert ein Patient auf einem Kontinuum weg vom Pol »krank« hin zum Pol »gesund«. Ein psychisch kranker Mensch (K) wird also zwangsläufig zu einem gesunden Menschen (G), wenn seine »Krankheit« entfernt wird.

Dieses eindimensionale Modell entspricht unserem subjektiven Erleben. Wenn wir nach unserem Befinden gefragt werden, geht es uns entweder gut oder schlecht, oder wir beschreiben eine Übergangsposition zwischen diesen Extremen.

Das Alternativmodell (s. ■ Abb. 5.2) hat zwei Dimensionen: Gesundheit und Krankheit werden als voneinander unabhängige Faktoren konzipiert. Nach diesem Modell verfügt jeder Mensch zugleich über gesundes **und** krankes Verhalten, welches unabhängig voneinander, z. B. in verschiedenen Situationen, hervorgerufen werden kann (s. a. Costa & McCrae, 1980). Diese beiden Vorstellungen sind überprüfbar und führen zur Frage, wie Indikatoren für Gesundheit und Krankheit miteinander korrelieren. Die Antwort: Es liegen Studien vor, die substantielle negative Zusammenhänge oder Nullkorrelationen dokumentieren. Diese Ergebnisse werden durch zwei unterschiedliche Itemformate (verhaltens- vs. personzentriert) der jeweiligen Skalen verursacht (Lutz, 1991, 1998). Besteht ein Fragebogen aus personzentrierten Items (z. B. »Ich bin ...«), dann korrelieren Indikatoren für Gesundheit und Krankheit substantiell negativ miteinander. Sind dagegen die Iteminhalte als verhaltensnahe Items operationalisiert (»Haben Sie bei sich beobachtet ...«), werden Null-Korrelationen zwischen Indikatoren für Gesundheit und Krankheit berichtet. Mit den beiden Itemformaten werden zwar identische psychodiagnostische Merkmale erfasst (z. B. positives vs. negatives Befinden), diese erheben aber konkurrierende Aspekte, nämlich subjektiv »ich-nahe«, bewertende vs. quasi-objektive, verhaltens- und beobachtungsnahe Gesichtspunkte.

Das Unabhängigkeitsmodell von Gesundheit und Krankheit ist sowohl für die klinische Theoriebildung als auch für die Praxis weiterführend. Es legt insbesondere die Erwartung nahe, dass Patienten nicht nur kranke, sondern zugleich auch gesunde Anteile haben. Dieser Sachverhalt führt zu der Forderung, dass wir nach diesen gesunden Anteilen suchen und sie therapeutisch fördern sollten (Lutz & Mark, 1995). In der Therapieforschung wird u. a. die Aktivierung von Ressourcen als wichtiger Wirkmechanismus hervorgehoben (z. B. Grawe, 1995). Dies relativiert aber auch die Sichtweise, derzufolge Gesundheit das Gegenteil von Krankheit sei, bzw. dass Gesundheit dadurch zu erreichen wäre, dass man Krankheit beseitigt. Patienten sind zwar nicht mehr krank, aber wie gesund sind sie?

5.2.2 Balance-Modell

HEDE Kontinuum und Widerstandsquellen

Dem medizinischen Modell entspricht die kategoriale Einordnung von Gesundheit und Krankheit: »Gesundheit und Krankheit sind per definitionem Gegenbegriffe, die einander ausschließen und die sich zugleich gegenseitig bedingen; insofern handelt es sich um komplementäre Begriffe: Wer krank ist, ist eben nicht gesund; wer gesund ist, ist nicht krank« (von Zerssen, Türck & Hecht, 1998, S. 42). Antonovsky wendet sich gegen eine solche Sichtweise: Der Mensch sei nie ausschließlich gesund oder krank, sondern immer mehr oder weniger gesund oder krank. Er konzipierte das HEDE-Kontinuum. Dieser Begriff wurde aus den Begriffen »health-ease« vs. »dis-ease« gebildet. »Völlige Gesundheit und völlige Krankheit sind die extremen Ausprägungen, und niemand befindet sich jemals von seiner Geburt bis zu dem Augenblick des Todes an einem dieser extremen Pole. Es gibt Kräfte, die uns in die eine oder andere Richtung drängen, aber aus Sicht dieses Modells sind wir alle teilweise gesund, teilweise krank« (Antonovsky, 1993, S. 8). Da die jeweiligen Aspekte von Gesundheit und Krankheit eigenständige Dimensionen aufspannen, entstehen mehrere Kontinua, auf denen ein einzelner Mensch platziert wird. Die im Folgenden dargestellten Aspekte entwickelte Antonovsky

aus seinen Forschungsergebnissen, die später teilweise bestätigt werden konnten (z. B. Franke et al., 2001). Antonovsky (1979, S. 57 f.) benennt folgende Merkmale, die vorhersagen, welche Position ein Mensch auf dem HEDE-Kontinuum einnimmt, bzw. unter welchen Bedingungen es zu einem Zusammenbruch kommt:

Pathogene Faktoren

- Schmerzen
- funktionelle Beeinträchtigungen, z. B. in den Möglichkeiten, wünschenswerte soziale Rollen zu übernehmen
- Prognose eines Gesundheitsexperten
- aktionale Implikationen, z. B. welche kurativen und präventiven Maßnahmen erachteten Gesundheitsexperten für notwendig.

Diesen pathogenen Faktoren stehen salutogenetische gegenüber, die Antonovsky (1979, S. 102 ff) als generalisierte Widerstandsquellen benennt, um Stressoren zu vermeiden, zu bekämpfen und zu verhindern. Hierzu gehören:

Generalisierte Widerstandsquellen

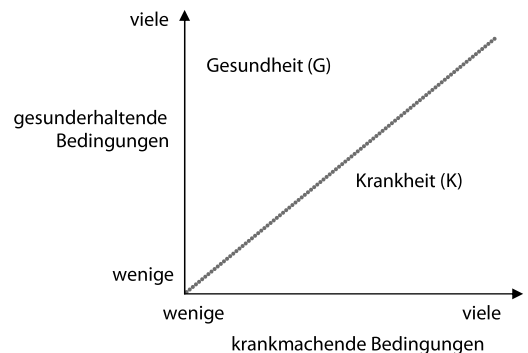
- materieller Wohlstand
- Intelligenz
- Wissen und Fertigkeiten
- Fähigkeit, rational vorzugehen
- Flexibilität
- Weitsicht
- Ich-Identität
- soziale Unterstützungssysteme
- intakte soziale Strukturen
- eine gut funktionierende Gesellschaft

Nach Antonovsky (1979) entsteht Kohärenzgefühl, wenn vorhandene Widerstandsressourcen des Menschen konsistente Erfahrungen, Kontrolle sowie ein Gleichgewicht von Über- und Unterforderung ermöglichen. Im Gegensatz dazu führen Erfahrungen, die durch Unvorhersehbarkeit, Unkontrollierbarkeit und Unsicherheit gekennzeichnet sind, zur Schwächung des Kohärenzgefühls. Das

beinhaltet jedoch nicht, dass einem Menschen nie Unsicherheit und Unvorhergesehenes widerfahren darf. Für die Entwicklung eines starken Kohärenzgefühls ist vielmehr ein ausgewogenes Verhältnis von Konsistenz und Überraschung, von lohnenden und frustrierenden Ereignissen erforderlich, damit einerseits Widerstandsressourcen bewusst gemacht und andererseits Kompetenzen zum Umgang mit schwierigen Ereignissen erworben werden können.

Balance von Gesundheit und Krankheit im euthymen Konzept

Das Balance-Modell im euthymen Konzept konzipiert die Beziehung von Gesundheit und Krankheit in einem orthogonalen Konzept (s. ■ Abb. 5.2). Durch die beiden Parameter, gesunderhaltende und krankmachende Faktoren, wird ein Quadrant aufgespannt; die entstandene Fläche kann durch eine Diagonale geteilt werden. Dadurch wird ein Feld für verschiedene Varianten von Gesundheit und eines für Krankheit abgesteckt. Ein Individuum wird durch zwei Vektoren (gesunderhaltende und krankmachende Einflussgrößen) definiert. Der Gesamtzustand eines Menschen wird demnach durch zwei Parameter bestimmt: gesunderhaltende und krankmachende Bedingungen. Ist der eine oder andere stärker ausgeprägt, wird subjektiv Gesundheit bzw. Krankheit empfunden. Subjektiv fühlt man sich dementsprechend entweder gesund oder krank. Man ist subjektiv krank oder behandlungsbedürftig, wenn die Balance zwischen gesunderhaltenden und krankmachenden Bedingungen zu Ungunsten von Gesundheit verschoben ist.



■ Abb. 5.2. Gesundheit und Krankheit im Balance-Modell

Das absolute Maß an Belastungen und Symptomen ist noch kein zwingender Hinweis auf Krankheit im Sinne von Behandlungsbedürftigkeit. Entscheidend sind Verfügbarkeit und Einsatz von Ressourcen. Patienten müssen nicht notwendigerweise über mehr Symptome zu klagen haben, als dies auch »Gesunde« könnten, die Belastung kann identisch sein. Krank könnte man nach diesem Konzept auch werden, wenn einer vergleichsweise normalen Belastung keine ausreichende Entlastung (z. B. fehlende soziale Einbettung) gegenübersteht. So sind Kranke z. B. schlechter sozial eingebettet oder verfügen über weniger Ressourcen.

Das Unabhängigkeitsmodell verlangt also eine begriffliche Trennung von einzelnen gesunderhaltenden oder krankmachenden Faktoren und dem Gesamtzustand eines Menschen, der sich, als Ergebnis des Abwägens dieser einzelnen Faktoren, gesund oder krank fühlt.

Salutogenese und Prävention

Gesundheit zu fördern heißt also, ein Gegengewicht zu Krankheit zu schaffen. Der salutogenetische Ansatz wird daher mit Prävention in Verbindung gebracht (z. B. Margraf, Sigrist & Neumer, 1998). Der Gedanke liegt erst einmal auf der Hand: Wenn ich etwas für meine Gesundheit tue, dann schütze ich mich vor Krankheiten. »Implizit liegt der Präventionsforschung vor allem dort, wo sie den Risikofaktorenmodellen verpflichtet ist, die Annahme zugrunde, dass die Kenntnis krankheitsverursachender Bedingungen dazu führt, dass diese eliminiert und modifiziert werden können, und dass daraus Gesundheit resultiert.« (Franke, 1994, S. 27 f). So wird z. B. durch Zahnputzprogramme Karies und durch regelmäßiges Joggen drohendem Herzinfarkt vorgebeugt.

Dieser Präventionsgedanke entspricht dem bipolaren Gesundheits- und Krankheits-Modell: Durch gezielte Maßnahmen sollen Krankheiten verhindert werden. Aus dem orthogonalen Gesundheits- und Krankheits-Modell folgt jedoch, dass zwar Krankheit vermindert, aber keine Gesundheit gefördert wird. Salutogenetisches Bestreben ist es dagegen, Gesundheit im weitesten Sinne zu fördern. Bei einem orthogonalen Verständnis von Gesundheit und Krankheit würden deshalb zunächst

■ **Tab. 5.2.** Beispiele für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen

sichere Bindung zu einer geliebten Person	Bowlby (1975; 1995)
gutes soziales Netz	Sommer & Fydrich (1989); Röhrle (1994)
generalisierte Widerstandsquellen	Antonovsky (1979; 1993)
positives Befinden	Bradburn (1969); Frank (2007)
Humor, Lachen	Bernhardt (1985); Dumbs (1999)
euthymes Erleben und Verhalten	Lutz (1983; 2000)

ausschließlich solche Verhaltensweisen gefördert werden, die den Faktor Gesundheit stärken.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über gesundheitsförderliche Verhaltensweisen (■ Tab. 5.2).

In das Balance-Modell sind sowohl präventive als auch salutogenetische Bedingungen integriert. Fallen z. B. salutogenetische Bedingungen weg, wird die Gesundheits-Krankheits-Balance zu Ungunsten von Gesundheit verschoben. Das Ressourcen-Verlust-Modell von Hobfoll (1988) und die dadurch angeregten Untersuchungen untermauern die Bedeutung von Positiva: Verlust von Positiva bedeutet Stress. Solange ein Mensch über genügend Ressourcen verfügt, ist ein Verlust weniger schmerzlich. Bei einem dünnen Ressourcen-Polster dagegen hat schon der Verlust weniger Positiva negative Effekte.

Grundgedanke der Prävention ist es, pathogenetische Faktoren auszuschalten. Im Life-Event-Concept bedeuten alle Veränderungen ein gewisses Risiko. Das gilt sowohl für negative als auch für positive Ereignisse (eine Hochzeit z. B. ist ein erheblicher Stressor, vgl. Larsen, Diener & Emmons, 1986). Unter Präventionsgesichtspunkten müsste man ein möglichst ereignisloses Leben zu führen (s. Typ »sich durchschonen«, Lutz & Mark, 1995, S. 15). Im salutogenetischen Denkansatz hingegen bedeutet ein Stressfaktor eine Herausforderung: Welche Fähigkeiten kann ein Individuum einsetzen, um eine Belastung zu überwinden? Stressoren sind nach

diesem Konzept ein probates Mittel, die Kompetenz eines Individuums zu erhöhen und seine generalisierten Widerstandsquellen zu stärken.

5.3 Salutogenesekonzept von Antonovsky

5.3.1 Kohärenzgefühl

Antonovsky definiert Kohärenzgefühl (»sense of coherence«) als »globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang ein Mensch ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, das die eigene

innere und äußere Umwelt vorhersagt, und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann.« (Antonovsky, 1979, S. 123).

Der Kohärenzsinn wird durch drei interagierende Aspekte definiert, die in ■ Tab. 5.3 vorgestellt werden.

Der Kohärenzsinn wurde 1987 von Antonovsky in der SOC-Skala operationalisiert, dem *Fragebogen zum Kohärenzgefühl* (deutsche Fassungen: Noack, Bachmann, Oliveri, Kopp & Udris, 1991; Lutz, Herbst, Iffland & Schneider, 1998). Mit der SOC-Skala wurde die salutogenetisch-orientierte Forschung in vielen Ländern stimuliert. Dieses Instrument wurde wie kaum ein anderer Fragebogen

■ Tab. 5.3. Aspekte des Kohärenzsinns

Komponenten des Kohärenzgefühls (Antonovsky, 1987, S. 16 f)	Vergleichbare Konstrukte anderer Autoren
Verstehbarkeit (»comprehensibility«): Eine Person ist in der Lage, die Realität angemessen zu beurteilen. Die Vorgänge der inneren und äußeren Umwelt sind kognitiv erfassbar, die Welt wird als geordnet und klar strukturiert wahrgenommen.	Neurosemodell von Dollard & Miller (1950): Die Fähigkeit, innere und äußere Prozesse intellektuell angemessen und sicher beurteilen zu können, ist ein wesentlicher Punkt einer Pathogenese. Stupidity, also Dummheit, kann Ursache für die Entstehung einer psychischen Störung sein. Können Vorgänge der sozialen und dinglichen Welt nicht angemessen erfasst werden, so kann das ängstlichen und neurotisieren. Für Bleuler (1916, S. 447) ist Intelligenz »Führerin durchs Leben«. Sie leitet – ein Bild Antonovskys aufgreifend – durch die Klippen im Fluss des Lebens, der stets bedrohend ist.
Beeinflussbarkeit (»manageability«): Eine Person verfügt über die Fertigkeiten, mit den vielfältigen Anforderungen des Lebens fertig zu werden. Sie kann entsprechende Ressourcen wahrnehmen und angemessen einsetzen.	Bandura (1977): Ein gesunder Mensch hat das subjektive Gefühl der Selbstwirksamkeit (»self-efficacy«). Er verfügt über erworbene Kompetenzen und Ressourcen (»learned resource fullness«, Rosenbaum, 1990); er hat den Eindruck, Kontrolle ausüben zu können (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Das Konzept der erlernten Hilflosigkeit von Seligman (1979) fokussiert die negative Seite der »manageability«: Menschen haben gelernt, dass sie keinen Einfluss auf innere und äußere Vorgänge nehmen können.
Sinnhaftigkeit (»meaningfulness«): Die Vorgänge der inneren und äußeren Welt werden als sinnhaft erfahren, nicht nur kognitiv, sondern auch emotional. Antonovsky betont wiederholt: Ein seelisch gesunder Mensch kann seinem Leben Sinn geben – unabhängig davon wie »wider-sinnig« ein aktuell durchlebter Zeitabschnitt sein mag. Antonovsky entwickelte sein Konzept nach der Exploration von Frauen, die dem Holocaust entkommen waren.	Daseinsanalyse, Logotherapie (Frankl, 1973): Menschen müssen ihrem Leben einen Sinn geben. Franke (1993): Bei suicidalen Menschen ist nicht irgendeine Krankheit wegzu-therapieren. Alternativen und neue Verhaltensweisen sind aufzuzeigen und neue Möglichkeiten des Erlebens und damit des Lebens zu eröffnen. Franke entwickelte diesen Gedanken als ehemaliger Insasse eines Konzentrationslagers.

hinterfragt (z. B. Becker, 1998; Maercker, 1998). Kritisch wurde hervorgehoben, dass die drei Komponenten des Kohärenzgefühls nicht als Subskalen dargestellt werden konnten (■ Tab. 5.3), dass viele Items negativen Inhalts sind und hohe Korrelationen mit einer Angstskala (STAI-Trait, Spielberger, Gorsuch & Loshene, 1970) bestehen.

5.3.2 Pessimismus im Salutogenesekonzept

Das wohl prominenteste Gesundheitskonzept ist in mancherlei Hinsicht wenig an Positiva orientiert (s. o.). Antonovsky formuliert kein positives Konzept von Gesundheit. Er selbst bemerkt, dass die Charakterisierung hoher Gesundheit in negativen Begriffen formuliert sei (Antonovsky, 1979, S. 67). So würden pathogene Kriterien, wie z. B. Abwesenheit von Schmerz oder die Tatsache, unter keinen funktionellen Beeinträchtigungen zu leiden, Gesundheit definieren. Becker (1998, S. 18) erklärt: »... das liegt daran, dass ihn nach eigener Bekundung weniger das Phänomen hoher Gesundheit als vielmehr die Frage interessiert, wieso jemand *nicht* erkrankt«. Als Achillesferse seines Paradigmas bezeichnet Antonovsky (1993, S. 6) die Annahme einer Heterostase als Normalzustand: Ungleichgewicht der Kräfte, Not und Tod kennzeichnen eine menschliche Existenz. Zur Verdeutlichung verwendet er wiederholt das Bild eines bewegten Flusses: »Männer und Frauen sind alle in verschiedenen Flüssen, deren Strömungen und Strudel oder andere Gefahrenquellen variieren, aber niemand befindet sich jemals am sicheren Ufer. Kein Fluss ist sehr friedlich.«

Diese pessimistische Sichtweise teilt Antonovsky mit Freud (s. a. Ciompi, 1989): Ein Mensch kann sich dann froh und glücklich schätzen, wenn er einem Unglück entronnen ist und ein Leid vermeiden konnte. Positive Emotionen und Gefühle entstehen dann, wenn Negativa im weitesten Sinne überwunden werden. Freud wie Antonovsky sehen Menschen stets verstrickt im Abwehrkampf gegen Bedrohungen, für den sie viel Energie aufwenden müssen. Festzuhalten ist, dass Fragen des täglichen Lebens und nicht Überlegungen zum Sterben angesprochen sind. Kann ein lebenslanger

Kampf ein Motiv zum Leben sein? Was motiviert Menschen, Negativa zu vermeiden etc.? Ein Vertreter des Homöostase-Konzeptes (z. B. Menninger, 1968) würde argumentieren, dass es das Streben nach Balance, also Homöostase ist (vgl. Berlyne, 1971).

Im euthymen Konzept wird seelische Gesundheit u. a. durch die Fähigkeit gekennzeichnet, sowohl Positiva wie auch Negativa annehmen zu können, also die Zeit der Homöostase genießen und die Belastungen in der Zeit der Heterostase als Herausforderung zu sehen. In das Balance-Modell geht der Aspekt der Homöostase als Gleichgewicht von gesunderhaltenden und krankmachenden Faktoren ein. Entscheidend ist hierbei die Balance, nicht so sehr die Summe z. B. der belastenden Faktoren. Stehen diesen genügend ausgleichende Ressourcen gegenüber, so kann ein Mensch weiterhin gesund und glücklich sein.

5.4 Erikson: Urvertrauen

5.4.1 Kohärenzgefühl und Urvertrauen

Eine thematische Ähnlichkeit des Kohärenzgefühls mit dem Konzept des Urvertrauens drängt sich auf: Erikson (1968, S. 241 ff) entwickelt sein Konzept des Urvertrauens aus der unausgewogenen Homöostase des Neugeborenen (Ernährungsschwierigkeiten, Spannungszustände). Die Mutter – so Eriksons Ideal – kümmert sich fürsorglich und verlässlich um diese Unlustzustände, wobei es weniger auf die Quantität als auf die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung ankommt. Beim Säugling entsteht die Gewissheit, dass ihn die Mutter dann versorgen wird, wenn er Unlustzustände anmeldet. Er kontrolliert also das fürsorgliche Verhalten der Mutter, die damit vorhersagbar wird, und erwirbt die Gewissheit, Einfluss nehmen zu können. Neben diesen Zuwendungen erfährt das Baby erste Versagungen und Verbote. Diese Erziehungsmaßnahmen müssen Eltern so vermitteln, dass sie beim Kind eine tiefe, fast körperliche Überzeugung wecken, dass das, was sie tun, sinnvoll ist.

Neben den drei Aspekten des Kohärenzgefühls von Antonovsky beschreibt Erikson die Entstehung des Urvertrauens, die Entwicklung eines positiv

ausgeprägten Selbstwertgefühls. Ein Kind erfährt nicht nur, dass es sich auf die Pflegeperson verlassen kann, ihm wird gleichzeitig ein starkes Gefühl von eigener Zuverlässigkeit vermittelt. »Hier formt sich die Grundlage des Identitätsgefühls, das später zu dem komplexen Gefühl wird, dass man in Ordnung ist, dass man ein Selbst besitzt, und dass man das Vertrauen der Umwelt rechtfertigt, indem man so wird, wie sie es von einem erwartet.« (Erikson, 1968, S. 243).

5.4.2 Erste Schritte zur seelischen Gesundheit

Das Verhalten des Neugeborenen ist durch lange Schlaf- und kurze Wachphasen gekennzeichnet. Damit ist nur ein schmales Zeitfenster für eine potenzielle Stimulierung vorgegeben, die nahezu ausschließlich auf die Interaktion zwischen Mutter/Vater und Kind beschränkt ist. Neugeborene präferieren bereits Menschen der Präsentation von Objekten und suchen den Kontakt zu Mutter oder Vater. Diese Zuwendung ist als Orientierungsverhalten auf einen externen Reiz zu interpretieren, der mit Aufmerksamkeitslenkung verbunden ist. Wie verhält sich ein Baby in einer positiven Interaktion? Es sucht schon mit sechs Wochen mehr oder weniger zielgerichtet den Blickkontakt zu seiner Bezugsperson, an die es positive Emotionsreaktionen richtet (z. B. Lächeln, Strampeln, vokale Reaktionen und Augenblinzeln). Das Baby animiert also seine Pflegeperson. Wie verhalten sich typischerweise Eltern bei einem gesunden Baby? Sie nutzen die kurze Wachphase, um Kontakt zum Kind aufzunehmen, stellen sich auf seine Reaktionen ein und gestalten den Umgang miteinander positiv (einschmeichelnde Laute, Streicheln, Kitzeln). Das Animationsverhalten des Kindes wird zwar aus Sicht der Pflegeperson von ihr ausgelöst – ein Baby stimuliert aber auch seine Eltern. Eine wechselseitige Kontrolle zugewandten Verhaltens entsteht: Offensichtlich gehört es zum angeborenen Verhaltensrepertoire eines Babys, Interesse für menschliche Gesichter zu zeigen; umgekehrt wollen Eltern Kontakt zu ihrem Baby aufnehmen. Die Basis dafür ist Aufmerksamkeit: Alle Unternehmungen der Eltern entsprechen einem **Aufmerk-**

samkeitstraining. Sie fixieren immer wieder die Aufmerksamkeit des Kindes auf sich, verstärken es für Zuwendung, freuen sich über kleine Regungen und sind glücklich, wenn ihnen ihr Baby all ihre Bemühungen mit einem Lächeln dankt (s. Oerter & Montada, 2002).

Die Bedeutsamkeit der frühen Kindheit wurde vielfach thematisiert. Es erscheint insgesamt eine plausible Annahme zu sein, dass in den ersten Lebensmonaten und Jahren die Grundlage dafür gelegt wird, wie die spätere Selbst- und Weltsicht qualitativ geprägt ist (z. B. Vertrauen vs. narzisstische Störung). Frühe Erfahrungen sind für Individuen unterschiedlich und stabilisieren sich durch wiederholte und vergleichbare Erfahrungen (z. B. Thomas & Chess, 1991; Bowlby, 1975; Relativierung dieser Position durch das Konzept des lebenslangen Lernens, z. B. Schneewind, 1994). Eltern trainieren mit fürsorglichem Pflegeverhalten die Fähigkeit, Aufmerksamkeit zu fokussieren. Es wird später ausgeführt, dass dieses Verhaltensmuster grundlegend für Seelische Gesundheit ist.

In der Neurobiologie wird heute sehr anschaulich beschrieben, dass das menschliche Gehirn dafür geschaffen ist, Regeln zu lernen: Sich wiederholende Verhaltensweisen werden als Regeln gespeichert. Das Baby macht wiederholt erfolgreich die Erfahrung, dass sich seine Mutter als Repräsentantin der Umwelt um seine Belange kümmert. Es lernt damit die Regel: »Ich kann etwas bewirken. Ich kann mich auf die Mutter/Umwelt verlassen.« Aber auch : »Ich kann mit auf mich selbst verlassen.« und »Ich bin in Ordnung.« In diesem Stadium wird auch, wie oben beschrieben, eine grundsätzliche Überzeugung als Regel gelernt, nämlich selber »in Ordnung zu sein«.

5.5 Merkmale der euthymen Therapie

5.5.1 Positiva heilen

Eine landläufige Meinung – zumindest in der älteren Generation – ist, dass Lernen wehtun müsse. Industrienationen gründen auf einer akzeptierten Norm, dass erst die Arbeit, dann das Vergnügen komme (»ora et labora«). In einer eher freudlosen Therapieideologie schließen Therapeut und

Patient ein **Arbeitsbündnis** gegen ein Symptom oder **arbeiten** ein Thema durch. Demzufolge wird Therapie als ein mehr oder weniger schmerzhafter und anstrengender Prozess begriffen. Die Tatsache, dass Therapie so sein kann, wird offensichtlich als Grundlage für eine Therapietheorie generalisiert.

Vor dem Hintergrund des Balance-Modells ist widerspruchsfrei darstellbar, dass Positiva heilen. Wie oben beschrieben, wird die Balance zugunsten von Gesundheit verbessert, Krankheitssymptome oder belastende Ereignisse werden weniger gewichtet und ein Patient sieht sich selber als weniger behandlungsbedürftig. Eng mit dem Balance-Modell verbunden ist die Überzeugung, dass ein Merkmal seelischer Gesundheit das Akzeptieren sowohl von **guten** als auch von **schlechten** Zeiten ist. Die Vorstellung, seelische Gesundheit sei gleichzusetzen mit positivem Befinden, wird damit zurückgewiesen. Auch die Ansätze zum »think positive« werden zwangsläufig als unseriös identifiziert (s. Scheich, 1997).

Eine gewisse Relativierung erfährt dieser Grundsatz durch die empirisch gut gesicherte Tendenz zur positiven Selbstdarstellung. Offensichtlich gibt es so etwas wie einen gesunden Abwehrmechanismus: Positive Aspekte unserer sozialen Umgebung und positive Merkmale der eigenen Person werden akzentuiert positiv hervorgehoben. Gleichzeitig werden Negativa im weitesten Sinne tendenziell geleugnet. Der Unterschied zwischen einer normalen hedonistischen Tendenz und einem steten »think positive« liegt in der Bereitschaft, sich Belastungen zu stellen und Positiva zu genießen – statt sie zu konsumieren.

5.5.2 Akzeptieren von guten und schlechten Zeiten

Aus der analogen Übertragung von rhythmischen Verlaufs- oder Schwingungsmodellen (Solomon & Corbit, 1974; Birbaumer & Schmidt, 1991) zur Bestimmung von Gesundheit und Krankheit ist zu erwarten, dass den Zeiten des Wohlbefindens Zeiten negativer Befindlichkeit folgen werden. Dieser Wechsel von Auf und Ab ist allgemein bekannt. Es scheint lebenspraktisch sinnvoll und theoretisch weiterführend zu sein, diesen Wechsel

als gegeben anzunehmen und in ein Konzept der seelischen Gesundheit zu integrieren: Seelische Gesundheit würde bedeuten, dass man die Zeiten des Wohlbefindens annehmen und genießen kann, gleichzeitig aber auch Phasen akzeptiert (und nicht leugnet), in denen Probleme größerer oder kleinerer Art vorherrschen, die überwiegend durch niedergedrückte Stimmung gekennzeichnet sind. Allerdings müssen gute und schlechte Zeiten in einer dem Individuum vertrauten Balance geordnet sein.

Seelische Gesundheit spiegelt sich also nicht im kontinuierlichen Wohlbefinden wider, sondern in der Akzeptanz des Wechsels von guten und schlechten Zeiten. Mit der Akzeptanz der positiven Seiten wird Genussfähigkeit oder Freude am Leben zugänglich, während in den negativen Phasen Fähigkeiten wie Selbstbehauptung, Bewältigungsfähigkeit oder auch Beharrlichkeit und Optimismus gefordert sein können. Ernst (1995) beschreibt die vielfältigen rhythmischen Prozesse im körperlichen und seelischen Erleben. Mit der Metapher von der Weisheit des Körpers fordert Ernst, rhythmische Prozesse zu beachten: Gegen den Körperrhythmus zu leben bedeutet eine zusätzliche Belastung; Mitschwingen führt eher zum Wohlbefinden.

5.5.3 Hedonistische Nische

Eine hedonistische Nische ist ein Ort des euthymen Erlebens und Verhaltens. Dieser Ort kann räumlich (z. B. das eigene Zimmer) oder geistig definiert sein. Eine geistige Nische wird durch eine bewusste konzentrierte Anstrengung eröffnet (Versenken in eine Tätigkeit, z. B. Lesen, Tagtraum, Selbstkommunikation). Sie entsteht im Wesentlichen durch Aufmerksamkeitslenkung. Räumliche Nischen werden nach den eigenen Vorlieben ausgestaltet (vgl. Mehrabian, 1976; Csikszentmihalyi & Rochberg-Halton, 1989) und sind mit Gegenständen positiver Valenz ausgestattet. Diese präsentieren entweder Vorlieben z. B. Farbe und Gestaltung eines Raumes, Hobbies (z. B. Staffelei zum Malen), positive Erinnerungen (z. B. Mitbringsel, Fotos aus dem Urlaub) etc. Solche Ausstattungsgegenstände können als diskriminative Reize für positiv besetzte Erinnerungen aufgefasst werden.

Funktionen hedonistischer Nischen:

- Ort der Ruhe, Entspannung, des Rückzugs
- private Welt
- realisieren zentraler Lebenspläne und Werte
- autonome Bestimmung der Verhaltensabläufe
- Lebensentwürfe realisieren
- Ort der Phantasien und der Träume
- Ort für Feste, Begegnungen.

5

Eine besondere Bedeutung erhalten bei Kindern jene Objekte, die entweder direkt als Schmusetücher bzw. Kuscheltiere eingeschätzt werden oder aber deren funktionale Abkömmlinge sind. In einem Kinderkrankenhaus ist die Funktion dieser Schmusetücher besonders gut zu sehen: Kinder staffieren ihren persönlichen Raum um das eigene Bett mit Objekten aus, die ihnen Vertrautheit, Ruhe und Sicherheit etc. vermitteln. Diese Objekte sind auch bei Erwachsenen, wenn auch z. T. in sehr versteckter Form, wiederzufinden (z. B. die alte Strickjacke, die nicht weggeworfen werden darf). Gesunde Personen verfügen über hedonistische Nischen, wobei ihnen bewusst ist, dass Werte und Normen ihrer Nische nicht mit denen des öffentlichen Raums übereinstimmen müssen. Viele Patienten verfügen über Nischen, ihnen ist z. T. ihre Funktion aber nicht bewusst bzw. sie können diese Nischen nicht genießen. Andere Patienten wiederum schaffen es nicht, sich selber solche Räume des Wohlbefindens einzurichten. Sie trennen mitunter nicht zwischen einer privaten Nische und der öffentlichen Welt, und sie stellen Erwartungen an die öffentliche Welt, die in einer Nische entstanden sind. Diese oft unerfüllbare Erwartung muss schmerzlich scheitern.

5.5.4 Euthyme Interventionen

Euthyme Therapie gründet auf der Förderung sinnlicher Wahrnehmung sowie auf spezifischen kognitiven Interventionen. Das zentrale Verfahren der euthymen Therapie ist die *Kleine Schule des Genießens*¹ (Lutz & Koppenhöfer, 1983; vgl. auch ► Kap. 11). Zu Beginn des Programms werden zunächst sog. Genussregeln vorgestellt (z. B. Genuss braucht Zeit). Diese sind keine vorschreibenden, sondern Wenn-Dann-Regeln: Wenn ich genießen

will, dann muss ich mir hierfür Zeit nehmen. Diese Regeln sind als Anleitungen zu verstehen, die im Rahmen einer Therapie immer wieder erläutert werden. Sie geben Anlass, über Lebensregeln nachzudenken und Oberpläne in Frage zu stellen: Darf sich ein Patient ein gutes Leben erlauben? In den folgenden fünf Sitzungen werden nacheinander für jeden der fünf Sinne Materialien dargeboten. Die Patienten werden gebeten, die Materialien zu erkunden, auszuprobieren und auf sich wirken zu lassen. Sie sollen das aussuchen, was ihnen in diesem Augenblick angenehm ist. Zwischen den Sitzungen sind die Patienten gehalten, ihre Umwelt zu erkunden und positive Sinnesanregungen zu entdecken.

In der Insel-Imagination (Hoch, Lutz & Nifosi, 1999) nennen Patienten Attribute, die sie in einer späteren Imagination wiederfinden wollen. So werden z. B. ein weicher Sandstrand oder ein klares Wasser als Attribute einer gemeinsamen Entspannungssitzung gewünscht. Der Therapeut leitet die Imagination an und führt die Patienten anschließend in einem Bild durch die genannten Orte (z. B. vom Strand, durch eine Wiese zu den Bergen, zurück durch ein Wäldchen wieder zum Strand). Danach werden die Patienten gebeten, zu dem Platz zu gehen, der ihnen am besten gefällt, dort mit allen Sinnen die Eindrücke aufzunehmen, die Ruhe zu genießen etc. Dieses Vorgehen wurde für Schmerzpatienten entwickelt: Sie erleben in der Imagination, wie sie schmerzfrei laufen und durch Entspannung etwas gegen Schmerzen tun können. Diese Übung ist zudem für alle Gruppen angezeigt, deren Kohäsion gestärkt werden soll.

Darüber hinaus gibt es weitere Einzelverfahren:

- Tagesplanung, Pausen etc.
- Einrichten von hedonistischen Nischen
- Verstärkerbilanz kontrollieren
- in Imaginations- und Entspannungsverfahren auf Genuss hinweisen
- soziale Kontakte aufbauen und pflegen
- Geschichten erzählen, singen (insbesondere bei älteren Patienten)

¹ Ein Manual kann beim Autor angefordert werden.

5.5.5 Metaziel: Selbstfürsorge

Unter kognitiven Gesichtspunkten ist Selbstfürsorglichkeit als Oberplan aufzufassen: Die beiden für das euthyme Konzept wichtigen antagonistischen Verhaltensweisen – genießen und asketisch sein – werden durch das übergeordnete Regulationsprinzip der Selbstfürsorglichkeit aufeinander bezogen. Durch Selbstfürsorge als erlernte Steuerungskompetenz sensu Kanfer (1975, Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) wird u. a. geregelt, wann, wie und was genossen wird, wann es genug ist und wann bzw. wie lange Enthaltbarkeit, Belastung bzw. Anstrengung sinnvoll und gut für den Einzelnen ist. Die Erlaubnis zur Arbeit liegt bei den meisten Menschen vor, nicht aber die Erlaubnis zum guten Leben. Dies zu vermitteln, ist ein übergeordnetes Ziel der euthymen Therapie.

Eine Besserung auf der Symptomebene (z. B. Angstreduktion) ist mit störungsspezifischen Verfahren sicher und mit substanziellem Effekt erreichbar (z. B. Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Werden in Evaluationsstudien Skalen zur Selbstfürsorge aufgenommen, dann verändern sich diese nur marginal, die Effekte störungsspezifischer Skalen dagegen sind hoch (z. B. Bernhard, Kupka & Lutz, 2000; 2001). Solche Befunde legen den Schluss nahe, dass Patienten ihre Symptome relativ unproblematisch überwinden können. Ungleich schwieriger dagegen ist die Änderung der Einstellung des Patienten hin zu positiven Oberplänen zu erlangen. (Ich bin es wert, dass es mir gut geht. Mir steht ein gutes Leben zu.) Viele Patienten sind überrascht, wenn mit ihnen das Ziel Fürsorglichkeit thematisiert wird: Sie sollen lernen und erfahren, was ihnen gut tut, sich Mut machen und sich auch für kleine Erfolge zu belohnen. Solche Ziele sind zwar naheliegend und einsichtig. Sie können aber Ambivalenz auslösen und im Widerspruch zu Verbotsregeln stehen und können von Patienten mitunter nur schwierig umgesetzt werden.

tegien unterstreichen. Niebel (1981) verglich in einer gut kontrollierten Studie die Auswirkungen eines konfrontativen Ansatzes und eines Wohlfühlprogramms auf ängstliche Patienten. Beide Therapiestrategien waren im Vergleich zu zwei Kontrollgruppen in ihrer therapeutischen Effektivität überlegen; beide Behandlungsprogramme unterschieden sich aber kaum hinsichtlich ihrer Effektivität. Wenn sie sich unterschieden, dann zugunsten der Wohlfühlgruppe. Figge (1982) untersuchte den Effekt einer verhaltenstherapeutischen Dramatherapie auf Sozialphobiker. Auch hier konnte er einen hohen signifikanten Therapieeffekt beobachten, ohne jemals eine Konfrontation im engeren Sinne durchgeführt zu haben (zur Bedeutung dramatherapeutischer Ansätze siehe auch Bielanska, Cechnicki & Stark, 1999).

Grundsätzlich wurde die Evaluation der *Kleinen Schule des Genießens* durch das Fehlen geeigneter Evaluationsinstrumente zur Abbildung spezifischer positiver Effekte erschwert. Mit dem Konzept der konkurrierenden Itemformate wurden diese Probleme aber schließlich behoben (Lutz, 1991; 1998). Ein Überblick über die bisher vorliegenden Studien (Lutz & Struve, 2003, Lutz & Wolf, 2007) zeigt, dass die *Kleine Schule des Genießens* insbesondere folgende Effekte bewirkte:

Effekte der Kleinen Schule des Genießens:

- Anstieg der Skalenwerte von Indikatoren bezüglich Gesundheit:
 - positive Stimmung
 - positive Selbstbeschreibung
 - seelische Gesundheit
- Abnahme der Skalenwerte von Indikatoren bezüglich Krankheit:
 - Depression
 - Angst
 - Neurotizismus

5.6 Empirische Befunde zur Wirkung euthymer Strategien

Es liegen bereits aus den 80-er Jahren Befunde vor, die den therapeutischen Nutzen euthymer Stra-

Keine Veränderung wurde im euthymen Verhalten bei stationär behandelten Alkoholpatienten im Vergleich zu den Patienten des Routineprogramms beobachtet. Dieses Ergebnis war zwar nicht erwartet, ist im Nachhinein aber gut erklärbar: Euthymes

Verhalten steigt bei allen Patienten in einem stationären Setting an, auch wenn keine Genussgruppe angeboten wird (Bernhard, Kupka & Lutz, 2000). Neben quantitativen Untersuchungsdaten liegen Schilderungen der Effekte der *Kleinen Schule des Genießens* aus den unterschiedlichsten Verwendungszusammenhängen vor.

Effekte der Kleinen Schule des Genießens:

- In den Genussgruppen stellen sich psychiatrische Patienten z. T. völlig anders dar als in störungsspezifischen Gruppen. In den Gesamtkonferenzen ergibt sich damit z. T. ein sehr viel positiveres Bild (Unrein, 2006).
- Gerade in psychiatrischen Einrichtungen weckt die Kleinen Schule des Genießens Motivationen zur Therapie (Haupt, Lutz, Lebershausen & Czegalla, 1991; Stör, Kunze, Bechstaett & Toepfel-Reinhard, 1999).
- Die Stationskultur ändert sich nachhaltig: Nicht nur der Pflegedienst legt größeres Gewicht auf Ausstattung der Gemeinschaftsräume und der Zimmer, auch die Patienten selber gehen sorgfältiger mit dem Mobiliar um, beginnen zu dekorieren, fügen jahreszeitlichen Schmuck ein etc.
- Dem Pflegedienst fällt auf, dass psychiatrische Patienten mehr auf sich achten, sich z. B. besser anziehen, oder dass sich weibliche Patienten schminken (Unrein, 2006).
- Von allen Anwendern wird berichtet, dass die Teilnahme sehr regelmäßig ist, Fehlzeiten vergleichsweise gering sind und die Teilnehmer interessiert und aktiv mitarbeiten.

Abschließend soll auf eine Besonderheit aus therapeutischer Sicht hingewiesen werden. Wahle und Bischoff (1999, S. 113) berichten über die Durchführung von Genussgruppen: »... dass wir selbst unser Leben deutlich genussvoller gestalten. Wir sind immer wieder über die Vielfalt der Sinneseindrücke der Patienten überrascht. Jede Durchführung einer Genussgruppe stellt auch für uns eine Bereicherung dar.«

Literatur

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke, M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit* (S. 3-14). Tübingen: dgvt.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit* (Bd. 1). Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1998). Die Salutogenesetheorie von Antonovsky: Eine wirklich neue, empirisch abgesicherte, zukunftsweisende Perspektive? In J. Margraf, J. Siegrist, S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 13-25). Heidelberg: Springer.
- Berlyne, D. E. (1971). *Aesthetics and psychobiology*. New York: Appleton Century Crofts.
- Bernhardt, J. A. (1985). *Humor in der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz.
- Bernhard, P., Kupka, U. & Lutz, R. (2000). Effekte stationärer Verhaltenstherapie. Studie der verhaltenstherapeutischen Abteilung der Hardtwaldklinik II. Marburger Gesundheitsstudien V. In M. Bassler (Hrsg.), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Contra* (S. 44-57). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bernhard, P., Kupka, U. & Lutz, R. (2001). Katamnese-Effekte stationärer Verhaltenstherapie. In M. Bassler (Hrsg.), *Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie* (S. 11-31). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bielanska, A., Cechnicki, A. & Stark, F.-M. (1999). Dramatherapie und ihre Bedeutung für den Rehabilitationsprozess schizophrener Patienten. In R. Lutz, N. Mark, U. Bartmann, E. Hoch, F. M. Stark (Hrsg.), *Beiträge zur Euthymen Therapie* (S. 213-225). Freiburg: Lambertus.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R.F. (1991): *Biologische Psychologie*. Berlin Springer.
- Bleuler, E. (1916). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Heidelberg: Springer.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Braun, L. (2002). Salutogenese: Bisher nur Schattendasein. *Ärzteblatt, Ausgabe Juli 2002*, 296.
- Ciampi, L. (1989). *Affektlogik: Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenie-Forschung*. Stuttgart:
- Costa, P.T. & McCrae, P.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Csikszentmihalyi, M. & Rochberg-Halton, E. (1989). *Der Sinn der Dinge. Das Selbst und die Symbole des Wohnbereichs*. München: PVU.

- Dollard, J. & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy. An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw Hill.
- Dumbs, F. (1999). Humor – eine lustvolle Schubkraft in der Therapie. In R. Lutz, N. Mark, U. Bartmann, E. Hoch, F.-M. Stark (Hrsg.), *Beiträge zur Euthymen Therapie* (S. 235-257). Freiburg: Lambertus.
- Erikson, E. H. (1968). *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett.
- Ernst, H. (1995). *Die Weisheit des Körpers*. München: Piper.
- Figge, P. (1982). *Dramatherapie bei Kontaktstörungen*. München: Kösel.
- Franke, A. (1993). Die Unschärfe des Begriffs „Gesundheit“ und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit* (S. 15 – 34). Tübingen: dgvt.
- Franke A. (1994). Praxisrelevante Grundgedanken des Salutogenese-Konzeptes. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese: Ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Kongressband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (S. 27-31). Frankfurt a. M.: Verlag für Akademische Schriften.
- Franke, A., Mohn, K., Sitzler, F., Wellbrink, & Witte, M. (2001). Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren. Weinheim: Juventa.
- Frankl, V. E. (1973). *Der Mensch auf der Suche nach Sinn: Zur Rehumanisierung der Psychotherapie*. Freiburg: Herder.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130 – 145.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hambrecht (1986). Krankheitskonzepte als Paradigmata in der Psychologie. *Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 36, 58-63.
- Haupt, H. J., Lutz, R., Lebershausen, L. & Czegalla, U. (1991). Euthyme Behandlungsstrategie bei Schizophrenen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 16, 300-303.
- Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of stress*. Washington, DC: Hemisphere.
- Hoch, E., Lutz, R. & Nifosi, G. (1999). Ein positives Bild verbindet – Schmerztherapie und positive Imagination. In R. Lutz, N. Mark, U. Bartmann, E. Hoch, F.-M. Stark (Hrsg.), *Beiträge zur Euthymen Therapie* (S. 137-147). Freiburg: Lambertus.
- Kanfer, F. H. (1975). Self-management methods. In F. H. Kanfer, A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change*. (309-355). New York: Pergamon Press.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (Hrsg.). (1996). *Selbstmanagement*. (2. Aufl.). Heidelberg, New York: Springer.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Larsen, R. J., Diener, E. & Emons, R. (1986). Affect intensity and reactions to daily life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 803-814.
- Lutz, R. (1983). Genuß und Genießen. In R. Lutz (Hrsg.), *Genuß und Genießen* (S. 11-18). Weinheim: Beltz.
- Lutz, R. (1991). Vorhersagbarkeit der Interkorrelation psychosymmetrischer Skalen. *Psychologische Beiträge*, 33, 47-61.
- Lutz, R. (1998). *Indikatoren von Gesundheit und Krankheit: Zur Bedeutung des Itemformats*. In J. Margraf, J. Siegrist, S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 85-99). Heidelberg: Springer.
- Lutz, R. (2000). *Euthyme Therapie*. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen) (S. 447-464). Heidelberg: Springer.
- Lutz, R., Herbst, M., Iffland, P. & Schneider, J. (1998). Möglichkeiten der Operationalisierung des Kohärenzgefühls von Antonovsky und deren theoretische Implikationen. In J. Margraf, J. Siegrist, S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 171-185). Heidelberg: Springer.
- Lutz, R. & Koppenhöfer, E. (1983). Kleine Schule des Genießens. In R. Lutz (Hrsg.), *Genuß und Genießen. Zur Psychologie genussvollen Erlebens und Handelns*. (S. 112-125). Weinheim: Beltz.
- Lutz, R. & Mark, N. (Hrsg.) (1995). *Wie gesund sind Kranke?* Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, R. & Struve, M. (2003). *20 Jahre »Kleine Schule des Genießens« – Erfahrungen und Ergebnisse*. Tübinger Symposium zur Prävention, Psychologisches Institut der Eberhard Karls Universität, 27. bis 29. März 2003.
- Lutz, R. & Wolf, H. (2007). *Therapeutische Effekte euthymer Interventionen*. Zur Publikation in Vorbereitung.
- Maercker, A. (1998). Kohärenzsinn und persönliche Reifung als salutogenetische Variablen. In J. Margraf, J. Siegrist, S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 187-199). Heidelberg: Springer.
- Margraf, J., Siegrist, J. & Neumer, S. (Hrsg.). (1998). *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Heidelberg: Hogrefe.
- Mehrabian, A. (1976). *Räume des Alltags oder wie die Umwelt unser Verhalten bestimmt*. Frankfurt: Campus.
- Menninger, K. (1968). *Das Leben als Balance: Seelische Gesundheit und Krankheit im Lernprozess*. München: Kindler.
- Niebel, G. (1981). *Asymptomatische Verhaltenstherapie bei ängstlichen Kurpatienten*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Noack, H., Bachmann, N., Oliveri, M., Kopp, H. G. & Udris, I. (1991). *Fragebogen zum Kohärenzgefühl. Autorisierte Übersetzung des "Sense of Coherence Questionnaire" von Antonovsky (1987)*. Universität Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Novak, P. (1998). Salutogenese und Pathogenese: Komplexität und Abgrenzung. In J. Margraf, J. Siegrist, S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 27-39). Heidelberg: Springer.
- Oerter, R. & Montada, L. (2002). *Entwicklungspsychologie*. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz PVU.
- Röhrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: Beltz PVU.

- Rosenbaum, M. (1990). *Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptive behavior*. New York: Springer.
- Scheich, G. (1997). *Positives Denken macht krank. Vom Schwindel mit gefährlichen Erfolgsversprechen*. Frankfurt a. M.: Eichborn.
- Schneewind, K. (1994). Persönlichkeitsentwicklung im Kontext von Erziehung und Sozialisation. In K. A. Schneewind (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Psychologie der Erziehung und Sozialisation*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology, a user's portfolio. Causal and control beliefs* (p. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Seligman, M. E. P. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Solomon, R. L. & Corbit, J. D. (1974). An opponent-process theory of motivation. I. Temporal dynamics of affect. *Psychological Review*, 81, 119-145.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung*. Tübingen: dgvt.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA.: Consulting Psychologists Press.
- Stör, K. W., Kunze-Bechstaett, I. & Hoepfl-Reinhard, M. (1999). Darf Therapie Spaß machen? Genussgruppe mit schizophrenen Patienten auf einer soziotherapeutischen Station. In R. Lutz, N. Mark, U. Bartmann, E. Hoch, F.-M. Stark (Hrsg.), *Beiträge zur Euthymen Therapie* (S. 115-127). Freiburg: Lambertus.
- Thomas, A. & Chess, S. (1991). Temperament and the concept of goodness in fit. In J. Strelau, A. Angleitner (Eds.), *Explorations in temperament* (pp. 15-28). Göttingen: Hogrefe.
- Unrein (2006). Beobachtung von therapeutischen Effekten der *Kleinen Schule des Genießens*. Mündliche Mitteilung.
- Wahle, B. & Bischoff, H. (1999). Denken und Wohlbefinden, Betonung kognitiver Elemente im Genußprogramm. In R. Lutz, N. Mark, U. Bartmann, E. Hoch, F.-M. Stark (Hrsg.), *Beiträge zur Euthymen* (S. 97-114). Freiburg: Lambertus.
- Weiner, H. (1978). The illusion of simplicity. The medical model revisited. *American Journal of Psychiatry*, 135, 27-33.
- Zerssen, D. v., Türck, D. & Hecht, H. (1998). Saluto- und pathogenetische Ansätze – Zwei Seiten derselben Medaille. In J. Margraf, S. Siegrist, S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 41-47). Heidelberg: Springer.

Mindfulness-based therapy: Achtsamkeit vermitteln

Thomas Heidenreich, Katrin Junghanns-Royack u. Johannes Michalak

- 6.1 Achtsamkeit – 70**
- 6.2 Achtsamkeit und Wohlbefinden – 71**
- 6.3 Therapeutische Ansätze zur Vermittlung von Achtsamkeit – 72**
 - 6.3.1 Mindfulness-based stress reduction (MBSR) von Kabat-Zinn (1990) – 73
 - 6.3.2 Mindfulness-based cognitive therapy for depression (MBCT) von Segal, Williams & Teasdale (2002) – 76
- 6.4 Konkrete Vermittlung von Achtsamkeit – 78**
 - 6.4.1 Therapeutische Haltung – 79
 - 6.4.2 Formelle Achtsamkeitsübungen – 79
 - 6.4.3 Informelle Achtsamkeitsübungen – 79
- 6.5 Fazit – 80**
- Literatur – 81**

6.1 Achtsamkeit

Verfahren zur Vermittlung von Achtsamkeit entstammen östlichen meditativen Traditionen, die über sehr lange Zeiträume verschiedene Methoden zur Förderung von Achtsamkeit entwickelt haben. Meditation allgemein wurde in unterschiedlichen Kontexten und von unterschiedlichen Autoren definiert. Als ein Beispiel mag die Definition von Walsh und Shapiro (2006) dienen, in der bereits das in diesem Buch zentrale Thema »Wohlbefinden« als ein wesentliches Ziel achtsamkeitsbasierter Verfahren angesprochen wird:

Definition

Der Begriff Meditation bezieht sich auf eine Familie selbstregulatorischer Praktiken, die Aufmerksamkeit und Bewusstheit trainieren, um mentale Prozesse unter stärkere freiwillige Kontrolle zu bekommen und damit **allgemeines Wohlbefinden** und Entwicklung und/oder spezifische Fertigkeiten wie Ruhe, Klarheit und Konzentration zu fördern (Walsh & Shapiro, 2006, S. 228 f; Übers. und Hervorhebung: T.H.).

Obwohl diese Definition das für viele meditative Verfahren zentrale Paradox des »Gewinnens von Kontrolle durch das Loslassen von Kontrolle« nicht aufgreift, haben wir sie als Einstieg gewählt, weil sie auf der einen Seite die für Meditation wesentlichen Übungen kurz charakterisiert und auf der anderen Seite das für dieses Buch zentrale Wohlbefinden als erwünschte Konsequenz beschreibt. Gleichzeitig klingt an, dass dieses allgemeine Wohlbefinden durch Haltungen wie Ruhe, Klarheit und Konzentration gefördert wird. Im Weiteren möchten wir zunächst einen Überblick geben, was unter dem Prinzip »Achtsamkeit« zu verstehen ist und welche psychotherapeutischen Verfahren sinnvoll sind, um Achtsamkeit zu fördern. In einem weiteren Schritt wird darauf eingegangen, inwiefern Achtsamkeit dazu beitragen kann, sich dem Therapieziel (und Lebensziel) Wohlbefinden anzunähern.

Achtsamkeit bezeichnet ein traditionell buddhistisches Meditationsprinzip. Dementsprechend finden sich sämtliche Elemente der o. g. Definition von Meditation auch für Achtsamkeit – diese lässt sich jedoch noch spezifischer fassen: Kabat-

Zinn (1990) definierte Achtsamkeit als Lenkung der Aufmerksamkeit auf den augenblicklichen Moment (»present moment«), die durch Absicht gekennzeichnet (»on purpose«) und nicht-wertend (»non-judgemental«) ist. Die Hier-und-Jetzt-Erfahrung bestimmt demnach die Aufmerksamkeit, d.h. man ist im »Kontakt« mit dem gegenwärtigen Augenblick (»wenn ich esse, dann esse ich«) – Körper und Geist sollen in Übereinstimmung gebracht werden, d.h. der Geist eilt dem Körper nicht voraus oder hinkt ihm nach (z. B. ohne Bewusstheit dafür beim Essen an die Sitzung von morgen denken).

Definition

Achtsamkeit bedeutet, die eigene Aufmerksamkeit absichtsvoll und nicht-wertend auf das bewusste Erleben des augenblicklichen Moments zu richten.

Das achtsame Erleben einer Situation unterscheidet sich demnach deutlich von der »alltäglichen« Verfassung unserer Aufmerksamkeit, die nach Kabat-Zinn (1990) häufig durch den sog. »Autopilotenmodus« charakterisiert ist. Dieser Modus ist dadurch gekennzeichnet, dass die Umgebung und die aktuellen Empfindungen zugunsten von Gedanken, Phantasien und Abschweifungen so gut wie gar nicht zur Kenntnis genommen werden und das Handeln halb bewusst und automatisiert abläuft. Plastisch stellt es Thich Nhat Hanh (2002) folgendermaßen dar:

Sei immer achtsam, wenn Du einatmest, und achtsam, wenn Du ausatmest. Wenn Du tief einatmest, dann wisse ‚ich atme tief ein‘, und wenn Du tief ausatmest, dann wisse ‚ich atme tief aus‘. Wenn Du kurz einatmest, dann wisse ‚ich atme kurz ein‘, und wenn Du kurz ausatmest, dann wisse ‚ich atme kurz aus‘.

(Sutra des bewussten Atmens).

Durch eine absichtsvolle Aufmerksamkeitslenkung »besinnt« man sich immer wieder darauf, in allen Lebenslagen eine achtsame Haltung einzunehmen und den gegenwärtigen Augenblick zu erleben – auch wenn sich das auf dem Hintergrund des »Autopiloten« oftmals nicht ohne Hindernisse gestaltet. Indem Ereignisse, so gut es geht, nicht vorschnell in Kategorien wie erwünscht/unerwünscht

oder angenehm/unangenehm etc. eingeordnet werden, soll außerdem eine nicht-wertende Haltung eingenommen werden. Wichtig dabei ist, dass Achtsamkeit keine Fertigkeit ist, die nur Menschen mit einem buddhistischen oder spirituellen Hintergrund offen steht. Sie ist eine Fertigkeit, die letztlich von allen Menschen praktiziert werden kann (unabhängig von deren religiösen oder weltanschaulichen Haltung), solange sie sich darauf einlassen und sie in das eigene Leben zu integrieren versuchen. Eine rein gedankliche und distanziert-beachtende Herangehensweise und damit intellektuelle Annäherung ist dabei nicht ausreichend, auch wenn sie natürlich im Rahmen der folgenden Abhandlungen dominieren wird. Eine der häufig beschriebenen Konsequenzen einer achtsamen Haltung liegt in einer stärkeren »Gelassenheit« (vgl. unten).

! Achtsamkeit ist eine Fertigkeit, die allen Menschen offen steht und die von jedermann praktiziert werden kann – unabhängig vom religiösen oder spirituellen Hintergrund. Mit Hilfe dieses Prinzips sollen Körper und Geist in Übereinstimmung gebracht werden, d. h. Körper und Geist eilen einander nicht voraus und hinken einander auch nicht nach.

6.2 Achtsamkeit und Wohlbefinden

Die für dieses Kapitel zentrale Frage lautet, inwiefern die Vermittlung von Achtsamkeit das Wohlbefinden fördern kann. Wir wollen uns dieser Frage zunächst auf theoretischer Ebene annähern und im Anschluss daran einige Studien vorstellen, die sich dieser Frage empirisch angenommen haben.

Betrachtet man die oben dargestellte Definition von Achtsamkeit von Kabat-Zinn, dann wird deutlich, dass die Annahme, dass Achtsamkeit das Wohlbefinden fördern solle, sehr stark von der gewählten Definition des Begriffs »Wohlbefinden« (vgl. die weiteren Kapitel dieses Buches) abhängt: Da Achtsamkeit häufig dazu führt, dass auch unangenehme Empfindungen intensiv erlebt werden, ist diese Annahme auf dem Hintergrund komplexer Modelle des Wohlbefindens (z. B. Ryff, 1989) gut begründbar. Mit anderen Worten: Un-

ter einer Achtsamkeitsperspektive erhalten auch Zustände von Leid ihre Würde und werden als prinzipiell kompatibel mit einer tieferen Form von Wohlbefinden betrachtet. Wie aber lässt sich eine solch tiefere Form von Wohlbefinden näher beschreiben?

Ekman, Davidson, Ricard und Wallace (2005) beschäftigen sich in einem neueren Artikel mit Unterschieden zwischen buddhistischen und psychologischen Perspektiven des Wohlbefindens. Diese Betrachtungen sind hier von besonderer Relevanz, da der systematischen Entwicklung von Achtsamkeit aus buddhistischer Sicht eine wesentliche Rolle für die Entwicklung von Wohlbefinden zukommt (Dalai Lama & Cutler, 1998). Den Kern buddhistischer Auffassungen zum Wohlbefinden bildet eine sehr zentrale Unterscheidung zweier unterschiedlicher Quellen von Wohlbefinden: Zum einen ist mit diesem Begriff ein affektiver Zustand gemeint, der durch angenehme sensorische, ästhetische und intellektuelle Stimulation entsteht; zum anderen wird mit diesem Begriff ein Zustand beschrieben, der durch psychische Balance und Einsicht in die Natur der Realität gekennzeichnet ist (»Sukha«). Ziel ist es dabei nicht, die erste Form des Wohlbefindens zu erlangen, die von äußeren Umständen abhängig ist, sondern Sukha als tiefere Form des Wohlbefindens zu kultivieren. Sukha zu erreichen, gilt im Allgemeinen als schwierig, da es ein dauerhaftes und intensives Training der Achtsamkeit voraussetzt. In diesem Zusammenhang weisen Ekman et al. (2005) darauf hin, dass mit Ausnahme der Arbeit von Seligman (2002) die westlich geprägte Psychologie kaum Anstrengungen unternommen hat, positive Aspekte des Geistes unabhängig vom Auftreten psychopathologischer Symptome zu verstehen bzw. zu kultivieren (vgl. a. Styron, 2005).

! Zentrales Element buddhistischer Auffassungen ist Sukha, eine tiefere Form des Wohlbefindens, dessen Erreichung dauerhaftes und intensives Training der Achtsamkeit verlangt und die durch eine psychische Balance und Einsicht in die Natur der Realität charakterisiert ist. Damit erhalten auch unangenehme Zustände von Leid ihre Würde und werden als prinzipiell kompatibel mit dieser tieferen Form von Wohlbefinden betrachtet.

Wie kann nun die Entwicklung dieser tieferen Form von Wohlbefinden aussehen, und welche Rolle kann Achtsamkeit dabei spielen? Unterschiedliche Aspekte dürften hier von Bedeutung sein: Grundlegend ist, dass der achtsame Umgang mit dem Gegenwärtigen uns ermöglichen kann, mit der »wunderbaren« Qualität des gegenwärtigen Augenblicks in Kontakt zu kommen. Dabei muss wunderbar nicht leidfrei bedeuten, sondern meint eine direkte erfahrungsmäßige Erkenntnis des Einzigartigen und Unwiederbringlichen jeden Augenblicks. In der klinischen Literatur über Achtsamkeit wird auch immer wieder ein weiterer Aspekt genannt, der eng mit Wohlbefinden verbunden sein dürfte: Achtsamkeit kann uns ermöglichen, unsere automatisierten Denk- und Verhaltensschemata in den Fokus unseres Bewusstseins zu bringen und damit – Stück für Stück – ihre handlungsbestimmende Funktion abzuschwächen. Achtsamkeit kann also dabei helfen, ungünstige Geisteszustände frühzeitig zu erkennen und aus ihnen »auszusteigen«. Dies dürfte einen »weiseren« Umgang mit mir (meinen Gedanken, Gefühlen und Handlungstendenzen), mit meiner sozialen Umwelt (mit ihren Gedanken, Gefühlen und Handlungstendenzen), aber auch mit der »nicht sozialen« Umwelt (z. B. mit ihren natürlichen und materiellen Ressourcen) ermöglichen.

Welche Evidenzen liegen derzeit vor, dass das Training von Achtsamkeit mit einer Erhöhung von Wohlbefinden verbunden ist?

Carmody und Baer (2008) untersuchten die Auswirkungen von »mindfulness-based stress reduction« (MBSR) auf Wohlbefinden und Lebensqualität (vgl. ► Abschn. 6.3.1). Zur Erfassung des Wohlbefindens wurden die »Scales of Psychological Well-Being« (Ryff & Keyes, 1995) eingesetzt, die u. a. Selbstakzeptanz, positive Beziehungen mit anderen, Autonomie und Lebensinn als Indikatoren für Wohlbefinden einsetzen. Verglichen mit einer Kontrollgruppe zeigte sich in der MBSR-Bedingung ein hoch signifikanter Anstieg des Wohlbefindens, der mit einer Effektstärke von $d = .77$ im mittleren bis starken Bereich anzusiedeln ist. Darüber hinaus konnten einige weitere Studien zeigen, dass psychologische Variablen, die mit Wohlbefinden im Zusammenhang stehen, durch Achtsamkeitstraining günstig beeinflusst werden:

- Andresen (2000) berichtete diesbezüglich, dass Meditation zu einer Reduktion der Traitangst führte;
- Travis, Arenander und DuBois (2004) konnten zeigen, dass sich durch Achtsamkeitsübungen eine erhöhte emotionale Stabilität ergab (gemessen mit Standard-Persönlichkeitsfragebögen);
- Williams, Kolar, Reger und Pearson (2001) konnten in einer kontrollierten Studie an 59 gesunden Probanden zeigen, dass die Teilnahme an einem MBSR-Programm (vgl. unten) zu einer Reduktion des alltäglichen Stresserlebens und zu einem Absinken psychischer und körperlicher Symptombelastung führte.

Auch wenn sämtliche hier berichteten Variablen nur eingeschränkt mit Wohlbefinden in Verbindung gebracht werden (und damit auch die Achtsamkeitsforschung den von Ekman et al. (2005) angemahnten Paradigmenwechsel in Richtung Erfassung von positiven Geisteszuständen noch nicht vollzogen hat), scheint uns die vorläufige Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass das Einüben von Achtsamkeit zu einer Erhöhung des Wohlbefindens führt.

6.3 Therapeutische Ansätze zur Vermittlung von Achtsamkeit

In diesem Abschnitt wollen wir Ansätze vorstellen, die sich das Ziel gesetzt haben, Achtsamkeit im therapeutischen Kontext zu fördern. Es ist evident, dass sich nicht alle Aspekte von Achtsamkeit »bruchlos« mit sämtlichen therapeutischen Auffassungen verbinden lassen. Dennoch sind wir der Meinung, dass Achtsamkeit eine wichtige Bereicherung der therapeutischen Vorgehensweisen darstellen kann. Einzelne therapeutische Ansatzpunkte unterscheiden sich erheblich in dem Ausmaß, mit dem Achtsamkeitsprinzipien in die Behandlung integriert werden. Diese lassen sich in Anlehnung an die Überlegungen von Germer (2005) grob folgendermaßen einordnen:

- a) Klassische psychotherapeutische Ansätze und Behandlungsweisen können Prinzipien enthalten, die dem Achtsamkeitsprinzip mehr oder weniger stark ähneln, ohne mit ihm jedoch

denkungsgleich zu sein (sog. achtsamkeits**ana-****loge** Prinzipien). Beispielhaft seien hier Freuds »gleichschwebende Aufmerksamkeit« (vgl. Michal, 2009) und die »Präsenz« der modernen Gesprächspsychotherapie (Bundschuh-Müller, 2009) genannt. Auch in der verhaltenstherapeutischen Arbeit finden sich an vielen Stellen Analogien zum Achtsamkeitsprinzip (s. Heidenreich & Michalak, 2003): Beispielsweise sei hier die Instruktion genannt, während einer Exposition »alle Erlebnisse ohne Vermeidung« zu erfahren, also nicht kognitiv zu vermeiden.

- b) Achtsamkeits- bzw. akzeptanz**informierte** Ansätze sind im Gegensatz dazu Ansätze, in denen Prinzipien der Achtsamkeit bzw. Akzeptanz gezielt vermittelt werden. Der Aufbau von Achtsamkeit ist aber nicht das Hauptziel dieser Verfahren, sondern Achtsamkeitselemente werden im Rahmen eines multimodalen Behandlungssettings auch mit anderen Behandlungselementen integriert. Ausgedehntere Meditationsübungen werden hier in der Regel nicht durchgeführt. So wird im Rahmen eines Fertigkeitentrainings als wesentliches Element in der »Dialektisch-behavioralen Therapie« von Linehan (DBT, 1993a, b) auch Achtsamkeit gefördert, aber es werden keine ausgedehnten formellen Meditationsübungen eingesetzt. Im Rahmen der »Acceptance and Commitment Therapy« von Hayes, Strosahl und Wilson (ACT, 1999) stehen vor allem Aspekte der Akzeptanz und des Commitment (engagiertes Handeln hinsichtlich der Verwirklichung persönlicher Werte) im Behandlungsfokus. Achtsamkeit ist hier eines unter mehreren Behandlungsprinzipien.
- c) Achtsamkeits- bzw. akzeptanz**basierte** Ansätze zeigen den deutlichsten Bezug zur historischen Achtsamkeitstradition. Sie sind dadurch charakterisiert, dass Achtsamkeit bzw. Akzeptanz die grundlegenden Therapieprinzipien in der Behandlung darstellen und regelmäßig intensive Meditationsübungen durchgeführt werden. Gleichzeitig werden aber auch ergänzend andere Inhalte vermittelt (z. B. Psychoedukation über Depression). Hierzu zählen als wesentliche Ansätze die Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (»mindfulness-based stress reduction«, MBSR; Kabat-Zinn, 1990) und die

Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen (»mindfulness-based cognitive therapy«, MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Da eine differenzierte Betrachtung achtsamkeitsanaloger sowie achtsamkeitsinformierter Ansätze den Rahmen des vorliegenden Beitrags deutlich sprengen würde (für eine Übersicht s. Heidenreich & Michalak, 2009), sollen an dieser Stelle lediglich die beiden oben bereits genannten achtsamkeitsbasierten Ansätze kurz dargestellt werden.

6.3.1 Mindfulness-based stress reduction (MBSR) von Kabat-Zinn (1990)

Die MBSR von Kabat-Zinn (1990) lässt sich als »klassischer« achtsamkeitsbasierter, verhaltensmedizinisch fundierter Ansatz charakterisieren, in welchem fast ausschließlich achtsamkeitsbasierte Elemente zum Einsatz kommen. Kabat-Zinn entwickelte das Programm störungsübergreifend für Patienten mit unterschiedlichen psychischen und körperlichen Störungen.

Bei der MBSR handelt es sich um ein Programm, das in Gruppen von bis zu 30 Patienten durchgeführt wird. In 8 wöchentlichen Sitzungen von ca. 2 Stunden Dauer sowie einem »Tag der Achtsamkeit« werden grundlegende Prinzipien der Achtsamkeit vorgestellt und eingeübt. Von besonderer Relevanz während der MBSR ist die Durchführung von Hausaufgaben: Von den Teilnehmern wird erwartet, an 6 Tagen pro Woche mindestens 45 Minuten selbstständig Übungen durchzuführen. Grundsätzlich werden während des Programms sog. »formelle« und »informelle« Meditationsübungen vorgestellt: Erstere bezeichnen Übungen, bei denen sich gezielt für das Üben von Achtsamkeit Zeit genommen wird und in gewissem Sinne ein Heraustreten aus dem Alltag stattfindet (Body-Scan, Sitz- und Atemmeditation, achtsame Yoga-Übungen); letztere beinhalten alltägliche Tätigkeiten, die achtsam durchgeführt werden sollen (z. B. achtsames Einnehmen von Mahlzeiten, ohne gedanklich abzuschweifen und die Nahrung automatisiert zu verschlingen).

Als Einstieg in das Programm (vgl. ► Übersicht) wird in der ersten Gruppensitzung zunächst der

Beispiel

Die 43-jährige Ärztin und Mutter zweier Söhne im Alter von 5 und 7 Jahren stellt sich auf Empfehlung ihres Orthopäden zur Behandlung vor. Im Vorgespräch berichtet sie, sich im Laufe der letzten Jahre zunehmend belasteter zu fühlen. Als Symptome nennt die Patientin u. a. massive Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule, Schlafstörungen und eine Exacerbation der seit der Kindheit bestehenden Neurodermitis. Begonnen hätten die Probleme, als sie nach der Geburt ihres zweiten Sohnes wieder in ihre Praxis als Allgemeinärztin eingestiegen sei. Sie habe seitdem das Gefühl, dass ihr »alles über den Kopf wachse« und sie »niemandem mehr gerecht« würde, sie mache sich Sorgen, dass sie ihre Kinder, aber auch ihren Partner vernachlässige. Über den mit einer Teilnahme einhergehenden Zeitaufwand ist die Patientin zunächst erschrocken, sie fürchtet durch die zusätzlichen Übungen eine weitere Belastung. Den Body-Scan erlebt sie zunächst als sehr entlastend und entspannend, nach einiger

Zeit seien jedoch Gedanken des Inhalts aufgetreten »wie kannst Du hier liegen, wo doch noch so viel zu machen ist?« Hinzu kommen zunehmende Schmerzen im Lendenbereich, der schließlich ihre volle Aufmerksamkeit einnimmt. Es habe sie äußerste Anstrengung gekostet, dennoch liegen zu bleiben. Sie berichtet von großen Schwierigkeiten, sich die Zeit für die Hausaufgaben zu nehmen. Die Durchführung der Atemmeditation und der Yoga-Übungen erlebt die Patientin als zunächst eher belastend, insbesondere »einfach nur dazusitzen« falle ihr schwer. Im Laufe der Wochen berichtet sie, dass sie zunehmend den Eindruck habe, flexibler mit sich umzugehen. Als Beispiel schildert sie, dass sie Gedanken und Impulse jetzt zunächst wahrnehme und entscheide, wie sie reagieren wolle. Ihre Beschwerden seien deutlich zurückgegangen, auch wenn sie an einzelnen Tagen weiterhin Schlafstörungen und Schmerzen verspüre. In einer 3-Monats-Katamnese berichtet die Patientin von einer weiteren Verbesserung ihrer Befindlichkeit.

Body-Scan eingeübt, der die Grundlage für alle weiteren Meditationstechniken bildet: Es handelt sich dabei um eine Übung, bei der die einzelnen Körperteile aufmerksam nacheinander wahrgenommen werden sollen. Dabei werden die Übenden dazu angehalten, auf alle Empfindungen in den entsprechenden Körperteilen zu achten. Verspüren sie keine Empfindung in einem der Körperteile, so soll diese Tatsache auch wahrgenommen werden, ohne dies negativ zu bewerten. Gleichzeitig werden in der ersten Sitzung informelle Übungen vorgestellt, d. h. die Übenden sollen zunächst eine Routineaktivität des Tages (z. B. Essen, Zähneputzen, Duschen) mit voller Achtsamkeit ausführen.

In den folgenden Gruppensitzungen werden sowohl Übungen aus dem Hatha-Yoga (formelle Übung) sowie Achtsamkeit auf angenehme und unangenehme Ereignisse (informelle Übung) eingeführt. Dabei nehmen die Atemmeditation (formelle Übung) und die Vermittlung wesentlicher Grundlagen der Stressforschung eine besonders wichtige Rolle ein (jede Sitzung weist einen inhaltlichen Themenschwerpunkt auf). Am Ende des Programms sollen gemeinsam Strategien entwickelt werden, wie die in den vergangenen Wochen gelernten Achtsamkeitsübungen auch langfristig in den Alltag integriert werden können, um so die Gesundheit auf Dauer zu verbessern und zu stärken.

Ablauf eines MBSR-Kurses (vgl. Meibert, Michalak & Heidenreich, 2009)

I. Vorgespräch. In einem ersten Vorgespräch werden Interessenten über die wesentlichen Aspekte des Programms aufgeklärt. Ihnen wird

einerseits erklärt, dass ihre Teilnahme regelmäßiges Üben, Disziplin, Geduld und Ausdauer (d. h. eine gewisse Selbstverpflichtung) erfordert und dass



die Umstellung der täglichen Routine zunächst zu Stress führen kann. Auf der anderen Seite wird den Interessenten aber auch verdeutlicht, dass sie mit Hilfe einer regelmäßigen Achtsamkeitspraxis positiv auf Stresssituationen einwirken, ihre Lebensqualität positiv verändern und ihre Gesundheit auf Dauer verbessern können. Zusätzlich werden gemeinsam Ziele ausgearbeitet, die die Teilnehmer mit dem Kurs verbinden, und offene Fragen geklärt.

II. Das 8-wöchige Programm

Sitzung 1. Im Mittelpunkt der ersten Sitzung steht das gegenseitige Kennenlernen der Kursteilnehmer. Durch den Kursleiter werden sie in die Praxis der Achtsamkeit eingeführt, und zentrale Aussagen des MBSR-Programms werden vermittelt. Als Einstieg in Achtsamkeitsübungen wird gemeinsam der Body-Scan durchgeführt, der in den folgenden Wochen selbstständig mit Hilfe einer CD zu Hause geübt werden soll. Außerdem werden die Kursteilnehmer dazu ermutigt, eine achtsame Haltung beim Ausführen von täglichen Routinetätigkeiten zu entwickeln (z. B. eine Mahlzeit in der Woche achtsam zu sich nehmen).

Sitzung 2. Zu Beginn dieser Sitzung werden Erfahrungen mit dem Body-Scan und den Achtsamkeitsübungen im Alltag ausgetauscht. Themenschwerpunkt bildet in Sitzung 2 die Funktionsweise der Wahrnehmung und ungünstige Aspekte des Autopiloten. Neben dem erneuten Üben des Body-Scans wird die Sitzmeditation vorgestellt und für 10 Minuten erstmals unter Anleitung durchgeführt. Als Hausaufgabe werden die Teilnehmer gebeten, weiterhin Tätigkeiten im Alltag achtsam auszuführen und zusätzlich dazu positive Erfahrungen in ihrem Leben wahrzunehmen und aufzuschreiben.

Sitzung 3. In dieser Sitzung steht häufig die Auseinandersetzung der Teilnehmer bezüglich der täglichen Achtsamkeitspraxis im Vordergrund (Hindernisse in der Umsetzung der täglichen Übungen, Reaktionen von Verwandten und Bekannten etc.). Schwerpunktmäßig werden die Teilnehmer im weiteren Verlauf in die achtsame Körperarbeit eingeführt und die Yoga-Übungen

gemeinsam eingeübt, die in den folgenden Tagen (abwechselnd mit dem Body-Scan) selbstständig zu Hause geübt werden sollen. Als weitere Hausaufgabe werden die Teilnehmer ermutigt, 10-minütige Sitzmeditationen selbstständig durchzuführen und zusätzlich dazu negative Ereignisse wahrzunehmen und aufzuschreiben.

Sitzung 4. Im Mittelpunkt dieser und der nächsten Sitzung stehen Stress mit seinen Charakteristika und verbundenen Folgen. Dabei werden die Teilnehmer angehalten, sich Stressreaktionen im Alltag bewusst zu werden, ohne sie gleichzeitig verändern zu wollen. Fragen wie »Was ist Stress überhaupt, und wie entsteht er?« oder »Was erlebe ich als stressig, und wie gehe ich damit um?« werden genauso geklärt, wie die Frage nach den Konsequenzen von Stress. Mit den Teilnehmern wird die Sitzmeditation nun auch länger als 10 Minuten durchgeführt; die Teilnehmer sind ab der 4. Woche dazu in der Lage, Sitzmeditationen von 30 bis 40 Minuten achtsam durchzuführen.

Sitzung 5. Auch in dieser 5. Sitzung steht das Thema Stress im Vordergrund. Allerdings wird nun z. B. in Kleingruppen erarbeitet, wie man mit Hilfe des bislang Erlernten besser mit Stress umgehen kann. Weiterhin wird die Sitzmeditation geübt und dadurch die Konzentrationskraft gestärkt. Als Hausaufgabe werden die Teilnehmer ermutigt, auch im Alltag achtsam mit Stress umzugehen: Dabei wird der Fokus auf den Atem und die Atembeobachtung während alltäglicher Handlungen gelegt.

Sitzung 6. Im Vordergrund dieser Sitzung steht das Thema »achtsame Kommunikation« oder der Umgang mit schwierigen Gefühlen. Neben dem weiteren Durchführen der Sitzmeditation wird der »Tag der Achtsamkeit« besprochen, einem ganztägigen Achtsamkeitsseminar, welches nach der 6. Sitzung (oder später) mit allen Teilnehmern durchgeführt wird. Als Hausaufgabe werden die Teilnehmer weiterhin angehalten, im Wechsel den Body-Scan bzw. Yoga und die Sitzmeditation zu üben und auf die Achtsamkeit im



Alltag zu achten. Zusätzlich dazu soll die achtsame Kommunikation geübt oder schwierige Gefühle beobachtet und aufgeschrieben werden.

Der Tag der Achtsamkeit. Dieser Tag (ca. 6-7 Stunden) steht ganz im Zeichen der Achtsamkeit und dient speziell der Vertiefung der Übungen und dem bislang Gelernten. An diesem Tag soll die Achtsamkeit über einen längeren Zeitraum hinweg aufrechterhalten werden. Nach einer Einführung und Erläuterungen wird an diesem Tag nicht mehr gesprochen, um so ganz bei sich zu sein bzw. sich auf die eigenen Erfahrungen einzulassen. Neben Body-Scan, Yoga und Sitzmeditation wird die sog. Gehmeditation gemeinsam im Wechsel durchgeführt und das Mittagessen im Schweigen achtsam verspeist. Am Nachmittag werden Sitz- und Bewegungsmeditationen durchgeführt und das Schweigen am Ende des Tages langsam aufgelöst. Zum Abschluss können die gemachten Erfahrungen mit den anderen Kursteilnehmern besprochen werden.

Sitzung 7. In dieser Sitzung können noch einmal die Erfahrungen mit dem Tag der Achtsamkeit

in der Gruppe besprochen werden. Ab diesem Zeitpunkt werden die Teilnehmer dazu ermutigt, Achtsamkeitsübungen auch ohne CD oder andere Hilfsmittel durchzuführen, um so die selbstständige Meditationspraxis und das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, Meditation ohne Hilfsmittel durchführen zu können, zu fördern und zu stärken.

Sitzung 8. In dieser letzten Sitzung geht es vor allem darum, gemeinsam Strategien zu erarbeiten, wie die Achtsamkeitspraxis auch über das Ende des Kurses hinaus selbstständig in den Alltag integriert werden kann. Es wird den Teilnehmern verdeutlicht, dass dies zwar das Ende des Kurses, aber zugleich auch der Beginn der »eigentlichen Arbeit« ist (»Die wahre achte Sitzung ist der Rest ihres Lebens«). Mit einem Abschiedsritual wird die letzte Sitzung beendet und der MBSR-Kurs abgeschlossen.

III. Nachgespräch. Ein individuelles Nachgespräch kann zwei Wochen nach Ende des Kurses mit dem Kursleiter erfolgen. Dabei besteht die Möglichkeit, den Kurs hinsichtlich der eigenen Ziele auszuwerten und Themen zu besprechen, die nicht in der Gruppe kommuniziert werden konnten.

Es liegt eine Reihe empirischer Studien zur Effektivität der MBSR in der Behandlung verschiedener Störungen vor, die belegen konnten, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen erfolgreich eingesetzt werden können. Zwei Metaanalysen (Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004) und eine Übersichtsarbeit (Bishop, 2002) kommen übereinstimmend zur Einschätzung, dass konsistente Nachweise für die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Ansätze vorliegen, allerdings teilweise erhebliche Mängel im Untersuchungsdesign einiger der untersuchten Studien bestehen (z. B. Fehlen aktiv behandelter Kontrollgruppen, fehlende Kontrolle der Auswirkungen paralleler Behandlungen), so dass die Ergebnisse nur bedingt generalisiert werden können.

6.3.2 Mindfulness-based cognitive therapy for depression (MBCT) von Segal, Williams & Teasdale (2002)

Segal et al. (2002) integrieren in ihrer MBCT zur Verhinderung depressiver Rückfälle achtsamkeitsbasierte Elemente sensu Kabat-Zinn (1990) mit klassisch kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen (für einen ausführlichen Überblick s. Michalak & Heidenreich, 2009a, 2005). Als wesentliches Ziel des Programms geben sie an: »Die zentrale Fertigkeit, die das MBCT-Programm vermitteln möchte, ist die Fähigkeit, bei drohendem Rückfall Geisteszustände zu erkennen und loszulassen, die durch selbstaufrechterhaltende Muster grüblerischer negativer Gedanken gekennzeichnet sind« (Segal et al., 2002, S. 75; Übers.: T.H. & J.M.). Im Unterschied zum klassischen kognitiven Vorgehen, sollen die **Inhalte** depressiven Denkens von Betroffenen

aber nicht gezielt verändert werden (im Sinne des Modells von Beck, 1976), sondern vielmehr geht es um eine Änderung der Haltung gegenüber Bildern, Gedanken, Erinnerungen und Körperempfindungen. Aufbauend auf dem MBSR-Programm ist die Kultivierung von Achtsamkeit ein sehr zentraler Aspekt in der MBCT. Indem die Teilnehmer ihre Aufmerksamkeit auf die Hier-und-Jetzt-Erfahrung richten und so ein lebendiger Kontakt mit dem gegenwärtigen Augenblick ermöglicht wird, soll ein »Wegdriften« in Erinnerungen, Gedanken und Grübeleien verhindert werden. Außerdem sollen die depressiven Patienten eine akzeptierende und offene Haltung gegenüber ihren aufkommenden positiven als auch negativen Geisteszuständen entwickeln.

Die MBCT ist – wie die MBSR – ein Therapieprogramm, das in 8 Sitzungen durchgeführt

wird. Max. 12 Patienten, welche mindestens zwei depressive Episoden erlebt haben und zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns nicht mehr akut depressiv sind, nehmen an den Gruppensitzungen teil. Die einzelnen Sitzungen finden im wöchentlichen Abstand statt und behandeln jeweils ein Thema schwerpunktmäßig. Einzelne achtsamkeitsbezogene Elemente werden entsprechend den Methoden der MBSR eingeübt. Im Anschluss an die jeweiligen Übungen werden diese bezüglich der gemachten Erfahrungen besprochen, und es wird auf erlebte Schwierigkeiten bei der Übung zu Hause eingegangen. Das Erlernen bzw. Einüben von Achtsamkeit kann u. U. mit Hindernissen in der Umsetzung verbunden sein (vgl. ► Übersicht).

In den ersten Sitzungen (1-4) des MBCT-Programms geht es fast ausschließlich um das Er-

Umgang mit Hindernissen

Am Programm teilzunehmen und täglich mind. 45-minütige Übungen selbstständig durchzuführen, erscheint zunächst »sehr einfach«, erfordert aber viel Selbstdisziplin der Kursteilnehmer. Außerdem können Schwierigkeiten und Barrieren in der Umsetzung auftreten. Im Programm besteht immer wieder Gelegenheit, gemachte Erfahrungen und erlebte Schwierigkeiten mit Übungen in der Gruppe auszutauschen. Dabei ist besonders wichtig, eine akzeptierende Haltung gegenüber diesen Hindernissen zu entwickeln und somit die Bereitschaft zu fördern, trotz Barrieren weiterhin zu üben. Es werden besonders vier Arten von Hindernissen berichtet:

(1) »Mache ich es richtig?«: Treten beim Üben Gedanken dieser Art auf, die durch Resignation oder Ängstlichkeit charakterisiert sein können, so sollen sie achtsam wahrgenommen und anschließend auch wieder losgelassen werden – so gut es geht. Danach bringt man seine Aufmerksamkeit sanft aber bestimmt wieder zum eigentlichen Fokus der Übung zurück (z. B. zum Atem).

(2) Schmerzhaft und unangenehme Empfindungen: Treten beispielsweise Schmerzen in

einzelnen Körperteilen oder Verspannungen/Verkrampfungen auf, so werden die Teilnehmer ermutigt, auch diesen Empfindungen eine offene und akzeptierende Haltung entgegenzubringen. Mit den Empfindungen verbundene Gedanken sollen wiederum achtsam wahrgenommen und anschließend losgelassen werden.

(3) Die Rahmenbedingungen sind nicht richtig: Es ist möglich, dass die Teilnehmer innere (z. B. Angespanntheit) und/oder äußere (z. B. Unruhe, Störungen) Rahmenbedingungen des Programms als ungünstig bewerten und somit die Übungen ihrer Ansicht nach nicht mit Gewinn praktizieren können. Auch dann werden die Teilnehmer dazu angehalten, diese für sie ungünstig erscheinenden Bedingungen zu beobachten, achtsam wahrzunehmen und in die Übungen einzubeziehen. Sie sollten sich dadurch auf keinen Fall vom Üben abhalten lassen. Die Übungen müssen nicht Spaß machen; aber trotzdem sollten sie durchgeführt werden.

(4) Gedankenwandern: Häufig kann es vorkommen, dass die Gedanken abschweifen – auch bei erfahrenen Übenden. Wenn dieses Abwandern von



den Teilnehmern wahrgenommen wird, werden sie dazu angehalten, diesen Vorgang nicht zu bewerten (»Ich mache schon wieder alles falsch«). Den Teilnehmern wird verdeutlicht, dass das Abschweifen in der Natur der Gedanken liegt – es wird immer wieder vorkommen. Sie sollen ihren Gedanken eine Haltung gegenüber entwickeln, die durch Achtsamkeit und Offenheit charakterisiert ist; sie sollen sie als Gedankenströme und mentale Ereignisse erkennen und sich nicht in ihnen verlieren.

Neben diesen Hindernissen kann es häufig vorkommen, dass die Teilnehmer die Übungen missverstehen. Es geht nicht darum, ein bestimmtes Ziel oder einen besonderen Entspannungszustand oder Zustand des inneren Friedens zu erreichen; diese Zustände können eintreten, müssen es aber nicht. Vielmehr wird den Teilnehmern immer wieder verdeutlicht, dass der Sinn der Übungen in der Kultivierung von Achtsamkeit und Offenheit gegenüber gegenwärtigen Erfahrungen liegt.

lernen und Einüben von Achtsamkeit. Im zweiten Teil des Programms (Sitzung 5-8) wird die Behandlung verstärkt durch klassische kognitive Interventionen unterstützt (z. B. Psychoedukation zur Depression, Bedeutung von und Umgang mit automatischen Gedanken etc.). Ein wichtiger Aspekt ist auch in der MBCT die Durchführung von Hausaufgaben: Die Teilnehmer müssen sich bereit erklären, zu Hause täglich mindestens 45 Minuten formale Achtsamkeitsübungen selbständig zu praktizieren. Nach Abschluss des Programms haben die Kursteilnehmer die Möglichkeit, sich in vier weiteren Booster-Sitzungen zu treffen, gemeinsam zu üben und sich über ihre Erfahrungen auszutauschen.

Für die MBCT liegen mittlerweile mehrere randomisierte kontrollierte Studien vor (Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000), die für Patienten mit drei oder mehr Rückfällen in der Vorgeschichte eine deutliche Reduktion der Rückfallwahrscheinlichkeit bei den mit MBCT behandelten Patienten berichteten (verglichen zu einer »Treatment as Usual«-Gruppe). Die Ergebnisse der Untersuchungen von Teasdale et al. (2000) sowie Ma und Teasdale (2004) konnten in einer kritischen erneuten und kombinierten Analyse der ursprünglichen Ergebnisse weiter bekräftigt werden (Williams, Russell & Russell, 2008). Zusätzlich konnten Kuyken et al. (2008) in einer randomisierten kontrollierten Studie zeigen, dass MBCT bei ehemals depressiven Patienten mit drei oder mehr Episoden in der Vorgeschichte zur Reduktion der Rückfallraten mindestens ebenso wirksam ist wie antidepressive Erhaltungstherapie.

6.4 Konkrete Vermittlung von Achtsamkeit

Zur glaubhaften Vermittlung des Achtsamkeitsprinzips ist es unabdingbar, dass Therapeuten selbst damit Erfahrungen gesammelt haben. Zur Frage, wie viel Erfahrung einzelne Therapeuten mit dem Prinzip Achtsamkeit aufweisen sollten, werden verschiedene Auffassungen vertreten (Michalak & Heidenreich, 2009b): Diese reichen von der Forderung, mehrjährige intensive Meditationserfahrung zu haben, bis hin zur Auffassung, dass der Therapeut zwar nicht unbedingt formelle Meditationserfahrung besitzen muss, aber Achtsamkeit im täglichen Leben praktizieren sollte.

Für die konkrete Vermittlung von Achtsamkeit im therapeutischen Alltag bieten sich verschiedene Möglichkeiten an: Neben der Durchführung ganzer Programme (MBSR oder MBCT), was sicherlich eine ausreichende formale Meditationspraxis auf Seiten des Behandlers voraussetzt, können sämtliche oben vorgestellten formellen und informellen Meditationsübungen auch im Rahmen einer Einzel- oder Gruppentherapie eingeübt werden, die nicht schwerpunktmäßig achtsamkeitsbasiert ist. Es muss allerdings darauf geachtet werden, dass dies mit einer ernsthaften Haltung geschieht, die diese Prinzipien nicht nur als neue Therapiemethode technizistisch einführt (etwa indem Patienten CDs mitgegeben werden, die sie im Laufe der kommenden Woche hören und damit üben sollen). Uns scheinen drei verschiedene, jedoch in sich zusammenhängende Zugangswege

für die konkrete Vermittlung von Achtsamkeit in Psychotherapien sinnvoll: die therapeutische Haltung (Modell), formelle Achtsamkeitsübungen und informelle Achtsamkeitsübungen.

6.4.1 Therapeutische Haltung

Die sicherlich grundlegendste Möglichkeit, um in Psychotherapien Achtsamkeit zu vermitteln, liegt in der eingenommenen therapeutischen Haltung: Hier wird der Therapeut ganz direkt modellhaft wirksam, indem Achtsamkeit dem Patienten »vorgelebt« wird. An dieser Stelle sind sicherlich Hinweise zur therapeutischen Haltung, wie sie etwa in der Gesprächspsychotherapie (vgl. Bundschuh-Müller, 2009) oder in tiefenpsychologischen Konzepten (vgl. Michal, 2009) beschrieben wurden, sehr hilfreich. Uns scheint besonders die gesprächspsychotherapeutische Haltung der »Präsenz« in diesem Zusammenhang wertvoll zu sein: Für die Zeit der therapeutischen Sitzung sollte der Therapeut unbedingt für den Patienten da sein und sowohl äußere (z. B. Klingeln des Telefons) als auch innere Störungen (Ablenkung, Fantasien) auf ein Minimum reduzieren. Präsenz meint aber auch, in der therapeutischen Situation aus der eigenen lebendigen Körpererfahrung im Hier-und-Jetzt (»felt-sense«) heraus zu handeln. Auch sollten Therapeuten versuchen, jedem Patienten gegenüber eine möglichst offene Haltung einzunehmen, die eine »Kategorisierung« so weit wie möglich zurückstellt (nebenbei bemerkt, ist dies aus unserer Sicht durchaus kompatibel damit, sorgfältig Diagnosen zu stellen). Auch wenn die oben aufgeführten Haltungen für die meisten Therapeuten selbstverständlich sein sollten, so ist ihre konkrete Realisierung doch häufig alles andere als einfach. Wer könnte von sich schon behaupten, dass er in der Sitzung immer »beim Patienten« ist und sich nicht von Zeit zu Zeit in Ablenkungen und Fantasien wieder findet. Wer kann von sich behaupten, dass er seine Konzepte und Vorstellungen immer bewusst wahrnehmen und sich von ihnen auch lösen kann. In diesem Sinne verstehen wir die Achtsamkeitspraxis als hervorragende Möglichkeit, diese Haltungen tagtäglich in der Therapie einzuüben und im wahrsten Sinne des Wortes zu verkörpern.

6.4.2 Formelle Achtsamkeitsübungen

Formelle Achtsamkeitsübungen (Kabat-Zinn, 1990) bezeichnen (vgl. ► Kap. 6.3.1) Übungen der Achtsamkeit in allen Körperpositionen (sitzen, gehen, stehen, liegen), wobei die Achtsamkeit jeweils auf das Erleben in der aktuellen Situation gerichtet wird. Bei der in unterschiedlichen Ansätzen sehr wichtigen Atemmeditation sitzen die Übenden in einer aufrechten Haltung entweder auf einem Stuhl oder mit gekreuzten Beinen auf einem Sitzkissen auf dem Boden. Es wird versucht, die Aufmerksamkeit auf die Empfindungen beim Atmen zu richten. Da die Aufmerksamkeit regelhaft nach einiger Zeit zu anderen Inhalten wie Gedanken, Emotionen oder Körperempfindungen abschweift, soll dies zuerst bewusst zur Kenntnis genommen und der Fokus dann wieder zum Atem zurückgeführt werden. In diesem Prozess wird eine Haltung der Geduld kultiviert, die dadurch gekennzeichnet ist, Bewusstseinsinhalte nicht gezielt verändern oder kontrollieren zu wollen, sondern »sich zu erlauben«, im gegenwärtigen Augenblick zu sein und »nur« das Vorhandene bewusst wahrzunehmen. Aus unserer Sicht bieten sich in verschiedenen Therapiesettings (ambulant, stationär, Einzel, Gruppe) gute Möglichkeiten, einzelne dieser Übungen zunächst in der Therapie gemeinsam durchzuführen und dann anschließend den Patienten als Hausaufgabe mitzugeben.

6.4.3 Informelle Achtsamkeitsübungen

Bei dieser Klasse von Achtsamkeitsübungen geht es darum, den Patienten zu ermuntern, in seinem Lebensalltag alle Dinge, die er gerade tut, auf eine achtsame Art und Weise durchzuführen. Besonders wichtig ist es in diesem Zusammenhang, dem Patienten zu vermitteln, dass jede Tätigkeit (geliebt oder ungeliebt, langweilig oder spannend) dasselbe Maß an Achtsamkeit »verdient« – neben Routinehandlungen wie Duschen oder Zähneputzen betrifft dies alle Lebensbereiche wie Arbeit und Familie/Freizeit. Diese Haltung ist der in unserer Kultur weit verbreiteten Auffassung diametral entgegengesetzt, wonach die unangenehmen Dinge möglichst zügig und unachtsam »erledigt« werden sollten, um dann Zeit für Entspannung und Wohl-

befinden zu haben. Kabat-Zinn (1998) gibt eine sehr schöne Zusammenstellung verschiedener Anwendungsfelder »informeller« Achtsamkeitspraxis.

6.5 Fazit

Wir haben in diesem Kapitel das Potenzial von Achtsamkeit sowohl für die Psychotherapie insgesamt als auch für das Therapieziel »Förderung des Wohlbefindens« herausgearbeitet und haben unseren Überlegungen dabei eine Wohlbefindensdefinition zugrunde gelegt, die mit der Haltung Fultons gut kompatibel ist (Fulton, 2005, S. 72):

Achtsamkeit bietet die Möglichkeit einer Gelassenheit, die nicht durch die Vermeidung harter Anforderungen oder Selbstzufriedenheit erreicht wird.

Achtsamkeit liegt somit ähnlich wie anderen in diesem Buch vorgestellten Konzeptionen ein sehr umfassender Wohlbefindensbegriff zugrunde, in dem letztendlich alle Lebenserfahrungen Platz haben. Das Schöne, Sinnvolle, aber auch das Leidvolle und das scheinbar Sinnlose haben darin Platz, wenn sie mit Mitgefühl angenommen werden.

Als letzten Punkt möchten wir noch auf die potenzielle Rolle von Achtsamkeit für das Wohlbefinden bzw. die psychische Situation von Psychotherapeuten zu sprechen kommen: Achtsamkeitsbasierte Ansätze im o. g. Sinne eignen sich aus unserer Sicht hervorragend, um Therapeuten in ihrer Berufsausübung zu unterstützen. Diese Rolle besteht darin, Therapeuten zu einem frühen Zeitpunkt auf ihre eigenen Grenzen und Bedürfnisse hinzuweisen – neben einer Verbesserung der psychischen Gesundheit könnte das auch dazu führen, dass die Patientenbehandlung effektiver wird. Grepmaier, Mitterlehner, Rother und Nickel (2006) berichten in einem »Letter to the Editor« im *Journal of Psychosomatic Research* über die Effekte eines Achtsamkeitstrainings, das von angehenden Psychotherapeuten absolviert wurde. Zentrale interessierende Variable war jedoch nicht das Wohlbefinden der Therapeuten, sondern Auswirkungen auf die Therapieeffekte ihrer Patienten. Es zeigten sich bedeutsame Unterschiede im Vergleich mit einer Gruppe von Patienten, deren Therapeuten

keine Achtsamkeitsübungen durchführten (vgl. a. Shapiro, Astin, Bishop & Cordova, 2005).

Der letztgenannte Befund mag dahin gehend zu interpretieren sein, dass das (tiefere) Wohlbefinden von Patienten mit dem (tieferen) Wohlbefinden von Therapeuten verknüpft sein dürfte. Therapeuten, die achtsame Selbstfürsorge und achtsamen Umgang mit ihrer Umwelt gelernt haben, können Patienten sicherlich stärker aus ihrer eigenen gelebten Erfahrung heraus unterstützen, diese Aspekte auch bei sich zu entwickeln – zum Wohl(befinden) ihrer Patienten und deren Umfeld.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mit der jahrtausendealten buddhistischen Tradition der Achtsamkeit ein Prinzip vorliegt, mit dessen Hilfe und durch aktive und regelmäßige Integration in den Alltag der Umgang mit Stresssituationen günstig verändert und die Gesundheit dauerhaft verbessert werden kann. Auch wenn es sich nicht um ein Patentrezept oder Allheilmittel handelt, das bei allen Personen oder Erkrankungen uneingeschränkt therapeutisch eingesetzt werden kann, scheint uns die vorläufige Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass die Entwicklung von Achtsamkeit eine Bereicherung des therapeutischen Vorgehens darstellt und auch zu einer Erhöhung des Wohlbefindens führen kann. Im individuellen Fall muss entschieden werden, inwieweit die Vermittlung und Kultivierung von Achtsamkeit eine sinnvolle Ergänzung zum therapeutischen Vorgehen darstellt und vom jeweiligen Patienten zum gegenwärtigen Zeitpunkt umgesetzt werden kann. Im Rahmen von achtsamkeitsbasierten (MBSR, MBCT) und -informierten (DBT, ACT) Ansätzen wird Achtsamkeit erfolgversprechend in die therapeutische Behandlung integriert. Für zukünftige Forschungsbemühungen bleibt es aber dennoch wünschenswert, dass die Wirksamkeit und besonders die Wirkungsweise therapeutischer Interventionen mit stärkeren Untersuchungsdesigns genauer untersucht werden. Für eine glaubhafte Vermittlung des Achtsamkeitsprinzips und einer effektiven Gestaltung der Patientenbehandlung ist es außerdem unabdingbar, dass Therapeuten selbst damit Erfahrungen gesammelt haben und dadurch – so gut es geht – eine achtsame Haltung verkörpern können. Achtsamkeit kann von jedermann praktiziert werden, der ihr offen gegenüber steht, der die wunderbare Qualität

des gegenwärtigen Augenblicks erfahren möchte und der versucht, Achtsamkeit zum Lebensprinzip zu machen:

Das Geheimnis der Gesundheit von Körper und Geist liegt nicht darin, die Vergangenheit zu betrauern, sich um die Zukunft zu sorgen oder sich auf kommende Unannehmlichkeiten einzustellen, sondern weise und ernsthaft im gegenwärtigen Moment zu leben. Buddha

Literatur

- Andresen, J. (2000). Meditation meets behavioral medicine. *Journal of Consciousness Studies*, 7, 17-74.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.
- Bundschuh-Müller, K. (2009). »Es ist was es ist sagt die Liebe ...« Achtsamkeit und Akzeptanz in der Personzentrierten und Experientiellen Psychotherapie. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie – ein Handbuch* (S. 423-476). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Carmody, J. & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23-33.
- Dalai Lama & Cutler, H. (1998). *The art of happiness*. New York: Riverhead Books.
- Ekman, P., Davidson, R. J., Ricard, M. & Wallace, B. A. (2005). Buddhist and psychological perspectives on emotions and well-being. *Current Trends in Psychological Science*, 14, 59-63.
- Fulton, P. R. (2005). Mindfulness as clinical training. In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 55-72). New York: Guilford Press.
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness. What is it? What does it matter? In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 3-27). New York: Guilford Press.
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Rother, W. & Nickel, M. (2006). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training and treatment results of their patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 649-650.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hanh, T. N. (2002). *Das Wunder der Achtsamkeit*. Berlin: Theseus.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (2003). Achtsamkeit (»Mindfulness«) als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. *Verhaltenstherapie*, 13, 264-274.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.). (2009). *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie – ein Handbuch*. Tübingen: dgvt.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York, NY: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1998). *Im Alltag Ruhe finden. Das umfassende praktische Meditationsprogramm*. Freiburg: Herder.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E. & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 966-978.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Ma, S. H. & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Meibert, P., Michalak, J. & Heidenreich, T. (2009). Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion – Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie – ein Handbuch* (S. 143-194). Tübingen: dgvt.
- Michal, M. (2009). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychoanalyse. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie – ein Handbuch* (S. 375-396). Tübingen: dgvt.
- Michalak, J. & Heidenreich, T. (2009a) Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie – ein Handbuch* (S. 195-254). Tübingen: dgvt.
- Michalak, J. & Heidenreich, T. (2009b) Fortbildungsmöglichkeiten in achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Verfahren und die Frage nach der eigenen Praxis des Behandlers. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie – ein Handbuch* (S. 815-820). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Michalak, J. & Heidenreich, T. (2005). Neue Wege der Rückfallprophylaxe bei Depressionen: Die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie. *Psychotherapeut*, 50, 415-422.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1069-1081.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

- Segal, Z., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A new Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Shapiro, S., Astin, J., Bishop, S. & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction and health-care professionals: Results from a randomized controlled trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- Styron, C. W. (2005). Positive Psychology. Awakening to the fullness of life. In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 262-282). New York: Guilford Press.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Travis, F., Arenander, A. & DuBois, D. (2004). Psychological and physiological characteristics of a proposed object-referral/self-referral continuum of self-awareness. *Consciousness and Cognition*, 13, 401-420.
- Walsh, R. & Shapiro, S. L. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychology. *American Psychologist*, 61, 227-239.
- Williams, K., Kolar, M., Reger, B. & Pearson, J. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion*, 15, 422-432.
- Williams, J. M. G., Russell, I. & Russell, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy: Further issues in current evidence and future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (3), 524-529.

Positive Interventionen: Stärkenorientierte Ansätze

Willibald Ruch und René T. Proyer

- 7.1 Grundlagen der Positiven Psychologie – 84**
- 7.2 Positive Interventionen – 85**
 - 7.2.1 Wirksamkeit und Wirkweise – 85
 - 7.2.2 Verschiedene Ansatzpunkte – 86
- 7.3 Die Rolle von Charakterstärken – 87**
- 7.4 Interventionen aus dem Bereich der Humorforschung – 89**
- 7.5 Ausblick – 90**
- Literatur – 91**

7.1 Grundlagen der Positiven Psychologie

Die Positive Psychologie hat sich zum Ziel gesetzt, das zu erforschen und zu kultivieren, was das Leben besonders lebenswert macht, z. B. Glück, Wohlbefinden, Zufriedenheit, Tugenden, Charakterstärken und Talente. Es ist keine neue Erkenntnis, dass es in der Psychologie um mehr geht als »nur« um die Wiederherstellung eines neutralen Zustandes für Menschen, die sich in psychischen Krisen befinden. Schon früh wurde in der Philosophie dem Streben nach Glück und der Frage, wie dieses erreicht und aufrechterhalten werden kann, viel Aufmerksamkeit geschenkt. Hedonismus, aber auch Eudämonie, wurden als Prinzipien beschrieben, die zu einem **guten Leben** führen – entweder im Streben nach Maximierung von Vergnügungen (bzw. Reduktion von Schmerzen) oder einem tugendhaften Leben (Identifikation und Kultivierung eigener Tugenden und ein Leben im Einklang mit diesen).

Bevor es die **Positive Psychologie** als eigene Richtung innerhalb der Psychologie gab, haben sich bereits zahlreiche Forscherinnen und Forscher mit diesem Thema beschäftigt. So hat etwa Marie Jahoda schon 1958 in ihrem Bericht an die Joint Commission on Mental Illness and Health, die u. a. durch das National Institute of Mental Health finanziert wurde, festgehalten, dass die Abwesenheit von Krankheit zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für seelische Gesundheit (»mental health«) ist. Auch Vertreter der Humanistischen Psychologie, wie Carl Rogers oder Abraham Maslow, haben wichtige Beiträge zum Verständnis positiver Aspekte menschlichen Lebens geleistet und damit zentrale Grundlagen für die Positive Psychologie geschaffen. Im deutschen Sprachraum hat Becker (1982) eine Übersicht über Theorien und Modelle in der Psychologie zur seelischen Gesundheit vorgelegt. Darüber hinaus demonstrieren auch die in diesem Band zusammengestellten Arbeiten ein breites Spektrum verschiedener Ansätze und Theorien, die das menschliche Wohlbefinden in das Zentrum ihrer Aufmerksamkeit rücken.

Nichtsdestotrotz ist ein »Ungleichgewicht« in der Psychologie in den letzten Jahrzehnten wahrzunehmen: In Forschung und Praxis hat man sich eher mit den negativen als mit den positiven As-

pekten menschlichen Erlebens und Verhaltens beschäftigt. Myers (2000) weist etwa darauf hin, dass in den letzten 30 Jahren in der psychologischen Literatur ca. 46.000 Artikel über Depressionen, aber nur ca. 400 über Freude zu finden sind. Der Schwerpunkt in der Beschäftigung mit dem Negativen in der Literatur lässt sich auch für viele andere Bereiche zeigen.

Die Positive Psychologie versucht, die Psychologie wieder zu komplettieren, indem sie verstärkt bislang vernachlässigte Bereiche untersucht. Seligman (2000) beschreibt drei Säulen der Positiven Psychologie. Er spricht von

- positivem Erleben (z. B. »contentment«, »satisfaction«),
- positiven Traits (z. B. Tugenden, Charakterstärken oder Talenten) sowie
- positiven Institutionen.

Seligman differenziert drei Kategorien positiven Erlebens; dabei handelt es sich um **vergangenheitsorientierte** (z. B. »contentment«, »satisfaction«, »pride«), **zukunftsorientierte** (z. B. »optimism«, »hope«, »trust«) und **gegenwartsbezogene** positive Emotionen. Bei Letzteren unterscheidet er zwischen »pleasures« (über Sinne vermittelt) und »gratifications« (eher erlernt, Aktivitäten, die wir lieben).

Seligman, Parks und Steen (2004) beschreiben als das »ultimative Ziel« der Positiven Psychologie, Menschen glücklicher zu machen, indem sie dabei unterstützt werden, positive Emotionen, Erfüllung (»gratification«) sowie Sinn im Leben (»meaning«) zu verstehen und aufzubauen. Ein zentraler Aspekt ist dabei die Erforschung positiver, überdauernder Eigenschaften (Traits) und deren Beziehung zum Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit, persönliches Wachstum/Weiterentwicklung) von Menschen.

Positive Institutionen beschreiben Rahmenbedingungen von Institutionen, die ein Wachstum erlauben. Zu nennen sind hier »gesunde« Familien, Wohngegenden, Schulen, Medien oder Betriebe.

Nach Seligman besteht ein **erfülltes Leben** im Erleben positiver Emotionen (sowohl auf die Vergangenheit als auch auf die Zukunft bezogen). Teile davon sind Genuss und Genießen, positive Emotionen bei Vergnügungen, reichliche Belohnungen bei der Ausübung der eigenen besonders herausragenden Stärken, sog. **Signaturstärken**, und

schließlich der Gebrauch dieser Stärken im Dienst einer höheren Sache, um bleibende Bedeutung zu erlangen (vgl. dazu auch ► Abschn. 7.3).

Mittlerweile gibt es eine Gesellschaft zu Forschung und Praxis der Positiven Psychologie, die International Positive Psychology Association (IPPA; [www.ippanetwork.org/\[12.07.2010\]](http://www.ippanetwork.org/[12.07.2010])) sowie eine Reihe von Zeitschriften, die als Quellen für Arbeiten aus der Positiven Psychologie genutzt werden können, z. B. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *Journal of Happiness Studies* oder *The Journal of Positive Psychology*.

7.2 Positive Interventionen

7.2.1 Wirksamkeit und Wirkweise

Zu den wichtigsten Fragen in der Positiven Psychologie gehört jene nach dem Nutzen von positiven Interventionen. Auf welchen Mechanismen basieren sie? Was sind begünstigende oder behindernde Faktoren? In einer kürzlich veröffentlichten Metaanalyse haben Sin und Lyubomirsky (2009) Antworten auf einige dieser Fragen auf Basis von 51 Studien zusammengestellt. Sie definieren positive Interventionen »... als Behandlungsmethoden oder willentliche Aktivitäten, die darauf abzielen, positive Gefühle, Verhaltensweisen oder Kognitionen zu kultivieren« (Sin und Lyubomirsky, 2009, p.467; Übers. d. Verf.) und gehen der Frage nach, ob solche Interventionen dazu beitragen, Lebenszufriedenheit zu steigern und/oder Depressivität zu reduzieren. Die Übersicht zeigt: Es ist empirisch belegt, dass diese Art von Interventionen tatsächlich effektiv ist. Die Autorinnen berichten von mittleren Effekten im Ausmaß von $r = .29$ (Lebenszufriedenheit) bzw. $r = .31$ (Depression).

Neben diesen allgemeinen Informationen haben Sin und Lyubomirsky auch eine Reihe von Moderatoren identifiziert, die einen Einfluss auf Veränderungen in den untersuchten Kriterien haben können. Die Autorinnen konnten etwa nachweisen, dass die positiven Effekte mit höherem Alter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ansteigen (wobei allerdings die Gruppe älterer Teilnehmenden unterrepräsentiert war). Darüber hinaus liefert diese Metaanalyse erste Hinweise darauf,

dass depressive Personen mehr von den positiven Interventionen profitieren als nichtdepressive Personen, und darauf, dass die bewusste Entscheidung, an einem Programm (zu positiven Interventionen) teilzunehmen, zu besseren Effekten führt als bei Personen, die sich nicht aus persönlichem Interesse zu solch einer Studie angemeldet haben. Außerdem zeigt sich, dass die Wirkung bei Interventionen, die in Einzelsettings durchgeführt wurden, größer ist, als bei solchen, die in Gruppen bzw. in Eigenregie (in Internetstudien) realisiert wurden. Weiter findet sich eine Tendenz zu größerer Lebenszufriedenheit bei länger andauernden Interventionen. Bezüglich der Reduktion der Depression spielte dies allerdings keine Rolle. In der Vergleichsgruppe waren keine depressionsmindernden Effekte festzustellen. Eine tendenziell höhere Lebenszufriedenheit lässt sich gegenüber Personen ermitteln, die keine Intervention erhalten haben, und auch gegenüber Vergleichsgruppen mit üblichen Interventionen (»treatment as usual«). Größere positive Effekte finden sich auch im Vergleich zu Placebogruppen.

! Die Metaanalyse von Sin und Lyubomirsky (2009) zeigt eindrücklich, dass positive Interventionen dazu beitragen können, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit zu steigern und depressive Symptome zu reduzieren.

Für die Praxis geben die Autorinnen noch eine Reihe von weiteren wichtigen Hinweisen:

- Klienten sollten dazu angeregt werden, regelmäßig zu üben sowie ihre Erfolge schriftlich zu dokumentieren. Sin und Lyubomirsky führen einige Studien an, die die größten positiven Effekte für jene Personen ausweisen, die auch dann noch weiter geübt haben, als die eigentliche Intervention schon zu Ende war. Es scheint, als ob das alte, schon von William James (1899) beschriebene Prinzip hier zum Tragen kommt: Fortwährendes Üben führt dazu, dass sich (neue, positive) Gewohnheiten ausbilden, die dann zunehmend weniger einer bewussten Aufmerksamkeit zur Durchführung bedürfen. Der Aufbau positiver Gewohnheiten hat dann – ganz im Sinne von Barbara Fredricksons »Broaden and Build«-Theorie po-

sitiver Emotionen (2001) – zur Folge, dass sich neue Handlungsalternativen und -möglichkeiten auftun. Diese führen dann in einer sog. **positiven Aufwärtsspirale** dazu, dass sich neue Ressourcen bilden, die im Alltag eingesetzt werden können, um den Widrigkeiten des täglichen Lebens besser zu begegnen.

- Ein Ansatz, bei dem die Klientinnen und Klienten mehrere, verschiedene Interventionen durchführen, scheint effektiver zu sein als eine einzelne Strategie. In der englischsprachigen Literatur wird hier ein wenig martialisch vom »**shotgun**«-approach« gesprochen. Michael Fordyce, der als einer der ersten Forscher empirische Studien zum subjektiven Wohlbefinden durchgeführt hat (1977, 1983), beschreibt sog. »**fundamentals**« eines zufriedenen Lebens. Dabei handelt es sich um von ihm identifizierte Eigenschaften glücklicher Menschen. Diese sieht er als zentral für die Steigerung der Lebenszufriedenheit und prinzipiell trainierbar an. Einige Beispiele für »fundamentals« sind: mehr Zeit mit sozialen Kontakten verbringen, aktiv sein, positiv und optimistisch denken oder die eigene Aufmerksamkeit auf die Gegenwart richten. Fordyce kann anhand mehrerer Studien zeigen, dass Personen, die sein Programm absolviert haben, einen bedeutsamen Zuwachs an Lebenszufriedenheit erzielen. In einer seiner Studien zeigt sich auch, dass Menschen ein intuitives Verständnis dafür zu haben scheinen, was sie glücklich macht. So bat er z. B. Personen, eine Liste mit zehn oder mehr Dingen zusammenzustellen, von denen sie wussten, dass diese sie üblicherweise glücklich machen und die sie auch täglich ausüben können. Anschließend führten sie zwei Wochen lang zumindest drei dieser Aktivitäten auch tatsächlich durch, was die Lebenszufriedenheit – im Vergleich zu einer Kontrollgruppe – erhöhte. Hier zeigt sich bereits sehr deutlich, dass ganz verschiedene Strategien eingesetzt werden können, um Lebenszufriedenheit zu steigern. Es hat also Vorteile, sich nicht nur auf eine einzige Strategie zu konzentrieren.
- Es empfiehlt sich auch, den kulturellen Hintergrund der Person, mit der man arbeitet, zu berücksichtigen. Als wichtiger Einflussfaktor ha-

ben Sin und Lyubomirsky die Dimension Individualismus vs. Kollektivismus identifiziert. Sie sprechen davon, dass Personen aus Kulturen, in denen individuelle Lebenszufriedenheit positiv bewertet wird, in stärkerem Ausmaß von positiven Interventionen profitieren als Personen aus kollektivistischen Kulturen.

7.2.2 Verschiedene Ansatzpunkte

In der Literatur werden verschiedene Strategien diskutiert, wie Lebenszufriedenheit gezielt gesteigert und depressive Symptome reduziert werden können. Einige Studien legen beispielsweise nahe, dass das Schreiben über positive Erfahrungen positive Auswirkungen haben kann. Burton und King (2004) berichten etwa davon, dass Personen in ihrer Studie, die an drei aufeinanderfolgenden Tagen für zwanzig Minuten über ein besonders positives Ereignis geschrieben haben, nach drei Monaten besserer Stimmung waren als Personen, die ein neutrales Kontrollthema gewählt hatten; darüber hinaus haben sie auch seltener ein Gesundheitszentrum wegen Krankheiten aufgesucht.

Bei Sheldon und Lyubomirsky (2006) wurden die Versuchspersonen u. a. dazu aufgefordert, sich regelmäßig Zeit zu nehmen, über ihr bestmögliches Selbst (»best possible selves«) bzw. ihr ideales Leben in der Zukunft nachzudenken, was ebenfalls positive Effekte zeigte. Andere Arbeiten heben hervor, dass die Beschäftigung mit den Dingen, die an einem bestimmten Tag gut gelaufen sind – im Gegensatz zu jenen, die schlecht gelaufen sind (also den »blessings« anstelle der »burdens«) –, zum Wohlbefinden einen positiven Beitrag leisten können (z. B. Emmons & McCullough, 2003; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005). Dies wird häufig dadurch angeregt, dass die Studienteilnehmenden dazu aufgefordert werden, Aufzeichnungen zu führen, in denen sie positive Erlebnisse festhalten, kommentieren und/oder zählen. Otake, Shimai, Tanaka-Matsumi, Otsui und Fredrickson (2006) zeigen, dass das bloße Zählen freundlicher Gesten über einen Zeitraum von einer Woche zu einer Steigerung der Lebenszufriedenheit geführt hat.

Fordyce (1977, 1983) hat als einer der Ersten auf empirische Weise gezeigt, dass Organisiertheit und

Planung (als ein Element seiner »fundamentals«) einen Beitrag dazu leisten können, die persönliche Zufriedenheit zu steigern. Diese Ergebnisse werden auch durch eine aktuellere Studie von MacLeod, Coates und Hetherton (2008) gestützt, die Lebenszufriedenheit auf der Basis eines Trainings von Zielsetzungs- und Planungsfähigkeit steigern konnten.

7.3 Die Rolle von Charakterstärken

Einen weiteren wichtigen Ansatz vertreten Peterson und Seligman (2004), die eine Klassifikation von Charakterstärken und Tugenden vorgelegt haben. Aufbauend auf einer intensiven Literatursuche in verschiedenen Quellen (z. B. Philosophie, Psychologie, Religion usw.) ist dabei die Values in Action Classification of Strengths (VIA) entstanden. Diese unterscheidet 24 Charakterstärken, denen wiederum sechs hierarchisch höher stehende Tugenden zugeordnet sind (siehe ■ Tab. 7.1).

■ Tab. 7.1 zeigt die Stärken und Tugenden, die in der VIA-Klassifikation zusammengestellt sind. Peterson und Seligman (2004) argumentieren, dass es sich dabei um einen Vorschlag handelt, der auf theoretischer Basis abgeleitet wurde, dies aber noch nicht die Letztfassung ist. Es geht vielmehr um den Versuch, eine Art »Anti-DSM« zu entwickeln und in der Psychologie zu etablieren. Damit wäre eine Klassifikation von (positiven) Eigenschaften gegeben, die Menschen auszeichnen und in positiver Weise beschreiben. Mit dem Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS) haben die amerikanischen Autoren einen reliablen und validen Fragebogen vorgelegt, mit dem man diese Stärken erfassen kann. Der Fragebogen besteht aus 240 Items (je zehn pro Stärke) und erlaubt die Erfassung der individuellen Ausprägung einer Person für jede der 24 Stärken.

Häufig wird bei der Ergebnismrückmeldung neben einem Profil auch mit einer **Rangreihe** der Stärken gearbeitet. Dies erlaubt die Identifikation sog. **Signaturstärken**. Dabei handelt es sich um die drei bis sieben ausgeprägtesten Stärken, also Stärken, die bei einem Menschen besonders herausragen und bei denen man selbst sagen würde: »Das bin wirklich ich.« Kriterien für eine Signaturstärke sind u. a. das Gefühl, während der Aus-

übung der Signaturstärke aufgeregt zu sein, eine steile Lernkurve bei Einsatz dieser Stärke oder eine intrinsische Motivation, die Stärke auch tatsächlich zu gebrauchen.

Peterson (2003) hat auch ein strukturiertes Interview entwickelt (VIA-SI), das die Identifikation von Signaturstärken anhand gezielter Fragen in einem Gespräch ermöglicht. Zum VIA-SI gibt es allerdings noch wenige empirische Daten. Erste Ergebnisse zur Nutzung des Instruments im deutschsprachigen Raum sind aber ermutigend (vgl. Schmid, Ruch & Proyer, 2007).

In mehreren Studien mit dem VIA-IS konnte gezeigt werden, dass die 24 Stärken (mit Ausnahme von Bescheidenheit) alle positiv mit Lebenszufriedenheit korrelieren. Dies wurde in mehreren Studien und verschiedenen Länder bestätigt (vgl. Park, Peterson & Seligman, 2004; Peterson, Ruch, Beermann, Park & Seligman, 2007; Ruch, Proyer, Harzer, Park, Peterson & Seligman, 2010; Ruch, Proyer & Weber, 2010a+b). In allen Studien zeigt sich zudem durchgehend, dass fünf Stärken immer die höchsten Korrelationen zur Lebenszufriedenheit aufweisen; es sind dies die Fähigkeit zu lieben und geliebt zu werden (»love«), Dankbarkeit (»gratitude«), Tatendrang (»zest«), Hoffnung/Optimismus (»hope«) und Neugier (»curiosity«). Diese Stärken scheinen somit eine spezielle Bedeutung für Lebenszufriedenheit zu haben.

In einer ersten Studie gibt es auch Hinweise darauf, dass ein Training der oben genannten fünf Stärken die Lebenszufriedenheit unmittelbar zu steigern vermag (Proyer, Ruch & Buschor, in Vorb.). Untersucht wurde dies mit dem von uns entwickelten **Zürcher Stärken Programm** (ZSP), das ein spezifisches Training einzelner Stärken aus der VIA-Klassifikation gestattet. Grundlage dieses Programms sind drei Eckpfeiler:

1. Theoretische Wissensvermittlung in der Gruppe (aktuelle wissenschaftliche Forschungsergebnisse zu einzelnen Stärken werden für ein Laienpublikum aufbereitet und dargestellt),
2. Durchführung einer Übung in der (Klein-) Gruppe (z. B. Austausch mit anderen Teilnehmenden zu spezifischen Themen, gemeinsame Diskussion, o. Ä.) sowie
3. Durchführung einer Übung zu Hause innerhalb eines vorgegebenen Zeitfensters und mit

■ Tab. 7.1. Übersicht zu den 24 Charakterstärken und sechs Tugenden der Klassifikation Values in Action (VIA)

Tugend 1: Weisheit und Wissen (kognitive Stärken, die den Erwerb und den Gebrauch von Wissen beinhalten)	
Kreativität:	neue und effektive Wege finden, Dinge zu tun
Neugier:	Interesse an der Umwelt haben
Urteilsvermögen und Aufgeschlossenheit:	Dinge durchdenken und von allen Seiten betrachten
Liebe zum Lernen:	neue Techniken erlernen und Wissen aneignen
Weitsicht:	in der Lage sein, guten Rat zu geben
Tugend 2: Mut (emotionale Stärken, die mittels der Ausübung von Willensleistung internale und externale Barrieren zur Erreichung eines Zieles überwinden)	
Tapferkeit (Mut):	sich nicht Bedrohung oder Schmerz beugen, Herausforderungen annehmen
Ausdauer (Hartnäckigkeit, Beharrlichkeit, Fleiß):	beenden, was begonnen wurde
Ehrlichkeit (Integrität):	die Wahrheit sagen und sich natürlich geben
Tatendrang (Vitalität):	der Welt mit Begeisterung und Energie begegnen
Tugend 3: Menschlichkeit (interpersonale Stärken, die liebevolle menschliche Interaktionen ermöglichen)	
Fähigkeit zu lieben und geliebt zu werden:	menschliche Nähe herstellen und schätzen können
Freundlichkeit (Großzügigkeit):	Gefallen tun und gute Taten vollbringen
Soziale Intelligenz (soziale Kompetenz)	sich der Motive und Gefühle von sich selbst und anderen bewusst sein
Tugend 4: Gerechtigkeit (Stärken, die das Gemeinwesen fördern)	
Teamwork (Bürgerverantwortung, Teamfähigkeit):	gut als Mitglied eines Teams arbeiten
Fairness:	alle Menschen nach dem Prinzip der Gleichheit und Gerechtigkeit behandeln
Führungsvermögen:	Gruppenaktivitäten organisieren und ermöglichen
Tugend 5: Mäßigung (Stärken, die Exzessen entgegenwirken)	
Vergebungsbereitschaft und Gnade:	denen vergeben, die einem Unrecht getan haben
Bescheidenheit und Demut:	das Erreichte für sich sprechen lassen
Vorsicht (Besonnenheit, Umsicht):	nichts tun oder sagen, was später bereut werden könnte
Selbstregulation:	regulieren, was man tut und fühlt
Tugend 6: Transzendenz (Stärken, die uns einer höheren Macht näher bringen und Sinn stiften)	
Sinn für das Schöne und Exzellenz:	Schönheit in allen Lebensbereichen schätzen
Dankbarkeit:	sich der guten Dinge bewusst sein und sie zu schätzen wissen
Hoffnung (Optimismus):	das Beste erwarten und daran arbeiten, es zu erreichen
Humor:	Lachen und Humor schätzen; Leute gerne zum Lachen bringen
Religiosität und Spiritualität:	kohärente Überzeugungen über einen höheren Sinn des Lebens haben

Die deutsche Fassung des VIA-IS-Fragebogens wurde von unserer Arbeitsgruppe entwickelt und kann über die Webseite www.charakterstaerken.org [12.07.2010] online kostenfrei bearbeitet werden (mit individualisierter Ergebnisrückmeldung). Darüber hinaus steht über die Webseite auch eine Version für Kinder und Jugendliche (10–17 Jahre) zur Verfügung.

genauer Instruktion. Dazu bearbeiteten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein Übungstagebuch (ein Journal) und machten genaue Angaben zur Durchführung des Programms (z. B. Dauer, Intensität, subjektiv erlebte Wirksamkeit, Abweichungen von der Instruktion etc.).

Insgesamt führten die Teilnehmenden über einen Zeitraum von zwölf Wochen auf diese Weise verschiedene stärkenorientierte Interventionen durch. Derzeit werden die Ergebnisse einiger Studien mit dem ZSP noch genauer evaluiert. Es zeigt sich, dass das Training der fünf Stärken, die hoch mit Lebenszufriedenheit korrelieren, mit einem höheren Anstieg in der Lebenszufriedenheit einhergingen, als dies in einer Kontrollgruppe (Wartegruppe ohne Intervention) der Fall war. Auch eine Gruppe, in der niedrig mit Lebenszufriedenheit korrelierende Stärken trainiert wurden, konnte keine entsprechende Verbesserung der Lebenszufriedenheit erzielen.

Seligman und Kollegen (2005) evaluierten in einer umfangreichen Online-Studie fünf verschiedene stärkenorientierte positive Interventionen:

1. **Dankbarkeitsbesuch** (einer Person danken, die eine besondere Rolle im eigenen Leben gespielt hat, der man aber noch nicht ausreichend gedankt hat),
2. **»Drei gute Dinge im Leben«** (drei Dinge notieren, die an einem Tag gut gelaufen sind),
3. **»Das Beste in mir«** (»You at your best«; sich an Zeiten erinnern, in denen man sein Bestes gegeben hat, und prüfen, welche Stärken dabei zum Tragen gekommen sind),
4. **Signaturstärken auf eine neue Art einsetzen** (den VIA-IS bearbeiten und dann die besonders herausragenden Stärken gezielt auf eine neue Art einsetzen) und
5. **Signaturstärken identifizieren** (den VIA-IS bearbeiten, die Signaturstärken identifizieren und darauf achten, wann man sie nutzt).

Im Vergleich zu einer Placebo-Übung findet sich beim Vergleich von Vorher- und Nachher-Messungen für ein Zeitintervall von sechs Monaten ein merklicher Anstieg in der Lebenszufriedenheit und eine deutliche Reduktion der Depressivität bei Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die die Drei-

gute-Dinge-Übung durchführten, und bei jenen, die die eigenen Signaturstärken auf eine neue Art einsetzten. Für den Dankbarkeitsbesuch gibt es gleichlautende Effekte, allerdings nur für den Zeitraum eines Monats. Somit zeigt sich auch hier die besondere Bedeutung der Charakterstärken für die Steigerung des Wohlbefindens.

Interessant ist, dass man nicht unbedingt jene Stärken trainieren muss, die am höchsten mit Lebenszufriedenheit korrelieren, sondern dass Interventionen auch an den Stärken ansetzen können, die bei einer Person individuell im Vordergrund stehen. Allerdings gilt: Die Signaturstärken nur zu kennen, ohne sie bewusst auf eine neue Art und Weise einzusetzen, bringt keine bedeutsamen Wohlbefindenseffekte. Diese Ergebnisse konnten wir für den deutschen Sprachraum replizieren und mit neuen Trainings erweitern (Proyer, Ruch, Gander & Wyss, in Vorb.).

Eine spannende Frage ist, ob es sinnvoller ist, bereits vorhandene Stärken zu trainieren und diese weiter zu pflegen, oder ob man besser jene Stärken trainieren sollte, die individuell am niedrigsten ausgeprägt sind. Es liegt auf der Hand, dass der Einsatz der eigenen Signaturstärken die Lebenszufriedenheit deutlich steigert. Zudem konnte in den Studien zum ZSP gezeigt werden, dass auch ein allgemeines Training, bei dem Stärken ausgeübt werden, die nicht bei allen Personen die Signaturstärken sein müssen, ebenfalls zu einer Wohlbefindenssteigerung führten. Wie Jonathan Haidt (2002) zeigt, macht es jedenfalls mehr Spaß, an den eigenen Stärken zu arbeiten, als sich mit den eigenen Schwächen zu befassen. Er stellt aber auch fest, dass Menschen, die an ihren eigenen Stärken gearbeitet haben, schließlich keine höhere Zufriedenheit erzielten. Wie stabil derartige Ergebnisse sind und wie sie erklärt werden können, müssen zukünftige Studien noch genauer ermitteln.

7.4 Interventionen aus dem Bereich der Humorforschung

Humor wird in der Positiven Psychologie als eine Charakterstärke verstanden, die in der VIA-Klassifikation von Peterson und Seligman (2004) der Tugend **Transzendenz** zugeordnet wird (s. a. Ruch,

Proyer & Weber, 2010a). Humor ist aber, je nach Art, mit allen sechs Tugenden der VIA-Klassifikation vereinbar und empirisch besonders häufig mit Weisheit, Humanität und Transzendenz gekoppelt (Beermann & Ruch, 2009). Humor ist eine der am höchsten mit Lebenszufriedenheit korrelierenden Stärken aus dem VIA-IS (Park et al., 2004; Peterson et al., 2007; Ruch et al., 2010). In einer aktuellen Arbeit konnte in einem Querschnittsdesign anhand einer großen Stichprobe gezeigt werden, dass dieser positive Zusammenhang über die gesamte Lebensspanne besteht und weitgehend stabil ist (Ruch, Proyer & Weber, 2010b). Eine gerade von uns abgeschlossene Studie liefert erste Belege, dass ein kausaler Einfluss von Humor auf die Lebenszufriedenheit vorliegen könnte: Ein achtwöchiges Humortraining (McGhee, 1999) führte nicht nur zu einem Anstieg in verschiedenen (selbst und fremd eingeschätzten) Komponenten des Humors, sondern auch zu einem Anstieg in der Lebenszufriedenheit, der in einer Wartekontrollgruppe bzw. einer Placebokontrollgruppe (die Probanden wurden hier unsystematisch mit Humor konfrontiert) nicht aufzufinden war. Diese Effekte sind auch bei einer Nacherhebung nach zwei Monaten noch unvermindert stark anzutreffen (Ruch, Rusch & Stolz, in Vorb.).

Der Sinn für Humor wird oft als unveränderbar bzw. als eine Funktion menschlicher Reifung (z. B. nach erlittenem Leid) gesehen (vgl. Ruch, 2008). Es gibt aber eine Reihe von Ansätzen, die Humor in trainierbare »skills« zerlegen (z. B. Nevo, Aharonson & Klingman, 2007). Das Programm von McGhee (1999) geht von den Annahmen aus, dass Humor eine Form des Spiels ist (nämlich das Spielen mit Ideen und Vorstellungen) und dass Verspieltheit vs. Ernsthaftigkeit die Basis für den Sinn für Humor darstellt. Alle Kinder erben die Fähigkeit zum Spiel, aber Sozialisationseinflüsse (z. B. Erziehung, Schule oder Arbeit) können die Verspieltheit unterdrücken und eine Veränderung in Richtung Ernst verursachen. Menschen verlieren ihre Fähigkeit spielerisch zu sein, in unterschiedlichem Ausmaß, wenn der »Ernst des Lebens« einsetzt. Die Wiederentdeckung einer spielerischen Einstellung ist allerdings der Schlüssel für die Veränderung im Bereich des Humors. Ihre Aktivierung triggert die anderen Komponenten, die trainier- bzw. kultivierbare Fertigkeiten darstellen (»humor skills«). Diese

»skills« sind in dem Programm von McGhee, das acht Stufen umfasst, aufsteigend von leicht bis schwierig geordnet: Stufe 1: Den eigenen Sinn für Humor entdecken; Stufe 2: Lernen, spielerischer zu werden, ... Stufe 6: Sich nicht so ernst nehmen – über sich selbst lachen; Stufe 7: Humor inmitten von Stress finden; Stufe 8: Humor als Coping-Strategie einsetzen, also alle acht Stufen gemeinsam anwenden. Sie werden in jeweils einer Doppelstunde theoretisch erarbeitet und praktisch geübt und danach im Alltagsleben vertieft (»home play«). Die Durchführung dieses Programms in verschiedenen Gruppen führte zu jeweils kurzfristigen Anstiegen von Heiterkeit sowie einer Reduktion von Ernst und schlechter Laune, was sich sowohl in State- wie auch in Trait-Messungen abzeichnete (Ruch & Köhler, 2007), zu einem Anstieg in der »Sinn für Humor«-Skala von McGhee (Proyer, Ruch & Müller, 2010) und zu einer Reduktion der Angst vor »Ausgelachtwerden« (Ruch & Proyer, 2008). Eine weitere, online durchgeführte Studie belegt zudem die Wirksamkeit einfacher Aufgaben wie das Führen eines Humortagebuchs, in dem jeden Abend die drei lustigsten Erlebnisse des Tages festgehalten werden (Proyer, Ruch, Gander & Wyss, in Vorb.). Die bisherigen Studien zeigen deutlich, dass einzelne Komponenten des Humors gut trainierbar sind. Der Effekt kann längerfristig anhalten, und der neu gewonnene Humor triggert seinerseits eine gesteigerte Lebenszufriedenheit.

7.5 Ausblick

Die Positive Psychologie boomt, und diese Forschungsrichtung mit ihren verschiedenen Anwendungen im Bereich Life-Coaching, Pädagogik, Arbeits- und Organisationspsychologie sowie in der Psychotherapie wird bald noch mehr Wissen zu Positiven Interventionen generieren. Vieles steht noch am Anfang, und weitere empirische Prüfungen der Effekte, auch unter Berücksichtigung von Besonderheiten der Zielgruppen und der Persönlichkeit des oder der Intervenierenden, müssen folgen. Oft scheint bei der Absicherung der Effekte bisher nur die Selbstbeschreibung mittels Fragebogen das Mittel der Wahl zu sein, wodurch die Wirksamkeit positiver Interventionen sich zunächst nur als subjektiver Effekt abbildet. Schließlich ist noch

nicht ausreichend bekannt, wie lange die Effekte der positiven Interventionen tatsächlich anhalten. Doch man kann optimistisch sein, dass es in absehbarer Zeit Interventionsmethoden geben wird, die das Leben der Menschen gezielt verbessern und ihnen mehr Sinn vermitteln. Unsere eigene Arbeitsgruppe hat sich bisher auf die Optimierung der Lebensführung gesunder Menschen konzentriert, bei denen eine Steigerung der Lebenszufriedenheit mittels verschiedener stärkenorientierter Interventionen bereits gut belegt werden kann. Aber auch für klinische Gruppen zeichnen sich gute Wirkeffekte ab (zusammenfassend vgl. Frank, 2010). Damit wäre das primäre Forschungsinteresse der Psychologie nun nicht mehr nur auf das Lindern der Leiden beschränkt, sondern um die Verbesserung des Wohlbefindens von Menschen erweitert. Von besonderem theoretischem wie praktischem Interesse ist aus unserer Sicht dabei, dass der Begriff des Charakters wieder Einzug in die Psychologie halten könnte und dabei dessen gute Seiten aufscheinen. Was heute unter Charakter verstanden wird, ist durch Tugenden und eine Reihe allgemein akzeptierter menschlicher Stärken präzise definiert und damit auch gut trainierbar geworden.

Literatur

- Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit* (Bd. 1; Theorien, Modelle, Diagnostik). Göttingen: Hogrefe.
- Beermann, U. & Ruch, W. (2009). How virtuous is humour? What we can learn from current instruments. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 528–539.
- Burton, C. M. & King, L. A. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in Personality*, 38, 150–163.
- Emmons, R. A. & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings vs. burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377–389.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 511–521.
- Fordyce, M. W. (1983). A Program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 483–498.
- Frank, R. (2010). *Wohlbefinden fördern. Positive Therapie in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.
- Haidt, J. (2002). *It's more fun to work on strengths than weaknesses (but it may be better for you)*. Unveröffentlichtes Manuskript, University of Virginia, Charlottesville, USA.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- James, W. (1899). *Talks to teachers on psychology: And to students on some of life's ideals*. New York: Henry Holt.
- MacLeod, A. K., Coates E. & Hetherington, J. (2008). Increasing well-being through teaching goal-setting and planning skills: Results of a brief intervention. *Journal of Happiness Studies*, 9, 185–196.
- McGhee, P. E. (1999). *Humor, health and the amuse system*. Dubuque, IO: Kendall/Hunt.
- McGhee, P. E. (2010). *Humor: The lighter path to resilience and health*. Bloomington, IN: AuthorHouse.
- Myers, D. G. (2000). Hope and happiness. In M. E. P. Seligman (Ed.), *The science of optimism and hope. Research essays in honor of Martin E. P. Seligman* (pp. 323–336). Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Nevo, O., Aharonson, H. & Klingman, A. (2007). The development and evaluation of a systematic program for improving sense of humor. In W. Ruch (Ed.), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (pp. 385–404). New York: Mouton de Gruyter.
- Otake, K., Shimai, S., Tanaka-Matsumi, J., Otsui, K. & Fredrickson, B. L. (2006). Happy people become happier through kindness: A counting kindness intervention. *Journal of Happiness Studies*, 7, 361–375.
- Park, N., Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 603–619.
- Peterson, C. (2003). *The Values-in-Action Structured Interview (VIA-SI)*. Cincinnati, OH: The VIA Institute on Character.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Peterson, C., Ruch, W., Beermann, U., Park, N. & Seligman, M. E. P. (2007). Strengths of character, orientations to happiness, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2, 149–156.
- Proyer, R. T., Ruch, W. & Müller, L. (2010). Sense of humor among the elderly: Findings with the German version of the SHS. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 19–24.
- Proyer, R. T., Ruch, W. & Buschor, C. (in prep.). *The Zurich Strengths Program (ZSP): Specific strengths enhance satisfaction with life*.
- Proyer, R. T., Ruch, W., Gander, F. & Wyss, T. (in prep.). *A replication and extension of earlier findings in online intervention programs from positive psychology*.
- Ruch, W. (2008). The psychology of humor. In V. Raskin (Ed.), *A primer of humor* (pp. 17–100). Berlin: Mouton de Gruyter.
- Ruch, W. & Köhler, G. (2007). A temperament approach to humor. In: W. Ruch (Ed.), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (pp. 203–230). Berlin: Mouton de Gruyter.
- Ruch, W. & Proyer, R. T. (2008). Who is gelotophobic? Assessment criteria for the fear of being laughed at. *Swiss Journal of Psychology*, 67, 19–27.

- Ruch, W., Proyer, R. T., Harzer, C., Park, N., Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2010). Adaptation and Validation of the German Version of the Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS) and the Development of a Peer-Rating Form. *Journal of Individual Differences*, 31, 138–149.
- Ruch, W., Proyer, R. T. & Weber, M. (2010a). Humor as character strength among the elderly: Theoretical considerations. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 8–12.
- Ruch, W., Proyer, R. T. & Weber, M. (2010b). Humor as character strength among the elderly: Empirical findings on age-related changes and its contribution to satisfaction with life. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 13–18.
- Ruch, W., Rusch, S. R. & Stolz, H. (in prep). *An evaluation of the 8 step program for the improvement of the sense of humor*.
- Schmid, M., Ruch, W. & Proyer, R. T. (2007). Identifying the strengths of character of vocational counselors and management consultants by comparing results from a questionnaire and a structured interview. *10th Congress of the Swiss Society of Psychology (SSP)*, September 13th and 14th, 2007, Zurich, Switzerland.
- Seligman, M. E. P. (2000). Positive psychology. In J. E. Gillham (Ed.), *The science of optimism and hope. Research essays in honor of Martin E. P. Seligman* (pp. 415–429). Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Seligman, M. E. P., Parks, A. & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series-B: Biological Sciences*, 359, 1379–1381.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410–421.
- Sheldon, K. M. & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 73–82.
- Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467–487.

Narrative Ansätze: Nützliche Geschichten als Quelle für Hoffnung und Kraft

Peter Kaimer

- 8.1 Einleitung – 94
- 8.2 Therapie – der Beginn – 94
- 8.3 Erkenntnistheoretische Basis – 95
- 8.4 Therapie – Erstgespräch – 97
- 8.5 Psychotherapietheoretische Basis – 98
- 8.6 Folgende Therapiesitzungen I – 100
- 8.7 Gemeindepsychologische Perspektive – 101
- 8.8 Folgende Therapiesitzungen II – 102
- 8.9 Psychotherapietechnische Basis – 104
- 8.10 Zeit zwischen den Therapiesitzungen – 107
- 8.11 Gesellschafts- und geschichten-kritische Anmerkungen –
Grenzen des narrativen Möglichkeitsraums – 107
- 8.12 Auf dem Weg sein – 109
- Literatur – 110

Wir müssen die Kraft des Neubeschreibens erkennen. Durch Sprache werden neue und unterschiedliche Dinge möglich und wichtig. Dies können wir jedoch erst wertschätzen, wenn unser Ziel nicht mehr darin liegt, die Eine Wahre Beschreibung zu finden, sondern darin, unser Repertoire an alternativen Beschreibungen zu erweitern.
Richard Rorty: Kontingenz, Ironie und Solidarität

8.1 Einleitung

Die Idee, die bedeutungsvollen Narrationen (Geschichten, Erzählungen) von Klienten in den Fokus therapeutischer Aktivität zu nehmen, wurde von verschiedenen Pionieren psychotherapeutischer Ansätze verfolgt. Nach meinem unten dargelegten Verständnis konvergieren diese Ansätze mittlerweile in einem mehr oder weniger radikalen post-strukturalistischen Verständnis von Therapie: Es geht wesentlich um die »Oberfläche« der aktuell in der Therapie gemeinsam symbolisch erzeugten Wirklichkeit und weniger um die Suche nach »dahinter« oder »darunter« Liegendem, wie es strukturalistische Ansätze als Aufgabe vorgeben. Daraus resultiert eine Haltung, die – vereinfacht gesagt – weniger einem raffinierten Detektiv, sondern vielmehr einem erfahrenen, neugierigen Begleiter ähnelt. Damit lassen sich narrative Ansätze leicht zu Ergebnissen aus der Wirkfaktorenforschung in Beziehung setzen (z. B. Common Factors, Hubble, Duncan & Miller, 2001), jedoch kaum exklusiv von einer Therapieschule für sich beanspruchen.

Besonders indiziert erscheinen mir narrative Ansätze für Therapeuten, die gut damit umgehen können, am Ende ihrer Arbeit nicht als die Helden des Geschehens dazustehen. Und für Klienten, welche bereit sind, sowohl Anstrengung als auch Verantwortung für ihre persönliche Veränderung zu übernehmen.

Vorbemerkung

Die Struktur des Artikels¹ nimmt ihren Ausgangspunkt bei einer Therapie, die in weiten Teilen die Arbeit mit und die Konstruktion von nützlichen Geschichten zum Inhalt hat. Dieser therapeutische Text wird kursiv gesetzt, um ihn von den damit

verzahnten Reflexionen zur eigenen Arbeit abzu-
setzen. So entsteht ein Muster sich abwechselnder
Therapieverlaufsschilderung und theoretischer Er-
örterung aus verschiedenen Perspektiven, die für
narrative Ansätze bedeutungsvoll sind. Zur Über-
sicht stelle ich hier die Überschriften der einzelnen
Kapitel in ihrer Verzahnung einander gegenüber:

8.2 Therapie – der Beginn	8.3 Erkenntnistheore- tische Basis
8.4 Therapie – Erstgespräch	8.5 Psychotherapie- theoretische Basis
8.6 Folgende Therapie- sitzungen I	8.7 Gemeindepsycholo- gische Perspektive
8.8 Folgende Therapie- sitzungen II	8.9 Psychotherapie- technische Basis
8.10 Zeit zwischen den Therapiesitzungen	8.11 Gesellschafts- und geschichtenkritische Anmerkungen
8.12 Auf dem Weg sein ...	

8.2 Therapie – der Beginn

*Ich halte die Unterlagen von Herrn Gruber² in Hän-
den. Morgen wird er zum ersten Therapiegespräch in
die Praxis kommen. Bis jetzt hat ein Informationsge-
spräch stattgefunden. In diesem hatte er Gelegenheit
gehabt, grob den Anlass und das Anliegen für eine
Psychotherapie zu schildern, seine Erwartungen auf
der Basis früherer Erfahrungen mit psychosozialer
Hilfe zu formulieren. Ich konnte ihm meine Rahmen-
bedingungen, die Grundzüge meiner Arbeitsweise
und vielleicht wohl auch Hoffnung und Zuversicht*

¹ Ich danke Anneliese Stadler und Wolfgang Loth für wert-
volle Anregungen und Diskussionen zu einer ersten Version
dieses Textes.
² Herrn Gruber gibt es als physikalische Person nicht. Die Ge-
schichte von Herrn Gruber beruht vielmehr auf Erfahrungen
und Geschichten aus der Begegnung mit mehreren Klienten
der letzten Jahre meiner Tätigkeit als Psychotherapeut.
Die Wahl der weiblichen bzw. männlichen Form im Text
habe ich dort, wo es nicht faktisch feststand, mehr oder
minder zufällig gewechselt. Ich hoffe, dass sich auf diese
Weise ein ausgeglichenes Verhältnis ergeben hat und sich
niemand vernachlässigt fühlen muss.

bezüglich seines Anliegens vermitteln. Ich hatte ihn darüber aufgeklärt, dass zukünftig in einem Beobachtungsraum nebenan Mitglieder der Ambulanz als Team an den jeweiligen Sitzungen teilnehmen würden. Diese könne er gerne kennen lernen. Am Ende einer jeden Sitzung würde ich mich dann für ca. 5-10 Minuten zum Team zurückziehen und eine wertschätzende Rückmeldung über die Sitzung erarbeiten, die er dann von mir vermittelt bekommen würde.

Für ihn war es wohl das, was im angloamerikanischen Bereich »window-shopping« genannt wird: erstes Sondieren des Angebots und zeitlich befristete Möglichkeit sich zu überlegen, ob man sich darauf einlassen will. Ich hatte die Gelegenheit, zu prüfen, inwieweit Herr Gruber mir sympathisch ist, mich sein Anliegen und die erste ansatzweise Schilderung seiner Geschichte interessiert – vielleicht sogar herausfordert – und wie ich denke, ihm bei der Lösung seiner Probleme helfen zu können (Blaser, 1993). Am Ende des Termins hatte ich ihm ein Blatt zu seinem Recht auf Information bezüglich der Psychotherapie (informed consent, Handelsmann & Galvin, 1988) sowie einige erste Fragebögen³ gegeben und ihn mit den Worten verabschiedet, dass ich mich im Falle der Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen innerhalb einer Woche umgehend bei ihm melden würde, um den Therapiebeginn zu vereinbaren. Zwei Tage später waren die Unterlagen angekommen.

Was war bei diesem ersten Treffen passiert? Was hätte ein naiver Beobachter feststellen können? Nun, wir hatten miteinander gesprochen, hatten uns dabei angeschaut und gestisch und mimisch unsere Worte untermalt. Wir hatten auch offensichtlich bestimmten selbstverständlichen Ritualen entsprochen, indem wir uns zu Beginn die Hände geschüttelt hatten – obwohl ... da war rückblickend etwas ungewöhnlich gewesen dabei.

Ich hatte ihn in das Praxiszimmer gebeten, ihm einen Stuhl angeboten und er war freundlich dieser Einladung gefolgt. Nach ein paar einleitenden Floskeln hatte ich eine Struktur für dieses Treffen vorgeschlagen und ihm zwei Optionen eröffnet: Er beginne

seine Geschichte, die ihn hierher führt, oder ich beginne meine Geschichte psychotherapeutischer Arbeit. Wie so viele Klienten entschied sich auch Herr Gruber dafür, mit seiner Geschichte zu beginnen und mir zu erzählen, was für ihn aktuell wichtig, bedeutsam, beklagenswert und unverständlich sei.

8.3 Erkenntnistheoretische Basis

Jede Therapie fußt auf den impliziten oder expliziten Entscheidungen des Therapeuten, was er als »wirklich« nimmt. Dies erscheint nur für Menschen trivial, die sich nie mit erkenntnistheoretischen Fragestellungen befasst haben und meist auf der Basis eines naiven Realismus **die Wirklichkeit** für schlicht gegeben nehmen.

Narrative Ansätze und darunter speziell die von mir favorisierten Spielarten systemischer Therapie und kognitiver Verhaltenstherapie suchen ihre erkenntnistheoretische Basis meist in einer Spielart des Konstruktivismus. Da es sehr viele, zum Teil selbst für Eingeweihte schwer im Detail auseinander zu haltende Konzeptionen des Konstruktivismus gibt, will ich mich in diesem Beitrag auf drei Versionen holzschnittartig beschränken. Es sind dies der **Sozialkonstruktivismus** auf der einen Seite, der **kognitive Konstruktivismus** auf der anderen und vermittelnd dazwischen, wenn auch mit einer leichten Asymmetrie zugunsten sozialer Prozesse, der **Soziale Konstruktivismus**.

Konzeptionen des Konstruktivismus

Der kognitive Konstruktivismus interessiert sich schwerpunktmäßig für die Art und Weise, wie Wirklichkeit als Leistung des je individuellen Geistes erzeugt wird. Prominente Vertreter dieses Ansatzes sind Piaget und Kelly.

Der Sozialkonstruktivismus, als dessen prominenter Vertreter Kenneth Gergen angesehen werden kann, legt den Schwerpunkt seiner Interessen »auf Diskurse als Vehikel für die Artikulation des Selbst und der Welt sowie auf die Art und Weise, in der diese Diskurse innerhalb sozialer Beziehungen wirken« (Gergen, 2002,



³ Dabei handelt es sich um zwei Teile eines Lebensgeschichtlichen Fragebogens, um einen Lebenszufriedenheitsbogen (FLZ von Henrich & Herschbach, 1998) und um den SCL 90 R von Franke (2002).

S. 82). Er interessiert sich also ausschließlich für das, was zwischen Individuen als Art der Welterzeugung geschieht.

Der Soziale Konstruktivismus hingegen denkt diese sozialkonstruktionistische Sicht umfassender, indem zusätzlich die Konstruktionsprozesse des menschlichen Geistes, der die Wirklichkeit in seinen Beziehungen mit der Welt erzeugt, mit aufgenommen werden.

Die Ideenlinie, welche hinter dem von mir favorisierten Verständnis von Sozialem Konstruktivismus steht, kann mit den Namen prominenter Denker aus Philosophie und Soziologie verbunden werden, wenngleich diese nicht unmittelbar aufeinander aufbauen. Da wäre z. B. Durkheim mit seinem Begriff der **kollektiven Repräsentation**, Fleck mit seinem **Denkstil** oder **Denkkollektiv**, Wittgenstein mit seinen **Sprachspielen und Lebensformen**, Bachtin mit seinen **dialogischen Konzepten** zur Wirklichkeitserzeugung, Berger und Luckmann mit ihrer **sozialen Konstruktion von Realität** sowie Garfinkel mit seinen **ethnomethodologischen Konzepten** (vgl. Frindte, 1998, Deissler & McNamee, 2000, und besonders aufschlussreich und genau von Tiling, 2004).

Besonders bedeutsam erscheint mir die Brücke, welche der Soziale Konstruktivismus zwischen Ideen über die Welterzeugung im Individuum und solchen im sozialen Raum (das zentrale Thema des Sozialkonstruktivismus) schlägt. Hier werden häufig die Arbeiten von Wygotski (1964) mit seinem »Aneignungskonzept« aufgegriffen: Das Ich des Sozialen Konstruktivismus wird in einen sozialen Raum hineingeboren, der ihm ein Set an Sprachfiguren zur Verfügung stellt. Diese Sprachfiguren sind Bestandteile einer Kultur, Bestandteile von Lebensformen – und das sich entwickelnde Ich eignet sich diese Sprachfiguren an, um in diesem Raum kommunizieren und damit (über)leben zu können. Diese Verbindung zwischen individueller und sozialer Wirklichkeitserzeugung signalisiert eine deutliche Asymmetrie zu Gunsten sozialer Konstruktionsprozesse im Sinne des Sozialkonstruktivismus. Am Anfang steht hier ganz eindeutig der soziale Raum, der überhaupt erst **Sprache, Sprachformen, Meta-**

phern, Diskursformen, Mythen und Metaerzählungen zur Verfügung stellt aber auch vorgibt. Oder wie es Devilder (2001, S. 16) von der Bochumer Arbeitsgruppe für Sozialen Konstruktivismus und Wirklichkeitsprüfung so provokant formuliert:

Alles was wir erleben können, liegt sprachlich zubereitet schon fertig vor, alles, was über unser Ich gesagt werden kann, ebenfalls. Denn nicht ich fühle etwas, sondern man fühlt. Wie viele Leute benutzen das Wort »man« wenn sie etwas über sich selbst sagen sollen! Und unser kommunales System stellt uns nicht nur das Wissen über diese Sprachfiguren zur Verfügung, sondern dazu auch noch die Regeln, wie, wann und wo diese Sprachfiguren angemessen gebraucht werden dürfen, können und müssen.

Unter sozialkonstruktivistischer Perspektive interessiere ich mich als Therapeut dafür, wie wir Menschen uns in unterschiedlichen kommunalen Systemen und Umwelten mittels unserer Sprache gewissermaßen selbst herstellen. Ich interessiere mich für die Erzählungen und Geschichten, die wir uns selbst und anderen als Folge bereits stattgefundenen Diskurse und auch vorgefundener Sprachschablonen erzählen. Ich interessiere mich für die Regeln »guter« Geschichten, für die Spielräume, die verschiedene Geschichtentypen uns lassen bzw. die Folgen, welche unterschiedliche Geschichten hinsichtlich Öffnung oder Schließung von Möglichkeiten bereitstellen. Devilder formuliert das wiederum sehr pointiert so:

Soziale Konstruktivistinnen sagen also, dass wir die Wirklichkeit unserer Alltagswelt und damit uns selbst als Person im sozialen Diskurs fabrizieren. In diesem Prozess stellt die Sprache die soziale Welt auf die Füße und damit auch uns. Und deswegen achten soziale Konstruktivistinnen auf die Macht der Texte und die Magie von Metaphern! Warum Macht der Texte? Nun, wenn wir als Person ein Element in einem vernetzten System sozialer Beziehungen, ein sozial konstruiertes Diskursprodukt sind, dann dürften die Texte, die in unserem Sozialsystem aufgesagt werden eine erhebliche Macht auf uns ausüben und über uns haben, ja vielleicht können wir sogar soweit gehen, Personen als Texte zu sehen! (Devilder, 2001 S. 26).

Die Folgen einer solchen Sichtweise für Therapie sind erheblich: Die Erzählungen einer Person, die diese scheinbar charakterlich festschreiben, werden als Ergebnis der Erzählpraxis einer bestimmten kommunalen Gemeinschaft gesehen und insofern weitet sich ein Möglichkeitsraum, die Geschichten auch völlig anders zu erzählen; das Psychische wird nicht so sehr strukturell (Oberflächenstruktur vs. Tiefenstruktur, die das Eigentliche beherbergt und die es zu ergründen oder zu deuten gilt) sondern poststrukturell als Diskursprodukt gesehen und kann durch Dekonstruktion verflüssigt werden – wir praktizieren Sprachkritik; Geschichten über uns können uns krank machen oder auch gesund.

8.4 Therapie – Erstgespräch

Herr Gruber beginnt mit dem Hinweis, dass es ihm jetzt ja schon besser gehe, seitdem er Tabletten nehme. Aber er wolle nicht ständig darauf angewiesen sein. Außerdem hoffe er, durch die Therapie noch weitere Schritte zu schaffen. Ob mir denn nichts aufgefallen sei bei der Begrüßung. Nun, die Art wie er mir die Hand gegeben hätte – lediglich die Fingerspitzen – sei schon ungewöhnlich gewesen, aber es sei für mich nicht eindeutig zu entscheiden gewesen, ob es sich lediglich um eine zufällige Fehlkoordination unserer Hände gehandelt habe, oder ob System dahinter stecke. Es habe System, erklärt Herr Gruber mit einem verschmitzten Lächeln. Er habe Angst, die Hand zu geben, aus Angst, sich anzustecken. Diese Angst habe sich im Gefolge der größten Enttäuschung seines Lebens entwickelt, als ihn sein Freund und Kompagnon um eine größere Summe Geldes betrogen und er sich beschmutzt gefühlt habe. Kurz darauf habe er aufgrund größter Ekelgefühle nichts mehr anfassen können, wovon er annehmen musste, dass es von diesem vorher berührt worden sei. Im Laufe der Zeit habe sich dieses Unwohlgefühl auf alle möglichen Bereiche ausgedehnt und er habe eine Art von Sicherungs-System entwickelt, um möglichen Verschmutzungen und Ansteckungen zu entgehen. Dies habe ihn zunehmend eingeengt, sein Leben zu einem komplizierten Regelsystem gemacht, welches er irgendwann einmal nicht mehr habe bewältigen können. Am Rande eines Nervenzusammenbruchs

sei er zu einem Psychiater gegangen, der ihn medikamentös versorgt habe. Die Medikamente hätten geholfen, weil er gegenüber den Angst- und Ekelgefühlen etwas gleichgültiger geworden wäre und demzufolge seine Regeln und Praktiken hätte lockern können. Sein soziales Umfeld leide jedoch nach wie vor unter seiner mangelnden Spontaneität, diversen umständlichen Ritualen und entsprechender Geiztheit, wenn er bei der Ausführung dieser Abläufe gestört oder unterbrochen werde. Er selbst schwanke hinsichtlich der Notwendigkeit, etwas zu verändern, aber er wolle natürlich, dass seine Umwelt sich wohl mit ihm fühle, und auch er selbst könne sich schon ein etwas unbeschwerteres Leben vorstellen. Nun wolle er aber etwas von mir wissen.

Ich erzähle ihm von meiner therapeutischen Basis, die ich als lösungs- und zielfokussiert charakterisiere. Dabei würden seine erstrebenswerten Entwicklungsvorstellungen von sich selbst und seinem Leben sowie seine Änderungs Ideen als Klient eine gewichtige Rolle spielen. Die Therapie, welche ich ihm anbieten könne, sei sehr handlungsorientiert. D. h. es gebe so gut wie immer etwas für ihn zu tun zwischen den Sitzungen, was schon eine Herausforderung bedeuten werde. Therapie sei harte Arbeit, die sich jedoch so gut wie immer lohne, wenn jemand in Richtung seiner Ziele aktiv werde. Eine wichtige Rolle werde auch eine Analyse der Problembedingungen, die ihn auf seinem Weg zum Ziel blockieren, spielen. Bedingungen, welche das Problem auslösen oder aktivieren genauso, wie Bedingungen, welche zu seinem Weiterbestehen beitragen. Und letztlich ginge es natürlich auch um geeignete Schritte und Mittel bei diesem Voranschreiten – diese könnten von ihm selbst gefunden oder vorgeschlagen werden, sie könnten aber auch aus dem gesammelten Wissen gut geprüfter psychotherapeutischer Verfahren stammen, das ich ihm gerne zur Verfügung stellen wolle.

Nachdem Herr Gruber durch Rücksendung der Fragebögen sein Interesse an einer Aufnahme der Therapie bekundet hatte, hatte ich mich mit ihm in Verbindung gesetzt und den ersten Therapietermin vereinbart. Dieser Termin sollte dazu genutzt werden, um Unklarheiten bezüglich seiner Angaben im lebensgeschichtlichen Fragebogen zu klären. Dann wollte ich unmittelbar zur Zielklärung überleiten, um möglichst schnell mit Herrn Gruber eine moti-

vierende Vision seiner Zukunft zu entwerfen. Doch es kam anders. Sehr schnell signalisierte mir Herr Gruber, dass er ein großes Bedürfnis habe, seine Leidensgeschichte zum ersten Mal jemandem umfassend darzulegen. Und es wurde auch deutlich, dass er dies als Voraussetzung dafür ansah, wirklich verstanden zu werden.

Folglich kreisten meine Fragen um das Thema, was ich alles wissen müsse, um gut verstehen zu können, worum es bei seiner Problematik und seinem Anliegen hier in der Therapie gehe.

*Da wir die Sitzungen – mit Ausnahme einiger Abstecher zu sichtbar gewordenen Stärken und Ressourcen – **problemorientiert** zugebracht hatten, bat ich ihn am Ende der Sitzung, um den Fokus wieder auf eine **lösungsorientierte** Perspektive zu verlagern, bis zum nächsten Mal all das zu beobachten und zu notieren, was in seinem Leben trotz seiner Problematik aktuell in Ordnung sei, womit er zufrieden sei, was so bleiben könne und solle und sich auch durch eine Therapie keinesfalls ändern solle.*

8.5 Psychotherapietheoretische Basis

Bei der Schilderung der Beschwerden von Herrn Gruber wird sicher verhaltenstherapeutischen Kollegen sofort das Modell der Behandlung von Zwängen, wie es z. B. Lakatos und Reinecker (2007) vorgelegt haben, in den Sinn gekommen sein. Vertreter anderer Schulen werden entsprechende Störungs- und Behandlungsmodelle assoziieren. Ich will an dieser Stelle jedoch das Augenmerk auf den narrativen Aspekt der Therapie lenken. Dazu brauche ich Argumente, welche die oben skizzierte erkenntnistheoretische Basis mit einigen mir vertrauten Spielarten von Therapie verbindet, die Narrationen besonderes Augenmerk schenken.

Gergen (2002) nennt vier zentrale Merkmale, die charakteristisch für ein Therapieverständnis unter dem Aspekt der sozialen Konstruktion sind:

- Schwerpunkt auf Bedeutungen
- Therapie als Co-Konstruktion
- Schwerpunkt auf Beziehungen
- Wertesensibilität

Gergens zentrale Merkmale einer sozialkonstruktiven Therapie

Schwerpunkt auf Bedeutungen Im Gegensatz zu traditionellen Therapien, in denen es oft um das Herausfinden von Ursachen für psychische Störungen geht, das nach einem medizinischen Modell angestrebt wird (Was steckt hinter dem Gesagten?), geht es nun um konstruierte Bedeutungen, die sich in den Erzählungen und Geschichten der Klienten finden lassen (Was wird unmittelbar in dem Gesagten sichtbar?);

Therapie als Co-Konstruktion. Der Klient erhält in der Entfaltung seiner Erzählungen und Geschichten zunächst einen Freiraum; die Art der Reaktion, der Nachfragen, der Reformulierungsangebote, subtiler Betonungen etc. durch den Therapeuten lässt dann gemeinsam mit dem Erzählenden neue Optionen im Verständnis, in der Erzählweise, in der Schwerpunktbildung und in den daraus resultierenden Folgen

(z. B. auf der Handlungsebene) entstehen; letztlich entwickelt sich eine neue Geschichte zwischen den Beteiligten; d. h. zwischen Therapeut und Klient.

Schwerpunkt auf Beziehungen. Die strenge Fokussierung auf das »Innenleben des Geistes« wird zugunsten eines starken Interesses für das Netzwerk sozialer Beziehungen und dort kommunal erzeugter Bedeutungen und ihrer Folgen im Handeln (mit sich selbst oder signifikanten Anderen) verschoben;

Wertesensibilität. Aufgrund der bisher genannten Merkmale wird die Bedeutung der Werte der Therapeuten im Prozess der Therapie deutlich und Wertneutralität zur Illusion; daher wird eine Offenlegung der Werte des Therapeuten obligatorisch, wenn kritische Situationen im Therapieverlauf dies erforderlich erscheinen lassen.

Es gibt mittlerweile neben den explizit *narrativen Ansätzen* in sehr vielen traditionellen Therapierichtungen auch Versuche, diese narrativ zu interpretieren. Scholz (2002) berichtet von Versuchen, eine narrative Wende in der Psychotherapie auszurufen und verweist auf Machado und Goncalves (1999), die eine Vielfalt von dementsprechenden Ansätzen in psychodynamischen, systemischen, kognitiven und konstruktivistischen Therapien konstatieren. Als deren gemeinsame Auffassung wird beschrieben, dass es Aufgabe von Therapie sei, »Klienten dabei zu helfen, ihre alten Geschichten zu revidieren und neue zu konstruieren, die von größerer Relevanz und Sinn für ihr gegenwärtiges und zukünftiges Leben seien.« (Scholz 2002, S. 232).

Die beiden Spielarten, die hier zuerst skizziert werden sollen, sind gewissermaßen komplementär zueinander. Es handelt sich um kognitiv-konstruktivistische einerseits und sozialkonstruktivistische Auffassungen von Narrationen andererseits. McNamee (1997, Übersetzung von Scholz 2002, S. 239) formuliert diese Komplementarität – aber auch ein gewisses Spannungsverhältnis – so:

»Konstruktivistische Verständnisweisen menschlichen Austausches gestehen den sozialen Prozessen, in welchen wir unsere Welten kreieren, Bedeutsamkeit zu. Jedoch gibt es einen residualen Individualismus noch fest intakt im Konstruktivismus. Die gemeinsamen Aktivitäten, in welchen sich Personen engagieren, sind bedeutsam, insofern sie die Quelle für kognitive Veränderungen und/oder Stabilität liefern. (...) Im Kontrast dazu gibt Sozial-Konstruktion insgesamt den Begriff eines originären Individuums auf. Anstatt Individuen und ihre kognitiven Strukturen als Startplatz für irgendein Verständnis menschlichen Austauschs anzusetzen, schlägt Sozial-Konstruktion vor, dass wir Bezogenheit (relatedness) – das heißt, was Leute zusammen in einem interaktiven Moment tun – untersuchen und jeglichen Sinn von Individualität, internalen Konstrukten oder Überzeugungen als aus diesen Formen von Bezogenheit auftauchend verstehen.

Diese Komplementarität, die eine entsprechende Komplementarität in den Sichtweisen dessen, was als Problem angesehen werden soll, befördert, erlebe ich als Therapeut als weitende Option. Sie

eröffnet mir die Möglichkeit, Geschichten und Erzählungen meiner Klienten wahlweise aus einer Perspektive individueller Konstruktion vs. einer Perspektive dominanter Narration eines sozialen Netzwerks zu verstehen und dementsprechend verflüssigend anzugehen. Mit dem Terminus »verflüssigen« werden hier Bemühungen im therapeutischen Diskurs bezeichnet, einschränkende, entmutigende und pathologisierende Geschichten und Bedeutungszuschreibungen in ihrem Absolutheitsanspruch und ihrer Alleingültigkeit in Frage zu stellen und mögliche alternative Sichtweisen in Betracht zu ziehen. Gergens vier zentrale Merkmale, die er für Therapie unter der Perspektive eines sozialen Konstruktivismus formuliert hat, lassen sich auch für eine kognitive Perspektive diskutieren. Dies insbesondere deshalb, weil er selbst die Möglichkeiten von Verbindungen dieser Ansätze wertschätzend hervorhebt (Gergens 2002, S. 294).

Schwerpunkt auf Bedeutungen kann bei einem kognitiven Verhaltenstherapeuten wie Meichenbaum z. B. heißen, dass er die je individuellen Geschichten der Klienten nicht nur sorgfältig entfalten lässt, sondern dabei hilft, sich bewusst zu werden, wie Klienten die mit diesen Geschichten verbundenen Wirklichkeiten erschaffen. Dabei hilft zu erkennen, welche Konsequenzen das für ihr Leben hat, und dass es nicht die eine wirkliche Wirklichkeit gibt, sondern viele mögliche Erzählungen, die mehr oder weniger ermutigende und hoffnungsvolle Begleitgefühle erzeugen (Meichenbaum, 1996). Bei einem sozialkonstruktivistischen Therapeuten wie z. B. Neimeyer wird hingegen die sich entfaltende Geschichte vor dem Hintergrund der Kultur oder Subkultur des Betreffenden gehört und hinsichtlich ihrer Inkohärenz erzeugenden oder unterdrückenden Wirkung geprüft (Neimeyer & Raskin, 2000). Es werden gängige Skripte und Diskurse hinsichtlich ihrer den Möglichkeitsraum einengenden Funktion betrachtet und den Klienten angeboten, hoffnungsvollere Lebensgeschichten zu entwerfen.

In beiden Ansätzen wird so auch schon deutlich, was es bedeutet, **Therapie als Co-Konstruktion** zu verwirklichen. Beide Vertreter begreifen sich nicht mehr als Experten für zielsichere Lösungen von Problemen, sondern vielmehr als Experten für nützliche und hilfreiche Sprachangebote, welche zu ermächtigenden und ermutigenden Geschich-

ten und Erzählungen führen sollen. Sie begreifen sich gewissermaßen als »story-dealer« (vgl. Kaimer, 2003). Und es liegt auf der Hand, dass sie das nur in enger Kooperation mit ihren Klienten tun können.

Es liegt aber auch auf der Hand, dass unter diesen Vorgaben Therapie folgerichtig unter dem **Schwerpunkt auf Beziehungen** gesehen wird. Die sich entwickelnden Geschichten und Erzählungen formen sich ja einerseits Stück für Stück im Rahmen der therapeutischen Beziehung und sie müssen sich andererseits im kommunalen Diskurs des sozialen Netzwerks bewähren, müssen dort überleben können, anschlussfähig werden.

Als vierten Punkt nannte Gergen die **Wertsensibilität** einer Therapie unter der Perspektive sozialer Konstruktion. Beide Perspektiven, individuelle Konstruktion ebenso wie dominante Narrationen eines sozialen Netzwerks, werfen ethische Fragen auf, die eine möglichst große Transparenz im Rahmen der Therapie hinsichtlich der implizit und explizit vertretenen Werte wünschenswert erscheinen lassen.

Eine dritte Spielart halte ich deswegen für äußerst reizvoll, weil sich beide Komplementaritäten gewissermaßen in ihren theoretischen Grundlagen vorfinden lassen und dort ein akzeptiertes Nebeneinander eingegangen sind. Es handelt sich um die klinische Hypnosetherapie. Zu ihren theoretischen Erklärungsansätzen gehört einerseits die Neodissoziationstheorie von Hilgard (Revenstorff & Peter, 2008), welche eine kognitive Theorie ist und dementsprechend auf die individuelle Verarbeitung von Konstruktionen dieser Welt fokussiert. Es gehört andererseits aber auch die Theorie der sozialen Rolleninvolviertheit sensu Barber, Sarbin oder Spanos (s. Peter, Kraiker & Revenstorff, 1991, Revenstorff & Peter, 2008) dazu, welche die Bedeutung des sozialen Kontextes der jeweiligen Therapie in den Vordergrund des hypnotherapeutischen Geschehens und der Arbeit mit Trance rückt. Nimmt man hier die gängige Annahme dazu, dass Trance und Suggestion Alltagsphänomene sind und dass Menschen, welche Therapie aufsuchen, sich bereits in einer Art »Problemtrance« befinden, dann ist der Schritt zu einem sozialkonstruktionistischen Verständnis der Wirklichkeitserzeugung nicht mehr weit. Denn der Kontext, in dem die Problemtrance induziert wurde, entspricht dem sozialen, kom-

munalen Diskurs, der mit seinem Bedeutungssog manchmal geradezu »verhext« (wie es Wittgenstein generell als Potenzialität von Sprache konstatierte, Wittgenstein, 1971). Der soziale Kontext, in dem dann Lösungsstrance entwickelt werden soll, kann wiederum nur auf der Basis kommunal und damit kulturell vermittelter Muster des »hypnotischen« Sich-in-Beziehung-Setzens zwischen Klient und Therapeut wirken. Und das gilt auch dann, wenn dies nur unter der Voraussetzung individueller Suggestibilität bzw. Hypnotisierbarkeit von Individuen bewirkt werden kann – die andere, kognitiv-konstruktivistische – Seite der Medaille.

8.6 Folgende Therapiesitzungen I

Herr Gruber kommt in die nächste Therapiesitzung und schildert eine ganze Menge von Dingen, die ihm in Bearbeitung der Therapie-Empfehlungen zufriedenstellend aufgefallen sind. Er schildert sie im Kontrast zu früheren Einschränkungen – was auch immer wieder zu Klagen über Probleme der Gegenwart führt. Die Erzählungen folgen eine zeitlang vergangenen Erfolgen, spüren seinen Ideen über aktuelle Lösungsschritte nach. Wir versuchen ein gemeinsames Experiment, indem wir eine Art Utopie entwerfen: das Leben von Herrn Gruber nachdem ein Wunder passiert sei, welches das Problem, das ihn in Therapie gebracht habe, gelöst habe. Für eine gewisse Zeit ist es möglich, Herrn Gruber bei dieser positiven Vision zu halten und er entfaltet sie in unterschiedlichsten Lebensbereichen. Darüber hinaus konkretisiert er sie und schildert sie sogar aus dem Blickwinkel anderer Personen.

Nach einer Weile tritt dann bei Herrn Gruber wieder das aktuelle Leid in den Vordergrund – das Unverständnis, was da mit ihm geschehe, was der Grund für diese Problematik sei. Gemeinsam versuchen wir, diesem »Grund«, der ihm ein großes Anliegen und auch Teil seiner persönlichen Lösung ist, auf die Spur zu kommen. Ich biete ihm das funktionale Modell von Kanfer et al. (2005) als eine Ordnungsstruktur für unsere Suche an. Die Einbettung seiner Problematik in auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen ist für ihn plausibel und entspricht wohl auch seiner Art zu denken. Er nutzt jedoch das angebotene Modell auf eine sehr idiosynkratische

Art und Weise. Die funktionale Analyse, die ich als Grundlage für die Finanzierung durch die Krankenkasse der Therapie erstelle, und seine neu sich entwickelnde Geschichte von auslösenden Bedingungen, die teils mit seiner Kindheit, teils mit Erfahrungen in seinem sozialen Umfeld sowie mit persönlichen Gewohnheiten zu tun haben, unterscheiden sich dabei erheblich. Man könnte etwas spitzfindig davon sprechen, dass im Grunde genommen sogar drei verschiedene Geschichten miteinander interagieren: Meine Geschichte wird durch die Rahmenvorgaben seitens des Selbstmanagementmodells sowie noch komplexitätsreduzierender seitens der Vorgaben durch das Gutachtersystem der Krankenkassen zur formalen Analyse. Herrn Grubers Geschichte, welche ebenfalls als Modell betrachtet werden könnte, bleibt formal relativ ungebunden und flexibel und ähnelt (wollte man es zu Formalisierungsversuchen in Beziehung setzen) am ehesten einem Systemmodell sensu Schiepek & Kaimer (1996). Diese beiden Geschichten treten im therapeutischen Diskurs immer wieder zueinander in Beziehung und es entsteht so etwas Drittes, an dem wir beide unseren Anteil haben. Es entsteht eine Geschichte, ein Sprachspiel, das uns miteinander verbindet, welches uns immer wieder die Suche nach Anschlussfähigkeit abnötigt, uns Gefühle des Verstehens ebenso wie des Missverstehens beschert und gleichzeitig auf der Basis kulturell vorgegebener Muster gespielt werden will.

Jede individuell erzeugte Geschichte ist wiederum nützlich für den je bestimmten kommunalen Diskurs, indem sie eingebracht wird. Meine formale Analyse stellt eine Bezugnahme zu anerkannten Modellen psychischer Not und Möglichkeiten ihrer Bearbeitung her und erlaubt eine relativ rationale Rechtfertigung dem Gutachter gegenüber, dass hier eine Konstellation von menschlichem Leid vorliegt, die plausibel therapeutisch angegangen werden kann. Sie stellt insofern nur eine mögliche Analyse und damit Erzählweise unter mehreren möglichen dar, als auch gänzlich andere Fallkonzeptionen denkbar sind (vgl. Caspar, 1996). Herrn Grubers Geschichte wird zumindest in den Beziehungen mit den Angehörigen seiner Familie und den Kollegen am Arbeitsplatz Wirkung entfalten. In der Therapie gewinnt er jedenfalls auf diese Art und Weise zunehmend das Gefühl, sich selbst besser einordnen und verstehen zu können, was ihm wiederum Ansatzpunkte für Lö-

sungsschritte liefert. Diese erwartet er sich teils von mir und den psychotherapeutischen Ansätzen, die ich vertrete, er wandelt sie jedoch interessiert nach seinen eigenen Bedürfnissen und gemäß seiner persönlichen Änderungstheorie ab. Dasselbe gilt auch für andere Anregungen, die er sich wünscht – z. B. Bücher. Er liest die empfohlene Literatur gerne und relativ zügig. Er wählt aus, was ihm stimmig und passend scheint für seine aktuelle Situation.

Die sich entwickelnden und entfaltenden Geschichten finden offensichtlich auch Eingang in seinen Alltag. Er berichtet immer wieder von Gesprächen mit seiner Frau, mit Arbeitskollegen, mit befreundeten Personen, wobei Teilstücke der in der Sitzung entstandenen Geschichten sichtbar werden. Darüber hinaus berichtet er von Veränderungen, die sich in seiner alltäglichen Lebenspraxis ergeben. Natürlich – die Geschichten haben Folgen im Handeln. Und das Erzählen und Handeln erfährt Rückmeldung in seinem kommunalen Feld und es entscheidet sich so, was lebbar ist und was nicht. Daraus entwickelt sich auch ein ganz individuelles Muster von Beschleunigung und Verlangsamung von Veränderungen bezogen auf die therapeutischen Ziele. Dazu gehören ebenfalls wieder Geschichten und Erzählungen, die diese Prozesse begründen, von ihnen ablenken, in ihnen ermutigen und herausfordern. Auch die Änderung der therapeutischen Ziele findet in diesem Rahmen des Neuerzählens und Umerzählens immer wieder statt – manchmal ganz subtil, manchmal dramatisch.

8.7 Gemeindepsychologische Perspektive

Schon lange, bevor das Narrative im Rahmen der therapeutischen Gemeinde zum (post)modernen Begriff wurde, beschäftigten sich gemeindepsychologische Theoretiker und Praktiker mit der gestaltenden Kraft von Geschichten im Rahmen von Empowermentprozessen (Stark, 1992, 1996).

Mit Empowerment ist die, aus der Kritik expertendominierter Präventionsprogramme erwachsene, Stärkung der salutogenen Ressourcen von Menschen gemeint. Konkret sollen Menschen dabei unterstützt werden, Möglichkeiten zu finden oder auszubauen, die ihnen ein Optimum an

Kontrolle über das eigene Leben (zurück)geben (Rappaport, 1985; Keupp, 1998; Stark, 1996). Dabei soll besonders sensibel ein Gleichgewicht zwischen Anerkennung vorhandener Stärken und Bereitstellung von Hilfestellungen durch psychosoziale Helfer gefunden werden.

Die Grundlagen für solche anzustrebenden Prozesse liegen:

- in einem Wechsel des Schwerpunkts von einer Defizit- oder Pathologieperspektive hin zu einer Ressourcen- oder Kompetenzperspektive;
- In einer Änderung der Sicht der Experten – statt Experten-Lösungen geht es um eine Unterstützung selbstbestimmter und selbstverantworteter Lösungen;
- In einer Überwindung von »Demoralisation« und Ermöglichung der Erfahrung von Selbstwirksamkeit;
- Im Anstoßen von Eingebundenheit in soziale Netzwerke und die Nutzung der damit verknüpften Ressourcen (Netzwerkförderung).

Solche Empowermentprozesse können sowohl auf der individuellen Ebene, der Ebene der unmittelbaren sozialen Netzwerke, wie auch auf struktureller, sozialpolitischer Ebene angeregt werden und wirken.

In diesem Zusammenhang sind folgende Zitate aufschlussreich und programmatisch für ein psychosoziales Handeln unter einer gemeindepsychologischen Perspektive:

Zentrales Medium für die Gestaltbarkeit des eigenen Lebens, die Entdeckung sozialer Ressourcen und die Förderung von Selbstorganisation sind Erzählungen und Geschichten ...

(Stark 1996, S. 47)

Die in den Geschichten angelegten Prozesse der Selbstthematisierung und auch Selbstmythologisierung sind wesentliche Schubkräfte für Empowermentprozesse. Sie machen das Veränderungspotential dieser Prozesse aus, schaffen Einheit, Identität und Kraft. Es sind die Geschichten, und nicht die Ergebnisse, die den Aufforderungscharakter besitzen selbst aktiv zu werden, die eigene Geschichte zu beginnen und weiterzuerzählen. (Stark 1996, S. 49)

Das Besondere einer Geschichtenperspektive, wie sie aus gemeindepsychologischem Denken kommt, ist ihre eminent politische Dimension. Diese zeigt sich im analytischen Herangehen an die jeweiligen Geschichten und die dort gefundene und hergestellte Verbindung zwischen persönlichen Schicksalen und gesellschaftlichen Prozessen ebenso, wie in den erfrischend anregenden, Mut machenden und unmittelbar aktivierenden Anteilen von individuellen Geschichten. Gleich Reaktionen in chemischen Prozessen neigen diese Anteile dazu, Verbindungen mit den Erzählungen und Geschichten anderer beteiligter Zuhörer einzugehen (Stark, 1992).

Diese ermutigenden, selbstbemächtigenden Aspekte in gemeindepsychologischen Geschichten stammen unter anderem auch aus den auf eine wünschenswerte Zukunft gerichteten Erzählansätzen – s. u.) Denn Empowermentgeschichten gehen über die Beschreibung der Vergangenheit – ihre Erfolge und Niederlagen – hinaus und richten sich regelmäßig auf **»Handlungs- und Phantasieanregungen für eine (mit) zu gestaltende Zukunft«** (Stark 1992, S. 41). Am beeindruckendsten scheint mir dieser ressourcenorientierte Ansatz bzw. die Ressourcen-Schöpfung in den Erzählwerkstätten beobachtbar zu sein, in denen individuelle Empowermentprozesse parallel zu kommunal bezogenen erfahrbar werden (vgl. Stark, 1992, 1996). Mehrere Veranstaltungen der letzten Jahre mit Studierenden im Fachbereich Klinische Psychologie an der Universität Bamberg sowie eine Diplomarbeit über eine Erzählwerkstatt mit einer Selbsthilfegruppe »Verwaiste Eltern« (Berger & Bornschlegel, 1996) konnten dies eindrucksvoll demonstrieren.

8.8 Folgende Therapiesitzungen II

Immer wieder findet eine Rückbesinnung auf das von Herrn Gruber geschilderte »Wunder« statt. D. h. immer wieder versuche ich, gemeinsam mit ihm herauszufinden, inwieweit er eine persönliche Vision für sein zukünftiges Leben hat, wie diese aussieht, welches die Aspekte dieser Geschichte sind, die ihm besonders erstrebenswert scheinen. Immer wieder bitte ich ihn, einzuschätzen, wie viel er bereit ist, für

einzelne Aspekte dieser Vision zu tun. Wie zuversichtlich er ist, dies mit den gemeinsam er-/gefundenen Mitteln erreichen zu können. Und immer wieder beschäftigen wir uns mit Zeiten vor der Therapie oder zwischen den Sitzungen: Wo ein kleines Stückchen des Wunders bereits stattgefunden hat. Wir versuchen herauszufinden, inwieweit er dies als unter seiner Kontrolle stehend erlebte oder als Zufall. Dies ist sowohl für Herrn Gruber wie mich manchmal eine äußerst anstrengende Konkretisierungsarbeit, wenn es darum geht, das Wann? Wo? Wie? Von wem beobachtet? in der Sitzung gesprächsweise sichtbar und über die Kraft der Vorstellung auch erlebbar zu machen.

All dies versuchen wir als Prozess anschaulich zu machen – mit Skalen, mit der Metapher eines Prozesses, einer persönlichen Entwicklung, in der er sich befindet. Wir nutzen therapeutische Konzepte, mit denen er sich bibliotherapeutisch bereits auseinandergesetzt hat, und setzen diese in Beziehung zu seiner Änderungstheorie. Auch greifen wir immer wieder das auf, was er in kritischen Situationen zu sich selbst sagt, überprüfen gemeinsam wie zielführend, nützlich und – aufgrund seiner Wahrnehmung – zutreffend das Gesagte ist. Von Zeit zu Zeit fordert er auch mein Wissen, meine Erfahrung, meine Sichtweise ein.

Herr Gruber erhält am Ende einer jeden Sitzung eine kompakte Rückmeldung, welche anerkennende, wertschätzende, manchmal für ihn anregende und überraschende Elemente enthält. Die Rückmeldung soll seine Sichtweise öffnen hinsichtlich möglicher anderer Geschichten, wenn er sich allzu festgelegt auf eine mögliche Geschichte sieht. Sie soll ihm Distanz ermöglichen, wenn die von ihm erzählten Geschichten eher einengenden, pathologisierenden Charakter haben. Sie soll ihn bestätigen hinsichtlich seiner Ressourcen und Stärken mittels respektvoller Komplimente. Dies soll unter anderem seine Geschichten schlüssig und in sich stimmig machen. Sie soll ihm außerdem plausible Schritte für den weiteren Entwicklungsprozess empfehlen, die meist bereits in der Sitzung gemeinsam geplant wurden.

Zwischen den Sitzungen schicke ich ihm gelegentlich einen Brief, wenn ich ihm eine hilfreiche Idee anbieten möchte. Auch er schickt mir Nachrichten, um von Entwicklungserfahrungen – Fortschritten und Misserfolgen – zu berichten.

Besondere Bedeutung haben auch Beschreibungen, die Herr Gruber mir hinsichtlich der Reaktionen seiner Umwelt erzählt. Dabei können das genauso gut erwartete oder phantasierte zukünftige Reaktionen und Beobachtungen signifikanter Mitglieder seines sozialen Netzwerks sein wie tatsächlich beobachtete in der Gegenwart. Die persönliche Entwicklung durch die Brille der wichtigsten Sozialpartner ressourcenfokussiert zu sehen, eröffnet ihm immer wieder neue Perspektiven. Aber immer wieder lehnt er auch Angebote, **anders oder neu zu sehen** ab. Immer wieder einmal signalisiert er mir, dass er an einem bestimmten Punkt, hinsichtlich einer bestimmten Perspektivrichtung nicht folgen mag, diese vorgeschlagene Sichtweise nicht einnehmen möchte. Je nach Einschätzung folge ich ihm oder hole mir die Erlaubnis, ihn respektvoll mit »meiner« Sichtweise zu konfrontieren.

Zentrale Phasen und Elemente des Therapieprozesses

- Erarbeiten einer persönlichen Vision als »Leitstern« der Therapie
- Einschätzung der Bereitschaft für Schritte in die Richtung der Vision etwas zu tun
- Aufgreifen und Würdigen von spontanen oder willkürlichen Schritten in die richtige Richtung, egal ob sie vor Beginn der Therapie, zwischen den Sitzungen, unsystematisch oder zufällig auftreten
- Neugieriges Konkretisieren der Änderungstheorie der Klienten und Herausarbeiten von Folgerungen für den Änderungsprozess
- Empfehlungen erarbeiten, die gegebenenfalls eine Falsifikation der Änderungstheorie erlauben
- Rückmeldungen geben, die sowohl Wertschätzung und Heraushebung und Konkretisierung vorhandener Ressourcen betonen als auch in der jeweiligen Sitzung erarbeitete Schritte im Sinne einer Empfehlung beinhalten
- Aufgreifen dieser geplanten Schritte sowie der Reaktionen der sozialen Umwelt darauf zu Beginn einer jeden Sitzung
- Visualisieren der jeweiligen Zielannäherung mittels individuell zugeschnittener Skalen

8.9 Psychotherapietechnische Basis

Der Ausgangspunkt narrativ-sozialkonstruktivistischer Ansätze ist Sprache. Sprache als Aktivität, die natürlich eingebettet ist in einen gestisch-mimischen Kontext. Und vor allem in einen sozialen Kontext eingebettet ist, in dem jemand zu jemandem unter bestimmten Bedingungen etwas sagt. In diesem Kontext entsteht dann die Bedeutung des Gesagten durch einen bestimmten Gebrauch.

Narrativ-sozialkonstruktivistische Ansätze haben aus der Erfahrung im Umgang mit Sprache und – allerdings etwas später – aus theoretischen Überlegungen Sprachfiguren beschrieben, die helfen sollen, der speziellen Funktionalität einengender, pathologisierender, stigmatisierender, dominierender und demoralisierender Geschichten zu begegnen.

Eine Fülle solcher Sprachfiguren für narrative Spielarten einer kognitiven (Verhaltens)Therapie beschreibt Scholz, 2002 z. B.:

- den Ansatz von Donald Meichenbaum, der viele Ähnlichkeiten mit den weiter unten skizzierten Prinzipien narrativer Therapie von White und Epston (1990) hat,
- den Ansatz von Neimeyer, der kognitive und sozialkonstruktivistische Perspektiven zu integrieren sucht,
- den Ansatz von Goncalves als vielleicht radikalster sozialkonstruktivistischer Interpretation kognitiver Therapie und seine eigenen Weiterentwicklungen Rational Emotiver Therapie (Machado & Goncalves, 1999).

Ich will die Beschreibung narrativer Sprachfiguren im Sinne von Diskursangeboten an die Klienten auf ein paar Beispiele beschränken, die ich selbst alltäglich in meinen Therapien nutze. Weitere Beispiele sind in der angegebenen Literatur zu finden.

Um diese Angebote ganz grob zu charakterisieren, ist es stimmig, die Vorgehensweisen unter die Überschriften eines *erkundenden, befragenden Interviewstils* einerseits und eines *respektvoll anbietenden, zur Verfügung stellenden Erzähl- oder Interventionsstils* andererseits zu versammeln.

Sprachfigur: Erkundender, befragender Interviewstil

- Einladungsfragen
- Wunder- bzw. Zielklärungsfragen
- Fragen nach Fluktuationen
- Skalenfragen
- Bewältigungsfragen

Zu dem erkundenden, befragenden Interviewstil gehören Einladungsfragen, Wunder- bzw. Zielklärungsfragen, Fragen nach Fluktuationen, Skalenfragen und Bewältigungsfragen, wie sie in den Publikationen des lösungsfokussierten Ansatzes beschrieben worden sind (vgl. de Jong & Berg, 2008; de Shazer, 2006; de Shazer, 2009). Ich habe diese Diskursangebote an anderer Stelle etwas ausführlicher beschrieben (Kaimer, 2005) und will mich deshalb beschränken auf:

- **Einladungsfragen** kreisen darum, die Klienten dabei zu unterstützen Anlass, Anliegen, Auftrag und Kontrakt Stück für Stück sorgfältig herauszuarbeiten und dabei vorschnelles Festlegen aufgrund eines wie auch immer gearteten »klinischen Blicks« von Helferseite zu vermeiden (eine vorzügliche Darstellung dieser Arbeit bietet Loth, 1998; 2005).
- **Wunder- bzw. Zielklärungsfragen** regen an, den Suchraum für eine wünschenswerte Zukunft zu öffnen, indem dem eigenen Sehnen mittels anregenden Visionen Platz gegeben wird. Die sich entfaltende Vision wird in einem nächsten Schritt so konkretisiert, dass kleine, realisierbare, wünschenswerte, körperlich aktivierende Zielschritte entstehen (Bamberger, 2005).
- **Fragen nach Fluktuationen** versuchen, Problemstabilität zu dekonstruieren und die Aufmerksamkeit auf das Auftreten sowie die Rahmenbedingungen von minimalen Zielzuständen zu fokussieren. Sie unterstellen, dass es sowohl vor Beginn der Therapie als auch zwischen den Therapiesitzungen signifikante Erfahrungen gibt, die mögliche Schritte in Richtung der akribisch beschriebenen Vision bahnen können.
- **Skalenfragen** eröffnen die Möglichkeit, sich selbst prozessual hin auf eine wünschenswerte Zukunft zu erzählen. Sie geben diesem viel-

leicht manchmal vagen Prozess Orientierung und Struktur, sodass die erzählte Geschichte kohärenter und stimmiger wird.

- **Bewältigungsfragen** helfen, in Zeiten der Stagnation und drohender Demoralisation einerseits glaubwürdig hinsichtlich der aktuellen Stimmungslage der Klienten zu bleiben (»joining«), andererseits dennoch vorhandene Aktivität und Bewältigung zu würdigen, sodass dies (gerade noch) annehmbar und sehbar ist.

Sprachfigur: Respektvoll anbietender, Ressourcen zur Verfügung stellender Erzähl- oder Interventionsstil

- Externalisieren (Dekonstruktion dominanter Erzählungen)
- Rückmeldungen anbieten (Vervollständigen inkohärenter und Öffnen geschlossener Erzählungen)

Zu dem respektvoll anbietenden, Ressourcen zur Verfügung stellenden Erzähl- oder Interventionsstil gehören z. B. Werkzeuge, wie von White (2007) sowie White und Epston (2009) beschrieben (vgl. auch Sluzki, 1996). Die Grundideen, die die Begründer der narrativen Therapie verfolgen, sind dreigeteilt: Dominante Erzählungen sollen dekonstruiert, inkohärente Erzählungen vervollständigt und geschlossene Erzählungen geöffnet werden.

Um nun »eigene« Erzählungen zu entwickeln, Stimmigkeiten und gute Gestalten im Erzählen zu erzeugen und Möglichkeiten im Erzählen zu eröffnen, wird erst einmal das Problem »**externalisiert**«. Dies wird als spielerisches Angebot formuliert, um pathologisierenden Geschichten im Sinne eines medizinischen Krankheitsmodells eine Alternativoption entgegenzustellen. **Externalisieren** heißt, dass über das präsentierte Problem in einer gegenständlichten und gleichzeitig außerhalb des Klienten lokalisierten Form gesprochen wird. Dies geht oft natürlich nur schrittweise, da sich Klienten im Laufe eines Prozesses der Selbst- und Fremddiagnose individuell pathologisiert haben oder von Professionellen dahingehend festgeschrieben wurden. Schrittweise kann also erst einmal z. B. von einem zwanghaften Teil, dem andere ganz anders

gestimmte Teile gegenüberstehen, gesprochen werden. Wenn sich eine solche Art, die Geschichte zu erzählen als anschlussfähig erwiesen hat und eine Weile im Gebrauch war, kann ein weiter gehendes Angebot gemacht werden. Der zwanghafte Teil wird vielleicht als Chor einer griechischen Tragödie beschrieben (Papp, 1989), der versucht, den Klienten zu bestimmten Handlungen zu bringen.

Das Vervollständigen inkohärenter Erzählungen und Öffnen geschlossener Erzählungen kann mithilfe zweier Angebote realisiert werden:

Da ist zum einen die Rückmeldung von wertschätzenden, reflektierenden Sichtweisen von weiteren beobachtenden Personen während oder am Schluss einer jeden Therapiesitzung.

Diese Rückmeldung während der Sitzung wurde durch die Arbeiten des norwegischen Psychiaters Andersen und sein Konzept des »Reflecting Team« entwickelt (Andersen, 1996; s. a. Hargens & Schlippe 2002). Ziel ist es, angemessen ungewöhnliche Ideen oder Sichtweisen über wertschätzend geäußerte Perspektiven, Gedanken oder Fragen der helfenden Personen (im Idealfall ein Team von mehreren Personen) anzubieten, welche dem oder den Betroffenen einen Anstoß zur erneuten Selbstkonstruktion geben. Von Therapeutenseite ist gefordert, in diesem Prozess zusätzlich zu seinen Beiträgen im »äußeren Dialog« mit den Klienten auch nützliche und fruchtbare Teile des parallel ablaufenden »inneren« Dialogs zu veröffentlichen. Damit wird angestrebt, erstens Kooperation im Sinne emanzipatorischer Bestrebungen zu befördern, und zweitens von den Erwartungen einer konvergenten wegzukommen hin zu divergenten Lösungsmöglichkeiten. Dies wird im Falle der Arbeit mit einem Team folgendermaßen realisiert: Während z. B. das Team die Therapie über einen Einwegspiegel beobachtet und zuhört, reflektieren nach einem angemessenen Zeitraum die Teammitglieder über das Gehörte während nun die Familie, das Paar oder die Einzelperson beobachtet und zuhört. Dann wechselt der Therapeut wieder »die Seiten« und spricht über das Gehörte und Gesehene mit den Klienten. Im wohl häufigeren Fall der Arbeit ohne Team bietet der Therapeut zu einem geeigneten Zeitpunkt an, dem Klienten eigene Ideen, Sichtweisen oder ausgelöste Befindlichkeiten im Sinne der Stimmen eines »inneren

Teams« mitzuteilen. (Beispiel: »Während ein Teil in mir Sie bedingungslos ermutigen möchte, den als notwenig erkannten Schritt stärkerer Risiken zu gehen, stimmt ein anderer Teil auch dieser Tendenz zu mehr Vorsicht und einer eher gemächlicheren Gangart – nach dem Motto **Eile mit Weile** – zu.«).

Rückmeldungen am Ende der Sitzung wurden z. B. von dem Team des Brief Family Therapy Center in den USA (De Jong & Berg, 2008; De Shazer, 2006; De Shazer, 2009; vgl. auch Bamberger, 2005, Kaimer, 2005) entwickelt. Hier geht es darum, die Kohärenz von Geschichten einerseits durch angemessene Bestätigung des geschilderten Leids andererseits durch wertschätzendes Herausheben bestehender Stärken oder Qualitäten aber auch anregender Sichtweisen des Teams zu fördern. Ergänzend werden bei entsprechendem Auftrag auch die Empfehlung von Lösungsschritten, die meist in der Sitzung selbst entwickelt wurden oder sich logisch aus den entstandenen Geschichten ableiten lassen, angeboten.

Eine zweite Möglichkeit besteht in der Vermittlung von Ideen, Reflexionen oder weiteren Perspektiven mittels Briefen, E-Mails oder SMS. Für Briefe haben das White und Epston (2009) gut nachvollziehbar beschrieben. Der Vorteil dieses Vorgehens besteht in der besseren Unterstützung des Klienten, die innerhalb der Sitzung entwickelten Geschichten in seinen Alltag zu übertragen und gleichzeitig umgekehrt Informationen darüber zu erhalten, welche Geschichten und Erzählungen alltagstauglich sind.

Zu dem respektvoll anbietenden, Ressourcen zur Verfügung stellenden Erzähl- oder Interventionsstil gehört für mich aber auch, mein Wissen und meine Erfahrung mit dem Pool an Möglichkeiten bewältigungsorientierter Verfahren sowie klärungsorientierter Vorgehensweisen anzubieten – sofern das gewünscht wird und die Voraussetzungen stimmen. Dazu gehört für mich, dass die lösungsfokussierten Optionen ausgeschöpft sind und meine Lösungsangebote die eigenen Ressourcen der Klienten nicht untergraben oder behindern. In diesem ganzen Prozess muss die jeweilige Expertenschaft gesichert bleiben: der Klient ist Experte für sein Leben und letztlich für die Lösung seiner Probleme; ich als Therapeut bin Ex-

perte für die Begleitung eines solchen Prozesses, für das Angebot von Fragen, die Co-Konstruktion befreiender, Mut machender, Handlungs-Optionen eröffnender oder zumindest Bewältigung sichernder Geschichten. An dieser Stelle sei auf Hargens und sein beharrliches Plädoyer für eine Sichtweise der »Kundigkeit« von Klienten verwiesen.

Die Betonung liegt darauf, die unterschiedlichen Bereiche der Kundigkeit – hier die Fachlichkeit der Therapeutin, dort die Kompetenz für das eigene Leben – ausdrücklich zu würdigen, zu respektieren, anzuerkennen und zu nutzen. (Hargens 2005, S. 15.)

Auch bei der psychotherapietechnischen Basis möchte ich die Möglichkeiten einer ressourcenorientierten Hypnosetherapie (vgl. Bongartz & Bongartz, 2000; O'Hanlon & Martin, 1992) erwähnen. Dies umso mehr, weil in der Einschätzung der Durchschnittsbevölkerung und auch bei so manchen Professionellen das Bild der Hypnosetherapie nach wie vor von Vorstellungen der machtvollen Beeinflussung durch einen externen Therapeuten charakterisiert ist. Grundsätzlich beginnt auch hier das Zur-Verfügung-Stellen nach Erreichen der oben geschilderten Voraussetzungen. Eine ressourcenorientierte Hypnosetherapie scheint mir (wenigstens) zwei Vorteile zu bieten: Zum einen fällt Klienten, die mit diesem Ansatz gut arbeiten können, in Trance der Zugang zu emotionalen Anteilen geschilderter Geschichten und der Ausdruck derselben leicht (erlebte Kohärenz der Geschichten). Zum anderen eröffnet das Spiel mit Möglichkeiten unter den Rahmenbedingungen des hypnotischen Rituals einen beachtlichen Variationsraum (z. B. Anstoßen innerer Suchprozesse mit Hilfe von Metaphern oder Bildern – vgl. Bongartz & Bongartz, 2000; Revenstorf & Peter, 2008). Entscheidend für eine Bewertung dieses Ansatzes als sozialkonstruktivistische Arbeitsweise ist auch hier wieder die Art der Vermittlung (Trance als natürliche Fähigkeit von Menschen, Nutzung der eigenen Vorstellungskraft durch den Klienten selbst ...). Entscheidend ist aber auch die Art der angebotenen Beziehung (als Begleiter bei eigenen Entwicklungsprozessen, der Anstöße gibt (säen) und das, was sich als anschlussfähig und nützlich

erweist (Aufgehen der Saat), weiter gemeinsam mit den Klienten verfolgt) sowie die Art, wie mögliche Nutzungswege vorgeschlagen und verfolgt werden.

8.10 Zeit zwischen den Therapiesitzungen

Die Erwartungen von Klienten hinsichtlich ihrer Psychotherapie werden meist durch die in den Medien praktizierte Fokussierung auf das, was in der Therapiesitzung geschieht und was die Therapeuten tun, geprägt (Duncan, Miller & Sparks, 2004). Und sie wird meist auch dahingehend geprägt, dass sich die Gespräche um das im Alltag vorzufindende Leid zu drehen hätten und die Therapeuten daraufhin eine Intervention vorschlagen – eine deutliche Anlehnung an das den meisten Menschen nur allzu vertraute medizinische Modell der Krankheit. Herr Gruber hatte ja genau das bereits im Rahmen seiner ersten Behandlung mit Medikamenten erlebt. Irgendwie war ihm schon klar, dass dies bei einer psychologischen Therapie anders sein müsse, aber er war unsicher und gleichzeitig neugierig. Diese Offenheit machte es möglich, die geschilderten Erwartungen, die auch Herrn Gruber zumindest vage leiteten, einer Überprüfung zu unterziehen. Nach ein paar Sitzungen konnte das Geschehen zwischen den Sitzungen, das, was er als Klient in und außerhalb der Sitzungen tat, was es an Leid ebenso wie an Stärken und (zumindest teilweisen) Erfolgen in seinem Alltag gab, genauso in den Fokus unserer Gespräche gerückt werden. Es konnten natürliche Fluktuationen, das alltägliche Auf und Ab herausgearbeitet werden. Und wir konnten gemeinsam entscheiden, ob wir den immer wieder kehrenden »Aufs« und ihren Bedingungen mehr Aufmerksamkeit schenken wollten oder den »Abs«.

Am Ende einer jeden Sitzung erhielt Herr Gruber regelmäßig eine Rückmeldung, die die zentralen Punkte der jeweiligen Stunde betraf (Anerkennung von Leid, Komplimente bezüglich erreichter Schritte oder Einsichten, aber auch bezüglich zutage getretener Stärken und Besonderheiten, sowie wertschätzende Reflexionen des Teams im Sinne Andersens), und er erhielt eine oder mehrere Empfehlungen für die Zeit bis zur nächsten Sitzung. Relativ bald wurde klar, dass es günstig sein könnte, auch zwischen den

Sitzungen Möglichkeiten für gegenseitige Mitteilungen zu eröffnen. Wir einigten uns auf gelegentliche E-Mails. Diese wurden im Sinne der sich im Rahmen der Therapiesitzungen entwickelnden Geschichten von Bewältigung, Zuversicht, Hoffnung und Erweiterung von Perspektiven genutzt.

Am Beginn jeder Sitzung stand die Frage danach, was er in der Zwischenzeit nutzbringend für sich verfolgen konnte. D. h. was er aus der jeweils letzten Sitzung für sich nutzen konnte ebenso, was er allein gefunden und ausprobiert hatte. Welchen Unterschied das für ihn persönlich mache. Wir konkretisierten diese Erfahrungen hinsichtlich seines sozialen Feldes (gewissermaßen aus einer potenziellen Beobachterperspektive: Wer konnte wann was genau wahrnehmen und hat wie darauf reagiert?). Hatte sich nichts oder wenig geändert, versuchten wir, sorgfältig Fluktuationen herauszuarbeiten, wobei der Fokus der Aufmerksamkeit wiederum auf die Aufschwünge gerichtet wurde, und wir versuchten herauszuarbeiten, welche Erfahrung mit dieser Phase verbunden war.

Anschließend bemühten wir uns darum, diese Fundstücke in die bereits erzählten Geschichten hineinzuweben, einzubauen, auf Stimmigkeit zu überprüfen, zu erweitern ... und nächste Schritte zu besprechen.

8.11 Gesellschafts- und geschichtskritische Anmerkungen – Grenzen des narrativen Möglichkeitsraums

Vertreter narrativer Ansätze geraten in ihrer Begeisterung für das Erzählen und Neu-Erzählen von Geschichten als Quelle für Hoffnung und Kraft leicht in einen mentalen Bann, den Keupp **Gesellschaftsvergessenheit** genannt hat (Keupp, 2002). Diese Gesellschaftsvergessenheit verstellt den Blick darauf und verhindert die Reflexion der Tatsache, dass der diagnostizierte Verlust der großen Metaerzählungen nicht Leere hinterließ, sondern eine Fülle von Ersatznarrationen hervorgebracht hat. Auch für Psychotherapie sind solche Ersatznarrationen im Sinne von »Identitätserzählungen, die den Subjekten Plätze und Optionsräume für ihre Selbstverortung anbieten« (S. 561), benennbar. Und Therapeutinnen könnten gewissermaßen als

»story dealer« gesehen werden, wenn sie denn eine Bewusstheit für diese Perspektive hätten.

Keupp benennt fünf Typen von Identitätserzählungen, wie sie für psychotherapeutisch-psychosoziale Konzeptionen gegenwärtig auffindbar sind:

Der »*proteische Typus*« sieht in der Erosion moderner Lebensgehäuse die große Chance für den Einzelnen, sich flexibel, kreativ, geschmeidig und mobil in immer neuen Gestalten verwirklichen zu können. Er vertritt einen neoliberalen Freiheitsmythos.

Der »*fundamentalistische Typus*« lehnt all das ab, was vom ersten Typus als »Freiheitsgewinn« des Subjekts verbucht wird und verspricht die unverrückbaren Behausungen, in denen man sein gesichertes Identitätsfundament finden könne. Hier wird in Gestalt des Angebots von »unverrückbaren Ordnungen« ein Skript geboten, das sich jeder historisch-kulturellen Reflexion entzieht.

Der »*reflexiv-kommunitäre Typus*«, für den der gegenwärtig wirksame Individualisierungsschub und Entwurzelungs-Prozess Anlass für die Suche und Förderung von posttraditionalen Ligaturen darstellt, in denen Menschen sich selbstbestimmt vernetzen und darüber kollektive Handlungs- und Gestaltungsressourcen schaffen.

Der »*Typus Selbstsorge*«, der sich den heimlichen Fesseln der allgegenwärtigen »Pastoral-mächte« entzieht und in Empowerment-Prozessen Eigensinn und Selbstbemächtigung zu entwickeln versucht.

Der »*Typus, beschädigtes Leben*«, der im Gegensatz zu den anderen vier auf positive Veränderungsmöglichkeiten setzenden Typen auf der provokativen Gegenposition beharrt: »Es gibt kein richtiges Leben im falschen«.

(Keupp 2000, S. 569)

Dieser Blick auf vorzufindende Lebensskripte, in die wir unsere persönlichen Erzählungen zumindest teilweise immer einschreiben, eröffnet uns zumindest zwei wichtige Optionen:

Erstens sollte uns damit möglich sein, uns selbst kritisch zu hinterfragen, welcher Lieblingsnarration wir als Therapeuten anhängen. Zu reflek-

tieren, bei welchen Skriptangeboten wir uns selbst in unserer Aus- und Weiterbildung bedient und sie in unseren Identitätsbaustein als psychosozialer Helfer eingebaut haben. Und es sollte uns möglich sein, uns in kritischer Distanz bei unserer Arbeit als »story dealer« zu beobachten und diese Tatsache im Sinne der oben benannten Wertesensibilität zu veröffentlichen.

Zweitens könnte uns gerade die fünfte Identitätserzählung den Blick für etwas offen halten, was sich im Diskurs des Sozialen Konstruktivismus, der Dekonstruktion von Texten, der Wirklichkeitserzeugung via Sprache leicht zu vernebeln scheint: die Verhältnisse. In vielen therapeutischen Konzeptionen gab es Strömungen, die sich zumindest eine Zeit lang den Blick für gesellschaftliche Verhältnisse offen hielten. Kritische Psychoanalytiker befassten sich mit Herrschaftsstrukturen und vielfältigen Formen von Unterdrückung. Gemeindepsychologische Verhaltenstherapeuten unterschieden sorgfältig hinsichtlich der Zielrichtungen von psychosozialen Aktivitäten zwischen »Änderung des Verhaltens« vs. »Änderung der Verhältnisse«. Und auch lösungsorientierte Praktiker empfahlen, genau hinsichtlich »facts« und »meaning« zu unterscheiden. Nur Letzteres sei therapeutisch »verhandelbar«, wohingegen es bei den »facts« um konkrete Aktionen zur Änderung der Verhältnisse gehe. Unter gegebenen sozialen, finanziellen, juristischen, politischen Rahmenbedingungen finden »Nützliche Geschichten als Quelle von Kraft und Hoffnung« auch Grenzen. Bewältigungsoptimismus muss in allen Ehren gehalten werden, doch nicht grenzenlos und zu Lasten der Betroffenen. Wir Psychotherapeuten, die wir gerade erst unsere staatliche Anerkennung erhalten haben und aus vielfältigen Gründen natürlich daran interessiert sind, uns als hocheffektive Praktiker darzustellen, könnten die Chance unseres entstandenen Prestiges auch im Sinne der fünften Erzählung nutzen. Wir könnten z. B. über unsere Standesvertretungen auch immer wieder verlautbaren lassen, dass »Nützliche Geschichten als Quelle von Kraft und Hoffnung« einer gewissen gesellschaftlichen Basis bedürfen, und dass wir uns keineswegs dazu missbrauchen lassen wollen, gesellschaftliche Widersprüche mittels narrativem Palliativ abzu puffern.

Und da ist noch etwas: Bei all meiner Faszination für Sozialen Konstruktivismus und der damit einhergehenden Perspektive der Wirklichkeit als diskurserschaffendes sprachliches Phänomen, gibt es doch noch ein weiteres nachhaltig korrigierendes, persönliches Unbehagen.

Wenn ich diesem Unbehagen nachgehe, fällt mir die Unterscheidung von Stern zwischen Wortwissen und Weltwissen in der Entwicklung des Menschen ein (Stern, 2003). Ich erinnere mich an meine Resonanz auf seine Darstellung der Zweischnidigkeit des Spracherwerbs, welche eine Spaltung im Erleben des Selbst erzwingt und damit die Gefahr der Entfremdung in sich berge. Ich erinnere auch die unmittelbare, fast schon körperliche Zustimmung zu seiner Darstellung, dass manche Erlebensweisen – insbesondere des Kern-Selbst – unverbalsiert bleiben und seiner Meinung nach eine namenlose, aber nichtsdestoweniger sehr wirksame Existenz führen.

Mir fällt aber auch meine Lektüre von Barbara Duden (2002) ein, die mich für die Janusgesichtigkeit von Fortschrittlichkeit sensibilisiert hat, wenn nämlich sprachlich vermittelte Wahrnehmungsmuster zu einer Auflösung der selbstbestimmt gefühlten Körperlichkeit im postmodernen Diskurs führen. Duden kann die Argumentation bezüglich des Wandels weiblicher Erfahrung in Schwangerschaft, Geburt, Krankheit überzeugend mit Hilfe ihrer Methode »disziplinierter Entfremdung« führen. Sie vergleicht die barocken Patientinnengeschichten hinsichtlich der genannten Phänomene mit heutigen Erfahrungen und Praktiken und gewinnt daraus eine sowohl fortschritts- wie auch geschichtskritische Perspektive. Ähnliches wünschte ich mir für Psychotherapie und damit verbunden die Option, die eigene Begeisterung für eine bestimmte Praxis narrativer Psychotherapie (oder vielleicht Psychotherapie insgesamt) immer wieder auch distanziert und kritisch hinterfragen zu können.

8.12 Auf dem Weg sein

Die Therapie mit Herrn Gruber dauert noch an. Die Sitzungen sind nun etwas seltener geworden, weil er nach ersten kleinen Erfolgen etwas mehr Zeit zwischen den Sitzungen haben wollte, um neue Schritte

auszuprobieren. Offensichtlich ist er sich noch nicht so ganz sicher, wie weit er tatsächlich gehen will und kann. Er persönlich ist ganz zufrieden mit dem Erreichten. Seine Umwelt, wichtige Personen seines sozialen Netzwerkes sehen weiteren Änderungsbedarf und das »drückt« nun wiederum ihn. Diese Personen sehen sehr wohl Fortschritte, wünschen sich jedoch eine weitere Normalisierung. Er scheint abzuwägen: Aufwand und erwartbaren Effekt. Die gemeinsam ausgeloteten Geschichten kreisen nun nicht mehr nur um sein augenblickliches Kontroll- und Sicherungsverhalten, sondern tasten suchend hin zu seiner Gefühlswelt, zu Verbindungen bestimmter Gefühle mit Biografischem. Da spürt er vage, dass ihm mulmig wird, dass Geschichten zur Sprache kommen könnten, die er gut verpackt und weggesteckt hat. Ich frage einfach, gebe ihm Zeit für innere Suchprozesse – und widerstehe der Versuchung, allzu konkrete eigene Ideen oder Modelle, die mir gelegentlich durch den Kopf gehen, ohne Auftrag anzubieten. Ich bemühe mich, das Hypothetische eigener Ideen, wenn ich sie denn einmal formuliert habe, herauszustreichen. Herr Gruber soll damit »spielen«, soll sie sorgfältig für sich prüfen und dann entscheiden, wie weiter damit zu verfahren sei. Ob sie für den Such- und Lösungsprozess nützlich wären, oder ob sie besser verworfen werden sollten. Nach den ersten, relativ schnellen Verbesserungen ist dies nun ein langsamerer Prozess, und der Ausgang ist ungewiss. Im Vordergrund steht, die erreichten Verbesserungen zu halten. Und so werden diese auch immer wieder Bestandteil des Gesprächs, behalten ihren Platz in den erzählten Geschichten.

Vielleicht wird dieses Ausloten noch eine Weile dauern, vielleicht wird es Herrn Gruber möglich sein, seine Geschichten um emotionale Elemente anzureichern und sein Erleben hier zu intensivieren – auch wenn dies schmerzhaft sein könnte. Vielleicht gelingt es ihm, alte Bewältigungsmuster durch neue »erwachsene« Lösungen zumindest teilweise zu ersetzen.

*Vielleicht beendet er aber die Therapie in ein paar Sitzungen und beschließt, dass es vorerst einmal genug sei. Dann gibt es ja noch das Folgegespräch« in einem halben Jahr, und die Gelegenheit, sich neu zu entscheiden. Grundlegend scheint mir, dass Herr Gruber das Wissen und Gefühl behält, dass er – wie auch immer – auf **seinem** Weg ist.*

Literatur

- Andersen, T. (Hrsg.). (1994). *Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über Dialoge* (4. Auflage). Dortmund: verlag modernes leben.
- Bamberger, G. G. (2005). *Lösungsorientierte Beratung* (3. Auflage). Weinheim: PVU.
- Berger, M. & Bornschlegel, M. (1996). *Durchführung und Dokumentation einer Erzählwerkstatt. Eine Studie über ressourcenorientiertes Erzählen von Lebensereignissen im Rahmen eines zweitägigen Gruppenworkshops*. Unveröffentl. Diplomarbeit im Studiengang Psychologie in der Fakultät Pädagogik, Philosophie, Psychologie an der Universität Bamberg.
- Blaser, A. (1993). *Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie*. Göttingen: Huber.
- Bongartz, W. & Bongartz, B. (2000). *Hypnosetherapie* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Caspar, F. (Hrsg.). (1996). *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Forum 23. Tübingen: dgvt.
- Deissler, K.G. & McNamee, S. (Hrsg.). (2000). *Phil und Sophie auf der Couch. Die soziale Poesie therapeutischer Gespräche*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- de Jong, P. & Berg, I.K. (2008). *Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie* (6. Auflage). Dortmund: verlag modernes lernen.
- de Shazer, St. (2006). *Das Spiel mit Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen* (5. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- de Shazer, St. (2009). ... *Worte waren ursprünglich Zauber. Lösungsorientierte Therapie in Theorie und Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Devilder, A. (2001). Skizzen einer sozial-konstruktivistischen Psychologie. Bochumer Berichte Heft Nr. 5. Verfügbar unter: <http://www.boag.de> [22.02.2006].
- Duden, B. (2002). *Die Gene im Kopf – der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper*. Hannover: Offizin.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J.A. (2004). *The Heroic Client. Doing Client-Directed, Outcome-Informed Therapy* (revised edition). San Francisco: Jossey-Bass.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis* (2. Auflage). Göttingen: Beltz Test.
- Frindte, W. (1998). *Soziale Konstruktionen*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Gergen, K. (2002). *Konstruierte Wirklichkeiten. Eine Hinführung zum sozialen Konstruktivismus*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Handelsmann, M.M. & Galvin, M.D. (1988). Informed Consent. *Prof. Psych. Res. & Pract.* 19, 2, 223-225.
- Hargens, J. (2005). Psychotherapie... und welche Bedeutung haben die Beteiligten? In J. Hargens (Hrsg.), »...und mir hat geholfen ...« *Psychotherapeutische Arbeit – was wirkt? Perspektiven und Geschichten der Beteiligten* (S. 13-26). Dortmund: Borgmann.
- Hargens, J. & von Schlippe, A. (2002). *Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis* (2. Auflage). Dortmund: verlag modernes leben.
- Henrich, G. & Herschbach, P. (1998). *FLZ^M. Fragen zur Lebenszufriedenheit. Kurzbeschreibung / Normdaten*. Unveröffentlichtes Manuskript. Max Planck Institut München.
- Hubble, M.A. Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2001). *So wirkt Psychotherapie*. Dortmund: verlag modernes leben.
- Kaizer, P. (2003). Story Dealer – ein Vorschlag zur Selbstbeschreibung von Psychotherapeut/inn/en. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 61-80). Tübingen: dgvt.
- Kaizer, P. (2005). Lösungsfokussierung: Gedanken zu einem gemeindepsychologischen Handlungsprinzip innerhalb einer schulenübergreifenden Psychotherapie. *Systema* 19 (1). 27-46.
- Kanfer, F. & Reinecker, H. & Schmelzer, D. (Hrsg.). (2005) *Selbstmanagement-Therapie* (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Keupp, H. (1998). Von der fürsorglichen Belagerung zum Empowerment: Perspektiven einer demokratischen Wohlfahrts-gesellschaft. *Gemeinde Psychologie Rundbrief* 1, 4, 20-37.
- Keupp, H. (2002). Braucht eine Gesellschaft der Ichlingen Psychotherapie? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 34, 3, 561-579.
- Lakatos, A. & Reinecker, H. (2007). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Loth, W. (1998). *Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln Klinischer Kontrakte. Ein Handbuch*. Dortmund: Borgmann.
- Loth, W. (2005). »Einiges könnte ganz schön anders sein« – Systemische Grundlagen für das Klären von Aufträgen. In H. Schindler & A. von Schlippe (Hrsg.), *Anwendungsfelder systemischer Praxis* (S. 25-54). Dortmund: verlag modernes leben.
- Machado, P.P. & Goncalves, O. (1999). Introduction: Narrative in psychotherapy: the emerging metaphor. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1175-1177.
- McNamee, S. (1997). Marrying postmodernism with cognitive psychotherapy: A response to Lyddon & Weill. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 11 (2), 99-104.
- Meichenbaum, D. (1996). Posttraumatisches Stresssyndrom und narrativ-konstruktive Therapie. Ein Gespräch mit Donald Meichenbaum. *Systema* 10 (2), 6-19.
- Neimeyer, R.A. & Raskin, J.D. (2000). On practicing postmodern Therapy in modern times. In R.A. Neimeyer & J.D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder*. (pp. 3-14) Washington D.C.: APA.
- O'Hanlon, W.H. & Martin, M. (1992). *Solution Oriented Hypnosis*. New York: Norton.
- Papp, P. (1980). The Greek Chorus and Other Techniques of Paradoxical Therapy. *Family Process* 19 (1): 45-58. Revidierte Version In P. Papp (1989). *Die Veränderung des Familiensystems*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Peter, B. & Kraiker, Ch. & Revenstorf, D. (Hrsg.). (1991). *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Bern: Hans Huber.
- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: ein sozialpolitisches Konzept des »Empowerment« anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 17 (2), 257-278.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.). (2008). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (2. Auflage). Berlin: Springer.

- Schiepek, G. & Kaimer, P. (1996). Systemische Diagnostik im Fluss praktischer Erfahrungen. In F. Caspar (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse*. (S. 269-302). Tübingen: dgvt.
- Scholz, W.-U. (2002). *Neuere Strömungen und Ansätze in der Kognitiven Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sluzki, C. (1996). Die Herausbildung von Erzählungen als Fokus therapeutischer Gespräche. In T. Keller & N. Greve (Hrsg.), *Systemische Praxis in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-verlag.
- Stark, W. (1992). Gemeindepsychologische Geschichte(n): Zur Bedeutung von Geschichten für eine gemeindepsychologische Perspektive. Fünf Annäherungen. In I. Böhm & T. Faltermaier & U. Flick & M. Krause Jacob (Hrsg.), *Gemeindepsychologisches Handeln: Ein Werkstattbuch* (S. 28-44). Freiburg i. B.: Lambertus.
- Stark, W. (1996). *Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg i. B.: Lambertus.
- Stern, D. (2003). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* (8. Auflage). Stuttgart: Klett.
- Tiling, J. von (2004). Einführung in den Sozialkonstruktivismus. Verfügbar unter: http://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/allg/lehre/Tiling_2004_SozKon.pdf, [22.02.2006].
- White, M. (2007). *Maps of narrative Practice*. New York: Norton & Co.
- White, M. & Epston, D. (2009). *Die Zähmung der Monster. Der narrative Ansatz in der Familientherapie* (6. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Wittgenstein, L. (1971). *Philosophische Untersuchungen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Wygotski, L.S. (1964). *Denken und Sprechen*. Berlin: Akademie.

Über das gemeinsame (Be-)Finden: von Ressourcen, Lösungen und Wohl-Befinden

Therapieziel »Wohlbefinden« in der systemischen
(Familien-)Therapie

Elke Rathsfeld

- 9.1 Wohlbefinden in der systemischen (Familien-)Therapie – 114
- 9.2 Vom »Ich« zum »Wir« – 114
- 9.3 Vom Unwohl-»Sein« zum Wohl-Befinden – 119
- 9.4 Von Problemen, Wünschen und Aufträgen – 121
- 9.5 Störmanöver der Therapeuten – 123
- Literatur – 125

9.1 Wohlbefinden in der systemischen (Familien-)Therapie

Welche Rolle spielt »Wohlbefinden« als Therapieziel in der systemischen (Familien-)Therapie und wie wird es erreicht? Um die Rolle des Themas Wohlbefinden hier zu verorten, ist es zunächst wichtig, zentrale Entwicklungsstränge innerhalb der systemischen Therapie zu kennen, denn sie sind maßgeblich für eine traditionelle Einbettung des Themas innerhalb dieses Therapieverfahrens. Im Folgenden werde ich neben diesen Entwicklungssträngen zeigen, dass Wohlbefinden nicht nur für Therapiekunden ein zentrales Anliegen ist, sondern auch für Therapeuten eine handlungsleitende Strategie zur Lösung von problematischen Verhaltens- und Erlebensweisen darstellt. Veranschaulicht wird dieser Gedanke anhand der Erläuterung spezifischer Vorgehensweisen innerhalb der systemischen (Familien-)Therapie und ausgewählter Beispiele aus der Arbeit mit Klienten bzw. Kunden. Es werden Vorgehensweisen der systemischen Therapie erläutert, die auf Ressourcenorientierung und Lösungssuche beruhen, und versuchen, Wohlbefinden nicht nur als Therapieziel zu erreichen, sondern dies bereits als Mittel zur Veränderung einsetzen.

9.2 Vom »Ich« zum »Wir«

Die Bedeutung familiärer Beziehungen von Patienten hinsichtlich ihrer Symptomatik wird seit den späten 40-er Jahren untersucht und seit den 50-er und 60-er Jahren in der psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigt¹. Anders als etwa in der Psychoanalyse oder der Gesprächstherapie gibt es in der Familientherapie nicht einen genialen Begründer. Vielmehr gibt es in der Geschichte der systemischen (Familien-)Therapie viele Entwickler, Denker und experimentierfreudige Praktiker,

die die bis dahin gültigen Grundlagen der vorwiegend analytisch geprägten Psychotherapie infrage stellten².

Theoretischer Wandel: Wesentliche Punkte

- zirkuläre Kausalitäten und Wechselwirkungen
- Selbststeuerung und Kooperation
- Ressourcen- und Lösungsorientierung
- weniger ist mehr

Zirkuläre Kausalitäten und Wechselwirkungen

Von einem mechanistisch ausgerichteten Weltbild mit linearen Vorstellungen über Ursachen und Wirkungen vollzieht sich der Wandel hin zu einem konstruktivistischen Verständnis von Wirklichkeit, dem Annahmen zu zirkulären und fluktuierenden Kausalitäten und gegenseitigen Beeinflussungen zugrunde liegen. Das mechanistisch, objektivistische Paradigma beschäftigt sich mit der Analyse der Ursachen von Problemen und sucht, diese durch die Beseitigung der Ursachen zu lösen³. Mit der Nutzung von systemtheoretischem Gedankengut für das psychotherapeutische Behandlungssetting verändert sich diese Frage. Nicht die Entstehung der Probleme ist für ihre Auflösung interessant, sondern vielmehr die Frage nach Aufrechterhaltung, Sinnhaftigkeit und Mustern von symptomatischem Verhalten. Problematische Muster betrachtet man vor dem Hintergrund wechselnder Interpunktionen der Beteiligten. Dies führte zu einer Abkehr von der Vergangenheit, der keine entscheidende Rolle bei Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Muster zugeschrieben wird. Damit stellt sich für die systemische Familientherapie nun vielmehr

¹ Satir begann 1951 in die Behandlung einer schizophrenen jungen Frau zunächst deren Mutter und später auch den Vater mit einzubeziehen. Damit bewegte sie sich im damaligen Behandlungsverständnis am Rande eines »Kunstfehlers«.

² So etwa die Intimität der Übertragungsbeziehung zwischen Klient und Therapeut, die Vermeidung realer Kontakte zu Angehörigen der Klienten (vgl. Levold & Martens-Schmid, 1999).

³ Das »Durcharbeiten« schwieriger Kindheitsereignisse sei hier als klassisches Beispiel der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie aufgeführt. Da Vergangenheit (z. B. Kindheit) nicht wirklich verändert werden kann, wird ihre kognitive und affektive Bewertung verändert. Hingegen würde die psychiatrische Tradition von chemischen Ungleichgewichten und körperlichen Prädispositionen als Ursache für psychische Krankheit ausgehen und daher vorwiegend Medikamentierung zur Beseitigung chemischer Ungleichgewichte einsetzen.

die Aufgabe zur Irritation und Verstörung problematischer Muster, um den Betroffenen dabei zu unterstützen, selbst neue Muster zu entwickeln. Therapeutenkompetenz ist hier neben einer prozessorientierten Beobachtungsgabe und Toleranz gegenüber unterschiedlichen Wirklichkeitsvorstellungen, vor allem Kreativität, die zum Reframing (Umdeutung problematischen Verhaltens), zur Ressourcenorientierung und zum Finden irritierender Vorschläge für Verhaltensexperimente notwendig.

Selbststeuerung und Kooperation

Von einem durch die Idee der Objektivität beschriebenen Expertenmodell entwickelt sich die Therapietheorie hin zu einem durch Selbststeuerung komplexer Systeme beschriebenen Kooperationsmodell (Schiepek, 1999). Damit wird der »Patient« (der Leidende) zum »Kunden« (der für sich Kundige⁴), der gleichberechtigt und gleichwertig seinen Entwicklungsprozess steuert. Diese schlicht anmutende Konsequenz hat es in sich. Ein Therapiekunde muss sich keineswegs so verhalten, wie ein Therapeut es für psychohygienisch angemessen hält. Einen Therapiekunden tatsächlich als Kunden zu betrachten führt u. a. dazu, dass das Phänomen des Widerstands verschwindet (Zwingmann & Schwertl, 1998). Ein langsamer Kunde hat vermutlich ein anderes Timing als sein Therapeut, ein sich eigen-sinnig entwickelnder Mensch hat lediglich eine andere Vorstellung über seine Zukunft, als der Therapeut dies haben mag, und ein verharrender Kunde fühlt sich möglicherweise von seinem Therapeuten zu sehr bedrängt oder unter Veränderungs-Druck gesetzt. Letztlich bleiben Formen ge- oder misslungener Kooperation. Diese jedoch ist nicht typischer Ausdruck eines speziellen Symptoms, sondern vielmehr ein Hinweis auf notwendige Korrekturen im Therapieverlauf bzw. im Therapeutenverhalten.

Auch die Konzeption des Therapieauftrags und der Therapieziele wurde hier neu gedacht, bzw.

er- und gefunden. Das Generieren eines Therapieauftrags hängt nicht mehr vom Vorhandensein von störungsspezifischen Therapieprogrammen ab. Auch gilt es nicht, die Motivation des Kunden zu stärken. Ein Mensch, eine Familie, die aus welchen Gründen auch immer, die Schwelle einer psychotherapeutischen Praxis übertritt, ist motiviert. Es liegt am Therapeuten, herauszufinden und zu verhandeln, wozu diese Menschen motiviert sind. De Shazer (1995) und Berg (2006) haben es in vielen Jahren Arbeit mit Suchtthematiken meisterlich entwickelt, vorhandene Motivationen zu nutzen. Hierzu zählen auch Therapiezugänge, die durch Druck, Zwang und Auflagen (z. B. Therapie statt Strafe, Therapie statt Kindesentzug, Therapie oder Trennung) zustande kommen. Systemische (Familien-)Therapeuten wissen, dass es durchaus ein ausreichender und guter Grund sein kann, »einem Anderen zuliebe« in die Therapie zu gehen, und dass die Vermeidung negativer Konsequenzen als nutzbringende Voraussetzung absolut ausreichen kann. Notwendige Kompetenz von Therapeuten dieses Settings ist es also, verschiedene Kooperationsangebote machen zu können und tolerant sowie flexibel in der Begegnung mit unterschiedlichen Kunden-Wirklichkeiten zu sein. Hierfür wiederum ist eine Voraussetzung, dass Therapeuten von einem Weltbild ausgehen, das anerkennt, wie sehr Wirklichkeiten verhandelbar und variabel sind. Damit versteht sich die systemische (Familien-)Therapie als ein **Prozess zur Co-Konstruktion** neuer, anderer und angenehmerer familiärer Wirklichkeit und angenehmeren Erlebensformen.

Ressourcen- und Lösungsorientierung

Die systemtheoretischen Grundlagen zu Rekursivität und Dynamik sozialer Systeme führten wie bereits erwähnt zu Perspektivenwechsel hinsichtlich der Haltung den Familien und ihren Problemen gegenüber. Die Konzepte zur Autonomie, Autopoiesis und zur Selbststeuerung dynamischer Systeme führten zu Kundenorientierung und der Orientierung an ihren Wünschen. Die kommunikationstheoretischen Erkenntnisse der Gruppe um Watzlawick (1969; 1974; 1989) und die Arbeiten von Ciompi (1982; 1997), aber auch die Arbeiten zahlreicher anderer Autoren (vgl. v. Schlippe & Schweitzer, 1997) führten seit den späten 70-er

⁴ Ludewig (1992) verweist hier auf die althochdeutschen Wortstämme »kund« (gewusst, gekannt) und »kundo« (Einheimischer) und akzentuiert Autonomie und Mitwirkung: »Der Kunde weiß, was ihm fehlt, was er will und vor allem, was ihm hilft« (S 195).

Jahren zu einer Abwendung der klassischen Problemorientierung hin zu einer Orientierung an den Ressourcen der Familien, der Einzelnen und des sozialen Kontexts. Die klassische Psychotherapie wird auch heute noch zu sehr problemorientiert gelehrt. Lediglich in den Bereichen Gesundheitspsychologie und Prävention ist seit Badura (1981) die Nutzung von Ressourcen ein relevantes Thema. Badura (1981) plädierte für eine Abkehr von der Belastungsforschung und führte in den deutschsprachigen Sozialwissenschaften den Begriff der Ressource ein. Sehr frühzeitig haben systemische (Familien-)Therapeuten sich von Pathogenese zur Salutogenese orientiert und vielfältige Vorgehensweisen entwickelt, die familiäre, individuelle und soziale Ressourcen analysieren und nutzen. Diese Vorgehensweisen dienen nicht etwa der Leugnung von Leiden, sondern sind hier als Mittel zur Aufweichung von Problemtrancen im Sinne der oben erwähnten Co-Konstruktion nützlicher und angenehmer familiärer Muster des Erlebens und Handelns zu sehen. Damit erläutert sich auch der Begriff der »Ressource«.

Ressource

Unter diesem Begriff subsumiere ich alle Fähigkeiten, Erinnerungen, Erfahrungen und Hoffnungen, die sich auf die Erlangung eines gewünschten Zieles richten und dabei hilfreich sein können. Hierbei kann es sich sowohl um interne Ressourcen wie individuelle Merkmale und Fähigkeiten handeln als auch um externe Ressourcen im Sinne von Zuneigung, Hilfsbereitschaft und Kooperation anderer Menschen.

Weniger ist mehr

Eine zunächst letzte Konsequenz der theoretischen und praktischen Entwicklung innerhalb der systemischen (Familien-)Therapie bezieht sich auf das Behandlungssetting. Im medizinischen Denkmodell findet eine Be-Handlung des Problems während der Therapie durch einen Experten statt. Ein kariöser Zahn wird zum Dentisten getragen, dort vom Karies befreit, mit Kunststoff neu gefüllt und als geheilt (oder gelindert) nach Hause geschickt. Dies ist natürlich eine grobe Vereinfachung, die hier lediglich

veranschaulichen soll, dass es sich bei Problemen des Verhaltens und Erlebens um andere Dynamiken und Prozesse handelt, auf die sich das medizinische Denken nicht wirklich übertragen lässt. Jeder Psychotherapeut – unabhängig von seiner therapietheoretischen Ausrichtung – weiß, dass über den Erfolg einer Therapie nicht im Therapieraum sondern draußen, im realen Leben entschieden wird. Nur Vorschläge und Erkenntnisse, die man aus den Therapiesitzungen mitnimmt, erinnert, erprobt und umsetzt, sind tauglich für die gewünschte Veränderung. Der Rest wird von den Therapiekunden vergessen, uminterpretiert, verworfen. Die eigentlichen Therapiesitzungen stellen also den Kontext zur Verfügung, in dem Therapeuten den Versuch unternehmen, durch das Nadelöhr »Wahrnehmung« der Kunden zu kommen. Das Mittel hierfür ist ein begrenzt wirksames: Kommunikation. Diese therapeutische Kommunikation versucht, am Therapiekunden anzuschließen und hilfreich für Veränderung sein zu dürfen. Hierbei ist es notwendig, dass diese Kommunikation ausreichend an der Logik des Kunden ankoppelt, um für ihn vertrauenswürdig und vertraut zu sein. Gleichzeitig muss diese Kommunikation ausreichend ungewöhnlich sein, um den Kunden zu neuen Erlebnissen, Bewertungen und Erfahrungen zu verhelfen. Demnach muss sie auch verstörend und irritierend sein, um Herausforderungen und Chancen darzustellen bzw. zu eröffnen.

Während der Therapiesitzung kommt es also zu Irritationen im Sinne neuer Ideen, alternativer Erklärungen, ungewöhnlicher Vorschläge, neuem Informationsaustausch der Beteiligten. Das therapeutische Setting ist Anreger, nicht Umsetzer. In der systemischen (Familien-)Therapie hat diese Sichtweise dazu geführt, viel Zeit für den Transfer zwischen den Sitzungen zu lassen. Für psychische Störungen gilt die medizinische Idee »bei viel Störung braucht man viel Medikament« ebenso wenig wie »bei lang andauernder Störung dauert auch die Behandlung lang«, ebenso wenig wie »für eine spezifische Störung gibt es eine spezifische Behandlung«. Es finden wenige Sitzungen statt, die sich jedoch über einen längeren Zeitraum erstrecken: Mit durchschnittlich 1,4 Sitzungen pro Monat und zumeist unter 10, selten über 20 Therapiesitzungen beschreibt Schiepek (1999) die systemische (Familien-)Therapie als »lange Kurzzeittherapie« (S. 106).

Durch die Interventionen innerhalb der Sitzungen werden Veränderungen angeregt, die systemspezifische Anpassungen erfordern. Diese benötigen Zeit in der Eigendynamik des Kundensystems. Zuviel Therapie, also zu viele Sitzungen innerhalb kurzer Zeit, kann sich nachteilig auswirken. Therapie als Kommunikationskontext bedeutet, viel miteinander zu sprechen und im Dialog zu sein. Wenn zuviel und zu häufig miteinander gesprochen wird, können zentrale und passende Ideen in einer Sprachflut untergehen. Diese benötigen jedoch Zeit für den experimentellen Transfer in das Leben der Therapiekunden. Daher sind Familientherapeuten sparsam mit Terminen und ihrer zeitlichen Sparsamkeit steht ein hoher Aufwand in der Gestaltung des Kommunikationssettings gegenüber: Wann immer möglich, arbeiten systemische (Familien-)Therapeuten im Zweier-Team. Dies ist sicherlich nicht durchgängig möglich – weder in der Praxis noch in der öffentlich finanzierten Beratungsstelle. In der Regel wird auch heute noch mit dem Zwei-Kammern-System gearbeitet, wobei die Therapiesitzung der Abfolge »Interview-Pause-Kommentar« folgt. Hierbei verfolgt zumeist der zweite Therapeut den Interview-Abschnitt hinter einer Einwegscheibe und erarbeitet in Form eines brainstormartigen kollegialen Feedbacks während der Pause mit dem interviewführenden Kollegen die Kommentare, Feedbacks und Vorschläge für die Familie oder das Paar. Auch wenn man als einzelner Therapeut mit Familien (also ohne zweiten Kollegen) arbeitet, empfiehlt sich die Pause kurz vor Abschluss der Sitzung oder in Momenten, in denen die Verwicklungen des Therapeuten in die Sprach- und Denkmuster der Familien zu groß werden. Die Pause dient sowohl der Konzentration bzw. Refokussierung des Therapeuten, als auch der Erarbeitung nützlicher Kommentare und Vorschläge. Jede Sitzung wird hypothesengeleitet vor- und nachbereitet, häufig werden therapeutische Briefe an die Kunden geschrieben (White & Epstein, 1990) und mit »Reflektieren«-Teams (Andersen, 1990) gearbeitet.⁵

Das therapeutische Setting wird flexibel gestaltet, d. h. nicht in jeder Sitzung sind alle Familienmitglieder zwangsweise anwesend. Wer kommen möchte, um entweder hilfreich bei Lösungen mitzuhelfen oder um eigene Wünsche mit einzubringen, ist in der Therapie willkommen. Dies

kann z. B. bedeuten, dass in der Familientherapie eines mit ADS-diagnostizierten Kindes für eine Sitzung die Klassenlehrerin hinzukommt. In anderen Fällen kann der überweisende Psychiater als Co-Therapeut die Familientherapie hinter der Einwegscheibe mitverfolgen.

Die Techniken zur Gestaltung des therapeutischen Dialogs sind durchdacht und erfordern erhebliche Übung, auch wenn sie bei erfahrenen Therapeuten leichtfüßig erscheinen mögen. Die Entwicklung spezifischer Techniken zur Dialoggestaltung hängt eng mit der Tatsache zusammen, dass es einen erheblichen Unterschied macht, ob man mit einer Person in einem klassischen einzeltherapeutischen Setting arbeitet, oder ob man es im Gespräch mit 2 bis 6 Personen zu tun hat. Hier muss der Therapeut ein zumeist komplexeres Niveau handhaben. Während in der Individualtherapie die Wirklichkeitskonstruktion des Kunden thematisiert wird, hat man es bei einem Gespräch mit zwei bis drei Generationen zumeist mit divergierenden Wirklichkeitskonstruktionen der Einzelnen zu tun, die sich u. U. lautstark und emotional Gehör und Verständnis verschaffen und alle gleichzeitig vom Therapeuten mit hoher Neutralität (Allparteilichkeit) und Wohlwollen aufgenommen werden müssen.

Die moderne systemische (Familien-)Therapie wählt also ein qualitativ unterschiedliches Herangehen an symptomatisches und leidvolles Erleben und Verhalten im Vergleich zur traditionellen Psychotherapie, die sich vorwiegend mit dem Individuum beschäftigt. Das Leiden oder auch »verrücktes Verhalten« einer Person ist eingebettet in einen sozialen Kontext, wobei der familiäre (oder partnerschaftliche) Lebenszusammenhang zumeist den wichtigsten Bestandteil dieses sozialen Kontexts ausmacht. Während die frühe Familientherapie durch die Ausdehnung des medizinischen Modells (nicht eine Person ist krank, sondern die Familie)

⁵ Hierbei handelt es sich um Therapeutenteams von 3-5 fachlichen Profis, die in der Pause vor den Augen und Ohren des familiären Kundensystems sowie dem interviewführenden Therapeuten einen bestimmten Regeln (Konstruktivität, Ressourcenorientierung, Kreativität, Ideengenerierung) folgenden Dialog miteinander führen. Dabei wird das Kundensystem mit seinem Therapeuten zum »beobachtenden Lauscher« der Therapeutenbesprechung.

das Risiko hatte, zum Familienbeschuldigungskontext zu werden, versucht die moderne systemische (Familien-)Therapie familiäre Bindungen und Ressourcen für die Veränderung leidvollen Erlebens und Verhaltens zu nutzen. Auch wenn familiäre Interaktionsmuster, die zumeist aus Fürsorge oder Hilflosigkeit entstehen, häufig zur Aufrechterhaltung symptomatischen Verhaltens und Erlebens beitragen, so ist dies hier nicht im Sinne einer Verursachung zu verstehen. Symptome, Leiden und Probleme können sowohl Lösungsversuche eines Konflikts sein als auch zufällig entstehen. Sind Probleme jedoch erst einmal installiert, so gruppiert sich ein familiäres bzw. soziales System darum herum und problematische Interaktionsmuster können entstehen und chronifizieren. Durch diesen Anpassungsprozess eines Systems an einen ungelösten Konflikt oder an ein problematisches Verhalten/Erleben geht der eigene Blick auf vorhandene, systemimmanente und individuelle Ressourcen verloren. Mit der Entscheidung für Therapie, also für Veränderung, beginnt manchmal der Leid-Besitzer (Patient) und manchmal ein Angehöriger, Freund oder Kollege, der einen Anstoß geben möchte. Symptomatisches Verhalten einer einzelnen Person verführt zu der Annahme, dass bei dieser Person das Leiden am größten sei. Üblicherweise wird sodann die individualtherapeutische Vorgehensweise gewählt. Jedoch ist häufig das Leiden unter einer Situation, einem Konflikt, einer ungelösten Aufgabe keineswegs hierarchisiert oder verteilt. Nicht unbedingt ist der Leidensdruck eines drogenabhängigen Jugendlichen größer als der seiner Eltern. Nicht immer ist die Einschränkung durch die Symptome einer generalisierten Angst oder eines Alkoholmissbrauchs bei der Person, die diese Symptome zeigt, größer als bei der Person, die das Leben mit ihm oder ihr teilt. Die leidvollen Auswirkungen der – oberflächlich betrachtet – individuellen Symptomatiken, betreffen häufig Angehörige, Freunde, Kollegen, Lehrer und andere. Ihre Einbeziehung in die Therapie ist daher auch für sie selbst von Vorteil, da sich im Erfolgsfalle auch ihr Leben verändert. Zugleich bietet die therapeutische Einbeziehung des familiären bzw. partnerschaftlichen Systems für alle die Möglichkeit, sich selbst zu entwickeln und gleichzeitig die Entwicklung des bzw. der Anderen mit zu erleben

und somit ein gemeinsames Veränderungserlebnis miteinander zu teilen. In ca. 20% meiner durchgeführten Therapien ging eine Einzeltherapie bei anderen Therapeuten voraus. So etwa die gelungene Behandlung einer generalisierten Angststörung einer Frau. Nach jahrelangen Anpassungen des Partners an die Symptomatik seiner Frau, führte deren Er-Mut-igung zu massiven Partnerschafts-problemen. Diesen wiederum begegnete die Betroffene mit Rückfällen in ihre Angstsymptomatik. Damit wird das neu erarbeitete Wohlbefinden des Einen zum Alptraum für den Anderen und umgekehrt. Einzeltherapien verführen die Therapeuten gelegentlich dazu, die Verursachung eines individuellen Problems in den Beziehungen innerhalb einer Partnerschaft oder Familie zu sehen. Da ist z. B. der Therapeut, der einem Mann während seines Klinikaufenthaltes aufgrund einer Herzphobie dazu rät, sich von der Ehefrau zu trennen, da ihre eheliche Beziehung die Ursache seiner Ängste sei. Der Klient verliebt sich noch im Krankenhaus in eine andere Frau und die Situation eskaliert. Für den Einzeltherapeuten war damit der Fall abgeschlossen und als therapeutischer Erfolg verbucht. Die Scherben lasen wir anderthalb Jahre später in einer Paartherapie auf. Diese beiden Beispiele mögen verdeutlichen, wie wichtig es sein kann, das Bezugssystem eines unter psychischen Symptomen Leidenden mit einzubeziehen. Gelingende Einzeltherapien führen zu Veränderungen, die das soziale Netz oftmals nur sprunghaft mitbekommt, auf die es keinen Einfluss zu haben scheint und die es als Verunsicherung erlebt. In diesen Fällen kann es passieren, dass die Angehörigen sogar die Veränderungen des Einzelnen aktiv zu verhindern versuchen. Es kommt zu unnötigen Rückfällen, die den Status quo wieder herstellen. So gesehen gibt es neben den eingangs erwähnten, drei zentrale Gründe zur Behandlung des familiären bzw. partnerschaftlichen Systems:

1. Freunde, Kollegen, Angehörige sind oftmals Mit-Tragende des Leidens und haben daher ein eigenes Interesse an Linderung. Sie sind hoch motiviert, zur Linderung von Leiden beizutragen.
2. Soziale, familiäre Partner sind nicht nur Mit-Tragende von Leid, sondern bringen eigene Fähigkeiten, Ressourcen und Ideen in die Therapie mit. Eine Vielzahl von Ideen und Sichtweisen

steigert die Chance, zu einer für alle passenden Lösung und Veränderung zu kommen.

3. Symptomatisches Verhalten ist in zumeist langfristige Interaktionsmuster eingebunden. Eine Veränderung des symptomatischen Verhaltens hat nicht nur Auswirkungen auf die familiären Interaktionsmuster sondern bedarf auch ihrer Kooperation, um stabil und organisch verändert zu werden.

Diese drei Faktoren sowie die Ressourcenorientierung sind meines Erachtens der Hauptgrund, warum systemische (Familien-)Therapie mit letztlich so wenig Stundenaufwand zu gleich guten Ergebnissen wie andere Therapien kommt⁶.

9.3 Vom Unwohl-»Sein« zum Wohl-Befinden

Unabhängig davon, ob ein Leiden somatisch oder verhaltensbedingt ist, zeigt sich das subjektive Empfinden derer, die psychotherapeutische Hilfe erwägen, als eines, das durch das Gefühl des Er-Leidens geprägt ist. Kaum ein Therapiekunde kommt und beschwert sich über das, was er tut: »Ich mache mir zu viele negative Gedanken«, »Ich trinke bis zur Besinnungslosigkeit«, »Ich lasse mich vom Geheimdienst abhören«, »Ich habe mich entschieden, meine Person als wertlos zu empfinden«, »Ich schlage meinen Mann«, »Ich wasche mir die Haut vom Leib«. Vielmehr ist die empfundene Qualität des Leidens eine passive und ertragende. Ein Mensch, der leidet, leidet unter etwas, nicht »über« etwas. Er empfindet sich als schwächer, als das was er tut. Diese sprachliche Distanzierung vom Symptom umfasst oftmals unbekannte Kräfte, die stärker als die Person erlebt werden: »Suchtdruck«, »Zwang«, »Es kommt über mich«, »die Krankheit«. Sprachlich ist das Leiden häufig nicht nur an empfundene Passivität bzw. Erleiden geknüpft, sondern auch an Qualitäten des Seins: »Ich bin depressiv«, »Ich bin Alkoholiker«, »Ich bin wertlos«, »Ich bin aggressiv«, »Ich bin zwanghaft«. Dies ist nicht anders, wenn man Paare

oder Familien bzw. Mehrpersonensysteme in Therapie sieht. Im vorangegangenen Abschnitt war von der Verantwortung der Therapeuten für die Entstehung der sozialen Wirklichkeit innerhalb des Problemlösesettings »Therapie« die Rede. Wenn soziale Wirklichkeit durch Sprache ver- und ermittelt wird, so bedeutet dies, dass Therapeuten die Sprach- und Erlebensgewohnheiten ihrer Kunden nicht annehmen, sondern ihnen eine Alternative anbieten. Diese Alternative ist insbesondere in den frühen Phasen der Psychotherapie ungewohnt und für einige daher auch unangenehm. Auf der Ebene von Therapeutenverhalten bedeutet dies, zunehmend – bei laufender Prüfung der Akzeptanz durch den Kunden – von Entscheidung und »Tun« statt von »Erleiden« und »Sein« zu sprechen. Zudem wird dabei die Einbettung des problematischen Verhaltens in den sozialen Kontext (Partnerschaft, Familie, Beruf) berücksichtigt. Diese Einbettung in den sozialen Kontext wird u. a. durch sog. zirkuläre Fragetechniken verdeutlicht.

Beispiele für zirkuläre Fragen

- »Woran erkennt Ihre Frau, dass Sie in wenigen Minuten beginnen, sich zu betrinken?«
- »Wer in ihrer Familie leidet am meisten darunter, dass sie sich fürs Hungern entschieden haben?«
- »Wer merkt es nach Ihnen zuerst, dass Sie sich der Traurigkeit hingeben?«
- »Wie machen Sie das, so gar keine Freude zu empfinden?«

Diese Art der Fragen ist, wie erwähnt, ungewöhnlich. Daher ist es notwendig, sich immer wieder einer guten therapeutischen Beziehung zu versichern, um nicht Gegenwehr durch subjektiv empfundene Schuldzuschreibung zu provozieren. Leidvolles Verhalten und Erleben als aktive Handlung und Entscheidung zu benennen kann leicht als Abwertung und Unverständnis empfunden werden. Oftmals ist es bei dieser Vorgehensweise günstig, wenn der Therapeut seine Sprache erläutert (Beispiel »Ich gehe davon aus, dass Sie Ihr Problem lösen werden, daher spreche ich auch so, dass etwas in Ihnen die Kraft dafür hat, im Guten wie im Leidvollen.« »Ich

⁶ Für einen umfassenden Überblick zu Outcome-Studien vgl. Schiepek (1999).

meine nicht, dass Sie selbst Schuld haben, ich meine nur, dass Sie selbst Verantwortung für sich tragen und diese auch nutzen können.«) Ziel ist es, durch eine an Aktivität ausgerichtete Sprache, dem Therapiekunden ein Gefühl der Selbstmächtigkeit zu vermitteln und damit eine Fokusveränderung (vom Unwohl-Sein zum Wohlbefinden) zu ermöglichen. Unsere Sprache vermittelt Wirklichkeit und diese wiederum schlägt sich in Sprache nieder, die wiederum Wirklichkeit vermittelt. Es entsteht im Falle von Leiden ein chronifizierender Prozess, den der Therapeut zu unterbrechen, zu irritieren versucht. Ebenso wie Leid sich selbst erzeugt, so ist es auch mit Glück, Zufriedenheit und Wohlbefinden. In der Suche nach Veränderungsmöglichkeiten stellen sich nicht nur zum symptomatischen, sondern auch zum gewünschten Verhalten an Aktivität ausgerichtete Fragen: »Wer kann dazu beitragen, dass Sie Ihren Wert erkennen?«, »Was könnten Sie tun, um sich vom Alkohol zu verabschieden?«, »Wie würde Ihr Vater reagieren, wenn Sie sich für das Leben einer jungen, lebendigen Frau entscheiden würden?«. Im Unterschied zu Zufriedenheit, die auch dadurch entstehen kann, dass man sich mit unabänderlichen Bedingungen abfindet, ist Wohlbefinden ein aktiv gestalteter Zustand. Dabei verstehe ich »Wohlbefinden« als einen Zustand körperlicher und geistiger Gesundheit und Freiheit. Der Auffassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) folgend, ist dabei Gesundheit und Wohlbefinden nicht lediglich die Abwesenheit von Krankheit und Leiden, sondern ein aktiver Prozess des Gestaltens der eigenen Lebensbedingungen. Menschen, die Psychotherapie in Anspruch nehmen, haben den Wunsch und die Hoffnung, dieses Gestalten wieder in die eigene Mächtigkeit übernehmen zu können. Auch Leiden ist ein aktiv gestalteter Prozess, der von einer negativen Emotion geprägt ist. Zumeist ist dieser Prozess in soziale Interaktionen eingebunden, sei es in der Familie, sei es in Organisationen des Gesundheitssystems oder der sozialen Fürsorge. In der systemischen (Familien-)Therapie wird dieser Prozess zunächst dadurch zu irritieren versucht, dass Denk- und Sprachgewohnheiten des Kundensystems thematisiert, infrage gestellt und mit Alternativen versehen werden. Eine an Aktivität ausgerichtete Sprache des Therapeuten fokussiert hierbei in dreierlei Weise den beklagten Zustand.

An Aktivität ausgerichtete Sprache des Therapeuten

- Betonung des Problems als aktiv hergestellter leidvoller Zustand
- eruieren, ob die Symptomatik in das Leben mehrerer Personen eingebettet ist (Auswirkungen auf Familie, Freunde, Kollegen sowie deren Einflussmöglichkeiten auf die Symptomatik).
- hypothetische Installation einer angenehmen und gewünschten Zukunft. (Hierzu gehören vorwiegend hypothetische Fragen, die sich auf die Zeit »nach dem Problem« beziehen: »Angenommen, Sie haben sich angewöhnt, optimistisch in Ihre Zukunft zu blicken, wer wird es als Erster bemerken?«, »Wie wird es sich auf Ihre Partnerschaft auswirken, wenn Ihre Tochter demnächst wieder mit Freude isst und sich vermehrt ihrem eigenen Leben als junge Frau widmet?«).

Zusammengefasst wird hier der Aspekt der Autonomie lebender Systeme betont. Die Theorie versteht unter Autonomie die Eigensteuerung biopsychischer und sozialer Systeme. Die an Aktivität und Entscheidung ausgerichtete Sprache des Therapeuten transferiert dies in die Idee von Freiheit, Dinge so oder auch anders tun und erleben zu können. Damit fokussiert sie einen wesentlichen Bestandteil von Gesundheit und Wohlbefinden.

Insbesondere in der Anfangsphase von Familientherapie stellen die genannten Vorgehensweisen eine schrittweise und langsame Annäherung an die Problemlösung dar. In der Praxis kommen Menschen zu einem Zeitpunkt in Therapie, zu dem die Symptomaten bereits längere Zeit existiert haben und in der Regel bereits unterschiedliche Lösungsversuche unternommen worden sind. Demnach ist damit zu rechnen, dass der Fokus des Kundensystems auf diese chronifizierte Problematik gerichtet ist. Die Fokussierung auf eine gewünschte Zukunft, geschieht zu Beginn der Therapie durch eine ausführliche Auftragsklärung. Dabei wird – wie im folgenden Abschnitt erläutert – in der systemischen (Familien-)Therapie nur bedingt Wert auf eine ausführliche Problemanalyse

gelegt. Vielmehr ist neben der Herstellung eines guten Arbeitskontrakts mit der Familie, die ausführliche Erläuterung und Operationalisierung des Zielzustandes von Bedeutung. Hierin wird ein erster Schritt zur Problemauflösung gesehen.

9.4 Von Problemen, Wünschen und Aufträgen

In Anlehnung an den vorangegangenen Abschnitt zeigt sich, dass Leiden vorwiegend als passiv, ohnmächtig und mit Seins-Qualität erlebt wird. Dementsprechend werden Wünsche vom Kundensys-

tem bezüglich der Beendigung von Leid sehr häufig negativ und ausschließend formuliert: »nicht mehr depressiv, süchtig, psychotisch, unsicher, aggressiv, zwanghaft sein«. Die Verneinung des problematischen Zustands ist jedoch kein abbildbarer Wunsch, kein erreichbares Ziel, denn Verneinungen lassen sich nicht konkret und prüfbar vollziehen. Die akademische Psychologie weist eine Fülle gut abgesicherter Ergebnisse zur Frage der Auswirkung von Zielen auf Handlungen auf. Damit Ziele handlungswirksam werden können und mit psychischem Wohlbefinden in Zusammenhang stehen, leiten Storch & Krause (2005) drei Zielkriterien aus der Forschung ab (vgl. ► Übersicht).

Drei Kriterien für handlungswirksame Ziele

1. Kunden benötigen Annäherungsziele, keine Vermeidungsziele

Annäherungsziele enthalten den Zustand, der erreicht werden soll. In ihrem Überblick zeigen Storch & Krause (2005), dass Menschen, die vorwiegend Vermeidungsziele formulieren, schlechtere Stimmung, erhöhte Angst, geringere Zufriedenheit, geringeres Kompetenzerleben und auch eine schwächere Gesundheit aufweisen. Da unsere Kunden häufig mit Vermeidungszielen zu uns kommen, besteht also ein wichtiger Schritt zu Beginn der Therapie darin, durch Fragen konkrete Wünsche, Vorstellungen und Pläne zu installieren bzw. zu aktualisieren.

2. Wünsche und Ziele müssen in der Weise operationalisiert werden, dass ihre Erreichbarkeit der eigenen Kontrolle unterliegen

Die Orientierung auf Ressourcen der Beteiligten nutzt hier insbesondere Fähigkeiten und Gewohnheiten des Kundensystems, die zu anderen Zeiten und in anderen oder auch vergleichbaren Situationen als hilfreich empfunden wurden. Die im vorherigen Abschnitt benannte zirkuläre Fragetechnik kann dazu verwendet werden, dass die Familienmitglieder übereinander Positives berichten: Wer hat in der Familie bereits Krisen gelöst, welche Fähigkeiten haben die anderen Familienmitglieder, was glauben sie, tut den anderen gut, welches sind herausragende Stärken des Symptomträgers etc. Dialoge über eigene Ressourcen und Stärken

erweisen sich hier also hilfreich auf zwei Ebenen: Die Gewährwerdung eigener Stärken und Einflussmöglichkeiten und die damit verbundene emotionale Aufhellung, die sich in solchen Dialogen ergibt. Eine weitere Ressource ist zunächst auch die Entscheidung für eine Psychotherapie, die ein Mindestmaß an vorhandener subjektiver Einflussmöglichkeit impliziert. Innerhalb des Psychotherapieprozesses erweist sich zudem die therapeutische Beziehung als gewichtige Ressource (Grawe, 1998). Es ist hierbei Aufgabe des Therapeuten, mit dem Kundensystem gemeinsam zu überlegen, was genau der Veränderung bedarf und wie die Kunden dies erreichen können. Damit installieren sich konkrete, auf Lösungen ausgerichtete Dialoge, die wiederum eine alternative soziale Wirklichkeit zur Problemtrance schaffen.

3. Es ist vorteilhaft, die formulierten Wünsche und Ziele mit positiven, somatischen Markern zu versehen

Hierbei wird einerseits der Tatsache Rechnung getragen, dass Empfindungen sich körperlich und körpersprachlich abbilden und gleichzeitig diese wiederum auf die Empfindungen zurückwirken. Eine der klassischen systemischen Therapiestrategien ist das »So-tun-als-ob«, bei dem der Symptomträger dazu ermuntert wird, sich zunächst kurzfristig zu verhalten, als ob das Problem bereits gelöst sei. Dieses Vorgehen ermöglicht dem Kunden nicht nur die Erkenntnis, dass er sich auch alternativ verhalten kann, sondern aktiviert zudem ein angenehmes körperliches Empfinden.

In der Klärung von Wünschen und Zielen des Kundensystems decken sich die theoretischen Grundlagen moderner Familientherapie mit Forschungsergebnissen aus kognitiver und Neuro-Psychologie sowie der Verhaltensmedizin. Die traditionelle Ressourcen- und Zukunftsorientierung der

systemischen (Familien-)Therapie knüpft also an die Erkenntnis an, dass neuronale Netze im Sinne habitueller Erregungsmuster handlungswirksam sind. Diese können als Denk- und Wahrnehmungsgewohnheiten die Vermeidung eines Problems beinhalten, was wiederum sein Auftreten wahr-

Beispiel

Frau S. wurde als Vergewaltigungsopfer gemeinsam mit ihrem Mann zu mir überwiesen. Die Opferberatungsstelle war davon ausgegangen, dass es für beide hilfreich sein könnte, sich gemeinsam der schwierigen Thematik zu stellen. Da zudem ein erster Termin vor dem Strafgericht avisiert war, kamen beide und brachten ihre kleine Tochter sowie einen halbjährigen Säugling mit.⁷ Die Voraussetzungen für eine gelungene Therapie könnte man in einem skeptischen Licht sehen: Die Vergewaltigung erfolgte zu Hause durch einen Nachbarn, nach gemeinschaftlichem Trinkgelage. Der Ehemann lag betrunken im Bett, während der Nachbar die Ehefrau vergewaltigte. Dies ließ ein erhebliches Maß an Schuld und Vorwürfen erwarten. Das Ehepaar S. entstammte sehr einfachen Verhältnissen. Damit ist gemeint, dass beide über so gut wie keine Schulbildung verfügten (Therapeuten vermuten hier vorschnell mangelnde Reflektionsfähigkeit), an der Armutsgrenze und zudem auf engstem Raum mit zwei kleinen Kindern lebten. Das Auflisten dieser Bedingungsfaktoren soll verdeutlichen, wie naheliegend hier das Einnehmen einer Problemperspektive ist. Das Fokussieren der Ressourcen des Paares jedoch führte zu einem verblüffenden und kurzen Verlauf der Gespräche mit dem Ehepaar S. Völlig unbeeindruckt von den Sichtweisen psychosozialer Helfer und Überweiser waren ihre Wünsche klar und überschaubar: Sie wollte Sicherheit gewinnen, um den Prozess zu überstehen. Er wollte hilfreich für sie sein. Eine psychotherapeutische »Bearbeitung« der Vorfälle erschien beiden nutzlos. Dem Vorgehen de Shazers (1995) folgend, fragte ich nach Veränderungen vor der ersten Therapiesitzung. Dem zugrunde liegt das Phänomen, das ähnlich wie beim Zahnarztbesuch, sich häufig Beschwerden vor der ersten Therapiestunde verändern bzw. reduzieren.

Der Mann antwortete, dass er seit dem Vorfall keinen Tropfen Alkohol mehr getrunken habe, Frau S. antwortete, dass sie mit Ausmachen des Erstgesprächs bereits innerlich zu mehr Ruhe gekommen sei. Beide berichteten, dass ihre Beziehung sich nicht verschlechtert habe, sondern im Gegenteil sie sich einander nähergekommen waren. Noch im ersten Gespräch weinte der Mann bittere Tränen des Schuldgefühls, weil er seine Frau vor der Vergewaltigung nicht habe beschützen können. Sie war darüber komplett erstaunt und erleichtert, da sie wiederum die heimliche Angst gehabt hatte, er könne sie nach der Vergewaltigung abstoßend finden. Um es abzukürzen: Die Therapie bestand aus vier Paargesprächen, die eigentlich kein anderes Thema als die Hauptressource des Paares hatte: die Liebe für einander und für ihre Kinder. Über die Nebenwirkungen ressourcenorientierter Fragen (hier: atmosphärisch dichte Dialoge über Liebe und Zuneigung) ergaben sich die eingangs formulierten Ziele von allein. Selbstverständlich war für diesen kurzen und gelungenen Prozess auch maßgeblich die Tatsache hilfreich, dass es sich hier nicht um ein chronifiziertes Problem handelte, sondern die Therapie zeitnah an das kritische Ereignis anknüpfte⁸.

⁷ Frau S. und ihr Mann hatten kein Geld, um Babysitter zu bezahlen. Er arbeitete als ungelernter Arbeiter auf dem Bau, während Frau S., die keine Schulbildung hatte, zu Hause den Haushalt und die Kinder versorgte. Daher brachten sie die Kinder mit zur Therapie, obwohl das avisierte Thema selbstverständlich keines ist, bei dem Kinder dabei sein sollen. Um die 5-jährige Tochter kümmerte sich daher eine Praktikantin, während der Säugling zu Füßen des Vaters in einem kleinen Sitz vor sich hinschlummerte.

⁸ Ich sah das Paar ein halbes Jahr nach dem Gerichtsprozess zu einem kurzen Abschlussgespräch zum letzten Mal und beide Partner machten einen ausgeglichenen und zufriedenen Eindruck.

scheinlicher macht. Die Umorientierung auf Wünsche und konkrete Ziele stellt damit die Etablierung neuer habitueller Erregungsmuster im Gehirn dar und ermöglicht zudem angenehme Erfahrungen des Kundensystems miteinander. Die therapeutische Aufgabe ist dabei vorwiegend das Erkennen und Fördern von Gelegenheiten, die es dem Kundensystem ermöglichen, den Zustand der Problemtrance zugunsten eines angenehmen und erwünschten Zustands zu verlassen. Schiepek (1999) definiert Psychotherapie in diesem Zusammenhang als »dynamisiertes Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit von Selbstorganisationsprozessen in psychischen und sozialen Systemen« (S. 30). Die systemtheoretischen Grundlagen, die bereits in ► Kap. 9.1 näher erläutert wurden haben neben der Ressourcen- und Lösungsorientierung zu einem Konzept der Kundenorientierung geführt. Dem liegt die Erfahrung zugrunde, dass Menschen sich nur bedingt Be-Handeln lassen, sondern vielmehr ihre eigenen Prozesse gestalten. Daher ist die Klärung der Wünsche und Ziele innerhalb der systemischen (Familien-)Therapie ausschließlich an den Wünschen der Kunden orientiert. Dabei sollen die Vorstellungen des Therapeuten über gutes und richtiges Leben, über richtige und falsche Kommunikation oder hinsichtlich psychohygienischer Gütesiegel in der Auftragsklärung keine Rolle spielen. Auftragsklärung meint in diesem Zusammenhang den gelungenen Prozess, der Anliegen (Probleme nicht mehr haben) in Wünsche (Zustand X erreichen) und gemeinsame Absprachen (wie und was können wir mit dem Therapeuten gemeinsam tun) überführt. Dennoch zeigt sich in dem bisher Dargestellten, dass die im Kontext systemischer (Familien-)Therapie eingesetzten Strategien und Fragetechniken zwar zielorientiert der Behebung von Leiden dienen sollen, jedoch auch Faktoren des Wohlbefindens sozusagen als Nebenwirkung im therapeutischen Prozess installieren. Dies verdeutlicht das folgende Beispiel.

Im letzten Abschnitt wird anhand typischer systemischer Therapieinterventionen und -vorgehensweisen veranschaulicht, dass Wohlbefinden in seinen möglichen Operationalisierungen von Kundenwünschen nicht nur Therapieziel ist, sondern gleichzeitig Nebenwirkung und Prozessvariable von Therapie.

9.5 Störmanöver der Therapeuten

Soziale Systeme sind Systeme in Sprache. In der systemischen (Familien-)Therapie sehen wir den Therapeuten nicht als unabhängigen Beobachter und Be-Handler, sondern als Teil eines Problemlösungs-Settings. Innerhalb dieses Settings ist er mitverantwortlich für die in der Therapie entstehende soziale Wirklichkeit. Durch seine Haltung von Respekt, Neugier und Neutralität (Selvini Palazzoli et al., 1981) sowie durch die Orientierung an Wünschen und Ressourcen des Kundensystems wird der Therapeut zum Begleiter eines Veränderungsprozesses. Dabei ist seine Aufgabe jedoch nicht die eines passiven Begleiters sondern die eines Verstärkers, der zugunsten neuer familiärer Muster bei der Verstärkung der leidvollen und ggfs. Chronifizierten, also stabilisierten, Muster aktiv hilft.

Schiepek et al. (2000) beschreiben Therapie als Veränderungsprozess zur De-Stabilisierung von Problemmustern. Dabei ist De-Stabilisierung nicht immer ein angenehmer Zustand, denn die Aufgabe leidvoller Konstellationen bedeutet auch, gewohntes Terrain zu verlassen und Neues auszuprobieren, das noch ungeübt und ungewohnt ist. Therapie mit Mehrpersonensystemen muss hier zusätzliche Komplexität verarbeiten, die dadurch zustande kommt, dass nicht alle Beteiligten immer und zum gleichen Zeitpunkt dieselben Wünsche haben. Damit verläuft insbesondere eine Mehrpersonentherapie in unterschiedlichen Geschwindigkeiten: Es gibt sprunghafte Entwicklungen, stetige Entwicklungen, Rückfälle in bekannte Muster und Stillstände. Soziale Systeme haben ihre eigene Zeit und ihre eigene Geschwindigkeit, die es von den Therapeuten zu berücksichtigen und zu prüfen gilt (»Ist dies jetzt ein guter Zeitpunkt, um das vorgeschlagene Experiment durchzuführen?«). Lösungs- und Ressourcenorientierung besteht auch darin, dieses zu berücksichtigen.

Die Instrumente und Vorgehensweisen in der systemischen (Familien-)Therapie rekurren dabei auf die Kontexte Co-Konstruktion von Bedeutung und Verhalten, Verstärkung chronifizierter Muster und Etablierung von Lösungen. Diese drei Bereiche sind jedoch nicht scharf voneinander abzugrenzen, denn was für einen Therapiekunden lediglich eine neue Sichtweise ist, stellt für einen anderen bereits eine massive Destabilisierung dar. Dies sei anhand

zweier Praxisbeispiele aus der Sexual- bzw. Paartherapie erläutert. Die während der Therapie verwendete Technik ist das sog. »Feed-Forward« (Penn, 1986) und entstammt der systemischen Tradition, sich zu einem größtmöglichen Teil mit Zukunftsprojektionen zu beschäftigen. Eine Umsetzung dieses Instrumentenpools besteht darin, die Therapeuten einen Erfolgsfilm drehen zu lassen. Sie werden gebeten, innerlich in die Rolle eines Regisseurs zu schlüpfen und einen Film zu drehen, der etwa lauten könnte »Die Lust des Paares M.« oder »Unser fulminantes Leben«. Die Anregung phantasievoller Lösungsgedanken wird hierbei über die genaue Szenenbeschreibung erreicht. In der Anwendung innerhalb von Paartherapien werden beide Partner nacheinander gebeten, diesen Film zu drehen.

Sicherlich war hier diese Verstörung der stabilen Problembeschreibung für die weitere Entwicklung notwendig. Was hierdurch gezeigt werden soll ist, dass die Orientierung an Ressourcen und Wünschen nicht immer Wohlbefinden erzeugt. Mir ist in diesem Zusammenhang wichtig, dass bei allen Worten zu Lösung, Ressource und Wünschen der Eindruck vermieden wird, Therapie sei ein spaßiger Prozess, bei dem Leiden ignoriert wird. Dem ist nicht so. Jedoch ist es wirkungsvoll und nützlich, immer wieder in Therapieprozessen mit Mehrpersonensystemen die Momente einer plötzlich auftauchenden Aufweichung harter Fronten, des herzhaften Lachens und Staunens zu ermöglichen. Nur im Tun, also im Vorwegnehmen des eigentlichen Ziels, kann dieses erreicht werden. Ein Paar, dessen Liebe

Beispiel

■ Paar A kam in die Therapie aufgrund stetig zunehmender Unzufriedenheit der Frau und vermehrten Streiteskalationen. Im Verlauf der Therapie kam es zum Einsatz dieses Instruments, und die Frau erzählte ihren »Wunschfilm«, der aus drei Szenen bestand: einer gemeinsamen Reiseszene, einer gemeinsamen Sexszene und einer Familienszene, die ein kleines Kind beinhaltete. Nach Abschluss ihrer Filmdarstellung herrschte Knistern und Stille im Therapieraum. Der Mann strahlte sie gerührt an und teilte seine Fassungslosigkeit darüber mit, wie herrlich er ihren Film fände und wie sehr er sich das Gleiche wünschte. Innerhalb von zwei Stunden hatte dieses Paar A seine Problemtrance (Streit, Eskalation) zugunsten gemeinsamer Sehnsüchte und Wünsche verrückt. In diesem Beispiel entstand hier bereits während des »Filmdrehens« Wohlbefinden: Lächeln, Rührung, tiefes Durchatmen, Strahlen. Das Nörgeln der Frau bekam eine neue Bedeutung, nämlich beide sahen es als Anstoß für Entwicklung. Zugleich entstand Verstörung, denn mit Romantik und Herzklopfen hatte in diesem Moment keiner gerechnet. Und es schlichen sich Lösungen ein, nämlich die Frage nach Familiengründung und mehr Zeit füreinander.

■ Anders bei Paar B. Dieses Paar kam mit der Beschreibung zur Therapie, sie sei lustvoll und würde gerne häufiger mit ihrem Mann sexuellen Kontakt genießen. Der Mann stimmte dieser Beschreibung zu und beschrieb sich selbst als eher lustlos und »ohne Libido«. Auch mit Paar B drehte ich nach einigen Stunden, in denen sich absolut nichts bewegt hatte, den zuvor beschriebenen Lustfilm. Der Mann begann und entwickelte im Erzählen der Filmszenen sehr erotische und deftige Bilder. Die Spannung im Raum war hoch erotisch aufgeladen und eigentlich hätte ich das Paar am liebsten sofort nach Hause geschickt, um die entstandene Stimmung nicht zu zerreden. Jedoch sollte auch Frau B. ihren Film drehen und damit entstand eine absolut unerwartete Situation. Ihre Szenen spielten im gemeinsamen Haus, sie wurden unterbrochen von abzuschließenden Türen und läutenden Telefonen und enthielten detaillierte Beschreibungen des Badezimmerfußbodens. Von Lust keine Spur. Das Verhalten des Paares B. in dieser Therapiesituation führte bei beiden zu großen Irritationen, die sie als sehr unangenehm empfanden. Hatte sich die von beiden unterschriebene Problembeschreibung doch fast in ihr Gegenteil verkehrt.

verloren gegangen scheint, wird etwa zu Beginn der Gespräche gebeten, zu erzählen, wie sie einander kennengelernt haben. Dies ist eine Situation, in der in den meisten Fällen trotz aller aktuellen Schwierigkeiten über die Aktivierung positiver Erinnerungen eine andere, angenehmere Atmosphäre im Therapiezimmer entsteht. Diese »wohlige« Atmosphäre wiederum ist eine sehr günstige Voraussetzung für Lösungsdialoge. Man denkt leichter über Kompromisse und Veränderungen nach, wenn man sich an das Gefühl des Glücks erinnert, als wenn man in Streitfronten einander gegenüber sitzt.

Eine weitere positive Verstärkung ist die Arbeit mit Komplimenten und Reframings. In den Pausen der Therapie-Interviews bereiten die Therapeuten ihre Kommentare an die Familien vor. Zentraler Bestandteil dieser Kommentare ist – neben dem Vorschlagen von Experimenten – die Würdigung der vom Therapeuten beobachteten Ressourcen und Fähigkeiten. Gleiches gilt für die Arbeit reflektierender Teams (Andersen, 1990), bei denen gleich mehrere Teammitglieder vor den Augen und Ohren des Kundensystems eine öffentliche, lösungsorientierte Expertensitzung abhalten. Eine Familie etwa, die mit einem sich selbst verletzenden Kind zur Therapie kommt, erlebt sich in der Regel weder als kompetent noch als achtenswert. Ein Experte, als der der Therapeut hier gesehen wird, der es schafft, die guten Dinge zu benennen, der Komplimente ausspricht und Stärken erkennt, trägt auch hier nicht nur langfristig zur Stärkung selbiger Faktoren bei, sondern installiert zunächst in diesem Moment Erleichterung, Ermutigung und Freude. Diese wiederum sind m. E. notwendige Bedingungen für eine gelingende Neustrukturierung problematischer Muster des Verhaltens und Erlebens. Damit ist »Wohlbefinden« oftmals eine erste Irritation in einem problemfokussierten System. So ist es nicht nur als Therapieziel der Kunden zu sehen, sondern auch als ein Lösungsinstrument des Therapeuten.

Literatur

- Andersen, T. (Hrsg.) (1990). Das reflektierende Team. Dortmund: Modernes Lernen.
- Badura, B. (1981). Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindungen und Unterstützung. In B. Badura (Hrsg.), Soziale Unterstützung und chronische Krankheit (S. 13–38). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Berg, I.K. (2006). Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurz-therapeutisches und lösungs-orientiertes Arbeitsbuch. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Ciampi, L. (1982). Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ciampi, L. (1997). Zu den affektiven Grundlagen des Denkens. Fraktale Affektlogik und affektive Kommunikation. *System Familie*, 10, 128–134.
- De Shazer, St. (1995, 5. Aufl.). Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Levod, T. & Martens-Schmid, K. (1999). Systemische Therapie. In E. Bensen, K. Bell, D. Best, H. Gerlach, H.D. Schirmer & R. Schmid (Hrsg.). Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis. Heidelberg: Hüthig. http://www.systemmagazin.de/bibliothek/I_bibliothek.php (01.09.2006).
- Ludewig, K. (1992). Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Penn, P. (1986). »Feed-Forward« – Vorwärts-Koppelung: Zukunftsfragen, Zukunftspläne. *Familiendynamik*, 11, 206–232.
- Schiepek, G. (1999). Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G., Ludwig-Becker, F., Helde, A., Jagdfeld, F., Petzold, E.R. & Kröger, F. (2000). Synergetik für die Praxis. Therapie als Anregung selbstorganisierender Prozesse. *System Familie*, 13, 169–177.
- Schlippe, v.A. & Schweitzer, J. (1997, 4. Aufl.). Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1981). Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität: drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 6, 123–139.
- Storch, M., Krause, F. (2005). Selbstmanagement- ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcenmodell (ZRM). Bern: Huber.
- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1969). Menschliche Kommunikation. Stuttgart: Huber.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fish, R. (1974). Lösungen. Stuttgart: Huber.
- Watzlawick, P. & Weakland, J. (Hrsg.) (1989). Interaktion. Bern: Huber.
- White, M. & Epstein, D. (1990). Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken. Heidelberg: Auer.
- Zwingmann, E. & Schwertl, W. (1998). Rehabilitation statt Therapie. Systemische Praxis in einem Fachkrankenhaus für Alkoholranke. In W. Schwertl, G. Emlein, M.L. Staubach, E. Zwingmann (Hrsg.). Sucht in systemischer Perspektive. Theorie – Forschung – Praxis (S. 159–181). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Teil III Facetten des Wohlbefindens fördern

- Kapitel 10** **Freuden-Biografie: Die Freuden der Kindheit wieder erleben – 129**
- Kapitel 11** **Körperliches Wohlbefinden durch Selbstregulation verbessern – 141**
- Kapitel 12** **Sinnliche Lebendigkeit erfahren – Wohlbefinden durch Sinnesgenüsse erleben – 155**
- Kapitel 13** **Sinnvolle Werte und Lebensziele entwickeln – 169**
- Kapitel 14** **Selbstakzeptanz fördern – 189**
- Kapitel 15** **Identitätsstärkung – Fördert Authentizität das Gesundwerden nach Krebs? – 199**
- Kapitel 16** **Suche nach Geborgenheit: Bindungswünsche realisieren – 213**
- Kapitel 17** **Partnerschaftspflege – 223**
- Kapitel 18** **Vergeben: Eine Quelle von Wohlbefinden – 237**

Freuden-Biografie: Die Freuden der Kindheit wieder erleben

Verena Kast

- 10.1 Freude als Ressource – 130
- 10.2 Freuden der Kindheit aus der Sicht der Erwachsenen – 131
- 10.3 Rekonstruktion der Freuden-Biografie – 132
 - 10.3.1 Vorgehen – 132
 - 10.3.2 Selbstversuch – 132
- 10.4 Freuden aus der Freuden-Biografie – 135
- 10.5 Sich einfach anstecken mit den Freuden der Kindheit – 138
- Literatur – 139

10.1 Freude als Ressource

Freude ist eine primäre Emotion. Erste Formen des Lachens treten schon vor dem 2. Monat während des REM-Schlafes auf. Die Freude zeigt sich wenig später am Lächeln des Säuglings, das mit dem Lächeln der Beziehungspersonen korrespondiert. Über das Lächeln, so sind sich viele einig, findet man einen Zugang zu der Freude, ohne dass Lächeln und Lachen immer Freude ausdrücken muss.

Freude kann erlebt werden als Emotion, die uns für einen Moment überwältigt, uns durchzückt, aber auch als ein benennbares Gefühl des sich in einer bestimmten Weise Freuens, oder auch als eine Stimmung der Heiterkeit und der Zufriedenheit. Emotion, Gefühl und Stimmung können ineinander übergehen.

Es scheint mir wichtig, Spaß und Freude voneinander zu unterscheiden. Beim Spaß scheinen eher Interesse und Erregung zu interagieren, bei der Freude ist weniger Erregung beteiligt, dafür mehr Interesse. Eine Freude, die mit Erregung und Interesse verbunden ist, ist die Vorfreude.

Freude ereignet sich, sie ist ein Nebenprodukt einer Erfahrung, einer Tätigkeit, eines Ereignisses im Leben. Wir freuen uns, wenn uns etwas gelingt, etwas widerfährt, das besser ist, als zu erwarten war, wenn etwas stimmig ist, uns etwas unerwartet als ein Geschenk des Lebens oder der Umstände, erscheint. In der Vorfreude, einer unserer besten Freuden, beziehen wir uns auf die Zukunft, als könnte sie uns ein deutliches Mehr an Freude, Lebensqualität, Zufriedenheit und Glück bescheren. Vorfreude ist verbunden mit der Hoffnung auf das Bessere.

Wesentlich ist, dass wir die Freude in ihrer Gefühlsqualität dann wahrnehmen, wenn wir sie erleben. In der Erinnerung können wir sie in der Folge dann immer wieder zurückholen, indem wir die Situation, die Freude ausgelöst hat, uns in unserer Vorstellung so lebendig als möglich vergegenwärtigen.

Freude ist sichtbar: Es gibt viele Ausdrucksgeboten der Freude. Freude wird durch Strahlen ausgedrückt: die Augen strahlen, glänzen, Gesichter leuchten, hellen sich auf. Freude weckt den Eindruck von etwas Strahlendem, Leuchtenden, Lichtem. Die Bewegungen, die wir mit der Freude verbinden, sind Bewegungen in der Vertikalen, Bewegungen, die zur Höhe hin tendieren. So gehen die Mundwinkel nach

oben, wenn wir uns freuen oder wenn wir lächeln. Wir könnten vor Freude Luftsprünge machen oder wir werfen etwas hoch in die Luft. Freude lässt Menschen singen, eher hoch und laut; sie bewegen sich beschwingt, erleben sich als vital. So wird deutlich, dass in der Freude ein Gegengewicht zur Dunkelheit, zur Erdschwere ist: Sie macht uns leicht und weit, lässt uns uns in unserer Vitalität und in der Verbundenheit mit uns selbst, mit anderen, mit dem Leben als Ganzem erleben. Wenn wir uns freuen, dann fühlen wir eine Wärme in uns aufsteigen, eine körperlich erfahrbare, aber auch eine seelische Wärme. Diese lässt uns offener und lebendiger werden. Das Selbstgefühl, das wir bei der Freude erleben, ist ein Gefühl des selbstverständlichen Selbstvertrauens, das daraus resultiert, dass wir im Moment der Freude uns selbst, die Innenwelt, die Mitwelt akzeptieren können, wie sie ist, weil uns eh mehr zugekommen ist, weil etwas besser ist, als wir erwartet haben. Zu diesem selbstverständlichen Selbstvertrauen gehört, dass man sich bedeutsam fühlt, ohne es sein zu müssen. Dieses selbstverständliche Selbstvertrauen, das wir als Menschen im Zustand der Freude erleben, lässt uns uns öffnen: Wir müssen unsere Ich-Grenzen nicht stur behaupten, können uns miteinander verbinden, fühlen uns anderen vertraut, können leichter vertrauen und handeln solidarischer. Freude bewirkt, dass wir mehr Perspektiven sehen, dass auch wenig eingeübtes Verhalten möglich wird, dass wir mutiger sind, und dass wir uns besser fühlen. Freude ist eine Ressource in vielfältiger Weise.

Den Ausdruck von Emotionen kontrollieren wir: Erwachsene zeigen ihre Freude oft nur noch verhalten, wenn überhaupt. Freude zu sehr zu zeigen wird als kindlich beurteilt. Etwas ausgelassener darf sie gezeigt werden bei Gemeinschaftsereignissen, die Freude auslösen, etwa bei einem wichtigen Fußballspiel, das gewonnen wurde. Im Alltag indessen versuchen Erwachsene, besonders erwachsene Männer, nicht zuviel davon zu zeigen, denn es könnte Neid wecken, die anderen herausfordern, uns beschämen.

Kinder, besonders junge Kinder, zeigen ihre Freude unkontrolliert: Sie können sich »maßlos« – in den Augen der Erwachsenen – freuen, sind dann allerdings auch »maßlos« enttäuscht oder wütend, wenn die Freude verdorben wird. Befragt man Kinder nach ihren Freuden, erzählen sie davon, was sie im Moment gerade gerne spielen oder lesen – aber

die Gespräche sind eher unergiebig. Das ist nicht die Perspektive des Kindes: Kinder freuen sich, aber sie reflektieren kaum über die Freude. Sie lehnen ab, was sie nicht freut. »Das mag ich nicht«, heisst es dann. Freude ist indessen ein Thema für Kinder im Zusammenhang mit Beziehungen: Kinder möchten, dass die Beziehungspersonen sich an ihnen freuen und diese Freude auch ausdrücken. Das ist wohl eine frühe gute Erfahrung, die sich das Kind – und auch in einem gewissen Rahmen der Erwachsene – immer wieder erhalten möchte.

Emotionstheoretiker (Krause 2001, S. 941) gehen davon aus, dass sich im ersten halben Jahr etwa 30.000 Lächelinteraktionen zwischen Säugling und Erwachsenen ereignen. In dieser Zeit pflegt der Säugling mit einem Lächeln auf ein Gesicht eines Mitmenschen zu reagieren, was meistens wiederum mit einem Lächeln beantwortet wird. Das – so meinen Entwicklungspsychologen – gibt dem Kind das noch unbewusste Gefühl, ein erfreulicher Mensch in einer erfreulichen Welt zu sein, ein Mensch, der Freude auslöst. Dieses freudige Interesse, das ein Kind bekommt – wenn es das bekommt – steht im Dienste der Bindung und des Vertrauens und könnte den existentiellen Kern der Persönlichkeit festigen. Lächeln bedeutet weiter auch freudige Zustimmung zu dem, was ein Kind gerade macht, steuert also Verhalten. Lächelinteraktionen, auch im späteren Leben, versichern Menschen, dass sie anerkannt sind. Über diesen glückhaften Bindungsaspekt sprechen Kinder: Womit haben sie einem ihnen wichtigen Menschen eine Freude gemacht. Sie haben eine feine Wahrnehmung dafür, ob die Freude echt oder bloß gespielt ist, für die Nuancen, in der Freude ausgedrückt worden ist. Sie drücken auch das Bedauern oder die Wut darüber aus, wenn es ihnen nicht gelungen ist, Freude auszulösen. Gerade für Kinder, die ihre Beziehungspersonen auch ärgern, ist es wichtig zu wissen, dass und wie sie diese Personen auch erfreuen können, wie sie auch eine vertraute Situation herstellen können.

In den Familien wird unterschiedlich über freudige Erfahrungen gesprochen. Die Art, wie Erfahrungen in einem Narrativ elaboriert werden, beeinflusst sowohl die autobiografischen Erinnerungen (Markowitsch & Welzer, 2005, S. 201 ff.) im späteren Leben, als auch den Wahrnehmungsstil für freudige Erfahrungen.

10.2 Freuden der Kindheit aus der Sicht der Erwachsenen

Fragt man Erwachsene nach den Freuden der Kindheit, ist die Auskunft ausführlicher. Wurde in der Herkunftsfamilie über Freude gesprochen, werden freudige Erfahrungen eher erinnert. Etwa die erste Bergtour mit dem Vater ganz alleine: Freude und Stolz verbinden sich und werden außerdem noch verknüpft mit einer starken bergsteigerischen Leistung, die je nach Elaboration der Erzählung – darüber wurde ja zu Hause gesprochen – immer heldenhafter wurde.

Wenn Freude eine Ressource ist, dann ist es wichtig, diese Ressource aktivieren zu können. Das kann gelingen, indem man die Biografie der Freude rekonstruiert.

Normalerweise erzählen wir unsere Lebensgeschichte unter dem Aspekt von Schwierigkeiten: Wir erzählen, welchen Schwierigkeiten wir uns gestellt, allenfalls auch, welche wir überwunden haben – und das kann dann auch mit etwas Freude verbunden sein.

In der Freuden-Biografie nehmen wir eine ganz andere Perspektive ein: Wie habe ich Freude erlebt in meinem Leben, wie habe ich sie auch abgewehrt, wie wurde sie mir verwehrt – und: Was ist aus der Freude im Laufe des Lebens geworden: Ist sie weniger geworden, ist sie mehr geworden?

In der Regel werden beim Erstellen einer Freuden-Biografie ganz andere Aspekte der Persönlichkeit beleuchtet als in einer normalen Anamnesenerhebung, dennoch werden wichtige Veränderungen im Leben durchaus sichtbar, ja in ihrer emotionalen Bedeutung sogar greifbarer, als wenn wir eine übliche Anamnese vor uns haben. Das Erleben von Freude macht die Menschen selbstsicherer, und auf der Basis des guten Selbstwertgefühls können auch leidvolle Erfahrungen besser zugelassen und verarbeitet werden.

Beim Rekonstruieren einer Freuden-Biografie sind die Freuden der Kindheit Ausgangspunkt und Quelle. Da Kinder die Freuden nicht oder nur wenig kontrollieren, sind diese auch in der Erinnerung prägnanter und zugänglicher als die Freuden im späteren Leben, wo sie natürlich auch durch entsprechende Hinweise gesucht und gefunden werden können. Auch weiß man, dass Kinder um das

6. Lebensjahr herum ein relativ stabiles Gedächtnissystem haben, Geschichten aus ihrem Leben erzählen und diese auch später erinnern können. (Markowitsch & Welzer 2005, S. 229 ff.)

Natürlich gehen wir nicht davon aus, dass die jeweils vorgestellten Erfahrungen akkurat denen in der Kindheit entsprechen. Es ist auch hier damit zu rechnen, dass die kreativ-konstruktive Funktion des Gedächtnisses wirkt, und dass durch die entsprechende Aufforderung speziell freudige Erinnerungen gefunden werden. Sind sie einmal geweckt, wecken sie leicht weitere – noch freudigere – denn die Stimmung, in der wir erinnern, färbt die Erinnerung ein. Sie können die Sehnsucht wecken, ähnliche Erfahrungen auch im späteren Leben wieder zu machen.

10.3 Rekonstruktion der Freuden-Biografie

10.3.1 Vorgehen

Man stellt sich vor, wie man als Vorschulkind oder zu Beginn der Schulzeit etwa ausgesehen hat. Dabei kann man sich in die Haut des Kindes hineinversetzen, sich also mit dem Kind, das man einmal gewesen ist, identifizieren, oder sich selber auf einem Foto oder einem Video betrachten. Diese Vorstellungen werden dann besonders lebendig, wenn wir alle Kanäle der Wahrnehmung nützen.

Nun stellt man sich als Kind in einem bewegten oder in einem ruhigen Spiel vor, das damals große Freude ausgelöst hat. Diese Imagination, die sich leicht einstellt, besonders, wenn man sich auf Körperbewegungen konzentriert, ist der Ausgangspunkt für die Freudenbiografie. (Kast 1991, S. 55 ff.) Durch die Imagination kann man sich in die Situation, die man erinnert, hineinversetzen, verbunden mit der Emotion, die damals erlebt wurde. Möglicherweise attribuieren wir aktuell diese Emotion, weil es uns passend erscheint – aber so oder so: Wir kommen mit diesen speziellen Freuden wieder in Kontakt.

Die Imagination kann weiter angeregt werden durch Erzählungen von Eltern, Geschwistern usw.; auch Fotos können weitere Erinnerungen wecken, Kinderbücher, die man besonders geliebt hat, alte

Spielsachen, Zeichnungen, Träume usw. Damit können weitere Freudensituationen angesprochen werden, die dann wiederum imaginativ vertieft werden können, sodass die Freude wieder emotional erlebbar wird.

Die Rekonstruktion der Freuden-Biografie hat die Funktion, uns an unserer Lebensfreude, die schon einmal erlebbar war, zu erinnern, uns erneut an ihr zu erfreuen. Es geht um eine »Selbstansteckung« mit Freude. Außerdem wird deutlich, was aus der Emotion der Freude im Laufe der Zeit geworden ist. Zudem wirft die Freuden-Biografie ganz neue Lichter auf unsere Biografie.

10.3.2 Selbstversuch

Beispiel

Anleitung zur Erinnerung

Erinnern Sie bewegte Spiele, Spiele, in denen die Bewegung eine wichtige Rolle gespielt hat, die Sie als Kind besonders geliebt haben? War da Freude? Wenn Sie sich nicht gern bewegt haben, oder sich nicht bewegen konnten, versuchen Sie, sich an ein ruhiges Spiel zu erinnern, das Sie hingebungsvoll spielen konnten. Versetzen Sie sich nun in die Rolle des Kindes. Sie können in die Haut des Kindes schlüpfen, Sie können die Spielsituation auch als Video betrachten. Welche Bilder sehen Sie? Wie haben Sie Ihre Freude ausgedrückt? Waren Sie allein oder gab es andere Kinder? Gab es Menschen, denen Sie Ihre Freude gezeigt haben? Wenn keine Menschen da waren, was haben Sie dann mit Ihrer Freude gemacht? Wenn Sie in der Haut des Kindes gesteckt haben, dann schlüpfen Sie wieder in Ihre erwachsene Haut, wenn Sie ein Video gesehen haben, schalten Sie es aus.

An die Phase der Imagination schließt eine selbst-reflexive Phase an, in der überlegt wird, ob es eine Beziehung von der imaginierten Erfahrung von Freude zu Freuden in der aktuellen Lebenssituation gibt. Gibt es diese Freuden noch, allenfalls in verwandelter Form? Gibt es eine Beziehung zu der Art heute, Freude zu erleben, sie auszudrücken oder sie gerade nicht auszudrücken?

Besonders wirksam wird jeweils das Erlebnis der wieder erinnerten und dadurch auch aktuell erlebten Freude, wenn die Imagination jemandem erzählt werden kann. Diese Imaginationen können gut in einer Gruppe geübt werden. Werden sie untereinander ausgetauscht, werden weitere freudige

Spielsituationen erinnert, durch das erzählen verfestigen sich sowohl die Bilder als auch die damit verbundenen Emotionen.

Dieses Beispiel für Freuden der Kindheit, gewonnen aus einer Imagination und einer anschließenden Narration zur Freuden-Biografie kann als

Beispiel

Eine 68-jährige Frau stellt sich eine grundlegende Freude ihrer Kindheit vor.

»Ich bin 5 Jahre alt, ein lebhaftes, sehr neugieriges Kind, bestürme meinen Onkel Otto, »den Herrn Dorfschullehrer« im solothurnischen, ländlichen Zuchwil, wo ich in den Ferien bin, dass er mich in die Schule mitnehmen solle. Meinem stürmischen Temperament kann er nicht widerstehen und so hüpfte ich mehr als gehend, freudig und stolz an der Hand meines Onkels in die Schule, wo er unterrichtete.

Naturkunde nannte man das Fach damals, das meine allererste Schulstunde zum unauslöschbaren, freudvollen Erlebnis werden liess. Mucksmäuschenstill, »fast einem Wunder gleich bei meinem Temperament« lauschte ich gebannt, was mein Onkel über Vögel erzählte.

Ich vermag noch heute das gezeichnete, farbige Bild, kein Foto, einer Ente vor mir zu sehen, die der »Herr Lehrer« der Schulklasse zeigte. Noch aufregender und freudvoller war dann für mich, dass auf einem langen Holztisch eine Unmenge, so kam es mir damals jedenfalls vor, Farbstifte lagen. Die damals ca. 9-jährigen Schulkinder und sogar auch ich, durften Farbstifte auswählen, dazu ein großes weißes Blatt und sollten nun einen Vogel malen. Meine gemalte Ente glich allerdings eher einem Dinosaurier als einem Entenvogel, (Kommentar meines Onkels in späteren Jahren) dafür aber besaß sie das ganze Zeichenblatt ausfüllend, eine Unmenge Federn in allen Farben. Ich erinnere mich noch genau daran, dass mein Vogel der Farbenprächtigste von allen gemalten Vögeln war und ich von den anderen Kindern bewundert wurde. Das war für mich eine Riesenfreude und auch ein tolles Stolzgefühl. Ich durfte noch viele weitere Male mit meinem Onkel in die Schule gehen. Fasziniert und begeistert hörte ich vor allem den spannenden Ausführungen über Tiere

und Pflanzen zu, und während die Schulkinder Rechen- und Schreibunterricht hatten, durfte ich malen. Wenn dann in der Pause einige der Kinder zu mir kamen und meine »Malkünste« bewunderten, platze ich fast vor Stolz und Hochgefühlen.

Ganz toll für mich war dann auch, dass ich meinen »Schulkameraden« erklären konnte, was meine stets bunten Bilder überhaupt darstellen **sollten**, und sie meine in allen Farben gemalte, nicht-**grüne** Wiese, schön fanden.

Das waren die tollsten, freudvollsten Ferien, an die ich mich als Kind zurückbesinnen kann. Von da an wurden für mich nicht nur das Zeichnen und Malen eine freudvolle Passion, sondern auch das Interesse an Naturwissenschaft.

Die Freude am Malen hat mich bis zum heutigen Tag nicht verlassen, ich male heute noch leidenschaftlich gerne, das Malen ist für mich eine unerschöpfliche Quelle der Freude und auch Entspannung, die mich gut und lebendig fühlen lässt, besonders dann, wenn mir ein Bild als gelungen erscheint.

Zur Freude am Selber-Malen, kam nun auch bald die Freude dazu, Gemälde von »echten« berühmten Künstlern in Museen zu bestaunen. Nun nicht mehr an der Hand meines Onkels, sondern 21-jährig an der Hand meines damaligen Freundes, der Grafiker und Modedesigner war, besuchten wir leidenschaftlich gern Museen, in denen ich mich, umgeben von herrlichsten Gemälden, wie in einem wunderschönen Zuhause fühlte und so wurde die Kunst zu einer neuen Quelle der Freude, die mich bis heute begleitet.

Ich bin überzeugt, dass mir in ein paar Jahren, als dann vielleicht tattrige Greisin, der Besuch von Kunstaustellungen immer noch ein freudeerfülltes Leuchten in mein Herz zaubern wird und mich dadurch vielleicht sogar für Stunden oder gar Tage das »Tattrige« vergessen lässt.«

exemplarisch gesehen werden. Man kann sich mit Leichtigkeit in die Freude dieses 5-jährigen Mädchens einfühlen, das in die Schule gehen darf, an der Hand des Lehrers, der auch noch der Onkel ist. In die Schule gehen wie die Großen, und der Vergleich und die Akzeptanz mit den Großen spielt denn auch in der Folge eine wichtige Rolle. Groß zu sein ist ja wohl die größte Sehnsucht, die man als Kind hat. Immer sehnt man sich danach, älter zu sein, größer zu sein, und stellt sich vor, wie wunderbar dann das Leben sein wird. Bei diesem Schulbesuch wird dieser Wunsch für einen Nachmittag fast erfüllt. Vorfriede und Freude vermischen sich hier bei einem Mädchen mit einem lebendigen Temperament, das die Freude auch auszudrücken versteht. Etwas erzählt bekommen – ein Geschenk – und nicht etwa eine Kindergeschichte! Und dann weitere »Geschenke«: Farbstifte! Die Freude mag die Anzahl der Stifte etwas vermehrt haben – aber so kam es dem Kind vor: Die Freude zeigte sich auch in der Unmenge der Federn, die in allen Farben gemalt wurden. Können, Stolz, Freude über das Können, und über die Anerkennung der älteren Schüler verbinden sich. Es ist typisch, dass sich dann Erinnerungen an weitere Schulbesuche anschließen. Beginnt man mit einer Freuden-Biografie, dann werden weitere Erinnerungen an freudige Situationen geweckt. Es ist allerdings auch möglich, dass plötzlich schmerzliche Erfahrungen auch erinnert werden. Gerade weil man die Freuden zugelassen hat, ist das Selbstwertgefühl stärker, ausbalancierter, und so können auch schwierige Erfahrungen leichter zugelassen werden.

In den Freuden der Kindheit sind oft die Ressourcen des späteren Lebens zu finden. Das wird besonders bei diesem Erfahrungsbericht deutlich: immer noch ist es eine Quelle der Freude und der Entspannung. Zur Freude am Malen kommt auch die Freude an den Gemälden: Die persönliche Ressource steht in Resonanz zu einer kulturellen Ressource – und ist auch mit der Hoffnung verbunden, eine Ressource für das höhere Alter zu sein, eine Freude, die auch im Alter erlebbar ist.

Ein 72-jähriger Mann beklagt sich darüber, dass ihn nichts anspricht, dass ihm alles gleichgültig sei, dass er sich langweile. Er hat eine Theorie, die besagt, dass im höheren Alter die Lebens-

freude nicht mehr vorhanden sei, mit Ausnahme der Schadenfreude, die er bei sich, vor allem aber bei anderen Menschen, wahrzunehmen glaube. Ich schlug eine Imagination zu den Freuden der Kindheit vor. Es gelang ihm mühelos – er war offenbar ein zur Freude begabtes Kind. Zu vielen Spielen, in denen die Bewegung eine Rolle spielte, fiel ihm immer wieder eine Tätigkeit ein, die ihn fasziniert hatte.

Beispiel

»Ich habe aus Hölzern und aus vielem Zeug, das ich überall aufgelesen habe, sehr zum Ärger meines Vaters, der sehr ordentlich war, Häuser gebaut, große, kleine, Ställe, Hütten. Ich kann mich noch sehen, wie ich sehr sorgfältig alles geklebt, es verschönert habe, verändert, bis es mir sehr gelungen erschien. Das war keine helle Freude, aber eine große Zufriedenheit. Ich konnte meine Bauten bei den Großeltern deponieren, die hatten viel Raum. Der Großvater war sehr interessiert an dem, was ich gebaut hatte, machte manchmal auch noch Verbesserungsvorschläge. Das war schön: der Großvater und ich, auf dem Estrich – und wir betrachteten gemeinsam, was wir gebaut hatten. Da war ich stolz – und zufrieden. Ja zufrieden.

Ich habe dieses Werken ganz vergessen. Vielleicht gibt es diese Häuser noch. Vielleicht hat sie auch jemand weggeworfen. Aber sonderbar, dass ich das so ganz und gar vergessen habe. Ich hatte wohl keine Zeit mehr, andere Interessen, der Großvater starb.«

Er wunderte sich immer wieder darüber, dass eine so befriedigende Tätigkeit einfach »abgebrochen« war in seinem Leben. Sein Beruf hatte nichts mit Konstruieren zu tun, im Haushalt war er zwar geschickt, aber eigentlich auch nicht besonders daran interessiert, etwas zu bauen. Er hatte diese seine Leidenschaft vergessen. Er versetzte sich in der Imagination immer wieder in diese Kindheitssituation zurück. Dann meinte er, das sei zu intellektuell, das Werken sich immer nur im Kopf vorzustellen – und er »baute« konkret wieder eines seiner »Häuser«. Dann packte es ihn, und er stellte nicht

mehr Häuser, sondern Kunstgegenstände – meist aus Abfall – her, was ihm eine große Befriedigung gab. Ganz besonders freute es ihn, wenn Kollegen, von denen er glaubte, sie würden seine Spielerei, wie er seine Tätigkeit selber nannte, verachten, von ihm ein Werk als Geschenk erbat.

In den Freuden der Kindheit stecken oft die Freuden, die im späteren Alter in etwas umgewandelter Form wieder zu großer Befriedigung führen können und Freude auslösen können. Dabei scheint es recht oft so zu sein, dass Betätigungen, die Freude ausgelöst haben, zunächst einmal vergessen werden.

10.4 Freuden aus der Freuden-Biografie

So ganz und gar vertieft

Immer wieder wird in den Freuden-Biografien davon gesprochen, wie verblüffend es ist, dass man in der Imagination das so ganz und gar Vertieftsein in ein Spiel wieder erleben kann. Dieses Vertieftsein, nicht gestört sein von Kummer, Sorgen und Pflichten, scheint es denn auch zu sein, was die Freude in der Kindheit ausmacht und sie auch so speziell macht. Was von Csikszentmihalyi (1987, S. 61 ff) als »Flow« beschrieben wird, scheint im hingebungsvollen Spiel der Kinder einfach vorhanden zu sein. Sie leben ganz im Augenblick, gehen ganz in ihrer Tätigkeit auf. Sie sind mit ihrer Beschäftigung eins. Diese Zustände, die einem auch als Erwachsenen attraktiv erscheinen, kann man sich ins Bewusstsein zurückholen, indem man die Freuden der frühen Kindheit wieder erinnert.

Alles, was es auf dieser Welt gibt, kann Freude auslösen. Dennoch gibt es benennbare Freuden aus der Kindheit, die häufiger vorkommen. Es gibt Freuden, die bei der Rekonstruktion der Freuden-Biografie häufig benannt werden. Folgende Beispiele, die ich zur Anregung anfüge, illustrieren dies:

Die Freude an der Bewegung

Die Freude an der Bewegung ist eine der immer wieder genannten Freude der Kindheit. Dabei geht es um Bewegungen, die etwas riskant sind, wie etwa sehr hoch schaukeln oder aber einem alles abverlangen.

»Wir sind herumgerannt, bis wir einfach umfielen. Und das war toll.«

Auch die Spiele mit Ball werden in der Freuden-Biografie oft erinnert.

»Ich hatte oft keine Spielkameradinnen, ich wohnte auf dem Berg. Dann nahm ich den Ball – und der war eigentlich wie ein anderer Mensch. Natürlich versuchte ich, mit ihm so zu spielen, dass er mir gehorchte, aber das tat er nie ganz. Es gibt ein Bild von mir, da spiele ich mit strahlendem Gesicht mit dem Ball. Offenbar habe ich nicht gemerkt, dass ich fotografiert worden bin.«

Viele Freuden, wie auch die Freude an der Bewegung, hängen mit der Erfahrung von Eigenwirksamkeit zusammen, mit der Freude am eigenen Körper, auch damit, dass man etwas neu gelernt hat, es kann, es anwenden kann, es vielleicht auch den Freunden zeigen kann.

Beim Skifahren: »Plötzlich konnte ich mit geschlossenen Beinen fahren wie mein älterer Bruder. Das war ein unglaubliches Gefühl. Ich habe es sofort meinem Freund auch beigebracht. Als er es auch konnte, haben wir uns sehr gefreut. Dann haben wir es dem Großvater gezeigt, und der freute sich auch mit uns.«

Kann die Freude mit anderen Menschen geteilt werden, wird sie verstärkt.

Die Freude am Schlamm

Zur Freude an der Bewegung gehört die Freude an Materialien, mit denen man so schön schmieren kann, die Freude an Schlamm, an Sand, an Wasser.

»Eigentlich waren wir schon zu groß, aber uns packte eine kindliche Freude, als wir uns am See mit Schlamm, mit so warmen, gärenden, etwas stinkenden Schlamm gegenseitig bewarfen, uns damit »einkremten«, immer so zwischen Lachen und Ekel – wir erzählen uns das immer noch, 40 Jahre später!«

Die Berührung, die Erfahrung der Welt über den Tastsinn, löst große Freude aus. Diese Freuden sind meistens noch verbunden mit Konstruktionen und mit dem Spiel mit dem Wasser.

Heimliche Freuden

Viele der Freuden der Kindheit sind »heimliche Freuden«. Nicht etwa, dass diese Freuden verboten gewesen wären, was natürlich auch gelegentlich zutraf, sondern der besondere Reiz lag gerade darin, dass niemand davon wusste. Die Freude spielte sich in einem Raum ab, der nur für das Kind zugänglich war, und deshalb auch ein besonderes Gefühl der Identität vermittelte, eine erste Autonomie erlebbar machen ließ.

»Wir – Nachbarkinder und ich – wir hatten uns eine Hütte im Wald gebaut. Niemand durfte wissen, dass es sie gab, und wo sie war. Natürlich haben wir immer wieder Gegenstände aus dem Haus dafür »entliehen«, und wenn wir darauf angesprochen wurden, haben wir herumgedrückt. Als diese Hütte eingerichtet war, haben wir Geschichten erfunden, in denen diese Hütte der Mittelpunkt war. Das war schon eine Freude. Die größte Freude, vielleicht auch eher Stolz, war es, dass über eine lange Zeit niemand von dieser Hütte wusste – so dachten wir es uns damals zumindest. Heute, als Erwachsener, kann ich mir das nicht mehr so richtig vorstellen. Wahrscheinlich waren unsere Eltern einfach diskret, haben mitgespielt. Wir kamen uns so groß vor, so erwachsen, wir übernahmen Verantwortung für die Hütte: Im Winter konnten wir sie nicht brauchen, wenn es aber viel geschneit hatte, sind wir hingegangen um sie eventuell zu verstärken.«

»Noch, heute habe ich eine Vorliebe für Nischen des Lebens, die mich mit Freude erfüllen und von denen ich nicht will, dass andere sie kennen. Das sind nicht etwa »schlimme Dinge«, die ich verbergen müsste, ich will es bloß für mich ganz allein haben und mich ganz allein, oder mit ausgewählten Menschen, darüber freuen. Mich freut es ganz besonders, wenn ich mir ein paar Stunden frei genommen habe, und niemand davon weiß.«

Finden und erfinden

Diese Freude erinnert an die vielen Freuden, die das Finden und Erfinden auslösen. Dabei geht es nicht nur um Kenntnisse, sondern auch um irgendwelche Gegenstände, von denen man über-

zeugt war, dass sie sehr nützliche Dienste leisten können, wobei die Eltern durchaus nicht der gleichen Ansicht sein mussten. Es geht auch um Geschichten, die man erfunden hat – manchmal auch mit anderen zusammen, um ein Video, das man gedreht hat. Auch dass man herausgefunden hat, wie denn eine Musikanlage zusammen gebaut werden musste, kann eine freudige Erinnerung auslösen, andere freuen sich darüber, dass sie es endlich geschafft haben, eine Klippe in einem Musikstück zu bewältigen.

Das Finden und Erfinden hat zum einen wirklich viel zu tun mit dem Glückhaften, etwas gefunden zu haben, was einen berührt. Oft aber geht es um kreative Prozesse, bei denen man immer wieder eine Lösung findet. Diese Freuden scheinen am ehesten nicht vergessen zu werden, sie scheinen ins Erwachsenenleben mitgenommen zu werden. Dann freut man sich an der Kompetenz, aber auch daran, dass es immer wieder glückhafte Zustände gibt, wo einem ganz unverdientermaßen etwas zufällt.

Etwas bekommen – etwas schenken

Etwas geschenkt bekommen – möglichst unerwartet – löste ebenfalls viel Freude aus. Ebenso, und manchmal sogar noch mehr, das eigene Schenken.

»Ich weiß gar nicht, was mir mehr Freude gemacht hat, das Geschenke Bekommen oder das Schenken. Natürlich habe ich oft etwas geschenkt bekommen. Und darüber habe ich mich auch immer sehr gefreut. Aber in besonders freudiger Erinnerung habe ich den Tag, als ich einen neuen Zirkel geschenkt bekommen habe. Der war wunderschön – und ich kam mir gross vor. Diese Erfahrung ist untrennbar verbunden damit, dass ich meinen alten Zirkel meinem kleinen Bruder geschenkt habe – und der freute sich ungemein. Noch heute erinnert er sich daran, und ich auch. Ich glaube, diese Erfahrung war noch wichtiger für mich. Dazu kam, dass ich mich überwunden hatte. Ich war ein wenig geizig als Kind – eigentlich hätte es zu mir gepasst, dass ich auch noch den alten Zirkel für mich behalten hätte. Wahrscheinlich machte mich die Freude großzügig – und dann gefiel es mir, großzügig zu sein.«

Auch Menschen, die plötzlich wieder auftauchen, können wie ein Geschenk große Freude auslösen.

»Mein Vater war lange im Spital. Plötzlich fuhr ein Auto vor – er stieg aus. Ich wusste vor lauter Freude nicht, wie ich mich benehmen sollte. Ich schlug einen Purzelbaum – das war meine Begrüßung. Ich habe mich unendlich gefreut.«

Freude am Auslösen von Freude bei anderen

Die Freude, die man selber bei anderen Menschen ausgelöst aus, nimmt einen großen Platz in den Freuden der Kindheit ein. Das mag damit zusammenhängen, dass unsere ersten vertrauten Beziehungen über das Lächeln hergestellt werden. Es geht bei dieser Freude an der Freude, die man selber ausgelöst hat, nicht nur um das Gefühl des Anerkanntseins, sondern auch darum, dass man sich als gebender, gönnender Mensch erlebt, und dass man Nähe herstellen kann.

»Ich habe meiner Großmutter geholfen. Sie hat sich sehr gefreut. Ich wurde dann noch hilfsbereiter. Sie strahlte, ich wahrscheinlich auch. Das war ein sehr gutes Gefühl. Wenn ich mich da hineinversetze, dann spüre ich noch heute, wie mich das vitalisiert hat! Ich freue mich sehr, wenn ich andere Menschen so richtig zum Strahlen bringe, aber das ist gar nicht so einfach.«

Schadenfreude

Die Schadenfreude gehört durchaus auch zu den Freuden der Kindheit.

»Wir haben einen Geldbeutel an einer Nylon-schnur befestigt, auf den Boden gelegt. Die Erwachsenen, auch die größeren Schüler, die vorbeigekommen sind, haben sich gebückt, manche freuten sich schon richtig, und wir – natürlich versteckt hinter einem Busch – haben an der Schnur gezogen. Die meisten waren wütend, oder erschrocken. Das hat uns großen Spaß gemacht. Irgendwie fühlten wir uns überlegen. Größere Schüler sagten uns dann, es sei gemein. Wir fanden das eigentlich nicht. Höchstens bei alten Menschen, die sich

nicht so gut bücken konnten. Da hatten wir dann die Freude am Spiel verloren.«

Bei der Schadenfreude geht es um Dominieren, darum, sich in einer Situation überlegen zu fühlen, in der man eigentlich noch unterlegen ist. Zu diesem Thema gehört auch das »Hineinlegen«, das Über-tölpeln, was nicht unbedingt mit Schadenfreude verknüpft sein muss.

»'Wo ist meine Brille?' fragt der Vater. Der 5-Jährige: »Sie war auf dem Tisch«. Der Vater geht zum Tisch. Die Brille ist nicht dort. Der Sohn gluckst: Ich habe doch gesagt, sie war auf dem Tisch, jetzt ist sie auf dem Fenster-sims.' Das Kind lacht unbändig und freut sich. Es hat den Vater ausgetrickst. Wenn der Vater mitlachen kann, dann ist die Freude noch größer, wenn nicht, wird diese Freude wohl bald verdorben sein.«

Witziger zu sein als die Großen, die den Witz doch gepachtet haben, auch zumindest für einen Moment klüger, intelligenter zu sein, löst Freude aus. Kinder, die immer wieder dieses Muster angewandt haben, erinnern sich in der Freuden-Biografie an diese Situationen.

Vorfreude

Die Vorfreude ist eine spezielle Form der Freude, verbunden mit Neugier, ist sie die Freude, die am meisten Erregung in sich hat. Dazu gehören Vorfreude auf ein Fest, auf eine Schulreise, auf die Ferien, auf den Wiederbeginn der Schule. Die Art, wie die Beziehungspersonen mit der Vorfreude umgegangen sind, färbt den Umgang der Kinder mit ihr. Da gibt es Familien, die sich damit sehr schwer tun, Vorfreude zuzulassen, denn man könnte doch enttäuscht werden, was vermieden werden muss. Andere schwelgen mit den Kindern in Vorfreude, malen sich so richtig aus, wie ein Fest etwa sein könnte, treffen Vorbereitungen, damit das Fest auch ihren Vorstellungen entspricht, und vermitteln so den Kindern, dass die Vorfreude einen eigenen Raum hat, dass man sie pflegen kann, und dass die Vorfreude einem von niemandem weggenommen werden kann, auch wenn das Ereignis, worauf man sich gefreut hat, nicht den Erwartungen entsprechen sollte. Die Vorfreude lebt

von der Imagination, die mit eigenen bestehenden Erinnerungen verglichen wird. Probleme, die auftauchen könnten, werden bereits mitbedacht. Zielvorstellung ist es, ein ganz und gar gelungenes Fest, einen gelungenen Anlass zu ermöglichen. Die Imaginationen der Vorfreude können auch in der Freuden-Biografie sehr elaboriert sein. Allerdings sind sie auch oft dadurch gekennzeichnet, dass jemand viele Befürchtungen äußert, das Anstehende nur als mögliche Enttäuschung sieht, sodass die Vorfreude gar nicht richtig aufkommen kann.

»Ich habe mich auf ein Schulfest gefreut. Ich hüpfte im Haus herum, sprach ohne Punkt und Komma, was es alles Schönes geben werde: Kuchen, Eis, Cola, Marzipan – vor allem Marzipan. Ich ließ mich länger darüber aus, welche Formen von Marzipan, ich steigerte mich geradezu in einen Marzipanrausch hinein. Dann wusste ich auch, dass es Wettbewerbe geben würde, und ich würde bestimmt einen Hauptpreis bekommen, vielleicht sogar einen richtigen Elefanten. Da wurde es meinem Vater zu bunt und er schrie mich an, ich solle aufhören, ich sei ein unrealistisches Kind, das führe zu nichts Gutem ... ich war dann sehr enttäuscht über den Vater, dass der sich nicht freuen konnte mit mir. Ich ging dann zu den Nachbarn – dort waren andere Kinder, wir sprachen weiter über das Fest. Ich war aber ruhiger.«

Das Kind, das sich in einen »Marzipanrausch« hineinsteigerte, drückte damit aus, dass die Vorstellung dieses Festes sich mit Bildern des Schlafaffenlandes trafen; es ging um eine wunderbare, erregende Freude, verbunden mit einer Imagination der größten Befriedigungen. Es ging dem Kind gar nicht um die Frage, ob das Fest dann der Vorfreude entsprechen würde, das ist erwachsenes Denken. Darum aber ging es dem Vater. Er hatte Angst um sein »unrealistisches« Kind, und verdarb ihm die Vorfreude – zumindest vorübergehend. Viele Kinder verinnerlichen dann nach und nach die Bedenken dieser Erwachsenen, die suggeriert haben, dass es riskant sei, Vorfreude zu haben, weil man enttäuscht werden könnte. Aber das nimmt nicht die Vorfreude weg, in der auch imaginativ zum Ausdruck kommt, was man wirklich brauchen würde, um eine große Freude zu erleben.

Erleben Menschen die Vorfreude in der Rekonstruktion der Freuden-Biografie, dann wird der Unterschied zum aktuellen Vorfreudeverhalten besonders deutlich. Der eine oder andere fragt sich, wo diese Vorfreude denn geblieben ist, wo auch dieses Vertrauen in eine gute Zukunft hingekommen ist.

Verdorbene Freude

Nicht nur die Vorfreude kann einem verdorben werden, die Freude ganz generell kann gedämpft oder verleidet werden. Auch das gehört zu den Freuden der Kindheit.

Das beginnt damit, dass im unpassendsten Moment – vom Kind aus gesehen – zum Essen gerufen wird, man ins Bett gehen muss, das Zimmer aufräumen sollte. Aber auch allzu wohlmeinende Eltern, die den Kindern immer noch ein zusätzliches Spielangebot machen, obwohl sie gerade in eine Tätigkeit vertieft sind, verderben die Freude, die doch zu einem großen Teil daraus resultiert, dass man sich in etwas versenken kann, bis es natürlicherweise zu einem Ende kommt.

Es gibt auch Erwachsene, die die Freude der Kinder nicht aushalten können, sie sind neidisch, sagen den Kindern auch schon voraus, dass sie sich eines Tages nicht mehr so hemmungslos freuen können werden – und sie bereiten sie schon darauf vor. Wird man dafür getadelt, dass man sich freut, wird einem die Freude vergiftet, es sei denn, man ist gegen das Gift bereits immun. So wie einem selber die Freude verdorben worden ist, so verdirbt man in der Folge sich selber wie auch anderen Menschen die Freude.

10.5 Sich einfach anstecken mit den Freuden der Kindheit

Die Quellen der Freude sind unendlich zahlreich. Wir beachten sie oft nur nicht. Das Leben könnte viel befriedigender sein, würden wir uns auf die Freuden beziehen, würden wir uns eher mit Freude anstecken als mit Missmut. Das gelingt durch die Reaktivierung der Freuden der Kindheit. Die Rekonstruktion der Freuden-Biografie, die natürlich nicht bei den Kinderfreuden aufhört, bringt den Kontakt zu sich selbst als **freudigen** Menschen.

In der Erinnerung wird die Freude wieder belebt, und damit werden Situationen wieder lebendig, in denen man mit sich und mit der Welt einverstanden war. Damals war man bereit, sich zu öffnen, mit anderen zu teilen, man hat erlebt, dass Leben einem auch etwas geben kann, das über das Erwartete hinausgeht. Wir fühlen uns ganz, im Modus des Verbundenseins mit anderen Menschen, in einem Welterleben, das uns das Leben in seiner unerwarteten Fülle zeigt. Wir werden dadurch außerdem auf die aktuellen Erfahrungen von Freude sensibilisiert.

Literatur

- Csikszentmihalyi M. (1987). *Das Flow-Erlebnis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kast V. (1991). *Freude, Inspiration, Hoffnung*. Olten: Walter.
- Kotre J. (1996). *Weißer Handschuhe. Wie das Gedächtnis Lebensgeschichte schreibt*. München: Hanser.
- Krause R. (2001). Affektpsychologische Überlegungen zur menschlichen Destruktivität. *Sonderheft Psyche, Zur Psychoanalyse menschlicher Destruktivität*, 9/10, 934-960.
- Markowitsch H.J. & Welzer H. (2005.) *Das autobiographische Gedächtnis. Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Körperliches Wohlbefinden durch Selbstregulation verbessern

Renate Frank

- 11.1 Körperliches Wohlbefinden als Therapieziel – 142
- 11.2 Was sind die wesentlichen Merkmale körperlichen Wohlbefindens? – 143
- 11.3 Sieben Dimensionen des körperlichen Wohlbefindens – 143
- 11.4 Unter welchen Lebensbedingungen stellt sich Wohlbefinden ein? – 144
- 11.5 Programm zur Selbstregulation körperlichen Wohlbefindens (SR-KW) – 145
 - 11.5.1 Indikation von körperbezogener Wohlbefindensregulation – 145
 - 11.5.2 Neun Schritte zur Selbstregulation körperlichen Wohlbefindens – 145
- 11.6 Effekte einer Beeinflussung des körperlichen Wohlbefindens – 151
- Literatur – 153

11.1 Körperliches Wohlbefinden als Therapieziel

Körperliches Wohlbefinden wird von Patienten überwiegend als Negation formuliert: Patienten mit chronischen Schmerzen möchten wieder schmerzfrei sein, Patienten mit einer Burn-Out-Symptomatik möchten sich nicht mehr erschöpft und ausgelaugt fühlen, Patienten mit Panikstörungen erhoffen sich, dass das unangenehme Herzrasen nicht mehr auftritt, Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen wünschen sich, dass ihr Körper wieder problemlos funktioniert und Patienten mit depressiven Störungen möchten z. B. nicht mehr antriebslos und apathisch sein. Können diese Menschen davon ausgehen, dass automatisch körperliches Wohlbefinden resultiert, wenn ihre körperlichen Missempfindungen beseitigt sind?

Zumeist wird dies nicht der Fall sein. Ganz sicher aber dann nicht, wenn ein gestörtes Verhältnis zum eigenen Körper vorliegt, wie dies z. B. bei Essstörungen (vgl. Vocks & Legenbauer, 2005), bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen (vgl. Joraschky et al., 2006) oder bei körperdysmorphen Störungen (vgl. Stangier, 2002) der Fall ist. Diese Patienten zeigen aufgrund von perzeptiven, affektiven und Verhaltensauffälligkeiten eine starke körperbezogene Vermeidung und ausgeprägte Störungen des Körperbildes (vgl. Bohus & Brokuslaus, 2006; Thompson et al., 2004). Körperliches Wohlbefinden muss hier auch ein wesentliches Ziel der Therapie sein.

Körperliche Störungen und körperliches Wohlbefinden werden im Folgenden als distinkte Aspekte betrachtet. Dies bedeutet, dass die Beseitigung körperlicher Symptome noch kein körperliches Wohlbefinden garantiert. Vielmehr stellt die Verbesserung körperlichen Wohlbefindens eine eigenständige therapeutische Aufgabe dar. Damit wird die Vorstellung aufgegeben, dass Wohlbefinden als bipolares Kontinuum mit spiegelbaren Polen des Missbefindens einerseits und Wohlbefindens andererseits zu verstehen ist. Inzwischen gibt es erste empirische Belege mit neuroendokrinen und kardiovaskulären Biomarkern, die für die Unabhängigkeit von Missbefinden und Wohlbefinden sprechen (Ryff et al., 2006). Immer dann, wenn Patienten auch eine Verbesserung ihres körperlichen Wohlbefindens durch ihre Psy-

chotherapie anstreben, müssen folglich spezifische Interventionen zum Aufbau körperlichen Wohlbefindens als Therapiekomponenten berücksichtigt werden.

Im Folgenden wenden wir uns vier Fragen zu:

1. Was sind die wesentlichen Merkmale körperlichen Wohlbefindens?
2. Welche unterschiedlichen Qualitäten körperlichen Wohlbefindens gibt es?
3. Unter welchen Lebensbedingungen stellt sich körperliches Wohlbefinden ein?
4. Wie kann körperliches Wohlbefinden erhalten oder wiedererlangt werden?

Ausgehend von der 4. Frage werde ich ein verhaltenstherapeutisches Selbstregulations-Programm (SR-KW) vorstellen, das ich auf der Basis von empirischen Befunden zum körperlichen Wohlbefinden entwickelt habe. Bei diesem Selbstregulationsansatz geht es um eine aufmerksame Beachtung des körperlichen Befindens. Der gewählte Zugang unterscheidet sich von körpertherapeutischen Methoden, die den Körper mit einbeziehen, um dadurch eine Empfindens- und Erlebensdimension zu aktivieren, die über einen rein sprachlichen Therapiezugang nicht verfügbar ist (vgl. z. B. Gendlin, 1997; Marlock & Weiss, 2006; Rimmel et al., 2006; Sulz, Schrenker & Schrick, 2005).

Während körpertherapeutische Ansätze den Körper als Medium nutzen, um Gefühle besser klären und regulieren zu können, interessiert der Körper beim SR-KW-Ansatz unmittelbar als hedonistischer Erfahrungsraum. Angestrebt wird eine Körperwahrnehmung mit zentraler Beachtung angenehmer Körperempfindungen. Zumeist sind bei Psychotherapie-Patienten Vorstellungen von unangenehmen Körperempfindungen deutlich präsent und leicht abrufbar; dagegen werden angenehme oft missachtet oder sind schwer zugänglich. Es ist folglich ein erklärtes Ziel des hier vorgestellten Selbstregulations-Programms, für *positive* Empfindungen zu sensibilisieren, diese bewusst als angenehme Zustände zu registrieren und als positive mentale Bilder zu speichern, um sie künftig als erwünschte Zielzustände abrufen zu können. Mithilfe spezifischer therapeutischer Strategien (z. B. Meditation, hoffnungsvolle Gedanken oder Interventionen zum Aufbau von Lust, Genuss und

körperlichem Wohlbefinden) können dabei auch störende Körpersignale ignoriert werden, z. B. solche, die Schmerzen übermitteln (zu »somatic marker« vgl. Damasio, 2005). Über das Experimentieren mit unterschiedlichen Alltagssituationen, die dem Körper z. B. Vitalität zuführen, Ruhe vermitteln oder Genuss bieten, sollen schließlich körperbezogene Regulationsfertigkeiten aufgebaut werden, die eine wohltuende Regulierung und Rhythmisierung von An- und Entspannung ermöglichen. Ein abschließender Abschnitt befasst sich mit der Frage, welche Effekte sich bei einer gezielten Beeinflussung des körperlichen Wohlbefindens feststellen lassen.

11.2 Was sind die wesentlichen Merkmale körperlichen Wohlbefindens?

Mit folgender Definition möchte ich verdeutlichen, was ich unter körperlichem Wohlbefinden verstehe:

Definition

Körperliches Wohlbefinden ist ein **subjektives** Phänomen. Es geht dabei um Sinnesreize (sehen, hören, tasten/spüren, riechen, schmecken) und interozeptive Reize (Empfindungen innerhalb des eigenen Leibes wie z. B. Körpertemperatur, viszerale und genitale Empfindungen, Gleichgewicht), welche körperliche Empfindungen hervorrufen, die im gesamten Körper oder in Teilen des Körpers spürbar sind und in **positiver** Weise wahrgenommen und bewertet werden. Sie gehen mit einem zumeist bewussten, als lebendig, lust- bzw. genussvoll erlebten Bezug zum eigenen Körper einher und werden als Zustand des Wohlbefindens empfunden. Körperliches Wohlbefinden kann demgegenüber aber auch als ein Zustand erlebt werden, bei dem der eigene Körper in der Wahrnehmung gänzlich zurücktritt und als vollkommene Selbstverständlichkeit empfunden wird, so dass eine uneingeschränkte Zuwendung des Bewusstseins auf die Umwelt möglich wird. Wichtig ist schließlich, dass körperliches Wohlbefinden nicht gleichzusetzen ist mit körperlicher Gesundheit oder Fitness und sich nicht auf das Erleben von körperlicher Funktionstüchtigkeit oder Leistungsfähigkeit beschränkt.

Körperliches Wohlbefinden setzt grundsätzlich eine Bereitschaft zu Positiv-Erfahrungen voraus sowie die Fähigkeit, wohlbefindensförderliche Bedingungen nutzen zu können (Wechselwirkungsmodell von Dispositions- und Situationsfaktoren, vgl. Grom, 1987). Zu berücksichtigen ist zudem die Wechselwirkung zwischen biologischen Regulationsmechanismen, Befinden und Verhalten (z. B. Porges, 2006; Tewes & Schedlowski, 1994; vgl. a. ▶ Kap. 21).

Körperliches Wohlbefinden wird als eine zentrale Dimension von Gesundheit betrachtet (vgl. Mayring, 2003; Schmidt, 1998), stimmt aber mit objektiven Gesundheitskriterien (z. B. körperliche Funktionsprüfungen, Arzturteil) teils nur mäßig überein. Denn auch körperlich kranke Menschen können sich partiell oder trotz körperlicher Symptomatik subjektiv wohlfühlen, sofern die Intensität und das Ausmaß ihrer Beschwerden nicht vollends bewusstseinsbestimmend sind. Und niemand wird daran zweifeln, dass auch Körperbehinderte, die teilweise nur über ein Minimum an körperlicher Funktionsfähigkeit verfügen, höchste Freude und Genuss bei den ihnen noch möglichen körperlichen Bewegungen empfinden können. Körperliche Gesundheit ist zwar eine elementare Bedingung für uneingeschränktes Erleben von körperlicher Funktions- und Leistungsfähigkeit, bietet allein aber keine Garantie dafür, dass auch tatsächlich körperliches Wohlbefinden erlebt wird. Fehlt die Bereitschaft zur Wahrnehmung von angenehmen Empfindungen oder wurden im Verlauf des Lebens keine Fähigkeiten zu genussvollen, beglückenden oder vitalisierenden Körpererfahrungen gefördert, dann bleibt das menschliche Erleben eingeschränkt. Lebenswichtige Grundbedürfnisse werden nicht ausreichend befriedigt und wichtige psycho-soziale und gesundheitliche Schutzfaktoren können nicht entwickelt werden (z. B. Taylor, 1990; Mittag, 1998).

11.3 Sieben Dimensionen des körperlichen Wohlbefindens

Da die meisten Fragebögen zum körperlichen Befinden lediglich Beschwerden erfassen und positive, körperliche Befindensaspekte allenfalls global

oder ausschnittshaft abbilden, erschien es uns angebracht, auf der Basis empirischer Studien zum Wohlbefinden einen Fragebogen zur Erfassung des aktuellen körperlichen Wohlbefindens (FAW) zu entwickeln, der ausschließlich positive Aspekte des körperlichen Befindens berücksichtigt (vgl. Frank, Vaitl & Walter, 1990).

Eine faktorenanalytische Überprüfung der Struktur des aktuellen körperlichen Wohlbefindens ergab sieben Faktoren, die sich in einer Replikationsstudie gut bestätigen ließen. Mit ihnen kann körperliches Befinden differenziert beschrieben werden. ■ Tab. 11.1 gibt einen Überblick über die Teilbereiche körperlichen Wohlbefindens (und damit zugleich die Skalen des FAW sowie die jeweils höchstladenden Items).

Der FAW erfasst aktuelles körperliches Wohlbefinden zuverlässig und valide (vgl. Frank 1991, 2003). Subjektiv gesunde und gesundheitsbeeinträchtigte Personen (erfasst mit der Frage: Beeinträchtigt Sie Ihr momentaner Gesundheitszustand dabei, Dinge zu tun, die Sie gerne tun würden?) unterscheiden sich bedeutsam in ihrem körperlichen Wohlbefinden. Bis auf nachlassende Anspannung, die von subjektiv Gesundheitsbeeinträchtigten in stärkerem Maße erlebt wird, und Genussfreude,

die von Gesundheitsbeeinträchtigung nicht tangiert wird, sind alle anderen Skalen des FAW bei subjektiv Gesunden stärker ausgeprägt (vgl. Frank, Vaitl & Walter, 1995).

Der FAW stellt einen geeigneten Parameter der Lebensqualität dar, wie Studien mit Hypertonikern (Vaitl, Frank & Walter, 1991), Herztransplantierten (Giesel, 1996), Lungenkrebs-Patienten (Vaitl et al., 1995) und Rückenschmerz-Patienten (Walter, Vaitl & Frank, 1997; Walter, 2000) zeigen konnten.

11.4 Unter welchen Lebensbedingungen stellt sich Wohlbefinden ein?

»Was tun Sie, um sich etwas zu gönnen, sich selbst zu verwöhnen, sich zu entspannen und körperlich wohlzufühlen?« fragten wir 172 Personen im Alter von 16–87 Jahren. Anzugeben war, wie häufig 30 verschiedene wohlbefindenssteigernde Möglichkeiten genutzt wurden. Die anschließende faktorenanalytische Auswertung der Daten erbrachte neun Faktoren, die insgesamt 61% der Gesamtvarianz aufklärten (vgl. ■ Tab. 11.2).

Die Nutzung der einzelnen Wohlbefindensmöglichkeiten ist bis auf Entspannung/Rückzug, Frei-

■ Tab. 11.1. Struktur des körperlichen Wohlbefindens

Faktor / Skala (FAW)	Itembeispiele (Kurzfassung)
Zufriedenheit mit dem momentanen Körperzustand	■ mit körperlichem Zustand einverstanden ■ kann meinen Körperzustand genießen
Ruhe und Muße	■ genieße die beschauliche Ruhe um mich herum ■ spüre, dass körperliche Erholung einsetzt
Vitalität und Lebensfreude	■ spüre nachwirkende freudig Erregung ■ verspüre Tatendrang
nachlassende Anspannung, angenehme Müdigkeit	■ fühle mich angenehm schläfrig ■ bin rechtschaffen müde
Genussfreude / Lustempfinden	■ spüre, dass eine angenehme Berührung nachwirkt ■ habe mir Genüsse verschafft
Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit	■ kann mich gut konzentrieren ■ bin zu konzentrierten Bewegungen fähig
Gepflegtheit, Frische, angenehmes Körperempfinden	■ fühle mich sauber und frisch ■ fühle mich gepflegt

Fragebogen zum aktuellen körperlichen Wohlbefinden (FAW), Version mit 58 Items; s. ► Anhang A.

zeit/Familie und körperbezogene Maßnahmen altersabhängig. Frauen wählen Entspannung/Rückzug häufiger als Männer und verschaffen sich eher Wohlbefinden durch Konsumgenuss und körperbezogene Maßnahmen. Subjektiv gesundheitsbeeinträchtigte Personen beeinflussen ihr Wohlbefinden seltener durch Sport und nehmen auch seltener intellektuelle/kulturelle Anregungen wahr als subjektiv Gesunde, was mit körperlichen Einschränkungen zusammenhängen mag. Interessanterweise nutzen subjektiv Gesundheitsbeeinträchtigte aber auch seltener die für sie durchaus zugänglichen Möglichkeiten wie Baden oder Duschen, um ihr Wohlbefinden zu beeinflussen. Stattdessen tendieren sie zu Schonung und versuchen, ihr Befinden durch langes Ausschlafen zu verbessern. Insgesamt betrachtet nutzen sie eine schmalere Palette an Möglichkeiten zur Beeinflussung ihres Wohlbefindens als subjektiv Gesunde. Bisher wurde nicht geprüft, ob die Anzahl der Wohlfühlmöglichkeiten ein entscheidender Faktor ist oder ob es wesentlicher ist, über persönlich bedeutsame Einflussmöglichkeiten zu verfügen, auch wenn es nur wenige sind.

■ **Tab. 11.2.** Komponentenstruktur wohlbefindensförderlicher Bedingungen

Nr.	Bezeichnung des Faktors	% aufgeklärte Varianz
1	Partnerschaft	31
2	Anregung/Geselligkeit	13
3	Entspannung/Rückzug	11
4	Konsumgenuss	10
5	Freizeit/Familie	8
6	aktiver körperlicher Ausgleich	7
7	intellektuelle/kulturelle Aktivitäten	7
8	Fernsehen	7
9	körperbezogene Maßnahmen	6

N=172, 16-87 Jahre, 30 Item-Liste, erfasst wurde die Häufigkeit der Nutzung der einzelnen wohlbefindensförderlichen Bedingungen; varimax-rotierte Neun-Faktoren-Lösung; vgl. Frank, 1991

11.5 Programm zur Selbstregulation körperlichen Wohlbefindens (SR-KW)

11.5.1 Indikation von körperbezogener Wohlbefindensregulation

Wann wird eine Beeinflussung des körperlichen Befindens notwendig? Die Indikation zu einer körperbezogenen Wohlbefindensregulation ist gegeben:

- als Präventionsmaßnahme bei subklinischer Symptomatik
- bei Residualsymptomen des affektiven Missempfindens (z. B. bei affektiven Störungen, sozialen Phobien, Panikstörungen oder Zwängen) zur gezielten Fokussierung von positiven, körperbezogenen Erlebens- und Bewältigungsmöglichkeiten
- bei stressbedingten Erkrankungen als Hilfe zur raschen Rückregulation von Belastungsauswirkungen, zur Sensibilisierung für eigene körperliche Möglichkeiten und Grenzen und zum Aufbau stressgemilderter Lebensalternativen mit geeigneter Rhythmisierung von An- und Entspannung
- bei Störungen des Körperbildes und der Körperwahrnehmung (z. B. bei Essstörungen, körperdysmorphen Störungen, somatoformen Störungen)
- zur Verbesserung der Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen und zur Kompensation bei körperlichen Einschränkungen und Behinderungen
- im Rahmen der Gesundheitsförderung in der Rehabilitation
- zur Unterstützung der allgemeinen Behandlungs-Compliance
- als Maßnahme zur abschließenden Stabilisierung.

11.5.2 Neun Schritte zur Selbstregulation körperlichen Wohlbefindens

Achtsamkeit für den eigenen Körper hat bereits therapeutische Funktion. Sie ist der Ausgangspunkt für eine Selbstregulation des körperlichen Wohlbefindens, wie sie anhand des von mir entwickelten Programms (SR-KW) in neun Schritten aufgebaut

oder verbessert werden soll. Selbstbeobachtung, Alltagsplanung von Möglichkeiten zum Erleben körperlichen Wohlbefindens und gezielte Anleitungen zur Selbstverstärkung sind dabei maßgeblich. Ergänzend können spezifische körperbezogene Übungen hinzukommen (geeignete Anregungen dazu finden sich z. B. bei Görlitz, 2008, 2009; Klinkenberg, 2005).

Ein grundsätzliches Anliegen im SR-KW-Ansatz ist es, immer wieder ganz gezielt die **positive** Seite des körperlichen Befindens zu fokussieren und **genau** zu betrachten. Mit therapeutischer Hilfe wird dabei ein positives mentales Abbild körperlicher Empfindungen erarbeitet. Bei der Formulierung der Therapieziele ist darauf zu achten, dass Annäherungsziele, d. h. anstrengenswerte **positive** Körperzustände formuliert werden.

Schritt 1: Für *angenehme* körperliche Empfindungen sensibilisieren

Zunächst ist es nötig, Änderungsmotivation beim Patienten aufzubauen, die darauf abzielt, auch die positive Seite des körperlichen Befindens in den Blick nehmen zu wollen, also weg zu kommen von einer Ziel-Definition, die Wohlbefinden lediglich in einer Negation fasst (»... möchte diese unangenehmen Körperempfindungen nicht mehr haben«). Um für **verschiedene** Formen körperlichen Wohlbefindens zu sensibilisieren und eigene körperbezogene Ressourcen (wieder) zu entdecken, ist es hilfreich, Erinnerungen an bereits erlebtes positives Körpererleben zu wecken. Wesentlich ist dabei, dass das Interesse immer wieder auf im Ansatz spürbare **angenehme** Empfindungen gelenkt wird. Wichtig ist auch, dass das, was an angenehmen Körpererfahrungen berichtet wird, von therapeutischer Seite mit Interesse und durch empathisch-begeistertes Mitgehen vertieft wird (vgl. Bauer, 2005: Spiegelneurone).

Ist das Potenzial an angenehmen Körpererfahrungen sehr gering ausgeprägt, fällt es Menschen schwer, Bewegungs-, Entspannungs- und Genusssituationen sowie soziale Kontaktsituationen so zu imaginieren, dass spürbares Behagen entsteht. Oft lassen sich aber durch Fragen zu Lieblingsspielen in der Kindheit Erinnerungen wecken, die zumindest Spuren von positiven körperlichen Empfindungen wachrufen.

Auch die Visualisierung von Orten, die in der Kindheit Rückzugsmöglichkeiten geboten haben, kann positive Körpererinnerung hervorrufen. Dass dies auch dann möglich ist, wenn eine eher belastete Kindheit erlebt wurde, zeigt das folgende Beispiel. Hier erinnert eine an Multipler Sklerose erkrankte 35-jährige Patientin, deren Kindheit durch ständigen Streit der Eltern mit körperlicher Gewalt gegen sie und ihre Geschwister geprägt war, im Rahmen der Erhebung ihrer »Wohlbefindens-Biografie« eine Situation, die für sie mit (körperlichem) Wohlbefinden verbunden war.

Beispiel

»Ja, immer wenn es ganz schlimm wurde, bin ich in den Garten gelaufen und habe mich auf einen Stein unter dem Rhododendronbusch gesetzt. Da fand ich Schutz, kam zur Ruhe, fühlte mich sicher, konnte wieder Luft holen und fühlte mich körperlich wohl.«

Was ist unter »Wohlbefindens-Biografie« zu verstehen? Ermittelt wird dabei, welche Ereignisse in Kindheit, Jugend und im späteren Leben mit positivem Erleben und angenehmen körperlichen Empfindungen verbunden waren (s. a. Freude-Biografie, ► Kap. 10). Erinnerungen an Lieblingsspielzeug, Kindergeburtstage, Weihnachten, Ausflüge, Urlaub etc. bieten sich als stimulierende Stichworte an. (»Was hat Ihnen Freude gemacht? Was war dabei für Sie das Schönste? Welche angenehmen **körperlichen** Empfindungen klingen bei diesen Erinnerungen noch an? Können Sie diese näher beschreiben?») Jeder spürbare Anknüpfungspunkt an positive Körpererfahrungen kann dann als Motivator für eine Weiterbeschäftigung mit dem aktuellen Körpererleben genutzt und später auch immer wieder aufgegriffen werden (zu Wohlbefinden von Kindern vgl. Brodbeck et al., 1998).

Als Hausaufgabe wird vereinbart, sich immer wieder zu fragen: **Wie fühle ich mich jetzt gerade körperlich? Gibt es dabei auch irgendetwas, was angenehm ist? Was ist es, was ich als angenehm empfinde?** Gezielter kann dies erfolgen, indem Patienten gebeten werden, eine Zeit lang täglich am

Nachmittag oder Abend den FAW (s. ► Anhang A) auszufüllen, der das körperliche Wohlbefinden differenziert abfragt.

Schritt 2: Art und Ausmaß des gegenwärtigen körperlichen Wohlbefindens ermitteln

Bei der gemeinsamen Besprechung der Hausaufgabe (nach Auswertung des Fragebogens; mit grafischer Darstellung der Ergebnisse über die einzelnen Tage der Woche hinweg) können Ressourcen und Defizite systematisch für die sieben Wohlbefindensaspekte beleuchtet werden. Welche Aktivitäten und Lebensbedingungen rufen **derzeit** Wohlbefinden hervor? Gibt es bedeutsame Schwankungen im Laufe einer Woche? Wovon hängen sie ab?

Zunächst kann noch nicht damit gerechnet werden, dass Menschen, die sich eher aus einem negativen Blickwinkel mit ihrem Körper beschäftigen, in hinreichender Weise auf angenehmes Empfinden achten. Wird aber der therapeutische Fokus weiterhin auf die Wahrnehmung von angenehmen körperlichen Zuständen gerichtet, dann gelingt dies

zunehmend besser. Grundsätzlich sollten dabei alle sieben Wohlbefindensaspekte erfragt werden:

- Womit bin ich – trotz der gegebenen Symptomatik – (**körperlich**) **zufrieden**? In welchen Momenten empfinde ich meinen Körperzustand als gut oder angenehm?
- Wann und wie erlebe ich körperliche Kraft? Was bedeutet für mich **Vitalität**?
- Was spüre ich, wenn ich **ruhig und gelassen** bin? Wann ist das der Fall?
- Wie erziele ich den **Übergang von Anspannung zu Entspannung**? Woran merke ich, dass ich mich zunehmend beruhige bzw. entspanne?
- Was bedeutet für mich **Genuss**? Wobei empfinde ich **Lust**?
- Gelingt mir eine gute **Körperkoordination**, kann ich die Balance halten, finde ich einen stabilen Stand (z. B. beim Sport, beim Tanzen)? Wie spüre ich dabei meinen Körper?
- Wie fühle ich mich beim Duschen, nach einem warmen Bad, in der Sauna, nach dem Eincremen meines Körpers etc.? Wann fühle ich mich **gepflegt und frisch**?

Beispiel

Eine 55-jährige Patientin kommt mit einer Panikstörung, die seit ihrer Jugend immer wieder auftrat, und somatoformen Störungsanteilen. Sie wurde bereits mehrfach psychotherapeutisch behandelt. Fast täglich plagen sie körperliche Missempfindungen, immer wieder treten massive Panikanfälle auf, die durch einen Herzklappenfehler mitbedingt sind. Trotz ihrer Beeinträchtigungen übt sie einen anspruchsvollen Beruf kontinuierlich aus, jedoch gelingt ihr dies in ihren Augen nicht »wirklich gut«. Sie klagt über angstbedingte Lebenseinschränkungen und reduzierte Lebensfreude. Sozial ist sie gut eingebettet, hat wohlgeratene, erwachsene Kinder, die eine gute Beziehung zu ihr pflegen und lebt in stabiler Partnerschaft mit finanzieller Sicherheit. Hedonistisches Potenzial ist vorhanden, aber eingeschränkt. Sie hat sich im Laufe ihres Lebens zu regelmäßigem Joggen diszipliniert, das sie – möglichst täglich – mit Freude ausübt. Sie fühlt sich danach fit. Auf die Frage: **Was ist es, was Sie dann**

spüren? In welchen Partien Ihres Körpers spüren Sie diese angenehmen Empfindungen? beschreibt sie ein diffus-angenehmes Körpergefühl. Es ist nur von kurzer Dauer, denn sehr bald verlagert sie den Fokus ihrer Aufmerksamkeit wieder auf unangenehme Körperempfindungen. Der erwünschte Zielzustand des körperlichen Wohlfühlens hat eindeutigen Anreiz für sie und ist so attraktiv, dass sie ihn tatsächlich anstrebt (vgl. »Mögen« und »Wollen« ► Kap. 22). Er wird durch das Joggen auch erreicht, aber in seinem funktionalen Wert als Selbstregulationsmöglichkeit nicht ausreichend wertgeschätzt. Und er kann auch nicht durch mentalen Abruf als angenehme Körperempfindung wiedergewonnen werden. Zudem sagt sich die Patientin auch nicht: »Ja, ich kann mich körperlich zeitweilig **auch** sehr wohlfühlen« oder »Ja, ich kann meinen Körper positiv beeinflussen«. Dieses Selbstverständnis, diese neue Standardsetzung und diese Form der Selbstverstärkung werden jedoch im Laufe der weiteren Behandlung angestrebt.

Patienten können lernen, unterschiedliche Facetten körperlichen Wohlbefindens zu beachten. Sie können zudem durch die stete Aufmerksamkeitslenkung auf **positive** Körperempfindungen lernen, sich akzeptierend zuzugestehen, dass es auch in Zeiten mit störenden Symptomen Momente gibt, in denen sie sich punktuell wohlfühlen. Schließlich können sie lernen, eine bessere Balance zwischen Störendem und Angenehem und eine raschere Rückregulation von körperlich Unangenehem zu Angenehem zu erreichen. Dies illustriert das Beispiel S. 147.

Die für diesen Schritt relevante Hausaufgabe besteht darin, **an jedem Tag jeweils auf einen der sieben Wohlbefindensaspekte gezielt zu achten und festzustellen, ob die betreffende Körperempfindung im Laufe des jeweiligen Tages bewusst hervorgerufen werden kann**. Die Patienten werden gebeten, ihre Beobachtungen dazu zu protokollieren.

Schritt 3: Bilanzieren und Erarbeitung eines körperbezogenen Therapieziels

Vielleicht berichten die Patienten, dass es nicht gelungen sei, positive Empfindungen zu verspüren. Von therapeutischer Seite wird **dennoch** der Blick immer wieder auf das Angenehme gelenkt, um auch das nur ansatzweise vorhandene positive körperliche Erleben zu erkennen (und »anzuerkennen«). Primäres Ziel der Hausaufgabe ist darüber hinaus zunächst auch nur, aus den Beobachtungen im konkreten Lebensalltag ableiten zu können, welche angenehmen Körperempfindungen selbst leicht in Gang gebracht werden können und welche störenden Körperempfindungen in letzter Zeit auftraten. Es kann zudem alltagstauglich ermittelt werden, welches angenehme Körperempfinden für Patienten besondere Relevanz besitzt (Vitalität? Ruhe? Nachlassende Anspannung? Genuss?). Im Anschluss daran wird ausgehend von den aufgetretenen Körpersymptomen ein Therapieziel abgeleitet, das **positiv** formuliert werden muss. Zumeist fällt dies schwer und muss gemeinsam erarbeitet werden. Das folgende Beispiel verdeutlicht, dass dies aber auch ohne größere Schwierigkeiten gelingen kann.

Beispiel

Eine attraktive 43-jährige Patientin, verheiratet, zwei Kinder, kommt wegen stressbedingter beruflicher Belastungen, Schlafstörungen und einer leichten depressiven Verstimmung zur Therapie. Sie möchte sich stabilisieren und wieder lebensfroher werden. Lerngeschichtlich ist von Bedeutung, dass sie vor 16 Jahren an Brustkrebs erkrankte und beide Brüste verloren hat. Sie erhielt Implantate, die nun dringend entfernt müssen, da sie sich auflösen. Durch die bevorstehende Brustoperation werden alte Ängste wieder aktiviert und sie erlebt ihren Körper, den sie bis dahin wieder uneingeschränkt akzeptieren konnte, neuerlich als Quelle großer Angst. Es fällt dieser Patientin jedoch nicht schwer, ein klares positives Therapieziel bezüglich ihres erwünschten körperlichen Befindens zu formulieren: »Ich möchte nach der Operation möglichst schnell wieder körperliche Vitalität verspüren und mich ungestört bewegen, auch wenn ich vielleicht keine neuen Implantate mehr erhalten kann, weil die verbliebene Haut nicht ausreicht«.

Ermittelt wird, ob es in hinreichendem Maße Zeiten gibt, in denen positive körperliche Empfindungen erlebt werden. Ist das der Fall, dann lässt sich bereits durch eine bewusste Rhythmisierung von Zeiten der An- und Entspannung eine Besserung erzielen. Zu klären ist zudem, ob symptomfreie Zeiten von Patienten als »stabilisierende Kraft« wahrgenommen werden. Ist ihnen diese Erfahrung in Zeiten, in denen sie unter ihren Symptomen leiden, im Sinne einer Wohlfühl-Fähigkeit mental zugänglich? Wenn nicht, muss dies trainiert werden.

Am Ende sollte eine Bilanzierung kenntlich machen, welche Form des körperlichen Wohlbefindens Patienten anstreben, ob bereits basale Erfahrungen dazu vorliegen und welche Ansatzpunkte einen raschen Erfolg bezüglich des Erlebens von körperlichen Wohlbefinden vermuten lassen.

Schritt 4: Gegenwärtig verfügbare Quellen für körperliches Wohlbefinden besser erkennen

Bis zum nächsten Schritt wird wiederum täglich der FAW ausgefüllt, wobei nun das Augenmerk darauf gerichtet werden soll, wodurch das mehr

oder weniger intensiv erlebte Wohlbefinden ausgelöst wird. In der Therapie wird dann gemeinsam ermittelt, was die maßgeblichen Quellen des eigenen Wohlbefindens sind und vereinbart, dass diese möglichst häufig genutzt werden sollen. Ein Beispiel verdeutlicht, dass diese Auseinandersetzung mit dem Verfügbaren gerade bei den Menschen besonders wichtig ist, die körperliche Einschränkungen kompensieren müssen.

Beispiel

Die 36-jährige Studentin kommt mit Konzentrations- und Schlafstörungen zur Therapie. Es fällt ihr sehr schwer, ihr Studium zu absolvieren. Sie klagt über ausgeprägte Zukunftssorgen und große Erschöpfung. Lerngeschichtlich ist ein Unfall von Bedeutung, der 10 Jahre zurück liegt, in dessen Folge sie einige Wochen im Koma gelegen hat und durch zahlreiche Rehabilitationsmaßnahmen nahezu alle Körperfunktionen wieder neu erlernen musste. Auch heute noch leidet sie unter körperlichen Einschränkungen, die sie bisher nur schwer akzeptieren konnte. Durch Verhalten mit zwanghaft anmutendem Charakter versucht sie, diese zu kompensieren, was immer wieder zu Überforderung führt. Neben anderen therapeutischen Maßnahmen werden auch Formen der regenerativen Stressbewältigung vermittelt, bei denen das körperliche Wohlbefinden im Mittelpunkt steht. Klassische Entspannungstechniken lehnt die Patientin jedoch ab. Aber sie lässt sich nach der Erhebung der Biografie ihres Wohlbefindens dazu motivieren, – in stärkerem Maße als bisher – regelmäßig Aktivitäten zur Erholung in ihren Alltag einzuplanen, die sie als körperlich wohlthuend erlebt: den Fischen im Aquarium zuschauen, wieder im Chor singen, malen. Dies sind Aktivitäten, die ihre Muskelspannung reduzieren und ihren Kopf frei machen. Das Singen wird als belebend erlebt. Ihre Stimmung verbessert sich und ihre Vitalität nimmt durch die neue Rhythmisierung von An- und Entspannung zu. Durch die Wiederaufnahme des Singens im Chor treten zudem positive Selbstwertanteile in ihr Blickfeld, die ihr durch den Unfall und seine Folgen entglitten waren.

Schritt 5: Barrieren erkennen, die das eigene Wohlbefinden behindern

Bei der Befragung zur Nutzung vorhandener Quellen des eigenen Wohlbefindens können auch **behindernde** Faktoren deutlich werden. Das folgende Beispiel eines 57-jährigen Mannes mit hypochondrischen Ängsten, der sich gerade große Sorgen machte, er könne Lungenkrebs haben, verdeutlicht dies:

Beispiel

»Ich war ganz euphorisch. Der Arzt hat mich angerufen und mir mitgeteilt, dass alles in Ordnung ist. Ich habe mir dann sofort vorgenommen, dass ich die nächsten Tage ganz bewusst genießen will. Ich bin mit meiner Frau nach Dresden gereist. Eine wundervolle Stadt! Wir waren in der Semperoper, eigentlich war alles wunderbar, aber ich habe gemerkt, ich habe Schwierigkeiten mit dem Genießen. Ich konnte mich gar nicht richtig auf die Oper konzentrieren. Bei jedem Husten hinter mir kam mir sofort in den Sinn: Du wirst Dich anstecken! Ich saß völlig verspannt da und war schließlich froh, als die Oper zu Ende war. So gern hätte ich das Ganze locker, entspannt und ganz konzentriert genießen wollen. Alles war dahin, ich kann einfach nichts entspannt genießen«. Der Patient stellt fest, dass er »gar nichts genießen« kann. Hier wird es erforderlich, ungünstige Erziehungsstile (Genussverbot, aber auch überhöhte Ansprüche; einseitige Festlegung auf Pflichterfüllung, Gehorsam, Disziplin, Unterdrückung von Gefühlen) mit in Betracht zu ziehen und dysfunktionale Denkweisen zu korrigieren. Konnte der Patient wirklich »gar nichts« genießen? Eine nähere Betrachtung mit Fokussierung des Positiven (nach Verständigung auf die vereinbarte Regel, doch immer auch nach den positiven Empfindungen zu suchen und seien sie noch so punktuell) ergibt, dass der Patient mit großem Genuss und körperlich entspannt einen Gottesdienst in der Frauenkirche erlebt hat (»akustischer Genuss, fühlte mich innerlich warm und lebendig«).



Der Patient kommt zu dem Schluss, dass er durchaus fähig ist, zu genießen und lernen will, ungestörten Momenten mehr Beachtung zu schenken. Wir einigen uns darauf, dass er sich auch in den sorgenvollsten Momenten bewusst fragen will: »Hast du dich heute auch mal – und sei es nur kurz – wohl gefühlt? Wie war dieses Körpergefühl? Wie war es genau?«

Schritt 6: Wege und Mittel suchen, mit denen das eigene körperliche Wohlbefinden gezielt verbessert werden kann

Eine direkte Beeinflussung des eigenen körperlichen Befindens kann auf verschiedene Weise angestrebt werden. Ziel dabei ist, mit dem eigenen Körper pfleglich umzugehen und ihm Gutes zu tun:

- durch sensorische Erfahrungen (vgl. dazu ► Kap. 12)
- durch erfolgreiches Handeln (z. B. Erleben von Vitalität, von nachlassender Anspannung, von Ruhe, von Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit)
- durch soziale Zuwendung (vgl. dazu ► Kap. 16, ► Kap. 17, vgl. auch Reschke & Schröder, 2000)
- durch Phantasietätigkeit/Tagträumen/imaginatives Wiedererinnern angenehmer körperlicher Empfindungen
- durch bewusste Wahrnehmung von glücklichen Umständen, die die gerade vorliegenden körperlichen Bedürfnisse in idealer Weise erfüllen.

Diese Möglichkeiten werden mit den Patienten besprochen. Ihre Umsetzung im eigenen Alltag wird gezielt geplant. Zudem werden **Kriterien** erarbeitet, anhand derer überprüft werden kann, ob der intendierte Wohlbefindenseffekt eingetreten ist.

Schritt 7: Experimentieren: Wohlbefinden auf verschiedene Weise auslösen und die körperliche Wirkung spüren

Die therapeutische Interventionen zielen nun darauf ab, den eigenen Anspruch zu senken und mutig und mit Bereitschaft zum Ausprobieren von Neuem solche Situationen aufzusuchen oder solche Aktivitäten auszuüben, die für den jeweiligen Patienten

realisierbar sind und Wohlbefinden versprechen (s. hierzu auch Arbeitsblatt »Angenehme körperbezogene Tätigkeiten«, Vocks & Legenbauer, 2005 und »Mehr Bewegung in den Alltag bringen«, Kaluza, 2004). Die Aufmerksamkeit der Patienten wird dabei auf die erzielte Wirkung, insbesondere die **körperliche** gelenkt (freie Beobachtung; täglicher Einsatz des FAW).

Schritt 8: Routineprogramm entwerfen

Aus den Erkenntnissen, die beim Experimentieren gewonnen wurden, wird dann ein Programm entworfen, für das Raum für (körperliches) Wohlbefinden im eigenen Alltag geschaffen werden muss. Das bedeutet, dass bestimmte Zeiten (Tageszeiten, Wochentage) für das eigene Wohlbefinden reserviert werden, was vielleicht erstmals geschieht, wie das folgende Beispiel einer Patientin zeigt.

Beispiel

Die 48-jährige Patientin kommt nach einem Hörsturz und mit anschließendem komplexen chronischen Tinnitus sowie einer Burn-Out-Symptomatik zur Therapie. Es handelt sich um eine beruflich sehr erfolgreiche Person mit hoher Leistungsorientierung und großem Pflichtgefühl, die ihren Erfolg aber als etwas ansieht, das sich zwangsläufig ergeben hat. Lebensgeschichtlich ist von Bedeutung, dass sie aufgrund der Berufstätigkeit beider Eltern bereits früh für ihre vier jüngeren Geschwister verantwortlich war. In zum Teil wenig für sie durchschaubaren Konfliktsituationen fiel ihr stets die Aufgabe zu, für eine Lösung zu sorgen, die sie dann durch zupackendes Handeln erzielte. Unterstützung und Verständnis sowie Raum für eigene Bedürfnisse und Gefühle erlebte sie kaum.

Bei der Vereinbarung von Zeiten für eigenes Wohlbefinden wird die Regel aufgestellt, dass am Wochenende nicht gearbeitet wird. Die Pt. ist irritiert: »Am Wochenende wird nicht gearbeitet?« Sie ist fassungslos. Die Erläuterung, dass sie das Wochenende brauche, um ihren Haushalt zu organisieren – das sei schon Arbeit



genug – und im übrigen dazu, sich zu erholen, kann sie zwar nachvollziehen. Sie äußert aber Zweifel, dass sie sich an die Regel halten kann. »Ich kann mir überhaupt nicht vorstellen, nicht zu arbeiten. Was soll ich dann tun? **Wie** soll ich mich erholen? Ich weiß nicht, wie das geht ... ich kenne diesen Zustand überhaupt nicht. Wohlfühlen ... das ist für mich immer damit verbunden, dass ich meine anstehenden Aufgaben alle abgearbeitet habe. Dann lässt der Druck nach ... Das ist für mich **wohlfühlen**.« Die Patientin ist aber bereit, zu experimentieren. Im Laufe der nächsten Wochen hält sie sich an die Regel »Am Wochenende wird nicht gearbeitet« und entdeckt neue Lebensmöglichkeiten, die vor allem auch soziale Kontakte beinhalten. Nach Monaten berichtet sie, dass sie nun langsam wisse, was Erholung bedeute und nun auch den Zustand des Entspanntseins gut kenne. Diesen Zustand habe sie früher nie erlebt. Den habe sie erst durch die stetige Fokussierung auf positives körperliches Erleben in der Therapie und Anleitungen zur Entspannung kennengelernt.

Um sich dann auch tatsächlich an die vereinbarten Wohlbefindenszeiten zu erinnern, kann es hilfreich sein, einen »Stein des Anstoßes« als **Erinnerungshilfe** zu nutzen. Gemeint ist wirklich ein kleiner Kiesel-Stein (ein Handschmeichler, eine Kastanie ...), den die Patienten in ihrer Jackentasche spüren können oder in ihrem Arbeitszimmer oder an einem sonstigen Ort sichtbar platzieren. Als Regel wird vereinbart, dass immer dann, wenn sie in Kontakt mit diesem Stein des Anstoßes kommen, sich fragen sollen, ob sie schon für ihr körperliches Wohlbefinden gesorgt haben und die **nächste Möglichkeit nutzen** sollen, dies zu tun.

Schritt 9: Längerfristig die Selbstregulation des körperlichen Wohlbefindens sicherstellen

Um das eigene körperliche Wohlbefinden langfristig zu pflegen, müssen Patienten lernen, immer wieder zu überprüfen, wie sie sich körperlich fühlen und Bilanz zu ziehen, ob kein Aspekt des körperlichen Wohlbefindens zu kurz gekommen ist. Insgesamt geht

es bei einer optimalen Regulation des körperlichen Wohlbefindens darum, eine Balance zwischen den Polen der folgenden drei Dimensionen zu erzielen:

1. Herausforderungen annehmen vs. Vermeidung von Stress
2. Aktivierung/Erregungssteigerung vs. Entspannung/Erregungsminderung
3. Kompetition/wettbewerbsorientierter Sozialkontakt vs. Kooperation/Nutzung der unterstützenden Komponenten sozialer Kontakte.

Sinnvoll ist es, diese **Bilanzierung in Wochenabständen, mindestens aber einmal pro Monat** durchzuführen, voraussehbare Belastungen rechtzeitig zu erkennen und vorsorglich gesonderte Phasen der Entlastung einzuplanen, wenn Belastungen überhand nehmen.

11.6 Effekte einer Beeinflussung des körperlichen Wohlbefindens

Zur Selbstregulation körperlichen Wohlbefindens liegen bisher lediglich wirkungsbestätigende Berichte vor. Da die Beeinflussung des körperlichen Wohlbefindens zumeist nur eine Teilkomponente komplexerer Behandlungsmaßnahmen ist, lässt sich nicht eindeutig entscheiden, bei welchen Beschwerden Patienten von dieser Schwerpunktsetzung besonders profitieren (störungsspezifische Wirkung von Entspannung vgl. Vaitl & Petermann, 2009; Gesundheitsförderung vgl. Bengel & Herwig, 2003).

Im Folgenden werden spezifische Belege für die positive körperliche Wirkung von Entspannung, Sport und von sozialen Kontakten bzw. sozialer Verbundenheit berichtet. Zu Effekten von genussfördernden Interventionen s. ► Kap. 5 und 12; Auswirkungen von Ernährung, Schlaf und Sexualität beschreibt Demling (1986a+b).

Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation sowie eine hypnotherapeutische, muskunterlegte Stereotiefensuggestion bewirkten in nicht-klinischen Gruppen nachlassende Anspannung, Zunahme von Ruhe und Genussfreude, vermehrte Frische bzw. angenehmes Hautempfinden sowie größere Zufriedenheit mit dem Körperzustand (Bös, 1992; Krüger, 1991). Darüber hinaus zeigten sich verfahrensspezifische Effekte: Stereo-

tiefensuggestion rief in stärkerem Maße Vitalität bzw. Lebensfreude, Genussfreude sowie subjektive Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit hervor als Progressive Muskelrelaxation (vgl. Frank, 1991).

Martiny (1993) fand in einer Studie mit Freizeitsportlern, bei der Auswirkungen von Rudern vs. Effekte einer Ruder-Imagination überprüft wurden, dass sich die Teilnehmer nach dem Rudern deutlich reaktions- und konzentrationsfähiger fühlten, d. h. es war eine spezifisch positive Wirkung festzustellen. Dagegen fühlten sich die Teilnehmer nach der Imagination gepflegter, frischer und ruhiger; zudem waren sie mit ihrem momentanen Körperzustand zufriedener als nach dem realen Rudern. Demnach können sich erfahrene Sportler auch durch Imagination ihres Lieblingssports körperliches Wohlbefinden verschaffen, das aber von ganz anderer Art ist als das, was sie nach realer körperlicher Betätigung erleben (zu Sport und Bewegung vgl. auch Schlicht, 2003).

Dass körperliches Wohlbefinden durch soziale Kontakte positiv beeinflusst werden kann, zeigen Befunde, wonach die Zufriedenheit mit Kontakten zu Familie, Freunden und guten Bekannten mit körperlichem Wohlbefinden, gemessen mit dem FAW, positiv kovariiert (s. ■ Tab. 11.3). Är-

ger, Angst, Enttäuschung, Deprimiertheit und Geiztheit sind gering ausgeprägt, wenn körperliches Wohlbefinden erlebt wird. Positive Zusammenhänge bestehen zwischen Vitalität/Lebensfreude sowie Ruhe/Muße (FAW) und positiver Stimmung (vgl. Frank, 1991).

Bei der Beurteilung der Effekte wohlbefindensförderlicher Interventionen sind grundsätzlich Einflüsse von Alter und Geschlecht, habitueller Lebenszufriedenheit und Extraversion mit zu berücksichtigen, wie wir bei Einsatz des FAW feststellen konnten (s. ■ Tab. 11.3):

Leider werden Interventionen, die eine Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens anstreben, noch zu selten anhand von Parametern der Lebensqualität überprüft. Vocks et al. (2006) führten eine Körperbildtherapie bei Essgestörten durch, bei der auch gezielt positive Körperaspekte berücksichtigt und positive körperbezogene Aktivitäten angeleitet wurden. Die Behandlung erwies sich bezüglich der kognitiv-affektiven Körperbildkomponente als erfolgreich; dies bildete sich u.a. in einer Verminderung der körperlichen Unzufriedenheit und der ablehnenden Körperbewertung ab; ob damit zugleich auch das **Wohl**-Befinden anstieg, lässt sich nicht beantworten, da keine entsprechende Parameter

■ Tab. 11.3. Kovariierende Variablen des Körperlichen Wohlbefindens

Skala	Alter	Geschlecht	Lebens- zufriedenheit	Extraversion ¹	befriedigende soziale Kontakte
Zufriedenheit mit dem momentanen Körperzustand			+	+	+
Ruhe und Muße			+	+	+
Vitalität und Lebensfreude	+		+	+	+
Nachlassende Anspannung/ angenehme Müdigkeit					+ ²
Genussfreude/Lustempfinden	+		(+)	(+)	
Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit	+		(+)	+	+
Gepflegtheit, Frische, angenehmes Körperempfinden	+	F>M		(+)	+

+ signifikante positive Korr., F=Frauen, M=Männer; ¹ FPI-R von Fahrenberg et al. (1984); ² Häufigkeit der Kontakte (vgl. Frank, 1991; Frank, Walter & Vaitl; 1989)

erfasst wurden. In einem stationären Behandlungsprogramm für Alkoholiker war dies der Fall (Domma et al., 2001). Hier kam es zu Verbesserungen des körperlichen **Wohl**-Befindens (FAW), wobei sich auch beachtenswerte Zusammenhänge zu objektiven Gesundheitsindikatoren (Gamma-GT, korpuskuläres Erythrozyten-Volumen) ergaben. Ein Schulungsprogramm für Koronargefährdete, das aus intensiver Gesundheitsberatung und Entspannungstraining bestand, verbesserte ebenfalls das körperliche **Wohl**-Befinden (Scharfenstein & Basler, 1993), was bei einer Standardbehandlung nicht der Fall war. Dass das verspürte Wohlbefinden eine ideale motivationale Basis für eine eigenständige Fortführung gesundheitsbezogener Maßnahmen bietet, wird diskutiert.

Abschließend kann festgehalten werden, dass eine Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens mit gezielten Interventionen in spezifischer Weise erreicht werden kann, dass sich dies auch in objektiven Gesundheitsparametern niederschlägt und mit positivem psychischen Befinden verbunden ist.

Literatur

- Bauer (2005). *Warum ich fühle, was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Bengel, J. & Herwig, J.E. (2003). *Gesundheitsförderung in der Rehabilitation*. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung* (S. 707–724). Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. & Brokuslaus, I. (2006). Körpertherapie im Rahmen der Dialektisch-behavioralen Therapie für Borderline-Störungen. In A. Remmel, O. F. Kernberg, W. Vollmoeller & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen* (S. 272–284). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Bös, O. (1992). *Veränderungen des körperlichen Wohlbefindens durch Autogenes Training*. Unveröff. Diplomarbeit, Universität Gießen.
- Brodbeck, C., Buch, J. & Frank, R. (1998). Psychophysisches Wohlbefinden von Kindern. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Gesundheitsförderung- Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld* (S. 213–234). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Domma, J., Filsinger, I., Frank, R., Schneider, R. & Vaitl, D. (2001). Veränderungen des Wohlbefindens von Alkoholikern im Verlauf einer stationären Behandlung. In *Rehabilitation Suchtkranker-mehr als Psychotherapie!* (S. 363–378), Schriftenreihe des FVS, Band 24 Geesthacht: Neuland.
- Damasio A. R. (2005). *Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. Berlin: List.
- Demling, L. (1986a). Gute Laune (Teil I), *Fortschritte der Medizin*, 7, 64–65.
- Demling, L. (1986b). Gute Laune (Teil II), *Fortschritte der Medizin*, 8, 70–71.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1984). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, FPI*. Göttingen: Hogrefe.
- Frank, R. (1991). Körperliches Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik* (S. 71–95). Weinheim: Juventa.
- Frank, R. (2003). FAW- Fragebogen zur Erfassung des aktuellen körperlichen Wohlbefindens. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 116–121). Göttingen: Hogrefe.
- Frank, R., Vaitl, D. & Walter, B. (1990). Zur Diagnostik körperlichen Wohlbefindens. *Diagnostica*, 36, 33–37.
- Frank, R., Vaitl, D. & Walter, B. (1995). Verdirbt Krankheit den Genuss? In R. Lutz & N. Mark (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke?* (S. 95–112). Göttingen: Hogrefe.
- Frank, R., Walter, B. & Vaitl, D. (1989). Mehr Wohlbefinden und Genussfreude im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 4, 351–364.
- Gendlin, E. T. (1997). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: Pfeiffer.
- Giesel, S. (1996). *Körpererleben als Aspekt der Lebensqualität nach Herztransplantation*. Unveröff. Inauguraldissertation, FU Berlin.
- Görlitz, G. (2008). *Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Basisübungen* (5. durchges. Aufl.). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Görlitz, G. (2009). *Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Aufbauübungen* (4. aktualis. Aufl.). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Grom, B. (1987). Positiverfahrungen – Ein Forschungsgegenstand der Sozial- und Persönlichkeitspsychologie. In B. Grom, N. Brieskorn & G. Haefner (Hrsg.), *Glück – auf der Suche nach dem »guten Leben«* (S. 14–190). Frankfurt: Ullstein.
- Joraschky, P., v. Arnim, A. & Pöhlmann, K. (2006). Störungen des Körperselbst bei Patienten mit Borderline-Syndrom. In A. Remmel, O. F. Kernberg, W. Vollmoeller & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen* (S. 207–219). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Klinkenberg, N. (2005). Feldenkrais-Pädagogik und Körperverhaltenstherapie. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.
- Krüger, R. (1991). *Effekte des Autogenen Trainings auf das körperliche Wohlbefinden und auf Beschwerden*. Unveröff. Diplomarbeit, Universität Gießen.
- Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.). (2006). *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart, New York: Schattauer.

- Martiny, M. (1993). *Körperliches Wohlbefinden von Sportlern: Imagination einer Trainingssituation versus reales Rudertaining*. Unveröff. Diplomarbeit, Univ. Gießen.
- Mayring, P. (2003). Diagnostik gesundheitlicher Ressourcen und Risiken. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (S. 1–15). Göttingen: Hogrefe.
- Mittag, O. (1998). Gesundheitliche Schutzfaktoren. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Gesundheitsförderung: ein multidimensionales Tätigkeitsfeld* (S. 177–192). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Porges, S.W. (2006). Neuroception – Ein »unterbewusstes« System zur Wahrnehmung von Bedrohung und Sicherheit. In A. Remmel, O. F. Kernberg, W. Vollmoeller & B. Strauss (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen* (S. 64–72). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Remmel, A., Kernberg, O. F. Vollmoeller W. & Strauß B. (Hrsg.). (2006). *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Reschke, K. & Schröder, H. (2000). *Optimistisch den Stress meistern*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Ryff, C. D., Dienberg Love, G., Urry, H. L., Muller, D., Rosenkranz, M. A., Friedman, E. M., Davidson, R. J. & Singer B. (2006). Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 85–95.
- Scharfenstein, A. & Basler H.-D. (1993). »Gesundheit lernen – gesund leben«. Evaluation eines Schulungsprogramms für Koronargefährdete. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Bd. I, 3*, 197–218.
- Schlicht, W. (2003). Sport und Bewegung. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung* (S. 213–231). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, L. R. (1998). Zur Dimensionalität von Gesundheit (und Krankheit). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 6, 161–178.
- Stangier, U. (2002). *Hautkrankheiten und Körperdysmorphie Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sulz, S.K.D., Schrenker, L. & Schrick, C. (Hrsg.). (2005). *Die Körpertherapie entdeckt den KÖRPER – oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit ?* München: CIP-Medien.
- Taylor, S.E. (1990). *Health psychology: The science and the field*. *American Psychologist*, 45, 40–50.
- Tewes, U. & Schedlowski, M. (1994). Gesundheitspsychologie: Die psychobiologische Perspektive. In P. Schwenkmezger & L. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 9–28). Stuttgart: Enke.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (2004). *Exacting beauty. Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington DC: American Psychological Association.
- Vaitl, D., Frank, R. & Walter, B. (1991). Die medikamentöse Hypertoniebehandlung: Nebenwirkungen und Lebensqualität. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 16, 255–265.
- Vaitl, D., Walter, B., Frank, R., Henneking, K. & Schwemmler, K. (1995). Soziale Unterstützung und Lebensqualität von Lungenkrebs-Patienten. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 137 (19), 317–322.
- Vaitl, D. & Petermann, F. (2009). *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch* (4. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: PVU.
- Vocks, S. & Legenbauer, T. (2005). *Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm*. Göttingen: Hogrefe.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Troje, N. & Schulte, D. (2006). Körperbildtherapie bei Essgestörten. Beeinflussung der perceptiven, kognitiv-affektiven und behavioralen Körperbildkomponente. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 286–295.
- Walter, B. (2000). *Die Prognose des Therapieerfolgs bei lumbalem Rückenschmerz*. Regensburg: Roderer.
- Walter, B., Vaitl, D. & Frank, R. (1997). Pain behavior and quality of life in patients with Fibromyalgia Syndrome. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 56, 370.

Sinnliche Lebendigkeit erfahren – Wohlbefinden durch Sinnesgenüsse erleben

Eva Koppenhöfer

12.1	Einleitung und theoretischer Kontext	– 156
12.2	Fragen zur Indikation	– 156
12.3	Therapieprogramm	– 156
12.3.1	Übergeordnete Therapieziele	– 156
12.3.2	Praktisches Vorgehen	– 157
12.3.3	Genussregeln	– 158
12.3.4	Imaginationsübung	– 159
12.3.5	Ablauf des Programms	– 160
12.4	Auswirkung der Imaginationsübung auf das Wohlbefinden	– 161
12.5	Übergeordnete Wirkfaktoren des Behandlungsprogramms	– 162
12.6	Krankheitsbildbezogene Wirkfaktoren	– 164
12.7	Evaluation	– 166
	Literatur	– 167

12.1 Einleitung und theoretischer Kontext

Im Folgenden wird ein ressourcenorientiertes verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm vorgestellt, das – orientiert an den fünf Sinnen – Wohlbefinden und gesundes Verhalten fördert und erfahrbar macht: »Die Kleine Schule des Genießens«.

In der Regel wird das Therapieziel »Sich wohl und gesund fühlen« im Kontext von Krankheitsmodellen definiert: z. B. Krankheit und Gesundheit (und damit »Wohlfühlen«) sind zwei sich ausschließende Zustände (entweder krank oder gesund) oder sie sind als Pole auf einem Kontinuum zu verstehen (je weniger krank um so gesünder) oder aber sie stellen zwei unabhängige Koordinaten dar (sowohl krank als auch gesund). Orientiert an einem solchen Verständnis steht dann zu allererst die Beseitigung und/oder Modifikation der Pathologie und damit des belastenden und misslichen Erlebens im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen. Das gilt auch für die Verhaltenstherapie. Hier wird der Behandlungsansatz im Kontext einer Verhaltensanalyse erarbeitet und diese richtet sich in ihrem Kern am Problemverhalten, am Missempfinden aus, an dem, was geändert werden soll. Dies entspricht im Übrigen auch dem klassischen medizinischen Vorgehen. Andererseits kann es durchaus sinnvoll sein, auch eine Verhaltensanalyse für das gesunde Verhalten, für Wohlbefinden zu erstellen. Denn von seinem Ursprung her ist der funktionale Denkansatz nicht auf die Analyse von Pathologie eingeschränkt.

Da »Die Kleine Schule des Genießens« das Ziel verfolgt, Wohlfühlen auf direktem Wege anzuleiten, folgt sie dem zuletzt aufgezeigten verhaltenstherapeutischen Verständnis. Sie versucht dabei, für klare Stimulusbedingungen (z. B. spezifische Angebote von Materialien, die potenziell Wohlfühlen auslösen oder unterstützen können; die innerliche Aufforderung, die Aufmerksamkeit lediglich darauf auszurichten, sich einen Augenblick Zeit zu nehmen, etc.) zu sorgen und dem gesunden Erleben hinderliche, negativ sanktionierende Gegebenheiten (bestrafende Konsequenzen wie Genussverbote) aufzuheben. Das neue (gesunde) Wohlfühl-Verhalten wird dann durch entsprechende Einstellungsänderungen oder durch

ein sich selbst positiv verstärkendes angenehmes Erleben und Handeln langfristig stabilisiert.

12.2 Fragen zur Indikation

Die »Kleine Schule des Genießens« (Lutz & Koppenhöfer, 1983; Koppenhöfer & Lutz, 1985; Koppenhöfer, 2004) wurde ursprünglich für depressive Patienten (Koppenhöfer & Lutz, 1983; Koppenhöfer, 1998) entwickelt. Da sie das Ziel verfolgt, die Entwicklung gesunden Verhaltens unabhängig von der jeweiligen Erkrankung anzuregen, tritt die Frage nach der störungsspezifischen Indikation jedoch eher in den Hintergrund. Wird die Genussstherapie als Gruppenprogramm durchgeführt, können deshalb in der Gruppe Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern (Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Somatisierungsstörungen, Psychophysiologische Insomnia, somatoforme Schmerzstörungen, Borderline-Störungen) vertreten sein.

12.3 Therapieprogramm

Die »Kleine Schule des Genießens« ist als halbstandardisiertes Gruppenprogramm für eine geschlossene Gruppe mit etwa acht Teilnehmern konzipiert, das zehn ca. 90-minütige Sitzungen umfasst. Sie kann jedoch auch als »offene« Gruppe sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich angeboten werden. Einzelne Themenbereiche des Programms können aber auch ohne größere Schwierigkeiten in ein einzelnertherapeutisches Vorgehen integriert werden.

12.3.1 Übergeordnete Therapieziele

- Sensibilisierung der Sinnesmodalitäten: Der Zugang zu gesundem, positivem Erleben erfolgt über die fünf Sinne.
- Aufbau eines spezifischen Umgangs mit potenziell Genussvollem: Der Genussstherapeut erwartet nicht, dass das alleinige Vorgeben von potenziell genussvollen Materialien und Anregungen automatisch zu Wohlfühlerleben führt.

Er gibt deshalb entsprechende Anleitung in Form von sog. Genussregeln (s. u.).

- Aktualisierung angenehmer Vorerfahrungen in der Vorstellung: Jeder Mensch hat in seinem Gedächtnis positive Bilder und Fantasien gespeichert. In der je aktuellen belastenden Befindlichkeit oder Lebenssituation ist der Zugang zu diesen Erinnerungen oftmals verschüttet und muss neu entdeckt und gepflegt werden.
- Stärkung der Autonomie: Bei der Genuss-therapie kann der Patient die Erfahrung machen, dass er auf seine Gefühle und Stimmungen zumindest über eine kurze Zeiteinheit hinweg Einfluss nehmen kann. Seine Selbstverantwortlichkeit und Unabhängigkeit wird erhöht.

12.3.2 Praktisches Vorgehen

Auswahl der Materialien

Über je zwei Sitzungen hinweg wird ein Sinnesbereich in den Mittelpunkt gestellt (Riechen, Tasten, Schmecken, Schauen, Horchen). Dabei sitzen die Teilnehmer im Kreis um ein in der Mitte ausgebreitetes Tuch, auf dem potenziell angenehme Stimulanzen zu dem gerade thematisierten Sinnesbereich (also lauter Dinge, die gut riechen, interessant anzuschauen sind, etc.) ausgebreitet sind. In der ersten Stunde bringt der Therapeut Material mit, in der zweiten Stunde die Patienten. Der Bezug zur aktuellen Lebenssituation wird am ehesten gewährleistet, wenn die Animationsmaterialien eine Verbindung zum Alltag (Geruch von frisch gemahlenem Kaffee oder frisch gebackenem Brot, Berührung der glatten Fläche des Tisches oder eines Seidentuchs, das Geräusch klappernder Teetassen) und/oder zur jeweiligen Jahreszeit herstellen (Geruch von Erdbeeren im Frühjahr, Berührung von rieselndem Sand im Sommer, das Geräusch beim Laufen durch herabgefallenes Laub im Herbst). Sollen Teile des Programms jedoch unmittelbar aus der therapeutischen Situation heraus in die einzeltherapeutische Arbeit integriert werden, ist es sinnvoll, über ein Sortiment haltbarer Therapiematerialien zu verfügen: konservierte Düfte, Handschmeichler, Mandeln und Gummibärchen, buntes Tonpapier, eine Spieluhr, etc. Hausaufgaben, bei denen die Patienten in ihrer Umgebung

vergleichbare Gegenstände wahrnehmen und ggf. mitbringen sollen, können angeschlossen werden (z. B. einen »Schnupper-«, einen »Horchspaziergang« unternehmen).

Thematische Schwerpunkte

- Riechen
- Tasten
- Schmecken
- Schauen
- Horchen

Bei einigen Sinnen werden **verschiedene** Wahrnehmungsaspekte thematisiert:

Riechen

- Riechen von Essenzen.

Tasten

- Erfassen von Gegenständen unter dem Aspekt von hart – weich, leicht – schwer, rau – glatt, warm – kalt.
- Zuordnen von einer passenden, gleichförmigen Bewegung (eine Haselnuss zwischen Daumen und Zeigefinger hin- und herdrehen, einen Luftballon knautschen, etc.).
- berührt werden (z. B. von einem Lufthauch, von Wasser, von einer Bürste).
- sich selbst berühren (z. B. bei der Morgentoilette, beim Duschen, beim Einseifen, beim Abtrocknen).

Schmecken

- taktilen Erfassen unterschiedlicher Konsistenzen von Nahrungsmitteln (weich – hart, trocken – saftig).
- Wahrnehmen von geschmacklichen Nuancen (süß, sauer, bitter, salzig).

Schauen

- Wahrnehmen von Farben.
- Wahrnehmen von Strukturen (Anordnung von Dachziegeln, Geflecht eines Korbes, etc.).
- Wahrnehmen gleichförmiger Bewegungsabläufe (Pendel einer Standuhr, Lavalampe, Meeresswellen etc.).

Horchen

- Wahrnehmen von Klängen einfacher Musikinstrumente (Triangel, Kastagnetten etc.).
- Wahrnehmen alltäglicher Geräusche (Rascheln der Zeitung, Knarren von Dielen, Tropfen des Wasserhahns, Ticken der Uhr etc.).

12.3.3 Genussregeln

- Genuss braucht Zeit
- Genuss muss erlaubt sein
- Genuss geht nicht nebenbei
- Genuss ist Geschmackssache/jedem das Seine
- weniger ist mehr
- ohne Erfahrung kein Genuss
- Genuss ist alltäglich

Gesundes Verhalten und Erleben wird gefördert, wenn bestimmte psychologische Prinzipien berücksichtigt werden. Diese werden zu Beginn der Therapie in Form von »Genussregeln« als Anleitung für den Umgang mit potenziell genussvollen Stimulanzien erläutert. Sie stellen den übergeordneten Leitfaden für das Programm dar.

1. Genuss braucht Zeit

Die Entwicklung eines emotionalen Zustandes ist ein Prozess, der Zeit benötigt. Deshalb werden die Patienten aufgefordert, sich Zeit zu verschaffen. Sie sollen kleine, umgrenzte Freiräume wahrnehmen und aufgreifen lernen: Zeit für einen Blick aus dem Fenster, Zeit zu duschen, für den Fußweg zur Arbeit, etc.:

- ! Um sich wohl zu fühlen, brauchen Sie nicht viel Zeit. Es geht um Augenblicke, die als angenehm und genussvoll erkannt und als solche festgehalten und genutzt werden sollen.

2. Genuss muss erlaubt sein

Damit neues Verhalten aufgebaut werden kann, müssen negative bzw. hemmende Konsequenzen aufgegeben und/oder verändert werden. Die Patienten werden deshalb angehalten, Genussverbote (das ist sinnlos, ohne Fleiß kein Preis, Übermut tut

selten gut, an frisch gemähtem Gras zu riechen ist albern, dem Flug der Zugvögel mit den Augen zu folgen ist Zeitvergeudung, sie fliegen ja jedes Jahr fort, etc.) aufzuspüren, ihre Gültigkeit zu überprüfen und zu korrigieren:

- ! Es geht darum, dass wir unsere alltäglichen kleinen Genüsse entdecken, sie wertschätzen und bewahren lernen.

3. Genuss geht nicht nebenbei

Hier geht es darum zu lernen, die Aufmerksamkeit zu zentrieren. Beispiel: »Um einer Sache gerecht zu werden, ist es nötig, unsere volle Achtsamkeit darauf auszurichten und störende Bedingungen auszuschalten: Lediglich diese Farbe soll im Augenblick wichtig sein und nicht andere Gegebenheiten der Situation wie Geräusche oder Gedanken an die Anforderungen des Tages.«

- ! Wollen Sie Genuss erfahren, dann müssen Sie andere Tätigkeiten ausschalten und sich ganz auf diesen einlassen.

4. Genuss ist Geschmackssache/jedem das Seine

»Geschmäcker sind verschieden.« Es ist deshalb notwendig, die Patienten darin zu unterstützen, ihre individuellen Genüsse auszukundschaften und sie vor verfälschenden Reaktionen (»Igitt! Das findest du gut!«) zu schützen:

- ! Jeder muss entdecken, was für ihn und nur für ihn gut ist, was bei ihm Wohlbefinden bewirkt. Genüsse wirken unterschiedlich und jeder mag etwas ganz anderes schön finden. Das muss jeder selbst ausprobieren, dazu muss jeder selbst stehen.

5. Weniger ist mehr

Damit ist gemeint, dass durch Beschränkung das Besondere erst fassbar wird. Es entspricht einer infantilen Annahme, dass ein Genuss durch »immer mehr« gesteigert werden kann. Das Gegenteil ist richtig. Sättigung schlägt in Ablehnung und Ekel um: Beispiel: »Wollen Sie sich wohl fühlen, müssen Sie das, was Sie genießen wollen, zwar intensiv auf sich wirken lassen, ein Zuviel schwächt die Wirksamkeit des Angenehmen jedoch ab und wirkt störend.«

- ! Es geht darum, den Zeitpunkt zu erspüren, an dem »genug« ist, um sich dadurch die Sehnsucht nach diesem spezifischen Genuss zu erhalten.

6. Ohne Erfahrung kein Genuss

Hier geht es darum zu lernen, klare Unterscheidungen vorzunehmen, Ausweitungen zu erproben und das aktuelle Erleben früheren Erfahrungen zuzuordnen: Wir können umso nuancenreicher wahrnehmen, je genauer wir eine Sache kennen. Je mehr Erfahrung wir haben, z. B. beim Schmecken von Käse-, Kartoffel-, Apfel-, Teesorten, um so detaillierter können kleinste Unterschiede geschmacklicher Nuancierung, der Zusammensetzung, Herstellung, Herkunft usw. registriert werden. Es gilt, die Patienten anzuleiten, entsprechende Vorerfahrungen aufzubereiten, den aktuellen Eindruck in das vorhandene Vorwissen zu integrieren, um das genussvolle Erleben zu erhöhen:

- ! Spricht Sie ganz aktuell ein angenehmer Gegenstand an, so kann das positive Erleben durch die Erinnerung an ähnliche Vorerfahrungen verstärkt werden. Die neue Erfahrung wird wie ein Puzzleteil in ein bereits vorhandenes Wissen eingefügt. Damit

wirkt das Ganze stimmiger und früheres positives Erleben färbt den neuen Eindruck zusätzlich ein.

7. Genuss ist alltäglich

In der Regel ist die Bereitschaft groß, Genüßliches in den Zusammenhang mit außergewöhnlichen Ereignissen zu stellen. Dem wird entgegengewirkt und die Erfahrung vermittelt, dass Genuss im Alltag erlebbar ist: Am Frühstückstisch beispielsweise der Geruch von frisch gemahlenem Kaffee und der Druckerschwärze der Tageszeitung.

- ! Viele Genüßlichkeiten sind um uns herum zu finden. Es gilt, die Außerordentlichkeit des Alltags zu erkennen, Angenehmes und Schönes in der Umgebung zu entdecken.

12.3.4 Imaginationsübung

An die Auseinandersetzung mit den, zur jeweiligen Sinnesmodalität passenden, Gegenständen werden Vorstellungsübungen unter Entspannung angeschlossen, wobei die Instruktion die Inhalte der Genussregeln aufgreift.

Beispiel

Für den Umgang mit einem bestimmten Duft, den sich der Patient ausgesucht hat, lautet die Anleitung z. B. so: »Haben Sie einen Geruch entdeckt, der Sie anspricht, dann bleiben Sie eine Weile dabei. Ich gebe Ihnen Suchfragen vor, die Ihnen dabei helfen sollen, typische Aspekte, die zu Ihrem Duft passen, aufzufinden. Sollten Sie diese Fragen eher behindern, so blenden Sie sie aus und folgen Ihren eigenen Bildern und Fantasien. Tauchen störende oder negative Gedanken und Bilder auf, dann schicken Sie sie weg und gehen neu auf den Duft zu (Genuss braucht Zeit, geht nicht nebenbei, muss erlaubt sein). Suchen Sie Ausweitungen zu ihrem Duft: Wo taucht dieser Duft noch auf? Welcher andere Duft ist diesem am ähnlichsten? Welche Farbe passt zu dem Duft? (Ohne Erfahrung kein Genuss). Vielleicht taucht ja eine Farbnuance auf, die mit der aktuellen Farbe des duftenden Gegenstands, den Sie in Händen halten, überhaupt nichts zu tun hat? Forschen Sie

weiter nach, was den Eindruck des Duftes abrunden könnte. Möglicherweise passen ja die Töne eines bestimmten Musikinstrumentes dazu: Der Klang einer Harfe, einer Trompete, eines Klaviers, eines Schlagzeugs, einer Piccoloflöte. Das Rasseln von Kastagnetten oder das Geläut eines Windspiels. Gibt es eine ganz bestimmte Art von Musik, zu der Sie dieser Duft führt? Klassische Musik, Rock, Jazz, Hip-Hop, Techno, Country-Musik, Volksmusik oder geistliche Musik? Eventuell fällt Ihnen ein Stück Ihrer Lieblingsband dazu ein, der Satz aus einer Symphonie oder eine Passage aus einem Jazzkonzert. Vielleicht taucht auch die Melodie eines Schlagers, eines Chansons, einer Opernarie oder eines Chorals auf. Spüren Sie den Vorschlägen nach und falls sich eine stimmige Ergänzung einstellt, greifen Sie sie auf und lassen Sie sich weiter darauf ein. Falls nicht, ist das auch in Ordnung. Jedem tut Unterschiedliches gut. Jeder soll seine



ganz persönlichen Eindrücke entdecken und dazu stehen (jedem das Seine). Versuchen Sie nun weitere Verbindungen herzustellen. Gibt es vielleicht Worte, die bei diesem Duft auftauchen? Vielleicht ein Werbeslogan, der Name eines Märchens, eine Redewendung, ein Vers aus einem Kinderreim, eine Strophe aus einem Gedicht, eine Zeile aus einem Lied oder ein Psalm aus der Bibel? Nehmen Sie sich Zeit und verweilen Sie einen Augenblick dabei. Nun machen Sie sich weiter auf die Suche. Führt Sie dieser Duft vielleicht an einen ganz bestimmten Ort? Führt er Sie in ein bestimmtes Haus und dort in ein Zimmer, in die Küche, in die Speisekammer, ins Bad oder in die Scheune? Oder führt er Sie in eine Waldhütte, in ein Gartenhaus, in eine Fischerkate, in eine Berghütte oder vielleicht auf die Zinnen eines Burgfrieds, in eine schottische Trutzburg oder in ein Schloss an der Loire? Vielleicht passt zu Ihrem Duft noch besser das Innere einer Kathedrale, der Kreuzgang eines Klosters oder vielleicht das unterirdische Gewölbe in einer Höhle? Oder führt Sie der Duft in eine charakteristische Landschaft? Wiese oder Wald, eine Landschaft von Hügeln durchzogen oder die Weite einer Flussebene, Meeresstrand oder Hochgebirge? Welche Atmosphäre geht von dieser aus? Vielleicht passt zu dem Duft und der Landschaft ja auch eine ganz bestimmte Jahreszeit (Genuss

ist alltäglich): Frühling, Sommer, Herbst oder Winter? Und dann passen vielleicht auch Geräusche aus der Natur dazu: Das Geplätscher eines Bachs, Knacken von Geäst im Unterholz, Gezwitscher der Vögel, Summen der Bienen, Fallen von Regentropfen, das Knistern eines Feuers, Hundegebell in der Ferne, der Schrei einer Möwe, Meeresrauschen, Rascheln von Herbstlaub, Donnergerollen, das sich langsam entfernt, die Stille einer Winternacht oder überhaupt: einfach nur Stille? Ich überlasse Sie jetzt für eine kurze Zeit sich selbst. Folgen Sie Ihren Bildern, Fantasien und Eindrücken und bleiben Sie eine Weile dabei. Ich werde Sie dann nach einigen Minuten wieder hierher zurückholen.«

Diese Übung muss nicht unbedingt mit geschlossenen Augen und in der Vorstellung durchgeführt werden. Fällt es einer Gruppe oder einem einzelnen schwer, sich auf dieses Setting einzulassen, so können diese Aspekte und Querverbindungen auch in Form eines Gesprächs zusammengetragen und ausgetauscht werden. Die Auseinandersetzung mit der jeweils ausgewählten Substanz wird in vergleichbarer Weise bei allen Sinnesbereichen so angeleitet. Eine Ausnahme stellt das Schmecken dar. Hier wird das Wahrnehmen underspüren von Konsistenzen durch den Therapeuten angeleitet und die korrespondierenden Erfahrungen im Anschluss innerhalb der Gruppe ausgetauscht.

12.3.5 Ablauf des Programms

Einführung in das Programm und Erläuterung der oben dargestellten »Genussregeln« für den Aufbau einer entsprechenden Grundhaltung und zur Anleitung für den Umgang mit den genussvollen Stimulanzen.

Thematisierung eines Sinnesbereichs, Erläuterung verschiedener Aspekte dieser Sinnesmodalität, erste gemeinsame Erfahrungen mit entsprechendem Animationsmaterial (Geruch: Es wird eine frisch angeschnittene Apfelsinenhälfte von einem zum anderen weitergereicht. Tasten: Ein raues, trockenes, leichtes Stück Baumrinde wird im Kontrast zu einem kühlen, glatten, schweren Stein mit der Hand abgetastet).

Die Patienten wählen aus dem ausgebreiteten Angebot ihre bevorzugte Stimulanz aus.

Der Therapeut demonstriert modellhaft die den Genussregeln entsprechende Form des Umgangs mit den Stimulanzen (Zeit lassen, Aufmerksamkeit darauf richten, sich Genuss erlauben etc.) oder er instruiert die Patienten entsprechend.

Danach werden die Eindrücke, Bilder, Vorstellungen exploriert.

! Hausaufgaben:

Der eingeleitete Lernprozess soll auf die alltägliche Umgebung generalisiert werden. Die Patienten werden aufgefordert, dort für den entsprechend thematisierten Sinnesbereich wohlthuende Stimulanzen ausfindig zu machen und einige Beispiele zur nächsten Therapiestunde mitzubringen.

- Die Patienten stellen die mitgebrachten Stimulanzien vor. Erläuterung der korrespondierenden Eindrücke, Austausch und Vergleich der jeweiligen Erfahrungen.
- Vertiefung der Anregungen, evtl. Vereinbarung von gemeinsamen Aktivitäten der Gruppenteilnehmer für die Zeit zwischen den Therapiesitzungen.
- Vorstellung eines neuen Sinnesbereiches und entsprechender Ablauf wie oben.

12.4 Auswirkung der Imaginationsübung auf das Wohlbefinden

Beschäftigung mit neutralen, tendenziell positiven gedanklichen Inhalten

Mit Hilfe der Vorstellungsübungen werden Assoziationen nahegelegt, Bilder angeregt und Erinnerungen geweckt. Dadurch, dass zuvor potenziell Genussvolles ausgesucht wurde, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich neutrale bzw. positive Eindrücke einstellen. Dabei ist der Verbindlichkeitsgrad solcher Imaginationen für den Therapieerfolg nicht ausschlaggebend, wie die evaluativen Studien belegen (vgl. ► Kap. 12.7: Evaluation). Die Variationsbreite reicht vom reinen Aneinanderreihen (»das riecht auch so, das sieht aus wie«) bis hin zum Aktualisieren lebensgeschichtlich bedeutsamer Ereignisse. Wesentlich scheint zu sein, dass sich der Patient für eine gewisse Zeit im neutralen bis positiven Erlebensbereich aufhält.

Hinzufügen von Bedeutung

Es werden individuelle Bedeutsamkeiten entdeckt. Beispielsweise erinnert sich der Patient beim Wahrnehmen des Duftes eines Apfels an die Atmosphäre im Haus seiner Großeltern. Diese hingen im Herbst Apfelringe zum Trocknen im Treppenhaus auf und der Apfelduft durchzog alle Räume. Dieser sinnliche Eindruck und die korrespondierende Erinnerung bedeutete für ihn Klarheit, Einfachheit, Bodenständigkeit, Geborgenheit und »heim gekommen zu sein«.

Vervollständigung der aktuellen Situation

Da die Aufmerksamkeit auf andere und neue Aspekte im aktuellen Erleben gerichtet wird, kann

eine zunächst lediglich als belastend wahrgenommene Gegebenheit relativiert werden: Eine Patientin, die auf dem Nachhauseweg im nahe gelegenen Park bewusst dem Gezitscher der Vögel und dem Geplätscher der Wasserspiele lauscht, erkennt, dass auch dieses Erleben ihre derzeitige Lebenssituation ausmacht und nicht nur die Mobbingssituation am Arbeitsplatz. Durch das Hinzufügen solcher Aspekte, realisiert sie Möglichkeiten der Distanzierung. Die Belastung kann in einem übergeordneten Kontext wahrgenommen und so vielleicht sogar bewältigt werden.

Auffinden individueller Bewältigungsstrategien

Im Zusammenhang mit der Imaginationsübung können auch individuelle Bewältigungsstrategien entdeckt werden. So erinnert sich ein trauernder Vater, der auch nach zwei Jahren den Tod seines 4-jährigen Buben nicht verwunden hat, angesichts eines bunten Ahornblattes, dass der große Ahornbaum in der Nähe seines Elternhauses in der Kindheit für Geborgenheit, Sicherheit und Ruhe stand. Er erinnert sich an die Kraft, die dieser ausstrahlte und er macht sich auf die Suche nach einem vergleichbar wohltuenden Ort. Er findet schließlich einen ähnlich gewachsenen Baum und lernt dort, diese positiven Gefühle aktuell wahrzunehmen und zu erneuern. Sehr viel später, als die Trauerarbeit bereits abgeschlossen war, verwendet er die Aktualisierung solcher kraftspendenden Bilder auch in schwierigen Arbeitssituationen und bei zwischenmenschlichen Konflikten. Ein anderes Beispiel: Ein Patient, der an einem Tinnitus leidet, erinnert sich beim Vertiefen in die Abbildung einer Allee im Morgenlicht an die Stille, die er vor seiner Erkrankung »hören« konnte. Er erlebt, dass er die Stille in sich trägt und erlernt sie so für sich selbst »hörbar« wieder zu aktualisieren.

Abrunden der eigenen Geschichte

Eine Patientin erinnert sich, während sie Sand in einem Weckglas durch ihre Finger rieseln lässt, an die Zeit als ihre Kinder klein waren, sie mit ihnen in der Sandkiste »Kuchen« backte oder am Baggersee Burgen auftürmte. Sie erkennt, dass auch solche Erlebnisse zu ihr gehören und nicht nur die quälenden, den ganzen Körper beherrschenden Muskelschmerzen.

Hilfe bei der Therapiezielfindung

Einem Patienten fällt beim Duft von Bohnerwachs der Geruch im Klassenzimmer seiner Jugendzeit ein. Sein Vater war Lehrer und er lebte mit seiner Familie im Schulhaus. Montagmorgens war der Patient der erste, der das frisch gebohnerte, aufgeräumte Klassenzimmer betrat. Er erinnert das schöne Gefühl von damals: Sauberkeit, Überschaubarkeit, Unberührtheit, Klarheit und das Glücksempfinden, eine ganze, noch unberührte Woche vor sich liegen zu haben. Er findet Zugang zu der Trauer, in seinem aktuellen Leben so wenig Ordnung und Struktur vorzufinden. Das assoziierte Bild wird somit zur symbolischen Therapiezieldefinition und motiviert ihn auf ganz besondere Weise, seine Suchtproblematik in Angriff zu nehmen.

12.5 Übergeordnete Wirkfaktoren des Behandlungsprogramms

- Sensibilisierung für die Wahrnehmung positiver Aspekte
- wissen, was gut tut
- differenzieren lernen
- von einander lernen
- Achtsamkeit lernen
- Einfluss auf die Stimmung nehmen
- Stellenwert von sinnlich-positivem Erleben erhöhen
- Vervollständigung des Selbstbildes
- Selbstdarstellung in der Gruppe
- therapeutische Kontaktgestaltung
- Auswirkungen auf die soziale Umgebung
- Modelllernen innerfamiliär und über Generationen hinweg
- Modelllernen über Kulturen und Völker hinweg

Sensibilisierung für die Wahrnehmung positiver Aspekte

Während der therapeutischen Sitzungen werden die Patienten immer wieder aufgefordert, aus einem Angebot potenziell genussvoller Materialien das auszuwählen, was sie aktuell in irgendeiner Form positiv anspricht. Dies und auch die im Anschluss

angeleiteten Ausweitungen führen dazu, dass sie unmerklich und eher nebenbei lernend für sinnlich anregende Gegebenheiten sensibler werden. Diese Achtsamkeit weitet sich – nicht nur im Kontext der Hausaufgaben – auf alle möglichen alltäglichen Situationen und Verrichtungen aus. Natürlich tauchen gelegentlich auch negative Bilder auf. In diesem Fall wird eine annehmende Haltung gefördert. Die gleichzeitig anwesenden angenehmen Aspekte sollen jedoch auch Gültigkeit und Bedeutung erhalten.

Wissen, was gut tut

Im Verlauf des Behandlungsprogramms erwerben oder aktualisieren die Patienten ein Wissen darüber, was ihnen ganz persönlich und speziell gut tut. Beispiel: »Ich bevorzuge warmes Wasser, ich liebe klare einfache Gegenstände, dieser Duft versetzt mich in eine anregende Stimmung, diese Farbe verbreitet eine wohlige Atmosphäre, ich liebe die Spielerei mit dem Schwamm beim Duschen.« Dabei kommt es oft vor, dass der eine oder andere entdeckt, dass ihm wohliges und angenehmes Erleben mit **einem** seiner fünf Sinne leichter fällt als mit den anderen. Auch dies ist eine wichtige Erkenntnis: Werden die Belastungen einmal besonders groß, dann ist es einfacher, mit Hilfe dieses Sinns (»Schokoladen-Sinn«) einen Ausgleich herzustellen.

Differenzieren lernen

Die Genuss Therapie gibt Hilfestellung dabei, genau und detailliert unterscheiden zu lernen: Einen Zwangspatienten quält z. B. beim Autofahren die Angst, einen Menschen überfahren zu haben, wenn durch Unebenheiten der Straße das Fahrzeug holpert und damit das gleichmäßige Fahrgefühl unterbrochen wird. Im Zusammenhang mit seinem Hobby Fahrradfahren lernt er die unterschiedlichen Erschütterungen und die verschiedenartigen Geräusche beim Fahren über Kies, Asphalt, feuchten Waldboden »sinnlich« zu begreifen und damit deutlicher zu unterscheiden.

Voneinander lernen

Wird die Genuss Therapie im Rahmen einer Gruppenbehandlung durchgeführt, ergibt sich für jeden einzelnen die Möglichkeit, von anderen Gruppenmitgliedern zu lernen. Neben der ansteckenden Heiterkeit, die in Genussgruppen im Gegensatz zu

problemzentrierten Gruppen häufiger vorherrscht, geht es auch darum, vom anderen ganz konkrete, persönlich erprobte Anregungen und Tipps zur genussvollen Alltagsgestaltung zu erhalten. Beispiele: »Häng mal ein Bund Zitronenmelisse, die so üppig in deinem Garten wächst, ins Badewasser.« »Ich erkläre dir, wie du Erdbeerbutter machen kannst.« »Ich halte auf der Fahrt zur Arbeit schon einmal an, wenn die Berge besonders gut zu sehen sind.«

Achtsamkeit lernen

Die Patienten lernen, sich auf den Prozess der Ausführung eines alltäglichen Handlungsablaufs zu konzentrieren. Dabei unterstützen vor allem gleichförmige, sich wiederholende Bewegungsabläufe das Entstehen von Wohlbefinden: z. B. in immer der selben gleichförmigen Bewegung einen Apfel schälen, ein Auto wienern, einen Nagel einschlagen, ein Gemüsebeet hacken, einen Pulli stricken, einen Pudding anrühren. Sie lernen, für eine kurze Zeit lediglich im Hier und Jetzt zu sein und durch die Ausrichtung der gesamten Achtsamkeit auf die Ausführung des Handlungsablaufs den Kopf frei zu bekommen von störenden und belastenden Gedanken. Für eine kleine Zeiteinheit wird das Gefühl fassbar, »einfach nur da zu sein«.

Einfluss auf die Stimmung nehmen

Die Patienten erleben, dass sie unabhängig von anderen Personen oder von chemischen Mitteln, ihre Befindlichkeit verändern und ihre Stimmungslage selbst positiv beeinflussen können. Sie lernen, sich auf angenehmes Erleben, liebenswerte Bilder und Erinnerungen einzulassen. Sie lernen, in ihrem Alltag kleine Zäsuren zu setzen, bewusst Angenehmes in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen und Handlungsabläufe, die sie sowieso zu erledigen haben, neu wahrnehmen. Das wirkt der »erlernten Hilflosigkeit«, dem Eindruck des Ausgeliefertseins entgegen. Das in der Verhaltenstherapie übergeordnete Therapieziel »Stärkung der Autonomie« wird dadurch ganz wesentlich gefördert.

Stellenwert von sinnlich-positivem Erleben erhöhen

Gewohnheitsmäßige Handlungsabläufe können auf ihre Sinnhaftigkeit überprüft werden und unter dem Aspekt der Ausweitung genusslichen Erlebens

modifiziert werden. Beispielsweise kann sich ein Schmerzpatient zu seiner Erleichterung erlauben, morgens um 4.00 Uhr im eigenen Haus ein warmes Bad zu nehmen. Ein Manager stellt eine Schneekugel auf seinen Schreibtisch und bevor er zum Telefonhörer greift, um ein schwieriges Telefonat zu erledigen, schüttelt er sie und wartet, bis der Schnee zur Ruhe gekommen ist. So können alltägliche Verrichtungen und Anforderungen durch die Verbindung mit genussvollen Arrangements erleichtert werden. Die Bedeutung, die kleine positive Erlebnisse in der Alltagsgestaltung einnehmen, kann an folgendem Bild (Balancemodell) verdeutlicht werden: »Stellen Sie sich vor, Sie wiegen die negativen und die positiven Ereignisse, die Ihnen begegnen auf einer Waage. Wenn die Waagschale mit dem belastenden Erleben schwerer wiegt, dann werden Sie krank. Wiegt umgekehrt die Waagschale mit dem positiven Erleben schwerer, so werden Sie nicht krank. Im Gegenteil: Sie verfügen sogar über einen Spielraum, um zusätzliche Gewichte auf der belastenden Waagschale ausgleichen zu können. Dieser Effekt ist durch wissenschaftliche Untersuchungen immer wieder bestätigt worden. Sorgen Sie also dafür, dass die Waagschale mit den erfreulichen Ereignissen immer etwas schwerer wiegt. Sammeln Sie sorgfältig alle auch noch so kleinen Möglichkeiten, um sicherer und geschützter Ihr Leben zu meistern.« Die Funktion des emotionalen Zustands »Wohlfühlen« wird so als Schutz-, Gegen- und Heilmittel vor psychogenen Noxen nochmals herausgestellt.

Vervollständigung des Selbstbildes

Wenn die Patienten zur Therapie kommen, sind sie in ihrer Selbstwahrnehmung auf den Prozess des Krankheitsgeschehens ausgerichtet: »Das kann ich nicht mehr, das bereitet Mühe, Schmerzen, Überforderung, Angst.« Mit Hilfe der Genusstherapie werden sie sensibel für brachliegende oder vergessene Ressourcen: »Dies kann ich ja noch, jenes gelingt mir sogar besonders gut.« Das können und sollen Alltäglichkeiten sein, wie z. B.: »Ich finde es immer wieder interessant, wie der Baum vor meinem Fenster die Jahreszeiten widerspiegelt. Die warme Dusche am Morgen ist für mich ein guter Start in den Tag. Ich habe ein besonders wohlschmeckendes Olivenöl, mit dem ich beinahe jede Mahlzeit verfeinere. Ich trage über das ganze Jahr

hinweg drei Kastanien in meiner Hosentasche. Ich nehme sie immer wieder in die Hand und spiele mit ihnen. Das ist sehr beruhigend.«

Selbstdarstellung in der Gruppe

Die Patienten treten in einer Genussgruppe auch vor den Gruppenmitgliedern anders in Erscheinung, als beispielsweise in einer Problemlösegruppe. Da ist nicht der Steuerberater, der von Zwangsgedanken gequält wird, sondern derjenige, der dieses ganz besondere morbide Rot liebt. Da ist nicht die Erzieherin, die an einer Essstörung leidet, sondern diejenige, die weiß, in welchem Wald gerade Mai-glöckchen blühen. Da ist nicht der Bauarbeiter, dessen Bewegungsradius durch Panikattacken bestimmt wird, sondern derjenige, der erklären kann, wie »falscher Schweinepfeffer« zubereitet wird.

Therapeutische Kontaktgestaltung

Auch der Therapeut lernt den Patienten unter dem Aspekt seiner Ressourcen und liebenswerten Seiten kennen. Auch er lässt sich lieber von Mai-glöckchen im Wald erzählen als vom fünfmaligen Erbrechen am Tag. Hinzu kommt: Wenn sich die Sichtweise des Therapeuten an problemfernen Eigenschaften orientiert, verändert sich auch die therapeutische Interaktion. Sie kann wertschätzender und lösungsorientierter gestaltet werden.

Auswirkungen auf die soziale Umgebung

In der Genussgruppe wird die »normale« Alltagskonversation aufgewertet und in ihrer kommunikativen Bedeutung hervorgehoben. Beginnt der Patient auch in der häuslichen Umgebung wieder von angenehm erlebten alltäglichen Verrichtungen zu erzählen, fällt es dem Gegenüber leichter, zuzuhören und sich am Gespräch zu beteiligen als wenn nur und immer wieder von belastendem Erleben berichtet wird. Denn unsere Alltagskonversation hat oft »nichtige«, kleine, neutrale bzw. angenehme Begebenheiten zum Inhalt. Außerdem kann auf diesem Weg aufgezeigt werden, dass Krankheitsverhalten im kommunikativen Kontext häufig positive Verstärkung gefunden hat.

Modelllernen innerfamiliär und über Generationen hinweg

Aktuell genussvolle Wahrnehmungen können auch dazu anregen, Mitglieder der Herkunftsfamilie un-

ter dem Aspekt zu betrachten, wann und wie sie sich Wohlbefinden verschafften und erlaubten: So erinnert sich eine Patientin angesichts einer ganz besonders aparten roten Farbe, dass ihre Mutter immer, wenn sie fein ausging, einen Lippenstift in dieser Farbe auflegte. Ein Patient, dessen Vater ein Molkereigeschäft betrieb, beschreibt, dass immer, wenn der Frühsommer kam und der Vater dank der gestiegenen Außentemperaturen nicht mehr die langen kratzigen Unterhosen tragen musste, ein kleines Fest mit Erdbeeren und Schlagsahne gefeiert wurde.

Modelllernen über Kulturen und Völker hinweg

Die Auseinandersetzung mit positivem Erleben regt dazu an, Parallelen in anderen Kulturkreisen zu entdecken: So wird z. B. festgestellt, dass in der Katholischen Kirche der Duft von Weihrauch eine geistlich erhabene Stimmung fördert oder dass in orientalischen Ländern, in denen der Genuss von Alkohol verboten ist, ein jahrhundertealtes Wissen über die anregende und euphorisierende Wirkung verschiedenster Düfte anzutreffen ist. Es wird erinnert, dass bereits die Römer ausgesprochen viel von Bade- und Saunakultur sowie von der Kunst der Massage verstanden. Und dass in mediterranen Gegenden der Handschmeichler oder das Fingerspiel, bei dem jede einzelne Perle einer Handkette in gleichmäßiger Abfolge durch die Hand gleitet, das Feierabendgefühl unterstützt. Ähnliches kann auch bei den tibetanischen Mönchen beobachtet werden, die so die innere Achtsamkeit erhöhen. Auch das Beten eines Rosenkranzes kann ähnliches bewirken. Die genauere Betrachtung wie Wohlfühlen entsteht, weitet den Horizont. Werden Ähnlichkeiten in anderen kulturellen Zusammenhängen aufgefunden, so erhöht dies die Verbindlichkeit des eigenen vergleichbaren Erlebens.

12.6 Krankheitsbildbezogene Wirkfaktoren

In diesem Kapitel werden einige Krankheitsbilder unter dem Aspekt betrachtet, an welcher Stelle die Genuss Therapie auch das störungsspezifische und problemzentrierte therapeutische Vorgehen unterstützen kann.

Angst/pathologische Trauer/posttraumatische Belastungsstörung

Diese Erkrankungen bringen es mit sich, dass sich die Betroffenen hauptsächlich im aversiven, unangenehmen Erlebensbereich aufhalten. Bei allen drei Krankheitsbildern sieht die Verhaltenstherapie in irgendeiner Weise die intensive Auseinandersetzung mit den belastenden Emotionen vor: Konfrontation mit der Angst (Reizüberflutungstherapie), mit dem Verlust (Bereavementtherapie), mit dem erlebten Trauma (Neutralisierung durch Nacherleben). Hat der Patient jedoch den Zugang zu positivem Erleben verloren, so wird durch eine Intensivierung der negativen Empfindungen keine Adaptation und damit keine Erleichterung erreicht. Das Gegenteil wird bewirkt: eine heftige Verschlimmerung. Die Fähigkeit, sich wenigstens in einigen Bereichen wohl zu fühlen ist erforderlich, damit die geschilderten Interventionsformen ihre heilsame Wirkung entfalten können. Die Genusstherapie kann die Voraussetzungen dafür schaffen.

Essstörungen

Hier ist in der Regel die Körperwahrnehmung verändert: Der Körper wird in seinen Ausmaßen unkorrekt eingeschätzt und häufig insgesamt abgelehnt. Durch die Sensibilisierung der Sinne wird eine behutsame Aussöhnung mit dem körperlichen Empfinden eingeleitet; denn jede sinnliche Erfahrung ist auch eine Körperwahrnehmung. Außerdem kann durch die geleitete Erfahrung, sich in einen überschaubaren Prozess sinnlichen Erlebens zu begeben und ihn in seiner Intensität und Ausgestaltung selbst steuern zu lernen, der oft vorliegenden generellen Angst vor dem Verlust der Selbstkontrolle entgegen gewirkt werden. Natürlich wird speziell durch die Genussübungen zum Sinn »Schmecken« ein veränderter Wahrnehmungsfokus beim Essen der alltäglichen Mahlzeiten aufgebaut: Es wird angeregt, ganz bewusst zu essen und die Konsistenz der Nahrung wahrzunehmen anstatt die Kalorien zu zählen.

Alkohol- und Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit

Bei einer Suchterkrankung muss emotional und real Abschied vom großen suchtmittelbedingten »Kick« erfolgt sein, damit Psychotherapie sinnvoll

ist. Ist diese Voraussetzung gegeben, dann verstehen die Patienten sehr schnell, dass sie durch die Genusstherapie andere Möglichkeiten, zum Wohlfühl zu gelangen, wiederentdecken bzw. neu erwerben können. Natürlich geht es hierbei um vergleichsweise kleine und unspektakuläre Erlebnisse, da die Sensibilität für Nuancen erst aufgebaut werden muss. Aber sie wissen: Je größer die Variationsbreite des positiven Erlebens ist, um so eher sind sie gefeit gegenüber Versuchungssituationen.

Depression

Um die Passivität depressiver Patienten aufzufangen, werden in der Regel Aktivitätspläne erstellt. Diese listen jedoch häufig nur die Verrichtung alltäglicher Pflichten auf. Die »Kleine Schule des Genießens« zeigt Tätigkeiten von potenziell angenehmem Charakter auf, sodass ein Wechsel zwischen eher unangenehmen Notwendigkeiten und sich davon deutlich abhebenden erfreulichen Aktivitäten möglich wird. Zusätzlich besteht die Chance, dass die Patienten durch die Beschäftigung mit den fünf Sinnen allmählich wieder wacher und empfindungsfähiger werden. Auf die Möglichkeiten, wie die Selbstwahrnehmung in positiver Richtung verändert werden kann, wurde oben schon hingewiesen.

Borderlinestörung

Bei diesen Patienten liegt eine lerngeschichtlich begründete Angst vor, sich unbekümmert einer aktuellen Gegebenheit zu stellen. Die Aufmerksamkeit wechselt sehr rasch. Hier ist es notwendig, die Fähigkeit zur Achtsamkeit zu erhöhen und damit das Erleben im »Hier und Jetzt« zu ermöglichen. Die Genusstherapie unterstützt dies in besonderer Weise. Allerdings muss bei diesen Patienten darauf geachtet werden, dass im Kontext der Instruktionen für den Umgang mit den Materialien lediglich angeregt wird, die Erfahrungen eher neutral zu beschreiben. Die Aufforderung zu dezidiert positivem Erleben kann sehr rasch Kontrollverlustangst auslösen.

Somatoforme Schmerzstörung

Patienten, die unter dieser Erkrankung leiden, verbinden mit Körperwahrnehmung oft nur Schmerzempfinden. Dieses ist im weitesten Verständnis zum taktilen Erleben zu zählen. Die Ausrichtung

der Aufmerksamkeit auf weitere Sinne eröffnet die Möglichkeit, in unbelasteten Sinnesbereichen positives körperliches Erleben zu erfahren. Zusätzlich kann die Wahrnehmung von positivem taktilem Empfinden räumlich weit entfernt vom Schmerzzentrum eine entlastende Erfahrung sein. Es wird deutlich, dass der Schmerz sich auf einen begrenzten Bereich zentriert. Unabhängig davon ist jedoch vor allem wichtig, dass eine Stärkung der Fähigkeit zur Konzentration und zur Aufmerksamkeitsumlenkung erfolgt. Beides spielt bei der Bewältigung von Schmerzerleben eine zentrale Rolle.

Psychophysiologische Schlafstörung

Um den Körper wieder an einen normalen Schlaf-Wachrhythmus zu gewöhnen, ist es u. a. notwendig, nächtliche Wachphasen bis zum Erreichen des nächsten Einschlafzeitpunkts zu überbrücken. Es ist wichtig, dass der Patient diese Zeit außerhalb des Bettes zubringt. Damit diese Wachzeit nicht mit Grübeln oder dem Verrichten liegen gebliebener Verpflichtungen zugebracht wird, ist es sinnvoll, Tätigkeiten zu kennen, die zu einem wohligen und entspannten Zustand beitragen, damit der nächste, physiologisch bedingte »tote Punkt« auch tatsächlich für das Einschlafen genutzt werden kann. Mithilfe der Genuss Therapie kann hierfür ein vielfältig gestaltetes, individuelles Programm zusammengestellt werden.

Schizophrenie

Bei der verhaltenstherapeutischen Arbeit mit an Schizophrenie erkrankten Patienten geht es darum, den Betroffenen einen bewältigenden Umgang mit dieser Erkrankung zu ermöglichen. Orientiert am Vulnerabilitätskonzept wird ein Gespür für das Auftreten von individuellen Stress- und Belastungssituationen vermittelt. Falls nicht gegengesteuert wird, kommt es in solchen Situationen zu einer Reizüberflutung. Der »kognitive« Filter wird durchlässig, eine Störung der Informationsverarbeitung ist die Folge, Prodromalsymptome treten auf. Um dies zu verhindern, muss rechtzeitig dafür Sorge getragen werden, den Informationsinput zu reduzieren. Dieses kann z. B. durch die Anleitung zur Aufmerksamkeitszentrierung geschehen, die unauffällig in belastenden Situationen eingesetzt werden kann. Die »Kleine Schule des Genießens«

bietet viele Gelegenheiten, sich in dieser Fertigkeit zu üben.

12.7 Evaluation

Das Programm wurde in zwei Studien mit depressiven Patienten (N=80; überdurchschnittliche Werte auf der D-Skala von v. Zerssen) evaluiert (Brotzler, 1983; Bausch, 1984; Koppenhöfer, 1990). Es war der Standardbehandlung bzw. einem Zusatztherapieangebot (Aktivitätsprogramm) bezüglich des Rückgangs der depressiven Empfindung im Mittelwertsvergleich hoch signifikant überlegen. Die durch das Programm wiedererlangte bzw. neu entdeckte Genussfähigkeit schränkte die Beschäftigung mit negativen Inhalten ein, die Auseinandersetzung mit positiven Aspekten der eigenen Person sowie der aktuellen Lebenssituation wurde angeregt. Generell wurde jedoch belastendes Erleben nicht negiert oder bagatellisiert. Stattdessen kam es zu einer umfassenderen Sichtweise: Zusätzlich zum Problematischen wurde auch Angenehmes wahrgenommen.

Die »Kleine Schule des Genießens« hat in den vergangenen 20 Jahren in vielen klinischen Einrichtungen Eingang in die ambulante und stationäre Versorgung gefunden. Sie ist vielerorts zu einem festen Bestandteil eines Standard-Behandlungsangebots geworden. In diesem Kontext liegen inzwischen auch Erfahrungsberichte und weitere empirische Studien vor, in denen die Genuss Therapie – in der Regel im Rahmen eines störungsspezifischen Behandlungsprogramms – ein manchmal auch etwas modifizierter Therapiebaustein darstellt: Stressbewältigung (Kaluza, 1998, 2004), Schmerz und rheumatische Erkrankungen (Jungnitsch, 1992; Klammer, 1999), Zwangserkrankungen (Ecker, 1994; Flecks & Lieb-Rutt, 1999), Adipositas (Höfner, 1994) sowie im Rahmen einer Gruppentherapie (Zorneck, 1994) und im Kontext einer Gesundheitsgruppe (Dusi & Broda, 1999). Eine aktuelle Evaluation der Genuss Therapie erfolgt derzeit durch die Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin Berlin im Reha-Zentrum Seehof Teltow. Weitere Hinweise auf empirische Befunde zur Wirksamkeit dieses Behandlungsansatzes siehe ► Kap. 4.

Literatur

- Bausch, I. (1984). *Das Selbstbild depressiver Patienten in Abhängigkeit von angewandter Therapie*. Unveröff. Diplomarbeit: Universität Konstanz.
- Brotzler, D. (1983). *Empirische Untersuchung eines Therapieprogramms zur Entwicklung von »Genussfähigkeit« bei Depressiven*. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Heidelberg.
- Dusi, D. & M. Broda (1999). *Die Gesundheitsgruppe – Ein Gruppenkonzept für die stationäre Psychotherapie*. In R. Lutz (Hrsg.), *Beiträge zur Euthymen Therapie* (S. 291-309). Freiburg, Lambertus.
- Ecker, W. (1994). *Stationäre Verhaltenstherapie bei Zwangsneurosen*. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie* (S. 511-519). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Flecks, H. & Lieb-Rutt, T. (1999). *Ressourcenorientierte Gruppentherapie für Zwangspatienten*. In R. Lutz (Hrsg.), *Beiträge zur Euthymen Therapie* (S. 159-176). Freiburg, Lambertus.
- Höfner, R. (1994). *Selbstkontrollprogramm zur stationären Behandlung der Adipositas permagna*. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie* (S. 592-609). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Jungnitsch, G. & Langhof, S. (1991). Ein Krankheitsbewältigungstraining für Patienten mit chronischer Polyarthrit: Trends und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 39 (3), 283-299.
- Kaluza, G. (1998). *Effekte eines kognitiv-behavioralen Streßbewältigungstrainings auf Belastungen, Bewältigung und (Wohl-)Befinden. Eine randomisierte, prospektive Interventionsstudie in der primären Prävention*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27 (4), 234-243.
- Kaluza, G. (1999). *Sind die Effekte eines primärpräventiven Stressbewältigungstrainings von Dauer? Eine randomisierte, kontrollierte Follow-up-Studie*. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7 (2), 88-95.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Klammer, C. (1999). *Evaluation eines stationären psychologischen Schmerzbewältigungstrainings bei Patienten des rheumatischen Formenkreises*. Dissertation: Universität Salzburg.
- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Behandlungsprogramm zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Koppenhöfer, E. (1998). *Depressionsbehandlung* (Audio-Kassette). In P. Kosarz (Hrsg.), *Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag (Autobahn-Universität).
- Koppenhöfer, E. (1990). *Therapie und Förderung genussvollen Erlebens und Handelns*. In M. Zielke & N. Mark (Hrsg.), *Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin*, Bd. 1 (S. 250-263). Heidelberg: Springer.
- Koppenhöfer, E. & Lutz, R. (1984). *Therapieprogramm zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns bei depressiven Patienten. Manual*. Weinsberg: Weissenhof-Verlag.
- Lutz, R. & Koppenhöfer, E. (1983). *Kleine Schule des Genießens*. In: LUTZ, R. (Hrsg.): *Genuß und Genießen. Zur Psychologie des genußvollen Erlebens und Handelns*. Weinheim: Beltz.
- Zornek, G. (1994). *Empirische Untersuchung zur Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie im stationären Setting unter besonderer Berücksichtigung der Genußgruppe*. Unveröff. Diplom-Arbeit: Universität Heidelberg.

Sinnvolle Werte und Lebensziele entwickeln

Psychotherapie mit kognitiv-behavioralen Methoden der Imagination und Hypnose

Hans-Christian Kossak

13.1	Einleitung	– 170
13.2	Lebensziele: Begriffsbestimmung	– 170
13.3	Ziele: Aspekte in der Psychotherapie	– 170
13.3.1	Vermeidung und Widerstand	– 171
13.3.2	Zielhierarchien	– 171
13.3.3	Realitätsgehalt von Ziel und Zielerreichung	– 171
13.4	Lebensziele, Therapieziele und subjektives Wohlbefinden	– 172
13.5	Therapieziele: Funktionen, Analysen, Möglichkeiten	– 172
13.5.1	Funktionen der Therapieziele	– 173
13.5.2	Klarheit und Orientierung der Zielvorstellungen des Patienten	– 173
13.5.3	Ressourcenanalyse	– 173
13.5.4	Erfassung und Analyse von Therapiezielen	– 174
13.6	Kognitiv-behaviorale Methoden der Imagination und Hypnose	– 175
13.6.1	Ziel: Symptomheilung und Rückgewinnung von Selbstkontrolle	– 175
13.6.2	Werte und Lebensziele über eine Metapher wiederfinden	– 178
13.6.3	Klarheit durch Distanz (Der geheime Raum)	– 178
13.6.4	Ziel: Entscheidungen herbeiführen (Straße der Entscheidung)	– 179
13.6.5	Ziele aus der Vergangenheit müssen erreicht werden?!	– 179
13.6.6	Langzeitziel blockiert Gegenwart	– 180
13.6.7	Zielerreichung durch Selbstkontrolle ermöglichen	– 181
13.6.8	Zwischenziel: Emotionale Blockaden abbauen (Wegwerftechniken)	– 181
13.6.9	Handlungsziele endlich realisieren (Lernbeginn, Arbeitsbeginn)	– 182
13.6.10	Zielvorstellung: Selbst-vertrauen und Selbstsicherheit als Lebensbasis	– 182
13.7	Vorteile, methodische Hinweise und Abgrenzungen	– 184
13.7.1	Vorteile der Kombination von kognitiv-behavioralen Methoden und Hypnose	– 184
13.7.2	Methodische Hinweise	– 184
13.7.3	Praxishinweise	– 184
13.7.4	Grenzen, Kontraindikationen	– 185
13.7.5	Effektivität und neuro-physiologische Erklärungsversuche	– 185
	Literatur	– 186

13.1 Einleitung

Der sehr umfangreiche Wissenschaftsbereich zur Erforschung von Therapiezielen, Lebenszielen und Werten umfasst zahlreiche Theorien und Forschungsergebnisse. Für unsere Zwecke kann hierzu nur ein grundsätzlicher Überblick gegeben werden, der pragmatisch orientiert ist. Im zweiten Teil werden exemplarisch verschiedene kognitiv-behaviorale Methoden der Imagination und Hypnose vorgestellt, mit deren Hilfe solche Ziele und Werte therapeutisch erarbeitet und umgesetzt werden.

13.2 Lebensziele: Begriffsbestimmung

Lebensziele beinhalten persönliche Anliegen oder Bestrebungen einer Person, die sie erreichen möchte, die sie verfolgt und durch konkrete Handlungen zu erreichen versucht. Lebensziele und auch Therapieziele lassen sich nie komplett erfassen oder sogar erklären, sollten jedoch in engem Zusammenhang gesehen werden. Mit beiden Zielarten sind nur selektive Ausschnitte zu erfassen, die eventuell nur die aktuelle Situation wiedergeben.

Ziele sind immer in der Interaktion des Individuums und in Abhängigkeit von seinem sozialen und ökologischen Umfeld zu sehen (Brunstein & Maier, 1996). Verschiedene Zielebenen werden durch die individuellen und altersbezogenen Erwartungen bestimmt und haben unter anderem Einfluss auf das individuelle Verhalten (Freund, 2003).

! Lebensziele sind somit ein dynamischer Prozess, der sich wandeln kann, wenn sich die Bedingungen ändern (Emmons, 1986). Entsprechend müssen sie kontinuierlich geklärt und aktualisiert werden. Ein Therapieziel ist dann unter anderem, dass der Klient später selbst diese Zielerforschung vornimmt, um sein Verhalten danach eigenständig auszurichten (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2005).

Durch die Lebensziele und durch die Arbeit zur Annäherung ändert sich die Wahrnehmung des Menschen, auch seine Kognitionen, Emotionen und Handlungen (Klinger, 1987).

Ziele sind handlungssteuernd, was jedoch für ein implizites Motivationssystem und für Werte nicht gelten muss. Werte sind nur potenzielle Ziele

und somit persönliche Präferenzen; sie müssen nicht unbedingt Handlungen bedingen (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2005). Motive und Werte sind meist hoch generalisiert und sprachlich oft nicht repräsentiert.

! Lebensziele sind (kognitive) Orientierungspunkte, die wir in der nahen oder fernen Zukunft erreichen wollen. Dazu bedarf es unterschiedlich komplexer Verhaltensweisen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die mitunter nur z. T. in einer Psychotherapie erlernt werden können.

Mitunter muss die Relevanz und der Realitätsgehalt der Lebens- und Therapieziele in der Psychotherapie besprochen werden; dieser Aspekt stellt dann ein Therapieziel für sich dar. Entsprechend müssen auf der Basis der neu erworbenen alternativen Betrachtungsweisen Ziele erarbeitet oder geändert werden. (Beispiel: Bei geringer kognitiver Kompetenz wäre das Ziel »Hochschulstudium« unrealistisch, aber eine stark praktisch orientierte Ausbildung anzustreben wäre ratsam.)

Nicht zu vergessen ist, dass Ziele auch als pathologische Faktoren wirksam sein können, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beitragen können (Schulte, 1996; Schulte & Eifert, 2002).

13.3 Ziele: Aspekte in der Psychotherapie

Zu Beginn einer Psychotherapie sehen Patienten wenig an Entwicklungsperspektiven; sie sind hoffnungslos und fokussieren ihre Aufmerksamkeit stark auf ihre Probleme. Ihnen ist es kaum möglich, sich auch für positive Zukunftsaspekte zu öffnen (Koban & Willutzki, 2001). Teilweise dadurch bedingt haben Klienten zu Therapiebeginn oft unklare oder nur implizite Zielvorstellungen, die mehr oder weniger bewusste Zielkonflikte beinhalten (Michalak, Heidenreich & Hoyer, 2004) und somit zu ihrer Beunruhigung oder zu Sorgen beitragen können. Therapieziele können nie abstrakt definiert werden; sie sind stets konkret auf den psychotherapeutischen Prozess bezogen und ein Teil allgemeiner Lebensziele (Pöhlmann, 1999). So ist bei der Zielplanung auch zu berücksichtigen, dass sich Gesellschaftswerte und damit auch Ziele zu ihrer Errei-

chung im Laufe der Zeit stark verändern können (Opaschowski, 2008). Dies impliziert dann zu berücksichtigen, innerhalb welches gerade gültigen Wertesystems sich der Patient befindet – und welches er ggf. ändern müsste.

13.3.1 Vermeidung und Widerstand

Durch ihre eingeengte Sichtweise besonders zu Beginn der Psychotherapie reagieren Klienten mehr mit Vermeidungszielen (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2005). (Beispiele: Ich will **nicht** mehr Angst vor Hunden haben.« »Ich will **nicht durch die Prüfung fallen**.«) Derartige Verneinungen sind in der Therapie mit geringen Erfolgschancen verbunden (Berkling et al., 2004). Sie führen zur Gedankenunterdrückung und damit zur paradoxen Reaktion ihrer Zunahme (Wegner & Erber, 1992; Trinder & Salkovskis, 1994). Gerade bei Angstpatienten erfolgt sogar eine hervorgehobene Wahrnehmung solcher Reize (Amir et al., 1998).

Vermeidungsmotivation trägt jedoch zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Psychopathologie bei (Grosse Holtforth, Grawe, Egger & Berkling, 2005; Grawe, 2004).

! Jede therapeutische Veränderung, also auch das Vorgehen zur Zielerreichung, kann nicht isoliert betrachtet werden, denn es verursacht durchaus auch Veränderungen, die sich im sozialen oder materiellen Umfeld des Klienten auswirken – oder von dort gehemmt werden. Entsprechend kann der Klient Widerstände oder Vermeidungsverhalten aufbauen, wenn er diese Faktoren möglicherweise negiert oder antizipiert und überstarke positive oder negative Attributionen damit verbindet (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2005).

Psychotherapie zielt dann je nach Patientenproblem darauf ab, mit dem Patienten geeignete Alternativreaktionen (motorisch, emotional, kognitiv etc.) zum bisherigen Verhalten bzw. zum Vermeidungsverhalten zu finden; dies kann auch beinhalten, vollkommen neue Verhaltensweisen oder Einstellungen zu erarbeiten.

Grundsätzlich gilt es hier, **positive** Zielkonzepte aufzubauen.

13.3.2 Zielhierarchien

Wenn angestrebte Ziele zu komplex und unübersichtlich sind, dann sollte eine Aufteilung in Ober-, Zwischen- und Unterziele erfolgen, eventuell müssen sie in Form von Entscheidungsbäumen und Planhierarchien veranschaulicht werden (Caspar, 1998; Caspar & Grawe, 1981). Bei diesem sehr sinnvollen Vorschlag setzen Kanfer und Busemeyer (1982) nicht nur höhere kognitive/intellektuelle Fähigkeiten voraus, sondern auch, dass Klienten bereits Übersichts- und Planungsfähigkeit besitzen, die sie möglicherweise jedoch erst durch eine Therapie erwerben werden.

! Aufgabe des Therapeuten ist es auch, den Klienten auf Kognitionen und Verhaltensweisen in Richtung auf die vereinbarten Ziele hinzuführen. Auf dem Weg dorthin muss ergründet werden, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten Voraussetzung für die Zielerreichung sind, und welche gegebenenfalls als Zwischenziele erworben werden müssen. Hierbei sind auch zahlreiche kognitive Fertigkeiten zu erkennen und aufzubauen wie z. B. effektives Problemlösen, relevante Alternativen zu erkennen und gegeneinander abzuwägen, aber auch (positive wie negative) Konsequenzen zu erkunden und Verhaltensweisen auszuprobieren.

Nach ausführlicher therapeutischer Motivationsklärung kann durchaus als (ein) Therapieziel erarbeitet werden, das Unabänderliche zu akzeptieren, wenn durch unterschiedliche Grenzen gesetzte Veränderungen nicht möglich sind (Schmelzer, 1998).

13.3.3 Realitätsgehalt von Ziel und Zielerreichung

Eine der Künste in der Psychotherapie besteht darin, gemeinsam mit dem Klienten seine relevanten Ziele oder Unterziele zu finden, die von ihm erreichbar und auch im Rahmen der Behandlung möglich sind. (Beispiel: »Ich möchte bei Frauen charmant auftreten.« ist sehr schwer durch klare Verhaltensbeschreibungen zu erfassen und bedarf so komplexer Fertigkeiten, dass sie vielleicht kaum erlernbar sind. Das Ziel »Ich will selbstsicher

in der Gegenwart von Frauen sein.« lässt sich detailliert in klare Unterziele aufteilen, in konkreten Verhaltensweisen definieren und in therapeutische Übungen umsetzen.)

! Bei der Überprüfung des Realitätsgehaltes der Zielperspektiven sollte zunächst eine rationale Zensur weitgehend ausgeschaltet sein. Danach erst sollte eine Überprüfung erfolgen, ob die einzelnen Alternativen auch umsetzbar sind (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2005). Dann sollten dem Klienten die Prozesse vermittelt werden, mit denen er mit der Zeit die Fähigkeit erwirbt, den Realitätsgehalt der Ziele selbst zu überprüfen.

13.4 Lebensziele, Therapieziele und subjektives Wohlbefinden

Unabhängig von ihrer theoretischen Orientierung messen Psychotherapeuten folgenden Therapieziele besondere Wichtigkeit bei: Verbesserung der Qualität sozialer Beziehungen, Aufbau und Stärkung des Selbstwert- und Identitätsgefühls und Entwicklung neuer Sichtweisen zu Gefühlen und Verhaltensweisen (Ambühl & Orlinsky, 1999). In der Grundlagenforschung wurde gezeigt, dass Therapieziele für das subjektive Wohlbefinden des Menschen eine hohe Bedeutung für seine psychische Gesundheit und seine persönlichen Ziele haben (z. B. Brunstein & Maier, 1996; Schmuck & Sheldon, 2001; Ryan & Deci, 2000). Der Therapeut kann hier keinesfalls seine persönlichen Werte und Ziele als verbindlich weitergeben. Der Patient muss von ihm auf den Weg seiner persönlichen Autonomie geleitet werden.

Die relevanten Zielmerkmale für subjektives Wohlbefinden (Vorw. nach Boelicke, 2004):

1. **Konkretheit:** Konkret formulierte Ziele sind leichter erreichbar und die Klarheit der Zielerreichbarkeit ist gegeben, damit die Sicherheit in der Richtung der Zielerreichung und ihr Erfüllungspunkt (Emmons, 1992).
2. **Persönliche Bedeutsamkeit:** Ist ein Ziel für die Person persönlich von Wichtigkeit, so wird sein Erreichen in hohem Maße zum Wohlbefinden beitragen.

3. **Intrinsische Regulation:** Ist die Zielverfolgung durch sich selbst erfüllend und belohnend, wirkt sie sich positiv aus. Wird das Ziel nur angestrebt, weil allein äußere Belohnung (extrinsische Regulation) oder innerer Druck wie Schuldgefühle vorliegen, sind kaum positive Ergebnisse zu erwarten.
4. **Art des Anreizes** (etwas erreichen statt vermeiden wollen): Bei Vermeidungsverhalten tritt der aversive (kognitive) Stimulus mit all seinen (emotionalen, physiologischen und imaginativen etc.) Komponenten stets dann auf, wenn eigentlich von einer positiven Veränderung gesprochen werden soll. Damit wird das Problemverhalten weiterhin nahezu zwingend durch die Zieldiskussion ausgelöst.
5. Wird das Ziel **positiv** definiert, werden dadurch die gewünschten alternativen Verhaltensweisen definiert. Durch ihre konkrete Formulierung und Operationalisierung beinhalten sie oft klare Handlungsanweisungen.
6. **Realisierbarkeit:** Werden realisierbare Ziele formuliert und angestrebt, können sie mit hoher Wahrscheinlichkeit erreicht werden. Damit verbunden kann sich die Therapie immer mehr einem positiven Abschluss nähern.
7. **Motivkongruenz:** Liegt Motivkongruenz vor, dann bestehen keine Konflikte innerhalb des eigenen (Wert-)Systems oder mit dem anderen Personen. Entsprechend kann der Klient ohne diese Widerstände konstruktiv an der Zielerreichung arbeiten und Wohlbefinden erlangen.
8. **Selbst-Konkordanz:** Wohlbefinden tritt auch auf, wenn Ziele in das Selbstsystem des Klienten gut integriert sind (Sheldon, 2001).

13.5 Therapieziele: Funktionen, Analysen, Möglichkeiten

Da die Ziele so große Bedeutung in der menschlichen Entwicklung haben, muss ihnen in der Psychotherapie ebenfalls ein hoher Stellenwert zugeordnet werden. Mit der *Diagnostik* und der Therapie werden die Ziele und die Möglichkeiten der Zielerreichung erkundet und erprobt.

13.5.1 Funktionen der Therapieziele

Es lassen sich zahlreiche Funktionen von Therapiezielen in der Psychotherapie unterscheiden (Driessen et al., 2001):

1. **Ziele als Entscheidungsgrundlage für die Therapieplanung:** Hier ist die Zielanalyse die Grundlage für die Indikationsstellung. Dies erfordert ein Minimum an Problemerkennntnis und -strukturierung.
2. **Ziele als Kriterium der Erfolgskontrolle:** Nur durch den Vergleich vorher festgelegter Ziele lässt sich ermitteln, ob die Therapie ihr Ziel erreicht hat (s. u. Verfahren der Skalierung von Zielerreichung).
3. **Ziele bewirken eigene therapeutische Effekte:** Der Patient wird angehalten, seine jetzige Lage und seine gewünschte Lage zu vergleichen; dabei soll er lernen, realistische Zielperspektiven und die dazu gehörenden Zwischenziele zu erkennen und umzusetzen.
4. **Ziele zur Erfüllung ethischer Funktionen:** Vereinbarungen und Dokumentationen von Therapiezielen lassen nach erfolgter Aufklärung des Patienten auch zu, die Möglichkeiten, Folgen, Risiken und Grenzen zu erkennen. Sie sind damit die Basis für die informierte Einwilligung des Patienten (Sack, Schmidt-Ott, Lempa & Lamprecht, 1999). Dies beinhaltet insgesamt hohe Transparenz und dadurch Abbau therapeutischer Macht (Driessen et al., 2001). Demnach müssen Ziele immer mit dem Patienten abgesprochen und individualisiert sein.
5. **Ziele zur Erprobung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten unterschiedlicher Therapierichtungen:** Hier besteht mehr das akademische Interesse, Ziele und Methoden der relevanten Therapierichtungen miteinander zu vergleichen und auf ihre Effektivität hin zu überprüfen.

13.5.2 Klarheit und Orientierung der Zielvorstellungen des Patienten

Patienten verfügen über unterschiedlich klare Zielvorstellungen oder Verarbeitungsformen von Zielen:

1. **Klare und realistische Vorstellungen:** Die von ihnen angegebenen Ziele sind erreichbar, sie schätzen ihre Ressourcen angemessen ein und können aktiv an der Zielerreichung arbeiten.
2. **Keine oder unklare Vorstellungen:** Sie bedürfen zahlreicher Impulse und Methoden, um an mögliche Ziele herangeführt zu werden, bis sie dann in der Lage sind, konkrete eigene Ziele zu entwickeln.
3. **Unrealistische Vorstellungen:** Die Zielvorstellungen sind vorhanden, jedoch unter den Gegebenheiten kaum oder nicht erreichbar. Hier bedarf es entweder zahlreicher Zwischenziele oder einer deutlichen Umorientierung, mit der dann realistische Ziele erkannt und erreicht werden können. Hier ist die Zieldiskussion und Realitätserkennung möglicherweise der Kern der Therapie.
4. **Zielkonflikte:** Mehrere Ziele des Patienten können miteinander konkurrieren oder mit den Zielen anderer Personen (z. B. Partner) kollidieren (Michalak, Heidenreich & Hoyer, 2004).
5. **Festhalten an alten Zielen und Verhaltensweisen:** Gerade zu Therapiebeginn halten Klienten sehr an alten Zielen fest oder an solchen, die für sie unangemessen sind oder die sie nicht erreichen können (Brunstein, 1999).
6. **Verneinung als Ziel, Vermeidungsverhalten:** Häufig können Patienten nur die Negation ihrer derzeitigen Situation formulieren; sie beschreiben damit ausschließlich ihre Vermeidungsverhalten und möchten dieses eventuell weiterführen (s. ► Kap. 13.3.1).

13.5.3 Ressourcenanalyse

Die Erfassung und differenzierte Abklärung von Therapiezielen erfordert Ressourcenorientierung, die als ein Wirkfaktor von Psychotherapie gilt (Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Entsprechend muss eine Ressourcenanalyse vorgenommen werden, die zur Planung und Durchführung lösungsorientierter Ansätze beiträgt (Willutzki, 1990; 2000; Willutzki, Koban & Neumann, 2005).

! Ressourcen sind hier »... alles, was von einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation wertgeschätzt wird oder als hilfreich erlebt wird« (Nestmann 1996, S. 362). Darunter fallen die internen und externen subjektiven und objektiven Ressourcen, die es zu finden und zu aktivieren gilt. Diese sind z. B. Überzeugungssysteme, eigene Handlungsmöglichkeiten, aber auch soziale und materielle Hilfen in dem Umfeld des Klienten. Wiederholt erfahrene Nicht-Ereignisse beinhalten nicht erfüllte Erwartungen und die Erfahrung bzw. Erkenntnis, dass angestrebte Ziele unerreichbar bleiben. Diese führen zu umfassenden Lebensenttäuschungen. Ihre therapeutische Bearbeitung erfordert neben äußeren Ressourcen (wie soziale Unterstützung) auch innere Ressourcen, die eine Reorganisation des Selbst- und Weltbildes ermöglichen (Brandstädter & Renner, 1990). Wirksame innere Ressourcen sind hier auch praktizierte christliche Glaubensorientierungen (Preiser, Auth & Buttke, 2005). Letztlich werden in der neueren Forschung auch die Ressourcen im Alter beachtet (Forstmeier, Uhlenhorff & Maercker, 2005).

13.5.4 Erfassung und Analyse von Therapiezielen

Therapieziele können mitunter nur Teile der Lebensziele darstellen. Mit einer detaillierten Zielanalyse sollten mögliche Diskrepanzen zwischen Therapie- und Lebensziel erkannt und geklärt werden.

! Ziel jeder Zielanalyse ist es, möglichst klare, konkrete und verhaltensorientierte Aussagen über die erwünschten Verhaltensweisen und Zustände zu erhalten, denn erst dann wird der Klient in der Lage sein, daraus konkrete Veränderungen seines Verhaltens und auch seiner Kognitionen abzuleiten und einzusetzen.

Zur Erfassung von Therapiezielen können unterschiedliche Methoden genutzt werden (detaillierte Darstellung in: Michalak, Grosse Holtforth & Veith, 2005). Dabei ist es sicherlich sinnvoll, diesen Suchbereich möglichst wenig einzuengen,

jedoch optimal zu begrenzen. Lebensbereiche zur Zielerfassung wären: Familie, Partnerschaft, Beruf, Freizeit, allgemeines und spezielles Sozialverhalten usw.

Methoden zur Zielerfassung, Übersicht:

1. Interview und Exploration des Patienten
Hier können vom Patienten sowohl frei formulierte Ziele genannt, aber auch konkrete Fragen vom Therapeuten gestellt werden, um Ziele zu ermitteln. Diese gebräuchliche verbal-kognitive Methode ist durch die Verbalisierungsfähigkeit des Klienten begrenzt. Teilweise fehlen die geeigneten Impulse des Therapeuten – oder die Befragungsinhalte sind so verborgen/vergessen/unbewusst, dass sie mit einer konventionellen Verbalbefragung nicht oder nur sehr schwer oder undifferenziert zu erreichen sind.
2. Listen, Fragebögen, Tests
Nur Teile der realen Lebensziele können durch Listen, Tests etc. dargestellt werden und erleichtern oder standardisieren die Sucharbeit. So werden Listen vom Patienten erstellt und von ihnen oder anderen Personen gewichtet (Karoly & Ruehlman, 1995) oder Ziele, die sie durch die Therapie erreichen wollen, werden vom Patienten markiert (Michalak & Schulte, 2002). Als standardisierte Zielfragebögen sind z. B. zu nennen: Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS; Grosse Holtforth & Grawe, 2001) und der Fragebogen zu persönlichen Therapiezielen (FRAPT, Driessen et al., 2001). Ein Verfahren zur Erfolgsmessung ist die Goal Attainment Scale (GAS; Kisurek, Smith & Cardillo, 1994) mit ihren Weiterentwicklungen.
3. Arbeit mit Imaginationen

Strukturierte Arbeit mit Imaginationen

Der Klient wird dazu angeregt, positive Zukunfts-imaginationen (auch unrealistische) zu entwickeln und zu berichten. Danach analysieren Klient und Therapeut getrennt die Ton- oder Videoaufzeichnung der Sitzung, um sie dann gemeinsam durch-

zusprechen. Daraus werden gemeinsam positive Ziele abgeleitet. (Manual zur Elaboration wohlgestalteter Ziele in der Therapie, EPOS; Willutzki, 2000; Willutzki & Koban, 1996).

Situationsbezogene Arbeit mit Imaginationen

Je nach diagnostischen Erfordernissen werden während der Therapie Imaginationsphasen eingelegt, in denen der Klient konkret seine Situation betrachtet, daraus konkrete Ziele ableitet und gleichzeitig erprobt. Häufig können diese Erprobungen in unterschiedlichen Varianten erfolgen, in denen der Klient seine Ziele in der Imagination u. a. auf ihre Durchführbarkeit und in Bezug auf Schwierigkeit in der Erreichung etc. erprobt. Durch diese breit angelegte Form der Analyse und Diagnostik ist gleichzeitig der nahtlose Übergang zur Therapie (und umgekehrt) gegeben (Kossak, 1989; 2004a). Dieser Ansatz ist nachfolgend umrissen. Insgesamt liegt hier noch ein weites Forschungsfeld vor uns, in dem sich die Grundlagenforschung und die klinisch-psychologische Forschung mit ihren störungsspezifischen Modellen berühren (Michalak, Grosse Holtforth & Berking, 2007).

13.6 Kognitiv-behaviorale Methoden der Imagination und Hypnose

Wie bereits dargestellt (s. ► Kap. 13.2), sind Werte und Motive selten sprachlich klar repräsentiert; auch Lebens- und Therapieziele können anfangs oft nur unklar verbalisiert werden. Meist werden sie erst im psychotherapeutischen Prozess erarbeitet. Hauptschwerpunkt ist dann nicht allein die rationale Information, sondern Ziel ist es auch, imaginative und emotionale Verarbeitungsprozesse zu erreichen, da mit ihnen alle relevanten Sinne (hören, riechen, sehen, schmecken usw.), aber auch unausgesprochene Wünsche und Sehnsüchte verbunden sind. Für diese Such- und Analyseprozesse bieten sich besonders Imaginationsmethoden und Hypnose an. Auf diesem Weg lassen sich leichter positive Ziele erkennen und davon Handlungsweisen ableiten (Klinger, 1987; Willutzki & Koban, 2004 oder sogar erproben (Kossak, 2004a, 2007a).

! Als effektive Basis wird hier der kognitiv-behaviorale Ansatz vorgestellt, in dem moderne Verhaltenstherapie mit moderner Hypnose kombiniert wird (Kossak, 1983, 2004a, 2007a). Die therapeutischen Anwendungen von Imaginationen und Hypnose sind aus unterschiedlichen Therapiebereichen bekannt und werden je nach deren theoretischen und methodischen Ansätzen unterschiedlich genutzt (z. B. Petermann & Kusch, 2004; Lazarus, 2000; Kossak, 2002, 2004a, 2004b, 2007a, 2007b).

Die nachfolgenden Methoden stellen Impulse dar, u. a. mit Blockaden oder Vermeidungsverhalten umzugehen, die das Erkennen, Entwickeln und Erreichen von Zielen verhindern. Weiter werden Methoden vorgestellt, mit denen die zu den Zielen gehörenden, Einstellungen und Verhaltensweisen aufgebaut, erprobt und eingeübt werden können. Insgesamt kann hier nur ein kleiner Abriss erfolgen. Die später zitierten Fallbeispiele sind Kossak (2004a) entnommen.

13.6.1 Ziel: Symptomheilung und Rückgewinnung von Selbstkontrolle

Bei chronischen (körperlichen) Erkrankungen fühlen sich Patienten ihrer Krankheit und deren Folgen ausgeliefert, erleben sich selbst nicht mehr als Lenker ihres Lebens (»external locus of control«, Rotter, 1966), sind in ihrem Alltagsleben eingeschränkt, ihre Depressionen und Suizidgefährdung nehmen zu. Sinnvolle Ziele sind bei derartigen Erkrankungen, die Heilung der Krankheit selbst, ihre einzelnen Symptome oder Folgeprobleme zu bewältigen bzw. abzubauen und wieder eine bessere Lebensqualität zurückzugewinnen. Dieser Abschnitt zur Krankheitsbewältigung wird hier dargestellt, da imaginative Verfahren und besonders Hypnose in hohem Maße geeignet sind, diese Ziele zu erreichen. Dazu wird häufig Selbsthypnose erlernt, um darüber Selbstkontrollmechanismen aufzubauen, die es dem Patienten ermöglichen, wieder über sich selbst zu bestimmen (»internal locus of control«). Dies beinhaltet auch das Erlernen hypnotischer Entspannung und Autohypnose zur Stressreduktion und zur spezifischen Symptom-

beeinflussung (s. u.), aber auch die konkrete Veränderung des Lebensstils wie z. B. Arbeitsstrukturierung, -reduktion, Pausen, Tagesstrukturierung, Freizeitgestaltung, Sport, Essverhalten ggf. in Hypnose zu erproben und einzuüben.

Zur Symptombehandlung werden Imaginationen und Suggestionen gewählt, die über bekannte Erfahrungen des Patienten dessen spezifische physiologische Systeme ansprechen, die sonst nicht der direkten Kontrolle zugänglich sind.

Colon irritabile (Reizdarm): Bei dieser komplexen Erkrankung begegnen wir zwei modernen und sehr effektiven Vorgehensweisen, die mit unterschiedlichen therapeutischen Zwischenzielen arbeiten.

Das Manchester-Modell (z. B. Gonsalkorale, 2006) ist daran ausgerichtet, die Patienten in hypnotischen Methoden zu unterweisen, mit denen sie ihre Darmfunktionen wieder normalisieren können, was über Entspannung und Abbau von psychischem Stress hinausgeht. Ein Teil dieser Methoden ist:

Beispiel

Handwärme auf dem Abdomen: Der Patient wird gebeten, eine Hand auf sein Abdomen zu legen, bis drei zu zählen (= späterer Auslösereiz) und sich auf das Gefühl der Wärme oder des Wohlbehagens zu konzentrieren, das die »Kraft des Geistes in den Verdauungstrakt leitet, ihn dadurch beruhigt und ihm das Gefühl des Wohlbehagens gibt, mit dem er Kontrolle über den Darm bekommt und ihn wieder zum Normalen führt.«

In dem Programm des North Carolina Protocol (z. B. Palsson, 2006) steht mehr im Vordergrund, durch hypnotische Suggestionen die Aufmerksamkeit vom Symptom abzulenken und die Abnahme der Schmerzintensität und Schmerzhäufigkeit zu fördern.

Beispiel

Suggestionen für multisensorische Imagination (Beispiel): Der Patient stellt sich eine warme, gemütliche und stabile Holzhütte in den Bergen vor; er liegt in einem



weichen, warmen Bett nahe einem warmen und knisternden Kamin und erlebt die dazu gehörenden Geräusche, Gerüche, Temperaturen, Farben und Tastwahrnehmungen.

Diese Imaginationen werden mit den suggerierten Symptomveränderungen (am Darm) verbunden: »Auch wenn es draußen stürmt, können Sie das in der sicheren und bequemen Hütte kaum hören. In der gleichen Weise sind Sie mehr und mehr jeden Tag geschützt vor dem Schmerz und dem Unwohlsein in Ihrem Magen und Darm. Sie nehmen dieses Unwohlsein oder den Schmerz immer weniger und weniger wahr, bis Sie nichts mehr in Ihren Eingeweiden stören und irritieren kann« (Palsson 2006, S. 53).

Psychologische Behandlungen haben sich hier als effektive Alternativen zur medizinischen Behandlung erwiesen. Empirische Daten belegen, dass allein die kognitiv-behavioralen Methoden und Hypnosebehandlungen in hohem Maße zur Symptomverbesserung beitragen (Palsson, 2006).

Weitere Ziele und Unterziele bei chronischen Erkrankungen

Adipositas: Von den vielen erfolgreichen Behandlungen mit Hypnose schneidet ebenfalls die Kombination mit Verhaltenstherapie besonders gut ab. Hierbei sind die Methoden erfolgreich, bei denen der Aufbau von Selbstkontrolle im Vordergrund steht wie z. B. Auslöser des Essverhaltens finden (Frustration etc.), Stimuluskontrolle der unangemessenen Kognitionen und Selbstkontrolle in Versuchungssituationen zu erwerben (z. B. Bornstein und Devine, 1980; Coman & Evans, 1996; Heusinger & Krause, 1991).

Beispiel

Beispiel von Bornstein und Devine (1980): In Hypnose beobachten die Patienten Modelle, die als Vorbilder für Bewältigungsstrategien agieren, so z. B. beim Einkaufen, einen schlanken Gemüsehappen essen, sich selbst Kontrollinstruktionen geben. Gleichzeitig werden diese erfolgreichen Modelle in Hypnose gelobt für ihre Gewichtsreduktion.

Chronischer und akuter Schmerz (in unterschiedlichen Systemen). Bei dieser komplexen Problematik wird mit sehr komplexen Vorgehensweisen gearbeitet. Fast immer beinhalten sie: Selbsthypnose und dadurch Selbstkontrolle, Senkung der Erwartungsangst, Veränderung der Schmerzqualität und damit der Schmerzintensität, dadurch Erhöhung von Aktivität und Funktionsfähigkeit der Patienten (Rückgewinnung von Autonomie) und Reduktion des Medikamentenkonsums (z. B. Jacobs & Bosse-Düker, 2005; Scholz, 2006).

Beispiel

Therapieziel Schmerzwahrnehmung: Bei einem Patient mit Migräneanfällen ist ein Teil der hypnotherapeutischen Intervention: »Ich möchte Sie einladen, diesen Anfall mit mir als einen Film anzusehen von seinem Beginn bis zu dem Zeitpunkt der schlimmsten Folter ... Und wir können den Film uns jetzt rückwärts ansehen, können ihn anhalten, beliebig vor- und zurückspiele (Scholz 2006, S. 183).

Therapieziel Schmerzbewältigung: Bei einem 63 Jahre alten Patienten mit starken Hüftschmerzen, die auch Gehbehinderungen bedingen, wird in Hypnose eine umfangreiche metaphorische Anekdote zu seiner Problematik erzählt. Nachfolgend der Abschnitt zum Bedeutungsreframing: »Also, Sie möchten nicht immer und ausschließlich auf den Rollstuhl und damit auf andere angewiesen sein. Sie möchten sich mehr bewegen und sich bei anderen nützlich machen. – Was bringt Ihnen das ein?« fragt der Arzt. »Nun ich wäre dann weniger auf meine Familien angewiesen. Ich käme unter die Leute. Ich könnte meine allerpersönlichsten Dinge selbst erledigen ... Und auf jeden Fall hätte ich weniger Grund launisch und missmutig zu sein.« (Scholz 2006, S. 197).

Allergische Rhinitis (Heuschnupfen): durch Selbstkontrollmaßnahmen wie Autosuggestionen Unempfindlichkeit gegenüber den konkreten Allergenen bewirken (Wyler-Harper, 1993; Langewitz, Izakovic, Schindler, Kiss & Bircher, 2005).

Beispiel

Ziele sind hier, das Immunsystem anzusprechen, zu stärken und die Sensibilität gegenüber bestimmten (allergen) Reizen zu reduzieren. Die Heuschnupfenpatienten erhalten während der Hypnoseentspannung die positiven Suggestionen: »Meine Augen sind bequem – Meine Nase ist frei – Ich kann gut atmen – Mein Hals ist ruhig – Ich kann den Frühling genießen.« Damit verbunden wird der posthypnotische Auftrag, diese Entspannung mit den Suggestionen wiederholt als Selbsthypnose durchzuführen (Wyler-Harper, 1993).

Raynaud-Erkrankung: Ziel ist hier das Erreichen angemessene Steuerung des Tonus in den peripheren Gefäßen der Extremitäten durch u. a. Imagination von Sommer-Sonnenwärme, wodurch die Hand- und Fußwärme erhalten bleibt und die pathogene Vasokonstriktion bei niedrigen Außentemperaturen verhindert wird (Schreiber, Schreiber & Weeks, 1998).

Beispiel

Suggestionen der Temperaturzunahme in der Haut werden gegeben wie z. B.: »Sie sitzen vor einem offenen Kamin, spüren seine strahlende Wärme ... und halten nun Ihre Hände dieser Wärme entgegen. Sie spüren deutlich, wie Ihre Hände wärmer und wärmer werden.« Sehr schnell kann ein Temperaturanstieg von bis zu 3,9°C erreicht werden und die Dauer der Raynaud-Attacken wird dadurch deutlich verkürzt (Weber & Hausteine, 1995).

Krebserkrankung. Im Vordergrund stehen unter anderem die Stärkung des Immunsystems durch Autohypnose mit bestimmten Bildern zur Abwehr, zur Schmerzreduktion und zur zunehmenden aktiven Lebensgestaltung (z. B. Simonton et al., 1982; Susen, 1996).

Beispiel

Auszug aus den Suggestionen von Susen (1996, S. 79): »Ich stehe am Ufer und schaue dem Strom zu ... spüre die Kraft, die von ihm ausgeht ... und genieße das Bewusstsein, dass dies mein Strom ist ... der mich durchfließt und alle meine Organe und Zellen mit Energie versorgt ... Ich steige in ein Boot, lasse mich vom Strom erfassen ... und treibe auf der Strommitte ... ruhig ... voller Vertrauen ...«

13.6.2 Werte und Lebensziele über eine Metapher wiederfinden

Besonders bei gravierenden und chronischen Krankheiten lassen sich im reinen Verbaldialog nur schwer Werte und Ziele finden. Wenn zusätzlich die direkte Ansprache über Imaginationen nicht möglich ist, kann der Patient leichter über Metaphern erreicht werden.

Beispiel

Die 37 Jahre alte Klientin leidet nach einer Wirbelsäulenoperation unter partieller Halbseitenlähmung. Auf dem Weg zu ihr in die Klinik verunglückte ihr Freund tödlich. Sie lebt seitdem sehr zurückgezogen, ist spärlich eingerichtet, leidet unter starken Depressionen, Schuldgefühlen und ist stark suizidgefährdet, kann keine für die Therapie hilfreichen Ressourcen, Nahziele oder sogar Lebensziele nennen. Potenzielle Ziele müssten für sie relativ attraktiv und sehr einfach zu erreichen sein, damit sie diese akzeptiert; auch ihre Körperbehinderung ist zu berücksichtigen. Da sie nicht in der Lage ist, direkte Änderungen vorzunehmen, soll versucht werden, sie **indirekt über die Metapher** des Wachsens und Entfaltens zu erreichen; erprobt wird das Bild der sich langsam entwickelnden Blütenpflanze. Da die Patientin zur Therapie mit der Bahn anreist, erlebt sie in Hypnose das Schaufenster des Blumenladens

in der Bahnhofshalle, darin die Topfpflanzen mit ihren unterschiedlichen Formen und Blütenfarben. An ihrer Mimik stellt sich nach wenigen Minuten erkennbar Interesse und Freude ein. Nun soll sie sich die Pflanze auswählen, die ihr am besten gefällt. In der anschließenden Besprechung der Intervention wird ihr vorsichtig nahe gelegt, diese Pflanze zu kaufen, was sie recht widerwillig befolgt. Im Verlauf der nächsten Tage und Wochen hat sie jedoch immer mehr Freude daran. Schließlich kauft sie mehr Topfpflanzen, ist froh, sie so gut versorgen zu können, dass sie sogar blühen. Unterstützt von therapeutischen Gesprächen bekommt die Patientin immer mehr Interesse an ihrer Umgebung, gestaltet ihre Wohnung nett, lädt Freundinnen ein, wird wieder Mitglied im Kirchenchor, nimmt an Ausflügen teil, traut sich trotz ihrer einseitigen Armspastik das Fahrradfahren zu und nimmt eine stundenweise Tätigkeit in einer Bücherei an. An ihren Freund muss sie noch oft denken, zwar mit Trauer, aber ohne Depression. Ihr Lebensziel ist nun, den Tag zu genießen und Freude im Hier und Jetzt zu haben.

13.6.3 Klarheit durch Distanz (Der geheime Raum)

Befindet sich eine Person (zeitlich, räumlich, emotional, inhaltlich) zu dicht an ihrem Problem, kann sie eventuell nur noch dieses oder seine Verneinung formulieren, nicht jedoch sinnvolle Ziele und die damit verbundenen erfolgreichen Lösungen. Hilfreich sind hier Methoden, die auf Dezentrierung, Distanzierung, Dissoziation basieren: Durch z. B. räumlichen Perspektivenwechsel, Hineinversetzen in eine andere Person, Wechsel der Zeitperspektive etc. kann der Klient Abstand zu sich selbst und seinem Problem gewinnen und dann leichter Ziele und Lösungen erkennen.

Beispiel**Methode: Der geheime Raum**

Der Person wird vorgeschlagen, ihren geheimen privaten Raum zu finden, in dem sie sich sicher fühlt und von dort aus einer Distanz heraus Geschehnisse beobachten kann. Das kann das Baumhaus der Kindheit sein, die Hängematte an einem exotischen Strand, die Kuschelecke auf dem Sofa oder der etwas versteckte Sonnenplatz am Springbrunnen im Garten.

Angeleitet durch den Therapeuten erlebt der Klient (distanziert) das relevante Geschehen und kann nun mit diesem Abstand über seine Meinungen und Gefühle dazu berichten. Bei zu starken Belastungen kann er sich in seinen geheimen Raum weiter zurückziehen, kann nach Bedarf die Distanz zum Geschehen verkleinern oder vergrößern, wodurch ihm Beziehungen und Problemlagen bewusster werden können. Er erkennt leichter, welche Grenzen und Veränderungen er für sich realisieren möchte. Möglicherweise gelingt es ihm auch, aus dem geheimen Raum hervorzutreten und dann selbst zu intervenieren. Er kann dabei in der Interaktion mit den relevanten Personen ihre und seine veränderten Einstellungen und die damit verbundenen Verhaltenweisen auf unterschiedlichen Ebenen erproben.

Beispiel**Methode: Straße der Entscheidung**

Die Person geht auf der Straße der Entscheidung, bis sie an eine Weggabelung gelangt, die entsprechend den Alternativen in die Straßen A und B führt. Hier muss sie sich entscheiden, welchen der beiden Wege sie nun gehen will. Nachdem sie einige Zeit dort entlanggeschritten ist, sind 10 Jahre vergangen. Die Person erwacht morgens, erblickt sich um zehn Jahre gealtert im Spiegel und erlebt nun einen Tagesablauf in diesem Lebensbereich. Abends schaut sie wieder in den Spiegel und spürt deutlich ihre Gefühle, die mit diesem Tag verbunden sind.

Nun befindet sie sich wieder auf der Straße der Entscheidung, kommt an die Wegesgabelung, geht den Weg der anderen Alternative und erlebt dort wieder einen Tagesablauf, usw. Danach kommt sie nochmals über die Straße der Entscheidung zur Weggabelung und soll nun sehr plastisch ihre Gefühle jeweils zu Lösung A und B wahrnehmen.

13.6.4 Ziel: Entscheidungen herbeiführen (Straße der Entscheidung)

Liegen zwei vermeintlich gleich attraktive Ziele vor, kann davon jedoch nur eines realisiert werden, treten starke Entscheidungskonflikte auf. Derartige Konflikte liegen z. B. bei folgenden Alternativen vor: die bestehende Ehe fortsetzen bzw. die Ehe auflösen; den bisherigen Beruf beibehalten / zu einem anderen wechseln. Hier ist es dann sehr hilfreich, über rationale Argumente hinausgehend Imaginationen und damit emotionale Aspekte anzusprechen, die bislang kaum zum Tragen kamen.

Sehr viele Klienten können hier sehr schnell und mit sichtlich hoher emotionaler Beteiligung die Vor- und Nachteile der Alternativen berichten und sich recht sicher entscheiden. Durch diese Methode können sie ihre bislang unterdrückten Gefühle zulassen (z. B. wie sehr wichtig dieser Partner trotz aller Auseinandersetzung noch ist; welche Ängste vor dem Alleinsein bestehen), also ihre Ängste, Wünsche, Sehnsüchte, die für die Erreichung sinnvoller Lebensziele in hohem Maße entscheidend sind.

13.6.5 Ziele aus der Vergangenheit müssen erreicht werden?!

Ein Kindheitstrauma kann oft daran hindern, Lebensziele zu entwickeln oder zu verwirklichen. Nur durch die Aufarbeitung des Traumas kann dann eine Weiterentwicklung erfolgen. Sinnvolle Ziele sind hier meist: Lösung der früheren Problematik.

Beispiel

Die 49 Jahre alte Klientin leidet seit ihrer Kindheit unter generalisierter Sozialangst und Minderwertigkeitsgefühlen und glaubt, sie dürfe deshalb nicht Kontakte mit anderen Menschen aufnehmen. Sie lebt trotz ihrer großen Familie sehr zurückgezogen, weint sehr oft, hat Magenbeschwerden und starke Brechreize. Rein verbal-exploratorische Methoden erbringen wenig brauchbare Informationen. Jedoch bei einer Altersregression in Hypnose erlebt sie im Alter von sieben Jahren sehr plastisch eine Szene, in der ihr durch Falschaussagen ein Unrecht geschieht, für das sie sich auf Geheiß der Mutter entschuldigen muss. Als sie sich widerstrebend bei der Verleumderin entschuldigt, ruft diese sinngemäß: »Aus dir wird nie etwas. Dich wird nie ein Mensch mögen.« Deutlich ist bei diesem wiederholten Erleben in Hypnose ihre starke emotionale Beteiligung zu erkennen.

In Hypnose kann sie nun ihr seit 42 Jahren bestehendes Ziel realisieren, sich (nun mit Zustimmung der Mutter) **nicht** entschuldigen zu müssen. Sobald sie diese durch sie selbst bestimmte Handlung (ebenfalls in Hypnose) durchführt, tritt ab sofort keines ihrer Symptome und Probleme mehr auf; der als Fluch empfundene Ausruf der Verleumderin von damals hat keine Wirkung mehr. Sie kann nun ein ganz normales Leben führen; auch in einem Katamnesezeitraum von über fünf Jahren sind keine Rückfälle festzustellen (Kossak, 1989).

deutlich: Ihr Aufenthalt auf einer Isolierstation, dabei ihre Verlassenheit und Hilflosigkeit als Kleinkind und die psychischen Hospitalisierungsschäden (Depression, Retardierung). Als Intervention wird mit ihr »realisiert«, als Kind die Klinik **eigenständig** zu verlassen. Als ihr dieses selbstbestimmte Verhalten in Hypnose gelingt, ist ihre gesamte Symptomatik abrupt beendet. In einem Katamnesezeitraum von sechs Jahren wird nur noch von weiterem beruflichen und privaten Wohlbefinden berichtet.

Für beide Klientinnen war es besonders bedeutsam und sinnvoll, eine Lösung zu erhalten, mit der sie aktiv und selbstständig ihr unbewusstes Ziel der Autonomie erreichen konnten – auch wenn diese Lösung scheinbar über Jahrzehnte zurück lag.

13.6.6 Langzeitziel blockiert Gegenwart

Zu hoch gesetzte oder unrealistische Langzeitziele können zu überhöhten Erwartungen, zu Stress und sowohl psychischen als auch physischen Erkrankungen führen, die sich auf die gegenwärtigen Entfaltungsmöglichkeiten auswirken und damit die zukünftige Zielerreichung blockieren können.

Beispiel

Die Medizinstudentin (27 Jahre) wacht seit Beginn ihres Studiums morgens mit nicht zu erklärenden Brechdurchfällen und Depressionen auf, die sie für mehrere Tage lern- und arbeitsunfähig machen. Ihre Ziele sind: das Studium erfolgreich beenden und wieder uneinträgliche Lebensfreude zu erreichen. Nach einer langen Explorationsphase werden erst in der Altersregression in Hypnose die Ursachen

Beispiel

Christoph (13 Jahre) leidet seit ungefähr 9 Monaten unter Colitis ulcerosa. Durch Cortison ist sein Gesicht entstellt, seine körperliche Entwicklung ist retardiert; eine Colonresektion wird diskutiert. Das Langzeitlebensziel ist für ihn, das Abitur zu machen und zu studieren. Seine Schulanforderungen und viele Freizeitbereiche bewirken emotionalen Stress und dadurch Symptomverschlimmerung. In Absprache mit ihm und den Eltern erfolgt Stressreduktion durch den Wechsel auf die Realschule, von der er ggf. später wieder auf das Gymnasium zurückwechseln kann. Darauf lässt er sich ein, erlernt Selbsthypnose zur Entspannung und Suggestionen



zur »Darmregulation«; er übt in Hypnose, sich in konkreten sozialen Stresssituationen ruhiger zu verhalten. Nach einigen Wochen kann die Behandlung erfolgreich beendet werden. Die Katamnese über 20 Jahre zeigt: Seine Krankheit tritt später – wenn überhaupt – in sehr schwacher Form auf; er kann sie dann mit Selbsthypnose und Selbstkontrolle bewältigen. Mit zunehmender Verbesserung kann er sich mehr Leistung zutrauen, das Abitur schaffen, einen höheren Beruf ergreifen und danach zwei Studiengänge abschließen. Er ist froh, dieses für ihn wichtige Lebensziel erreicht zu haben.

13.6.7 Zielerreichung durch Selbstkontrolle ermöglichen

Nicht immer können Klienten Ziele formulieren. Durch ihre gegenwärtige Problematik sind sie meist so beansprucht, dass sie kaum Kapazitäten frei haben, über andere sinnvollere Perspektiven nachzudenken.

Beispiel

In Thorstens (13 Jahre) Problemelternhaus treten häufig Konflikte auf, die vom Vater nur mit Aggressionen »gelöst« werden. Entsprechend reagiert Thorsten bereits auf nichtige Anlässe in der Schule mit verbalen und körperlichen Aggressionen, sodass ihm der dritte Schulverweis droht. Sein Ziel ist, auf der Schule bleiben zu dürfen. Weitere Fernziele sind für ihn zu abstrakt. In einer intensiven und komplexen Verhaltenstherapie in Hypnose erlernt er Selbstkontrolle und kann sich bereits nach einer Sitzung angemessen verhalten: Er meldet sich, spricht sachbezogen, benutzt keine Schimpfwörter, kann Konflikte ohne Gewalt austragen etc. In einem Katamnesezeitraum von fünf Jahren berichtet er: Mit 16 Jahren leitet er mit Freude eine christliche Jugendlichengruppe, kümmert sich dort besonders um aggressive Kinder, besteht seinen

Schulabschluss und seine Lehre mit gutem Erfolg. Er betont immer wieder, dass ihm erst die Verhaltensänderung die Sichtweise für Lebensziele ermöglichte – und auch deren Erreichung.

Beispiel

Aufbau von Selbstkontrolle bei Jugendlichen. Delinquente Jugendliche haben meist geringe Selbstkontrollmechanismen, sind schnell frustriert und reagieren bei nichtigen Anlässen gereizt und ungesteuert aggressiv. Wenn sie aus einem sog. sozial benachteiligten Milieu kommen, haben sie selten Lebensziele oder solche, die für ihre Möglichkeiten unrealistisch sind. Selbst Jugendstrafen nehmen sie dann scheinbar gleichgültig hin. Bei Mellor (1960) erlangen sie mit Imaginationen und Hypnose eine verbesserte Selbstwahrnehmung, mit der sie erkennen, dass die Ursachen für ihre Aggressionen z. B. an den morgendlichen Auseinandersetzungen im Elternhaus liegen. Sie erlernen Selbstkontrolle, Aufbau von Selbstvertrauen und können sich dann wesentlich angemessener verhalten. Siehe hierzu auch die Vorgehensweise von Signer-Fischer (2000).

13.6.8 Zwischenziel: Emotionale Blockaden abbauen (Wegwerftechniken)

Sind Zukunftsziele klar, so können dennoch gegenwärtige quälende Gedanken an die Vergangenheit (z. B. Schuldgefühle) oder an die Zukunft (z. B. Sorge, ob man dem neuen Beruf gewachsen sein wird) deren Realisierung beeinträchtigen. Wenn hier keine Lösungen in der Gegenwart möglich sind, können starke psychische Blockaden zu Handlungseinschränkungen führen. In solchen Fällen helfen so genannte Wegwerf- oder Abfalltechniken (Kossak, 2004a) wie z. B. die sehr effektive folgende von Walch (1976).

Beispiel

Methode: Roter Ballon

Man stelle sich eine Kiste vor, in die man sein Problem (quälender Gedanke, Gegenstand, unangenehmer Mensch) packt, die Kiste sicher verschließt, dann an einen großen roten Ballon bindet und sie mit ihm in die Ferne entschwinden lässt. Gleichzeitig stelle man sich vor, wie mit der Entfernung der Kiste das Problem immer kleiner und unbedeutender wird. Es ist stets zu beobachten, wie schnell und wirkungsvoll diese Imaginationsmethode den »inneren Frieden« wieder ermöglicht und wie die Person nun zuversichtlicher und strebsamer ihre bislang blockierten Ziele verfolgen kann.

merksam überfliegt. Dann sucht er (weiterhin in der Imagination) das relevante Kapitel heraus und schreibt daraus Stichworte auf. Plastisch vorgestellt nimmt er nun sein Schreibgerät (Kuli oder PC-Tastatur) und macht Notizen. Nun imaginiert er nochmals diesen gesamten Ablauf, öffnet dann seine Augen, steht auf, begibt sich an seinen Arbeitsplatz und realisiert die ihm inzwischen bekannten Arbeitsschritte.

Auch hier ist es immer wieder sehr erstaunlich, wie leicht und sicher die Umsetzung von der Imagination/Hypnose in das reale Handlungsziel ist.

13.6.9 Handlungsziele endlich realisieren (Lernbeginn, Arbeitsbeginn)

Mitunter sind uns die Ziele relativ klar, jedoch der Beginn ihrer Realisierung ist so schwer, dass er über lange Zeit vermieden oder verschoben wird, besonders bei unangenehmen Handlungen. Obwohl das kognitive Hauptziel wie z. B. »Examensarbeit bzw. Referat schreiben« klar definiert ist, reagiert man mit Vermeidungsverhalten, weil kein konkreter Plan besteht, den man abarbeiten könnte. Ein Teil der Lern- und Leistungsstörungen und Examensprobleme ist eng damit verbunden (Kossak, 2006).

Beispiel

Methode: Den Handlungsbeginn mental einüben

Der Klient sollte sich anfangs räumlich vollkommen vom Arbeitsfeld (Schreibtisch) zurückziehen und für einige Minuten entspannen; dadurch gewinnt er mentalen Abstand zu seinem Ziel (= Distanzierung, s. o.). Nun stellt er sich detailliert vor, wie er das relevante Buch aus dem Regal nimmt, sich an den Schreibtisch setzt, das Buch aufschlägt, das Inhaltsverzeichnis auf-

13.6.10 Zielvorstellung: Selbstvertrauen und Selbstsicherheit als Lebensbasis

Angemessenes Selbstvertrauen beinhaltet unter anderem die differenzierte Selbstwahrnehmung, ein möglichst stabiles Selbstkonzept, Sicherheit im Umgang mit diesem Konzept und die realistische Bewertung und Erwartung von Erfolg und Misserfolg, damit verbunden die angemessene Einschätzung von Rückmeldungen. Hier kann in Hypnose mit folgenden Methoden gearbeitet werden: Selbstkonfrontation, Altersregression, Probehandeln, Betrachten imaginierter Videos über das eigene Verhalten, Reframing, kognitive Umstrukturierung etc.

Beispiel

Aufbau des Selbstvertrauens in Hypnose

- In der Hypnose können folgende Aspekte berücksichtigt werden (Signer-Fischer, 2000, S. 51 f):
- Einüben kritischer Selbstwahrnehmung in Bezug auf positive und negative Qualitäten und in Bezug auf Persönlichkeitseigenschaften
 - Umgang mit positiven und negativen Qualitäten und Persönlichkeitseigenschaften, diese akzeptieren und in das Selbstbild einfügen

- Analyse von Erfolgs- und Misserfolgssituationen und Finden von möglichen Gründen für interne und externe Erfolge und Misserfolge
- Erfolgserlebnisse erinnern und sammeln und diese ins Selbstbild einfügen
- Einbeziehung der Bezugspersonen, die angemessene Rückmeldungen über Erfolg und Misserfolg geben sollen

Aufbau von Selbstsicherheit: Besonders Frauen übernehmen soziale und kulturelle Regeln überstark für sich wie z. B. anderen zu gefallen, anderen den Vortritt zu geben und dabei eigene Bedürfnisse hintenanzustellen. Hier muss eine Umbewertung erfolgen, gegenüber anderen Grenzen setzen zu können oder Selbstsicherheit zu erlernen. Dazu kann Hypnose hilfreich sein, die angestrebten Ziele einerseits bewusst zu machen und sie andererseits z. B. mit Probehandeln zu erkunden, auszuprobieren und einzuüben.

Methode: Idealisiertes Selbstbild

Die von Susskind (1970) entwickelte Methode des idealisierten Selbstbildes (ISB) ist ein Selbstkontrollverfahren zum Aufbau von Selbstvertrauen, Selbstsicherheit, zur Wahrnehmung eigener Fähigkeiten und zur Selbstverstärkung. Die Methode kann als rein imaginatives Verfahren oder in Hypnose bzw. Selbsthypnose angewandt werden.

Beispiel

Instruktion zum idealisierten Selbstbild

1. »Schließen Sie Ihre Augen und sehen Sie sich als Ihr idealisiertes Selbstbild, sehen Sie sich, wie Sie alle Eigenschaften, Merkmale und alle Qualitäten haben, die Sie gerne haben möchten.«
 - a) Der Patient soll nun ein ISB entwerfen, das er in der Realität innerhalb kurzer Zeit erreichen kann. Durch eine allmähliche Annäherung wird das ISB stets den Realisierungen angepasst.



- b) Der Patient lernt, das ISB mit seinen eigenen Worten zu beschreiben und formuliert dadurch seine Verhaltensziele, die ggf. unangemessen oder überhöht sein können und deshalb unter Umständen korrigiert werden müssen.

2. »Streifen Sie das idealisierte Selbstbild über Ihr derzeitiges Selbstbild und beobachten Sie die Unterschiede und Veränderungen.«
Dieses ISB soll nun nicht in Tagträumereien, sondern in konkreten Handlungen aktualisiert werden, die auf die vorher definierten Ziele ausgerichtet sind.
3. »Um das idealisierte Selbstbild auch zu verdeutlichen bzw. zu erreichen, rufen Sie sich ein erfolgreich gemeistertes Ereignis etc. in Erinnerung und die damit verbundenen Erfolgsgefühle.«
4. »Lassen Sie diese Erfolgsgefühle auf sich wirken und ausdehnen auf gegenwärtige Handlungen und planen Sie diese Handlungen für die nächste Zukunft. Also: konzentrieren Sie sich auf das Erreichte und Ihren Erfolg. Das heißt nicht, dass Sie die Misserfolge und Fehler ignorieren, sondern dass Sie diese als ein »Stoppsignal« sehen und als Möglichkeit, Ihre Lernprozesse zu überprüfen. Sie können sich dann fragen: Was tue ich, damit es falsch wird? Wie kann ich meine Taktiken ändern? Wie mache ich von hier aus weiter?«
5. »Identifizieren Sie sich mit dem idealisierten Selbstbild. Bei allen Tätigkeiten während des Tages im Büro, zu Hause, beim Einkaufen sollen Sie sich so verhalten, so fühlen und so Beziehungen herstellen wie Ihr idealisiertes Selbstbild. So wie Sie sich sehen, werden auch die anderen Sie sehen. Und weiter: So wie Sie sich wahrnehmen, so werden Sie handeln, fühlen und sich gegenüber anderen verhalten.«

Diese Methode erfordert einiges an Übung, bis man schließlich in der Lage ist, Pläne und Handlungsziele zu entwerfen und sie in der Imagination zu erproben. Auch hier gelingt dann die Umsetzung in die Realhandlung leichter und erfolgreicher.

13.7 Vorteile, methodische Hinweise und Abgrenzungen

Hier kann nur ein kurzer Abriss erfolgen; differenziertere Ausführungen sind z. B. bei Kossak (2004a; 2004b) zu finden.

13.7.1 Vorteile der Kombination von kognitiv-behavioralen Methoden und Hypnose

Vorteile der Interventionen auf der Vorstellungsebene (Imagination oder Hypnose = Innenbilder) sind z. B.:

- Die Arbeit mit Innenbildern erleichtert den Zugang zu den mit ihnen verbundenen Emotionen und Blockaden, erleichtert aber auch Suchprozesse, Selbstbeobachtung und Probehandlungen.
- Relevante Bedingungen wie Umgebung, Personen, Aufgaben, Schwierigkeitsabstufungen lassen sich leichter den therapeutischen Anforderungen anpassen.
- Übungsschritte sind nahezu beliebig unterteilbar, wiederholbar modifizierbar, zu erproben – so auch Alternativhandlungen und deren Auswirkungen.
- Die bislang rein auf der Vorstellungsebene durchgeführten Handlungen werden wie Realhandlungen mit all ihren Erfolgskomponenten abgespeichert. In der Realsituation können sie dann als bereits erprobte Erfahrungen abgerufen und durchgeführt werden (Kossak, 2004a).

13.7.2 Methodische Hinweise

In der Situation der Imagination, besonders in Hypnose, ist eine Person sehr offen für neue Erfahrungen und Gefühle. Deshalb ist sie extrem verletzlich und bedarf eines besonderen Schutzes: Abschirmung von äußeren Störfaktoren, behutsamer Umgang mit ihren Aussagen und Gefühlen, keine Überforderung.

Es wird eine hohe Kompetenz des Therapeuten verlangt, da durch das intensive Erleben plötzliche und starke Emotionen auftreten können. Auch

sollte der Therapeut im gleitenden Übergang zwischen den sich ergebenden Diagnose- und Therapieinformationen handeln können. Das heißt Hypothesen ableiten, Therapieziele und Theoriehintergrund beachten, Interventionen ggf. modifizieren, Methoden abwägen und einbringen, in Imaginationen und Suggestionen umsetzen, Sprache beachten usw.

13.7.3 Praxishinweise

In der Praxis sollte beachtet werden:

- Dem Klienten sollte das Vorgehen erklärt werden, so auch welche Szene er gleich imaginieren soll (z. B. genaue Beschreibung der Problemsituation am Arbeitsplatz: Ort, Personen).
- Der Klient sollte darüber informiert werden, dass seine Imaginations-Erlebnisse und Aussagen dazu nicht als falsch oder richtig bewertet werden können, sondern möglichst spontan sein sollten.
- Die Formulierungen des Therapeuten sollten wenig direktiv sein, sondern mehr Impulse enthalten, mit denen der Klient seine Bilder und Szenen und die damit verbundenen Emotionen, Wünsche und Motive entwickelt.
- Instruktionen, Anregungen, Fragen sollten stets in kurzen Sätzen mit einfacher Grammatik im Indikativ gestellt werden. (»Sie befinden sich in X« anstatt: »Sie würden sich nun in X befinden« oder »Was tun Sie jetzt?« anstatt »Was hätten sie dann getan?«)
- Es sollten nur positive Formulierungen verwandt werden wie z. B. »Sie sind im Examen entspannt, weil Sie gelernt haben«. Negative Formulierungen wie »Sie haben **keine** Angst im Examen« aktivieren die damit verbundenen Assoziationen der Angst und sind für Zielerreichungen schädlich.
- Innenbilder sollten vom Klienten wie naive Erlebnisse behandelt werden, die erst später in der Nachbesprechung der Sitzung reflektiert werden.
- Durch regelmäßige **therapeutische Hausaufgaben** wird der Klient aktiviert, seine vorher erlebten und geplanten Therapieschritte weiter selbst zu planen und anzuwenden.

13.7.4 Grenzen, Kontraindikationen

Da mit den Methoden sehr unterschiedliche Erlebensweisen ansprechbar sind, kann dies dazu verführen, sie losgelöst von einer Basistherapie anzuwenden (Lazarus, 1998). Zu leicht kann dabei eine saubere Diagnostik und eine klare Therapieplanung vernachlässigt werden und mehr ein methodisch unsauberes Konglomerat entstehen. Falls man damit erfolgreich war, ordnet man diese Vorgehensweise dann nachträglich einer bekannten Methode zu.

Die Grenzen des Patienten sind durch seine Kommunikationsfähigkeiten gegeben (z. B. Alter, Mindestintelligenz, Sprachfähigkeit, Kulturkreis), Behandlungen von z. B. Kindern oder geistig Retardierten sind jedoch möglich (Olness & Kohen, 2001; Kossak, 2007).

Bei Ablehnung der Methode oder Passivität des Patienten sollte keine Hypnose erfolgen, bei Kontrollverlustängsten muss Aufklärung stattfinden, um dann ggf. mit Hypnose zu arbeiten.

Kontraindikationen sind meist bei Psychosen und Borderline-Patienten gegeben; hier sollten nur in diesen Bereichen erfahrene und in Imagination oder Hypnose geschulte Therapeuten tätig werden. Bei häufiger Realitätsflucht des Patienten kann diese mit Imagination/Hypnose eventuell gefördert werden.

13.7.5 Effektivität und neurophysiologische Erklärungsversuche

Meta-Analysen zeigen, dass die kognitiv-behavioralen bzw. hypno-behavioralen Methoden allen anderen Psychotherapieformen überlegen sind, auch der alleinigen Anwendung von Verhaltenstherapie (z. B. Lynn et. al., 2000; Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995, Kossak, 2004a). Sie sind dann besonders wirkungsvoll, wenn positive Verhaltensziele entwickelt werden sollen, für die dann konkrete Verhaltensweisen erarbeitet werden, die in der Therapie erprobt und im Alltag realisiert werden sollen. Es ist anzunehmen, dass Patienten gerade durch diese Kombinationsform ihre Selbstwirksamkeit (i. S. Bandura, 1994) schnell und direkt erfahren und somit leichter komplexe Umstrukturierungen erleben können.



Es ist immer wieder erstaunlich, wie schnell gerade mit Hypnose grundlegende therapeutische Änderungen möglich sind; einige der vorgenannten Fall-Kurzdarstellungen verdeutlichen dies.

Neuropsychologische Forschungsergebnisse lassen trotz der Heterogenität der Untersuchungsmethoden und der Komplexität der Befunde zum Teil Erklärungen zu (Vaitl, 2003).

Die Hypnose-Einleitung bewirkt plastische Veränderungen des menschlichen Gehirns, d. h. neurophysiologische Veränderungen im Cortex (z. B. Halsband, 2004). So steht okzipitale Alpha-suppression in Verbindung mit dem Erleben tiefer Hypnose (Konradt, Deeb & Scholz, 2004).



Anzunehmen ist, dass durch die Suggestionen in Hypnose im Thalamus Regel- und Filterprozesse angesprochen werden (Kossak, 1989). Dadurch erfolgt eine hypnotische Veränderung der Wahrnehmungsverarbeitung (Spiegel & Kosslyn, 2004; De Pascalis, 2004) und der Frontalhirn-Funktionen (Gruzelić, 2004).

Eine verminderte Verbindung zwischen dem dorsolateralen präfrontalen Cortex und dem anterioren Cingulus bedingt wahrscheinlich die reduzierte Konflikt-Wahrnehmung bzw. geminderte Kritikfähigkeit unter Hypnose, d. h. Widersprüche im Erleben und Verhalten können besser toleriert werden. Gleichzeitig liegt eine Fokussierung der Aufmerksamkeit vor, die in der Therapie für Suchprozesse bedeutsam ist.

Je nach Therapieziel der Hypnose (z. B. Schmerzreduktion) werden nachweisbar unterschiedliche Hirnareale aktiviert oder deaktiviert. Im Gehirn hat Hypnose somit Top-Down-Einflüsse. Daraus ist abzuleiten, dass die in Hypnose bewirkten Veränderungen wie z. B. kognitive Umstrukturierungen auch in ihren Einzelelementen (Attribution, Motivation, Emotion, Imagination, Motorik, Physiologie) nicht nur vordergründige Veränderungen erfahren. Mit ihnen sind auch komplexe hirneurophysiologische Veränderungen verbunden. Diese neuropsychologische Umstrukturierung erklärt dann die oft rasche, tief greifende und so stabile Therapiewirkung der Hypnose.

Literatur

- Ambühl, H. & Orlinsky, D. (1999). Therapieziele aus der Perspektive der PsychotherapeutInnen. In: H. Ambühl & B. Strauß (Hrs.), *Therapieziele* (S. 319-334). Göttingen: Hogrefe.
- Amir, N., Foa, E.B. & Coles, M.E. (1998). Automatic activation and strategic avoidance of threat-related information in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 285-290.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behaviour* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Berkinger, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C. & Kröner-Herwig, B. (2004). Empirical based guidelines for goal-finding procedures in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(3), 316-324.
- Boelicke, T. (2004). Kognitive Lebenszielanalyse in Therapie und Beratung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 36 (2), 313-324.
- Bornstein, P.H. & Devine, D.A. (1980). Covert modelling hypnosis in treatment of obesity. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17(3), 272-276.
- Berkinger, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C. & Kröner-Herwig, B. (2004). Empirical based guidelines for goal-finding procedures in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(3), 316-324.
- Brunstein, J.C. (1999). Persönliche Ziele und subjektives Wohlbefinden bei älteren Menschen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20, 58-71.
- Brunstein, J.C. & Maier, G.W. (1996). Persönliche Ziele: Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Psychologische Rundschau*, 47, 146-160.
- Caspar, F. (1998). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (2., veränderte Aufl.). Bern: Huber.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1981). Widerstand in der Verhaltenstherapie. In: H. Petzold (Hrsg.): *Der Widerstand: Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie* (S. 349-384). Paderborn: Junfermann.
- Coman, G.J. & Evans, B.J. (1996). Clinical update on eating disorders and obesity: Implications for treatment with hypnosis. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 23(2), 83-92.
- De Pascalis, V. (2004). Blockierende Halluzination, Aufmerksamkeit und Automatismus in der Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 21, 157-181.
- Driessen, M., Sommer, B., Röstel, C., Malchow, C.P., Rumpf, H.-J. & Adam, B. (2001). Therapieziele in der Psychologischen Medizin – Stand der Forschung und Entwicklung eines standardisierten Instruments. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 51, 239-245.
- Emmons, R.A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1058-1068.
- Emmons, R.A. (1992). Abstract versus concrete goals: Personal striving level, physical illness and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 292-300.
- Forstmeier, S., Uhlendorff, H. & Maercker, A. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 18(4), 227-257.
- Freund, A.M. (2003). Die Rolle von Zielen für die Entwicklung. *Psychologische Rundschau*, 54 (4), 233-242.
- Gonsalkorale, W.M. (2006). Gut-directed Hypnotherapy: The Manchester Approach for Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 27-50.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2001). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Preis*, 29, 170-179.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K., Egger, O. & Berking, M. (2005). Reducing the dreaded: change of avoidance motivation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15 (3), 261-271.
- Gruzeli, J. H. (2004). Neurophysiologische Überlegungen zu den unerwünschten Effekten der Hypnose mit speziellem Bezug zur Bühnenhypnose. *Hypnose und Kognition*, 21, 225-259.
- Halsband, U. (2004). Mechanismus des Lernens in Trance: Funktionelle Bildgebung und Neuropsychologie. *Hypnose und Kognition*, 21, 11-38.
- Heusinger, J. & Krause, W.D. (1991). Ambulante Behandlung der Adipositas durch Hypnose. *Die Heilkunst*, 104(7).
- Jacobs, S. & Bosse-Düker, I. (2005). *Verhaltenstherapeutische Hypnose bei chronischem Schmerz. Ein Kurzprogramm zur Behandlung chronischer Schmerzen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kanfer, F.H. & Busemeyer, J.R. (1982). The use of problem solving and decision making in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 2, 239-266.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2005). *Selbstmanagement-Therapie*. New York: Springer.
- Karoly, P. & Ruchman, L.S. (1995). Goal cognition and its clinical implications: Development and preliminary validation of four motivational assessment instruments. *Assessment*, 2, 113-129.
- Kirsch, I., Capafons, A., Cardena-Buelna, E. & Amigó, S. (1999). Clinical hypnosis and self-regulation: An introduction. In I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena-Buelna & S. Amigó (Hrsg.), *Clinical Hypnosis and Self-Regulation* (pp. 3-18). Washington: American Psychological Association.
- Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220.
- Kisurek, T.J., Smith, A. & Cardillo, J.E. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Klinger, E. (1987). Current concerns and disengagement from incentives. In F. Halisch & J. Kuhl (Eds.), *Motivation, intention and volition* (pp. 337-347). New York: Springer.

- Koban, C. & Willutzki, U. (2001). Die Entwicklung positiver Perspektiven in der Psychotherapie: Die Interventionsmethode EPOS. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33(2), 225-239.
- Konradt, B., Deeb, D. & Scholz, O.-B. (2004). Motorische Imagination in Hypnose. Alpha- und Thetapower während motorischer Imagination in Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 21, 183-204.
- Kossak, H.-C. (1983). Integration der Hypnose in das Konzept der Verhaltenstherapie: Eine Fallstudie. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 1(1), 45-56.
- Kossak, H.-C. (1989). *Hypnose – Ein Lehrbuch*. München: Psychologie Verlags Union.
- Kossak, H.-C. (2004a). *Hypnose. Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte* (4. Aufl.). Weinheim: BeltzPVU, 2004.
- Kossak, H.-C. (2004b). Hypnose. In D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren* (3. Aufl., S. 125-142). Weinheim: BeltzPVU.
- Kossak, H.-C. (2006). *Lernen leicht gemacht*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Kossak, H.-C. (2007a). Hypnose in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In Borg-Laufs, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Interventionsmethoden* (2. Aufl., S. 829-877). Tübingen: dgvt-Verlag (2002).
- Kossak, H.-C. (2007b). Hypnose. In Linden, M., Hautzinger, M. (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (6. Aufl., S. 187-193). Berlin: Springer.
- Langewitz, W., Izakovic, J., Schindler, C., Kiss, A. & Bircher, N. (2005). Effect of self-hypnosis on hay fever symptoms – A randomized controlled intervention study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 165-172.
- Lazarus, A.A. (1998). The utility and futility of combining treatments in psychotherapy. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 25(4), 204-212.
- Lazarus, A.A. (2000). *Innenbilder. Imagination in der Therapie als Selbsthilfe*. Klett-Cotta.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E. & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirical supported clinical intervention: The state of evidence and a look to the future. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259.
- Mellor, N.H. (1960). Hypnosis in juvenile delinquency. *General Psychology*, 22, 83-87.
- Michalak, J. & Schulte, D. (2002). Zielkonflikte und Therapiemotivation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 213-219.
- Michalak, J., Heidenreich, T. & Hoyer, J. (2004). Goal conflicts – concepts, findings and consequences for psychotherapy. In W.M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Handbook of motivational counselling. Motivating people for change* (pp. 83-98). London: Wiley.
- Michalak, J., Grosse Holtforth, M. & Veith, A. (2005). Wo soll's denn nun eigentlich hingehen? Die Zielperspektive in der Psychotherapie. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 54-88). Göttingen: Hogrefe.
- Michalak, J., Grosse Holtforth, M. & Berking, M. (2007). Patientenziele in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 6-15.
- Nestmann, F. (1996). Psychosoziale Beratung – ein ressourcen-theoretischer Entwurf. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 28, 359-376.
- Olness, K. & Kohen, P. (2001). *Lehrbuch der Kinderhypnose und –hypnotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Opaschowski, H.W. (2008). Welche Werte wirklich wichtig sind – Heute und in Zukunft. In E.H. Witte (Hrsg.), *Sozialpsychologie und Werte. Beiträge des 23. Hamburger Symposiums zur Methodologie der Sozialpsychologie* (S. 131-148). Len-gerich: Pabst.
- Palsson, O.S. (2006). Standardized Hypnosis Treatment for Irritable Bowel Syndrome: The North Carolina Protocol. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 85-99.
- Petermann, F. & Kusch, M. (2004). Imagination. In D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren* (3. Aufl., S. 159-176). Weinheim: BeltzPVU.
- Pöhlmann, K. (1999). Persönliche Ziele: Ein neuer Ansatz zur Erfassung von Therapiezielen. *Praxis der Verhaltensmedi-zin und Rehabilitation*, 45, 14-20.
- Preiser, S., Auth, A. & Buttkeewitz, S. (2005). Bewältigung von Lebenseintäuschung – Innere und äußere Ressourcen. *Zeitschrift für Psychologie*, 213(1), 34-43.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Mono-graphs*, 80, 1-28.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social develop-ment, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Sack, M., Schmidt-Ott, G., Lempa, W. & Lamprecht, F. (1999). Individuell vereinbarte und fortgeschriebene Therapie-ziele – Ein Instrument zur Verbesserung der Behandlungs-qualität in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 2, 113-127.
- Schmelzer, D. (1998). Erwartungskklärung, Motivationsklärung und Aufbau von Therapiemotivation. In S.K.D. Sulz (Hrsg.), *Das Therapiebuch. Kognitiv-Behaviorale Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie* (S. 35-52). München: CIP-Medien.
- Schmuck, P. & Sheldon, K. M. (Eds.). (2001). *Life goals and well-being: towards a positive psychology of human striving*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Scholz, O.B. (2006). *Hypnotherapie bei chronischen Schmerz-erkrankungen. Von der Planung zur Durchführung*. Bern: Huber.
- Schreiber, E.H., Schreiber, K.N. & Weeks, A.S. (1998). A study of hypnosis with Renaud's disease. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 26 (2), 165-179.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. & Eifert, G.H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 312-328.
- Sheldon, K. (2001). The self-concordance model of healthy goal striving: When personal goals correctly represent the person. In P. Schmuck & K. Sheldon (Eds.), *Life goals*

and well-being: Towards appositve psychology of human striving (pp. 18-36). Seattle: Hogrefe & Huber.

- Signer-Fischer, S. (2000). Stärkung des Selbstvertrauens in der Hypnotherapie. In K. L. Holtz, S. Mrochen, P. Nemetschek & B. Trenkle (Hrsg.), *Neugierig aufs Großwerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 34-54). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Simonton, O.C., Matthewes-Simonton, S. & Creighton, J.L. (1982). *Wieder gesund werden*. Reinbeck: Rowohlt.
- Spiegel, D. & Koslyn, S. (2004). Glauben gleich Sehen: Die Neurophysiologie der Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 21, 119-137.
- Susen, G.R. (1996). *Krebs und Hypnose. Hilfe vom inneren Freund*. München: Pfeiffer.
- Susskind, D. (1976). The idealized self-image and the development of learned resourcefulness. In E. Dengrove (Ed.), *Hypnosis and behaviour therapy*. (pp. 317-329). Springfield: Charles C. Thomas.
- Trinder, H. & Salkovskis, P. (1994). Personally relevant intrusions outside the laboratory: Long-term suppression increases intrusion. *Behaviour Research and Therapy*, 32(8), 833-842.
- Vaitl, D. (2003). *Veränderte Bewusstseinszustände*. Stuttgart: Franz Stein Verlag.
- Walch, S.L. (1976). The red balloon technique of hypnotherapy: A clinical note. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24(1), 10-12.
- Weber, B. & Hausteil, U. F. (1995). Zum Einfluss der Hypnose und des Autogenen Trainings auf die akrale Durchblutung und die Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit progressiver Sklerodermie. *Hautarzt*, 46(2), 94-101.
- Wegner, D. M & Erber, R. (1992). The hyperaccessibility of suppressed thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (6), 903-912.
- Willutzki, U. (1990). *Zur kognitiven Seite phobischer Ängste*. Frankfurt: Lang.
- Willutzki, U. (2000). *Positive Perspektiven in der Psychotherapie*. Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie: Unveröffentlichte Habilitationsschrift.
- Willutzki, U. & Koban, C. (1996). *Manual zur Elaboration wohlgestalteter Ziele in der Therapie (EPOS)*. Forschungsbericht. Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum.
- Willutzki, U. & Koban, C. (2004). Enhancing Motivation for Psychotherapy: The Elaboration of Positive Perspectives (EPOS) to Develop Clients' Goal Structure. In W.M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Handbook of Motivational Counseling* (pp. 338-356). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Willutzki, U., Koban, C. & Neumann, B. (2005). Zur Diagnostik von Ressourcen. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 37-53). Göttingen: Hogrefe.
- Wyler-Harper, J. (1993). *Behandlung des Heuschnupfens mit Hypnose. Experimentelle und klinische Hypnose*, 9(2), 117-125.

Selbstakzeptanz fördern

Friederike Potreck-Rose

- 14.1 Einführung – 190**
- 14.2 Theoretische Grundlagen vermitteln – 190**
- 14.3 Inne halten und achtsam werden – 192**
- 14.4 Eine wohlwollende Grundhaltung sich selbst gegenüber einnehmen – 193**
 - 14.4.1 Einen wohlwollenden Begleiter wählen – 194
 - 14.4.2 Den inneren Kritiker identifizieren – 194
 - 14.4.3 Den Faulpelz rehabilitieren – 195
- 14.5 Eigene Werte und Normen finden – 196**
 - 14.5.1 Biografischer Zugang – 196
 - 14.5.2 Aktueller Zugang – 197
- 14.6 Gedanken zum Schluss – 197**
- Literatur – 198**

14.1 Einführung

Sich selbst annehmen, so wie man ist, mit allen Stärken und Schwächen, Stimmungen und Einstellungen, Vorlieben und Widersprüchen. Ja zu sich sagen, zu den Eigenschaften und Gewohnheiten, die man sich selbst nicht so gern eingesteht oder die man gern verstecken würde. Ja zu sich sagen, obwohl man nicht so ist, wie man gerne wäre ... Das ist ein schwieriger Prozess, eine schwierige Aufgabe – und widerspricht es nicht dem Ziel der Psychotherapie, sich zu ändern auf einen Zustand hin, der dem nahe kommt, wie man gerne wäre? Ist es nicht ein Widerspruch in sich, Selbstakzeptanz als therapeutisches Ziel zu definieren und gleichzeitig Veränderungsziele anzugeben, die mit der eigenen Person, den persönlichen Eigenschaften und Gewohnheiten, Einstellungen und Verhaltensweisen verbunden sind? Welcher Therapeut kennt nicht das eigene Dilemma und das Ringen des Patienten, der im therapeutischen Prozess aufbegehrt und sagt »So will ich nicht sein, das kann ich an mir nicht akzeptieren!«? Wie ist es nun vereinbar in der Psychotherapie, Selbstakzeptanz zu fördern und gleichzeitig Änderungsziele zu verfolgen, die genau nicht das So-Sein beinhalten, sondern das Anders-Sein anstreben?

Ein Blick in die Erkenntnisphilosophie hilft, das Konzeptverständnis zur Selbstakzeptanz zu vertiefen: Der französische Philosoph Ricoeur (2006) führt dazu aus, dass Anerkennen im ersten Schritt heißt, etwas oder jemanden zu identifizieren, etwas oder jemanden für **wahr** zu halten und es oder ihn **anzunehmen**. Dieser Prozess kann sich auf die eigene Person beziehen oder – in einem anderen Schritt – auf andere Personen. Anerkennung führt über das Für-wahr-halten zur Gewissheit der Identität. So betrachtet ist leicht verständlich, dass Akzeptanz der erste Schritt im Prozess der Veränderung ist, dass es sogar gar nicht anders geht, als zunächst anzuerkennen, was ist, um im nächsten Schritt zu ändern, was nicht sein soll.

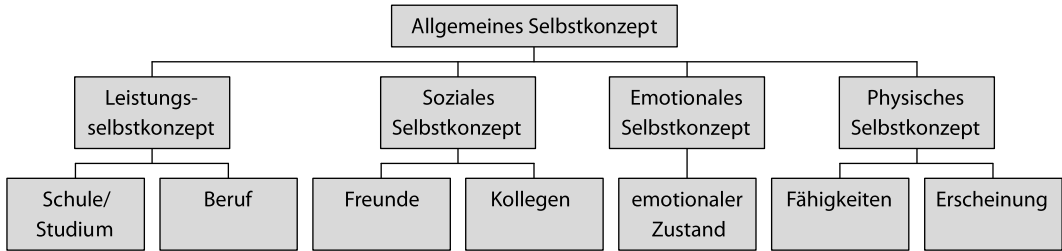
Wichtig ist hier vor allem die Unterscheidung zwischen dem Anerkennen im Sinne des Für-wahr-haltens auf der einen Seite und im Sinne des Gutheißens, des positiv Bewertens, auf der anderen Seite. Oftmals löst sich der Widerstand, das Aufbegehren der Patienten komplett auf, wenn

in der Therapie die Differenzierung zwischen diesen Bedeutungshorizonten gelungen ist: Sich selbst zu akzeptieren heißt nicht, sich gut zu heißen in allem, was ist, sondern es heißt **(an)erkennen, was ist**. Dies ist zunächst frei von jeder Bewertung und bedeutet auch, im 2. Schritt noch frei zu sein, zu einer differenzierten Bewertung zu gelangen und im 3. Schritt auch, etwas an sich ändern zu können. In diese Grundhaltung fließt die Erfahrung ein, dass Patienten es oft nicht als ausreichend positive Perspektive für eine Psychotherapie erleben, »sich selbst anzunehmen«, insbesondere dann nicht, wenn sie mit vielen Seiten ihrer Persönlichkeit oder vielen ihrer Verhaltensweisen unzufrieden sind.

Die Interventionen, die in diesem Kapitel zur Förderung der Selbstakzeptanz vorgeschlagen werden, sind in erster Linie darauf gerichtet, den Blick der Patienten auf sich selbst zu erweitern, die Vielfalt in der eigenen Person wahrzunehmen und über das (An-)Erkennen der Vielfalt zu einer positiven Wertschätzung zu gelangen. Damit wird die selektive Wahrnehmung der negativ bewerteten Aspekte der eigenen Person gleichsam unterlaufen und abgeschwächt. Dies wird zum einen über einen theoretischen Zugang erreicht, der im Sinne eines psychoedukativen Elements für die Patienten therapeutisch genutzt werden kann (s. hierzu ► Kap. 14.2, Theoretische Grundlagen vermitteln), über einen Achtsamkeits-basierten Zugang (s. hierzu ► Kap. 14.3, Innehalten und achtsam werden) sowie über einen erlebnisorientierten übenden Zugang, der die positive Selbstzuwendung unterstützt (s. hierzu ► Kap. 14.4, Eine wohlwollende Grundhaltung sich selbst gegenüber einnehmen), und einen kognitiven Zugang (s. hierzu ► Kap. 14.5, Eigene Werte und Normen finden).

14.2 Theoretische Grundlagen vermitteln

Üblicherweise begegnen wir in Beratungssituationen und in der Psychotherapie globalen und generalisierten Aussagen von Patienten wie »Ich kann mich nicht akzeptieren«, »Ich habe einen schlechten Selbstwert« oder auch »Ich bin nichts wert«. Diese Sichtweisen und Bewertungen sind in der Regel weit davon entfernt, dem Menschen



■ Abb. 14.1. Konkretisierungsebenen des Selbstkonzepts nach Shavelson et al. (1976)

in seiner Gesamtheit, in seiner Vielfalt und in seinen Entwicklungsmöglichkeiten gerecht zu werden. Um Patienten dabei zu unterstützen, sich eine differenziertere Sichtweise auf die eigene Person zu eröffnen, hilft ein Blick in die empirische Forschung und Konzeptbildung zum Selbstwert.

Hier wird zwischen **globalem und bereichsspezifischem** Selbstwert unterschieden. Der globale Selbstwert kommt von der Konzeption her einem Eigenschaftsbegriff (»Trait«-Konzept) am nächsten. Er lässt sich reliabel messen mit einem einzigen Satz, nämlich »Ich habe einen hohen Selbstwert« (Robins, u. a. 2001), oder mit der Rosenberg-Skala, die den globalen Selbstwert auf einer Dimension mit mehreren Items misst (Rosenberg, 1965; deutsche Übersetzung durch Ferring & Filipp, 1996). Es ist genau dieser globale Selbstwert, mit dem Patienten operieren, wenn sie sich als »Versager«, »Dummkopf« oder gar »Idiot« verurteilen. Eine völlig andere Sichtweise eröffnen Ansätze, die den Selbstwert als Summe positiver Selbstbewertungen aus mehreren (Lebens-) Bereichen betrachten. Theoretisch geht diese Konzeptionalisierung auf die Möglichkeit der Differenzierung des Selbstkonzepts auf verschiedenen Konkretisierungsebenen zurück (Shavelson et al., 1976, siehe zur Veranschaulichung ■ Abb. 14.1). Auf diesen theoretischen Grundannahmen basierend misst die Multidimensionale Selbstwertskala (MSWS) von Schütz und Sellin (2006) den Selbstwert als Aggregation aus den Skalenwerten: (1) allgemeine Selbstwertschätzung, (2) soziale Selbstwertschätzung, (3) leistungsbezogene Selbstwertschätzung und (4) Selbstwertschätzung physischer Attraktivität. Sie erlaubt damit eine Abbildung der Variabilität individueller »Selbstwerte«.

Crocker und Wolfe (2001) verfolgen einen etwas anderen, noch weiter differenzierten Ansatz: Sie arbeiten mit 7 Bereichen von sogenannten Selbstwertkontingenzen. Damit sind Faktoren gemeint, deren Veränderung positive oder negative Auswirkungen auf die Selbstwertschätzung hat:

- Externale Kontingenzen, die man nur z. T. selbst steuern kann:
 1. familiäre Unterstützung,
 2. Anerkennung durch andere
 3. Wettbewerb
 4. Aussehen
- interne Kontingenzen, die man selbst regulieren kann:
 5. Religiosität
 6. Kompetenz
 7. Tugend

Wie bedeutsam eine Person die Kontingenzen für sich einschätzt, wird mit Hilfe einer von den Autorinnen konstruierten Skala erfasst (Crocker & Wolfe, 2001). Besonderes Merkmal der Selbstwertkontingenzen ist, dass sie nicht statisch sind, sondern, dass sie mit dem wahrgenommenen Erfolg oder Misserfolg im jeweiligen Bereich fluktuieren. Außerdem erweist sich die Bevorzugung interner Kontingenzen als günstiger, weil sie intraindividuell reguliert werden können und weniger von äußeren Faktoren abhängen als externale Kontingenzen. Fruchtbar für die klinisch-psychotherapeutische Praxis ist an dieser Sichtweise, dass sie die Möglichkeit für Patienten eröffnet, sich selbst und ihren Selbstwert nicht als globale und statische Größe zu betrachten. Das Erleben von Selbstwert kann dahingehend differenziert werden, dass es von Lebensbereich zu Lebensbereich

unterschiedlich sein und mit den Lebenserfahrungen schwanken kann. Damit steht nicht ein global bewerteter Aspekt des Selbst im Mittelpunkt des Erlebens und der Bewertung, sondern es ist eine Vielzahl von unterschiedlich zu bewertenden Aspekten.

Therapeutische Schritte in Kurzform:

- Vermittlung der Modelle »globaler Selbstwert« versus »bereichsspezifischer Selbstwert«
- Identifikation der globalen Selbstbewertung
- Erarbeiten von Alternativen: z. B. durch Rückgriff auf das Modell oder Einsatz der Multidimensionalen Selbstwertskala

14.3 Inne halten und achtsam werden

Wenn es in der Einleitung hieß, dass ein Wirkprinzip der Interventionen zur Förderung der Akzeptanz darin bestehe, den Fokus der Aufmerksamkeit eines Menschen um bisher nicht oder wenig wahrgenommene Aspekte der Person zu erweitern, dann bezog sich dies in besonderer Weise auf den Achtsamkeits-basierten Zugang zur Person. Die in der Allgemeinen und Klinischen Psychologie geläufigen Konzepte der Selbstaufmerksamkeit bilden in gewisser Weise eine Vorstufe zur Haltung der Achtsamkeit (s. dazu auch ► Kap. 6). In dem hier vorgestellten Ansatz werden diese Konzepte erweitert und durch Aspekte aus dem Bereich der buddhistischen Meditationspraxis (Hanh, 1999) und der Feldenkrais-Pädagogik (Feldenkrais, 1996; Klinkenberg, 2005) modifiziert. Dabei spielt die Fokussierung der nicht wertenden Körpererfahrung eine herausragende Rolle. So eröffnet Achtsamkeit den Weg zu einer Grundhaltung größtmöglicher, positiv gefärbter Aufmerksamkeit auf sich selbst in Bezug auf alle gegenwärtigen Erfahrungen, Erlebnisse und Körperempfindungen. Damit sind elementares Wohlwollen und Freundlichkeit sich selbst gegenüber gemeint, nicht etwa das ausschließliche Fokussieren positiver Erfahrungen und Erlebnisse (ausführlich dazu: Potreck-Rose & Jacob, 2010; Potreck-Rose, 2009).

! Achtsamkeit in der buddhistischen Meditationspraxis

Achtsamkeit ist das »aufmerksame unvoreingenommene Beobachten aller Phänomene, um sie wahrzunehmen und zu erfahren, wie sie in Wirklichkeit sind, ohne sie emotional oder intellektuell zu verzerren.« (Solé-Leris, 1994)

In der speziellen Kombination mit Elementen der Feldenkrais-Pädagogik erlaubt das Einüben von Achtsamkeit den Patienten,

1. sich über die nicht-wertende Wahrnehmung des Körpers ihrer selbst gewahr zu werden,
2. dem So-Sein der Person über diese Wahrnehmung Wert einzuräumen und
3. durch Wiederholung dieses Prozesses Schritte zur Akzeptanz dieses (zunächst körperbezogenen) So-Seins der eigenen Person zu tun.

Therapeutisches Vorgehen

Die Patienten werden schrittweise angeleitet, die Grundhaltung der Achtsamkeit so oft wie möglich im Alltag einzunehmen. Der Aufbau der Übungen folgt einem Muster, das in Abhängigkeit vom gewählten Aspekt individuell variiert wird. Im ersten Schritt geht es darum, einen bestimmten Körperaspekt (sitzen, gehen, atmen etc.) wahrzunehmen und zu beobachten, wie er sich auf das Körperempfinden auswirkt. Anschließend werden Varianten dazu erprobt und deren Auswirkungen wahrgenommen. Dabei kann auch nach einem optimalen Umgang gesucht und die Neigung reflektiert werden, suboptimale Haltungen und Handlungen unbemerkt zu reproduzieren (z. B. mit hochgezogenen Schultern zu sitzen oder ganz vorne auf der Stuhlkante). Durch den spielerischen Umgang mit den verschiedenen Möglichkeiten (zu sitzen, zu gehen, zu atmen ...) werden neue Erfahrungshorizonte eröffnet und Handlungsspielräume erweitert.

Übungsfeld: Achtsamkeit für den Körper

Mögliche Aspekte: sitzen, stehen, gehen, atmen; alltägliche Bewegungsabläufe (Lasten tragen, Treppen steigen, telefonieren, putzen ...); Bedürfnisse des Körpers (Durst, Hunger, Feuchtigkeit auf der Haut, Wärme ...).

Als Einstieg haben sich Übungen zum Sitzen oder Gehen bewährt. An ihnen lässt sich in der

Therapiesituation das Prinzip der Achtsamkeit bis ins Detail exemplarisch erläutern (► Beispiel unten).

Übungsfeld: Achtsamkeit für die Sinne

Mögliche Aspekte: sehen, hören, riechen, schmecken, tasten.

Es ist ratsam, sich jeweils nur auf einen der Sinne zu konzentrieren. Zur Vertiefung der Übungen lohnt es sich, Patienten anzuregen, besondere Situationen aufzusuchen, beispielsweise Orte in der Natur oder Orte der Stille.

Übungsfeld: Achtsamkeit für Gefühle und Bedürfnisse

Mögliche Aspekte: Freude, Glück; Wut, Zorn, Ärger; Traurigkeit, Enttäuschung; Lust, Unlust; Geborgenheit, Sicherheit, Ruhe.

Es empfiehlt sich unbedingt, im ersten Schritt Gefühle mit positiver Qualität auszuwählen und

die Patienten anzuleiten, ihre Aufmerksamkeit im Alltag dafür zu erhöhen, ihre Wahrnehmung zu schärfen und spielerisch den Ausdruck der Gefühle zu variieren.

Die Grundhaltung der Achtsamkeit ist nur in einem Lernprozess zu erlangen, der kontinuierliche Aufmerksamkeit, wiederholte therapeutische Anregung sowie Unterstützung erfordert. Am Anfang steht nicht strenges Üben, sondern spielerisches Erproben, das die Neugier fördert, verschiedene Formen des So-Seins einer Person, zunächst auf der körperlichen Erfahrungsebene, später auf komplexeren Ebenen zu erleben. Auswahl und Reihenfolge der im therapeutischen Kontext vorgeschlagenen Übungen richten sich ausschließlich danach, welcher Zugang und welcher Lebensbereich für den Patienten der günstigste ist.

Beispiel

Übung zum achtsamen Sitzen

Nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit nur für sich selbst. Um sich wahrzunehmen, sich zu beobachten. Zum Beispiel beim Sitzen. Bei der Achtsamkeit geht es nur darum, sich seiner selbst, des eigenen Körpers, der eigenen Befindlichkeit und des eigenen Tuns bewusst zu werden und sich genau so sein zu lassen, wie man gerade ist. Halten Sie also inne und vergegenwärtigen Sie sich: Wie sitze ich gerade? Gerade und aufrecht? Oder angelehnt, bequem und entspannt? Wie fühlen sich mein Rücken, mein Po, meine Beine an? Sind meine Schultern entspannt? Locker und gleichmäßig? Vielleicht ändert sich durch die aufmerksame Wahrnehmung etwas? Gibt es vielleicht einen Bewegungsimpuls, Ihre Sitzposition zu verändern? Wollen Sie Füße oder Beine bewegen? Etwas zurechtrutschen? Dann geben Sie diesem Bewegungsimpuls nach und prüfen Sie: Was ist jetzt anders? Wenn Sie keinen Bewegungsimpuls spüren, dann lassen Sie sich genauso sein, wie Sie gerade sind und genießen Sie den Augenblick des Sitzens.

Therapeutische Schritte in Kurzform:

- Prinzip der Achtsamkeit erläutern
- eine oder mehrere Körperübungen anleiten
- einen Aspekt auswählen, der sich zum spielerischen Erproben und Einüben der Achtsamkeit eignet, und eine Vereinbarung über das Üben treffen
- Erfahrungen mit der Grundhaltung der Achtsamkeit kontinuierlich auswerten und vertiefen, möglicherweise auch durch wiederholtes Anleiten

14.4 Eine wohlwollende Grundhaltung sich selbst gegenüber einnehmen

Ziel der hier vorgestellten Interventionselemente ist, den Fokus der Aufmerksamkeit von den als negativ und damit als inakzeptabel erlebten Aspekten der Person auf positive Aspekte zu verlagern und damit eine angemessenere Grundlage für die Bewertung der eigenen Person zu schaffen. Dieses Vorgehen basiert auf der Annahme, dass die Fokussierung von ausschließlich oder mehrheitlich als negativ erlebten Eigenschaften, Verhaltenweisen oder Erfahrungen der eigenen Person ein wesentlicher Faktor ist, der Selbstakzeptanz

verhindert. Wenn es gelingt, einen Prozess in Gang zu setzen, der zum einen die Aufmerksamkeit von diesen Erfahrungen ablenkt, zum anderen aber auch neue und vor allem vielfältige Erfahrungen ermöglicht, unterstützt dies Patienten dabei, Wohlwollen für sich selbst als Grundlage der Selbstakzeptanz zu entwickeln. Zur Initialisierung dieses Prozesses dienen verschiedene Interventionen: Die Wahl eines liebevollen Begleiters oder einer wohlwollenden Begleiterin, die Identifikation des inneren Kritikers und die Exploration der Rolle des Faulpelzes in der Selbstbewertung.

14.4.1 Einen wohlwollenden Begleiter wählen

Der liebevolle Begleiter repräsentiert in diesem Interventionsmodell die Persönlichkeitsanteile, die der Person wohl gesonnenen sind, die mit interessierter, positiv gerichteter Aufmerksamkeit ihr Denken, Fühlen und Handeln begleiten. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Kontakt zu dieser inneren Instanz herzustellen:

1. dialogische Formen,
2. kognitive Strategien,
3. Imaginationsübungen
4. Repräsentation durch ein Symbol.

Die Wahl der Interventionsstrategie hängt weitestgehend von der Person des Patienten ab: Für den überforderten Filialleiter kann der imaginierte wohlwollende Coach (kognitive Strategie kombiniert mit Imagination) möglicherweise die Rolle des wohlwollenden Begleiters am besten übernehmen, während der überforderte Jura-Student mit extrem leistungsorientiertem Vater wahrscheinlich besser von seinem alten Teddy, der der zuverlässigste Freund seiner Kindertage war, begleitet und unterstützt wird (Repräsentation durch Symbol). Alle Interventionsstrategien dienen dazu, Aufmerksamkeits- und Bewertungsprozesse zu unterstützen, die den Einfluss des liebevollen Begleiters stärken und ihm einen festen Platz im Leben einräumen. So werden liebevolle Begegnungen mit sich selbst, die die Person in ihrer Vielfalt und ihrem So-Sein **an-erkennen**, nach und nach verlässlich im Alltag etabliert.

Beispiel

Übung zum wohlwollenden Begleiter

Stellen Sie sich möglichst lebendig vor, Sie hätten einen ständigen Begleiter, der Sie wie ein allerbesten Freund in Ihrem Alltag wohlwollend beobachtet. Dieser Begleiter richtet sein Augenmerk auf die Dinge, die Ihnen in Ihrem Alltag gelingen oder die Sie gut machen. Er ist besonders aufmerksam und registriert auch die vielen kleinen Dinge, die oft so bedeutungslos erscheinen, aber unseren Alltag und unsere Stimmung sehr stark beeinflussen können: der eingehaltene Sporttermin, ein erledigter schwieriger Anruf, ein Lächeln für einen schlecht gelaunten Kunden, eine Kuschelstunde mit den Kindern ...

Nehmen Sie sich möglichst jeden Tag ein paar Minuten Zeit für ein Rendezvous mit Ihrem wohlwollenden Begleiter und versuchen Sie, sich ganz lebendig vorzustellen, was dieser im Laufe des Tages beobachtet haben könnte. Am besten schreiben Sie immer ein paar Stichworte dazu in ein kleines Tagebuch. So können Sie jeden Tag üben, mit sich selbst so wohlwollend zu sein, wie Sie, ohne zu zögern, mit Ihrem besten Freund umgehen würden.

14.4.2 Den inneren Kritiker identifizieren

Aus tiefenpsychologischer Perspektive würde man den Kritiker dem Über-Ich und seinen rigiden Normen zuordnen. Diese Figur vertritt die Instanz der internalisierten Wertvorstellungen und ist in aller Regel der machtvollste Gegenspieler des wohlwollenden Begleiters. Während die liebevoll- anerkennenden Persönlichkeitsanteile in der Regel bei Menschen mit schwachem Selbstwert und geringer Selbstakzeptanz unterrepräsentiert sind, findet sich gewöhnlich eine Übermacht der kritisch-abwertenden Instanz. Der wichtigste erste Schritt für Patienten ist, dieses Ungleichgewicht und die zerstörerische Funktion dieser Mechanismen zu erkennen. Im konkreten therapeutischen Vorgehen geht es zunächst darum, den Kritiker mit seinen Standards und seinem Vorgehen zu identifizieren.

Dafür bieten sich wiederum entweder die Auswahl einer Figur an, die den Kritiker symbolisiert, oder kognitive Strategien, mit denen der Einfluss des Kritikers auf die Einengung der Wahrnehmung und auf die Selbstbewertung herausgearbeitet wird. Die Interventionen des zweiten Schritts dieser Arbeitsphase zielen darauf ab, die Macht des Kritikers auf ein selbstwertdienliches Maß zu reduzieren. Das kann zum einen durch unterstützte Dialoge zwischen dem, durch die vorangegangenen Interventionen gestärkten, wohlwollenden Begleiter und dem Kritiker erfolgen. Zum anderen können Interventionen eingesetzt werden, die die kritische Auseinandersetzung mit dem der Bewertung zugrunde liegenden Normsystem und dessen Revision gezielt in Gang setzen.

Beispiel

Übung zum inneren Kritiker

Wählen Sie einen Lebensbereich, in dem Sie besonders unzufrieden mit sich sind und nehmen Sie sich die Zeit, aufmerksam auf die Stimme Ihres inneren Kritikers zu hören. Setzt er Ihnen Ziele, die Sie, wenn Sie realistisch sind, nie und nimmer erreichen können? Hängt er die Latte so hoch, dass Sie sie mit Sicherheit reißen werden? Hören Sie sich die Kommentare Ihres inneren Antreibers gut an und notieren Sie ausführlich, was er Ihnen sagt. Und dann trauen Sie sich, Widerstand zu leisten gegen die ewige Nörgelei: Geben Sie Widerworte und setzen Sie sich zur Wehr. Schreiben Sie auf, was Sie dem Kritiker an Widerworten entgegenhalten können.

14.4.3 Den Faulpelz rehabilitieren

Zur Förderung des Verständnisses der Dynamik zwischen den hohen Anforderungen des Über-Ichs und der Hilflosigkeit des Ichs, diese Forderungen in der Wirklichkeit selten erfüllen zu können, ist die Berücksichtigung einer dritten Größe in diesem Kräftespiel unerlässlich: Tatsächlich kommt es oft genug vor, dass in Reaktion auf die Flut der Ansprüche und überzogenen Erwartungen Ver-

weigerung eintritt. Statt Aufgaben zu erledigen, bleiben sie liegen, an die Stelle von Aktivität tritt Passivität, Nichtstun und Faulheit. Hier kommt der Faulpelz ins Spiel. Da gerade Menschen mit geringer Selbstakzeptanz Faulheit als eine sehr negative Eigenschaft bewerten und sie besonders scharf wahrnehmen, wenn sich diese Eigenschaft in ihrem Leben niederschlägt, ist es unbedingt notwendig, diese selbstwertschädigende Dynamik aktiv zu unterbrechen. Zum einen ist dabei im therapeutischen Vorgehen zu berücksichtigen, dass Patienten sich durch Verhaltensweisen wie Aufschieben und Vermeiden tatsächlich Anlass zu berechtigter Selbstkritik geben (die freilich nicht so scharf ausfiele, wenn da nicht die überzogenen Ansprüche wären). Zum anderen muss integriert werden, dass der Faulpelz ja auch die Instanz der Person vertritt, die für die notwendige Regeneration von psychischer und physischer Gesundheit verantwortlich ist. Die Rehabilitation des Faulpelzes erfolgt in zwei eng miteinander verknüpften Schritten: Zum ersten durch die oben erwähnten Interventionen zur Mäßigung des Kritikers, durch

Beispiel

Übung zum Faulpelz

Damit der Faulpelz in Ihnen die Chance hat, ohne schlechtes Gewissen faul zu sein, sind zwei Schritte notwendig:

- Sie richten »garantierte Faulpelzzeiten« ein, feste Zeiträume pro Tag oder pro Woche, in denen nichts anderes auf dem Programm steht als Müßiggang. Planen Sie diese Zeiträume für eine Woche und achten Sie ganz streng darauf, sich daran zu halten. Dazu gehört unbedingt der zweite Schritt:
- Achten Sie darauf, wo sich Ihr Faulpelz Zeit ergaunert, wo er Sie dazu verführt, Dinge aufzuschieben oder Arbeit liegenzulassen. Und dann reduzieren Sie diese »ergaunerten Faulpelzzeiten« in kleinen Schritten, indem Sie sich vor Augen halten, dass Sie die verträdelten Minuten nicht wirklich genießen und beginnen Sie Ihre Aufgabe ohne Aufschub. Im Gegenzug erhalten Sie die »garantierten Faulpelzzeiten«.

die kritische Revision der überzogenen Leistungsansprüche und Erwartungen. Zum zweiten durch Einräumen sicherer Regenerationszeiten im Alltag. In diesem Therapieschritt wird die Unterscheidung zwischen Faulsein im Sinne von wohltuendem Müßiggang und Faulsein im Sinne des Aufschiebens oder Vermeidens von Unangenehmem erarbeitet.

Therapeutische Schritte in Kurzform

- Modell der verschiedenen Persönlichkeitsanteile erläutern
- wohlwollenden Begleiter wählen und stärken
- inneren Kritiker identifizieren und mäßigen
- den Faulpelz rehabilitieren
- das faire Zusammenspiel der drei beteiligten Instanzen unterstützen

14.5 Eigene Werte und Normen finden

In diesem Abschnitt geht es um verschiedene Zugangswege, das aktuelle Wert- und Normsystem eines Patienten und seinen Einfluss auf das gegenwärtige Denken, Handeln und Erleben kennenzulernen sowie im zweiten Schritt den Patienten dabei zu unterstützen, dieses System einer kritischen Revision zu unterziehen. Gleichgültig, welchen therapie-theoretischen Hintergrund man wählt, es findet sich keine Schule, die nicht die Bedeutung der internalisierten Normen und Werte und deren Entstehungsgeschichte für die aktuelle Selbstbewertung und Selbstakzeptanz einer Person betonen würde. Ein aktuelles und wegen des besonderen Stellenwerts für das Störungsverständnis besonders geeignetes Beispiel ist der schematheoretische Ansatz von Young et al. (2008) sowie von Young und Klosko (2008).

In dem Maße, in dem es einem Menschen gelingt, die Diskrepanz zu verringern zwischen dem, **was er tun sollte**, und dem, **was er tatsächlich tut**, in dem Maße wächst die Selbstakzeptanz der Person. Fast immer versuchen Patienten, sich so zu verändern, dass sie endlich tun, was sie tun sollen, statt zu akzeptieren, dass sie Mühe haben und es

vielleicht nur sehr selten schaffen werden, so zu sein, wie sie sein sollen oder das zu tun, was sie tun sollen. Die Einübung der Achtsamkeit sowie die wohlwollende Grundhaltung des Wertschätzens, was man tut und wie man es tut, bilden eine gute Grundlage, erfolgreich an der ersten Stellgröße, nämlich an den eigenen Sollens-Anweisungen zu arbeiten, statt erfolglos mit der zweiten Stellgröße, dem Müssen, zu ringen. Das konkrete therapeutische Vorgehen kann zum einen an der Biografie orientiert erfolgen, sich zum anderen an den aktuell beobachtbaren und erfahrbaren Werthaltungen orientieren.

14.5.1 Biografischer Zugang

Der biografische Zugang eröffnet sich über das sorgfältige und ausführliche Erinnern und Sammeln aller Gebote und Leitsätze, ausgesprochener und unausgesprochener, der Lebensabschnitte Kindheit, Jugend, frühes und gegenwärtiges Erwachsenenalter. Damit sind alle impliziten und expliziten (Verhaltens-)Anweisungen (»Tanz nicht aus der Reihe«), Aufträge (»Aus dir soll mehr werden als aus mir«), Benimm- und Verhaltensregeln (»Sei bescheiden«) gemeint, die wichtige Bezugspersonen vertreten haben oder die den Normen der wichtigsten sozialen Bezugsgruppe entsprochen haben (»Eine Frau gehört an den Herd«). Die Erinnerung und Sammlung wird durch Besinnungsübungen, aber auch durch die Arbeit mit biografischem Material wie Fotos, Schulheften oder -zeugnissen, Briefen etc. gefördert. Die Gebote und Anweisungen werden im ersten Schritt sorgfältig und ausführlich notiert. Nach Möglichkeit wird exploriert, von welcher Person der jeweilige Satz stammt. Ein günstiger Nebeneffekt dieser Arbeit besteht darin, dass durch die Fokussierung automatische Prozesse der Bewertung durch implizite Anwendung der internalisierten Normen gestört werden und allein dadurch lange eingeübte Steuerungsmechanismen abgeschwächt werden. Auch ist es in dieser Therapiephase fast immer möglich, den großen emotionalen Einfluss der Werte und Normen der wichtigsten Bezugspersonen und ihre Bedeutung für das Gefühl des Geliebt- und Anerkanntseins herauszuarbeiten.

Im zweiten Schritt werden alle Gebote oder Maximen identifiziert, die heute noch Bedeutung haben (gleichgültig, ob der Patient damit zufrieden und einverstanden ist oder nicht). Darüber hinaus wird genau herausgearbeitet, wie sich diese Maximen auf das Handeln zum einen und auf die Selbstbewertung zum anderen auswirken. So kann der Patient Schritt für Schritt erarbeiten, welche der alten Gebote sich für das Leben als Erwachsener, der über das Recht und das Privileg verfügt, seine Gebote autonom festzulegen, als schädlich oder hinderlich erweisen, und welche unterstützend und sinnvoll sind. So werden Patienten ermutigt, sich eine Werthierarchie zu erarbeiten, die ihrer Person, ihren Grenzen und Möglichkeiten sowie ihrer aktuellen Lebenssituation angemessen ist.

14.5.2 Aktueller Zugang

Der aktuelle Zugang beschränkt sich auf die Exploration der gegenwärtig gültigen Maximen und deren Überprüfung. Die Patienten werden angeleitet, eine Zeit lang ihr Handeln und Bewerten aufmerksam in Hinblick auf unausgesprochene »Du musst-Sätze« zu beobachten (»Du musst Rücksicht nehmen«, »Du musst fleißig sein«) und diese auf einer Liste zusammen mit den entsprechenden Situationen zu notieren. Wenn Patienten das eine Weile machen, entsteht nahezu automatisch eine Übersicht über die wichtigsten Werthaltungen, die ihr Alltagshandeln, -erleben und -denken bestimmen. In der therapeutischen Arbeit geht es dann um die Auseinandersetzung mit diesem »Müssen«: Wer fordert das, welche Instanz hat das Definitionsrecht für die Erwartungen, kann man mit der Instanz verhandeln? Sind die Anforderungen realistisch, können sie erfüllt werden? In welchen Bereichen, für welche Aspekte ist das »Müssen« zugleich ein »Wollen«? Womit ist der Patient einverstanden? In welchen Bereichen möchte er selbst neu definieren, ein »Ich will« formulieren, statt widerstrebend ein »Ich muss« anzunehmen (»Für meine berufliche Weiterbildung will ich fleißig sein, bei der Gartenarbeit nicht.«). So kommt er Schritt für Schritt zu einer Revision seiner aktuellen Werthierarchie.

Beispiel

Übung

Sammeln Sie eine Woche lang »Ich muss-Sätze«: Halten Sie immer wieder im Alltag inne und horchen Sie in sich hinein. Welche »Ich muss-Sätze« hören Sie? Notieren Sie möglichst viele davon. Kennzeichnen Sie in einem zweiten Schritt, mit welchen Sätzen Sie einverstanden sind und mit welchen nicht.

Therapeutische Schritte in Kurzform

- Bedeutung elterlicher Erziehungsnormen für die Selbstwertschätzung erläutern
- Liste der biografisch bedeutsamen Maximen und Gebote der wichtigsten Bezugspersonen und -gruppen erstellen
- Liste der aktuell bedeutsamen Maximen und Gebote erstellen
- Differenzierung zwischen den hilfreichen und den schädlichen Maximen fördern:
»Ich muss-Sätze« streichen oder in »Ich will-Sätze« umwandeln

14.6 Gedanken zum Schluss

Die hier vorgestellten Interventionen sind dazu konzipiert, die Kompetenz einer Person zu erhöhen, sich selbst möglichst unvoreingenommen, das heißt frei von generalisierenden Bewertungen und mit Blick auf bisher nicht Wahrgenommenes, in ihrer Vielfalt zu erkennen und anzunehmen. Sie wirken damit wie ein Korrektiv der selektiven Wahrnehmung von Schwächen und Kompetenzdefiziten und lenken den Blick auf die meist verborgenen und missachteten Ressourcen einer Person. Sowohl in der therapeutischen Praxis als auch in der theoretischen Diskussion regt dieses Vorgehen gelegentlich zu kritischen Einwänden an.

Da gibt es zum einen die Einwände von Patienten selbst, die den Blick auf die positiven, bisher nicht wahrgenommene Seiten ihrer Person wie eine unzulässige Ablenkung vom Negativen empfinden oder sogar als Selbstbetrug ablehnen. Sie

können in der konkreten Arbeit dann tatsächlich großen Widerstand mobilisieren und ihrerseits erhebliche Ablenkungsmanöver inszenieren. Dieser Widerstand hängt oft eng mit der Scham zusammen, die aktualisiert wird, wenn es um Lob und Anerkennung geht, die sich diese Patienten ja so besonders intensiv wünschen und gleichzeitig so wenig annehmen können. In solchen Situationen kann es sehr hilfreich sein, sich in der Therapie zunächst mit dem Kritiker zu befassen, ihm Raum für seine Unzufriedenheit und seine hohen Ansprüche zu lassen, ihm gleichsam eine Bühne zu schaffen, auf der er sich austoben kann, bis er müde ist. Mit großer Sicherheit stellen sich im Anschluss an einen solchen Auftritt Erschöpfung und Traurigkeit ein. Diese Gefühle bieten für den Patienten eine gute Möglichkeit, den wohlwollenden, positiv korrigierenden, manchmal auch tröstenden Blick auf sich selbst zu entdecken und zu intensivieren.

Zum anderen ist der Einwand zu berücksichtigen, dass in der therapeutischen Förderung der Selbstakzeptanz doch auch die Gefahr des unkritischen und sogar noch extern legitimierten Bejahens von inakzeptablen Persönlichkeitsmerkmalen oder Verhaltensweisen verborgen liegt. Das ist prinzipiell richtig, nur geraten Psychotherapie-Patienten, für die es ein angemessenes und wichtiges Therapieziel ist, die Selbstakzeptanz zu erhöhen, in der Regel nicht in die Gefahr von narzisstischer Selbstüberschätzung oder Schönfärberei. Oft ist ihre negative Selbstbewertung seit langem auf niedrigstem Niveau stabilisiert, verfestigt zu der Überzeugung, »ganz und gar inakzeptabel zu sein« und »für sich selbst und für andere einen geringen Wert« zu haben. Sie sind Meister im Entdecken und Enttarnen eigener Schwächen und neigen eher zur Überhöhung anderer, als sich selbst mit rosaroter Brille zu betrachten. Deshalb ist die größte Gefahr bei der therapeutischen Arbeit mit diesen Patienten eher darin zu sehen, dass sie hartnäckigen Widerstand entwickeln, sich mit den »akzeptablen« Seiten ihrer Person zu beschäftigen und den Blick von Schwächen und Unzulänglichkeiten abzuwenden. Gleichwohl ist die Arbeit nur glaubwürdig und ethisch vertretbar, wenn sie dort den Blick nicht abwendet, wo bei Patienten die Entwicklung von größerer Selbstakzeptanz mit

rücksichtslosem Egozentrismus einhergeht oder sie missverstanden wird als Einladung zur Entwertung anderer.

Literatur

- Crocker, J. & Wolfe, C.T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*; 108, 3, 593-623.
- Feldenkrais, M. (1996). *Bewusstheit durch Bewegung*. Frankfurt: Suhrkamp
- Ferring, D. & Filipp, S.H. (1996). Messung des Selbstwertgefühls: Befund zur Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica*, 42, 284-292.
- Hanh, T.N. (1999). *Das Wunder der Achtsamkeit. Einführung in die Meditation* (9. Aufl.). Zürich: Theseus.
- Klinkenberg, N. (2005). *Feldenkrais-Pädagogik und Körperverhaltenstherapie*. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.
- Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2010). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Potreck-Rose, F. (2009). *Von der Freude, den Selbstwert zu stärken* (5. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ricoeur, P. (2006). *Wege der Anerkennung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Robins, R.W., Hendon, H.M. & Trzesniewski, K.H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*; 27, 151-161.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- Schütz, A. (2005). *Je selbstsicherer, desto besser? Licht und Schatten positiver Selbstbewertung*. Weinheim: Beltz.
- Schütz, A. & Sellin, I. (2006). *Die Multidimensionale Selbstwert-skala (MSWS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J. & Stanton, D.C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Solé-Leris, A. (1994). *Die Meditation, die der Buddha selber lehrte: wie man Ruhe und Klarblick gewinnen kann*. Freiburg: Herder.
- Young, J.E. & Klosko, J.S. (2008). *Sein Leben neu erfinden. Wie Sie Lebensfallen meistern* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2008). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.

Identitätsstärkung – Fördert Authentizität das Gesundwerden nach Krebs?

Elmar Reuter

- 15.1 Überblick – 200
- 15.2 Das Selbst als Denkfigur – 200
- 15.3 Identität als Kraftquelle und Attraktor – 202
- 15.4 Rolle des Selbst beim gesunden Überleben
einer Krebserkrankung – 202
- 15.5 Gibt es ein zelluläres Selbst?
Identität aus immunologischer Perspektive – 203
- 15.6 Der Krebskranke in Psychotherapie:
Bausteine zur Identitätsstärkung – 204
- 15.7 Empirische Befunde zur Lernbarkeit von Identitätsstärkung – 209
- 15.8 Resümee und zukünftige Forschungsfragen – 210
- Literatur – 210

15.1 Überblick

Aus der Perspektive eines niedergelassenen Verhaltenstherapeuten, der im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie Krebsbetroffenen Einzeltherapie anbietet, werden die häufig in Therapien benannten Themen Selbst, Identität und Authentizität aus psychologischer, soziologischer und immunologischer Sicht beleuchtet. Dabei wird die Gefahr der »Selbstverformung« und »Selbstverkümmern« durch überstarke Konformitäts- und Normalitätsbedürfnisse und die damit verbundene hohe Sensibilität für Außenatmosphären des »typischen Krebspatienten« beschrieben. Mit diesen überentwickelten Strategien gehen unterentwickelte Strategien hinsichtlich der Wahrnehmung der eigenen Belastung, des eigenen Lebensrhythmus, der eigenen Bedürfnisse und überhaupt einer differenzierten Innenperson einher.

Im Rahmen einer Autonomie fördernden Selbstmanagementtherapie wird ein curricular ausformulierter Therapiebaustein dargestellt, der die Identitätsstärkung und die Förderung authentischen Erlebens und Verhaltens zum Ziel hat. Eine erste empirische Überprüfung zeigt eine deutliche Selbstkonzeptverbesserung und die Verringerung symptomatischen Beschwerdedrucks nach entsprechender Intervention. Ob aus der psychologischen Stärkung des Eigenen immunologisch eine Verbesserung, »Fremdes« zu erkennen, abgeleitet werden kann, wird als Denkfigur eingeführt.

15.2 Das Selbst als Denkfigur

Konstruktivistische Identitätstheorien betrachten den Menschen zu Beginn seines Lebens als Original, dessen Kern sich im Raum angemessener empathischer Reaktionen seines Umfeldes entwickeln und entfalten kann. Die Anerkennung seiner Individualität und die Förderung der Talente bei gleichzeitiger Freiheit und Toleranz begünstigen die Entwicklung eines kohärenten Selbst. Mangelnde Empathie, Missachtung und Einengung können umgekehrt ein fragiles Selbst etablieren (Kohut, 1981). Übliche Mechanismen zur Selbstvergewisserung und Selbstbefestigung sind zu Beginn des Lebens das Stimulieren erogener Zonen, die Kon-

zentration auf lustbringende Aktivitäten, später das Betonen sozialer Fähigkeiten und der damit verbundene Anerkennungsgewinn. Maß oder Übermaß lassen diese Kompensation gesund erscheinen oder engen die Entwicklung des Selbst ein.

Im Echo des Fremdbildes etabliert sich ein Selbstbild, das sich durch Lob und Reputationsgewinn zu einer immer stärker werdenden Entwicklung sozialer Fähigkeiten und Leistungen provoziert fühlen kann. Diese aufrechterhaltenden Bedingungen können zum Motor der Weiterentwicklung werden und die Disposition zur bereitwilligen Übernahme sozial anerkannter Rollen in Familie, Beruf und Gesellschaft legen.

Eine starke Sensibilität für familiäre und gesellschaftliche Resonanz gehört in Folge zu den überentwickelten Strategien hoch sozialisierter Personen. Die Stimme des Eigenen, der persönlichen Ich-nahen Bedürfnisse wird in gleichem Maße leiser und fällt damit als Orientierungsmarke einer gesunden Entwicklung zwischen den Polen autonomer Selbstbestimmung und Anpassung in Bindung aus.

Unter Krebskranken – und davon berichten wir im Folgenden – findet sich dieser freundliche, umgängliche, auf Rollenerfüllung und die Wahrnehmung der Bedürfnisse Anderer bezogene Mensch häufig (Vetter, 1989, Lermer, 1982; Eckensberger et al., 1994). Er ist in der Regel belastbar und leistungsbereit und beschreibt sich gerne als »völlig normal«. Ist der Wunsch nach Normalität übermäßig ausgeprägt, spricht Büntig (2002) von »Normopathie«.

Wenngleich die Existenz einer sog. Krebspersönlichkeit bestritten wird (Schwarz, 2004), eben auch, weil bei den wenig klagsamen »Normalen« psychopathologische Abweichungen prämorbid wenig auftreten, gelten in der Literatur doch die allgemeine Tendenz zur Anpassung, Konformität und als Folge dieser Ausrichtung der Selbstentwicklung, die Unterdrückung persönlicher Bedürfnisse als übereinstimmende Merkmale Krebskranker (Tschuschke 2005).

So zeigen sich auch in den Lebensgeschichten von Krebspatienten kaum markant belastende »Life-Events«. Reuter (2005) wertete über 70 narrative Interviews mit brustkrebsbetroffenen Patientinnen aus und führte daraufhin gezielt weitere

Explorationen mit Betroffenen durch. Rollenbelastung im Alltagsleben, verbunden mit einer oft berichteten Harmoniebedürftigkeit wurde als Hauptstressor erlebt. Dann konnte aber die krisenhaft erlebte Krankheit kritische Selbstreflexion in Gang bringen, und einen als emanzipatorisch empfundenen Prozess der Selbstentwicklung anregen.

Selbstgefährdung, bis hin zum Selbstverlust, kann nicht nur durch überstarke Hinwendung der Selbstausrichtung auf die Bedürfnisse anderer definiert werden, sondern auch durch etwas eintreten, was Fromm (2000) »Verdinglichung« nennt: »Ich bin Arzt«; »Ich bin Vater von drei Kindern« sind Selbstbeschreibungen, die ein Aufgehen großer Teile des Selbst in einer Rolle deutlich machen.

In postmodernen Gesellschaften – und darin leben wir z. Zt. in Europa – kann das Selbst durch ständige Neuadaptationen »multipel« werden, es kann sich »entgrenzen«, »neu erfinden«, kann sich in Subgruppen »inszenieren« und sich auch dadurch vom kohärenten Kern entfernen (Funk, 2005; Siefer & Weber, 2006). Einige Autoren soziologischer Provenienz sprechen von »multiplen Identitäten«, »Patchwork-Identitäten« oder »flexiblen Identitäten« (vgl. Überblick über post- oder spätmoderne Identitätskonzepte, Keupp et al., 1999).

Das Selbst, zu Beginn des Lebens einzigartig, kann sich also durch unterschiedliche gesellschaftliche Prozesse und die innere Ausrichtung auf entsprechenden Reputationsgewinn klischeehaft transformieren und sich durch ständiges »funktionieren« festigen (Der aktuelle Versuch der Neurowissenschaften, das Selbst materiell abzubilden, zeigt eine fluide Figur von Nervenverschaltungen, die sich allerdings durch häufigen Gebrauch festigen, und sich dadurch kontinuierlicher konfigurieren können (vgl. Siefer & Weber, 2006).)

Krise, Krankheit, Scheitern setzen gewöhnlich dieses Funktionieren in Rollen zeitweise aus, schaffen einen vorübergehenden Freiraum und können Rückbesinnung und Selbstreflexion in Gang bringen. Das Selbst als überdauernde und im Wandel der Verhältnisse zeitstabile innere Instanz kommt in den Blick, mischt sich ein und kann einen intrapsychischen Dialog anstoßen.

Das grundsätzliche und überdauernd Werthafte bekommt eine Stimme in täglichen Entscheidungsprozessen.

Wenngleich eine Krisensituation als »Anregungsbedingung für eine Selbstentwicklung« erlebt werden kann (Eckesberger et al., 1994, DVD »Leben schmecken – Krebs, Krise, Kraft«, 2008), so ist in diesem Prozess gewöhnlich auch eine starke Anforderung im Sinne von Neulernen enthalten. Diese Anforderung wird nach akuter Erkrankung spätestens dann erlebt, wenn sich der Freiraum mit zunehmender Gesundung verflüchtigt und das Selbst sich wieder fremden Erwartungen ausgesetzt sieht. Genau an dieser Schnittstelle werden jedoch auch die sozialen Bedingungen für früheren Autonomieverlust deutlicher und die Suche nach Lösungen kann beginnen (Grossarth-Maticek, 2000; Reuter & Schneider, 2005).

Das Neulernen wird erschwert durch die Unfassbarkeit des Selbst. Es handelt sich dabei nicht um etwas Messbares, sondern lediglich um etwas Fühlbares. Die »Operationalisierbarkeit« unterliegt ähnlichen Schwierigkeiten, wie wenn wir Liebe oder Heimweh definieren wollten. Wir können diese den Innenraum beherrschenden Gefühle gewöhnlich nur an starkem Bindungs- und Passungsempfinden erkennen (Verbundenheit mit dem Liebespartner, der Heimat, mit sich selbst), und umgekehrt an einem verschärften Empfinden des Fremden und Unpassenden. Das Differenzbewusstsein kann zur Klärung und Neuorientierung erheblich beitragen. Hierbei werden gewöhnlich starke Kräfte frei. Das Selbst wird, im Prozess des Freiwerdens von Verfremdung, Deformation, Verkümmern, als starkes Aggregat empfunden. Aus Sicht von Krebsbetroffenen wird durch die Aktivierung dieser, im Selbst ruhenden Kräfte, auch Selbstheilung in Gang gebracht, zumindest die Stärkung der Widerstandskraft gegen Krankheitsdruck. Das Potenzial dieser Selbstheilungskräfte zeigt sich jedoch vom Zustand des Selbst abhängig: Ein kohärentes, vom Ich gewürdigtes und unterstütztes Selbst stärkt, ein »falsches« oder negatives Selbst schwächt oder zerstört. Die eigene Bewertung des Selbst ist an den Formen inneren Dialoges gut zu erkennen. Becker (1991) zeigt in einem Circumplexmodell selbstbezogenen Verhaltens differenziert die unterschiedlichen Kommu-

! »Was will ich eigentlich?« »Worum geht es mir denn wirklich?«

nikations- und Verhaltensformen des Ich mit dem Selbst. Von der Selbstvernachlässigung über die Selbstabwertung bis zur Selbstunterdrückung und umgekehrt, von der Selbstachtung über die Selbstbestätigung bis hin zur Selbstanleitung und -sorge, zeigt sich der Raum inneren Dialogs als Lernraum und kann als Ressource in verändertem Umgang mit sich selbst genutzt werden.

! Das Selbst – eine fluide Figur – kann durch Sozialisationsprozesse inkohärent werden. Krise, Krankheit, Scheitern setzt wiederum Reparaturprozesse mit dem Ziel der Selbststärkung in Gang.

15.3 Identität als Kraftquelle und Attraktor

Identität und Authentizität wird als größtmögliche Passung zwischen dem Innen-Selbst und dem Außen-Ich erlebt. Wenn sie verloren gegangen ist, kann sie wiedergewonnen werden.

Der authentische Mensch ist attraktiv, wenn auch nicht immer einfach zu nehmen. Mit sich selbst authentisch sein ist das Charakteristikum charismatischer Menschen. Sie können als »Gute« oder »Schlechte« erlebt werden, sind jedoch unverfälscht und erkennbar. Identität erlaubt Identifikation und Orientierung und wird als markanter Navigationspunkt im Umgang mit sich selbst und anderen erlebt.

Die kritische Auseinandersetzung mit sich – häufig initiiert durch Scheitern, Krise oder Krankheit – macht »Identitätsarbeit« notwendig, um Kraft und Orientierung zurückzugewinnen und in die Lage zu kommen, sich neue Ziele zu setzen. Nach Keupp et al. (1999) wird Identitätsarbeit als fortlaufender Prozess unbewusster, teilbewusster und bewusster Selbstkontrolle aufgefasst, der retro- und prospektiv im Erfahrungsfluss des Lebens die Bewältigung wichtiger Lebensthemen, kritischer Lebensereignisse der Vergangenheit als auch aktuelle und zukünftige Rollenausfüllung selbstreflexiv gestaltet und damit ein »Plateau gesicherter Identität« schafft.

Lorenz (2004) bemerkt, wie wenig dem Selbst und den Selbstgefühlen eines Menschen Beachtung geschenkt wird, weil es so selbstverständlich und unhinterfragt »seinen Dienst tut«. »Erst dann,

wenn diese Selbstverständlichkeiten brüchig werden, wenn wir in Krisen geraten, in denen wir uns selbst nicht mehr wiedererkennen ... dann entwickeln wir ein Gefühl für die Bedeutung positiver Selbstgefühle (und für das Empfinden), sich selbst vertrauen zu können« (Lorenz, 2004, S. 72).

Aus Sicht der Psychoanalyse ist die Zeit der frühen Kindheit für die Entwicklung des Selbst entscheidend. Erikson (1973) bezieht sich in seinem bekannten Identitätsmodell auf die Zeit bis zur Adoleszenz. Aktuell geht man jedoch von einem lebensfortschreitenden Prozess und einer dynamischen Identitätsentwicklung und -veränderung aus. Dabei können sich frühe Entwicklungsphasen als labilisierende oder stabilisierende Grundbedingungen erweisen, die späterhin eine Gefährdung von Identität begünstigen oder umgekehrt, die Widerstandsfähigkeit in Belastungssituationen stärken können. Antonovsky (1988) hält das von ihm definierte Kohärenzgefühl (»sense of coherence«) für früh angelegt und nur in engem Rahmen veränderbar. Auch im Rahmen der Resilienzforschung wird diskutiert, ob es sich dabei um eine unterschiedlich ausgeprägte Fähigkeit handelt oder um einen Muskel, der erst unter Belastung wächst (Lit. bei Schumacher et al., 2005).

Wir gehen davon aus, dass Identität durch traumatische Erfahrung fragmentiert, durch unbemerkte Anpassung an die Erwartungen anderer verformt, durch Ängstlichkeit, Unsicherheit und mangelnde Selbstreflexion verkümmern und durch strapaziöse Neuinszenierungen inkohärent werden kann.

Identität ist nicht einfach da oder nicht da, sondern stellt sich ständig neu her. Neuherstellung wiederum stabilisiert.

! Identisch zu werden und sich authentisch zu fühlen wird als Kraftquelle spürbar. Dieser Prozess kann starke Motivation freisetzen.

15.4 Rolle des Selbst beim gesunden Überleben einer Krebserkrankung

Block überschrieb so einen Vortrag, den er 1996 anlässlich der Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychoonkologie in Ischl hielt. Als Untertitel wählte er: »Die Perspektive aus vorders-

ter Front der Krebsbehandlung«. Block entwickelt hier in sehr differenzierter Form die Verschränkung psychologischer und immunologischer Sichtweisen und zeigt die synergistische Kraftentfaltung des gleichzeitig auf Psyche und Soma einwirkenden Selbst, macht aber auch deutlich, wie wenig empirisch unterstützt diese Denkfigur noch ist.

Besser untersucht ist das Selbst, wenn es sich in der Ausprägung differenter Bewältigungsstile («Copingmechanismen») nach Einbruch der Krebserkrankung zeigt. Prägt es sich depressiv-resignativ aus, scheint es nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Überlebenszeit nach Krebs ungünstig zu beeinflussen. Aktiviert das Selbst ein problemorientiertes Herangehen an Krankheit und Behandlung, zeigen sich positive Auswirkungen, nicht nur auf das Lebensgefühl, sondern durchaus auch auf die Lebenszeit (Fawzy et al., 1993; Watson et al., 1999; Heim, 1988; Cunningham et al., 2000; Andersen et al., 2008).

Das Selbst moduliert nicht nur die Antwort auf Krankheit, sondern auch die Reaktion auf Behandlung und zeigt sich in der Compliance- und der Placebo-Forschung als erhebliche positive bzw. negative Wirkgröße (Tschuschke, 2005). Möglicherweise beeinflusst es auch direkt die Wirkung medizinischer Behandlung. So konnte Walker et al. (1999) in einer randomisierten prospektiven Studie neoadjuvant-chemotherapeutisch behandelter Brustkrebspatientinnen starke Reduktionen der Tumorgöße und eine ebenso signifikante Verbesserung der histologischen Virulenz des Tumorgewebes nachweisen, wenn Patientinnen geringere Angst- und Depressionswerte aufwiesen. Bei ängstlich-depressiveren Patientinnen führte die gleiche Chemotherapie zu einem signifikant schlechteren Ergebnis. Zentrale, im Selbst liegende Gefühlszustände erwiesen sich also als signifikanter Prädiktor klinischer und pathologischer Behandlungswirkung («The higher the score (HADS-Werte), the poorer the response»).

In der verhaltenstherapeutischen Literatur zeigen Interventionen zur Verbesserung sog. »Selbstmanagements« (Kanfer et al., 1996), und der »Selbsteffizienz« (Bandura, 1977) positiven Einfluss auf das Gesundwerden bei psychischen und somatischen Erkrankungen.

In der psychoonkologischen Literatur wiesen Krebstherapeuten länger schon auf verschiedene

Aspekte von »Selbstblockaden« hin. Grossarth-Maticsek (2000) betont zum Beispiel die Notwendigkeit, aus alten, abhängig machenden Bindungsmustern autonom herauszuwachen. Simonton et al. (1992) leiten Patienten an, negative und krankmachende Einstellungen und Überzeugungen in gesündere umzuwandeln. LeShan (1993) hebt die Wichtigkeit des persönlichen Rhythmus hervor und führt Patienten dazu, ihr Lied, ihre Lebensmelodie, zu finden. Büntig (2002) betont die Befreiung vom unbewussten Normalitätsdruck. Bilek (2001) berichtete über interessante Erfahrungen hinsichtlich des Zusammenhangs von Krankheit und Konflikt. Er hält die Identifikation eines zentralen Konfliktes in der Lebenswelt des Betroffenen, seine Bereitschaft, daran zu arbeiten, und die Möglichkeit, hinsichtlich seiner zukünftigen Lebensgestaltung in ein freieres Feld zu kommen, geradezu für einen protektiven Faktor im somatischen Verlauf der Erkrankung. Vielfach wurde Krankheit auch als »Weg« (Dethlefsen & Dahlke, 2000) oder als Chance der Erneuerung gesehen. («Krebs ist ein paradoxer Lehrmeister, er konsumiert oder er erneuert uns«, vgl. Block 1996, S. 42.) Hier sehen wir allerdings auch das Problematische: Bei eintretendem Krankheitsprogress können sich Betroffene auf diesem Weg schnell als Versagende und Scheiternde erleben. Der Grat zwischen der Suche nach dem Sinn und der Suche nach der Schuld ist schmal (vgl. Steinweg, 2006).

! Das Selbst moduliert nicht nur die Antwort auf die Erkrankung, sondern auch die Reaktion auf die Behandlung. Psychoonkologische Interventionen, die sich auf Selbststärkung richten, können auch günstige somatische Auswirkungen haben.

15.5 Gibt es ein zelluläres Selbst? Identität aus immunologischer Perspektive

Das Selbst lässt sich nicht verallgemeinern. Es erweist sich als einzigartiger Genotyp einer Person und sucht sich stets einen sehr persönlichen Weg, um eine Krise zu bewältigen. Dabei nimmt es aber offensichtlich Einfluss auf das Nerven-, Immun- und Hormonsystem, zeigt sich im psychologischen Raum

als Gedanke oder Gefühl und im somatischen möglicherweise als Dirigent vielfältiger, miteinander in Verbindung stehender nervöser, endokriner und immunologischer Prozesse (Schubert et al., 2003). Dass Krankheit Selbstreflexion und klärende Suchprozesse überhaupt auslöst, kann als Bestandteil des »sickness behaviour« und damit als Teil der unmittelbar einsetzenden Selbstreparatur gefasst werden.

Die Rolle des Immunsystems beim Gesundwerden nach Krebs ist unbestritten, wenn auch in der Funktionsweise unklar. Zentrale Aufgabe des Immunsystems ist es, Selbst und Fremd im Körper auseinanderzuhalten und geeignete Abwehrschritte gegen Fremdes einzuleiten. Was bei eingedrungenen Viren oder Bakterien noch leicht gelingt, gestaltet sich angesichts der zur »Guerillataktik« neigenden Tumorzellen schwierig. Krebszellen sind wandelbar und können sozusagen »als blinde Passagiere« die laufende »Passkontrolle« des Immunsystems umgehen (Miketta, 1991). Stärkung des Immunsystems heißt also nicht nur Steigerung von abwehrstärkenden Zellverbänden (z. B. B-Zellen, NK-Zellen usw.), sondern auch, den Grad der Wachheit und des regelrechten Funktionierens des Immunsystems zu fördern.

Dabei müssen eine Vielzahl von Zellen, Zellverbänden, Molekülen und Botenstoffen so miteinander kommunizieren, dass Abwehr koordiniert funktioniert. Das Bild eines vom Dirigenten gut geführten Orchesters (Haraway, 1995) und das einer individuellen Lebensmelodie könnte sich als passender erweisen als das einer starken Kampftruppe. Dabei ist das Immunsystem eines Menschen in großen Teilen einzigartig und nur bei eineiigen Zwillingen austauschbar. Ähnliche Bilder gelten für das Selbst. Denn dessen Aufgabe besteht darin, sich bei Bindung und Anpassung an »Fremdes« ständig als Eigenes zu bewahren und sich – wie das Immunsystem – vor übergroßer Toleranz zu schützen.

Varela (1996) entwickelt die Denkfigur, das Immunsystem könne sich als somatischer Ast des Selbstgefühls zeigen. Durch die gemeinsame Aufgabe, Selbst und Fremd auseinander zu halten, seien Brückeneffekte denkbar. Beides, Selbstgefühl und Immunsystem, könnten aus dem gemeinsamen genetischen Kern, der DNA, entstanden sein und sich als psychische und somatische Kontrollinstanz entwickelt haben.

Die psycho- und neuroimmunologische Forschung beschäftigt sich mit Wechselwirkungen von Psyche und Immunsystem. Soweit über die immunologischen Auswirkungen spezifischer psychotherapeutischer Interventionen berichtet wird (vgl. Garssen & Goodkin, 1999; Miller & Cohen, 2001), zeigen sich lediglich milde Effekte. McGregor et al. (2004) und Cunningham et al. (2000) verweisen darauf, nicht nur die Interventionen zu betrachten, sondern auf Personeneigenschaften der Teilnehmer, und hier besonders auf den Grad der »Aufbruchstimmung« und des »involvements« zu achten. Sie finden signifikante immunologische Effekte besonders bei den psychologisch Bewegten.

Auch unsere Erfahrungen in mittlerweile über 400 gut dokumentierten Langzeittherapien bei Krebspatienten verweisen auf die Notwendigkeit, das jeweilige Ansprechen auf Psychotherapie differenziert einzuschätzen, und klinische und ggf. auch immunologische Effekte mit dem Grad der inneren Bewegtheit von Patienten im Psychotherapieprozess in Verbindung zu bringen. Wandel nach Krebs – Neuorientierung und Identitätsstärkung in der Psychotherapie – kann stark oder schwach, früh oder spät in Gang kommen. Dabei rücken wiederum Basisfaktoren, wie das aus der Salutogenese-Forschung hergeleitete Gefühl von Kohärenz (Antonovsky, 1988) oder Resilienz (Wagnild & Young, 1993), der Eigensinn, die Fähigkeit in Schlechtem auch Gutes zu sehen (»benefit-finding«) wie auch die von Bilek (2001) betonte Konfliktzentrierung als möglicherweise protektive Persönlichkeitsmerkmale in den Blickpunkt. Konformismus »Normopathie«, aber auch undifferenzierte Freundlichkeit könnte sich eher als »gefährliche« Eigenschaften erweisen, die den Nutzen von Psychotherapie einschränken.

! Das Selbst zeigt sich aus immunologischer Perspektive als Dirigent vielfältiger, miteinander in Verbindung stehender nervöser, endokriner und immunologischer Prozesse.

15.6 Der Krebskranke in Psychotherapie: Bausteine zur Identitätsstärkung

Unter psychoonkologischer Psychotherapie werden diverse, hinsichtlich Inhalt, Struktur und Dauer

sehr unterschiedliche Interventionen zusammengefasst, die beispielsweise von einer durchschnittlich 5-stündigen unterstützenden Begleitung im Akutkrankenhaus vor und während des operativen Eingriffs (Küchler et al., 2007), über strukturierte 10–20-stündige Schulungsprogramme (Fawzy et al., 1993; Schwickerath et al., 2008; Weis et al., 2006), einjährige Gruppentherapien (Spiegel et al., 1989; Goodwin et al., 2001; Andersen et al., 2008) bis hin zu sehr individuellen Einzeltherapien reichen (Literatur und kritische Bewertung bei Tschuschke, 2005). Die Inanspruchnahme psychologischer Zusatzoptionen scheint von unterschiedlichen Motiven der Betroffenen, von der vergangenen Zeit nach Diagnosestellung, aber auch von Bedingungen des Medizinsystems abzuhängen (Rehse et al., 2003; Reuter et al., 2004; Rehse et al., 2008). Gemeinsame Elemente der unterschiedlichen Interventionen liegen in der Unterstützung der Patienten durch Wissenserwerb, Ausdruck von Gefühlen, sozialer Unterstützung, Angstabbau, Stärkung von Selbstregulation und Autonomie sowie der Bereitschaft Betroffener, sich mit Konflikten in ihrem Leben, aber auch mit eigenen Ressourcen auseinanderzusetzen. Besonders kombinierte Einzel- und Gruppentherapie (Schuster & Reuter, in Vorb.) erlauben ein vertieftes Gewahrwerden innerer Instanzen im Krisenerleben bis hin zu einem regelrechten Aufbruch mit tiefgehendem Wandel von Einstellungen, Haltungen, Bewertungen und Lebenszielen.

Was sind nun die Hauptlinien psychoonkologischer Einzeltherapie? Nachfolgend soll das dargestellt werden aus der Sicht einer verhaltenstherapeutischen Praxis, die Krebsbetroffenen eine Selbstmanagementtherapie mit dem Ziel anbietet, ihre Autonomie in Zeiten der Krise zu behalten oder wieder zu gewinnen und ihre Selbsteffizienz durch Bewältigung der Belastung und durch bewussten Wandel zu erhöhen.

Alle Patienten befinden sich primär in medizinischer Behandlung und bringen ihre Befunde zum Erstgespräch mit. Die Psychotherapie ist kassenfinanziert, vom behandelnden Arzt (Konsiliararzt) befürwortet und gilt als komplementärmedizinisches Angebot. Inhaltlich steht im Vordergrund das Verringern identifizierbarer Stressoren, die als »**Energieräuber**« eingestuft werden (akute oder auch

andauernde Konfliktlagen mit den entsprechenden Angst-, Abhängigkeits- und Hilflosigkeitsgefühlen, dysfunktionalen Einstellungen, mangelnde soziale Unterstützung usw.). Die andere Linie beschäftigt sich mit den Stärken des Patienten und deren Ausbau (Verbesserung sozialer Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit, auch im Austausch mit Behandlern, Ausdruck und Verstärkung persönlicher Gedanken und Gefühle zu Krankheit, Behandlung, Etablierung neuer passender Werthaltungen und konkreter Lebensziele). Wir sprechen hier von »**Energiebringern**«.

Bis hierhin folgt die Therapie den üblichen Leitfäden für Verhaltenstherapie. Danach, wenn die Ängste und Beschwerden verringert, die Konflikte benannt und womöglich bearbeitet sind, gewinnt die Überprüfung der Identität und des Echten und Authentischen an Wert für den Betroffenen. Fragen wie »Wie habe ich bisher gelebt? Was ist mit mir passiert? Wie habe ich gedacht, gefühlt, geliebt? Wo bin ich dabei geblieben? Wie geht es mir wirklich? Was ist mir wichtig und was will ich überhaupt? Kann ich mich fühlen, meine Bedürfnisse spüren, kann ich Ziele definieren und sie auch erreichen? Kann ich auf meine Erkrankung Einfluss nehmen und meine Gesundheit unterstützen?« stellen sich jetzt.

In diesem Prozess taucht beim Patienten fast regelhaft das Bild vom zurückgestellten, verkümmerten, durch übermäßige Anpassung verformten Selbst auf; zeitgleich der Impuls, den eigenen Bedürfnissen näher zu kommen, sie zu spüren und im Alltag durchzusetzen, sich dabei echter und authentischer zu fühlen, »ehrlicher nach innen« (vgl. Reuter, 2010).

Im Konzept der Selbstmanagementtherapie (Kanfer et al., 1996) übernimmt der Therapeut die Rolle eines »Assistenten des Patienten«, der ihn im »**selbstentdeckenden Lernen**« unterstützt. Psychotherapie bildet den Raum dafür, schult die Dialogfähigkeit des Patienten mit sich über den Dialog mit seinem Therapeuten. Psychotherapie ist Resonanzraum für die anfangs kaum gespürten Selbsterlebnisse und Selbstveränderungen. Der Therapeut regt die differenzierte Innen-Wahrnehmung und zunehmend die Selbstverstärkung an. Übergeordnetes Ziel ist die Förderung von Autonomie im Rahmen gegebener Gebundenheiten.

Beispiel

Im klassischen Fall beschreibt sich z. B. eine Brustkrebsbetroffene Patientin als ein harmoniebetonter Mensch mit überstarker Sensibilität für die Bedürfnisse anderer, eingespannt in Pflege und Sorge um wichtige Personen in ihrem Leben, ohne Gefühl für die eigene Person, ohne Sensibilität für die eigenen Bedürfnisse, ohne Raum für sich. Ein ausgeprägtes Bild des Eigenen, Originellen fehlt. Von »Ich« wird wenig gesprochen, von »man« viel. Die Patientin berichtet, sehr ausgeprägte Antennen für atmosphärische Bedingungen der Umgebung zu haben, ihre Sinnesorgane für dieerspürung der Bedürfnisse anderer zu benutzen. Das führt sie fast automatisch zur Erkenntnis, diese nicht zur Erkundung des persönlichen Innenraums eingesetzt zu haben, vielleicht gar keine Empfindung für die eigenen Bedürfnisse, keine nach innen gerichteten Antennen zu besitzen.

Während die Charakteristik anderer genau beschrieben werden kann, bleibt ihr Bild vom Eigenen schwach ausgeprägt oder erscheint uninteressant oder gar wertlos. Die klischeehafte, mit Tugendhaftigkeit in Verbindung gebrachte Selbstlosigkeit kann ihr im Therapieverlauf als erschreckende Verantwortungslosigkeit gegenüber der eigenen Person vorkommen. Achtsamkeit – ein von Kabat-Zinn (1995) eingeführter Begriff – gilt anderen, nicht ihr selbst. Strategien, sich sensibel und oft in pflegend-sorgender und verantwortungsvoller Funktion an den Wünschen anderer zu orientieren, werden von ihr als hochtrainiert und überentwickelt beschrieben. Strategien, sich achtsam, fürsorglich und respektvoll mit sich selbst zu beschäftigen, als deutlich unterentwickelt. Hier setzt im psychotherapeutischen Prozess die Identitätsstärkung an.

Im Folgenden werden einige Bausteine dargestellt, die das Bewusstsein vom Selbst – einer spürbaren Innenperson – schärfen. Sie werden in den verschiedenen Phasen der Selbstmanagementtherapie thematisiert, entwickeln sich jedoch auch Stufe um Stufe weiter. Die Bausteine spiegeln von Patienten häufig benannte Themen wieder und sind aus der Arbeit mit Krebskranken entstanden. In der jetzt 13-jährigen Psychotherapiearbeit mit Onkologiepatienten haben sich aus diesen Bausteinen regelrechte »Übungen« entwickelt, die sich mit der Schulung des inneren Wahrnehmens und Erlebens, mit dem Wandel

des Bewusstseins und dem Erproben neuer Umgangsformen mit sich und anderen sowie der Auseinandersetzung mit spirituellen Fragen beschäftigen.

Der therapeutische Umgang mit diesen »Übungen« orientiert sich am Methodenrepertoire der Selbstmanagement-Therapie und folgt der ausdrücklichen Zielsetzung, die innere Achtsamkeit zu erhöhen, Ressourcen wahrzunehmen, das Selbstgefühl zu stärken und im Patienten die Fähigkeit zu fördern, identischer zu leben und authentischer (ehrlicher nach innen) zu fühlen.

1. Übungen zur Schärfung der inneren Wahrnehmung

- **Wahrnehmungsschulung hinsichtlich Entlastung/Belastung in der täglichen Rollenerfüllung** (»Die Krankheit hat mir plötzlich einen Freiraum geschaffen, jetzt merke ich erst, wie belastet ich war«.)

- **Wahrnehmungsschulung zur Erkennung von Anpassungshaltungen** (»Ich merke, dass andere etwas von mir erwarten, ich kann aber auch erkennen, dass ich vermeintlichen Erwartungen anderer folge, also eigenen Erwartungen an mich, die ich in den Blick anderer hineinlege. Ich merke,



dass ich ein Bild von mir habe, das sich an vorhandenen Bildern in der Gesellschaft misst, so wie ich Mann bin oder Frau, Partner oder Partnerin, Vater oder Mutter eines Kindes, Sohn oder Tochter von Eltern, so wie ich im Job bin usw.«)

- **Erkunden innerer Motoren dieser Anpassung** (»Tue ich das, weil ich normal sein will, geliebt werden will, aus Harmoniezwang oder bin ich einfach konfliktscheu?«)
 - **Wahrnehmungsschärfung für innere Bedürfnisse und den Wandel von Bedürfnissen und eigenen Antrieben** (»Was will ich eigentlich? Ich muss lernen, herauszufinden, was ich wirklich will, und was ich nur Anderen zuliebe tue. Ich will irgendwie andere Dinge als früher.«)
 - **Förderung des inneren Dialogs** (»Wenn ich mich wahrnehme, werden die unterschiedlichen Bedürfnisse und Motive deutlicher wahrnehmbar?– Wie in einem Parlament.«)
2. **Übungen, die Sensibilität im Umgang mit Anderen zu schärfen**
- **Sensibilisierung für unterschiedliche zwischenmenschliche Beziehungserfahrungen** (»Ich trenne schärfer, verbinde mich aber auch inniger. Ich mache Unterschiede, merke den Unterschied deutlich. Das ist wirklich anders geworden. Ich stelle mir die Frage, von wem habe ich überhaupt etwas – und von wem nicht?«)
 - **Bewusstes Wahrnehmen von Stärken in der eigenen Person, Stärken Anderer und Erkennen und Nutzen von Hilfsmöglichkeiten von außen** (»Das kann ich gut, das ist mir bisher oft gelungen. Das können andere gut, ihre Hilfe kann ich nutzen.«)
 - **Erleben von Öffnung dem Anderen gegenüber** (»Ich merke, dass ich mich öffnen kann. Ich spüre meine Verschlussmechanismen deutlicher. Ich merke, wie ich bei mir und einem Anderen gleichzeitig sein kann. Bei mir zu sein ist ja gar kein Egoismus!«)

3. **Übungen zentrale Konflikte zu erkennen**

- **Wahrnehmung des inneren Zensors** (»Ist das eigentlich mein Gewissen oder meine Erziehung oder die Gesellschaft, die da in mir spricht?«).
- **Wahrnehmen von zentralen Konflikten** als sinnhaftem Aufeinandertreffen eigener Wünsche und Neigungen und der Wünsche und Neigungen anderer (»Ich habe wirklich eine ganz andere Auffassung über manche Dinge im Leben als meine Mutter/mein Partner. Wenn wir Konflikte darüber haben, liegt das ja in der Natur der Sache. Ich darf die Unterschiede nicht einfach so abtun, als gäbe es sie nicht.«)
- **Aushalten von Konflikten** (»Ich muss eine Meinungsverschiedenheit auch mal aushalten können und nicht immer sofort klein begeben, um des lieben Friedens willen.«)

4. **Übungen zur Stärkung von Identität und Authentizität**

- **Wahrnehmungsschärfung für den eigenen Tagesrhythmus, eigene Gewohnheiten, persönlichen Geschmack usw.** (»Ich merke meine persönliche Handschrift im Alltag deutlicher, fühle mich aber auch leichter gestört. Was ich tue, tue ich auf meine Weise.«)
- **Bilder machen vom eigenen Selbst als innerer Person und Abgrenzung vom Pseudo-Selbst** (»In vielen Dingen war ich gar nicht ich selbst, hab nur so getan als ob, hab funktioniert und dabei ein freundliches Gesicht gemacht. Jetzt merke ich erst einmal, dass ich im Inneren eine eigene Person habe, die offensichtlich ich selbst bin.«)
- **Identität und Authentizität im Alltags-Handeln**, insbesondere auch die Erfahrung, gleichzeitig **bei sich und Anderen** sein zu können (»Ich habe gemerkt, wenn ich mich gebe, wie ich bin und so handle, wie mir ist, dass ich dann nicht egoistischer, sondern sogar mehr bei meinem jeweiligen



Gegenüber bin. Ich merke, wenn ich echt bin, kann dann auch sehr aufmerksam sein.«)

- **Erleben von Konstanz und Kontinuität im Werden** des eigenen Lebens und der verschiedenen Stationen, »das erzählte Selbst« (»Im Erzählen wird mir erst klar, dass ich bei allem Werden und Wechsel doch auch gleich geblieben bin.«)
- **Spüren von Kongruenz** (»Ich bin ganz bei mir, ganz ich selbst.«) **und Selbstverfremdung** (»Das bin nicht ich.«) im Alltagsleben. Förderung des Unterschiedslebens.

5. Übungen zur Sensibilisierung für spirituelles Erleben

- **Stärkung der Bewusstheit und des Respekts dem Eigenen gegenüber** (»Ich merke, dass ich mich selbst pfleglicher behandeln muss. Ich merke, wie ich mich belaste, fast ausbeute. Ich muss mich bei mir manchmal entschuldigen.«)
- **Hereinnahme des Todes in das eigene Leben** und Nachdenken über die Folgen (»Seit mir bewusst geworden ist, wie schnell ich sterben kann, lebe ich viel intensiver. Ich denke aber auch oft darüber nach, wie es ist, wenn ich nicht mehr da bin, wo ich dann bin und wie es den anderen geht.«)
- **Sich der Angst vor Tod und Sterben öffnen** (»Ich kann mit niemandem über meine Angst sprechen. Mein Partner will nichts davon wissen, ich soll »positiv« denken. Aber die Ängste kommen häufig, tags und in der Nacht. Die Angst macht mich ganz verrückt und vergiftet mein Leben.«)
- **Anderen Umgang mit Todesangst erleben** (»Früher habe ich Fenster und Türen meines Hauses verschlossen, dann stieg die Angst durchs Kellerfenster rein. Jetzt öffne ich Fenster und Türen: Die Ängste kommen, halten sich auf im Haus und verschwinden wieder, die Sonnenstrahlen aber auch.«)
- **Erleben von Transzendenz und Spiritualität** (»Ist die Krankheit ein Signal, dass sich was ändern soll? Will mir da einer was sagen? Habe ich ein Unbewusstes, das mich

korrigiert? Ich nehme mich irgendwie anders wahr, auch die Natur erlebe ich anders, vielleicht bin ich stärker verbunden mit allem um mich herum.«)

6. Schärfen des Differenzbewusstseins im Wandel

- **Wahrnehmungsschärfung für überdauernde Werte und Überzeugungen und eventuellen Wandel** (»Was ist mir das Wichtigste in meinem Leben? Was folgt dann? Ändert sich das? Wie ändert sich das?«)
- **Wahrnehmung des Wandels/der Verringerung von Symptom- und Beschwerdedruck** bei echterem und authentischerem Leben (»Komischerweise habe ich in manchen Situationen jetzt überhaupt keine Angst mehr. Mein Essen hat sich normalisiert, mein Blutdruck ist herunter gegangen. Auch die häufigen Kopfschmerzen früherer Zeiten habe ich nicht mehr so – seltsam.«)
- **Wahrnehmung verstärkten Selbstbewusstseins** durch stärkere Bewusstheit des Selbst (»Mein Selbstbewusstsein hat sich deutlich verstärkt, vielleicht dadurch, dass ich so viel über mich nachgedacht habe? Mich nun deutlicher wahrnehme? Mein Selbst erkenne?«)
- **Erlernen entsprechender Selbstverstärkung** (»Der Prozess hat zwar durch die Krankheit angefangen, jetzt bin ich es aber selbst, der den Prozess in Gang hält. Ich muss das deutlich wahrnehmen und gutheißen. Ich spüre die Kraft in mir.«)
- **Zeigen des Selbst** – Offenheit und Authentizität und das Wahrnehmen von Angst und Lust (»Manchmal habe ich richtig Lust, mich zu zeigen und zu präsentieren, wovor ich früher Angst hatte. Ich bin auch viel gelöster und überhaupt in allem offener geworden. Ich kann leichter Nein sagen, aber auch richtig Ja.«)
- **Spüren von Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit** (»Die Krankheit ist wie ein Geschmacksverbesserer, ich weiß viel besser, was mir wichtig ist und tue mehr Dinge, die mir sinnvoll erscheinen.«)

Der Therapeut fragt nach diesen Wahrnehmungen, insbesondere unter dem Aspekt von Unterschiedlichkeit im Erleben der eigenen Person in Situationen des Alltagslebens:

- Was habe ich Neues an mir bemerkt?
- Welche Veränderungen habe ich registriert? Bei mir? Bei dem Gegenüber?
- Spüre ich meine Wünsche?
- Bin ich ehrlich meinen Gefühlen gegenüber?
- Kann ich meinen Rhythmus im Tag spüren? Spüre ich Rhythmusstörungen?

Die vom Patienten berichteten Wahrnehmungen, Erlebnisse und Erfahrungen werden in allen Therapiesitzungen explizit besprochen und hinsichtlich differenter Bewusstseins vom Wandel und der Veränderung (früher – heute) markant verstärkt.

Dadurch gewinnt das Selbst im Dialog des Patienten mit sich und dem Therapeuten allmählich Kontur, die Sinnesorgane werden empfänglicher für die eigenen Gefühle, Gedanken, Bedürfnisse, Rhythmen. Gleichzeitig nimmt gewöhnlich die überstarke Sensibilität für Außenatmosphären ab. Ist das Selbst einmal in Sicht, mischt es sich ein und wächst durch Bewusstsein von sich, Achtung vor sich, Sorge um sich und Glaube an sich. Mit zunehmender Authentizität wächst die Unterscheidungsfähigkeit von »Schädlichem und Nützlichem« erkennbar und fordert Konsequenzen in Lebensführung, Tagesrhythmus und in der Auswahl sozialer Beziehungen.

! Psychoonkologische Psychotherapie hat das Ziel, Stressoren zu verringern und Ressourcen zu stärken. Das wird durch gezielte Verstärkung der Selbstwahrnehmung und eine Verbesserung des Selbstmanagements erreicht. Die Stärkung der Identität kann durch auf das Selbsterleben gerichtete Therapiebausteine erleichtert werden.

15.7 Empirische Befunde zur Lernbarkeit von Identitätsstärkung

Identitätsstärkung scheint lernbar zu sein. Wir überprüften die Wirksamkeit einer identitätsstärkenden Selbstmanagementtherapie an einer Gruppe krebsbetroffener Patientinnen und Pati-

enten, die unter den Hauptdiagnosen akute Belastungsreaktion ICD-10 F 43.0, Anpassungsstörung ICD-10 F 43.2 und Angst und depressive Störung gemischt ICD-10 F 41.2 in ambulanter Einzeltherapie standen.

Insgesamt 71 krebsbetroffene Patienten nahmen von 2000 bis 2003 eine solche identitätsstärkende Selbstmanagementtherapie in Anspruch. In diesem Zeitraum gewann der Baustein Identitätsarbeit im Rahmen der Selbstmanagementtherapie für die Therapeuten eine zunehmende Bedeutung. Vollständige Datensätze liegen von 50 Patienten vor. Acht Patienten sind verstorben, 13 konnten wegen erneuter Erkrankung, Therapiepause oder aus anderen Gründen die Fragebögen zum Post-Zeitpunkt nicht bearbeiten.

Die soziografischen und krankheitsbezogenen Daten der Teilnehmer einer identitätsstärkenden Selbstmanagementtherapie: insgesamt N=50 Krebsbetroffene; Altersmittelwert 49,64 (33-67; SD= 8,58), N=47 Frauen, N=3 Männer; Krebsart: N=41 Brustkrebs, N=9 andere Tumoren; Krebsstadium: lokaler Tumor ohne und mit Lymphknotenbefall N=41, mehrfaches Auftreten/Fernmetastasen N=9.

Allen Patienten wurden zu zwei Messzeitpunkten (in der probatorischen Phase und nach Abschluss einer durchschnittlich 25-stündigen Kurzzeittherapie) standardisierte Fragebögen zur Selbsteinschätzung vorgelegt (detaillierte Beschreibung bei Reuter & Schneider, 2005). Wir nahmen an, dass sich mit Stärkung der Identität das Selbstbild der Patienten verbessern würde und psychische und somatische Symptome an Kraft verlören. Dieser Überlegung folgend setzten wir die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN; Deusinger, 1986) zur Erfassung des Selbstbildes und die Symptom-Checkliste zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome ein (SCL 90-R; Franke, 1995, bzw. dessen Kurzform BSI; Franke, 2000).

Tatsächlich kam es in der psychometrischen Überprüfung der Therapieeffekte im Mittelwert zu einer hochsignifikanten Abnahme der Belastung durch psychische und somatische Symptome und zu einer ebenfalls hochsignifikanten Stärkung des Selbstkonzeptes (■ Tab. 15.1).

■ Tab. 15.1. Therapieeffekte (N=50; Prozentränge)

Fragebogen	SCL 90-R / BSI		FSKN	
Messzeitpunkte	prae	post	prae	post
Mittelwerte	77,62	65,72	40,80	48,96
Range	7-100	2-100	1-91	2-96
Standardabweichung	26,14	31,47	23,71	25,62
Signifikanzniveau	p < 0,1		p < 0,01	
Normwerte Gesunder	16-84		16-84	

Mittelwertsvergleich (t-Test) hinsichtlich Symptombelastung und Selbstkonzept vor und nach einer 25-stündigen identitätsstärkenden Selbstmanagement-Therapie bei Krebspatienten. Niedrige Werte bei SCL 90-R/BSI werden mit geringer Symptombelastung, hohe Werte bei FSKN mit einem guten Selbstkonzept gleichgesetzt.

! Patienten mit Krebserkrankung zeigen im Anschluss an eine durchschnittlich 25-stündige identitätsstärkende Psychotherapie signifikant weniger Beschwerdedruck durch Symptombelastung und eine bedeutsame Verbesserung des Selbstkonzeptes.

15.8 Resümee und zukünftige Forschungsfragen

Identität bleibt schwer zu fassen, der Weg zum Selbst kaum abbildbar. Wir konstruieren unser Selbst, machen aus Fluidem etwas Festes, auch durch die erzählte Geschichte unseres Lebens. Das Selbst ist nicht vorhanden, sondern stellt sich ständig neu her. Dabei wird eine starke Motivation frei. Krisenhafte Zeiten – wie sie zum Beispiel durch den Einbruch einer Krebserkrankung gegeben sind – initiieren die Wiederherstellung (DVD »Leben schmecken – Krebs, Krise, Kraft«, 2008). Es könnte sich dabei um einen Schritt der »Selbstreparatur« handeln. Unter wissenschaftlicher Perspektive stellen sich viele Fragen, wie z. B.: Ist Identität operationalisierbar und auf einem Kontinuum zwischen wenig identisch und hoch identisch abbildbar? Lässt sich Identitätssuche als Copingmechanismus verstehen, und lässt sich seine Verteilung im Spektrum anderer Copingstrategien beschreiben? Gibt es regelhafte Zusammenhänge zwischen Identitätsarbeit, Motivation und Aufbruchstimmung? Hat Identitätsstärkung Einfluss auf die Immunlage auf den somatischen Verlauf nach Krebs, bzw. die

Reaktion auf medizinische Behandlung? Gibt es personimmanente protektive Faktoren (z. B. Eigensinn, Autonomie, Kohärenzsinn, konfliktzentrierte subjektive Krankheitstheorie, Authentizität usw.)? Lassen sich diese protektiven Faktoren fassen, fördern und gewinnen sie Einfluss auf den Krankheits- bzw. Gesundungsverlauf nach Krebs?

Eine entsprechende ausgearbeitete Forschungslandschaft dazu fehlt weitgehend – vor allem in Deutschland. Allerdings lässt die zunehmende Implementierung psychoonkologischer Dienste in sog. Organzentren wie auch die Etablierung psychosozialer Förderschwerpunkte hoffen (z. B. durch die Deutsche Krebshilfe). Bis dahin bleiben Erfahrungen, Ergebnisse und Gedanken zu Identitätsstärkung und deren möglichen Auswirkungen fragmentarisch. Körperliches Gesundwerden nach Krebs muss dabei kein Ziel sein. Sich authentischer zu fühlen und zu leben kann auch kurz vor dem Tod als Gewinn erlebt werden.

! Identisch werden und sich authentisch zu fühlen erweist sich als schwer operationalisierbar und ist als Copingmechanismus oder protektiver Faktor bei der Bewältigung von Krebs wissenschaftlich kaum untersucht.

Literatur

Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of Health—How people manage stress and stay well*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass. In Franke (Hrsg.). (1997). *Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.

- Andersen, B. L., Young, H.-C., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Emery, C. F., Thornton, L. M., Young, D. C. & Carsson III, W. E. (2008). Psychological intervention improves survival for breast cancer patients. A randomized clinical trial. *Cancer*, 113, 3450-3458.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward Unifying Theory of Behavioural Change. *Psychological Review*, 8, 191-215.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1995). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle*. Göttingen: Hogrefe.
- Bilek, H. P. (2001). Außergewöhnlich günstiger Verlauf einer Krebserkrankung – Ergebnisse einer Expertentagung. In Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie (Hrsg.), *Jahrbuch der Psychoonkologie* (S. 97ff). Wien: Krammer.
- Block, K. L. (1996). Die Rolle des Selbst beim gesunden Überleben einer Krebserkrankung: Die Perspektive aus vorderster Front der Krebsbehandlung. In Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie (Hrsg.), *Jahrbuch der Psychoonkologie* (S. 1-47). Wien: Springer.
- Büntig, W. (2002). Normopathie und Autonomie – Potenzial orientierte Psychotherapie und Psychosomatik. In B. Ulrich & K. Weiss (Hrsg.), *Hörkassette*. Müllheim-Baden: Auditorium Netzwerk.
- Butow, P.N., Coates, A.S. & Dunn, S.M. (2000). Psychosocial predictors of survival: metastatic breast cancer. *Annual Oncology*, 11, 469-74.
- Cunningham, A. J. & Phillips, C. et al. (2000). Association of involvement in psychological self-regulation with longer survival in patients with metastatic cancer: an exploratory study. *Advances in Mind Body Medicine*, 16, 276-287.
- Dethlefsen, Th. & Dahlke, R. (2000). *Krankheit als Weg*. München: Goldmann.
- Deusinger, I.M. (1986). *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)*. Göttingen: Hogrefe.
- Deutsche Krebshilfe (2006). *Förderschwerpunktprogramm Psychosoziale Onkologie. Ausschreibung*. www.krebshilfe.de
- Eckensberger, L. H., Kreibich-Fischer, R. & Gaul, G. (1994). Bewusstmachung eigener Bedürfnisse als Therapieziel bei Krebskranken: Rechtfertigung von Egoismus oder Entwicklung von Autonomie? *Jahrbuch Psychoonkologie* (S. 442-458). Berlin: Springer.
- Erikson, E. H. (1973). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fawzy, I. F., Fawzy, N. W., Hyun, C., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. & Morton, D. (1993). Malignant melanoma. Effects of an Early Structured psychiatric Intervention. Coping and effective state of recurrence survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- Franke, G.H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis*, deutsche Version, Göttingen: Beltz-Test.
- Franke, G.H. (2000). *Brief Symptom Inventorg von L.R. Derogatis*, deutsche Version. Göttingen: Beltz-Test.
- Fromm, E. (2000). *Authentisch leben*. Freiburg: Herder.
- Funck, R. (2005). *»Ich und Wir« – Psychoanalyse des postmodernen Menschen*. Tübingen: dtv.
- Garssen, B., & Goodkin, K. (1999). On the role of immunological factors as mediators between psychosocial factors and cancer progression. *Psychiatry*, 85, 51-61.
- Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K. W. (1990). Psychological response to breast cancer and 15 years outcome. *Lancet* 335, 49-50.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Gutter, H., Diysdele, E., Hundley, M., Clochinov, H. M., Navarro, M., Specia, M. & Hunter, J. (2001). Effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 345, 1719-726.
- Grossarth-Maticek, R. (2000). *Autonomie-Training*. Berlin: De Gruyter.
- Grukke, N., Bailer, H., Tschuschke, V., Bunjes, D., Arnold, R., Herstein, B. & Kächle, H. (1998). Coping strategies, changes in coping intensity during bone marrow transplantation, and relationships with long-term survival results of a prospective study. *Psychological Oncology*, 7 (Suppl.), 4.
- Haraway, D. (1995). Die Biopolitik postmoderner Körper. Konsitutionen des Selbst im Diskurs des Immunsystems. In D. Haraway (deutsche Fassung herausgegeben von C. Hammer & I. Stieß), *Die Neuerfindung der Natur. Primaten, Cyborgs und Frauen* (S. 160-199). Frankfurt: Campus.
- Heim, E. (1988). Coping und Adaptivität. Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 38; 8-18.
- Kabat-Zinn, J. (1995). *Mindful meditation*. London, New York: Schuster.
- Kanfer, F.-H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie*. Heidelberg: Springer.
- Keupp, H., Ahbe T., Gmür, W., Höfer, R., Mitzscherlich, B., Kraus, W. & Strauss, F. (1999). *Identitätskonstruktionen – Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Hamburg: Rowohlt.
- Kohut, H. (1981). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Küchler, Th., Bestmann, B., Rappat, St., Henne-Bruns, D. & Wood-Dauphinee, Sh., (2007). Impact of psychotherapeutic support on gastrointestinal cancer patients survival undergoing surgery: 10-years follow-up results of a prospective randomized trial. *Journal of Clinical Oncology*, 25 (19), 2702-2708.
- Leben schmecken – Krebs, Krise, Kraft* [DVD] (2008). Kostenfrei zu beziehen über <http://www.brustkrebszentrale.de> [26.07.2010].
- Lerner, S. (1982). *Krebs und Psyche. München: Causa*.
- LeShan, L. (1993). *Diagnose Krebs. Wendepunkte und Neubeginn*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lorenz, R. (2004). *Salutogenese*. München, Basel: Reinhardt.
- McGregor B. A., Antoni M. H., Boyers, A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B. & Carver, Ch. S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding an immune function among women with early-stage breast cancer. *Psychosomatic Research*, 56, 1-8.
- Miketta, G. (1991). *Netzwerk Mensch*. Stuttgart: Trias.
- Miller, G. E. & Cohen, S. (2001). Psychological interventions and the immune system: a metaanalytic review and critique. *Health Psychology*, 20 (1), 47-63.

- Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie (Hrsg.) (2001). *Außergewöhnlich günstiger Verlauf einer Krebserkrankung – Ergebnisse einer Expertentagung*. Wien: Krammer.
- Rehse, B., Reuter, E. & Schwickerath, J. (2003). *Inanspruchnahme und Akzeptanzvergleich eines psychoonkologischen Nachsorgeangebotes bei Brustkrebs betroffenen Frauen*. Projektnummer 703212 Re 1; Bonn: Deutsche Krebshilfe.
- Reuter, J. (2005). *Verwundete Weiblichkeit – Geschlechtsrollenkonflikte und Identitätspolitik brustkrebsbetroffener Frauen*. Projektantrag Forschungsfond der Universität Trier – Zwischenbericht.
- Reuter, E. (2010). *Leben trotz Krebs – eine Farbe mehr*. Stuttgart: Schattauer.
- Reuter, E., Rehse, B. & Schwickerath, J. (2004). Patientinnenseminare – ein psychosoziales Angebot zur verbesserten Nachsorge Brustkrebs betroffener Frauen in der Region. *Psychotherapeutische Praxis*, 4, 170–176.
- Reuter, E. & Schneider, B. (2005). Arbeit am Selbst als Kernstück einer Selbstmanagementtherapie bei Krebskranken. *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 5, 162–171.
- Roud, P. C. (1985). Psychological variables associated with the exceptional survival of terminally ill cancer patients. *Dissertational Abstracts International Sciences*, 46 (6), 2, 51 (zitiert nach Block, K. I., 1996).
- Schubert, C., Schüssler, G. & Zänker, K. (2003). Psychoneuroimmunologie. In T.V. Uexküll et al. (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (6. Aufl., S.145–174). München, Jena: Urban und Fischer.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, Th., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal. *Zeitschrift Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53,16–39.
- Schuster, S. & Reuter, E. (in Vorb.). *Ressourcenorientierte Gruppentherapie bei Krebspatienten – Erfahrungsbericht*.
- Schwarz, R. (2004). Die Krebspersönlichkeit – Mythen und Forschungsergebnisse. *Psychoneurology*, 30, 201–209.
- Schwickerath, J., Reuter, E., Rehse, B. & Schneider, B. (2008). Psychoedukative Nachsorgeprogramme – ein Muss für Brustkrebs-betroffene Patientinnen? Fördern Seminare die Patientenkompetenz? *Gynäkologie und Geburtshilfe*, 13, 1–9.
- Siefer, W. & Weber, C. (2006). *Ich – Wie wir uns selbst erfinden*. Frankfurt: N. Y., Campus.
- Simonton, O. C., Simonton, M. S. & Creighton, J. (1992). *Wieder gesund werden*. Hamburg: Rowohlt.
- Spiegel, D. & Kato, P.M. (2000). Psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs. In W. Larbig & V. Tschuschke (Hrsg.). *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse*. (S. 111–150). München: Reinhardt.
- Spiegel, D. (2001). Mind matters. Coping and cancer progression. *Psychosomatic Research*, 50, 287–290.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C. & Gotthard, E. W. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888–891.
- Steinweg, J. (2006). *Diagnose Brustkrebs – Wege zur seelischen Bewältigung*. München: CIP-Medien.
- Tschuschke, V. (2005). *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Uexküll, T. V. et al. (2003). *Psychosomatische Medizin* (6. Aufl.). München, Jena: Urban und Fischer.
- Varela, F. (1996). Das auftauchende Ich. In J. Brockman (Hrsg.), *Die dritte Kultur – Das Weltbild der modernen Naturwissenschaft* (S. 289–309). München: Goldmann.
- Vetter, G. (1989). *Krebs und Seele*. Zürich: Oersch.
- Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing measurement*, 1, 165–178.
- Walker, L. G., Heys, S. D., Walker, M. B., Ogston, K., Miller, I. D., Hutcheon, A. W, Sarkar, T. K., Ah-See, A. K. & Eremin, O. (1999). Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, 35, 1783–1788.
- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J. & Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*, 354, 1331–1336.
- Weis, J., Koch, U. & Matthey, K. (1998). Bedarf psychoonkologischer Versorgung in Deutschland – ein Ist-Soll-Vergleich. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48, 417–424.
- Weis, J., Heckl, U., Brocai, D. & Seutze-Wirtz, S. (2006). *Inanspruchnahme und Akzeptanzvergleich eines psychoonkologischen Nachsorgeangebots bei von Brustkrebs betroffenen Frauen*. Stuttgart: Schattauer.

Suche nach Geborgenheit: Bindungswünsche realisieren

Hans-Peter Hartmann

- 16.1 Einleitung – 214**
- 16.2 Biologische Grundlagen der Suche nach Geborgenheit – 214**
- 16.3 Von der Biologie zur Psychologie – Bindung, Geborgenheit
und emotionale Regulation – 216**
- 16.4 Suche nach Geborgenheit – mit und ohne Erfolg – 216**
 - 16.4.1 Sicheres Bindungsmuster – 216
 - 16.4.2 Unsicheres und desorganisiertes Bindungsmuster – 217
- 16.5 Wie kann die Suche nach Geborgenheit Erfolg haben?
Therapeutische Ansätze aus bindungstheoretischer Sicht – 219**
- Literatur – 221**

16.1 Einleitung

Die Suche nach Geborgenheit ist überlebenswichtig und hat als evolutionäre Grundlage die Suche nach Sicherheit und damit Schutz vor Gefahr. Diese Sicherheits- und Geborgenheitssuche entspringt einem bei Baby und Mutter aktivierten **Bindungsverhaltenssystem**, das ein wesentliches Motivationssystem in zwischenmenschlichen Beziehungen bis zum Erwachsenenalter darstellt. Das Pendant zur Geborgenheitssuche beim Säugling stellt das über Generationen weitergegebene Fürsorgeverhalten dar. Prototypisch für dieses Fürsorgeverhalten ist die Mutterliebe. Aus ihr haben sich nach Eibl-Eibesfeld (1970) alle anderen Formen der Bindung zwischen Menschen entwickelt, d. h. Mitgefühl, Mitleid, romantische Liebe bei Erwachsenen und sonstige Gesellschaftsformen.

! Bindungsverhaltenssystem oder Pflegesystem: Nach Bowlby (1989) handelt es sich bei der Bindung zwischen Mutter und Kind um ein angeborenes artspezifisches Pflegesystem, bei Menschen und auch bei Säugetieren bei dem Mutter und Kind sich gegenseitig über eine Rückkopplungsschleife regulieren.

Dieses Pflegesystem besteht aus den bei Eltern und Kind komplementär angelegten Verhaltenssystemen der Bindung und der Pflege/Fürsorge. Der Ausdruck von Kummer und Verlassenheitsangst (Schreien, Rufen) des Säuglings führt zu automatischen Schutzreaktionen der Mutter (Suchen, Zurückholen und Wiedervereinigen) und bei Gefahr sucht der Säugling Trost, Zuwendung und Schutz bei ihr (Bindungsverhalten). Bereits ab dem 4. Monat kann man über die Messung von selbstbezogener und interaktiver Kontingenz im Kommunikationsprozess zwischen Mutter und Kind differentielle Vorhersagen über das Auftreten der vier unterschiedlichen Bindungsmuster gemessen im FST (Fremde-Situation-Test) machen (Beebe et al., 2010). Dieser Prozess der Bindungsentwicklung hat bis zum Ende des ersten Lebensjahres bereits eine gewisse Stabilität erreicht, ohne dass hierdurch eine völlige Determination späteren Verhaltens zustande käme. Im Kontext der Bedürfnisse des Kindes und seiner Wünsche nach Aufmerksamkeit und Sicherheit hat sich ein bestimmtes Interaktionsmuster zwischen Kind und primärer Bezugsperson, meist der Mutter,

entwickelt. Das Bindungssystem entfaltet seine Wirkung nicht nur auf psychologischer, sondern auch auf biologischer Ebene und kann deshalb auch auf beiden Ebenen – psychologisch über Verhalten und Repräsentation, physiologisch über z. B. Stresshormone und Immunreaktionen – untersucht werden.

Zugleich steht das Bindungssystem mit dem Explorationssystem in enger Verbindung. Voraussetzung eines umfassenden Explorationsverhaltens ist ein eindeutiges Sicherheitsgefühl durch Geborgenheit in einer Beziehung zu einer wesentlichen Bezugsperson.

! Das Bindungssystem ist zwar nur ein Verhaltenssystem unter anderen, ist es aber aktiviert, sind alle anderen Systeme deaktiviert, denn es dient der Überlebenssicherung.

Diese kurze Charakterisierung dessen, was in der Bindungstheorie als Bindung verstanden wird (Überblick bei Dornes, 1998; Grossmann et al., 2003), weist auf eine anthropologische Grundannahme hin, die die verschiedenen Psychotherapietheorien berücksichtigen müssen, wenn sie die Ergebnisse der Bindungsforschung integrieren wollen. Denn in der Bindungsforschung wird eine präadaptierte gegenseitige Regulation zwischen Säugling und Umwelt (meist der Mutter) angenommen. Dabei ist diese Gegenseitigkeit dem Alter des Säuglings bzw. Kleinkindes entsprechend durchaus asymmetrisch. Bindungsbedürfnisse sind jedoch ebenso bedeutsam im Erwachsenenalter und ihr Auftreten ist kein Zeichen von Schwäche oder Regression. Es geht also nicht darum, auf sie im Zuge der Entwicklung zur reifen Persönlichkeit zu verzichten. Autonomie ist geradezu die Folge sicherer Bindung, die es ermöglicht, kreativ und spielerisch zwischen Exploration und Sicherheitssuche hin und her zu wechseln.

! Eine sichere Bindung ermöglicht autonomes Handeln.

16.2 Biologische Grundlagen der Suche nach Geborgenheit

Bowlby (1973, S. 187 ff.) trifft die Unterscheidung zwischen einem äußeren und inneren Ring lebenserhaltender Systeme. Der äußere Ring wird

durch das Bindungsverhaltenssystem (und später durch die repräsentationale Ebene des inneren Arbeitsmodells) gebildet, während der innere Ring basale physiologische Prozesse umfasst, denen wir uns jetzt zunächst zuwenden wollen. Dieser innere Ring wird jedoch dann umso mehr beansprucht, je dysfunktionaler der äußere Ring ist.

Wenn wir vom Fürsorgeverhalten ausgehen, so wird dieses physiologisch u. a. durch die Oxytocin-Ausschüttung während der Geburt, beim Stillen, beim Körperkontakt, aber auch beim Sexualverkehr unterstützt (Uvnäs-Moberg & Petersson, 2005). Oxytocin kann daher auch als Bindungshormon bezeichnet werden, dessen Freisetzung der einzige Grund ist, warum Menschen auch in der unfruchtbaren Zeit miteinander Sexualverkehr haben. Paare sollen dadurch aneinander gebunden werden, um gemeinsam für den Nachwuchs zu sorgen. Langfristige Auswirkungen früh fehlenden Körperkontakts durch mehrjährigen Heimaufenthalt zeigen sich in fehlendem Oxytocin-Anstieg bei späterem Körperkontakt mit den Adoptiveltern im Vergleich zu den bei ihren Eltern aufgewachsenen Kindern (Wismer Fries et al., 2005).

Bei der Wiedervereinigung von Mutter und Kinder findet man – zumindest in Tierversuchen mit Affen – einen erheblichen Anstieg der Endorphinausschüttung bei Mutter und Kind. Dies kann als Verstärker der Bindung angesehen werden, wir entwickeln sozusagen eine Sucht nach Bindung. Diese Endorphinausschüttung findet bereits beim gegenseitigen Anblicken statt (Schor, 2003).

! Oxytocin ist die biologische Basis für eine Zunahme des prosozialen Annäherungsverhaltens und Vertrauens, während Endorphine Wiedervereinigungsverhalten verstärken. Beide unterstützen auf diese Weise das Bindungs- und das Pflegeverhalten.

Weitere physiologische Prozesse variieren mit der Erfahrung von Fürsorgeverhalten und damit einher gehender Feinfühligkeit der Bezugsperson im Umgang mit dem Kind, denn die bei der Fürsorge entstehende Bindungsorganisation beim Kind hat bedeutsame regulatorische Auswirkungen auf die Arousal-Reaktion. Eine sichere Bindung kann erheblich die Stressreaktivität beeinflussen und regulieren. Dieser Bindung voraus bzw. parallel zu ihr

gehen die von Hofer (2003) an Ratten beschriebenen regulierenden Interaktionen auf physiologischer Ebene, die aber in vieler Hinsicht auch beim Menschen bestätigt wurden. Ergebnis war, dass neugeborene Ratten deutlich von versteckter Regulation abhängig waren. Durch Stillen und Körperkontakt wurde der normale Herzrhythmus, die Körpertemperatur und ein passendes Aktivitätsniveau erzeugt. Das Aktivitätsniveau dieser regulatorischen Abläufe reduzierte sich bei Trennung von der Mutter erheblich. Die Regulation des infantilen ZNS, also der inneren psychophysischen Zustände des Jungtieres, erfolgt durch das reifere ZNS des Erwachsenen (d. h. von außen) unter Berücksichtigung auch gegenseitiger Regulation. Deutlich wird hier bereits, wie frühe Bindungs- bzw. Umgebungserfahrung die Anpassung des Säuglings an Stress beeinflussen kann. Insbesondere Verlusterfahrungen wirken sich endokrinologisch aus und können, zumindest im Tierversuch, die Hirnentwicklung mit der Folge einer veränderten Stressantwort beim Erwachsenen (dauerhaft höhere Liquorkonzentrationen von CRF) beeinflussen (Hofer, 2003). In ähnliche Richtung weisen die Befunde von Spangler und Grossmann (1993) aus der Bindungsforschung, die den höchsten Cortisol-Response bei unsicher gebundenen Kindern fanden.

! Solche physiologischen Regulationserfahrungen sind die Grundlage, auf der spätere mental organisierte Regulationserfahrungen gemacht werden und sie bestehen parallel neben letzteren als physiologische Reaktionen weiter.

Aber nicht nur endokrinologische Folgen früh-kindlicher Trennungen von den Eltern oder von fehlendem elterlichen Fürsorgeverhalten sind zu beobachten. Es zeigen sich auch lang anhaltende Veränderungen in den synaptischen Verschaltungen vor allem im limbischen System, die dessen funktionelle Reifung entscheidend beeinflussen (Braun & Helmeke, 2004). Dies kann ein Hinweis dafür sein, warum manche Menschen ihren Partnern oder Kindern kein Geborgenheitsgefühl vermitteln können und bei ihnen die Mechanismen der Liebe versagen. Die Annahme liegt daher nahe, dass fehlende frühe eigene positive Bindungserfahrung sich nachhaltig und negativ auf die spätere Liebesfähigkeit des Erwachsenen auswirkt.

Neurobiologisch gibt es außerdem deutliche Hinweise dafür, dass die Entwicklung der rechten Hemisphäre des Gehirns, die in den ersten drei Lebensjahren dominant und spezialisiert auf Affekte und soziale Kognition ist (Schore, 2003b, 2005), durch eine sichere Bindung optimal gefördert wird. Da das rechte Gehirn auch die Stressbewältigungssysteme beinhaltet, beeinflusst die Bindungsbeziehung auch deren Reifung. Nach Schore (2003a) sind dieselben Hirnstrukturen, die die Affekte regulieren, auch für die Entwicklung der Mentalisierung notwendig, insbesondere der rechte präfrontale Kortex und dort der Orbitofrontalbereich. Schließlich haben frühe Bindungserfahrungen auch epigenetische Konsequenzen (Weaver et al., 2004).

16.3 Von der Biologie zur Psychologie – Bindung, Geborgenheit und emotionale Regulation

Die Entwicklung und der Aufbau einer Bindungsbeziehung zu den primären Bezugspersonen ist eng verzahnt mit dem Aufbau der Fähigkeit des Säuglings zur Emotionsregulierung bzw. zur Selbstregulation von inneren Zuständen (Fonagy et al., 2002, Fonagy & Target, 2003). Der Bindungsperson kommt somit eine herausragende Funktion in der Regulierung der kindlichen Emotionen zu. Mit Hilfe der Interaktion zwischen Säugling und primärer Bezugsperson erfährt das Kind zunächst eine interpsychische Regulierung seiner somato-psychischen Zustände und verinnerlicht diese im Laufe der Entwicklung zu der Fähigkeit zur intrapsychischen Regulation. Ausgangspunkt dieses komplexen Prozesses ist die Affektspiegelung (Gergely & Watson, 1996). (Eine genaue Darstellung dieses Prozesses findet sich bei Dornes (2006, S. 166-209), auf den aus Platzgründen hier verwiesen wird.) Mittels dieses Modells der Affektspiegelung ist auch Affektregulation auf einer elementaren Stufe möglich. In einem weiteren Schritt werden nach Gergely und Watson über die Affektreaktionen (Gesichtsausdruck) der Bezugspersonen des Säuglings dessen Gefühlszustände repräsentierbar. Nach Dornes (2000) wird so der Gesichtsausdruck der Eltern zu einer Repräsentanz der eigenen Ge-

fühlszustände des Säuglings. Im weiteren Verlauf der Entwicklung wird nun jedes Mal, wenn das primäre Gefühl entsteht, auf das die Eltern mit Spiegelung reagierten, die (sekundäre) Repräsentanz des Gefühls mit aktiviert. Die sekundäre Repräsentanz übernimmt damit die Affektregulierungsfunktion des primären Gefühlsfeedbacks. Über diese Externalisierung eigener innerer emotionaler Zustände im Gesichtsausdruck des anderen und der allmählichen Repräsentation dieser Interaktion lernt das Kleinkind seine affektiven Impulse zu regulieren. Im Zuge der weiteren kognitiven Entwicklung des Säuglings vom teleologischen zum mentalen Akteur bzw. zur Metakognition findet der Erwerb selbstreflexiver Funktionen statt, die sog. Mentalisierung, welche Affektregulation auf repräsentationaler Ebene erlaubt. Nach Fonagy und Target (2002) ist die Entwicklung der Fähigkeit zur Mentalisierung intrinsisch mit der Entwicklung der Selbstregulation verbunden. Denn Selbstregulation benötigt die Repräsentation mentaler Zustände von sich selbst und dem Anderen, um sich selbst – ohne die konkrete Anwesenheit eines regulierenden Anderen – regulieren zu können.

Emotionale Regulation gelingt optimal bei sicherer Bindung. Über Affektspiegelung und Mentalisierung entwickelt sich ein inneres Arbeitsmodell über eine Bindungsfigur, ein Bindungsmuster, das die weiteren Beziehungen bzw. die intersubjektiven Abwehrstrategien bestimmt.

16.4 Suche nach Geborgenheit – mit und ohne Erfolg

16.4.1 Sicheres Bindungsmuster

Eine wesentliche Ursache einer sicheren Bindung (Überblick über die verschiedenen Bindungsmuster bei Hartmann, 2003) wird in der mütterlichen (väterlichen) Feinfühligkeit gegenüber dem Kind gesehen. Diese Feinfühligkeit wird anhand einer mehrstufigen Skala eingeschätzt. Zunächst einmal muss die Mutter die Signale des Babies bemerken und für sie zugänglich sein. Dann muss sie diese Signale richtig interpretieren, sich auf die Signale hin angemessen verhalten und schließlich prompt darauf reagieren. Trotz gut ausgeprägter mütter-

licher Feinfühligkeit kann allerdings auch das Unvermögen des Kindes, seine Bedürfnisse klar auszudrücken, der Entwicklung einer sicheren Bindung entgegenstehen. Insofern spielt neben der mütterlichen Feinfühligkeit auch die Orientierungsfähigkeit des Säuglings eine wesentliche Rolle beim Aufbau der Bindungsorganisation.

Nach Sroufe (1995) ist die Bindungsbeziehung wesentlich gekennzeichnet durch die dyadische Regulation der Erregungszustände, d. h. der emotionalen Regulation des Säuglings. Säuglinge sind noch nicht in der Lage, ihre Emotionen alleine zu regulieren. Sie benötigen hierzu die Unterstützung ihrer primären Bezugsperson. Emotionen sind ein wesentliches Merkmal frühkindlicher Aktivität und die Erfahrung ihrer Regulation durch die wesentliche Bindungsfigur, meist die Mutter, ist Voraussetzung für die spätere Selbstregulationskapazität des Kleinkindes (s. o.).

Sicher gebundene Säuglinge haben Vertrauen in die Verfügbarkeit ihrer Mutter als Quelle von Sicherheit und Beruhigung wenn sie Kummer haben und darauf, dass sie selbst in der Lage sind, diese Verfügbarkeit, wenn nötig, zu erreichen. Schon mit 12 Monaten haben sie feinere und komplexere Kommunikationsmöglichkeiten zur Verfügung als unsicher gebundene Säuglinge. Im Kindergartenalter haben sicher gebundene gegenüber unsicher gebundenen Kindern kompetentere Konfliktbewältigungsstrategien und ein angemesseneres Selbstbild (realistische Vorstellungen ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten). Sie spielen ausgeglichener und konzentrierter und sind weniger feindselig. Ebenso haben sie eine positivere Wahrnehmung (weniger Projektion) sozialer Konfliktsituationen. Ihre Betreuer urteilen, dass sie ein besseres Selbstwertgefühl, mehr Selbstvertrauen haben und empathischer mit anderen Kindern umgehen. Sie zeigen mehr Phantasie und nutzen, nach einer Proberphase mit dem Versuch einer eigenständigen Lösung, die Hilfe der Bezugsperson. Die Balance zwischen Bindung und Exploration ist also ausgegener.

Ebenso wie im Kindergartenalter zeigen sicher gebundene Kinder auch im Schulalter höhere soziale Kompetenz, sind beziehungsorientierter und haben mehr und bessere Beziehungen zu Gleichaltrigen. Gleichermaßen verfügen sie über

eine positive soziale Wahrnehmung. Zehnjährige suchen bei Kummer, Angst oder Ärger eher Unterstützung bei den Eltern und haben insgesamt einen besseren und flüssigeren Zugang zu ihren Gefühlen. Sicher gebundene Jugendliche sind in der Lage, ihre Freundschaftsbeziehungen ebenso als sichere Basis zu erleben wie früher die Beziehung zu ihrer Mutter. Sie sind gut eingebunden in die Peer-Gruppe und akzeptiert, benutzen häufiger aktive Bewältigungsstrategien und zeigen eine größere Ich-Flexibilität. Im jungen Erwachsenenalter schließlich kann eine sichere Repräsentation der Partnerschaft (große Wertschätzung, offener Ausdruck von Zuneigung, gegenseitige Unterstützung, verlässlich) aus der mütterlichen Feinfühligkeit und der Sicherheit mit sechs Jahren abgeleitet werden. Über alle Altersgruppen hinweg zeichnet sich eine sichere Bindungsorganisation durch eine effektive Regulierung von Verhalten und Affekten und damit deren angemessene Bewältigung aus. Auf diese Weise entstehen Eigenschaften, die protektiv wirksam sind. Sichere Bindung stellt somit einen Schutzfaktor dar.

Der Erwerb einer sicheren Bindung ermöglicht im Erwachsenenalter eine angemessene Abwehr frustrierender Bindungsbeziehungen – Abwehr wird dabei als interpersonelles und nicht als intrapsychisches Konzept verstanden – und eine ausgewogene Balance zwischen Bindung und Exploration verbunden mit dem Gefühl von Kompetenz und der Möglichkeit von Intimität in Beziehungen.

16.4.2 Unsicheres und desorganisiertes Bindungsmuster

Unsicher-vermeidend gebundene Säuglinge zeigen einen eingeschränkten emotionalen Ausdruck, während unsicher-ambivalent gebundene Säuglinge übertriebene affektive Reaktionen zeigen, häufig passiv erscheinen und wenig explorieren. Im FST (Fremde-Situation-Test) zeigen unsichere und desorganisierte Kinder einen deutlichen Cortisolanstieg, bindungssichere Kinder nicht, d. h. physiologische Stressreaktionen werden durch sichere Bindungen (kompetente Strategien) nicht notwendig. Im Kindergarten fallen unsicher-vermeidend gebundene Kinder (überwiegend Jun-

gen) häufig durch aggressives Verhalten auf und lösen auch bei ihren Erziehern häufiger strafendes Verhalten aus. Auf diese Weise reproduzieren sich die Erfahrungen der Ablehnung von Gefühlen aus der Ursprungsfamilie. In Spielsituationen geben sie bei unlösbaren Aufgaben schnell auf ohne länger auszuprobieren oder gar die Hilfe der Bezugsperson zu suchen. Unsicher-ambivalent gebundene Kinder sind eher verhaltensgehemmt, werden nicht selten Opfer aggressiver Angriffe und ernten bei ihren Erziehern eher Nachsicht und Behütung. Diese Unterschiede setzen sich im Schulalter fort. Zehnjährige Kinder mit unsicher-vermeidender Bindung vermeiden in emotionalen Belastungssituationen die Nähe ihrer Eltern bzw. können keine klare Strategie für den Umgang mit solchen belastenden Situationen entwickeln. Sie bringen grundsätzlich ihr Leid kaum zum Ausdruck, weil sie offenbar gelernt haben, dass eine vertraute, sie unterstützende Bezugsperson nicht zur Verfügung steht. Unsicher-ambivalent gebundene 10-Jährige haben die wenigsten Freunde und am meisten mit ihnen Schwierigkeiten. Jugendliche, die unsicher gebunden sind, zeigen weniger Ich-Flexibilität und häufig ein negatives Selbstkonzept, vermehrt Hilflosigkeit, Ängstlichkeit und Feindseligkeit. In diesem Verhalten kommt die mangelhafte emotionale Regulationsmöglichkeit bei unsicher gebundenen Kindern und Jugendlichen zum Ausdruck. Sie handeln bei komplexen Problemlösungsaufgaben eher planlos und ineffektiv (unsicher-ambivalent) bzw. können trotz guter Motivation und Exploration die zur Verfügung stehende Information nicht optimal nutzen (unsicher-vermeidend).

Alles in allem ist festzuhalten, dass die Wahrscheinlichkeit von Verhaltensstörungen und emotionalen Problemen ausgehend vom Säuglingsalter bis zur Adoleszenz bei unsicherer Bindung deutlich zunimmt und somit ein Risikofaktor vorliegt.

Die pathogenetisch bedeutsamsten Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern bis ins Erwachsenenalter hat jene – unsichere – Bindungsqualität, die zusätzlich zu den drei bisher erwähnten Bindungsmustern klassifiziert wird, nämlich die desorganisierte/desorientierte Bindung. Typisches desorganisiertes Verhalten ist z. B. ängstliches Verhalten gegenüber der Bezugsperson (Mut-

ter/Vater). Kinder schreien bei Wiederkehr der Mutter nach der Trennung im FST, werfen sich auf den Boden oder halten die Hand vor den Mund, ziehen die Schultern hoch. Auffällig sind auch konfligierende Verhaltensweisen (Annäherung an die Bezugsperson und sich dabei im Kreis drehen, anstatt direkt darauf zuzugehen oder auf die Bezugsperson zugehen und kurz vorher abdrehen) oder dissoziative Reaktionen (einfrieren aller Bewegungen, Versinken in einen Trancezustand).

Im Kindergartenalter zeigen Kinder mit desorganisierter Bindungsqualität mit sehr viel größerer Wahrscheinlichkeit als andere Kinder deutliche Aggressivität, Rückzug und Isolation oder auch merkwürdige, nicht-zusammenhängende oder belästigende Umgangsweisen mit Gleichaltrigen. Im Schulalter fallen solche Kinder häufig durch dissoziative Symptome auf und Jugendliche berichten selbst davon, wie sie oft tagträumen, sich wie im Nebel fühlen oder die Zeit aus den Augen verlieren.

Für dieses auffällige Bindungsverhalten sind mittlerweile mehrere empirisch überprüfte Ursachenkomplexe gefunden worden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit auslösend sind (nach Jacobvitz et al., 2001)

- körperlicher und sexueller Missbrauch des Kindes
- unverarbeiteter Verlust/Trauma in der frühen Kindheit
- Trennung/Scheidung der Eltern und Gewalt in der Ehe
- psychische Erkrankung der Mutter (z. B. chronische und schwere Depression)
- Suchterkrankungen der Eltern (v. a. Alkohol, wegen des häufig damit einhergehenden Missbrauchs von Kindern)

Diese Ursachen führen allerdings nicht direkt zu dem desorganisierten Bindungsverhalten der Kleinkinder, sondern dieses wird wahrscheinlich durch ein geängstigtes und/oder ängstigendes Verhalten der Eltern ausgelöst (Lyons-Ruth et al., 1999). Da Kinder in ängstigenden Situationen gewöhnlich Trost und Sicherheit bei der Bindungsperson und deshalb ihre Nähe suchen, ist diese Nähe jedoch zugleich Angst auslösend. Die Bindungsperson ist jetzt also gleichzeitig Quelle der Angst des Kindes

und Mittel zu deren Auflösung. Es entwickeln sich widersprüchliche Verhaltensstrategien beim Kind, die letztendlich in einem unabgeschlossenen Bindungsverhalten enden.

Unsichere und desorganisierte Bindungsmuster führen zum Suchen von Nähe bei unzuverlässigen und abweisenden Bindungsfiguren, bei denen dem entsprechend die Suche nach Geborgenheit erfolglos bleibt. Im einzelnen ist das vermeidende Muster gekennzeichnet durch die Annahme, dass zum Erreichen von Sicherheit zwar die Nähe zur Bindungsperson notwendig ist, diese aber die eigenen Annäherungen aufgrund der damit einhergehenden belastenden Affekte zurückweisen könnte, weshalb Bedürfnisse und Gefühle bezogen auf sich selbst als auch auf die Bindungsperson unterdrückt werden und eine rein kognitive Situationsbewertung vorgenommen wird. Beim ambivalenten Muster lautet die Annahme, dass man sich in der Nähe der Bindungsperson aufhalten muss, da diese sonst nicht reagieren oder zu nahe kommen könnte. Durch Anklammern an die Bindungsperson wird dann versucht zu erreichen, dass sie reagiert und sich kümmert mit dem gleichzeitig vorhandenen Gefühl geringer Selbstwirksamkeit hinsichtlich der eigenen Ziele als auch in Beziehungen. Im Falle von Vermeidung wird Ärger und Wut häufig unterdrückt, im Falle von Ambivalenz Exploration. Bei desorganisierter Bindung ist die Beziehung zur Bindungsperson von Unberechenbarkeit geprägt, so dass hier keine Geborgenheitsgefühle aufkommen können. Intimität entsteht bei keinem dieser Bindungsmuster.

16.5 Wie kann die Suche nach Geborgenheit Erfolg haben? Therapeutische Ansätze aus bindungstheoretischer Sicht

Beziehungen zwischen Patienten und Therapeuten können aus guten Gründen als Bindungsbeziehungen verstanden werden, denn Patienten suchen Therapeuten gewöhnlich in Belastungssituationen auf, d. h. ihr Bindungssystem ist aktiviert. Sie suchen eine Person, die stärker und klüger als sie selbst ist und entwickeln dabei Erwartungen an den Therapeuten, die aus ihren Beziehungen zu ihren primären Bindungspersonen herrühren (Dozier & Bates, 2004).

Zuerst geht es darum, ob der Therapeut – und dies hängt mit Therapeutenvariablen, aber natürlich auch mit dem Bindungsmuster des Patienten zusammen – als sicher und verlässlich wahrgenommen wird. Angesprochen sind hier weniger kognitive Einschätzungen, sondern emotionale Erfahrungen aus dem Umgang miteinander, die erlebte Affektregulation, Unterstützung und Einfühlung.

Wenn der Therapeut als sichere Basis erfahren werden kann, erleichtert dies die Exploration und damit auch die Erkundung der eigenen Lebensgeschichte. Dies fördert wiederum die reflexive Funktion des Nachdenkens über sich selbst und die Integration biografisch bedeutsamer positiver und negativer Erfahrungen im Sinne der Fähigkeit zur Mentalisierung. Da das innere Arbeitsmodell für emotional bedeutsame Beziehungen jedoch häufig unbewusst und kognitiv nicht zugänglich ist, gelingt dessen Veränderung eher über die in therapeutischen Beziehungen erfahrene emotionale Regulation, die als Selbstregulation verinnerlicht wird.

! Wesentlich sind dabei neue Beziehungserfahrungen, denn nur diese können die bisherigen Vorstellungen über wichtige Beziehungen verändern. In therapeutischen Beziehungen geht es dabei um das Erleben von Vertrauen, Zuverlässigkeit, einfühlsamem Verständnis, Unterstützung, Akzeptanz und liebevollem Zugewandtsein.

Solche Erfahrungen können dann in psychischen Belastungssituationen helfen, angstvolle Affekte zu regulieren und eine Fragmentierung des Selbst verhindern. Sogar wenn Angstgefühle als fremd und bedrohlich wahrgenommen werden, kann die Erinnerung an die Erfahrung von Geborgenheit in Beziehungen zumindest dazu verhelfen, die Angst zu relativieren und nicht davon überwältigt zu werden. Unter diesen Voraussetzungen kann man durchaus bei dem therapeutischen Angebot einer sicheren Basis von einem allgemeinen Wirkfaktor in Psychotherapien sprechen.

Therapeuten können jedoch ebenso wie alle anderen Menschen auch ein Hindernis für die Erfahrung von Geborgenheit werden. Dies geschieht dann, wenn sie aufgrund ihres eigenen Bindungsmusters gar nicht in der Lage sind, eine sichere Basis und einen sicheren Hafen für ihre Patienten darzustellen. Immerhin zeigen empirische

Untersuchungen mittels Fragebogen (BFPE – Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen) von gesprächspsychotherapeutisch und tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeuten mit abgeschlossenem Psychologie- oder Medizinstudium, dass sie überwiegend über ein unsicher-vermeidendes Bindungsmodell verfügen (Nord et al., 2000). Ganze ähnliche Ergebnisse fanden Schauenburg et al. (2006) mittels Anwendung des Erwachsenenbindungsinterviews bei psychodynamisch-psychoanalytischen Psychotherapeuten. Möglicherweise gelingt es diesen Therapeuten, ihre Bindungsbedürfnisse durch die Berufswahl zu kompensieren. Sie sind dabei in einer Position, in der sie eigene Bedürfnisse nach Bindung durch Übernahme der Helferrolle deaktivieren können. Dies ist einer Rollenumkehr bei Parentifizierung ähnlich. Die Auswirkungen sind durchaus bedenkenswert. Nach Schauenburg und Strauß (2002) kann mit Vorsicht davon ausgegangen werden, dass zwischen ängstlich-vermeidenden Therapeuten und der therapeutischen Arbeitsbeziehung ein negativer Zusammenhang und bei sicheren Therapeuten ein positiver Zusammenhang besteht.

Nur auf die Bindungsmuster der Patienten bezogen gilt, dass der Behandlungserfolg am besten durch das Ausmaß der Bindungssicherheit vorhergesagt werden kann (Strauß, 2006). Wie gelangt man jedoch bei unsicherer Bindung zum Behandlungserfolg? Bei einem unsicher-vermeidenden Bindungsmodell kommt es darauf an, die Äußerung von Bindungsbedürfnissen zu fördern und zu ermutigen, auch wenn diese Patienten sich und ihre Bedürfnisse gewöhnlich hinter großer Selbständigkeit und Klaglosigkeit verstecken. Sie haben ein inneres Arbeitsmodell, welches auf Erwartungen fußt, beim Zeigen von Bindungsbedürfnissen auf Ablehnung und Zurückweisung zu stoßen, d. h. nicht liebenswert zu sein. Dementsprechend zeigen Therapeuten bei diesen Patienten häufig zurückweisende Reaktionen (Strauß, 2006). Gerade wegen der Vermeidung von Intimität durch diese Patienten ist jedoch die Etablierung eines emotionalen Kontakts besonders wichtig. Des Weiteren ist die Integration negativer, häufig aggressiver Gefühle bedeutungsvoll, da sie oft mit der Erfahrung von Bindungsabweisung verknüpft sind. Die Bindungstheorie erlaubt durch ihr Verständnis

der Entwicklungsbedingungen des jeweiligen Bindungsmodells eine Erweiterung des empathischen Verständnisses für solche Patienten, die bei Zurückhaltung des Therapeuten häufig die Behandlung abbrechen, da sie diese als Wiederholung ihrer frühen Abweisungserfahrung verstehen.

Beispiel

Eine Krankenschwester, 39 Jahre, sucht mich auf, als sie nach 12-jähriger Ehe Suizidideen angesichts der Trennung von ihrem Ehemann entwickelt. Sie könne eigentlich keine Hilfe annehmen, mache alles mit sich ab. Ich sage: »Sie scheinen Bedenken zu haben, mich mit ihren Gefühlen zu belasten.« Die Patientin nickt und beginnt zu weinen. Sie teilt mit, dass sie ohne ihre Suizidideen nie therapeutische Hilfe gesucht hätte, obwohl ihr dies schon öfter nahegelegt worden sei. Meine Aufgabe ist es, ihr nur zuzuhören, ihre Stimmung zu tragen und ihre berechtigten Bedürfnisse nach Wahrgenommenwerden anzuerkennen, sie in ihrem häufigen Weinen zu begleiten. Die Patientin hat ein unsicher-distanziertes Bindungsmuster, welches sich auch in der therapeutischen Beziehung wiederholt und seine Grundlagen in einer in der Beziehung zu ihren bedürftigen Eltern aufgebauten zwanghaften Fürsorglichkeit hat. Die Eltern, besonders die Mutter, waren vermutlich wegen traumatischer Erinnerungen nicht in der Lage, auf die Bindungsbedürfnisse ihrer Tochter angemessen zu reagieren. Öfter kam es auch zu abrupten und unangekündigten Trennungen mit kurzfristiger Fremdunterbringung des Mädchens. Für ihre Einsamkeit und Verzweiflung hat die Patientin keine Begleitung gehabt, die geholfen hätte, ihre Affekte zu regulieren, kompensatorisch wählte sie einen helfenden Beruf. Auch in der Psychotherapie beschäftigt sie sich anfangs mehr damit, dass es mir gut geht (z. B. dass ich genügend Honorar erhalte), als mit ihren eigenen Nöten. Mein aktives Eingehen auf die, hinter dem unsicher-distanzierten Bindungsmodell liegenden, Bedürfnisse nach Sicherheit und Geborgenheit führt nach längerer Zeit zu einer Veränderung der Bindungsstrategie in Richtung sekundärer Sicherheit.

Patienten mit einem unsicher-ambivalenten (verstrickten) Bindungsmuster haben eine unzuverlässige Beziehungserfahrung verinnerlicht und sind deshalb kaum in der Lage, sich angemessen selbst zu beruhigen bzw. zu regulieren. Dementsprechend fällt es ihnen schwer, Hilfe anzunehmen und an die Verlässlichkeit des Therapeuten zu glauben (vgl. Köhler, 1998). Dieser ist nicht selten darüber enttäuscht und wütend und zeigt sich so gerade nicht als sichere Bindungsfigur, sondern genauso hilflos wie der Patient.

! Der therapeutische Umgang mit Patienten mit verstrickten Bindungsmodellen sollte strukturierend und vorhersagbar gestaltet werden, damit diese Patienten sich wieder orientieren können und nicht erneut von Gefühlen überschwemmt werden. Explorationsbedürfnisse sollen gestärkt werden.

Auch bei diesem Bindungsmuster ist die Integration ärgerlicher Gefühle des Patienten bedeutsam, damit er erfahren kann, dass die Beziehung zum Therapeuten nicht abbricht, wenn er dessen Erwartungen nicht entspricht. Hohe Kränkbarkeit kann jedoch besonders bei erst kurz andauernder Psychotherapie schnell zu Behandlungsabbrüchen führen.

Besonders schwierig ist es, Patienten mit einem desorganisierten Bindungsmuster bei der Realisierung ihrer Bindungswünsche zu unterstützen. Häufig liegen diesem Muster unverarbeitete Traumata zugrunde (Verlust, Missbrauch, Misshandlung) mit der Folge extremer Formen von Vermeidung und Ambivalenz ohne jede sichere Basis, mit neurophysiologischer Entsprechung in Veränderungen der Amygdala (Lemche et al. 2005). Wesentliches therapeutisches Ziel ist die Entwicklung von Vertrauen zum Therapeuten, was vorrangig durch dessen Beständigkeit, Zuverlässigkeit und Einstimmung geschieht. Selbstschädigende Verhaltensweisen können als Suche nach einer sicheren Basis positiv konnotiert werden. Dennoch besteht eine permanente Gefahr von sich unbewusst in der Beziehung wiederholenden traumatischen Erfahrungen. Der Therapeut benötigt genügend Bewegungsfreiheit, damit auch der Patient erleben kann, dass Sicherheit nur aus der Gewissheit des Fehlens absoluter Sicherheit entstehen kann. Um dieser

schwierigen therapeutischen Aufgabe gewachsen zu sein, ist eine psychotherapeutische Haltung von Bedeutung, die die erschwerte Fähigkeit des Patienten zur Perspektivenübernahme und Empathie berücksichtigt und vermehrt die eigene Wahrnehmung und die eigenen Absichten des Psychotherapeuten deutlich macht. Denn erst die Fähigkeit zur Mentalisierung erlaubt die Integration und Steuerung unerträglicher Affekte, denen die Patienten sich sonst ausgeliefert fühlen. Im therapeutischen Prozess spielen für die Regulation der Affekte drei Hauptprinzipien eine Rolle: andauernde Regulation, gesteigerte affektive Momente sowie Unterbrechung und Wiederherstellung der Beziehung (Beebe & Lachmann, 1994).

Eine bindungstheoretisch informierte Psychotherapie – z. B. »brief attachment-based intervention« (BABI, vgl. Holmes, 2001) kann der Realisierung von Bindungswünschen durch Bearbeitung von fünf Schlüsselthemen zum Erfolg verhelfen (Holmes, 2006):

1. eine sichere therapeutische Basis vermitteln (durch affektive Einstimmung, Affektregulation, Förderung autobiographischer Kohärenz)
2. dem echten Trauma mehr Raum geben, ohne die Wirkung der Fantasie zu vernachlässigen
3. die affektive Verarbeitung insbesondere von Verlust und Trennung fördern
4. bindungsbezogene Kognitionen in der Therapie aufgreifen (das innere Arbeitsmodell von Bindung ist das Verbindungsglied zwischen affektiver Beziehung und mentaler Repräsentation)
5. eine partnerschaftliche Interaktion zwischen Therapeut und Patient anstreben.

Literatur

- Beebe, B. & Lachmann, F.M. (1994): Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-165.
- Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Bahrick, L., Andrews, H. & Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attachment and Human Development*, 12, 3-141.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books. (Deutsche Fassung (1979). Trennung. München: Kindler).

- Bowlby, J. (1989): Attachment and personality development. In Greenspan S.I. & Pollock G.H. (Eds.), *The course of life* (Vol. 1, pp. 229-270). Madison: International University Press.
- Braun, K. & Helmeke, C. (2004): Neurobiologie des Bindungsverhaltens: Befunde aus der tierexperimentellen Forschung. In: Ahnert, L. (Hrsg.), *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung* (S. 281-296). München: Reinhardt.
- Dornes, M.: (1998) Bindungstheorie und Psychoanalyse. *Psyche* 52:299-348.
- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Dornes, M. (2006). *Die Seele des Kindes*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Dozier, M., Bates, B. (2004). Attachment State of Mind and the Treatment Relationship. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment Issues in Psychopathology and Intervention* (pp. 167-180). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1970). *Liebe und Hass*. München: Piper.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P. & Target, M. (2002). Early Intervention and the Development of Self-Regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307-335.
- Fonagy, P. & Target, M. (2003). *Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung*. Gießen: Psychosozial.
- Gergely, G. & Watson, J.S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 1181-1212.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., Kindler, H., Scheuerer-Engelsch, H., Spangler, G., Stöcker, K., Suess, G. J. & Zimmermann, P. (2003). Die Bindungstheorie: Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse. In Keller, H. (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (S. 223-283). Bern: Huber.
- Hartmann, H.-P. (2003). Der Beitrag der Erkenntnisse der Bindungsforschung für die Psychotherapie der Zukunft. *Psychotherapie* 8, 280-293.
- Hofer, M. A. (2003). The emerging neurobiology of attachment and separation: how parents shape their infant's brain and behaviour. In: S. W. Coates, J. L. Rosenthal & D. S. Schechter (Eds.), *September 11. Trauma and Human Bonds* (S. 191-209). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Holmes, J. (2001). *The Search for the Secure Base*. Hove: Brunner-Routledge.
- Holmes, J. (2006). *John Bowlby und die Bindungstheorie*. München/Basel: Reinhardt (engl. Fassung 1993).
- Jacobvitz, D., Hazen, N. & Thalhuber, K. (2001). Die Anfänge von Bindungs-Desorganisation in der Kleinkindzeit: Verbindungen zu traumatischen Erfahrungen der Mutter und gegenwärtiger seelisch-geistiger Gesundheit. In: G.J. Suess, H. Scheuerer-Engelsch & W.-K. Pfeifer (Hrsg.), *Bindungstheorie und Familiendynamik* (S. 125-156). Gießen: Psychosozial.
- Köhler, L. (1998). Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Einschränkende Vorbehalte, Nutzen, Fallbeispiele. *Psyche*, 52, 369-397.
- Lemche, E., Giampietro, V.P., Surguladze, S.A., Amaro, E.J., Andrews, C.M., Williams, S.C., Brammer, M.J., Lawrence, N., Maier, M.A., Russell, T.A., Simmons, A., Ecker, C., Joraschky, P. & Phillips, M.L. (2006): Human attachment security is mediated by the amygdala: Evidence from combined fMRI and psychophysiological measures. *Human Brain Mapping*, 27, 623-635.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, G. (1999). A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: expressions in mother-infant interaction. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 33-70). New York: Guilford.
- Nord, C., Höger, D. & Eckert, J. (2000). Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstörungen*, 4, 76-86.
- Schauenburg, H., Dinger, U. & Buchheim, A. (2006). Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 52, 358-372.
- Schauenburg, H. & Strauß, B. (2002). Bindung und Psychotherapie. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 281-292). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Schore, A. N. (2003a). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York, London: Norton.
- Schore, A. N. (2003b). Zur Neurobiologie der Bindung zwischen Mutter und Kind. In: Keller, H. (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (S. 49-80). Bern: Huber.
- Schore, A. N. (2005). Erkenntnisfortschritte in Neuropsychanalyse, Bindungstheorie und Traumaforschung: Implikationen für die Selbstpsychologie. *Selbstpsychologie*, 6, 395-446.
- Spangler, G. & Grossmann, K.E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.
- Sroufe, L.A. (1995). *Emotional Development. The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 51, 5-14.
- Uvnäs-Moberg, K., Petersson, M. (2005). Oxytocin: komplexe psychische und somatische Einflüsse. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51, 57-80.
- Weaver, I.C., Cervoni, N., Champagne, F.A., D'Alessio, A.C., Sharma, S., Seckl, J.R., Dymov, S., Szyf, M., Meaney, M.J. (2004): Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience*, 7, 847-854.
- Wisner Fries, A.B., Ziegler, T. E., Kurian, J. R., Jacoris, S. & Pollak, S. (2005). Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *PNAS*, 102, 17237-17240.

Partnerschaftspflege

Guy Bodenmann

- 17.1 Einleitung – 224**
- 17.2 Warum ist Partnerschaftspflege nötig? – 224**
- 17.3 Was ist der Unterschied zwischen Partnerschaftspflege und Prävention von Beziehungsstörungen – 225**
- 17.4 Empirisch fundierte Präventionsprogramme für Paare im deutschen Sprachraum – 226**
 - 17.4.1 Ein Partnerschaftliches Lernprogramm (EPL) – 226
 - 17.4.2 Freiburger Stresspräventionstraining für Paare (»paarlife«) – 227
- 17.5 Wissenschaftlich fundierte Ratgeber für Paare – 228**
- 17.6 Neue Wege in der Partnerschaftspflege – 228**
- 17.7 Allgemeine Inhalte einer gezielten Partnerschaftspflege – 229**
 - 17.7.1 Sensibilisierung für die Wichtigkeit der Partnerschaft – 229
 - 17.7.2 Angemessene Erwartungen an die Partnerschaft – 230
 - 17.7.3 Dyadische Kompetenzen – 230
- 17.8 Wann ist Partnerschaftspflege nötig? – 232**
- 17.9 Einwände gegen Partnerschaftspflege – 232**
- 17.10 Wie wirksam ist Partnerschaftspflege? – 233**
- 17.11 Zusammenfassung – 233**
 - Literatur – 234**

17.1 Einleitung

Das Thema der Wohlbefindenspflege ist in den letzten Jahren zusehends in den Blickpunkt der Forschung und Praxis gerückt. Diese Abkehr von einer primär defizitorientierten Sicht von Störungen und deren Behandlung geht mit dem Gedanken einher, dass Wohlbefindenspflege und Prävention wichtige Alternativen zu reparativem Handeln sind. Im Rahmen der Paartherapie hat dieses Bewusstsein seit den 80-er Jahren in den USA und seit den 90-er Jahren im deutschen Sprachraum in Europa zunehmend Akzeptanz gefunden. Dies aus mehreren Gründen:

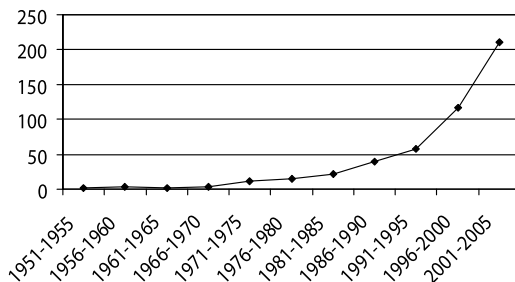
1. weil bekannt ist, dass Paartherapie in nur rund 50% der Fälle erfolgreich ist, da die Paare häufig zu spät in Therapie kommen,
2. weil bekannt ist, wo angesetzt werden muss, um eine destruktive Partnerschaftsentwicklung zu verhindern (Kompetenzförderung),
3. weil man davon ausgeht, dass es effizienter ist, wenn Paare Kompetenzen erwerben, solange sie dazu besonders motiviert und in der Lage sind und nicht bereits in einer tiefen Krise stecken.

Die Prävention bei Paaren ist dementsprechend ein Bereich der Klinischen Psychologie, der in den letzten Jahren in hohem Maße ein gesteigertes Forschungsinteresse gefunden hat, was sich in der signifikanten Zunahme der Publikationshäufigkeit zu diesem Thema widerspiegelt (s. ■ Abb. 17.1).

17.2 Warum ist Partnerschaftspflege nötig?

a) Weil sich Menschen eine glückliche und stabile Zweierbeziehung wünschen.

Wie Studien zeigen, wünschen sich die meisten Menschen in fast allen Kulturen ein Leben in einer intimen stabilen Partnerschaft (Buss, 1995). Dies schlägt sich mitunter in der hohen Zahl an Personen (ca. 90%) in den westlichen Industrieländern nieder, die mindestens einmal in ihrem Leben verheiratet sind. Lebenszufriedenheit und Liebe, Partnerschaft und Familie sind hoch korreliert (Ruvolo, 1998) und eine erfüllende Partnerschaft wird häufig als zentraler Faktor des Wohlbefindens genannt (Köcher, 1993). Eine glückliche Partner-



■ Abb. 17.1. Publikationshäufigkeiten in den letzten 50 Jahren zum Thema »Prävention bei Paaren« (PsycINFO)

schaft zählt damit zu den wichtigsten Prädiktoren für Lebensfreude und psychisches Wohlbefinden (Campell, Converse & Rodgers, 1976) und wird in sämtlichen Studien als einer der wichtigsten Werte für das allgemeine Lebensglück genannt, entweder im gleichen Zuge wie Gesundheit oder gar an erster Stelle (vgl. Bodenmann, 2005).

Diese wichtige Ressource gilt es zu erhalten und zu stärken, will man die psychische Gesundheit der Bevölkerung fördern.

b) Weil Menschen in der Regel zu Beginn glücklich in ihrer Zweierbeziehung sind und dieses Glück erhalten werden sollte.

Wie eine Reihe von Studien zeigt, sind zum Zeitpunkt der Eheschließung rund 70% der Paare sehr zufrieden und 23% der Paare zufrieden, d. h. dass rund 93% zum Zeitpunkt der Eheschließung mit ihrer Partnerwahl zufrieden sind oder sich als glücklich bezeichnen (Bodenmann, 2005; Bodenmann, Meyer, Ledermann, Binz & Brunner, 2006). Dieser positive Zustand hält nach der Eheschließung an, wonach auch in den ersten Ehejahren ähnlich hohe Zufriedenheitswerte (80–85%) berichtet werden (vg. Gallup, 1990). In einer epidemiologischen Studie von Bodenmann et al. (2006) gaben 60% aller befragten verheirateten Paare an, mit ihrer großen Liebe zusammenzuleben. Diese anfangs sehr hohe Zufriedenheit mit der Partnerschaft und dem Partner findet sich selbst bei später geschiedenen Paaren. So gaben über 90% geschiedener Personen retrospektiv an, dass sie zum Zeitpunkt der Eheschließung eine starke bis sehr starke Liebe zum Partner empfunden hätten (Bodenmann, Bradbury & Madarasz, 2002).

Dies bedeutet, dass es ein Bestreben der Gesundheitsförderung sein sollte, die ursprünglich vorhandene Liebe und Positivität in der Zweierbeziehung zu erhalten und zu fördern. Dies umso mehr, als heute bekannt ist, wie dies geschehen kann.

c) Weil heute bekannt ist, wie eine Zweierbeziehung nachhaltig gepflegt werden kann.

Es ist bekannt, dass nicht die ursprüngliche Liebe, Attraktivität, Status, Intelligenz oder Sex-Appeal eine Partnerschaft längerfristig aufrechterhalten (vgl. Hahlweg, 1986), sondern, dass für die Beziehungspflege Kompetenzen nötig sind. Aufgrund des Wissens, welche die Risikofaktoren für einen negativen Partnerschaftsverlauf und Scheidung sind (vgl. Bodenmann, 2001; Karney & Bradbury, 1995), kann abgeleitet werden, bei welchen Bereichen im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention angesetzt werden sollte. Dies ist, nach neuestem Wissensstand, vor allem bei drei Kompetenzen sinnvoll:

- a) dyadische Kommunikation
- b) partnerschaftliche Problemlösung
- c) individueller und dyadischer Umgang mit Stress.

Je mehr beide Partner die drei genannten Kompetenzen aufweisen, desto günstiger ist der Partnerschaftsverlauf und die längerfristige Prognose des Paares.

d) Weil zu wenige Paare professionelle Hilfe suchen, wenn sich ihre Partnerschaft verschlechtert.

Ein vierter Grund für Partnerschaftspflege ist die Tatsache, dass beide Partner eigentlich selber die besten Experten für ihre Beziehung sind und daher sehr genau wissen könnten, was sie tun müssen, um ihre Partnerschaft vital und gesund zu erhalten. Wird diese regelmäßige und konsequente Pflege der Beziehung jedoch versäumt, schleichen sich Unzufriedenheit und Probleme ein, die sich zu größeren Krisen auswachsen können. Doch selbst dann reagieren viele Paare nicht oder zu spät. Es wird geschätzt, dass lediglich 10% der Paare eine Eheberatung oder Therapie in Anspruch nehmen, wenn sie in einer Krise sind (vgl. Halford, 1999).

Dies verdeutlicht, dass eine Gesellschaft, die zufriedenstellende und längerfristig stabile Partnerschaften als Kernzellen einer gesunden Bevölkerung und Volkswirtschaft verstehen, ein hohes Interesse an einer weit verbreiteten Partnerschaftspflege haben sollte. Partnerschaftspflege ermöglicht es, vielen Paaren frühzeitig Möglichkeiten an die Hand zu geben, um ihre Partnerschaft zu verbessern und deren Substanz nachhaltig zu erhalten.

e) Weil Paartherapie nicht mehr maximal effektiv ist, wenn sie zu spät beansprucht wird.

Weiter spricht die Tatsache für eine rechtzeitige Partnerschaftspflege, dass die Wirksamkeit von Eheberatungen oder Paartherapien leider begrenzt ist und umso stärker abnimmt, je länger die Paare warten, um professionelle Hilfe zu beanspruchen. Je länger Konflikte und negative Interaktionsmuster des Paares chronifizieren und zu eingeschliffenen Verhaltensmustern werden, desto schwieriger wird eine positive Veränderung. Entsprechend liegt der längerfristige Erfolg im Sinne der klinischen Signifikanz (d. h. unzufriedene Partner sind nach der Therapie mit der Beziehung zufrieden) der wirksamsten Paartherapien (vgl. Verhaltenstherapie mit Paaren) zwei Jahre nach Therapieende bei maximal 50% (Hahlweg, 2002). In der täglichen Praxis der Eheberatung im deutschsprachigen Raum sind die Erfolgsquoten mit ca. 25% zudem noch niedriger (vgl. Klann & Hahlweg, 1994).

Eine bewusste Partnerschaftspflege oder gezielte Breitbandprävention von Partnerschaftsstörungen sollte vor diesem Hintergrund ein ernstzunehmendes Postulat sein.

17.3 Was ist der Unterschied zwischen Partnerschaftspflege und Prävention von Beziehungsstörungen

Die Beziehungspflege unterscheidet sich von der Prävention von Beziehungsstörungen in dreifacher Hinsicht:

1. Es handelt sich um ein alle Paare betreffendes Phänomen, das zum glücklichen Verlauf und Erhalt einer Partnerschaft dazugehört, unabhängig von Dysfunktionen und Störungen, die in der Prävention zu verhindern versucht werden.

2. Partnerschaftspflege ist deutlich niederschwelliger als Prävention, da sie vom Paar selber ausgeübt werden kann, im Alltag stattfindet und nicht zwingend Besuche von Seminaren, Kursen oder das Aufsuchen von Beratungsstellen erfordert.
3. Partnerschaftspflege betont salutogenetische Aspekte, während Prävention auf die Senkung der Inzidenzrate von Partnerschaftsstörungen abzielt und damit von einem normativen Störungsverständnis ausgeht.

Auf der anderen Seite kann jedoch auch zu Recht argumentiert werden, dass Partnerschaftspflege und Prävention von Beziehungsstörungen Hand in Hand gehen, da eine erfolgreiche Partnerschaftspflege mit einer gesunden Partnerschaft einhergehen sollte, womit Beziehungsstörungen die Grundlage weitgehend entzogen wird, was erklärtes Ziel der Prävention ist. Entsprechend liegen die beiden Ansätze in der Praxis sehr nahe beieinander und viele Bestrebungen der Partnerschaftspflege werden unter Präventionsprogramme subsumiert. Terminologisch ist es in Anlehnung an die Definition von präventiven Ansätzen von Mrazek und Haggerty (1994) allerdings wichtig festzuhalten, dass nur die **universelle Prävention** mit der Partnerschaftspflege im weitesten Sinne gleichgesetzt werden kann, während die indizierte oder selektive Prävention eindeutig dem Präventionsbereich zuzuordnen sind, da sie explizit die Reduktion oder Verhinderung von Partnerschaftsstörungen bei entweder bereits vorliegenden oder sich anbahnenden Störungen (indizierte Prävention) oder bei spezifischen Risikogruppen (selektive Prävention) anstreben. In der Fachliteratur werden üblicherweise verschiedene Formen von Partnerschaftspflege unterschieden (vgl. Übersicht).

Neben kirchlichen Programmen (z. B. »Sanctus marriage enrichment«; vgl. Sager & Sager, 2005) wird heute eine Reihe von überkonfessionellen, wissenschaftlich fundierten Programmen angeboten wie in den USA beispielsweise das PREP (Markman, Floyd, Stanley & Jamieson, 1984) oder PAIRS (vgl. DeMaria & Hannah, 2003), die eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung haben. Leider ist jedoch nach wie vor nur ein Bruchteil der

existierenden Angebote wissenschaftlich fundiert oder empirisch überprüft (vgl. Jakubowski, Milne, Brunner & Miller, 2004).

Formen von Partnerschaftspflege

- »enrichment«
 - Ehevorbereitung
 - Paaredukation
 - Partnerschaftsbegleitung
 - Prävention von Konflikten in Paaren
- (vgl. Berger & Hannah, 1999; Bowling, Hill & Jenicus, 2005; Halford, Markman, Kline & Stanley, 2003)

17.4 Empirisch fundierte Präventionsprogramme für Paare im deutschen Sprachraum

Im deutschen Sprachraum haben sich vor allem zwei wissenschaftlich fundierte Präventionsprogramme für Paare durchgesetzt: (1) das Ein Partnerschaftliches Lernprogramm (EPL) und (2) das Freiburger Stresspräventionstraining für Paare, das neu unter dem Namen »paarlife« angeboten wird. Beide Programme sind kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet und zielen auf eine Förderung dyadischer Kompetenzen ab (s. ■ Tab. 17.1).

17.4.1 Ein Partnerschaftliches Lernprogramm (EPL)

Das EPL (Hahlweg, Markman, Thurmaier, Engl & Eckert, 1998) wurde in Anlehnung an das »Premarital Relationship Enhancement Program« (PREP) von Markman, Floyd, Stanley und Jamieson (1984) und Markman, Renick, Floyd, Stanley und Clements (1993) entwickelt und für Deutschland adaptiert. Es wird aktuell vor allem im Rahmen der kirchlichen Ehevorbereitung angeboten (stärker im Rahmen der katholischen Kirche, jedoch auch in der reformierten Kirche). Seit seiner Einführung hat das EPL eine große Verbreitung, insbesondere in Deutschland erfahren, wo mittlerweile mehr

■ Tab. 17.1. EPL und »paarlife« im Überblick

Programm/Autoren	Theoretischer Hintergrund	Themen	Setting/Anzahl Paare	Dauer
Ein Partnerschaftliches Lernprogramm (EPL) Hahlweg et al. (1998)	operante, soziale und kognitive Lerntheorien	Verbesserung der Kommunikation, Verbesserung der Problemlösung; Erwartungen an die Partnerschaft; Sexualität und Partnerschaft	strukturierter Aufbau; 5 Module; 4-6 Paare mit einem Verhältnis von 2:1 (Paare:Trainer)	16 Stunden
Freiburger Stresspräventionstraining (»paarlife«) Bodenmann (1997, 2000a)	operante, soziale und kognitive Lerntheorien; individuelle und dyadische Stress- und Copingtheorien; Austausch- und Equitytheorie	Verbesserung des individuellen und dyadischen Copings; Verbesserung der Kommunikation und Problemlösung; Sensibilisierung für Fairness, Gerechtigkeit, Distanz-Nähe in der Partnerschaft	strukturierter Aufbau; 6 Module; 4-8 Paare mit einem Verhältnis von 2:1 (Paare:Trainer)	15 Stunden

als 1.400 ausgebildete EPL-Trainer regelmäßig EPL-Kurse für interessierte Paare anbieten. Das Programm ist manualisiert und in hohem Maße strukturiert.

Es umfasst sechs Module:

1. Kommunikationsregeln
2. Äußern negativer Gefühle
3. Problemlöseschema
4. Erwartungen an die Partnerschaft
5. Partnerschaft und Sexualität
6. freie Themenwahl.

Ziel von EPL ist es, bei heiratswilligen oder frisch verheirateten Paaren mittels einer konsequenten Förderung von Kommunikations- und Problemlösekompetenzen bei den Partnern und dem Aufbau angemessener Erwartungen an die Paarbeziehung, die Häufigkeit negativer Austauschprozesse zu reduzieren und das Ausmaß positiver Interaktionen im Alltag zu erhöhen, sodass sich das Verhältnis von positivem zu negativem Interaktionsverhalten insgesamt günstiger gestaltet, was als Zeichen für eine gut funktionierende Partnerschaft gilt (vgl. Gottman, 1994).

Das EPL hat seine Wirksamkeit in mehreren Untersuchungen nachweisen können (vgl. Hahlweg & Bodenmann, 2003).

17.4.2 Freiburger Stresspräventionstraining für Paare (»paarlife«)

Das Freiburger Stresspräventionstraining (»paarlife«) von Bodenmann (1997; 2000a) und Bodenmann und Shantinath (2004) basiert zum einen auf denselben theoretischen Konzepten wie das EPL (kognitiv-verhaltenstherapeutischer Hintergrund), zum anderen auf Erkenntnissen der Stress- und Copingforschung bei Paaren.

Das Präventionsprogramm »paarlife« ist modular aufgebaut und umfasst 15 Stunden, in denen sechs Module angeboten werden:

1. Einführung in das Thema Stress
2. Verbesserung des individuellen Umgangs mit Stress
3. Verbesserung des dyadischen Copings
4. Fairness und Gerechtigkeit in Partnerschaften
5. Kommunikationstraining
6. Problemlösetraining.

Zu jedem Thema erfolgt jeweils:

- a) eine kurze theoretische Einführung mit Bezugnahme auf den aktuellen Forschungsstand
- b) eine Sensibilisierung für relevante Aspekte anhand von Modellpaaren (Videobeispiele)
- c) eine eigene diagnostische Abklärung

- d) das konkrete Einüben der angestrebten Kompetenzen in Übungen oder Rollenspielen
- e) eine Evaluation im Plenum.

Es wird im Rahmen der Ehevorbereitung (im Sinne der universellen Prävention) ebenso wie mit Paaren in längerer Partnerschaft (im Sinne der indizierten Prävention) oder mit Paaren mit bestimmten Belastungsprofilen (Ärztepaare, Managerpaare etc.) im Sinne der selektiven Prävention angewendet. Ziel von »paarlife« ist es, zentrale Kompetenzen der Partner (Kommunikation, Problemlösung, Stressbewältigung) zu fördern, um die Beziehungsqualität nachhaltig verbessern und erhalten zu können. Wie beim EPL erfolgt eine enge Betreuung der Paare im Verhältnis von 2:1 (2 Paare pro Trainer). Die Wirksamkeit von »paarlife« ist in mehreren Längsschnittstudien erfolgreich nachgewiesen worden (s. Bodenmann & Shantinath, 2004).

17.5 Wissenschaftlich fundierte Ratgeber für Paare

In den letzten Jahren sind vermehrt wissenschaftlich fundierte Ratgeber auf den Markt gekommen, die Paaren konkrete Hilfestellungen geben, um ihre Partnerschaft zu pflegen und zu fördern. Während die Schriften von Gottman (1995) *Glücklich verheiratet?*, Gottman (1999) *Die sieben Geheimnisse der glücklichen Ehe* oder Notarius und Markman (1995) *Wir können uns doch verstehen. Paare lernen mit Differenzen leben* aus dem amerikanischen Sprachraum stammen, haben Bodenmann (2005) *Beziehungskrisen: Erkennen, verstehen und bewältigen*, Bodenmann (2006) *Stress und Partnerschaft. Gemeinsam den Alltag bewältigen*, Engl und Thurmaier (1996) *Wie redest Du mit mir? Fehler und Möglichkeiten in der Paarkommunikation* oder Schindler, Hahlweg und Revenstorf (1999) *Partnerschaftsprobleme: Möglichkeiten zur Bewältigung* Ratgeber publiziert, die ihren Ursprung in Forschungsarbeiten des deutschen Sprachraums haben. Diese Bücher eignen sich zur Partnerschaftspflege in einem frühen Stadium, wenn das Paar keine gravierenden Probleme hat, da sie für wichtige Partnerschaftsbelange sensibilisieren und Möglichkeiten aufzeigen,

den Beziehungsalltag zufriedenstellend und positiv zu gestalten. Aus lerntheoretischer Sicht kann jedoch selbst in einem frühen Stadium von sich anbahnenden Beziehungsstörungen nicht auf das konkrete, angeleitete und supervidierte Üben von Fertigkeiten verzichtet werden, was mittels eines Buchs nicht effizient genug geschieht, da das Paar kein kompetentes Feedback erhält. Insofern ist die Indikation solcher Bücher sehr beschränkt. Ihre Eignung als Inspirationsquelle und Instrument für eine gezielte Sensibilisierung für wichtige Partnerschaftsaspekte stellen sie jedoch unter Beweis. Zur Bewältigung von entstehenden Krisen sind diese Bücher allerdings ungeeignet. In diesen Fällen sind entweder Präventionskurse (indizierte Prävention), Eheberatung oder Paartherapie angezeigt.

17.6 Neue Wege in der Partnerschaftspflege

Neben dem herkömmlichen Kursangebot und der wissenschaftlich fundierten Ratgeberliteratur sind vereinzelt Bemühungen zu finden, die die Partnerschaftspflege des Paares autodidaktisch zu unterstützen versuchen, so mittels eines Internet-Angebots (vgl. Online-Paarberatung www.theratalk.de) oder durch CD-Rom. Gerade letzterer Zugang sollte in Zukunft noch mehr Beachtung finden. Dies vor allem aus zwei Gründen: Erstens sollte versucht werden, durch verschiedene niederschwellige Angebote möglichst viele Paare zu erreichen, die weder die Inanspruchnahme eines Präventionstrainings für Paare noch den Schritt in eine Paarberatungsstelle wagen, jedoch durchaus interessiert sind, sich mit ihrer Partnerschaft gezielt auseinanderzusetzen. Zweitens könnten autodidaktische Hilfsmittel (DVD, CD-ROM) eine nützliche Möglichkeit darstellen, um den Paaren bei der längerfristigen Aufrechterhaltung ihrer in Trainings oder Beratungen gelernten Kompetenzen zu helfen. Wie etliche Studien zeigen, ist eine der großen Herausforderungen der Zukunft, Paare noch stärker bei der Aufrechterhaltung ihrer Kompetenzen zu unterstützen, wobei diese Hilfsmittel von großem Nutzen sein könnten. Im deutschen Sprachraum sind zwei DVDs für Paare entwickelt

worden, die im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von Beziehungsstörungen eingesetzt werden können. Die DVD »Gelungene Kommunikation – damit die Liebe bleibt« von Joachim Engl und Franz Thurmaier (www.institutkom.de [26.07.2010]) sowie die DVD »Glücklich zu zweit trotz Alltagsstress« von Guy Bodenmann (www.paarlife.com [26.07.2010]).

17.7 Allgemeine Inhalte einer gezielten Partnerschaftspflege

Unabhängig von einzelnen Programmen sind bestimmte Inhalte beschrieben, die im Rahmen einer gezielten Beziehungspflege zu berücksichtigen sind. Diese können wie folgt zusammengefasst werden:

- Sensibilisierung für die Wichtigkeit, die Partnerschaft lebendig zu erhalten
- angemessene Erwartungen an die Partnerschaft
- Kompetenzen bezüglich der dyadischen Kommunikation
- Kompetenzen bezüglich Problemlösung
- Kompetenzen bezüglich des individuellen und dyadischen Copings
- Commitment (Verbindlichkeit) für die Partnerschaft

17.7.1 Sensibilisierung für die Wichtigkeit der Partnerschaft

Eine angemessene Partnerschaftspflege erfordert das Bewusstsein für die Wichtigkeit der Partnerschaft und ihrer Pflege. Wie oben gezeigt wurde, belegt eine Reihe von Studien, dass die Partnerschaft zu den zentralsten Bedürfnissen des Menschen gehört, dementsprechend gilt es, sie zu pflegen und zu fördern. Eine gesunde und dauerhafte Partnerschaft bedarf der gefühlsmäßigen Investition beider Partner. Gottman (1999) und Bodenmann (2005) geben einige Hinweise in ihren Büchern, wie dieses Bewusstsein für die Partnerschaft gestärkt werden kann (s. Übersicht).

Förderung des Bewusstseins für die Partnerschaft

- Der Partnerschaft muss mindestens derselbe Stellenwert zugedacht werden wie wichtigen anderen Bereichen im Leben (z. B. Beruf).
- Für die Partnerschaft müssen sich beide Partner Zeit nehmen, da nur ausreichende, den Bedürfnissen beider Partner Rechnung tragende gemeinsame Zeit das »Wir-Gefühl« des Paares schaffen und erhalten kann. Emotionale Selbstöffnung, ebenso wie Intimität und Sexualität bedürfen gemeinsamer Zeit, Muße und Begegnung.
- Eine Partnerschaft bedeutet konstante Investition und Engagement beider Partner, damit sie emotional tragfähig wird und bleibt.
- Paare sollten Partnerschaftsrituale pflegen (z. B. Hochzeitstag, Verlobungstag, Tag des Kennenlernens, wichtige Tage für einen oder beide Partner wie Geburtstag, Feste etc.).
- Paare sollten alte Erinnerungen immer wieder aufwärmen und im Bewusstsein behalten. Sie

sollten ihre Beziehung immer wieder Revue passieren lassen, um sich ihrer Bedeutung bewusst zu sein und das gemeinsam Erlebte zu schätzen und zu würdigen.

- Die Stimulierung von schönen Erfahrungen und Erlebnissen im Alltag gehört zu den wichtigen Dingen einer gut funktionierenden Partnerschaft. Beide Partner sollten sich darum bemühen, im Alltag immer wieder Überraschungen einzubauen, die dem anderen Freude bereiten und die Beziehung lebendig erhalten. In diesem Zusammenhang sollte auch das gegenseitige Verwöhnen stehen.
- Um den Partner in seiner Entwicklung und seinen damit verbundenen Veränderungen wahrzunehmen und zu kennen, braucht es eine ständige Erneuerung des Wissens bezüglich des Partners. Wünsche, Ziele, Erwartungen, Einstellungen verändern sich im Verlauf der Beziehung und sollten immer



wieder gegenseitig erfragt werden. Je besser beide Partner die Entwicklung des anderen wahrnehmen und ihr folgen können, desto zufriedenstellender ist die Beziehung. Bedürfnisse nach Nähe und Distanz etc. müssen immer wieder neu bestimmt und berücksichtigt werden.

- Beide Partner sollten wachsam auf Veränderungen in der Beziehung achten. Frühe Anzeichen einer abnehmenden Beziehungsqualität ernst nehmen, mit dem Partner besprechen und frühzeitig nach Möglichkeiten suchen, um eine sich anbahnende Unzufriedenheit oder Krise abzuwenden

17.7.2 Angemessene Erwartungen an die Partnerschaft

Eine Reihe von Studien zeigt, dass funktionale, realistische Erwartungen an die Partnerschaft für deren Qualität und Bestand von großer Wichtigkeit sind. So zeigt eine Studie von Kurdek (1993), dass dysfunktionale Erwartungen und Vorstellungen von der Ehe bzw. dem Partner unter anderen kognitiven Faktoren (z. B. geringer Glaube an die Partnerschaft, niedrige intrinsische Motivation bezüglich der Paarbeziehung) wichtige Scheidungsprädiktoren sind (vgl. auch Epstein & Eidelson, 1981). Es ist daher für eine harmonische Partnerschaft wichtig, dass beide Partner realistische Erwartungen an die Beziehung haben. Je höher die Erwartungen sind und je weniger der Partner diese erfüllen kann, desto geringer die Zufriedenheit mit der Partnerschaft. Partnerschaftspflege beginnt daher auch bei der Frage, welche Erwartungen, Vorstellungen und Ziele jeder Partner von der Partnerschaft hat und welche dieser Aspekte insgesamt überhaupt erfüllt werden können, respektive welche der Partner in der Lage ist zu erfüllen.

17.7.3 Dyadische Kompetenzen

Neben diesen kognitiven Aspekten, gehört heute zweifellos auch die Förderung von **Kompetenzen** zu den wichtigsten Eckpfeilern einer angemessenen Partnerschaftspflege. Das allgemeine Wissen, dass nicht allein das Reden über Dinge, sondern das praktische Üben und Anwenden von zentraler Bedeutung ist, unterstreicht die Notwendigkeit, für das Beziehungsglück relevante Kompetenzen zu

fördern. Wie bereits erwähnt, zählen heute insbesondere drei Kompetenzen zu den wichtigsten Fertigkeiten eines Paares, die einen günstigen Partnerschaftsverlauf und eine hohe Stabilität der Partnerschaft vorhersagen:

- Kommunikationsfertigkeiten
- Problemlösekompetenzen
- individuelle und dyadische Stressbewältigungsressourcen

(vgl. Bodenmann, 2001; Gottman, 1994; Karney & Bradbury, 1995).

Kommunikationskompetenz

Der Kommunikationskompetenz kommt bei der Prävention von Beziehungsstörungen und der Paartherapie seit längerem die größte Bedeutung zu (vgl. Weiss & Heyman, 1997). Eine angemessene Kommunikation zählt zu den wichtigsten Prädiktoren für Eheerfolg (Hahlweg, 1986), weshalb die Förderung einer guten Kommunikation (in der Regel mittels Sprecher- und Zuhörerregeln) integraler Bestandteil vieler Präventionstrainings für Paare oder Paartherapien ist (vgl. Berger & Hannah, 1999). Einige relevante Aspekte einer angemessenen Kommunikation sind in folgender Übersicht aufgeführt.

Problemlösekompetenz

Da in vielen Fällen inkompetent bewältigte Alltagsprobleme (z. B. wer bringt die Kinder zur Krippe, wer macht welche Aufgaben im Haushalt und in anderen Bereichen) unnötigen Zündstoff für dyadische Konflikte bieten, sollten Paare bereits früh lernen, wie sie Alltagsanforderungen ohne zu großen Aufwand zielführend lösen. Ein erster Schritt hierzu ist überhaupt, Probleme zu erkennen (d. h. beide

Zentrale Aspekte einer hohen Kommunikationskompetenz

- offenes, interessiertes Zuhören (sich in den Partner hineinversetzen, offene Fragen stellen etc.)
- dem Partner persönlich Relevantes erzählen (Selbstöffnung) und auch in Konflikten bei sich und seinen Gefühlen und Bedürfnissen bleiben
- auf Übereinstimmung von verbalen (inhaltlichen) Botschaften und non- und paraverbalen Botschaften (Körperhaltung, Gestik, Mimik, Tonfall etc.) achten
- im Alltag häufig Positivität zeigen (Loben, Zuhören, Komplimente machen, Zärtlichkeiten austauschen; Wertschätzung und Achtung zeigen, Faszination mitteilen, Interesse für Belange des Partners zeigen, aufmerksam gegenüber dem Partner sein)
- auf Fairness, Wechselseitigkeit und Ausgewogenheit zwischen beiden Partnern achten (beide Partner kommen in gleichem Maße zum Zuge. Zwischen Geben und Nehmen besteht ein Gleichgewicht).
- nach Konflikten bemühen sich beide Partner um Versöhnung (durch Humor, Akzeptanz oder Kompromisse, Verständnis)

Partner müssen sie wahrhaben wollen), womit erneut die Kommunikationskompetenz eine zentrale Grundlage einer effektiven Problemlösung darstellt. Die Frage, warum eine Situation oder ein Zustand für den einen oder den anderen Partner (oder beide) ein Problem darstellt und gelöst werden sollte, muss gemeinsam konstruktiv diskutiert werden können. Wichtig für eine effektive Problemlösung sind aber auch Kreativität bei der Lösungssuche (an der sich beide Partner beteiligen), sowie das Bemühen beider Partner um faire Lösungen (gleichberechtigte Rollenaufteilung zwischen den Partnern). Paare sollten in einer umfassenden Partnerschaftspflege lernen, dass sie Probleme nicht unter den Teppich kehren (da sich die meisten Probleme nicht von selbst lösen, sondern sich anhäufen), sondern aktiv gemeinsam lösen sollten. Neben einer guten Kommunikationsfähigkeit, der Motivation beider Partner sowie ihrer

Kreativität bei der Lösungssuche spielt auch die Kompromissbereitschaft beider Partner eine wichtige Rolle für eine funktionale Problemlösung.

Stressbewältigung

Die Qualität der individuellen und dyadischen Stressbewältigung ist von großer Wichtigkeit für die Partnerschaftsqualität, deren Verlauf und das Scheidungsrisiko, wie eine Reihe von Studien nahe legt (vgl. für einen Überblick Bodenmann, 2000b; 2004). Dies hat mehrere Gründe:

- a) In den meisten Fällen hat Stress seinen Ursprung außerhalb der Partnerschaft (rein aufgrund der Tatsache, dass beide Partner quantitativ mehr Zeit außerhalb als innerhalb der Partnerschaft verbringen). Dieser Stress wird dann nach Hause gebracht (»spill-over«), wenn der davon betroffene Partner nicht angemessen damit umzugehen in der Lage ist, d. h. wenn sein individuelles Coping nicht effektiv genug ist, um den Stress wirksam zu bewältigen. Durch dieses Nachhausetragen wird die Partnerschaft kontaminiert und das Risiko für Konflikte innerhalb des Paares steigt. Daraus folgt, dass eine wirksame Partnerschaftspflege die Verbesserung der individuellen Copingfertigkeiten beider Partner mit einschließen sollte. Je besser jeder Partner mit seinem individuellen Stress umgehen kann, desto seltener bringt er ihn nach Hause und belastet damit umso weniger die Partnerschaft.
- b) Stress, der nach Hause gebracht wird, wirkt sich sowohl negativ auf die Kommunikation des Paares wie auch auf die Problemlösung aus. Selbst bei Paaren, die in Normalsituationen durchaus angemessen miteinander kommunizieren oder Probleme lösen können, können diese Kompetenzen unter Stress einbrechen.
- c) Wird Stress, der die individuellen Bewältigungsressourcen eines Partners übersteigt, dyadisch bewältigt (vgl. supportives dyadisches Coping oder gemeinsames dyadisches Coping) steigt damit die Wahrscheinlichkeit, dass der Stress wirksam abgebaut werden kann, wodurch der primär vom Stress betroffene Partner ebenso wie die Dyade insgesamt entlastet werden und das System schneller seine Homöostase wiederfindet. Gesundheitliche, soziale und

partnerschaftsbezogene negative Folgen von Stress werden dadurch minimiert.

- d) Die dyadische Bewältigung von Stress fördert das »Wir-Gefühl« und die Intimität des Paares, schafft wechselseitiges Vertrauen ineinander und das Bewusstsein, dass der Partner einem hilfreich zur Seite steht, wenn man ihn braucht. Diese Erfahrungen sind zentrale Elemente im Aufbau und dem Erhalt der Beziehungsqualität und der längerfristigen Stabilität von Partnerschaften.

Entsprechend sollte die Partnerschaftspflege die Förderung von Copingressourcen beim Paar ebenso zentral zum Inhalt haben, wie die Verbesserung von Kommunikations- oder Problemlösekompetenzen.

17.8 Wann ist Partnerschaftspflege nötig?

Obgleich die Pflege der Partnerschaft ein Thema eines jeden Paares während der gesamten Dauer seines gemeinsamen Weges ist, gibt es Phasen, in denen eine konsequentere Pflege der Beziehung noch stärker indiziert ist. Textor (1998) betont in diesem Zusammenhang vor allem die Notwendigkeit einer solchen Pflege im Zusammenhang mit spezifischen Übergängen (Erstelternschaft, »empty nest«, Übertritt in den Ruhestand etc.), da im Zuge solcher Transitionen (normative kritische Lebensereignisse) besondere Adaptationsleistungen des Paares erforderlich werden, auf die das Paar präventiv vorbereitet werden kann. Insbesondere im Rahmen der Erstelternschaft sind daher einige Programme entwickelt worden, die Paaren helfen, ihre Partnerschaft unter den veränderten Bedingungen, die die Geburt eines Kindes mit sich bringt, zu stärken und mit damit verbundenen Schwierigkeiten umgehen zu lernen (vgl. Cowan & Cowan, 2000; Reichle, 1999). Wünschenswert wäre es, wenn eine breite Palette unterschiedlicher wissenschaftlich fundierter Programme zur Partnerschaftspflege für verschiedene Paartypen (heterosexuelle, homosexuelle, kinderlose Paare, Paare mit Kindern, unterschiedliche Paartypen sensu Gottman, 1994), in Entsprechung zu bestimmten Partnerschaftsphasen (z. B. neu verheiratete Paare,

Übergang zur Elternschaft, Auszug der Kinder, Pensionierung), unterschiedlichen Zielen (z. B. Aufbau einer Paaridentität, Erhalt der Partnerschaftsqualität, konstruktive Trennung vom Partner) und in Abhängigkeit der benötigten Unterstützung (z. B. universelle, selektive oder indizierte Prävention) angeboten würden. Von einem solchen Angebot sind wir heute zwar noch weit entfernt, doch immerhin ist die Wichtigkeit der Beziehungspflege in der Bevölkerung präsenter als noch vor Jahren.

17.9 Einwände gegen Partnerschaftspflege

Vereinzelte wurden in der Vergangenheit auch Stimmen laut, die den Nutzen der Partnerschaftspflege und die Legitimation von Enrichmentkursen oder Präventionsprogrammen für Paare infrage stellen (z. B. Riehl-Emde, 1994). Begründet wird diese Skepsis häufig mit dem Argument, dass man erst dann in der Lage sei, eine Krise zu bewältigen, wenn man sie erfahren habe. Diese Position, die von psychodynamischen Konzepten inspiriert ist, wird von verhaltenstherapeutisch-orientierten Theoretikern und Praktikern nicht geteilt. Vielmehr wird von einer lerntheoretischen Warte aus angenommen, dass es zu jedem Zeitpunkt möglich und sinnvoll ist, Kompetenzen zu erwerben und dass diese Kompetenzen dann zur Verfügung stehen, wenn sie gebraucht werden. Es ist daher in den meisten Fällen erstrebenswert, die Kompetenzen vorgängig bereits aufzubauen, um ihre Verfügbarkeit in den Situationen, in denen Bedarf besteht, zu sichern. Hinzu kommt, dass die erwähnten Kompetenzen besser gelernt werden können, wenn das Paar in einer positiven Dynamik steht und nicht zunächst stark eingeschlifene, negative Verhaltensmuster verändert werden müssen (vgl. Raush, Barry, Hertel & Swain, 1974; Ridley, Jorgensen, Morgan & Avery, 1982). Neuere Untersuchungen zeigen zudem eindeutig, dass die Effekte der Partnerschaftspflege oder die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen für Paare dann am stärksten sind, wenn die Paare noch relativ gut funktionieren und nicht bereits in einer schweren Krise sind (vgl. Sullivan & Bradbury, 1997).

17.10 Wie wirksam ist Partnerschaftspflege?

Es ist kein leichtes Unterfangen, die Wirksamkeit von Partnerschaftspflege quantitativ zu beurteilen, zumal es auch schwierig ist, die jeweilige Qualität der Beziehungspflege im Alltag zu operationalisieren und zu erfassen. Entsprechend gibt es kaum Studien zur Wirksamkeit von Partnerschaftspflege. Kaiser (1998) hat in einer Metaanalyse die Wirksamkeit von Enrichment-Programmen untersucht. Sie fand heraus, dass unmittelbar nach dem Training (d. h. zum Zeitpunkt des Post-Tests) über alle Studien gemittelt eine relativ geringe Effektstärke von $d=.20$ vorlag. Eine ausschließliche Analyse solcher Studien, in welchen die Paare aktiv Kommunikationsfertigkeiten erlernten, ergab hingegen eine mittlere Effektstärke von $d=.62$. Combs, Buford, Campbell und Halter (2000) berichten Effektstärken eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Enrichmentprogramms für die Partnerschaftsqualität (gemessen mit dem DAS) von $d=.95$ zum Zeitpunkt des Post-Tests und von $d=.78$ zum Zeitpunkt des Follow-up. Damit trifft die eher negative Einschätzung des Nutzens von Enrichmentprogrammen, wie sie von etlichen Autoren geteilt wird (vgl. Textor, 1998) nur dann zu, wenn diese Programme nicht übungs- und kompetenzorientiert sind, sondern eher narrativen Charakter haben.

Unabhängig von der Frage der empirischen Wirksamkeit dieser Enrichmentprogramme zeigt eine Studie von Hawley und Olson (1995), in der drei verschiedene Enrichmentprogramme verglichen wurden, dass die Zufriedenheit der Teilnehmer in allen drei Programmen sehr hoch war und sie die Programme weiterempfehlen würden. Es scheint daher, dass Programme zur Partnerschaftspflege im allgemeinen bei den Paaren gut ankommen.

Bodenmann, Moser, Widmer und Cina (2001) versuchten, die Frage nach der Wirksamkeit von Partnerschaftspflege im Rahmen einer Bibliointervention zu untersuchen, allerdings ohne Anspruch auf Generalisierbarkeit. In dieser Untersuchung wurde überprüft, welche Veränderungen im Hinblick auf verschiedene individuelle und dyadische Kompetenzen bei Paaren innerhalb eines Jahres nachweisbar waren, wenn das Paar ein Selbsthilfebuch für Paare gelesen und bearbeitet hatte. Die

Ergebnisse zeigten, dass nach einem Jahr lediglich schwache bis mittlere Effekte vorlagen, wonach zwar Kompetenzverbesserungen bezüglich des individuellen und dyadischen Copings, jedoch nicht bezüglich der Kommunikation oder der Partnerschaftsqualität nachweisbar waren. Es gilt allerdings zu erwähnen, dass die Stichprobe lediglich 50 Paare (25 Paare Interventions- und 25 Paare Kontrollgruppe) umfasste und bereits Deckeneffekte vorlagen, da es sich um mehrheitlich zufriedene Paare handelte.

Fundierteres und breiter abgestütztes Wissen liegt heute zur Wirksamkeit von Prävention bei Paaren vor. In den USA sind bereits mehrere universell präventive Partnerschaftsprogramme empirisch untersucht worden, wobei vorliegende Metaanalysen zur Effektivität dieser Präventionsprogramme mittlere Effektstärken von $d=.53$ (Giblin, 1986) berichten. Für kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Programme werden Effektstärken von $d=.79$ angegeben (Hahlweg & Markman, 1988).

Gemäß einer Literaturanalyse von Jakubowski, Milne, Brunner und Miller (2004), die einen Überblicksartikel zur Verbreitung und zur Wirksamkeit von gängigen empirisch fundierten Präventionsprogrammen für Paare verfassten, erfüllen heute sechs Präventionsprogramme für Paare die Kriterien für statistische und klinische Wirksamkeit. Es handelt sich nach Jakubowski, Milne, Brunner und Miller (2004) um das Prevention and Relationship Enhancement Program (PREP) von Markman, Floyd, Stanley und Jamieson (1984), das Relationship Enhancement (RE) von Guerney (1977), das Minnesota Couples Communication Program (MCCP) von Miller, Nunnally und Wackman (1975), das Couple CARE (Halford, Moore, Keithia, Farrugia & Dyer, 2004; Sullivan, Pasch, Eldridge, & Bradbury, 1998), das Freiburger Stresspräventionstraining für Paare (»paarlife«) von Bodenmann (1997, 2000a) sowie Bodenmann und Shantinath (2004) sowie die Association for Couples in Marriage Enrichment (ACME) von Dyer und Dyer (1999).

17.11 Zusammenfassung

In diesem Beitrag wurde versucht, die Wichtigkeit einer kontinuierlichen Beziehungspflege im Sinne einer allgemeinen Förderung der Partner-

schaftsqualität und einer universellen Prävention von Partnerschaftsstörungen zu verdeutlichen. Dabei gilt es, sowohl bei der Wahrnehmung der Notwendigkeit eines solchen Bemühens um die Partnerschaft anzusetzen wie auch bei den, im Rahmen dieser Anstrengungen vermittelten Inhalten. Hier wurde, aufbauend auf einem lerntheoretischen Verständnis, vorgeschlagen, dass die in der Scheidungsursachenforschung gefundenen relevanten Prädiktoren für Beziehungsstörungen und Scheidung, d. h. Kompetenzen der Partner, fokussiert werden sollten. Das Herzstück einer angemessenen Partnerschaftspflege ist dementsprechend die Förderung von Kommunikationskompetenzen, Problemlösefertigkeiten und individuellen und dyadischen Copingkompetenzen, da sich diese drei Aspekte als die besten Prädiktoren für den längerfristigen Erfolg von engen Beziehungen erwiesen haben. Eine umfassende Partnerschaftspflege sollte zudem an die spezifischen Bedürfnisse des jeweiligen Paares und der Phase, in welcher sie sich befinden, angepasst sein. Gerade in diesem Bereich gibt es noch viel zu tun und neue Programme und Angebote für Paare sind zu entwickeln.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich in den letzten zehn Jahren zwar einiges im Hinblick auf die Partnerschaftspflege getan hat, dass aber immer noch ein großer Bedarf an wissenschaftlich fundierten und empirisch überprüften Angeboten besteht. Wie die zurzeit vorliegenden Metaanalysen und Überblicksartikel zeigen, ist das Wissen über die Wirksamkeit niederschwelliger Beziehungsförderungsangebote (»enrichment«) noch defizitär. Als gesichert darf hingegen die Wirksamkeit von einschlägigen, wissenschaftlich fundierten Präventionsprogrammen (z. B. EPL, »paarlife«) gelten, die ihrerseits einen wichtigen Beitrag zur Partnerschaftspflege leisten, jedoch durch weitere Angebote ergänzt werden sollten.

Literatur

- Berger, R. & Hannah, M. T. (Eds.). (1999). *Preventive approaches in couples's therapy*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Bodenmann, G. (1997). Can divorce be prevented by enhancing coping skills in couples? *Journal of Divorce and Remarriage*, 27, 177-194.
- Bodenmann, G. (2000a). *Kompetenzen für die Partnerschaft. Das Freiburger Stresspräventionstraining*. Weinheim: Juventa.
- Bodenmann, G. (2000b). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2001). Risikofaktoren für Scheidung: Ein Überblick. *Psychologische Rundschau*, 52, 85-95.
- Bodenmann, G. (2004). *Verhaltenstherapie mit Paaren*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (2005). *Beziehungskrisen: Erkennen, verstehen, bewältigen*. (2. Auflage). Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (2006). *Stress und Partnerschaft. Gemeinsam den Alltag bewältigen* (4. Auflage). Bern: Huber.
- Bodenmann, G., Bradbury, T. N. & Madarasz, S. (2002). Scheidungsursachen und -verlauf aus der Sicht der Geschiedenen. *Zeitschrift für Familienforschung*, 14, 5-20.
- Bodenmann, G., Meyer, J., Ledermann, T., Binz, G. & Brunner, L. (2006). Partnerschaftszufriedenheit in Abhängigkeit der Ehedauer. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 31, 343-362.
- Bodenmann, G., Moser, C., Widmer, K. & Cina, A. (2001). Bibliotherapien: Wie wirksam ist das autodidaktische Studium eines Partnerschaftsselbsthilfebuchs? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9 (4) 159-167.
- Bodenmann, G. & Shantinath, S. D. (2004). The Couples Coping Enhancement Training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations*, 53 (5), 477-484.
- Bowling, T. K., Hill, C. M. & Jenicus, M. (2005). An overview of marriage enrichment. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 13, 87-94.
- Buss, D. H. (1995). Psychological sex differences: Origins through sexual selection. *American Psychologist*, 50, 164-168.
- Campbell, A., Converse, D. E. & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life*. New York: Sage.
- Combs, C. W., Bufford, R. K., Campbell, C. D. & Halter, L. L. (2000). Effects of cognitive-behavioral marriage enrichment: A controlled study. *Marriage and Family: A Christian Journal*, 3, 99-111.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- DeMaria, R. & Hannah, M. T. (2003). *Building intimate relationships: Bridging treatment, education, and enrichment through the PAIRS program*. New York: Brunner-Routledge.
- Dyer, P. M., & Dyer, G. H. (1999). Marriage enrichment. A.C.M.E. style. In R. Berger & M. T. Hannah (Eds.), *Preventive approaches in couples's therapy* (pp. 28-54). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Engl, J. & Thurmaier, F. (1996). *Wie redest Du mit mir? Fehler und Möglichkeiten in der Paarkommunikation*. Freiburg: Herder.
- Epstein, N. & Eidelson, R.J. (1981). Unrealistic beliefs of clinical couples. *The American Journal of Family Therapy*, 9, 13-22.
- Gallup, G. Jr. (1990). *The Gallup poll: Public opinion 1990*. Eilmington, DE: Scholarly Resources.

- Giblin, P. (1986). Research and assessment in marriage and family enrichment: A meta-analysis study. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 2, 79-96.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gottman, J. M. (1995). *Glücklich verheiratet?* München: Heyne.
- Gottman, J. M. (1999). *Die sieben Geheimnisse der glücklichen Ehe*. München: Marion von Schröder.
- Guerney, B. G. (1977). *Relationship enhancement*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hahlweg, K. (1986). *Partnerschaftliche Interaktion. Empirische Untersuchungen zur Analyse und Modifikation von Beziehungsstörungen*. München: Röttger.
- Hahlweg, K. (2002). Beziehungs- und Interaktionsstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie/Psychotherapie* (4. Auflage). Hogrefe, Göttingen.
- Hahlweg, K. & Bodenmann, G. (2003). Universelle und indizierte Prävention von Beziehungsstörungen. In I. Grau & H. W. Bierhoff (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft* (S. 191-220). Berlin: Springer.
- Hahlweg, K. & Markman, H. J. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy. Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 440-447.
- Hahlweg, K., Markman, H. J., Thurmaier, F., Engl, J., & Eckert, V. (1998). Prevention of marital distress: Results of a German prospective-longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 12, 543-556.
- Halford, W. K. (1999). Australian couples in millenium three. A research and development agenda for marriage and relationship education. Department of Family and Community Services, Brisbane: Academic Press.
- Halford, W. K., Markman, H. J., Kline, G. H., & Stanley, S. M. (2003). Best practice in couple relationship education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (3), 385-406.
- Halford, W. K., Moore, E., Keithia, L. W., Farrugia C. & Dyer, C. (2004). Benefits of flexible delivery relationship education: An evaluation of the couple CARE program. *Family Relations*, 53, 469-476.
- Hawley, D. R. & Olson, D. H. (1995). Enriching newlyweds: An evaluation of three enrichment programs. *American Journal of Family Therapy*, 23, 129-147.
- Jakubowski, S., Milne, E. P., Brunner, H., & Miller, R. B. (2004). A review of empirically supported marital enrichment programs. *Family Relations*, 53 (5), 528-536.
- Kaiser, A. (1998). *Indizierte Prävention von Beziehungsstörungen. Effektivität eines Gruppenprogramms für (Ehe)Paare mit längerer Beziehungsdauer zur Verbesserung der partnerschaftlichen Kommunikation und Beziehungsqualität*. Unveröffentlichte Dissertation, TU Braunschweig.
- Karney, B. R. & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118, 3-34.
- Klann, N. & K. Hahlweg (1994). *Beratungsbegleitende Forschung. Evaluation von Vorgehensweisen in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung und ihre spezifischen Auswirkungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Köcher, R. (1993). Lebenszentrum Familie. In Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.), *40 Jahre Familienpolitik in der Bundesrepublik Deutschland* (S. 37-51). Neu-wied: Luchterhand.
- Kurdek, L.A. (1993). Predicting marital dissolution: A 5-year prospective longitudinal study of newlywed couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 221-242.
- Markman, H. J., Floyd, F., Stanley, S. & Jamieson, K. (1984). A cognitive-behavioural program for the prevention of marital and family distress: Issues in program development and delivery. In K. Hahlweg & N. S. Jacobson (Eds.), *Marital Interaction: Analysis and modification*. New York: Guilford Press.
- Markman, H. J., Renick, M. J., Floyd, F. J., Stanley, S. M., & Clements, M. (1993). Preventing marital distress through communication and conflict management trainings: A 4- and 5-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 70-77.
- Miller, S. M., Nunnally, E. & Wackman, D. (1975). Minnesota couples communication program (MCCP); Premarital and marital groups. In D. H. Olson (Ed.), *Treating relationships* (pp. 21-40). Lake Mills: Graphic.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academic Press.
- Notarius, C. & Markman, H. J. (1995). *Wir können uns doch verstehen. Paare lernen mit Differenzen leben*. Reinbek: Rowohlt.
- Raush, H. L., Barry, W. A., Hertel, R. K. & Swain, M. A. (1974). *Communication, conflict, and marriage*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Reichle, B. (1999). *Wir werden Eltern. Ein Kurs zur Vorbereitung auf die erste Elternschaft*. Weinheim: Juventa.
- Ridley, C. A., Jorgensen, S. R., Morgan, A. G. & Avery, A. W. (1982). Relationship enhancement with premarital couples: An assessment of effects on relationship quality. *The American Journal of Family Therapy*, 10, 41-48.
- Riehl-Emde, A. (1994). Auf dass die Ehe blühe, wenn der Hochzeitsstrauss längst verwelkt ist: Weshalb stehen Paartherapeuten der Prävention von Ehekonflikten ambivalent gegenüber? In P. Hahn, W. A. Bergmann, G. Drinkmann, A. Eich, W. Haysen & M. Herzog (Hrsg.), *Modell und Methode in der Psychosomatik. Eine Bestandesaufnahme gegenwärtiger psychosomatischer Forschungs- und Arbeitsansätze* (S. 229-234). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Ruvolo, A. P. (1998). Marital well-being and general happiness of newlywed couples: Relationships across time. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 470-489.
- Sager, D. E. & Sager, W. G. (2005). Sanctus marriage enrichment. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 13, 212-218.
- Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorf, D. (1999). *Partnerschaftsprobleme: Möglichkeiten zur Bewältigung. Ein Handbuch für Paare*. 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Sullivan, K. T., & Bradbury, T. N. (1997). Are premarital prevention programs reaching couplets at risk for marital dysfunction? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 24-30.

- Sullivan, K. T., Pasch, L. A., Eldridge, K. A., & Bradbury, T. N. (1998). Social support in marriage: Translating research into practical applications for clinicians. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 6, 263-271.
- Textor, M. (1998). Enrichment und Paarberatung – Hilfen auf dem Weg durch den Ehezyklus. *Familiendynamik*, 23, 156-170.
- Weiss, R. L. & Heyman, R. E. (1997). A clinical overview of couples interactions. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 13-41). New York: Wiley & Sons.

Vergeben: Eine Quelle von Wohlbefinden

Annette Kämmerer

- 18.1 Einleitung – 238
- 18.2 Definition: Was ist Vergebung? – 238
- 18.3 Zum Stand der Forschung zu Vergebung – 239
- 18.4 Vergebung im therapeutischen Kontext – 242
- 18.5 Vergebung als Prozess – 242
- 18.6 Vergebung als eine Quelle von Wohlbefinden – 245
- Literatur – 245

18.1 Einleitung

Für viele Menschen ist es schwierig, schmerzliche Erfahrungen aus der Vergangenheit hinter sich zu lassen. Besonders dann, wenn es sich um erlittenes Unrecht, um seelische Verletzungen, erfahrene Ungerechtigkeit und ähnliches handelt, tragen nachhaltige Gefühle des Grolls, des Ärgers, der Bitterkeit und Wut, des Hasses und Zorns dazu bei, die Vergangenheit zu einem – zumindest emotional – ständig präsenten Teil der Gegenwart werden zu lassen. Die Folge dieser unabgeschlossenen, unerledigten Lebenserfahrungen ist in aller Regel, dass Niedergeschlagenheit und Depressivität vorherrschen und häufig psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen werden muss. Eine Möglichkeit, erlittenes Unrecht zu bewältigen und die damit verbundenen negativen Erfahrungen hinter sich zu lassen, stellt die Vergebung dar (Antonuccio & Jackson, 2009).

18.2 Definition: Was ist Vergebung?

In seiner ursprünglichen Bedeutung meint das Wort Vergebung, »etwas fortgeben, hinweggeben, im Besitze übertragen«. Hieraus entwickelte sich der Wortsinn »eine Sache aufgeben, d. h. hingehen lassen, was strafend zu verfolgen eine Person berechtigt wäre«. Diesem Sinn entsprechend bedeutet Vergebung das Erlassen der Strafe und im kirchlichen Sinne das Erlassen der Sünden. Dieser klerikale Gebrauch des Wortes ist bereits in frühen althochdeutschen Texten zu finden (»Vergib' uns unsere Schuld«). Ab dem 18. Jahrhundert wandelt sich das Vergeben zu einem Höflichkeitsausdruck, den man in möglichst demütiger Haltung benutzt (»Bitte vergeben Sie mir meine Ungeschicklichkeit«). (Grimmsches Wörterbuch, Grimm & Grimm, 1956).

Besonders bedeutsam ist die Abgrenzung des Verzeihens vom Vergeben. Während im älteren Niederhochdeutschen Verzeihen und Vergeben ohne Bedeutungsunterschied benutzt werden, setzt im ausgehenden 18. Jahrhundert eine Differenzierung ein, die eine geringere Sinntiefe des Begriffs Verzeihen gegenüber dem Vergeben verdeutlicht. Vergeben bleibt an die christliche Erlösungslehre gebunden, und meint einen Vorgang der »Entsüh-

nung«, der von der Vorstellung der **Schenkung** (Gabe) einer Schuld oder Bußleistung ausgeht, während Verzeihen mehr im höfisch-rechtlichen Bereich benutzt wird und nur den **Verzicht** auf die zu beanspruchende Buße meint (Grimm & Grimm, 1956). Betont wird bei beiden Begriffen das Erlassen von Strafe, der Verzicht auf Vergeltung aus freiem Willen und ebenso der »seelische Akt«, der von Opfer und Täter eine emotionale Haltung verlangt, nämlich Güte und Herzensbildung auf Seiten der vergebenden/verzeihenden Person und Reue auf Seiten der anderen Person (o. c.).

Auch wenn die Begriffe Vergeben und Verzeihen Überschneidungen aufweisen, so sollen sie hier dennoch unterschiedlich gebraucht werden. Das Vergeben, so meine Überzeugung, beinhaltet stärker das Beenden eines Schuldvorwurfs, das Erlassen der Schuld, während das Verzeihen die Person, die Unrecht getan hat, in das Geschehen einbezieht und die Tat verzeiht. Im therapeutischen Kontext, auf den ich weiter unten eingehen werde, kann aber gerade das sich Distanzieren von der Person, die Unrecht getan hat, ein wichtiges Anliegen sein. Vergebung entschuldigt nicht die Tat, sondern ist eine **Haltung** einer Person gegenüber: Der verletzenden Person wird ihr schuldhaftes Verhalten nicht weiter vorgeworfen, die Verletzung als solche jedoch nicht relativiert. In diesem Sinne ist auch die Selbstvergebung bedeutsam, d. h. eine Person kann sich selbst vergeben, ohne dadurch die Verantwortung für eine zu verurteilende Handlung zu negieren.

In der neueren Forschung werden – wie bereits in der ursprünglichen Wortbedeutung – der Akt des freien Willens und das Rationale der Entscheidung zur Vergebung betont:

Personen, die rational erkennen können, dass sie ungerecht behandelt worden sind, vergeben, indem sie bewusst Groll und damit einhergehende Reaktionen (auf die sie ein Recht haben) abstellen und sich bemühen, dem Urheber auf der moralischen Basis von Güte zu begegnen, die auch Mitleid, unbedingte Wertschätzung, Großzügigkeit und Liebe einschließt, auf die der Urheber der verletzenden Tat aufgrund dieser Tat naturgemäß kein Recht hat. (Enright & Fitzgibbons 2000, S. 24; Übersetzung A.K.).

An anderer Stelle rückt Enright (2006, S. 33) die vergebende Person stärker in den Mittelpunkt seines Bemühens um eine Klärung des Begriffs der Vergebung, indem er deutlich macht, dass die Verletzung, die einer Person zugefügt worden ist, ein Unrecht darstellt und immer eines bleiben wird, dass die vergebende Person einen moralischen Anspruch auf die eigene Wut und die Forderung nach Respekt hat, und schließlich, dass Vergebung voraussetzt, genau darauf (freiwillig und aus innerer Überzeugung) zu verzichten, nämlich auf dieses Recht auf Zorn, Wut oder Bitterkeit.

Andere Autoren beleuchten stärker die intrapsychischen Veränderungen, die mit der Entscheidung zum Vergeben verbunden sind. McCullough, Worthington und Rachal (1997) sehen hauptsächlich motivationale Veränderungen als bedeutsam an: Im Prozess des Vergebens verändert sich die motivationale interpersonale Struktur eines Menschen: Indem die Intention zur Vergeltung gegenüber der unrecht handelnden Person abnimmt, steigt diejenige zu Versöhnung und gutem Willen an. Mit diesen definitorischen Überlegungen stellen die Autoren die Vergebung in die Tradition prosozialen Handelns (z. B. Batson, 1991; Batson & Shaw, 1991; Tangney, 1991) oder, genauer gesagt, in den Bereich des empathischen Handelns. Sie gehen davon aus, dass Empathie gegenüber der verletzenden Person die wesentliche Bedingung für das Vergeben ist. Diese erleichtert es der verletzten Person, die Aufmerksamkeit für eventuelle Schuldgefühle oder Unbehagen seitens der verletzenden Person nicht zu verlieren, deren Isolation in der durch die verletzende Tat belasteten Beziehung wahrzunehmen und schließlich, Interesse daran zu zeigen, trotz erlittenen Unrechts, wieder an der Verbesserung der Beziehung zu arbeiten (s. a. Rusbult, Verette, Whitney, Slovik & Lipkus, 1991).

Durch die zuletzt erwähnten Konzeptualisierungen eines psychologischen Verständnisses von Vergebung wird deutlich, dass mit dem Konstrukt der Empathie auch persönlichkeitspsychologische Komponenten ins Spiel kommen, die eine günstige Voraussetzung für Vergebung darzustellen scheinen. Das eröffnet den Blick auf die empirischen Grundlegungen, die ein theoriegeleitetes Verständnis von Vergebung anreichern.

18.3 Zum Stand der Forschung zu Vergebung

Relativ umfangreich sind die empirischen Befunde zu den psychologischen Bedingungen des Vergebens in engen Partnerschaften (DiBlasio, 2000; Kachadourian, Fincham & Davila, 2005; Karremans, van Lange, Ouwerkerk & Kluwer, 2003; McCullough, Worthington & Rachal, 1997; McCullough, Rachal, Sandage, Worthington, Brown & Hight, 1998). McCullough et al. (1997) konnten zeigen, dass Empathiefähigkeit gegenüber einem verletzenden Partner die Bereitschaft zur Vergebung erhöht und die verletzte Person in der Partnerschaft dazu motiviert, beziehungsstabilisierende, vergebungsorientierte Verhaltensweisen zu zeigen. Empathiefähigkeit und Vergebungsbereitschaft korrelierten in dieser Studie mit $r=.67$ hoch miteinander ($N=239$ Studierende, mittleres Alter 19 Jahre). Entschuldigungen seitens der verletzenden Person beeinflussen die Vergebungsbereitschaft der verletzten Person dann positiv, wenn deren Empathiefähigkeit hoch ist, sodass man sagen kann, dass Entschuldigungen nicht automatisch zu Vergebung führen, sondern als vermittelnde Variable die Empathiefähigkeit der Person wichtig ist. Dennoch betonen die Autoren, dass Empathie und Vergebung unterschiedliche Konstrukte darstellen: Vergebung sei eine proximale, an konkrete situationale Gegebenheiten geknüpfte Handlung, während Empathie als eine übergeordnete, situationsunspezifische Haltung anzusehen sei.

Sowohl die Empathie als auch die Vergebungsbereitschaft sind in engen, befriedigenden Partnerschaften intensiver als in gestörten Partnerbeziehungen (McCullough et al., 1998). Hingegen hat – so diese Autoren – eine intensive ruminative Beschäftigung mit der verletzenden Tat seitens der verletzten Person keinen Einfluss auf die Bereitschaft zur Vergebung. Zwar beeinflusst eine ruminative Auseinandersetzung mit der Tat das Ausmaß an erlebter Verletzung, aber nicht die Bereitschaft zur Vergebung (Greenberg, 1995).

Zu etwas genaueren Ergebnissen kommen Kachadourian et al. (2005), die untersucht haben, inwiefern eine ambivalente Einstellung zur Partnerschaft den Prozess des Vergebens beeinflusst und ob dieser durch eine ruminative Auseinandersetzung mit der verletzenden Tat modifiziert wird.

Dem Untersuchungskonzept lag die Annahme zugrunde, dass in ambivalenten Partnerschaften, d. h. in solchen, die durch eine Fluktuation in der Zufriedenheit mit der Partnerschaft gekennzeichnet sind, die Verletzung durch einen der Partner eher zu einem intensiven Grübeln über die negativen Seiten der Partnerschaft führt und dieses wiederum die Vergebungsbereitschaft des verletzten Partners negativ beeinflusst. In der Studie wurden $N=86$ amerikanische Ehepaare befragt, die im Schnitt zwischen 43 (Männer) und 41 (Frauen) Jahre alt waren. Es zeigte sich, dass Zufriedenheit in der Partnerschaft signifikant mit Vergebung korrelierte, wobei die Korrelation bei den Ehemännern mit $r=.43$ deutlich höher war als bei den Ehefrauen ($r=.29$). Während McCullough et al. (1998) keinen Zusammenhang zwischen einer grüblerischen Beschäftigung mit der Verletzung und der Vergebungsbereitschaft fanden, war dieser in der Studie von Kachadourian et al. (2005) signifikant vorhanden: Für Männer fanden sie eine Korrelation von $r=-.50$ zwischen Rumination und Vergebung und für Frauen betrug sie $r=-.62$. Entsprechend hoch war auch der korrelative Zusammenhang von Ambivalenz gegenüber der Partnerschaft und Vergebung: $r=-.51$ bei den Männern und $r=-.34$ bei den Frauen. Obgleich die zitierten Autoren keine differenzierte geschlechterspezifische Analyse ihrer Daten vornehmen, zeigt sich an der Höhe der Korrelationskoeffizienten, dass Frauen die Bereitschaft zu vergeben weniger von der Zufriedenheit mit der Partnerschaft abhängig machen und mehr als die Ehemänner zur Vergebung bereit sind, auch dann wenn sie die Beziehung als ambivalent erleben. Aber sie grübeln offensichtlich intensiver über die verletzende Tat nach, was ihre Bereitschaft zur Vergebung beeinflusst. Generell sind Frauen, so eine metaanalytische Studie von Miller, Worthington und McDaniel (2008), eher bereit zu vergeben als Männer. Die mittlere Effektstärke für diesen Befund beträgt $d=.28$. Der Geschlechtsunterschied ist am größten bei jenen potentiellen Anlässen für Vergebung, die mit Rache und Rachegefühlen in Verbindung stehen. Männer neigen deutlich stärker zu Rache als Frauen und haben entsprechend größere Schwierigkeiten zu vergeben.

Weitere Persönlichkeitsvariablen, die das Vergeben moderieren, sind eine Neigung zu Rache,

eine negativ getönte Affektivität und eine geringe Lebenszufriedenheit (McCullough, Bellah, Kilpatrick & Johnson, 2001). Findet ein Vergeben nach Partnerschaftskonflikten statt, erhöht das auf alle Fälle das seelische Wohlbefinden der vergebenden Person – wobei dieser Zusammenhang in engen Partnerschaften größer ist als bei weniger engen, eher alltäglichen interpersonellen Konflikten (etwa Freundschaften) (Karremans et al., 2003). Je selbstkritischer eine Person anerkennen kann, auch Fehlverhalten zu zeigen und andere Personen potentiell verletzen zu können, desto eher ist sie bereit, anderen Menschen für erlittenes Unrecht zu vergeben (Exline et al., 2008).

Die bisher skizzierten empirischen Befunde zum Vergeben beschäftigten sich vorwiegend mit verschiedenen psychischen Befindlichkeiten, die einen Einfluss auf das Vergeben haben, etwa mit der Empathiefähigkeit, der Partnerschaftszufriedenheit oder dem Bedürfnis nach Rache.

Zu einem genaueren Verständnis der Bedingungen, die das Vergeben erleichtern oder erschweren, gehört aber auch der Umgang mit der verletzenden Tat durch die verletzende Person. Spielt eine Entschuldigung seitens des Täters eine Rolle beim Vergeben oder ein Zeigen von Bedauern, von Reue? Schmitt, Gollwitzer, Förster und Montada (2004) sind dieser Frage nachgegangen. Sie wollten herausfinden, inwiefern die Darstellung einer verletzenden, schlimmen Tat durch den Täter die emotionale Reaktion des »Opfers« beeinflusst. Die Autoren baten $N=480$ Personen (263 Frauen, 217 Männer; eine Hälfte der Stichprobe waren Erstsemesterstudierende im Fach Psychologie, die andere Hälfte eine heterogene Gruppe Nichtstudierender; das mittlere Alter aller betrug 29 Jahre, SD 11,05 Jahre), anhand eines vorgegebenen Szenarios verschiedene Arten der Darstellung und Kommunikation einer schlimmen Tat durch den Täter zu bewerten. In dem in der Untersuchung vorgelegten Szenario wird die Versuchsperson (Vpn) gebeten, sich vorzustellen, dass ein guter Freund ihr Fahrrad ausleiht und es nicht zum verabredeten Zeitpunkt zurückgibt. Nach mehreren vergeblichen Anrufen (seitens der Vpn) geht der Freund, der das Fahrrad geliehen hatte, schließlich ans Telefon und gibt eine Erklärung ab, warum er das Fahrrad nicht zurück gebracht

hat. Diese jeweilige Erklärung wurde in dem Versuchsaufbau in fünf verschiedenen Varianten manipuliert. Variante eins bestand aus einem Eingeständnis eines Fehlers durch den Freund, Variante zwei aus dem Eingeständnis eines angerichteten Schadens, Variante drei im Ausdruck von Bedauern, Variante vier in der Bitte um Entschuldigung und Variante fünf im Anbieten von Wiedergutmachung. Gesamt gesehen führten vor allem zwei Komponenten zu einer weniger negativen emotionalen Reaktion auf Seiten des Geschädigten, nämlich das Eingeständnis eines angerichteten Schadens und das Anbieten von Wiedergutmachung. Lediglich um Entschuldigung zu bitten reicht nicht aus, um die geschädigte Person milde zu stimmen und Vergebung zu erlangen, da die geschädigte Person schnell den Eindruck bekommen kann, dass sich die schädigende Person mit einer raschen Entschuldigung aus der Affäre zu ziehen versucht. Wirkliche Entschuldigungen, die dann eine Entscheidung zur Vergebung bewirken können, müssen eine Anerkennung des angerichteten Schadens und ein Angebot, für diesen aufzukommen, beinhalten. Bestimmte Persönlichkeitsvariablen auf der Seite der geschädigten (und damit der potenziell vergebenden) Person beeinflussten die subjektive Wahrnehmung der von der schädigenden Person vorgetragenen Erklärungen. Eine dispositionelle Neigung zu Ärger und Unverzeihlichkeit erschwerte das Vergeben, während interpersonelles Vertrauen dieses eher erleichterte.

Für ein besseres Verständnis des Vergebens sind diese Ergebnisse der Studie von Schmitt et al. (2004) von Bedeutung, denn sie zeigen, dass eine Entschuldigung alleine nicht ausreicht, um beim anderen ein Vergeben zu bewirken. Vielmehr muss das Eingeständnis eines falschen Verhaltens durch eine schädigende Person gekennzeichnet sein von der Einsicht, Schaden angerichtet zu haben und etwas wiedergutmachen zu müssen. Und das heißt ja nichts anderes, als dass auch die schädigende Person Empathie für die Belange der geschädigten Person zeigen muss. Sodass festzuhalten bleibt, dass Empathie nicht nur eine erleichternde Bedingung für das Vergeben ist, sondern auch zu Vergebung motivieren kann.

! Empathiefähigkeit und interpersonelles Vertrauen sind eine wesentliche Voraussetzung für die Fähigkeit zu vergeben.

Geringe Lebenszufriedenheit, negativ getönte Affektivität und eine Neigung zu Rache und Ärger erschweren das Vergeben.

Entschuldigungen für eine verletzende Tat sind keine notwendige Voraussetzung für das Vergeben. Sollen Entschuldigungen die geschädigte Person zum Vergeben motivieren, müssen sie eine Anerkennung des angerichteten Schadens und ein Angebot zur Wiedergutmachung enthalten.

Wie eingangs erwähnt, schwang in der ursprünglichen Bedeutung des Wortes Vergebung eine religiös gefärbte Komponente mit (Weingardt, 2000). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die religiöse Orientierung bei Personen, die Vergebung für sich in Betracht ziehen, stärker ist. Mullet, Barros, Frongia, Usai, Neto & Shafigi (2003) konnten zeigen, dass es weniger der religiöse Glaube ist, der die Bereitschaft zum Vergeben beeinflusst, als vielmehr das Befolgen religiöser Riten, wie z. B. der Kirchgang, oder das Ablegen religiöser Gelübde, wie es Ordensangehörige tun. Für ältere Menschen war der Zusammenhang von religiösem Praktizieren und der Bereitschaft zur Vergebung intensiver als für jüngere. Auch unabhängig von der religiösen Orientierung steigt mit zunehmendem Alter die Vergebungsbereitschaft (Cheng & Yim, 2008). Vor allem das Bewusstwerden der Begrenztheit des eigenen Lebens erleichtert das Vergeben (Cars-tenen, 2006), das wiederum zu einer erhöhten Lebenszufriedenheit führt (Toussaint, Williams, Musick & Everson, 2001).

Interessanterweise gibt es auch Stimmen, die dem Vergeben eine unmoralische Bedeutung beimessen, da das Vergeben die verletzte Person nur noch mehr dazu anregen würde, weitere Missetaten zu begehen (Mullet, Girard & Bakhshi, 2004). Die in dieser Studie von Mullet et al. (2004) untersuchten Personen (N=1.029) wurden nach ihren subjektiven Konzepten zum Vergeben befragt. In den Ergebnissen zeigte sich allerdings, dass nur wenige diese moralisch fragwürdige Bedeutung des Vergebens in den Vordergrund rückten. Viel nachhaltiger wurde die Meinung vertreten, dass Vergeben eine Veränderung negativer Emotionen

in positive mit sich bringt (s. a. McCullough et al., 1997, 1998). Das bedeutet, dass die Orientierung auf die verletzende Person aus der Sicht der befragten »Laien« gar nicht so sehr im Vordergrund steht. So kann Vergebung auch gegenüber Gruppen stattfinden, d. h. eine Kenntnis des Einzelnen, der verletzt hat, ist gar nicht unbedingt nötig (Mullet et al., 2004; Denton & Martin, 1998).

18.4 Vergebung im therapeutischen Kontext

Vergebung wird als ein wichtiger Bestandteil psychotherapeutischer Veränderung angesehen (Enright & Fitzgibbons, 2000; Hope, 1987; Kämmerer & Kapp, 2002, 2006; Tausch, 1994). Vor allem deshalb, weil über den Prozess des Vergebens negative Gefühle, vor allem Ärger und Wut, überwunden und positive Gefühle wieder erlebt werden können. Ärger und Wut sind meistens auf eine andere Person gerichtet, sie werden oft als sehr intensiv erlebt, binden Aufmerksamkeit und Energie und führen dazu, dass die verletzte Person emotional und kognitiv mit der verletzenden Person und deren Taten beschäftigt ist und damit in einer Opferrolle gebunden bleibt.

Nicht gelingende Vergebung, so konnten Enright und Fitzgibbons (2000) zeigen, geht mit erhöhter Depressivität, mit Ängstlichkeit und ganz allgemein mit erhöhter Feindseligkeit einher, die wiederum eine direkte Beziehung zum allgemeinen Gesundheitsstatus, hauptsächlich zu koronaren Herzkrankheiten, aufweisen. Gelingt es, Wut und Feindseligkeit mittels Vergebung zu bewältigen, verbessert sich das allgemeine Wohlbefinden beträchtlich (Enright, 2006).

Die positiven Wirkungen erfolgreich abgeschlossener Vergebungsprozesse konnten in zahlreichen Studien nachgewiesen werden (u.a. Al-Mabuk, Enright & Cardis, 1995; Berry & Worthington, 2001; Carson, Keefe, Goli, Fras, Lynch, Thorp & Buechler, 2005; Freedman & Enright, 1996; Hebl & Enright, 1993; Maltby, Macaskill & Day, 2001). Immer zeigte sich, dass Vergebung zunächst nur zweifelnd oder mit Vorbehalten von den Betroffenen in Erwägung gezogen wurde, aber schließlich einen befreienden Effekt hatte. Es sollte aber auf jeden

Fall darauf geachtet werden, keinen Druck auf Patientinnen und Patienten auszuüben und den Prozess des Vergebens sorgfältig und behutsam zu gestalten (Wade, Johnson & Meyer, 2008).

! Vergebung kann dazu beitragen, negative Gefühle zu überwinden und sich aus der Opferrolle zu befreien.

18.5 Vergebung als Prozess

Enright & Fitzgibbons (2000) haben das Vergeben als eine psychotherapeutische Strategie ausgearbeitet, die als ein prozesshaftes Geschehen in mehreren Schritten durchlaufen wird (s. a. Enright, 2006; Kämmerer & Kapp, 2002, 2006).

Insgesamt besteht der Vergebungsprozess aus vier Phasen.

Phase 1: Eigene Wut und Verletzung freilegen und sich damit auseinandersetzen

Zu Beginn sollte zunächst eine motivationale Abklärung erfolgen und die Frage gestellt werden, warum sich die betreffende Person auf den Vergebungsprozess einlassen möchte. Gründe könnten z. B. sein: »Ich bin des Schmerzes, der Wut, des Ärgers überdrüssig und möchte, dass diese Gefühle aufhören«; »Ich will nicht, dass diese Person, die mich bereits verletzt hat, mir weitere Verletzungen zufügt« etc.

In der ersten Phase auf dem Weg zu Vergebung soll Raum dafür sein, die verletzenden Erfahrungen genau zu erinnern und zu bearbeiten. Wesentlich ist, dass die verletzte Person ihre Wut- und Hassgefühle nicht verdrängt, sondern dass eine Auseinandersetzung mit ihnen stattfindet, die auch die, durch die Verletzung durch andere bewirkte, Minderung der eigenen Selbstachtung und das verminderte Selbstwertgefühl einschließt. Häufig treten Scham- und Schuldgefühle auf, die beachtet werden müssen (Kämmerer, 2004).

Durch das Wiedererleben und die Reflexion der eigenen Gefühle kann es zu einer ersten distanzierten Betrachtung der interpersonellen Problematik kommen, die die Involviertheit der verletzten Person in das interpersonale Geschehen, d. h. in die erlittene Verletzung und ihre Verarbeitung,

einschließt. So kann z. B. gefragt werden, wie sich das Leben der verletzten Person durch die Wut und den Groll, der nach wie vor an die verletzende Tat erinnert, verkompliziert hat. Durch diese reflektierende Bearbeitung und Klärung soll ein erster Schritt in Richtung auf eine innere Distanzierung von diesem Geschehen erfolgen, um die verletzte Person aus der Rollenzuschreibung von »Täter und Opfer« herauszuführen. Indem die Opferrolle allmählich abgestreift wird, kann eine Modifikation des Selbstkonzepts erfolgen und diese wiederum ist die Voraussetzung dafür, sich vom Anlass der Verletzung zum ersten Mal zu distanzieren, was zu einer weiteren Stabilisierung des Selbstkonzepts beitragen kann. Besonders ist darauf zu achten, dass keine Verharmlosung der verletzenden Tat stattfindet, nichts soll beschönigt oder verharmlost werden.

Das Ziel des ersten Schritts ist das Wiedererlangen von innerer Distanz und dadurch von innerer Bewegungsfreiheit – auch in Richtung auf neue Gefühle. Gleichwohl erfordert dieser Schritt von der betroffenen Person Mut zur Selbsterkenntnis und das Durcharbeiten intensiver Leidgefühle.

! Vergebung in Betracht zu ziehen, erfordert von der verletzten Person Mut zur Selbsterkenntnis und zum Durcharbeiten intensiver Leidgefühle.

Phase 2: Auseinandersetzung mit der verletzenden Person, Bereitschaft zum Perspektivenwechsel

Die Auseinandersetzung mit der verletzenden Person hat zum Ziel, ein komplexeres und differenzierteres Verständnis der Beweggründe der anderen Person zu gewinnen. Auch in dieser Phase geht es nicht darum, die Tat oder die verletzende Person zu entschuldigen, sondern um den Versuch, die Perspektive der anderen Person einzunehmen, und vor allem geht es um die emotionale Distanz dieser Person gegenüber. Was waren die Gründe für das Handeln der verletzenden Person? Diese lassen sich zwar nicht rechtfertigen, aber vielleicht lassen sie sich nachvollziehen? Was für ein Mensch ist die verletzende Person, wenn sie aus einer globalen Perspektive betrachtet wird und nicht nur aus der Sicht der

eigenen Verletztheit? Solche und ähnliche Fragen können hilfreich sein, um eine Perspektivenveränderung auf die verletzende Person zu erreichen.

Das Ziel dieser zweiten Phase ist es, Empathie für die verletzende Person zurückzugewinnen, sie wieder als ein handelndes Subjekt zu sehen und sie nicht allein durch den Filter der eigenen Erwartungen und Bewertungen zu betrachten und zu beurteilen.

Wie bereits erwähnt, spielt Empathie im Prozess der Vergebung eine bedeutende Rolle (McCullough et al., 1997, 1998). Zu betonen ist, dass es innerhalb des Vergebungsprozesses nicht so sehr um eine affektive Empathie im Sinne des Mitgefühls oder des Einfühlens in den anderen geht, sondern mehr um eine »kognitive« Empathie im Sinne der Veränderung von Attributionsmustern über die Verletzung und die Motive des anderen für die Verletzung. Das bedeutet allerdings auch, die eigenen Grenzen der Empathiefähigkeit auszuloten und diese anzuerkennen.

Am Ende dieser beiden Phasen sollte es der sich um Vergebung bemühen Person möglich sein, einen Perspektivwechsel vornehmen zu können, der eine veränderte Wahrnehmung der eigenen Person (»Raus aus der Opferrolle«), der verletzenden Person (»Dieser Mensch ist mehr als ein Täter.«) und der Verletzung selbst beinhaltet.

! Auf dem Weg zum Vergeben ist es für die verletzte Person notwendig, die verletzende Person aus einer veränderten Perspektive wahrzunehmen; die Grenzen der eigenen Empathiefähigkeit sind dabei sorgfältig auszuloten.

Phase 3. Entscheidung zu vergeben und negative Gefühle loszulassen

Vergebung impliziert einen Willensakt, eine Entscheidung (Bieri, 2001). Sie erfolgt nicht automatisch oder als eine zwingende Konsequenz aus den vorausgegangenen Auseinandersetzungen mit sich selbst und der verletzenden Person. Vielmehr bedeutet Vergebung die bewusste Entscheidung, nicht länger unter dem Vorfall leiden zu wollen und der anderen Person wieder mit Offenheit zu begegnen (DiBlasio, 2000). Vergebung bleibt somit

ein volitionaler Akt, eine Wahl, die eine Person hinsichtlich ihrer selbst trifft, indem sie darüber entscheidet, wie sie mit der eigenen und der gemeinsamen Vergangenheit umgehen möchte und wie die Gegenwart und Zukunft zu gestalten sind. Insofern ist die Vergebung sowohl eine Handlung in Richtung auf eine andere Person als auch in Richtung auf das eigene Selbst.

So notwendig diese Entscheidung zur Vergebung ist, so wenig hinreichend in einem umfassenden Sinne ist sie. Erst das Loslassen der negativen Gefühle führt dazu, dass sich die verletzte Person innerlich von der verletzten Begebenheit befreit. Enright (2006) gibt den Rat, den Schmerz zu akzeptieren und sich um Mitgefühl und Verständnis nicht nur für die verletzende Person, sondern auch für sich selbst zu bemühen. Wut und Groll können besser verschwinden, wenn Mitgefühl mit sich selbst, angemessene Trauer und Selbstfürsorglichkeit an ihre Stelle treten.

Das Ziel dieser dritten Phase ist es, die Vergebung nicht von den Reaktionen der verletzenden Person abhängig zu machen, sondern als einen autonomen Willensakt der vergebenden Person zu sehen. Die Wiedergewinnung von Autonomie, von Selbstbestimmtheit und Würde ist ein zentrales Merkmal des Vergebungsprozesses. Die vergebende Person entscheidet sich für eine neue Sicht auf sich selbst und auf den anderen, verletzenden Menschen und nimmt dabei Gefühle der Trauer und des Schmerzes in Kauf.

! Vergebung ist ein Willensakt. Es ist eine Entscheidung in Richtung auf das Wiedergewinnen von Autonomie und die Gestaltung der eigenen Zukunft.

Phase 4. Am Vergebungsprozess arbeiten, Neues beginnen

Das durch die Vergebung und die damit einhergehenden kognitiven, emotionalen und volitionalen Prozesse entstandene, veränderte Verhältnis zu der verletzenden Person sollte auch mit einem neuen Verhalten verbunden sein. Dieses kann sehr vielfältig sein. Vielleicht helfen symbolische Handlungen, wie das »Begraben der alten Geschichten« oder andere Handlungsweisen, die geeignet sind, das Beenden des alten Grolls und der Bitterkeit in

die Tat umzusetzen. Vielleicht gibt es aber auch eine Wiederannäherung an die verletzende Person im Sinne einer Versöhnung. Oder es findet eine Distanzierung von der verletzenden Person statt, sei diese temporär oder endgültig im Sinne eines Abschieds und eines Beendens der Beziehung.

! Vergeben bedeutet nicht unbedingt, sich mit der verletzenden Person zu versöhnen. Auf jeden Fall sollten neue Verhaltensweisen an die Stelle des alten Grolls treten.

Auch wenn das Konzept der Vergebung durch diese Aufteilung in verschiedene Schritte bzw. Phasen recht klar gegliedert ist, bleibt der Prozess schwierig. Psychotherapeuten müssen berücksichtigen, dass ihr eigenes Engagement für die Vergebung nicht unbedingt von ihren Patienten geteilt wird. Immer bedeutet Vergebung eine Wahl, eine Entscheidung, die jemand trifft oder nicht trifft. Geht ein Patient den Weg des Vergebens, konfrontiert er sich mit vielen schmerzlichen Gefühlen, es werden alte Wunden aufgerissen und Gefühle der Traurigkeit, Enttäuschung und Wut zunächst verstärkt auftreten. Insofern ist die Entscheidung zum Nicht-vergeben-wollen zu respektieren.

Besonders sorgfältig ist darauf zu achten, dass es keinen subtilen moralischen Druck zum Vergeben gibt, etwa in der Familientherapie. Vergeben ist kein Schwamm, mit dem über etwas gewischt wird, das damit aus der Welt geschafft sein soll. Personen, die andere substantiell geschädigt oder verletzt haben, haben keinen moralischen Anspruch auf Vergebung, etwa nach dem Motto »Gib mir eine zweite Chance« oder »Er/Sie ist doch Dein Vater/Deine Mutter...«. In der Therapie ist rechtzeitig einer solchen möglichen Entwicklung entgegenzusteuern.

Ebenfalls sollte bedacht werden, dass Personen in der Umgebung der vergebenden Person diese Entscheidung zur Vergebung hinterfragen können. Patienten müssen darauf vorbereitet werden, dass andere möglicherweise zu Rache und Nichtannäherung raten und die Entscheidung zur Vergebung ablehnen oder nicht verstehen.

! Vergebung ist eine Wahl, eine Entscheidung, die jemand trifft. Sie darf auf keinen Fall mit moralischem Druck einhergehen.

18.6 Vergebung als eine Quelle von Wohlbefinden

Blickt man in die alltägliche Lebenswelt, scheint Vergebung keinen populären Platz einzunehmen. Eher kann man den Eindruck gewinnen, als würde Vergebung als eine persönliche Schwäche angesehen und Gewalt und Rache die »normale, angemessene« Reaktion auf erlebtes Unrecht sein. Angst vor neuen Verletzungen, Angst, sich lächerlich zu machen, Angst, das vertraute Gefühl der Wut und Bitterkeit hinter sich zu lassen, Angst, den Kürzeren zu ziehen, Selbstmitleid, falsch verstandene Begriffe von Ehre – alles das sind mächtigen Barrieren, die das Vergeben aus der realen Alltagswelt fernzuhalten versuchen (Hegge & Ochsmann, 2000).

In der Vergebung erschließt sich das Bewusstsein eines neuen Anfangs. Entgegen der aus der Übeltat entspringenden Befürchtung, nun sei Endgültiges geschehen, weil es nicht mehr rückgängig zu machen ist, damit sei »alles gelaufen«, die Zukunft gleichsam vorprogrammiert, eröffnet die Vergebung eine neue Zukunft, die aus der Übeltat nicht ableitbar ist. Durch sie wird Hoffnung geweckt: Nichts ist endgültig festgelegt, nichts so schlimm, als dass es nicht einen Ausweg gäbe, nichts muss einfach seinen Lauf nehmen; es gibt einen neuen Anfang.

(Hegge & Ochsmann 2000, S. 35).

In diesem Sinn ist Vergeben eine Quelle von Wohlbefinden, da die vergebende Person die Erfahrung eines Neuanfangs machen kann, der mit neuem Selbstvertrauen und vor allem mit einer hinzugewonnenen Selbstverantwortung verbunden ist. Vergebung bannt die Vergangenheit und eröffnet eine Zukunft.

In der Vergebung begegnet die Person sich selbst. Sie macht die Erfahrung, sich den Realitäten der Bitterkeit, des Hasses und Ärgers ebenso stellen zu können wie denen der Trauer und des Schmerzes. In deren Überwindung bzw. in deren bewusster Annahme kann sie die Erfahrung machen, dass die negativen Gefühle nachlassen, neue, positive Gefühle auftauchen und so etwas wie emotionale Erleichterung eintritt. Auch in diesem Sinn

kann Vergebung zu persönlichem Wohlbefinden beitragen, weil der Vielfalt des inneren Erlebens und der eigenen Gefühle neuer Raum gegeben wird.

Vergebung beinhaltet eine Entscheidung für das eigene Selbst, für die eigene Vitalität und letztlich für die eigene Lebenskraft. Sie ist der Ausdruck eines persönlichen Menschenbilds und insofern Ausdruck der eigenen persönlichen Überzeugungen und Werthaltungen. Schlussendlich lässt sich durch Vergebung nicht nur die Beziehung zu einer anderen Person »klären«. Sie ist immer auch ein Ausdruck der eigenen Verantwortlichkeit und potenziellen Fehlbarkeit. In diesem Wiedergewinnen von innerer Freiheit liegt für mich der größte Nutzen der Vergebung und somit die bedeutendste Quelle für das Wohlbefinden.

Literatur

- Al-Mabuk, R.; Enright, R.D. & Cardis, P. (1995). Forgiveness education with parentally love-deprived college students. *Journal of Moral Education*, 24, 427-444.
- Antonuccio, D. & Jackson, R. (2009). The science of forgiveness. In W. O'Donohue & S. Graybar(Eds.), *Handbook of contemporary psychotherapy: Toward an improved understanding of effective psychotherapy* (pp. 269-284). Thousand Oaks, CA: Sage Publ.
- Batson, C.D. & Shaw, L.L. (1991). Evidence for altruism: Toward a pluralism of prosocial motives. *Psychological Inquiry*, 2, 107-122.
- Batson, C.D. (1991). *The altruism question*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Berry, J. & Worthington, E.L. (2001). Forgiveness, relationship quality, stress while imagining relationship events and physical and mental health. *Journal of Counselling Psychology*, 48, 447-455.
- Bieri, P. (2001). *Das Handwerk der Freiheit*. München: Hanser Verlag.
- Carson, J.; Keefe, F.; Goli, V.; Fras, A.M.; Lynch, Thorp, S.R. & Buchler, J. (2005). Forgiveness and chronic low back pain: A preliminary study examining the relationship of forgiveness to pain, anger and psychological distress. *Journal of Pain*, 6/2, 84-91.
- Carstensen, L.L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, 1913-1915.
- Cheng, S.-T. & Yim, Y.-K. (2008). Age differences in forgiveness: The role of future time perspective. *Psychology and Aging*, 23, 676-680.
- Denton, R.T. & Martin, M.W. (1998). Defining forgiveness: An empirical exploration of process and role. *American Journal of Family Therapy*, 26, 281-292.

- DiBlasio, F.A. (2000). Decision-based forgiveness treatment in cases of marital infidelity. *Psychotherapy*, 37, 149-158.
- Enright, R.D. & Fitzgibbons, R.P. (2000). *Helping clients forgive. An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington: American Psychological Association.
- Enright, R.D. (2006). *Vergebung als Chance. Neuen Mut fürs Leben finden*. Bern: Hans Huber.
- Exline, J. J., Baumeister, R.F., Zell, A.L., Kraft, A.J. & Witvliet, C.V. (2008). Not so innocent: Does seeing one's own capability for wrongdoing predict forgiveness? *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 495-515.
- Freedman, S.R. & Enright, R.D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 983-992.
- Greenberg, M.A. (1995). Cognitive processing of traumas: The role of intrusive thoughts and reappraisals. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1262-1296.
- Grimm, J. & Grimm, W. (1956). *Deutsches Wörterbuch*, 12. Bd., 1. Abt. (erstmal 1895). Leipzig: S. Hirzel.
- Hebl, J.H. & Enright, R.D. (1993). Forgiveness as a psychotherapeutic goal with elderly females. *Psychotherapy*, 30, 658-667.
- Hegge, E. & Ochsmann, R. (2000). Gedanken über das Verzeihen. *Existenz und Logos*, 1, 22-43.
- Hope, D. (1987). The healing paradox of forgiving. *Psychotherapy*, 24/2, 240-244.
- Kachadourian, L.K., Fincham, F. & Davila, J. (2005). Attitudinal ambivalence, rumination and forgiveness of partner transgressions in marriage. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31/3, 334-342.
- Kämmerer, A. & Kapp, F. (2002). Emotionale Stiefkinder therapeutischen Handelns: Zum Beispiel Vergebung. *Psychotherapie im Dialog*, 3/2, 184-187.
- Kämmerer, A. & Kapp, F. (2006). Vergebung als therapeutisches Ziel. In S. Fliegel & A. Kämmerer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Schätze, 101 bewährte Übungen und Methoden für die Praxis*. S. 202-204. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Kämmerer, A. (2004). *Schamgefühle. Entwicklung, Überprüfung und Normierung eines Messinstruments zur diagnostischen Erfassung von Schamgefühlen und dessen Anwendung bei verschiedenen psychischen Störungen*. Habilitationsschrift, Fakultät für Verhaltens- und empirische Kulturwissenschaften, Heidelberg.
- Karremans, J.C.; van Lange, P.A.M.; Ouwerkerk, J.W. & Kluwer, E.S. (2003). When forgiving enhances psychological well-being: The role of interpersonal commitment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84/5, 1011-1026.
- Maltby, J.; Macaskill, A. & Day, L. (2001). Failure to forgive self and others: A replication and extension of the relationship between forgiveness, personality, social desirability and general health. *Personality and Individual Differences*, 30, 881-885.
- McCullough, M.E.; Bellah, C.G.; Kilpatrick, S.D. & Johnson, J.L. (2001). Vengefulness: relationship with forgiveness, rumination, well-being and the big five. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27/5, 601-610.
- McCullough, M.E.; Rachal, K.C.; Sandage, S.J.; Worthington, E.L.; Brown, S.W. & Hight, T.L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships II: Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75/6, 1586-1603.
- McCullough, M.E.; Worthington, E.L. & Rachal, K.C. (1997). Interpersonal forgiving in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73/2, 321-336.
- Miller, A.J., Worthington, E.L. & Worthington, M.A. (2008). Gender and forgiveness: A meta-analytic review and research agenda. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 37, 842-876.
- Mullet, E.; Barros, J.; Frongia, L.; Usai, V.; Neto, F. & Shafighi, S.R. (2003). Religious involvement and the forgiving personality. *Journal of Personality*, 71/1, 1-19.
- Mullet, E.; Girard, M. & Bakhshi, P. (2004). Conceptualizations of forgiveness. *European Psychologist*, 9/2, 78-86.
- Rusbult, C.E.; Verette, J.; Whitney, G.A.; Slovik, L.F. & Lipkus, I. (1991). Accommodation processes in close relationships: Theory and preliminary empirical evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 53-78.
- Schmitt, M.; Gollwitzer, M.; Förster, N. & Montada, L. (2004). Effects of objective and subjective account components on forgiving. *The Journal of Social Psychology*, 144/5, 465-485.
- Tangney, J. (1991). Moral affect: The good, the bad and the ugly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 598-607.
- Tausch, R. (1994). Vergeben – ein bedeutsamer seelischer Vorgang. *Pädagogisches Forum*, 3, 125-136.
- Toussaint, L.L., Williams, D.R., Musick, M.A. & Everson, S.A. (2001). Forgiveness and health: Age differences in a U.S. probability sample. *Journal of Adult Development*, 8, 249-257.
- Wade, N.G., Johnson, C.V. & Meyer, J.E. (2008). Understanding concerns about interventions to promote forgiveness: A review of the literature. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 45, 88-102.
- Weingardt, B.M. (2000). »...wie auch wir vergeben unseren Schuldigern«. *Der Prozess des Vergebens in Theorie und Empirie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Teil IV Wohlbefinden in der Lebensbiografie

**Kapitel 19 Wohlbefinden im Jugendalter:
Widerstandskräfte entwickeln – 249**

Kapitel 20 Subjektives Wohlbefinden und Ressourcen im Alter – 259

Wohlbefinden im Jugendalter: Widerstandskräfte entwickeln

Günther Opp

- 19.1 Wohlbefinden in der Pubertät – 250**
- 19.2 Das Jugendalter in modernen Gesellschaften – 250**
- 19.3 Risiko- und Schutzfaktoren in der Jugendzeit – 252**
 - 19.3.1 Resilienzforschung – 252
 - 19.3.2 Schule und Wohlbefinden – 252
 - 19.3.3 Peerbeziehungen und Wohlbefinden – 253
- 19.4 Positive Peerkultur – 254**
- 19.5 Fazit – 256**
 - Literatur – 256**

19.1 Wohlbefinden in der Pubertät

Was ist unter Wohlbefinden zu verstehen, wenn Kinder in die stürmische Zeit der Pubertät kommen, wenn sie in eine Entwicklungsphase hineingleiten, in der es nicht nur um die Ablösung von den Eltern geht, in der das Gehirn eine Art **Baustelle** (Giedd, 2003) ist, in der die Jugendlichen mit hormonellen Wechselbädern überschwemmt und der Körper sich in heftigen Wachstumsschüben verändert? Für die Kinder werden die Eltern dann schwierig und ungerecht. Die Eltern stellen sich die Frage, was sie in der Erziehung ihrer Kinder falsch gemacht haben. Sie verstehen ihre Kinder nicht mehr, und es ist zumindest phasenweise fraglich, ob sich die Kinder selbst verstehen. Tendenziell wollen sich die Kinder nun nicht mehr von den Erwachsenen erziehen lassen. Die grundsätzliche Kooperationsbereitschaft von Kindern mit den Erwachsenen in ihren Lebenswelten wird schrittweise abgelöst durch eine verstärkte Orientierung an Peergruppen und die Erweiterung eigener Entscheidungsräume.

Die Eltern behalten dabei, auch wenn sich die Beziehung zu ihrem Kind neu strukturiert, eine wichtige Rolle bei. Der Rat und die Hilfe der Eltern sowie auch der Schutzraum der Familie als Rückzugsraum werden durchaus geschätzt und gebraucht. Dies trifft vor allem dann zu, wenn diese Ressourcen als hilfreiche Angebote verstanden werden können, über deren Gebrauch man auch selbst entscheiden kann, respektive die nicht als Eingriff in eigene Autonomieansprüche gesehen werden. Es tut der eigenen Autonomieentwicklung gut, wenn sie sich auf elterliche Unterstützung und familiären Rückhalt verlassen kann. Man kann mehr Exploration wagen, wenn man sich auf ein geordnetes Rückzugsfeld im Notfall verlassen kann. Gleichzeitig gewinnen die sozialen Unterstützungsangebote außerhalb der eigenen Familie im Jugendalter, insbesondere die tragende Einbindung in positive Peerkontexte, zunehmend an Bedeutung für die weitere Entwicklung.

Die Kinder ziehen sich mit Beginn der Adoleszenz zunehmend zurück in eigene Welten oder in Peergruppen, die ihnen zu einer Art zweiter Fami-

lien werden können. Das alles scheint »norm«-al zu sein. Gleichwohl beschreiben wir eine Entwicklungsphase, die sich durch tiefe Krisen, Konflikte auf vielen Ebenen, durch Einsamkeit, das Gefühl nicht verstanden zu werden und oft auch durch Langeweile auszeichnet. Wie **gottverlassen** sich Kinder in diesem Alter fühlen können, kann man in dem einfühlsamen Buch *Kindergeheimnisse* von Tramitz (2003) nachlesen. Die Problematik zeigt sich aber auch in wissenschaftlichen Befunden. In einem neueren Gesundheitssurvey der WHO berichten 16–20% der befragten Jugendlichen von kinder- und jugendpsychiatrisch relevanten Problemen, unter denen sie leiden (Hurrelmann et al., 2003). Wissenschaftliche Prävalenzstudien bestätigen diese subjektiven Einschätzungen (vgl. Barkmann, 2004).

In diesem Themenzusammenhang werden im Folgenden drei Fragestellungen betrachtet:

1. Mit welchen Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben sind Jugendliche in modernen Gesellschaften konfrontiert?
2. Welche Rahmen- und Kontextbedingungen unterstützen Jugendliche bei der Meisterung dieser Aufgaben und stärken ihr Wohlbefinden?
3. Welche Folgerungen haben diese Zusammenhänge für eine moderne Pädagogik im Sinne ihres Selbstverständnisses und ihrer Praxis?

Eine kurze Skizze des Arbeitsansatzes **positiver Peerkultur**, indem sich Jugendliche bei der Bewältigung ihrer alltäglichen Probleme gegenseitig unterstützen, steht am Ende des Beitrags.

19.2 Das Jugendalter in modernen Gesellschaften

Im Laufe des letzten Jahrhunderts hat sich die Geschlechtsreife von Jugendlichen um etwa zwei Jahre nach vorne verschoben. Sie setzt bei Mädchen etwa mit 11,5 und bei Jungen mit 12,5 Jahren ein (Hurrelmann 2002, S. 245). Es sind herausfordernde Entwicklungsaufgaben, die aufgrund verbesserter Ernährungs- und Aufwuchsbedingungen in einem immer früheren Alter zu bewältigen sind (vgl. folgende Übersicht).

Entwicklungsaufgaben im Jugendalter

- Identifikation mit Geschlechterrollen
- erste Erfahrungen von Liebe und Sexualität
- Loslösung von den Eltern
- Suche nach Unabhängigkeit und Autonomie
- Entwicklung eigener Wertsysteme
- Verfolgung zukunfts-trächtiger Bildungsentscheidungen

Gegenläufig zur früher einsetzenden Geschlechtsreife verlängert sich die Abhängigkeit der Jugendlichen vom Elternhaus auf Grund verlängerter Bildungszeiten immer mehr in das frühe Erwachsenenalter. Angesichts der bedrohlichen Fülle von riskanten Optionen wird das Elternhaus zu einem immer wichtigeren Schutzraum, der ungern aufgegeben wird.

Zentrale Fragen von Jugendlichen

- Wer bin ich?
- Wie will ich sein?
- Welche Ziele will ich verfolgen?

Kindheit und Jugendzeit wurden längst erfasst von den beschleunigten Individualisierungsprozessen und -zwängen, die moderne Gesellschaften auszeichnen. »Moderne Kindheit findet in einer Fülle von Erlebnis- und Erfahrungsbezügen statt, die sich aber in kein Gesamtbild mehr fügen« (Keupp 1996, S. 133). Das Individuum wird dafür verantwortlich gemacht, dieses Gesamtbild für sich selbst zu entwerfen, eine stimmige Biografie zu basteln und zu inszenieren. Die Widersprüche, die dabei auftreten, müssen reflektiert, gelöst oder ausgehalten werden. Die »Kinder der Freiheit« (Beck, 1997) genießen die Vorteile erweiterter Partizipationschancen in ihren Lebensräumen. Sie sind mit mehr Entscheidungsmöglichkeiten ausgestattet, sind aber gleichzeitig zu vielfältigen Entscheidungen biografischer Selbstinszenierung gezwungen, deren kurz- und langfristigen Risiken und Folgeprobleme schwer kalkulierbar sind (vgl. Übersicht).

Die Antworten auf diese Fragen haben durchaus Konsequenzen, insofern jede Entscheidung wiederum Alternativen ausschließt und gleichzeitig Einschränkungen und Risiken impliziert. Versuche biographischer Selbstinszenierung gehen einher mit der Frage: **Welche Einschränkungen und Risiken gehe ich dafür ein?** Das sind Entscheidungen, die ein komplexes Selbstverhältnis des Menschen zu sich selbst, entwickelte Reflexionsfähigkeiten und vielfach hohe Selbstdisziplin verlangen (Brater, 1997). Dies sind auch Anforderungen, in denen sich das traditionelle Verhältnis von Fremd- und Selbsterziehung umkehren. Selbsterziehung wird immer wichtiger. Gerade Jugendliche brauchen für die Meisterung dieser Aufgaben breite soziale Unterstützung. Die Feststellung neuerer Bildungsstudien (Prenzel et al., 2003; Statistisches Bundesamt, 2004), dass das soziale Kapital der Herkunftsfamilie die Bildungschancen der Jugendlichen dominiert, ist nicht zuletzt in diesen gesteigerten Ansprüchen an jugendliche Selbstbestimmung begründet.

Es gibt wenig Grund anzunehmen, dass Kinder heute schlechter erzogen werden als früher. Vielmehr ist zu vermuten, dass viele Kinder heute von Partizipationschancen und einer Berücksichtigung ihrer Entwicklungsbedürfnisse in einem bisher unbekannten Ausmaß profitieren (**Moder-nisierungsgewinner**). Im Rahmen schulischer Selektionsprozesse werden diese Vorteile aber unter der Hand zu einem gravierenden Selektionsnachteil der Kinder und Jugendlichen, die nicht in den Genuss solcher Vorteile kamen oder gar in deprivierten Verhältnissen aufwuchsen (**Modernisierungsverlierer**).

Das Schwinden der Einbettung in traditionelle Gemeinschaften und der Verlust von Geborgenheit und Gemeinschaftserfahrungen in natürlich gewachsenen Lebensräumen werden zu einem signifikanten Entwicklungsrisiko vor allem dann, wenn die Herkunftsfamilien kompensatorische Funktionen nicht übernehmen können. Insofern geht es nicht primär um eine Ausdehnung öffentlicher Erziehungsaufgaben. Es geht vor allem darum, qualitativ hochwertige soziale Unterstützungsangebote zu entwickeln und bereitzustellen, die die Jugendlichen bei der Meisterung moderner Individualisierungsaufgaben unterstützen, die

ihnen helfen, biografische Textur zu entwickeln, die Herausforderungen ihres Lebens zu verstehen, sich diesen Aufgaben gewachsen zu fühlen sowie auch dem Stress und den Belastungen in ihrem Leben einen Sinn abgewinnen zu können (vgl. Übersicht).

Individualisierungsaufgaben von Jugendlichen

- biografische Textur entwickeln
- Herausforderungen des Lebens verstehen
- sich Lebensaufgaben gewachsen fühlen
- Stress und Belastungen im Leben einen Sinn abgewinnen können

Ausgestattet mit einem Gefühl, dass die Dinge im Leben zusammenhängen und einen Sinn ergeben (**Kohärenzsinn**) können Risiken im Leben nicht nur überwunden, sondern im günstigsten Fall in eigene Stärken verwandelt werden (Antonovsky, 1997). Ein solches Gefühl der Kohärenz für das eigene Leben, den Sinnfaden in den eigenen Lebenserfahrungen zu weben, ist eine ganz wesentliche Voraussetzung für Wohlbefinden und gewinnt als Entwicklungs herausforderung vor allem in der Adoleszenzphase Bedeutung, in der das Puzzle des eigenen Lebens neu ausgelegt werden muss.

19.3 Risiko- und Schutzfaktoren in der Jugendzeit

19.3.1 Resilienzforschung

Neuere Ergebnisse der Resilienzforschung (Opp & Fingerle, 2007) öffnen einen zunehmend kritischeren Blick auf die Widerstandskräfte von Kindern und Jugendlichen gegenüber ungünstigen Umwelteinflüssen. Neben der Berücksichtigung genetischer Einflüsse zeigt sich immer deutlicher der prägende Einfluss früher Bindungserfahrungen für den weiteren Lebenslauf. Gleichwohl liegen vielfältige wissenschaftliche Befunde vor, die risikosteigernde oder Entwicklung schützende Einflüsse jugendlicher Lebenswelten dokumentieren. Dabei scheint es im Kern darum zu gehen, ob Ju-

gendliche in relevanten Lebensbereichen – wie der Schule und ihrer Peergruppe – Zugehörigkeit und Gemeinschaft (»belonging«) erleben können. Das Gefühl, mit der Umwelt positiv verbunden und vernetzt zu sein (»connectedness«) ist vor allem auch im Jugendalter eine zentrale Grundlage subjektiven Wohlbefindens. Im Jugendalter besteht die besondere Entwicklungs herausforderung gerade darin, die sozialen Beziehungsgeflechte außerhalb der Familie neu zu weben.

Die Ablösung von der Herkunftsfamilie erfolgt im Zusammenhang mit der gesteigerten Bedeutung der Peergruppe, die zu einer Art zweiter Familie wird und zentrale normative und konsumorientierende Funktionen übernimmt. Ein zentraler Ort für die Anbahnung und Organisation dieser Peergeflechte ist die Schule. Die Inklusions- respektive Exklusionserfahrungen im »life space« der Schule und der Peergruppe haben hohen prognostischen Wert für jugendliche Entwicklung. Unter den Aspekten der Zugehörigkeit und Gemeinschaft sollen im Folgenden Forschungsbefunde zum Zusammenhang von Schule und Wohlbefinden und Peergruppeneinbindung und Wohlbefinden diskutiert werden.

19.3.2 Schule und Wohlbefinden

Zuletzt zeigten die Ergebnisse des WHO-Gesundheitssurveys (Hurrelmann et al., 2003; Melzer, 2006) einen deutlichen Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Kultur der besuchten Schule und dem psychischen und körperlichen Wohlbefinden der befragten 10- bis 16-jährigen deutschen Jugendlichen. Die subjektiv eingeschätzte schulische Kompetenz, Schulfreude, Unterrichtsqualität und die Mitschülerunterstützung beeinflussen sich dabei wechselseitig. Für die individuellen Schülerinnen und Schüler macht es einen großen Unterschied,

... ob sie die Schule für einen guten, für ihr Leben wichtigen Ort betrachten oder einen, den sie lieber meiden würden, ob sie entspannt im Unterricht sitzen oder ständig auf der Hut sind, weil sie Attacken und Demütigungen erwarten, ob sie dort mit der Sicherung ihrer so-

zialen Existenz beschäftigt sind oder Aufmerksamkeit für andere Themen frei haben. Folglich beeinflusst die Qualität des Miteinanders in der Schulklasse ihre Beziehungswelt und die Stellung eines Kindes in ihr sämtliche Aktivitäten und auch das Lernen der Kinder.

(Krappmann 2006, S. 219 f.).

Es ist eine plausible Vorstellung, dass die subjektiven Schulerfahrungen der Kinder und Jugendlichen durch die Qualität der besuchten Schulen überlagert werden, und dass die schulischen Leistungsergebnisse davon beeinflusst werden. Dabei ist die Datenlage, zumindest was den Zusammenhang von Schulqualität und schulischen Leistungserfolgen betrifft, eher unklar (Baumert et al., 2001; OECD, 2004). Der Zusammenhang zwischen den Schulerfahrungen und der elterlichen Unterstützung sollte dabei nicht übersehen werden. Aber es deutet sich an, dass gerade dann, wenn häusliche Unterstützung fehlt, der Einfluss der Schulkultur besonders bedeutsam sein könnte.

Die Häufigkeit von Schulabbruch, Schulver-sagen, Gewaltvorkommen und das Wohlbefinden der Schüler steht in einem engen Verhältnis mit der Qualität einer Schule (Whelage & Rutter, 1985; Rutter, 1988; Testerman, 1996; Roeser et al., 2000; Melzer, Schubert & Ehninger 2004; Melzer, 2006). Studien im Problemkreis von Schulabbruch zeigen, dass die Drop-out-Quoten deutlich verringert sind in Schulen, in denen die Schüler individuelle soziale Unterstützung durch Lehrer erfahren (Rutter, 1988; Testerman, 1996) und ein Gefühl der Zugehörigkeit und Partizipation – im Sinne von Wahl- und Mitbestimmungsmöglichkeiten – im Schulleben entwickeln können (Roeser, Midgely & Urdan, 1996; McNeely, Nonnemaker & Blum, 2002; Smerden, 2002).

Die Schule, die sie besuchen, spielt eine bedeutende Rolle im Leben der Kinder und Jugendlichen und – oft übersehen – auch im Leben ihrer Eltern. Längstens wirken die Schulen in die Familien hinein, überlagern schulische Leistungserfolge und Misserfolge die familiären Interaktionsprozesse (Combe & Helsper, 1994). Die Schulen prägen das Lebensgefühl ihrer Schüler in einem weitaus umfassenderen Sinn als sich dies die meisten Schulen und Professionellen selbst zusprechen. Dabei ist

Schule nicht gleich Schule. Es gibt offensichtlich starke Unterschiede bezüglich der Qualität der Einzelschule (Fend, 1998; Baumert et al., 2001; Köller & Trautwein, 2003). Was sich Schüler vor allem wünschen, ist, dass ihre Lehrer ihnen zuhören, ihre Sorgen ernst nehmen, ihre Anstrengungen um schulische Leistungserfolge anerkennen und sich aktiv für ihre Lernerfolge engagieren (Phelan et al., 1992; Opp & Wenzel, 2006).

19.3.3 Peerbeziehungen und Wohlbefinden

In allen Lebensphasen nährt sich menschliche Entwicklung aus sozialen Beziehungen mit anderen. Bereits die Qualität der Peerbeziehungen im Vorschulalter wurde als Prädiktor für schulische und soziale Probleme im Jugendalter beschrieben (Hamre & Pianta, 2001). Die Ablehnung durch andere Kinder birgt erhebliche Gefahren für spätere Schulprobleme (O'Neil et al., 1997; Buhs & Ladd, 2001; Gazell & Ladd, 2003). Kinder und Jugendliche brauchen gleichaltrige Spiel- und Interaktionspartner, von denen sie lernen können, von denen sie Unterstützung erfahren und mit denen sie soziale Beziehungen ausprobieren und aushandeln können. Gute Peerbeziehungen haben eine starke entwicklungsförderliche Bedeutung.

! Wer ... gute und vielfältige soziale Beziehungen in der Welt der Gleichaltrigen hat, dürfte bessere Chancen für seine kognitive Entwicklung und damit für seine schulischen Leistungen haben als schlecht integrierte Schüler.

(Krappmann & Oswald 1995, S. 210)

Die Zugehörigkeit zu einer Peergruppe und die Art der sozialen Interaktionen innerhalb dieser Gruppe tragen zum Wohlbefinden der Kinder ganz wesentlich bei (Krappmann & Oswald, 1995; Eder, 1995) und haben deutliche Auswirkungen auf die Entwicklung sozialer Kompetenzen (Ladd, 1999).

Kinder und Jugendliche, denen der Anschluss an eine positive Peergruppe nicht gelingt, könnten verstärkt versuchen, ihre Zugehörigkeitsbedürfnisse über die Mitgliedschaft in »prekären Cliquen« einzulösen (Wetzstein et al., 2003, S. 841).

Der Generalverdacht hinsichtlich des negativen Einflusses von Peergruppen ist insofern begründet, als in »negativen« Peerkulturen die notwendige Gruppenkohäsion durch hohen Konformitätsdruck erzeugt wird, der häufiger mit jugendlichem Risikoverhalten wie Drogenkonsum, gewaltförmigem Verhalten und Delinquenz verbunden ist.

! Charakteristisch für Jugendliche in prekären Gruppen

... ist eine externe Kontrollüberzeugung: Das Leben ist für sie mehr durch Zufälle bestimmt als durch eigene Leistung und ungünstige Umstände und Pech sind für Misserfolg verantwortlich. Sie geben an, ihre Probleme nicht selbständig lösen zu können und für ihren Lebensweg nicht selbst verantwortlich zu sein. Sie fühlen sich anomisch verunsichert über das Leben in der Gesellschaft und ihre Zukunftserwartungen.

(Dietz et al. 1997, S. 76).

Dies sind Jugendliche, die **herumhängen** und eventuell den **Kick** in Drogen und Delinquenzerfahrungen finden. Gesucht werden Stimulation, Erfahrungen der Anerkennung, des Respekts und Möglichkeiten der Selbstaufwertung. In vielen Fällen wird versucht, den biografischen Schmerz leidvoller Lebenserfahrungen zu beruhigen und zu verdrängen. Dies sind vielfach Jugendliche, die getroffen und verletzt sind von den Ausgrenzungs-, Verlust- und Abwertungserfahrungen, die sie erlebten. Sie suchen nach dem Schutz in der stärkenden Gruppe und geben sich »cool«, unverletzlich und über den Dingen stehend. Dabei scheint es zur Ausprägung schichtspezifischer Delinquenzmuster zu kommen. Während Jugendliche aus mittleren Sozialschichten in der Regel um die Bedeutung schulischer Ausbildung wissen und delinquentes Verhalten eher in außerschulischen Bereichen situieren, scheinen sich Jugendliche aus unteren Sozialschichten und mit Migrationshintergrund verstärkter durch demonstrative oppositionelle Maskulinität gegen die subjektive Erfahrung schulischer Entmündigung zu wehren. Sie setzen ihre schulischen Leistungserfolge damit zusätzlich ins Risiko.

Es ist wohl wahr, dass man »... von den Gleichaltrigen nicht nur Gutes lernt« (Oswald 2006, S. 236), dass gerade auch Peergruppen ein ver-

stärkendes Umfeld für abweichendes Verhalten darstellen können. Andererseits ist unverkennbar, dass im Zusammenhang mit dem Rückgang familiärer Erziehungsfunktionen und einer um sich greifenden sozialen Verunsicherung, gerade auch unter Jugendlichen, die identitäts- und gemeinschaftsstiftende Funktion der Peergruppe an Bedeutung gewinnt. Dabei ist zwischen zwei Arten von Peergruppen zu unterscheiden. Das sind einerseits Peergruppen, die sich auf der Basis von Ausgrenzungserfahrungen als »Schicksalsgemeinschaften« konstituieren und Gruppenkohäsion vor allem durch Gruppenzwang, gewaltförmiges Verhalten und gemeinsame Delinquenzerfahrungen generieren. Andererseits sind dies Peergruppen, die Selbstbildung, Leistungs- und Kompetenzerfahrungen fördern und in denen die Jugendlichen mit Regeln und Ritualen experimentieren, die in partizipativen Zusammenhängen entwickelt werden können.

Ein modernes pädagogisches Professionsverständnis müsste daraufhin orientiert sein, die aktiven, auf den Zögling ausgerichteten Erziehungsfunktionen zumindest teilweise dadurch zu ersetzen, dass die Entstehung von Peerkulturen stimuliert wird, in denen die Jugendlichen die Chance haben, sich solidarisch und unter Verzicht auf habituelle **Coolness** mit ihren alltäglichen Sorgen, Nöten und Bedrängnissen auseinanderzusetzen. Das Konzept der positiven Peerkultur verfolgt diesen Ansatz in der Praxis.

19.4 Positive Peerkultur

Das Konzept positiver Peerkultur (»positive peer culture«, PPC) wurde in den 70-er Jahren in den USA im Heimalltag mit delinquenten Jugendlichen entwickelt (Vorrath & Brendtro, 1985; Brendtro, 2006). Die ursprüngliche Intention war die Auflösung der negativen Alltagskultur in amerikanischen Erziehungsheimen. Man organisierte regelmäßige Gruppentreffen, in denen die Jugendlichen unter der Anleitung eines erwachsenen Moderators lernen sollten, ihre Probleme und Sorgen offen und solidarisch mit anderen Jugendlichen zu teilen. Die Jugendlichen übernehmen für ihre Probleme Verantwortung (»ownership

of problems«) und entwickeln im Gespräch mit ihren Peers Lösungen, die sie in ihrem Alltag umsetzen sollten.

Dabei handelt es sich um einen stärkenorientierten Ansatz (Nissen, 2006). Es wird davon ausgegangen, dass die Jugendlichen selbst die Experten für ihre Probleme sind, und dass sie sich bei der Lösung ihrer Probleme gegenseitig helfen können. Fehlverhalten wird nicht unterdrückt, sondern thematisiert. Die Probleme und das Problemverhalten von Jugendlichen werden als Ausgangspunkt von Lernprozessen verstanden. Die Aufgabe der Erwachsenen beschränkt sich im Prinzip auf die Organisation der Gruppentreffen und die Moderation der Gespräche. In solchen problemfokussierten Peerinteraktionen erfahren die Jugendlichen, dass sie nicht allein sind mit ihren Problemen, und sie erleben bei der Bewältigung dieser Probleme die Unterstützung und Hilfe durch andere Jugendliche, denen sie selbst auch Hilfen geben. Anderen zu helfen steigert das Selbstwertgefühl: Wer anderen helfen kann, ist selbst nicht wertlos! Das bietet die Chance, die aufgesetzte Rolle der »Coolness« aufzugeben und sich mit drängenden eigenen Problemen zu beschäftigen und Entwicklungsblockaden aufzulösen.

Mehrjährige Erfahrungen positiver Peerkulturarbeit mit stark problembelasteten Jugendlichen in unterschiedlichen organisatorischen Settings haben wir vor kurzem zusammengefasst und der Fachöffentlichkeit vorgestellt (Opp & Unger, 2006). Es waren durchgängig ermutigende Erfahrungen, von denen wir berichten können. Die Jugendlichen haben eine starke Identifikation zu diesen Gruppen entwickelt und ein positives Gefühl der Zugehörigkeit erlebt. Sie begannen, untereinander soziale Beziehungen und Freundschaften zu entwickeln, die manchmal auch als Sprungbrett für andere Freundschaften dienten. Sie haben die Gruppentreffen genutzt, um ihre alltäglichen Probleme zu thematisieren und die Reflexions- und Lösungshilfen anderer Jugendlicher eingefordert und für sich nutzbar gemacht. Dabei ging es um den Tod eines geliebten Menschen, Mobbing auf dem Pausenhof, die Trennung der Eltern, das Scheitern, mit dem leiblichen Vater Kontakt aufzunehmen, die gefühlte Hilflosigkeit im Zusammenhang mit einem inhaftierten Vater und vieles

andere. Die Pädagogen der Institutionen, in denen wir arbeiteten, berichteten, dass Lernerfahrungen und soziale Kompetenzen die die Jugendlichen in Peergruppentreffen gelernt hatten, in Alltagssituationen transferiert wurden.

Der Reiz dieses Ansatzes positiver Peerkultur liegt fraglos in seiner Einfachheit. Die Moderatoren dieser Gruppen müssen mit den Prinzipien dieser Arbeit vertraut sein. Sie sollten professionelle Erfahrungen in pädagogischen Handlungsfeldern besitzen, aber sie brauchen keine langwierige therapeutische Ausbildung. Die Regeln für die Gruppentreffen sind einfach (vgl. Übersicht) und wurden von den Jugendlichen erstaunlich zuverlässig eingehalten:

Regeln für Gruppentreffen

1. Wir behandeln uns gegenseitig mit Respekt.
2. Wir lassen den anderen ausreden.
3. Alles, was in der Gruppe besprochen wird, bleibt vertraulich!

Trotzdem möchte ich vor sozialromantischen Erwartungen warnen. Es ist nicht so, dass man die Jugendlichen in Gruppen über ihre Probleme sprechen lässt und damit alle Probleme lösen kann. Die Dynamik der Gespräche basiert auf der Kompetenz der Moderatoren, diese Gespräche im Fluss zu halten. Und: die Dynamik der Gespräche ist durchaus schwankend. Es fällt den Jugendlichen nicht immer leicht, ihre Nöte zu berichten. Erfahrungen positiver Peerkultur ersetzen nicht das notwendige Vorbild Erwachsener in den alltäglichen Lebenswelten der Jugendlichen. Sie ist auch kein Ersatz für therapeutische Angebote, wenn sie von den Jugendlichen benötigt werden. Positive Peerkultur ist gleichwohl eine Variante sozialer Arbeit mit Jugendlichen, durch die die Kompetenzen Jugendlicher im Umgang mit ihren Alltagsproblemen gefördert, ein Gefühl der Zugehörigkeit und des Vertrauens zur Gruppe erlebt, selbstwertsteigernde Erfahrungen, anderen helfen zu können, gewonnen, basale kommunikative Kompetenzen des Zuhörens erlernt, biografische Textur entwickelt und Respekt und Solidarität Gleichaltriger erfahren werden kann.

Effekte einer positiven Peerkultur

- Kompetenzerwerb im Umgang mit Alltagsproblemen
- Erleben von Zugehörigkeit und Vertrauen
- selbstwertsteigernde Erfahrungen, anderen helfen zu können
- Erwerb von Kompetenzen des Zuhörens
- Entwicklung einer biografischen Textur
- Respekt und Solidarität von Gleichaltrigen

Auf dieser Grundlage können Jugendliche beginnen, Distanzierungsformen der Coolness aufzugeben, sich ihren Problemen zuzuwenden und die bitteren Lektionen, die sie in ihrem Leben von Erwachsenen lernen mussten, zu überwinden. Sie lernen, anderen zu helfen, zu geben und vielleicht auch den Wert zu erkennen, der darin liegt, anderen zu verzeihen.

19.5 Fazit

Die Phase der Jugendzeit ist kein Entwicklungsmoratorium, sondern eine Zeit in der hochriskante und folgenreichende biografische Entscheidungen getroffen werden müssen. Die Jugendlichen werden von wirkungsvollen ästhetischen und konsumorientierten Normen bedrängt, von fiktiven Computer- und Medienwelten und hohen Erwartungen an ihre schulische Leistungsfähigkeit, Selbstständigkeit und Selbstdisziplin gefordert. In einer Gesellschaft, die ihrem Nachwuchs systematische Unterstützung immer mehr entzieht, wächst den Familien eine Bedeutung für die Erziehung der Kinder und Jugendlichen zu, die sie auch angesichts alarmierender Armutsentwicklungen (vgl. Martens, 2005) vielfach nicht mehr erfüllen können. Es zeigt sich ein deutlicher Schereneffekt zwischen Jugendlichen, die in erziehungsstarken und autonomiefördernden Familien aufwachsen und Jugendlichen, die eher deprivierende Erziehungswelten erleben.

Der Schwerpunkt dieses Beitrags lag in der Fokussierung auf die Bedeutung, die die Peergruppe im Ablösungsprozess von der Familie übernimmt und in den Auswirkungen, die positive Peer-Ein-

bindungen inner- und außerhalb der Schule für das Wohlbefinden und die positive Entwicklung von Jugendlichen haben. Der Clou eines Wohlbefindens fördernden Erziehungsansatzes für Jugendliche liegt darin, dass er Lernen in Sozialisierungsprozesse in der Peergruppe statt in abstrakte Lernprozesse einbindet.

! Die Peergruppe hilft bei der Ablösung vom Elternhaus.

Einbindung in die positive Peergruppe fördert Wohlbefinden von Jugendlichen durch gegenseitige Hilfestellung.

Mit dieser Vorstellung einer modernen Pädagogik wird zumindest teilweise die traditionelle Ausrichtung auf individuelle Förderung durch das Ziel ersetzt, positive Peerkulturen zu schaffen, in denen sich die Jugendlichen gegenseitig Hilfe bieten. Im Kern bedeutet dies eine sinnvolle Entlastung der Pädagogen, indem die Peergruppe Verantwortung für pädagogische Förder- und Unterstützungsangebote übernimmt und damit gleichzeitig das Wohlbefinden von Jugendlichen steigert, die sich von Erwachsenen nicht mehr erziehen lassen wollen.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag
- Barkmann, C. (2004). *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Hamburg: Kovoc. Baumert, J., Klieme, E., Neubrand, M., Prenzel, M., Schiefele, U., Schneider, W., et al. (2001). (Hrsg.). *PISA 2000. Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im Internationalen Vergleich*. Opladen: Leske + Budrich.
- Beck, U. (1997). *Risikogesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Brater, M. (1997). Schule und Ausbildung im Zeichen der Individualisierung. In E. Beck (Hrsg.), *Kinder der Freiheit* (S. 149-174). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Brendtro L. (2006). Ein Klima der Großzügigkeit schaffen. In G. Opp & N. Unger (Hrsg.), *Kinder stärken Kinder. Positive Peer Culture in der Praxis* (S. 86-100). Hamburg: Edition Körber.
- Buhs, E. S. & Ladd, G. W. (2001). Peer rejection as an antecedent of young children's school adjustment: An examination of mediating processes. *Developmental Psychology* 2001, (37), 550-560.
- Combe A. & Helsen W. (1994). *Was geschieht im Klassenzimmer?* Weinheim: Beltz.
- Dietz, G.-U., Matt, E., Schumann, K.F. & Seus, L. (1997). »Lehre tut viel ...« *Berufsbildung, Lebensplanung und Delinquenz bei Arbeiterjugendlichen*. Münster: Votum.

- Eder, F. (1995). (Hrsg.). *Das Befinden von Kindern und Jugendlichen in der Schule*. Innsbruck: Studien Verlag.
- Fend, H. (1998). *Qualität im Bildungswesen*. Weinheim: Juventa.
- Gazell, H. & Ladd, G. W. (2003). Anxious solitude and peer exclusion: a diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Development* (74), 257-279.
- Giedd, J. N. (2003). *Yes, Your Teen Is Crazy! Loving Your Kind Without Losing Your Mind*. Gig Harbor, WA: Harbor Press.
- Hamre, B. K. & Pianta, R. C. (2001). Early teacher-child relationships and the trajectory of children's outcomes through eighth grade. *Child Development* (72), 625-638.
- Hurrelmann K. (2002). *Einführung in die Sozialisationstheorie* (8. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann K., Klocke A., Melzer W. & Ravens-Sieberger U. (2003). (Hrsg.). *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. München: Juventa.
- Keupp, H. (1996). Aufwachsen in der Postmoderne: Riskanter werdende Chancen für Kinder und Jugendliche. In G. Opp & F. Peterander (Hrsg.), *Focus Heilpädagogik* (S. 130-139). München: Reinhardt.
- Köller, O. & Trautwein, U. (2003). *Schulqualität und Schülerleistung*. München: Juventa.
- Krappmann, L. & Oswald, H. (1995). *Alltag der Schulkinder*. München: Juventa..
- Krappmann, L. (2006). Kindheit ohne Freundschaft? – Neue Aufgaben für die Schule. In G.Opp, T. Hellbrügge, & L. Stevens (Hrsg.), *Kindern gerecht werden* (S. 221-234). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Ladd, G. W. (1999). Peer relationships and social competence during early and middle childhood. *Annual Review of Psychology*, 333-350.
- Martens, R. (2005). Erste quantitative Bilanz nach Hartz IV: Jedes siebte Kind lebt auf Sozialhilfe-Niveau. *Soziale Sicherheit*, 9, 282- 291.
- McNeely, C. A., Nonnemaker, J. M. & Blum, R. W. (2002). Promoting school connectedness: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of School Health*, 72, 138-147.
- Melzer, W. (2006). Die WHO-Studie »Health Behavior in School-aged Children« (HBSC) und ihre Bedeutung für Analysen zur Kompetenzentwicklung der Schüler. In G. Opp, T. Hellbrügge & L. Stevens (Hrsg.), *Kindern gerecht werden* (S. 35-48). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Melzer, W., Schubarth, W. & Ehninger, F. (2004). *Gewaltprävention und Schulentwicklung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Nissen L. (2006). Bringing strength-based philosophy to life in juvenile justice. *Reclaiming Children and Youth*, 15, 40-46.
- O'Neil, R., Welsh, M., Parke, R. D., Wang, S. & Stand, C. (1997). A longitudinal assessment of the academic correlates of early peer acceptance and rejection. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 290-304.
- OECD (2004). (Hrsg.). Student engagement at school. A sense of belonging and participation. *Executive Summary*. Verfügbar unter: www.oecd.org (29.09.2006).
- Opp, G. & Wenzel, E. (2006). Wie Schüler ihre Schule sehen. In G. Opp, T. Hellbrügge & L. Stevens (Hrsg.), *Kindern gerecht werden* (S. 255-262). Bad Heilbrunn: Klinkhardt 2006,
- Opp G. & Unger N. (2006). (Hrsg.). *Kinder stärken Kinder. Positive Peer Culture in der Praxis*. Hamburg: Edition Körber.
- Opp, G. & Fingerle, M. (2007). (Hrsg.). *Was Kinder stärkt*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Oswald, H. (2006). *Beziehungen zu Gleichaltrigen und schulisches Lernen in der mittleren Kindheit*. In G. Opp, T. Hellbrügge & L. Stevens (Hrsg.), *Kindern gerecht werden* (S. 235-246). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Oswald, H. & Krappmann, L. (1991). Der Beitrag der Gleichaltrigen zur sozialen Entwicklung in der Grundschule. In R. Pekrun & H. Fend (Hrsg.), *Schule und Persönlichkeitsentwicklung. Ein Resümee der Längsschnittforschung* (S. 201-216). Stuttgart: Enke.
- Phelan, P., Davidson, A. L. & Cao, A. T. (1992). Speaking up: Student's perspectives on school. In *Phi Delta Kappan*, 73, 695-704.
- Prenzel M., Baumert, J. & Blum, J. (2004). *PISA 2003*. Münster: Waxmann.
- Roeser, R. W., Midgley, C. & Urdan, T. C (1996). Perceptions of the school psychological environment and early adolescents' psychological and behavioral functioning in school: the mediating role of goals and belonging. *Journal of Educational Psychology*, 88, 408-423.
- Roeser, R. W., Eccles, J. S. & Sameroff, A. J. (2000). School as a context of early adolescents academic and social emotional development: A Summary of research findings. *The Elementary School Journal*, 100, 443-473.
- Rutter, R. A. (1988). *Effects of school as a community*. Madison, WI: National Center on Effective Secondary School.
- Smerden, B. A. (2002). Students perceptions of membership in their high schools. *Sociology of Education*, 75, 287-306.
- Statistisches Bundesamt (2006). (Hrsg.). *Datenreport 2004*. Berlin.
- Testermann, J. (1996). Holding at-risk students: The secret is one-on-one. *Phi Delta Kappan*, 77, 364-366.
- Tramitz, C. (1985). *Kindergeheimnisse. Die verborgenen Welten der Elf- bis Achtzehnjährigen*. München: Droemer.
- Vorrath, H. H. & Bendro, L. K. (1985). *Positive Peer Culture* (2. Edition). New York: DeGruyter.
- Wetzstein, T., Erbelinger, P., Hilgers, J. & Eckert, R. (2003). Selbstbildung und Gewalt in jugendlichen Cliques. *Zeitschrift für Pädagogik*, 4), 837-854.
- Whelage, G. G. & Rutter, R. A. (1985). *Dropping out: How much do schools contribute to the problem?* Madison, WI: Wisconsin Center for Education Research.

Subjektives Wohlbefinden und Ressourcen im Alter

Bernhard Grom

- 20.1 Einleitung – 260
- 20.2 Emotionale Befindlichkeit oder
»Altern ist kein depressiver Prozess« – 260
- 20.3 Hohe Lebenszufriedenheit trotz Einschränkungen – 261
- 20.4 Was macht die Lebenszufriedenheitskompetenz aus? – 261
 - 20.4.1 Bewältigungsstrategien – 263
 - 20.4.2 Befriedigungsstrategien – 264
 - 20.4.3 Religiosität als soziale und personale Ressource – 266
- 20.5 Ausblick – 267
 - Literatur – 268

20.1 Einleitung

Die Altersforschung der beiden letzten Jahrzehnte war mit einem gerontologischen Optimismus verbunden, der zu einem verstärkten Selbstbewusstsein der älteren Generation, einem besseren Verständnis ihrer Chancen, und einer aktiveren Altenförderung beigetragen hat. Die erhöhte Lebenserwartung, die bessere medizinische Versorgung, dank welcher die heute 70-Jährigen körperlich so fit sind wie vor 30 Jahren die 65-Jährigen, sowie neue Erkenntnisse bezüglich der kognitiven Reserven, emotionalen Intelligenz, Lebenserfahrung und Anpassungsfähigkeit haben die im Alter mögliche Lebensqualität in einem sehr günstigen Licht erscheinen lassen – wenigstens im Hinblick auf das sog. Dritte Lebensalter der 60- bis 80-Jährigen, weniger für das Vierte Lebensalter der über 80- bis 85-Jährigen, die oft mehrere Belastungen gleichzeitig zu bewältigen haben, sich dabei weniger gut an ihre Situation anpassen können und wo von den mehr als 90-Jährigen fast jeder Zweite an einer Form von Demenz leidet (Baltes & Smith, 2003). Ist dieser generelle Optimismus auch bei näherer psychologischer Betrachtung berechtigt, und – falls dies zu bejahen ist – wie kann er in der psychologischen Lebensberatung zur Geltung kommen?

Einem breiten Konsens gemäß soll hier **Lebensqualität** als Konstrukt mit den beiden Hauptdimensionen (1) **objektive Lebensbedingungen** (Einkommen, Ausbildung, Gesundheit, Wohnverhältnisse usw.) und (2) **subjektives Wohlbefinden** verstanden werden. Letzteres kann sowohl im Hinblick auf die **emotionale Befindlichkeit** (gemessen als Glücklichkeit mit einzelnen Lebensbereichen bzw. mit dem Leben im Ganzen, als positiver Affekt, als Abwesenheit von Depressivität u. a.) als auch mehr kognitiv in Bezug auf **Zufriedenheit** (mit einzelnen Lebensbereichen bzw. mit dem Leben im Ganzen) erhoben werden. Welches Maß an subjektivem Wohlbefinden ist im Alter möglich?

20.2 Emotionale Befindlichkeit oder «Altern ist kein depressiver Prozess»

In Bezug auf die **emotionale Befindlichkeit** bestätigen die Forschungsergebnisse weder das Stereotyp

des traurigen Greises, der – wie auf dem bekannten Gemälde von Vincent van Gogh – seinen Kopf in beiden Händen vergräbt und nur noch den Tod erwartet, noch die Bilder der Werbung, die unentwegt strahlende Senioren zeigen. Die Befunde sind nicht immer einheitlich, weil verschiedene Altersspannen untersucht und unterschiedliche Messinstrumente verwendet wurden, doch zeichnen sie ein alles in allem positives Bild.

Zur Beziehung zwischen positivem Affekt (Gestimmtheit) und Alter hat Pinquart (1997) in den 40 Studien, die er einer Metaanalyse unterzog, eine durchschnittliche Korrelation von nur $r=-0,04$, d. h. eine kaum nennenswerte Abnahme mit dem Alter festgestellt. Spinhoven et al. (1997) fanden in der niederländischen Allgemeinbevölkerung für Depressivität eine schwache mit dem Alter einhergehende Zunahme von $r=0,15$, für Angst aber eher einen Rückgang ($r=-0,04$) – beides gemessen nach der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmont & Snaith, 1983), deren Items sich nicht auf schwerwiegende, sondern auf mildere Störungen beziehen. Nach den gleichen HADS-Skalen ermittelten Schwarz, Gunzelmann, Hinz & Brähler (2001) in einer deutschen Zufallsstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung bei den über 61-Jährigen keine signifikante Beziehung zwischen Angst und Alter (und auch keine signifikanten Geschlechtsunterschiede); für Depressivität ergab sich jedoch ein Anstieg, der allerdings nicht stark war und eindeutig unterhalb der Grenze zu klinisch relevanten Störungen lag (s. ■ Tab. 20.1).

Die Autoren weisen darauf hin, dass die Zahl der Personen mit verhältnismäßig hohen Depressivitätswerten (9 Punkte und mehr) von 20,1% in

■ Tab. 20.1. Depressivität im Sinne der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D von Herrmann, Buss & Snaith, 1995); Auszug aus Schwarz et al. (2001)

Alter	Mittelwerte
61 – 65 Jahre	5,34
66 – 70 Jahre	6,68
71 – 75 Jahre	6,19
76 Jahre und älter	7,38

der Gruppe der 61- bis 65-Jährigen auf 35,4% in der Gruppe der über 76-Jährigen steigt. Auch hier handelt es sich um Beschwerden, die diesseits der Kriterien von ICD-10 und DSM-IV liegen, wobei zu beachten ist, dass Depressivität bei Älteren eng mit körperlichen Symptomen (Multimorbidität) und Einschränkungen der Leistungsfähigkeit zusammenhängt und als Antwort darauf interpretiert werden kann.

So äußern auch nach der Bonner Längsschnittstudie (Lehr & Thomae, 1987) und der Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1999) jene Alten am ehesten geringeres subjektives Wohlbefinden, die über ernsthafte gesundheitliche, familiäre und finanzielle Probleme berichten; zu dieser Gruppe der wenig Zufriedenen gehören mehr Frauen als Männer. Wahrscheinlich hat sich aufgrund solcher Belastungen bei gut der Hälfte der 65- bis 80-Jährigen, die man in der Bonner Längsschnittstudie 12 Jahre lang befragt hat, die Stimmungslage verschlechtert, während sie bei 46% von ihnen über die Jahre hinweg konstant blieb oder sich sogar etwas aufhellte (Lehr & Thomae, 1987). Dies erklärt wohl auch, warum nach einer anderen Längsschnittstudie die emotionale Befindlichkeit (positiver Affekt) von 65-Jährigen in den weiteren 23 Jahren leicht abnahm (Charles, Reynolds & Gatz, 2001). Bei einer Untersuchung von Chipperfield, Perry und Weiner (2003) wurden alte Menschen (Altersdurchschnitt der Stichprobe: 80 Jahre) gefragt, welche von 14 vorgegebenen Emotionen sie in den beiden letzten Tagen erlebt haben. Sie berichteten positive und negative Erfahrungen, doch überwogen die positiven Gefühle Glück, Zufriedenheit, Dankbarkeit, Hoffnung, Stolz und Erleichterung klar die negativen: Frustration, Traurigkeit, Ärger, Langeweile, Schuld, Angst und Scham. Glück erlebten beispielsweise 94,2%, Frustration aber nur 43,6% der Befragten.

In einem Überblick über 25 Untersuchungen stellt Feinson (1989) fest, dass alle – außer zweien – kein häufigeres Auftreten von Depressionen bei älteren, verglichen mit jüngeren Erwachsenen, ermittelt haben. Obwohl die Suizidrate nach 65 zunimmt, gilt: »Altern ist kein depressiver Prozess. Nicht die Zahl der Verluste löst zwangsläufig eine Schwermut aus, sondern wie Alternde ihre Verluste subjektiv bewerten, ob sie gelernt haben, Trauer zu bewältigen und sich an einem Sinn zu orientieren.

Je höher die Fähigkeit, flexibel sinn- und zukunftsorientiert Einbußen zu bewältigen, umso seltener werden sie schwermütig« (Grond 2001, S. 43).

20.3 Hohe Lebenszufriedenheit trotz Einschränkungen

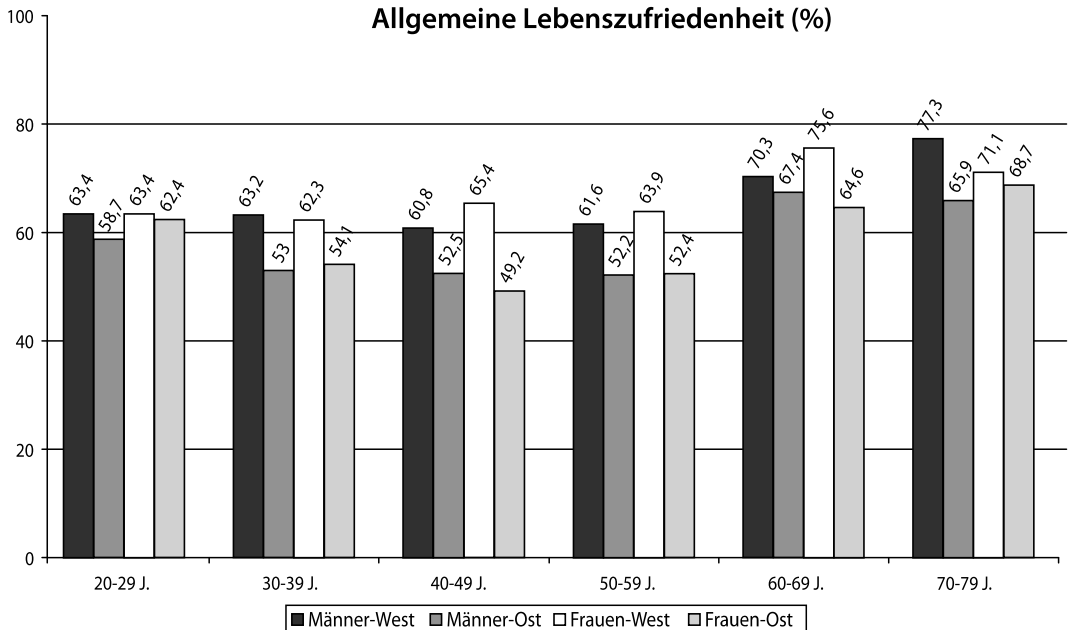
Im Unterschied zur emotionalen Gestimmtheit ist die **Lebenszufriedenheit** von Alten höher als die von bestimmten jüngeren Altersgruppen. Nach den neuesten Daten des World Values Survey, das unterschiedliche Länder wie USA, China, die Schweiz und Russland einbezog, äußern 80-Jährige etwas mehr Lebenszufriedenheit als die 20- bis 30-Jährigen. Auch die deutsche Bundesgesundheitsumfrage 1998 stellt fest, dass die 60- bis 79-Jährigen eine höhere Zufriedenheit mit dem Leben bekunden als die 20- bis 39-Jährigen (s. ■ Abb. 20.1).

Zwar hat jede Altersstufe ihre spezifischen Befriedigungschancen und Belastungen, doch nehmen die Belastungen durch eingeschränkte Beweglichkeit, prekäre Gesundheit, verminderte geistige Leistungsfähigkeit, Erschöpfungszustände, Verlust von nahestehenden Personen u. a. in den Jahren über 60 sicher zu, und dementsprechend sinkt die Zufriedenheit mit diesen Bereichen. Wenn aber die Lebenszufriedenheit trotzdem erhalten und sogar etwas gesteigert werden kann, muss dies – ebenso wie der Erhalt einer relativ hohen emotionalen Gestimmtheit – mehr von der Person als von der (wechselnden) Situation abhängen. Das »Paradox des subjektiven Wohlbefindens« (Staudinger, 2000) verweist auf eine Emotions- und Verhaltensregulation, die mit ihren Bewältigungsstrategien und Befriedigungsformen ein ausreichendes Niveau an emotionaler Gestimmtheit und Lebenszufriedenheit gewährleistet.

20.4 Was macht die Lebenszufriedenheitskompetenz aus?

Was macht diese Glücks- bzw. Lebenszufriedenheitskompetenz aus; welche personalen Ressourcen tragen dazu bei?

Ein zufriedenheitserhaltendes Persönlichkeitsmerkmal ist sicher **emotionale Stabilität**. Denn die



■ **Abb. 20.1.** Personen, die sich als sehr zufrieden mit dem Leben im Allgemeinen bezeichnen (Angaben in Prozent), nach Bundesgesundheitsurvey, 1998 (Auszug aus Ellert & Knopf, 1999)

ihm entgegengesetzte Disposition, **Neurotizismus** (emotionale Labilität), lässt bei alten Menschen – mehr noch als schlechte Gesundheit – negative Stimmungstrends vorhersagen (Isaacowitz & Smith, 2003). Neurotizismus, die Neigung zu Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Unzufriedenheit, Traurigkeit und Angst, ist in hohem Maß eine Quelle negativer Gefühle. Diese Eigenschaft ist über die Lebensspanne hinweg weitgehend beständig; sie nimmt im höheren Alter nur geringfügig zu. Emotionale Labilität und Stabilität scheinen weitgehend genetisch bedingt und darum nur indirekt beeinflussbar zu sein.

Dies gilt auch für eine weitere Ressource: **psychologische Widerstandsfähigkeit, Resilienz gegenüber Distress** (Staudinger, Freund, Linden & Maas, 1999). Wer mit dieser Eigenschaft ausgestattet ist, wird von belastenden Erfahrungen weniger hart getroffen als Sensible mit hoher Vulnerabilität.

Doch wer trotz der erwähnten Verluste und Einschränkungen mit dem Leben zufrieden sein kann, muss auch über Ressourcen verfügen, die nicht angeboren sind, sondern eigener Emotions-

und Verhaltensregulation entstammen. Als theoretische Dachkonstruktion, unter der sich viele Beobachtungen dazu einordnen lassen, bietet sich das bekannte **Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK)** an (Baltes & Baltes, 1989; Baltes & Carstensen, 1996). Diesem Ansatz zufolge kann man dann erfolgreich altern, wenn es einem gelingt, angesichts der biologischen, psychologischen und sozialen Gegebenheiten Entwicklungsaufgaben wie Autonomie, Selbstverwirklichung und soziale Integration günstig zu lösen und dank seiner Ressourcen die Verluste möglichst niedrig und die Gewinne möglichst hoch zu halten. Dabei sind die persönlichen Ziele und Wertvorstellungen entscheidend (s. ■ Tab. 20.2).

Selektion kann bedeuten, dass man beispielsweise – weil man mit seinen Kräften haushalten muss – soziale Kontakte, die einem weniger wichtig sind, einschränkt und Beziehungen, die einem viel bedeuten, intensiviert, optimiert.

Optimierung heißt, dass man Fertigkeiten verfeinert und trainiert, die das weitere Erreichen der gesetzten Ziele und eine innere Bereicherung

■ **Tab. 20.2.** Das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK) nach Baltes & Baltes (1989); Baltes & Carstensen (1996)

Persönliche Ziele →	trotz Beeinträchtigung →	dank Bewältigung durch
■ Soziale Integration, ■ Autonomie, ■ Sinnerfüllung	sozialer Art, biologischer Art, psychologischer Art	Selektion, Optimierung, Kompensation

ermöglichen – seien es Merkfähigkeit, soziale Kontakte o. a.

Kompensation ist nötig, wenn man eine Fertigkeit nicht mehr ausüben kann, das Ziel aber weiterhin verfolgen will. Wenn etwa ein passionierter Leser erblindet und sich auf das Anhören von Hörbüchern umstellt; wenn man bei beginnender Vergesslichkeit neue Gedächtnisstrategien einsetzt, oder wenn eine Berufsmusikerin, die wegen Arthrose in den Finger- und Handgelenken nicht mehr auftreten kann, diesen Verlust durch das Erteilen von Musikunterricht oder das Schreiben von Kritiken ausgleicht.

Im Rahmen dieses Modells soll hier auf zwei grundlegende Verhaltensweisen hingewiesen werden: Einerseits auf Bewältigungsstrategien (»coping«), die die Entwicklungsaufgabe lösen sollen, kritische Lebensereignisse oder Dauerbelastungen so zu verarbeiten, dass sich Frustration, Traurigkeit, Angst und Ärger in Grenzen halten und die allgemeine Lebenszufriedenheit trotz der Unzufriedenheit in Einzelbereichen erhalten bleibt; und andererseits auf Befriedigungsstrategien, die der Entwicklungsaufgabe dienen, positive Erfahrungen zu erleben und damit die Lebenszufriedenheit zu erhalten oder zu steigern.

20.4.1 Bewältigungsstrategien

Je nach Gesichtspunkt kann man verschiedene Bewältigungsstrategien unterscheiden (Künzel-Schön, 2000). Beispielsweise **aktive Problemlösung**, die auf die Veränderung äußerer Gegebenheiten abzielt – etwa das Suchen einer altersgerechten Wohnung oder das Bestellen von Essen auf Rädern – im Unterschied zu **emotionsregulierenden Verhaltensweisen** wie Selbstermutigung, Kampfgeist oder das Herausstellen der guten Seite einer Sache.

Aus der Erforschung der Krankheitsverarbeitung ist bekannt, dass Grübeln und Hadern, rein passive Kooperation mit Arzt- und Pflegepersonal sowie sozialer Rückzug mit niedrigerer Lebenszufriedenheit einhergehen.

Speziell im Hinblick auf die Situation von alten Menschen unterscheidet Hirsch (2001) folgende Kategorien (Zusammenfassung s. ■ Tab. 20.3):

1. leistungsbezogene Verhaltensweisen: etwa auf der Verhaltensebene: reisen, neue Kontakte knüpfen. Beispiele auf der kognitiven Ebene: neues Wissen erwerben, positive Umdeutungen finden.
2. Anpassungstechniken: Beispiele auf der Verhaltensebene sind: sich Merkzettel machen, um das Gedächtnis zu unterstützen; sich langsamer bewegen, um das Herz zu schonen; Seniorenhilfe und -vergünstigungen in Anspruch nehmen; sich auf das Leben im Heim einlassen. Beispiele auf der kognitiven Ebene: unerfüllbare Wünsche zurückstellen; neue Lebensumstände akzeptieren; die Dinge von der heiteren Seite nehmen.
3. defensive Verhaltensweisen: So tun, als sei nichts geschehen; etwas nicht zur Kenntnis nehmen; an bisherigen Lebensgewohnheiten festhalten; bestimmte Gesprächsthemen vermeiden; sich und andere ablenken; auf die eigene Stärke pochen.
4. regressive Verhaltensweisen: etwa wegen jeder Kleinigkeit um Rat fragen; sich innerlich aufgeben, sich nichts mehr zutrauen; sich hilflos zeigen; weinen, verzagt sein, nicht mehr weiter wissen; dem Betreuer auf Schritt und Tritt folgen.
5. evasive Verhaltensweisen. beispielsweise einer Situation oder Person aus dem Weg gehen; verreisen, fliehen, ausweichen; sich zurückziehen; sich in Ersatzaktivitäten flüchten; sich auf andere Gedanken bringen.

6. aggressive Verhaltensweisen: anderen grundlos Vorwürfe machen, anklagen, jammern; jemanden erpressen; sich gekränkt und verletzt zeigen oder als Opfer darstellen; jemanden kränken, verletzen.

Verluste, die bewältigt werden müssen, sind in erster Linie der Tod des Partners oder naher Bezugspersonen, der Verzicht auf den mit der Berufstätigkeit verbundenen sozialen Status, die Beeinträchtigung seiner Leistungsfähigkeit sowie u. U. die Abhängigkeit von Pflegepersonen. Beim Verlust von nahestehenden Personen heißt Bewältigung, dass sich der Betroffene seinen Trauerschmerz eingesteht, die damit verbundene Depression erträgt und lernt, mit dem Verlust zu leben (Langenmayr, 1999). Nur so kann er Grübeln und Hadern vermeiden und wieder befriedigende Kontakte pflegen und sich neu Erfahrungen öffnen, die ein Weiterleben lohnend erscheinen lassen.

Die günstige Bewältigung der anderen Beeinträchtigungen dürfte maßgeblich von Vorgängen abhängen, die man als kognitive Umstrukturierung zusammenfassen kann: Einerseits kann der erfolgreiche Alternde die Ansprüche, die er ans Leben stellt, an das anpassen, was noch möglich ist, und mit dieser Senkung des Anspruchsniveaus anhaltende Unzufriedenheit vermeiden. Diese Selbstbeurteilung wird oft erleichtert durch den sozialen Vergleich, zumal den Abwärtsvergleich, der einem zeigt, wie andere mit noch größeren Einschränkungen und Problemen zurechtkommen müssen und können. Die Umstrukturierung oder Neubewer-

tung vermeidet schließlich die Gefahr, zur bloßen Resignation zu werden, wenn alte Menschen Ziele, die unerreichbar geworden sind, nicht nur herabstufen, sondern dafür andere Ziele, die sich noch verwirklichen lassen, aufwerten und so einen Ausgleich für den akzeptierten Verzicht finden. Eine solche »kompensatorische Zielregulation« (Meier, 1992) könnte beispielsweise nach dem Muster erfolgen: »Ich höre zwar schlecht, darf mein Herz nicht überanstrengen und brauche eine Gehhilfe, doch interessiere ich mich noch für viele Dinge und unterhalte gute Beziehungen zu meinen Familienangehörigen – und das ist mir nun noch wichtiger als früher und macht mein Leben reich.«

20.4.2 Befriedigungsstrategien

Während Bewältigungsstrategien zum Erhalt von Lebenszufriedenheit beitragen, können sie Befriedigungsstrategien nicht nur erhalten, sondern etwas steigern. Nach einer Studie von Brunstein (1999) fördert es die Lebenszufriedenheit von älteren Menschen, wenn sie **persönliche Ziele** haben, die sie für erreichbar halten und entschlossen verfolgen. Solche Ziele nannten die befragten 60- bis 80-jährigen Frauen und Männer vor allem in fünf Bereichen:

- (1) Familie (»Ich möchte die gute Beziehung, die ich zu meinen Enkeln habe, weiter pflegen.«)
- (2) Freunde, Bekannte (»Ich möchte häufig meinen Alten-Club besuchen.«)
- (3) persönliche Interessen (»Ich möchte wieder häufiger ins Theater gehen.«)
- (4) Gesundheit und körperliche Aktivität (»Ich möchte ein- bis zweimal die Woche wandern.«)
- (5) Wohnen, Haushalt, Finanzen (»Ich suche einen Job, mit dem ich meine Rente aufbessern kann.«)

Die Ziele, aus denen alte Menschen Befriedigung ziehen können, sind je nach ihren Interessen und Werten individuell verschieden, doch dürften drei Befriedigungschancen sehr verbreitet sein: Befriedigende Aktivität, emotional bedeutsame soziale Beziehungen und positives Selbstwertgefühl (s.

■ Tab. 20.4).

■ Tab. 20.3. Zusammenfassung: Reaktionsmuster auf Belastungen im Alter nach Hirsch (2001)

Verhaltensweisen	Beispiele
— leistungsbezogen	neue Kontakte knüpfen
— anpassungsorientiert	sich langsamer bewegen
— defensiv	sich und andere ablenken
— regressiv	sich nichts mehr zutrauen
— evasiv	sich zurückziehen
— aggressiv	sich als Opfer darstellen

■ **Tab. 20.4.** Verbreitete Befriedigungsstrategien und -chancen, um persönliche Ziele und Lebenszufriedenheit zu erreichen

Befriedigungschancen	Persönliche Ziele/ Lebenszufriedenheit
befriedigende Aktivität	Autonomie
emotional bedeutsame soziale Beziehungen	soziale Integration
positives Selbstwertgefühl	Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden

Nach verschiedenen Studien

Befriedigende Aktivität

Für die Altersforschung gilt als erwiesen, dass **aktive alte Menschen**, selbst wenn sie nicht gesund sind, mehr Wohlbefinden, Glücklichein und Lebenszufriedenheit erleben als inaktive (Deusinger & Eberts, 1995; Menec, 2003; Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario & Tang, 2003). Dabei fühlen sie sich wohl nicht nur besser, weil sie aktiver sind, sondern sind auch aktiver, weil sie sich besser fühlen. Die 65- bis 84-jährigen Deutschen sind vor allem in drei Feldern tätig: im ehrenamtlichen Engagement, in der Betreuung von Pflegebedürftigen, sei es in der eigenen Familie, sei es außerhalb, und in der Betreuung von Kindern – meistens der eigenen Enkel (Kohli & Künemund, 1996). In den USA, wo der Prozentsatz der ehrenamtlich tätigen Alten zweieinhalb Mal so hoch ist wie in Deutschland, hat sich gezeigt, dass Frauen und Männer über 60, die für ihren freiwilligen Einsatz etwa zwei Stunden pro Woche aufwenden, mehr Wohlbefinden äußern als jene, die weniger Zeit dafür investieren, gleich, für welche Organisation oder welchen Zweck sie sich engagieren.

Befriedigende Aktivität kann in Gartenarbeit, im Einsatz für das Rote Kreuz, in der Erforschung der Heimatgeschichte und in mancherlei anderem bestehen. Es ist zu vermuten, dass sie als umso wertvoller erlebt wird, je mehr sie – über einen bloßen Zeitvertreib hinaus – Motive wie Wirksamsein, Kontrollstreben, Wissen, Selbstwertstreben und prosoziales Empfinden befriedigt.

Emotional bedeutsame soziale Beziehungen

Das Bedürfnis nach bedeutsamen sozialen Beziehungen, Anschluss, Anteilnahme und Anerkennung bleibt – altersgemäß befriedigt – bis zum Lebensende eine Entwicklungsaufgabe und Befriedigungschance. Quantitativ nimmt die soziale Interaktion im Alter zwar ab, doch ist nicht deren Ausmaß (Lee & Markides, 1990), sondern die **Stärke der emotionalen Bindungen** (Antonucci & Jackson, 1987) entscheidend für das psychische Wohlbefinden. So spricht Vieles für die Theorie der sozialemotionalen Selektivität (Carstensen, 1992), wonach alte Menschen ihre Kontakte absichtlich auf eine Kerngruppe von ausgewählten Sozialpartnern beschränken, weil dies den emotionalen Gewinn steigert und die sozialen und emotionalen Risiken und Kosten mindert.

Der Berliner Altersstudie zufolge bleibt die Besuchshäufigkeit von Kindern und Freunden über die Jahre stabil; nur kinderlose und verwitwete Heimbewohner sind öfter sozial isoliert. Die Sichtung mehrerer Studien durch Lehr (2000) ergibt, dass bei Jung und Alt die **familiären Beziehungen** zu Partner, Kindern, Enkeln und Geschwistern die wichtigste soziale Ressource bilden. In westlichen Ländern heißt dies nicht, dass man als Großfamilie in einem Haushalt zusammen lebt; vielmehr wollen viele Familienangehörige getrennt wohnen, um die Gefahr von Konflikten zu vermeiden, jedoch auch regelmäßige Kontakte pflegen durch Besuche oder Telefongespräche: »Innere Nähe durch äußere Distanz« (Rosenmayr & Köckeis, 1961). Nach einer deutschen Befragung haben 86% der 70- bis 85-jährigen Eltern mindestens einmal wöchentlich Kontakt mit ihren Kindern.

Am meisten dürfte eine zufriedenstellende **Partnerschaft** zur Lebenszufriedenheit beitragen. Während beispielsweise die Zufriedenheit von Männern über 70 mit ihrer Sexualität deutlich abnimmt, bleibt ihre Zufriedenheit mit Ehe und Partnerschaft praktisch auf derselben Höhe wie in früheren Altersgruppen (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2000). Offensichtlich ist die Beziehungszufriedenheit leichter aufrechtzuerhalten als die Zufriedenheit mit der sexuellen Vitalität. Butler und Lewis (1996) sehen denn auch eine Chance und Entwicklungsaufgabe alternder Paare darin, eine »zweite Sprache der Sexualität«

zu entwickeln, in der »das Bedürfnis im Vordergrund steht, der Zuneigung zur Partnerin/zum Partner sowie der Bewunderung, der Verbundenheit und anderen positiven Gefühlen Ausdruck zu verleihen.«

Positives Selbstwertgefühl

Keine Lebenszufriedenheit ohne positives Selbstwertgefühl! Die Frage, ob sich dieses im Alter gegenüber früher verändert, wird von den vorliegenden Untersuchungen uneinheitlich beantwortet, was auch mit den verwendeten unterschiedlichen Messinstrumenten zusammenhängen dürfte. Während Robins und Trzesniewski (2005) eine Abnahme feststellten, registrierten Bengtson, Reedy und Gordon (1985) eine Zunahme, und nach Deusinger (1995) weisen 70- bis 79-Jährige mehr Selbstwertgefühl auf als 20- bis 29-Jährige; lediglich Frauen über 80 Jahren zeigen davon weniger als Frauen zwischen 60 und 79 Jahren. Selbstwertgefühl ist alles in allem ein ziemlich stabiles Persönlichkeitsmerkmal. Angesichts einer in unserer Gesellschaft verbreiteten Neigung, Leistung und Vitalität als Höchstwerte und die ältere Generation ökonomisch als »Altenlast« zu betrachten, können sich alte Menschen bei der Aufrechterhaltung ihres Selbstwertgefühls kaum auf die öffentliche Meinung stützen, sondern sind auf ihre Selbstbewertung und die Bestätigung durch Gleichgesinnte angewiesen. Nach Beendigung der Berufsarbeit und Elternrolle müssen sie ihre Selbstwertschätzung aus der Erinnerung an ihre Lebensleistung, gegebenenfalls aus ihrer aktuellen Rolle als Großeltern, aus einer ehrenamtlichen Tätigkeit, ihren Interessen, Kenntnissen und Erfahrungen ziehen. Dabei kann das Relativieren von Vorzügen, die abnehmen, und das Aufwerten von noch möglichen Leistungen und Eigenschaften im Sinne einer »kompensatorischen Zielregulation« (Meier, 1992) hilfreich sein.

20.4.3 Religiosität als soziale und personale Ressource

Von den Deutschen über 60 Jahren erklären 55%, dass sie aus dem Glauben »Trost und Kraft« ziehen (Noelle-Neumann & Köcher, 2002). Obwohl manche Ergebnisse schwer zu deuten sind (Albani et

al., 2004), ist gut belegt, dass ältere Menschen, die häufig den Gottesdienst besuchen, persönlich beten oder in der Bibel lesen, mehr Lebenszufriedenheit äußern als andere, die dies seltener oder gar nicht tun. Von den 17 Untersuchungen, die dazu in den USA durchgeführt wurden und die Levin (1997) gesichtet hat, zeigten elf eindeutig einen solchen Zusammenhang, während sechs keine überzufällige Beziehung aufwiesen und keine einzige bei den religiösen Menschen eine geringere Lebenszufriedenheit feststellte als bei nichtreligiösen. Auch die Überblicksarbeiten von Idler und Kasl (1992), Koenig et al. (1995) sowie Van Ness und Larson (2002) ergeben, dass religiöse Alte mehr Wohlbefinden und niedrigere nicht-klinische Depressivität aufweisen – zumal weniger gesundheitsbezogene Depressivität (Wink, Dillon & Larsen, 2005). Die Korrelationen sind in all diesen Studien allerdings nicht stark.

Diesen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und Lebenszufriedenheit, den man auch in anderen Altersstufen beobachtet hat, erklären Psychologen gewöhnlich damit, dass religiöser Glaube Bewältigungsstrategien unterstützen und mit dieser **Pufferwirkung** im Hinblick auf Depressivität protektiv wirken kann; indes heben Soziologen die **soziale Unterstützung** durch die Kirchen-, Synagogen- oder Moscheegemeinde hervor. Beide Ressourcen, die soziale und die personale, sind nachgewiesen. Zur personalen Glaubensressource gehören aber wohl nicht nur religiös motivierte Bewältigungs- sondern auch Befriedigungsstrategien, denn religiöses Erleben wurzelt nicht nur im Streben nach situationsbezogener und emotionaler Kontrolle bei bedeutsamen Lebensereignissen, sondern auch in anderen Motiven (Grom, 2007).

Bei einer qualitativen Befragung von 55 Personen, die im Rahmen des Betreuten Wohnens begleitet wurden, haben sich folgende religiösen Bewältigungsformen herauskristallisiert: Sie setzten ihren Glauben ein, um die Kontinuität mit ihrem früheren Leben aufrechtzuerhalten, sich Linderung in ihren körperlichen und emotionalen Beschwerden zu verschaffen, Zugang zu einer Gemeinschaft zu finden, sich Mut zu machen, einen Lebenssinn aufrechtzuerhalten und sich auf den Tod vorzubereiten (Patterson, King, Ball, Whittington & Perkins, 2003). Diese Liste ist sicher nicht vollständig. In den USA wurde – bei Personen verschiedenen

Alters – festgestellt, dass eine kooperative Glaubenseinstellung, die die Beziehung zu Gott als Ermutigung zur Selbsthilfe auffasst, stärker mit Lebenszufriedenheit einhergeht als eine rein passive Einstellung, die alles Gott überantwortet, oder die Auffassung, Beschwerden seien eine Strafe Gottes (Pargament, 1997). Eine umfassende und abgesicherte Theorie dazu gibt es nicht, doch kommt folgenden Hinweisen ein hohes Maß an Plausibilität zu. Im Hinblick auf **Bewältigungsstrategien** kann eine Glaubenseinstellung, die die Emotions- und Verhaltensregulation beeinflusst,

- bei Trauer und Schmerz zur Klage vor Gott ermutigen, was – gesprächspsychotherapeutisch betrachtet – die Auseinandersetzung mit den negativen Gefühlen fördern und innerhalb des Trauerprozesses eine transsoziale Unterstützung erfahren lassen kann;
- die Übergeneralisierung von Negativerfahrungen (»Ich werde nie mehr glücklich; es hat alles keinen Sinn mehr«) als unvereinbar mit dem Glauben an einen guten Schöpfer wahrnehmen und zur Suche und Aufwertung von noch möglichen Positiverfahrungen im Sinne der erwähnten kognitiven Umstrukturierung anregen;
- mit der Hoffnung auf ein ewiges Leben das Denken an den Tod entkatastrophisieren und mit der eigenen Sterblichkeit versöhnen.

Im Hinblick auf die genannten **Befriedigungsstrategien** kann eine für die Emotions- und Verhaltensregulation bedeutsame Glaubenseinstellung

- im befriedigenden Tätig- und Neugierigsein eine sinnvolle Weise erblicken, die Schöpfung Gottes zu bearbeiten und zu erkunden, oder auch – wenn möglich – in einem ehrenamtlichen sozialen Engagement Nächstenliebe zu üben;
- in emotional bedeutsamen sozialen Beziehungen etwas vom Ideal der Geschwisterlichkeit erleben lassen. Dass gläubige Eheleute eine etwas höhere Beziehungszufriedenheit berichten als areligiöse, ist wahrscheinlich damit zu erklären, dass sie Partnerschaft höher bewerten;
- bezüglich des Selbstwertgefühls – entgegen den erwähnten gesellschaftlichen Tendenzen zur Abwertung des Alters – dem Menschen unab-

hängig von Alter, Leistungsfähigkeit, Attraktivität und Einkommen den Status eines Partners Gottes als am wichtigsten zuerkennen.

- durch ihre Kultur der Danksagung, wie sie auch einfachen Gläubigen durch Lieder und Gebete vermittelt wird, die Bereitschaft fördern, vergangene und gegenwärtige Positiverfahrungen stärker zu beachten und dadurch die Lebenszufriedenheitsbilanz zu verbessern.

20.5 Ausblick

Die psychologische Lebensberatung muss die u. U. fortgeschrittenen und nicht umkehrbaren Einschränkungen und Verluste körperlicher, neurologischer und sozialer Art, die alte Klienten belasten, ernst nehmen. Sie darf die Grenzen der noch möglichen Befriedigungsmöglichkeiten nicht verkennen – die erwähnten Chancen, die Lebenszufriedenheit zu erhalten oder wiederzuerlangen, aber auch nicht gering schätzen. Berater und Klient sollten sich vor verfrühter Resignation hüten. Altersstereotype wirken als sich selbst erfüllende Prophezeiungen: Negative Vorstellungen mindern die Gedächtnisleistung, das Selbstvertrauen und die körperliche Gesundheit, während positive diese Bereiche günstig beeinflussen (Levy, Hausdorff, Hencke & Wei, 2000). Helfen kann die Beratung dadurch, dass sie die Umstellung auf die gewandelte Situation begleitet und im verstehenden und anregenden Gespräch die Lebenszufriedenheitskompetenz des Klienten stärkt.

Schematisierend kann die Intervention in folgende Schritte gegliedert werden:

1. Bestandsaufnahme: Was empfindet der Klient an seiner Situation als unbefriedigend? Belastungen, Verluste, unerfüllte Erwartungen, innere Leere?
2. Wie hat er bisher versucht, seine Beeinträchtigungen zu verarbeiten und sein Befinden zu verbessern?
3. Ressourcensuche:
Einerseits: Welche Bewältigungsversuche könnten angemessener und effizienter sein, um die Belastungen aufzufangen?
Andererseits: Welche Positiverfahrungen können verstärkt gesucht werden? Welche Ziele,

Werte (Höherbewertungen?) und Interessen lassen sich aktivieren, um so befriedigende Tätigkeit, soziale Beziehungen, Selbstwertgefühl und andere Erfüllungen zu gewährleisten, und welche weltanschaulichen Überzeugungen können Kraft und Sinn vermitteln? Ein Schema dafür gibt es nicht, sondern nur den »sokratischen Dialog« (Frankl, 1982).

Literatur

- Albani, C., Gunzelmann, T., Bailer, H., Grulke, N., Geyer, M. & Brähler, E. (2004). Religiosität und Spiritualität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 43-50.
- Antonucci, T. C. & Jackson, J. (1987). Social support, interpersonal efficacy, and health: A life course perspective. In L. L. Carstensen & B. A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical Gerontology* (pp. 291-311). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. *Zeitschrift für Pädagogik*, 35, 85-105.
- Baltes, M. M. & Carstensen, L. L. (1996). Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychologische Rundschau*, 47, 199-215.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (2003). *New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age*. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Bengtson, V. L., Reedy, M. N. & Gordon, C. (1985). Aging and self-conceptions: Personality processes and social contexts. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 544-593). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Brunstein, J. C. (1999). Persönliche Ziele und subjektives Wohlbefinden bei älteren Menschen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20, 58-71.
- Butler, R. N. & Lewis, M. I. (1996). *Alte Liebe rostet nicht. Über den Umgang mit Sexualität im Alter*. Bern: Huber.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for Socioemotional Selectivity Theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.
- Charles, S. T., Reynolds, C. A. & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over twenty-three years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 136-151.
- Chipperfield, J. G., Perry, R. P. & Weiner, B. (2003). Discrete emotions in later life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, P23-P34.
- Deusinger, I. M. (1995). Empirische Untersuchungen zur Identität älterer Menschen. Messung und Analyse von Selbstwertgefühlen. In I. M. Deusinger (Hrsg.), *Gerontologie* (S. 23-54). Ebersberg: Vless-Verlag.
- Deusinger, I. M. & Eberts, I. (1995). Aktivität im Alter oder Disengagement? Untersuchungen zum Zusammenhang von Aktivität im Alltag und psychischem Wohlbefinden älterer Menschen. In I. M. Deusinger (Hrsg.), *Gerontologie* (S. 135-174). Ebersberg: Vless-Verlag.
- Ellert, U. & Knopf, H. (1999). Zufriedenheit mit Lebensumständen und Gesundheit. *Das Gesundheitswesen*, 61 (Sonderheft 2) 145-150.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Feinson, M. C. (1989). Are psychological disorders most prevalent among older adults? Examining the evidence. *Social Science and Medicine*, 29, 1175-1181.
- Frankl, V. (1982). *Der Wille zum Sinn*. Bern: Huber.
- Grom, B. (2007). *Religionspsychologie* (3. Aufl.). München: Kösel.
- Grond, E. (2001). *Altersschwermet*. München: E. Reinhardt.
- Herrmann, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (1995). *HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin*. Bern: Huber.
- Hirsch, A. M. (2001). *Psychologie für Altenpfleger. Bd. 1: Probleme des Alterns* (2. Aufl.). München: Quintessenz.
- Idler, E. L. & Kasl, S. V. (1992). Religion, disability, depression, and the timing of death. *American Journal of Sociology*, 97, 1052-1079.
- Isaacowitz, D. M. & Smith, J. (2003). Positive and negative affect in very old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, P143-P152.
- Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Kudler, H. S., Krishnan, K. R. & Sibert, T. E. (1995). Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. *Psychosomatics*, 36, 369-375.
- Kohli, M. & Künemund, H. (1996). *Nachberufliche Tätigkeitsfelder: Konzepte, Forschungslage, Empirie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Künzel-Schön, M. (2000). *Bewältigungsstrategien älterer Menschen. Grundlagen und Handlungsorientierungen für die ambulante Arbeit*. Weinheim: Juventa.
- Langenmayr, A. (1999). *Trauerbegleitung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lee, D. J. & Markides, K. S. (1990). Activity and mortality among aged persons over an eight-year period. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45B, S39-S42.
- Lehr, U. (2000). *Psychologie des Alterns* (9. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Lehr, U. & Thoma, H. (Hrsg.) (1987). *Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie*. Stuttgart: Enke.
- Levin, J. S. (1997). Religious research in Gerontology, 1980-1994: A systematic review. *Journal of Religious Gerontology*, 10, 3-31.
- Levy, B. R., Hausdorff, J.M., Hencke, R. & Wei, J. Y. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B, P205-P213.
- Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (1999). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.

- Meier, P. (1992). *Sinnsuche und Sinnfindung im Umfeld eines kritischen Lebensereignisses. Die Krebserkrankung als Sinnkrise*. Regensburg: Loderer.
- Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B, S74-S82.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, Ph. A. & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B, S137-S145.
- Noelle-Neumann, E. & Köcher, R. (Hrsg.) (2002). *Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1998-2002*. Bd. 11. München: Saur.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York: The Guilford Press.
- Patterson, V. L., King, S. V., Ball, M. M., Whittington, F. J. & Perkins, M. M. (2003). Coping with change: Religious activities and beliefs of residents in Assisted Living Facilities. *Journal of Religious Gerontology*, 14, 79-94.
- Pinquart, M. (1997). Selbstkonzept- und Befindensunterschiede im Erwachsenenalter: Ergebnisse von Metaanalysen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10, 17-25.
- Robins, R. W. & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 158-162.
- Rosenmayr, L. & Köckeis, E. (1961). Sozialbeziehungen im höheren Lebensalter. *Soziale Welt*, 12, 214-229.
- Schwarz, R., Gunzelmann, Th., Hinz, A. & Brähler, E. (2001). Angst und Depressivität in der über 60-jährigen Allgemeinbevölkerung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 126, 611-615.
- Spinhoven, H., Ormel, J., Sloekers, P. P., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. M. & Hemert, A. M. van (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51, 185-197.
- Staudinger, U. M., Freund, A., Linden, M. & Maas, I. (1999). Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 321-350). Berlin: Akademie Verlag.
- Van Ness, P. H. & Larson, D. B. (2002). Religion, senescence, and mental health: The end of life is not the end of hope. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 386-397.
- Wink, P., Dillon, M. & Larsen, B. (2005). Religion as moderator of the depression-health connection: Findings from a longitudinal study. *Research on Aging*, 27, 197-220.
- Zigmont, A. S. & Snaith, R. P. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Teil V Neuroanatomie und Biochemie des Wohlbefindens

Kapitel 21 Neuronale Grundlage positiver Emotionen – 273

**Kapitel 22 Neuromodulatorische Einflüsse auf das Wohlbefinden:
Dopamin und Oxytocin – 283**

**Fragebogen zum aktuellen körperlichen
Wohlbefinden (FAW) – 295**

Ressourcen-Checkliste – 299

Stichwortverzeichnis – 303

Neuronale Grundlage positiver Emotionen

Rudolf Stark u. Sabine Kagerer

- 21.1 Einleitung und Überblick – 274**
- 21.2 Positive Emotionen und ihre Auslöser – 274**
- 21.3 Emotionen im Gehirn – 275**
 - 21.3.1 Limbisches System – neuronale Basis der Emotion – 276
 - 21.3.2 Belohnungssystem – 277
- 21.4 Empirische Befunde – 278**
- 21.5 Zusammenfassung und Ausblick – 280**
 - Literatur – 281**

21.1 Einleitung und Überblick

In diesem Kapitel geht es um die Frage, was im Gehirn passiert, wenn positive Gefühle – eine zentrale Facette von Wohlbefinden – erlebt werden. Moderne bildgebende Verfahren wie die Positronen-Emissions-Tomographie und insbesondere die funktionelle Kernspintomographie haben sich im letzten Jahrzehnt zu sehr wichtigen Untersuchungsinstrumenten in den Neurowissenschaften entwickelt, da sie die ortsbezogene Messung der neuronalen Aktivität im Gehirn ermöglichen. Die funktionelle Kernspintomographie weist gegenüber der Positronen-Emissions-Tomographie den Vorteil auf, dass sie ein nicht-invasives Verfahren ohne bekannte Nebenwirkungen darstellt.

Die experimentelle Untersuchung positiver Gefühle im Humanbereich erfordert verschiedene konzeptuelle Klärungen. Deshalb werden im folgenden Abschnitt zunächst einmal verschiedene Aspekte positiven Erlebens thematisiert. Danach folgt ein Überblick über die wichtigsten Hirnstrukturen, die bei der emotionalen Verarbeitung generell und bei dem Erleben positiver Emotionen spezifisch, beteiligt sind. Schließlich werden exemplarische Studien vorgestellt, die im Humanbereich die Bedeutung des Belohnungssystems für das Erleben des positiven Affekts zeigen. Hierbei werden Studien vertieft dargestellt, in denen erotische Reize verwendet wurden, um Appetenz auslösen. Die Verwendung solcher Stimuli hat den Vorteil, dass

1. mit starken Effekten zu rechnen ist, da das Reagieren auf sexuelle Reize sehr stark biologisch determiniert ist, sich
2. in vielen Arbeiten gezeigt hat, dass Untersuchungsteilnehmer durch erotische Bilder in eine ausgeprägte positive Stimmung versetzt werden können und schließlich
3. hier ein Forschungsschwerpunkt in unserer Arbeitsgruppe liegt.

Diese Schwerpunktbildung bedeutet nicht, dass die Autoren davon ausgehen, dass das Reagieren auf sexuelle Reize zentral für das Wohlbefinden insbesondere von Patienten sei. Viel mehr können Studien in diesem Forschungsfeld aufgrund der oben aufgeführten Vorteile als paradigmatische Vorlagen für zukünftige Studien dienen, die dann

weitere, möglicherweise therapeutisch wichtigere, Aspekte des Wohlbefindens untersuchen.

Eine Zusammenfassung rundet dieses Kapitel ab.

21.2 Positive Emotionen und ihre Auslöser

Emotionen werden oft umgangssprachlich mit Gefühlen gleichgesetzt. Dabei sind positive Emotionen mit einem angenehmen, negative Emotionen mit einem unangenehmen Affekt verbunden. Tatsächlich geht man aber in der Emotionsforschung heute davon aus, dass das Gefühl als subjektive Erlebensentität nur einen Teilaspekt von Emotionen darstellt. Daneben werden Emotionen in der Regel von charakteristischen Kognitionen begleitet und Emotionen lösen motorische Handlungen aus, die aus komplexen Handlungssequenzen bestehen können, aber auch mimisches Ausdrucksverhalten umfassen. Ergänzt wird das emotionale Geschehen durch körperliche Veränderungen, die sich z. B. in endokrinologischen oder immunologischen Parametern, aber auch in Veränderungen autonomer Reaktionen wie der Herzrate widerspiegeln können. Deshalb schlagen verschiedene Emotionsforscher, wie z. B. Lang (1993) vor, dass emotionale Geschehen auf mindestens drei Ebenen zu beschreiben: einer subjektiv emotionalen Ebene, die nur durch Introspektion und Befragung erfasst werden kann, einer motorischen Verhaltensebene, die z. B. durch Verhaltensbeobachtung gemessen werden kann und einer autonom-physiologischen Ebene, die über geeignete Messaufnehmer registriert werden kann.

Biologisch orientierte Emotionsforscher wie Ekman (1992), Panksepp (1998) oder Öhman (2001) gehen davon aus, dass die Evolution neuronale Netzwerke hervorgebracht hat, die den Organismus in die Lage versetzen, auf bestimmte Umweltsituationen optimal, d. h. z. B. möglichst schnell im Fall einer aktuellen Bedrohung, zu reagieren. In dieser Konzeption ergeben die Reaktionen auf den verschiedenen Ebenen Sinn: Das subjektive Gefühl motiviert zur Annäherung oder Abwendung, der mimische Ausdruck kann der schnellen Kommunikation mit den Artgenossen dienen und die physiologischen Veränderungen bereiten den

Organismus z. B. auf muskuläre Reaktionen vor. In dieser Denktradition geht man davon aus, dass es eine bestimmte Anzahl von Basisemotionen gibt, die sich dadurch auszeichnen, dass sie:

1. ein spezifisches **physiologisches Grundmuster** besitzen,
2. **universal** sind, also in allen Kulturen vorkommen
3. **ontogenetisch früh** auftreten
4. einen **hohen evolutionären Anpassungswert** besitzen.

Je nach Autor werden aber verschiedene Anzahlen von Basisemotionen postuliert: Izard (1992) nimmt z. B. 10, Plutchik (1989) 8 und Panksepp (1998) 7 Basisemotionen an. Interessanterweise werden in allen Taxonomien mehr negative als positive Basisemotionen beschrieben, was darauf hindeuten könnte, dass den positiven Emotionen bisher zu wenig Aufmerksamkeit in der Forschung geschenkt wurde.

Dem Konzept von distinkten Basisemotionen steht ein dimensionaler Ansatz gegenüber, der annimmt, dass es ein Annäherungs- und Vermeidungssystem gibt, und dass sich die Emotionen darin unterscheiden, welches der beiden Systeme mit welcher Intensität aktiviert wird. Schon Wundt (1903) nahm an, dass sich alle Emotionen auf zwei grundlegenden Dimensionen abbilden lassen, nämlich **Valenz** und **Erregung**. Valenz beschreibt hierbei, ob etwas als angenehm oder unangenehm erlebt wird und Erregung gibt die Intensität eines Gefühls an.

Den biologisch-orientierten Theorien stehen kognitionspsychologische Emotionsmodelle gegenüber: Modelle wie das von Schachter und Singer (1964) oder Scherer (1984) nehmen an, dass Emotionen das Ergebnis von Bewertungsprozessen sind.

Inzwischen werden verstärkt Versuche unternommen, diese verschiedenen Ansätze zu integrieren. Stemmler (2002) z. B. verbindet in seinem Modell der Basisemotionssysteme verschiedene biologisch orientierte Emotionstheorien und kombiniert sie mit kognitiven Ansätzen. Er nimmt an, dass die Aktivierung eines Basisemotionssystems von verschiedenen Gefühlen begleitet sein kann. Das aktuelle Gefühl richtet sich danach, in welchem Ausmaß das Ziel eines aktivierten Basisemotionssystems erreicht wurde.

Positive Emotionen werden in der Regel durch Reize in der Umwelt ausgelöst, können aber prinzipiell auch durch interne Stimuli wie Gedanken ausgelöst werden. Diese Reize können direkt belohnend (positive Verstärker) oder indirekt dadurch belohnend wirken, indem sie bestrafende Ereignisse vermeiden. Bei den positiven Verstärkern wird weiter zwischen primären und sekundären Verstärkern unterschieden. Primäre Verstärker lösen per se positive Emotionen aus, ohne dass hierzu Lernen nötig wäre. Für die Existenz von angeborenen primären Verstärkern spricht, dass schon Säuglinge für alle Sinneskanäle zwischen angenehm und unangenehm unterscheiden. Zum Beispiel wird ein süßer Geschmack einem bitteren Geschmack vorgezogen, oder ein unfreundliches Gesicht löst Flucht, ein freundliches Gesicht Zuwendung aus. Zu beachten ist, dass der Anreizwert von primären Verstärkern von der aktuellen Bedürfnislage abhängt. Ein opulentes Essen löst bei einem nahrungsdeprivierten Menschen sicherlich andere Reaktionen aus, als bei jemandem, der kurz vorher gerade eine Mahlzeit beendet hat. Sekundäre Verstärker setzen Lernprozesse meist in Form klassischer oder operanter Konditionierung mit primären Verstärkern voraus. So ist zum Beispiel der Anblick von Geld erst belohnend, wenn der symbolische Wert von Geld gelernt wurde.

Ein weiterer wichtiger Aspekt von Reizen ist nach Berridge (1996) die Frage, ob sie ein Wollen/Begehren (»wanting«) und ein Mögen/Genießen (»liking«) auslösen. Der Anblick eines wunderschön dekorierten Eisbechers erzeugt in der Regel ein positives Gefühl, das verbunden ist mit dem Wunsch des Einverleibens (Wollen/Begehren). Der Verzehr dieses Eisbechers erzeugt einen unmittelbaren Genuss und Befriedigung (Mögen/Genießen).

21.3 Emotionen im Gehirn

Is emotion a magic product, or is it a physiologic process which depends on an anatomic mechanism?
(Papez, 1937)

In diesem Kapitel werden die Strukturen im Gehirn beschrieben, die nach heutigem Kenntnisstand am emotionalen Geschehen beteiligt sind. Ein Pionier

der biologischen Grundlagen von Emotionen war der Neuropathologe Papez (1937). Papez identifizierte die Mammilarkörperchen, den Hypothalamus, den Thalamus, den anterioren zingulären Kortex, den Hippokampus und die Fornix als Teile eines neuronalen Netzwerkes, das eine spezifische Rolle bei der emotionalen Verarbeitung spielen sollte und später nach ihm als Papez-Kreis bezeichnet wurde. Seine Arbeiten wurden von MacLean (1949) fortgeführt, der schließlich den Begriff des limbischen Systems etablierte, der ursprünglich auf Brocas Arbeit über den »grand lobe limbique« (1878) zurückgeht. Dieses im Gehirn weit verzweigte System fasst die Strukturen zusammen, die bei der emotionalen Verarbeitung von Bedeutung sind, wobei es zum Teil unterschiedliche Auffassungen darüber gibt, welche Strukturen im Einzelnen dem limbischen System zuzurechnen sind, und welche nicht. Im Folgenden werden die wichtigsten Strukturen und ihre Funktionen kurz beschrieben.

21.3.1 Limbisches System – neuronale Basis der Emotion

Das Limbische System besteht aus Strukturen des Mittelhirns (ventrales tegmentales Areal, zentrales Höhlengrau), des Zwischenhirns (Thalamus, Hypothalamus) und des Endhirns (Amygdala, insulärer Kortex, orbitofrontaler Kortex, anteriorer zingulärer Kortex, Hippokampus, Basalganglien). Die Bedeutung der einzelnen Strukturen soll an einem Beispiel erläutert werden. Das zugrunde gelegte neurobiologische Emotionsmodell integriert vor allem die Arbeiten von Rolls (1999), LeDoux (2000) und Damasio (1994).

Beispiel

Stellen Sie sich vor, es ist ein heißer Tag, sie haben Hunger, stehen vor einer Eisdiele und sehen ein Plakat mit dem oben schon erwähnten Eisbecher. Sie fühlen sich durch das Bild sehr angesprochen, betreten die Eisdiele und geben sich dem gustatorischen Genuss des Eisverzehrs hin. Was sind die zu dieser Verhaltenssequenz korrespondierenden Prozesse im Gehirn?

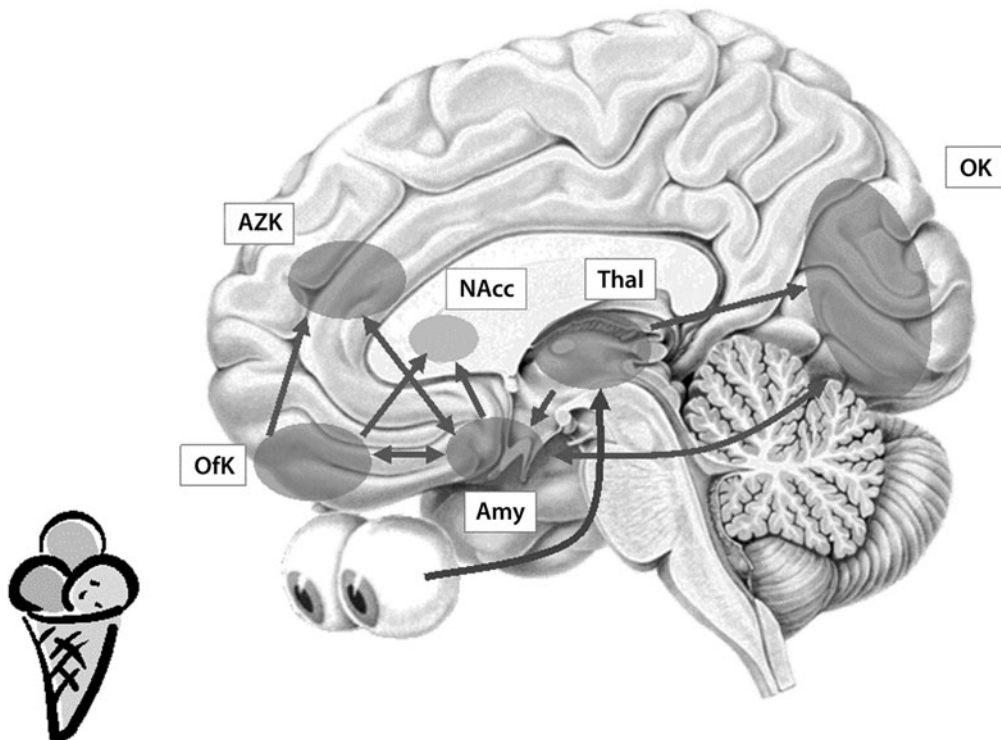
In ■ Abb. 21.1 ist die Topographie der wichtigsten Strukturen und deren funktionelles Zusammenspiel dargestellt. Zunächst wird die visuelle Information in der Retina des Auges in Nervenimpulse umgesetzt. Diese werden wie nahezu alle sensorischen Eingänge zunächst im **Thalamus** umgeschaltet, weshalb er auch als Tor zum Kortex bezeichnet wird. Nach den Arbeiten von LeDoux (2000) geht man heute davon aus, dass es vom Thalamus zwei parallele Wege der weiteren Verarbeitung gibt, nämlich einem schnellen, aber »ungenauen« Weg direkt zur **Amygdala** und ein hierzu im Vergleich langsameren, aber elaborierteren Verarbeitungsweg über den Kortex zur Amygdala. Der Amygdala kommt die zentrale Aufgabe zu, die emotionale Bedeutung einer Wahrnehmung zu bestimmen. Das Faszinierende an der Vorstellung einer direkten Verbindung vom Thalamus zur Amygdala liegt darin, dass diese emotionale Verarbeitung ohne Bewusstheit ablaufen kann. Zum Zeitpunkt des Eintreffens der Information im Thalamus wissen wir noch nicht, was wir gerade sehen. Trotzdem können physikalische Charakteristika der Reize dazu führen, dass wir uns unmittelbar angezogen oder abgestoßen fühlen, ohne dass wir wissen warum. Diese vorbewusste Verarbeitung funktioniert wahrscheinlich bei evolutionär bedeutsamen Reizen, wie z. B. Schlangen und Spinnen. Ob auch positive Reize so verarbeitet werden können, ist noch nicht bekannt. Der übliche Verarbeitungsweg geht im Falle eines visuellen Stimulus über den Okzipitallappen, in dem die primäre und sekundäre visuelle Verarbeitung erfolgt. Über den weiteren Verarbeitungsweg im Temporalappen erkennen wir schließlich die Bedeutung des Gesehenen, wobei hier Gedächtnisspuren, also Lernerfahrungen von großer Bedeutung sind. Für Gedächtnisleistungen ist ein intakter **Hippokampus**, der im Schläfenlappen liegt, Voraussetzung. Wie oben schon erwähnt wird nun das Gesehene einem Bewertungsprozess unterworfen, wobei hier der Amygdala im Zusammenspiel mit dem **orbitofrontalen Kortex**, dem Teil des Frontallappens, der über den Augenhöhlen liegt, eine bedeutende Rolle zukommt. Beide Strukturen sind sehr stark wechselseitig mit anderen Strukturen des Gehirns verbunden. Falls das Ergebnis dieses Bewertungsprozesses darin besteht, dem Reiz eine Bedeutung einzuräumen – egal ob positiv oder negativ – wird dem

Objekt mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Hierbei ist der **anteriore zinguläre Kortex** von besonderer Bedeutung, der in Verbindung mit Aufmerksamkeitsnetzwerken im Parietallappen und dem dorsolateralen präfrontalen Kortex steht. Ist die Bedeutung einer Situation erkannt, werden durch Rückprojektionen der Amygdala die vorverarbeitenden Strukturen im Hinterhauptlappen und im Schläfenlappen zusätzlich reaktiviert um eine optimale Informationsverarbeitung zu gewährleisten. Die Amygdala ist efferent eng mit dem **Hypothalamus** und dem **zentralen Höhlengrau** im Mittelhirn verbunden. Diese Efferenzen steuern die physiologischen Begleiterscheinungen der Emotion, z. B. dass einem das Wasser im Munde zusammenläuft. Dem **präfrontalen Kortex** kommt die Rolle des Regisseurs zu. Hier laufen die kognitiven Prozesse ab, die zielgerichtete Handlungen zur Folge haben, die über die **Basalganglien** in offenes Verhalten münden. Nach Damasio (1998) wird eine Handlungsentscheidung

maßgeblich von früheren emotionalen Erfahrungen beeinflusst. Körperliche Erfahrungen in früheren Situationen dienen als sog. somatische Marker, die uns unbewusst zu Handlungen veranlassen, die mit angenehmeren Erinnerungen verbunden sind. Hierbei kommt dem **assoziativen somatosensorischen Kortex** und dem **insulären Kortex** offensichtlich eine wichtige Rolle zu. Die hier beschriebenen Prozesse dürften weitgehend sowohl bei negativen, als auch bei positiven Emotionen ablaufen. Ergänzend und damit spezifisch für positive Emotionen wird aber das sog. Belohnungssystem im **ventralen Striatum** durch angenehme Reize stimuliert.

21.3.2 Belohnungssystem

Ein Meilenstein in der Erforschung positiver Gefühle stellte die zufällige Entdeckung des Belohnungssystems durch Olds und Milner in den 50-er



■ Abb. 21.1. Pfade der emotionalen Verarbeitung bei positiven visuellen Reizen. Amy=Amygdala; AZK=anteriorer zingulärer Kortex; NAcc=Nucleus Accumbens; OfK=orbitofrontaler Kortex; OK=okzipitaler Kortex; Thal=Thalamus

Jahren des letzten Jahrhunderts dar (1950). In ihren Experimenten mit Ratten beobachteten sie, dass elektrische Reizungen in bestimmten Hirnarealen offensichtlich extrem positiv erlebt wurden. Konnten Ratten sich selbst über Tastendrucke in diesen Regionen stimulieren, verloren sie jegliches Interesse an anderen Aktivitäten, sie gaben sogar das Fressen auf. Stattdessen drückten sie bis zu 5000mal in der Stunde die Taste, was ihnen offensichtlich höchste Glücksgefühle vermittelte. Die am Belohnungssystem beteiligten Strukturen umfassen Bereiche im Hirnstamm als auch das entwicklungsgeschichtlich früh entstandene Striatum im Großhirn mit dem Nucleus Accumbens als der wichtigsten Struktur im Belohnungssystem. Neuere Arbeiten konnten die besondere Bedeutung des Nucleus Accumbens bestätigen. In einem Überblicksartikel trägt Berridge (2003) tierexperimentelle Befunde und Läsionsstudien im Humanbereich zusammen, die nahelegen, dass dem Nucleus Accumbens sowohl beim Wollen/Begehren als auch beim Mögen/Genießen eine zentrale Rolle zukommt, wobei bei letzterem besonders ein spezifischer Bereich des Nucleus Accumbens beteiligt zu sein scheint, der sehr viele Opiatrezeptoren enthält. Auf die besondere Bedeutung des Neurotransmitters Dopamin im Belohnungssystem geht ► Kap. 22 ein.

21.4 Empirische Befunde

Die empirische Grundlage für die in ► Kap. 21.3.2 dargestellte funktionelle Neuroanatomie der positiven Emotionen bilden vor allem tierexperimentelle Studien. Im Folgenden werden Untersuchungen vorgestellt, die belegen, dass auch bei Menschen positive Gefühle mit der Aktivierung des Belohnungssystems einhergehen. Hierbei liegt ein Schwerpunkt auf Experimenten, die sexuelle Reize zur Induktion positiver Gefühle verwendeten.

Mittlerweile wurden einige sehr unterschiedliche und z. T. sehr einfallsreiche Untersuchungen durchgeführt, bei denen Menschen in positive Stimmungen versetzt wurden, während ihre Hirnaktivität gemessen wurde. In nahezu allen diesen Experimenten zeigte sich, dass hedonistische Gefühle mit Reaktionen in verschiedenen Strukturen

wie der Amygdala, des insulären Kortex, des anterioren zingulären Kortex oder des orbitofrontalen Kortex einhergingen, alles Strukturen, die häufig aber auch bei negativen Emotionen aktiviert werden. Das spezifische an den positiven Gefühlen scheint aber die Beteiligung des Belohnungssystems und hier insbesondere die des Nucleus Accumbens zu sein.

Eine Aktivierung des Belohnungssystems fanden beispielsweise Blood und Zatorre (2001) bei ihren Untersuchungsteilnehmern, die durch ihre Lieblingsmusikstücke in eine positive Stimmung versetzt wurden. In anderen Studien (Knutson et al., 2001; Kirsch et al., 2003) konnte gezeigt werden, dass selbst die Aussicht auf Belohnung schon zu einer Aktivierung des Belohnungssystems führen kann. In diesen Experimenten konnten Teilnehmer Geld verdienen, wenn sie bei einer Aufgabe schnell genug reagierten. Small, Zatorre, Dagher, Evans und Jones-Gotman (2001) zeigten, dass Schokolade das Belohnungssystem von hungrigen Untersuchungsteilnehmern aktivierte, dass aber diese Wirkung mit zunehmender Sättigung der Teilnehmer verschwand. Auch menschliche Nähe, Vertrauen und Sicherheit lösen in der Regel positive Emotionen aus. Um die neuronale Korrelate dieser Gefühle zu untersuchen, führten Bartels und Zeki (2000) eine Untersuchung durch, in der sie die neuronalen Reaktionen von Untersuchungsteilnehmern verglichen, wenn sie entweder die Bilder von ihren geliebten Partnern sahen oder Bilder von Freunden. In einer anderen Studie wurden Müttern entweder die Bilder ihrer eigenen Babys oder die von fremden Babys gezeigt (Nitschke et al., 2004). In beiden Untersuchungen fanden sich allerdings keine Aktivierungen im Belohnungszentrum, sondern vor allem Aktivierungen im anterioren zingulären Kortex und im orbitofrontalen Kortex. Möglicherweise waren methodische Schwächen (z. B. Stichprobenumfang) für das Nicht-Auffinden einer Aktivierung im Belohnungssystem verantwortlich.

Zunehmend werden Untersuchungen veröffentlicht, die die Wirkung von sexuellen Reizen auf das menschliche Gehirn untersuchen. Sexuelle Reize haben einen hohen Anreizwert ("sex sells") und sexuelle Befriedigung wird häufig als der Inbegriff körperlichen Genusses gesehen. Da

das Reagieren auf sexuelle Reize Voraussetzung für die Weitergabe von Genen an nachfolgende Generationen ist, kann man davon ausgehen, dass die durch Erotika ausgelöste Anreizmotivation auf phylogenetisch sehr alten Hirnmechanismen beruht. In entsprechenden Untersuchungen kamen entweder Imaginationen (Rauch et al., 1999), erotische Bilder (Mouras et al., 2003; Hamann et al., 2004) oder am häufigsten Filme (Stoléru et al., 1999; Beaugregard et al., 2001; Arnow et al., 2002) zum Einsatz. Auch in diesen Studien wurden viele Hirnstrukturen aktiviert, die nicht spezifisch für den positiven Affekt sind. Dies waren unter anderem die Amygdala, der Thalamus, der präfrontale Kortex, der anteriore zinguläre Kortex, der Hypothalamus, der insuläre Kortex, ausgedehnte Bereiche im visuellen Kortex, und in einigen Studien auch der Nucleus Accumbens.

Die bisher dargestellten Studien zielten darauf ab, sexuelle Erregung, aber nicht sexuelle Befriedigung, zu erzeugen. Tatsächlich gibt es aber auch eine Studie von Holstege, Georgiadis, Paans, Meiners, van der Graaf und Reinders (2003), die die neuronalen Geschehnisse während eines Orgasmus untersucht haben. Hierbei wurden 11 Männer in einem PET Scanner von ihren Partnerinnen bis zum Orgasmus manuell stimuliert. Nicht überraschend, wurde zum Zeitpunkt des Orgasmus eine vermehrte neuronale Aktivität im Belohnungssystem beobachtet, was wiederum die besondere Bedeutung dieses Systems für hedonistische Gefühle dokumentiert.

In eigenen Untersuchungen sind wir der Frage nachgegangen, ob die Aktivierung des Belohnungssystems einfach durch die sexuellen Reize per se ausgelöst werden, also reizimmanent ist, oder ob die Aktivierung des Belohnungssystems die individuellen sexuellen Präferenzen widerspiegelt.

Zur Beantwortung dieser Frage hat unsere Arbeitsgruppe in zwei Studien untersucht, ob und wie die neuronalen Reaktionen zweier Gruppen unterschiedlich ausfallen, wenn die gezeigten Erotika von ihnen entweder als hoch attraktiv oder als abstoßend eingestuft werden. In einer ersten Studie (Stark et al., 2005) wurde eine Gruppe von Männern und Frauen (6 Männer und 6 Frauen), die sich selbst als Sadomasochisten bezeichneten, mit einer gleich großen Gruppe von Männern und

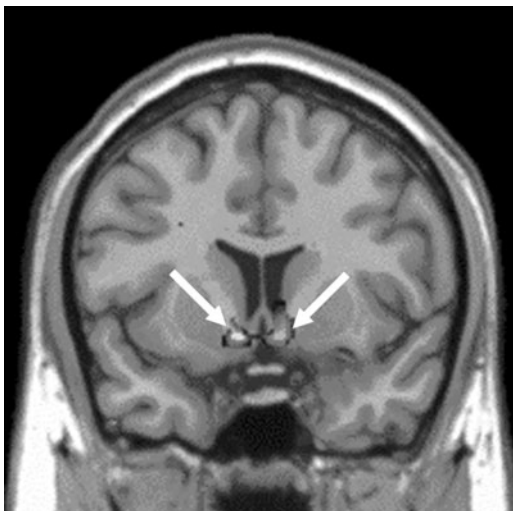
Frauen verglichen, die weder sadomasochistische Erfahrungen besaßen noch diese wünschten. Die Gruppe der Sadomasochisten waren keine Sadomasochisten im pathologischen Sinne, sondern sind besser als Vertreter einer Subkultur von sexuell Experimentierenden zu verstehen, deren sexuelle Lust eng mit Dominanz und Unterwerfung verknüpft ist, wobei sie bei ihren Praktiken das gegenseitige Einverständnis betonen. Einen Einblick in diese Subkultur in Deutschland bietet die Untersuchung von Wetzstein et al. (1994).

In der von uns durchgeführten kernspintomographischen Untersuchung sahen die beiden Gruppen neben neutralen und ekelinduzierenden Bildern entweder Bilder mit eindeutigem Anreizwert für sadomasochistische Untersuchungsteilnehmer (z. B. eine nackte gefesselte Frau oder einen nackten Mann, der an einem Halsband geführt wird) oder Bilder, die zuvor von heterosexuellen Männern und Frauen ohne sadomasochistische Neigungen als sexuell hoch erregend eingestuft wurden. Beide Gruppen stuften die sexuelle Attraktivität der gezeigten Bilder nach dem Experiment ein. Das Ergebnis zeigt, dass die nicht sadomasochistischen Untersuchungsteilnehmer die Bilder mit sadomasochistischem Inhalt als sehr wenig sexuell erregend beurteilten, während umgekehrt die Untersuchungsteilnehmer mit sadomasochistischer sexueller Orientierung zwar ihr spezifisches erotisches Material mit Abstand als am sexuell erregendsten einstufen, aber auch bei den Erotika ohne expliziten sadomasochistischen Bezug eine ausgeprägte sexuelle Attraktivität angaben.

Die Analyse der neuronalen Aktivität zeigte, dass die emotionalen Bilder, also die erotischen und die ekelinduzierenden Bilder, im Vergleich zu den neutralen Bildern ausgeprägte Aktivierungsherde in visuellen Arealen hervorbrachten, was durch die erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber diesen Bildern erklärt werden kann. Weiter führten die emotionalen Bilder unabhängig von der individuellen Präferenz zu erhöhter neuronaler Aktivität in der Amygdala. Eine gruppenspezifische Aktivierung wurde aber im Nucleus Accumbens beobachtet: Das erotische Bildmaterial führte bei derjenigen Untersuchungsgruppe, die dieses Material bevorzugte, zu signifikant höheren Aktivierungen im

Belohnungssystem als dies bei der anderen Gruppe der Fall war.

In einer zweiten noch unveröffentlichten Studie wurden die Reaktionen von 11 homosexuellen Männern mit denen von 10 heterosexuellen Männern verglichen, wenn sie entweder homosexuelles oder heterosexuelles erotisches Bildmaterial sahen. Anders als in der vorherigen Studie wurde die sexuelle Attraktivität der Bilder nicht nach der Untersuchung, sondern direkt nach jeder Bildpräsentation im Magnetresonanztomographen erhoben. Wieder zeigte sich ein signifikanter Unterschied im Belohnungssystem zwischen den beiden Gruppen, je nachdem, ob ein Bild präferiert wurde oder nicht. Die Art des experimentellen Aufbaus erlaubte aber auch die Bearbeitung einer anderen Fragestellung. Gibt es Gehirnregionen, die umso stärker aktiviert werden je höher die berichtete sexuelle Erregung ist? Tatsächlich zeigten die entsprechenden statistischen Analysen, dass die neuronale Aktivität im medialen Teil des orbitofrontalen Kortex und im Nucleus Accumbens mit der angegebenen sexuellen Erregung korreliert war. ■ Abb. 21.2 zeigt das Ergebnis der Gruppenanalyse in einem Coronschnitt auf der Höhe des Nucleus Accumbens. Die Helligkeit der Farbe kodiert die Stärke des Zusammenhangs zwischen der neuronalen Aktivierung und der angegebenen sexuellen Erregung.



■ Abb. 21.2. Aktivierung des Nucleus Accumbens bei sexueller Erregung

21.5 Zusammenfassung und Ausblick

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, ob sich positive Gefühle im Gehirn lokalisieren lassen. Hierbei wurde gezeigt, dass eine Stimulation mit positiven Reizen nahezu die gleichen Hirnstrukturen aktiviert, die auch durch negative Reize angeregt werden. Dies spricht dafür, dass es keine für einzelne Emotionen hoch spezialisierten Netzwerke gibt, sondern vielmehr die gleichen Strukturen mit sicherlich unterschiedlichen Anteilen bei den verschiedenen Emotionen beteiligt sind. Jedoch legen die referierten Befunde nahe, dass hedonistische Gefühle mit der Aktivität des Belohnungssystems, mit dem Nucleus Accumbens als zentraler Struktur, verbunden sind. Weitere Unterstützung bekommt diese Annahme dadurch, dass auch Sucht erzeugende, euphorisierende, psychotrope Substanzen entweder direkt oder indirekt das Belohnungssystem stimulieren. In der Aktivierung des Belohnungssystems durch primäre Verstärker liegt aber auch eine nicht zu unterschätzende Gefahr: Wie bei einer Substanzabhängigkeit kann es auch bei diesen natürlichen Verstärkern zu einer Toleranzentwicklung kommen, die sich in einem gesteigerten, zum Teil suchartigen Konsum niederschlägt. Beispielsweise scheint die leichte und anonyme Verfügbarkeit von pornographischen Reizen im Zeitalter des Internets kritische Entwicklungen (Stichwort Sexsucht) zu fördern. Somit können die belohnenden Effekte von Sexualität, aber auch die aller anderen positiv wirkenden Reize wie z. B. Nahrung durchaus zu einem Problem werden.

Der Beitrag macht deutlich, dass mit den modernen bildgebenden Verfahren, insbesondere der funktionellen Kernspintomographie, Untersuchungsinstrumente zur Verfügung stehen, die es erlauben, Hirnprozesse zu lokalisieren. Worin könnte der Einsatz dieser Methodik in Zukunft im Klinischen Bereich liegen? Prinzipiell denkbar sind Einsätze sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie. Insbesondere in der Veränderungsdiagnostik könnte der Einsatz dieser Verfahren helfen, den Nutzen verschiedener Interventionsverfahren zu beurteilen. Eine therapeutische Anwendung könnte im Neurofeedback mittels funktioneller Kernspintomographie liegen. So könnten z. B. Schlaganfall-Patienten durch die Rückmeldung

der neuronalen Aktivität in geschädigten Arealen diese gezielt trainieren. Ob sich auch Wohlbefinden durch gezielte Rückmeldung der Nucleus Accumbens Aktivität intensivieren lässt – die Zukunft wird es zeigen.

Wir hoffen, dass wir mit diesem Beitrag die Bedeutung neurowissenschaftlicher Forschung verdeutlicht haben. Diese wird sicherlich in Zukunft die Entwicklung der Psychotherapie beeinflussen, wie es auch Grawe (2004) in seinem Buch Neuropsychotherapie prognostiziert.

Literatur

- Arnow, B.A., Desmond, J.E., Banner, L.L., Glover, G.H., Solomon, A., Polan, M.L., Lue, T.F. & Atlas, S.W. (2002). Brain activation and sexual arousal in healthy, heterosexual males. *Brain*, 125, 1014-1023.
- Bartels, A. & Zeki, S. (2000). *The neural basis of romantic love. Neuroreport*, 11, 3829-3834.
- Beauregard, M., Levesque, J. & Bourgouin, P. (2001). Neural correlates of conscious self-regulation of emotion. *Journal of Neuroscience*, 21, 211-216.
- Berridge, K.C. (1996). Food reward: Brain substrates of wanting and liking. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 20, 1-25.
- Berridge, K.C. (2003). Pleasures of the brain. *Brain and Cognition*, 52, 106-128.
- Blood, A.J. & Zatorre, R.J. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98, 11818-11823.
- Broca, P. (1878). Anatomie comparée des circonvolutions cérébrales: le grand lobe limbique. *Review of Anthropology*, 1, 385-498.
- Ekman, P. (1992). An Argument for Basic Emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*. New York: Avon Books.
- Damasio, A.R. (1998). Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*, 26, 83-86.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hamann, S., Herman, R.A., Nolan, C.L. & Wallen, K. (2004). Men and women differ in amygdala response to visual sexual stimuli. *Nature Neuroscience*, 7, 411-6.
- Holstege, G., Georgiadis, J.R., Paans, A.M.J., Meiners, L.C., van der Graaf, F.H.C.E. & Reinders, S.A.A.T. (2003). Brain activation during human male ejaculation. *Journal of Neuroscience*, 23, 9185-9193.
- Kirsch, P., Schienle, A., Stark, R., Sammer, G., Blecker, C., Walter, B., Ott, U., Burkart, J. & Vaitl, D. (2003). Anticipation of reward in a nonaversive differential conditioning paradigm and the brain reward system: an event-related fMRI study. *NeuroImage*, 20, 1086-1095.
- Knutson, B., Adams, C.M., Fong, G.W. & Hommer, D. (2001). Anticipation of increasing monetary reward selectively recruits nucleus accumbens. *Journal of Neuroscience*, 21, 1-5.
- Lang, P.J. (1993). The Three-System-Approach to Emotion. In: Birbaumer, N. & Öhman, A. (Eds.). *The Structure of Emotion*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- LeDoux, J.E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Reviews*, 23, 155-184.
- Izard, C.E. (1992). Basic Emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations. *Psychological Review*, 99, 561-565.
- Nitschke, J.B., Nelson, E.E., Rusch, B.D., Fox, A.S., Oakes, T.R. & Davidson, R.J. (2004). Orbitofrontal cortex tracks positive mood in mothers viewing pictures of their newborn infants. *NeuroImage*, 21, 583-592.
- MacLean, P.D. (1949). Psychosomatic disease and the 'visceral brain': Recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosomatic Medicine*, 11, 338-353.
- Mouras, H., Stoléru, S., Bittoun, J., Glutron, D., Pelegrini-Isaac, M., Paradis, A.L. & Burnod, Y. (2003). Brain processing of visual sexual stimuli in healthy men: a functional magnetic resonance imaging study. *NeuroImage*, 20, 855-869.
- Öhman, A. & Mineka, S. (2001). Fear, phobias and preparedness: towards an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108, 483-522.
- Olds, B. & Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47, 419-427.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience – The foundation of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Papez, J.W. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 38, 725-748.
- Plutchik, R. (1989). Measuring emotions and their derivatives. In: R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.). *The measurement of emotions* (Vol. 4, pp 1-35). San Diego: Academic Press.
- Rauch, S.L., Shin, L.M., Dougherty, D.D., Alpert, N.M., Orr, S.P., Lasko, M., Macklin, M.L., Fischman, A.J. & Pitman, R.K. (1999). Neural activation during sexual and competitive arousal in healthy men. *Psychiatry Research*, 91, 1-10.
- Rolls, E. T. (1999). *The Brain and Emotion*. New York: Oxford University Press.
- Schachter S. & Singer, J.E. (1964). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Scherer, K.R. (1984). On the nature and function of emotion: A component process approach. In: K. R. Scherer & P. Ekman (Eds.) *Approaches to Emotion* (pp. 293-318). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Small, D.M., Zatorre, R.J., Dagher, A., Evans, A.C., & Jones-Gotman, M. (2001). Changes in brain activity related to eating chocolate from pleasure to aversion. *Brain*, 124, 1720-1733.
- Stemmler, G. (2002). Persönlichkeit und Emotion: Bausteine einer biobehavioralen Theorie. In: M. Myrtek (Ed.). *Die*

Person im biologischen und sozialen Kontext (pp. 115-141).
Göttingen: Hogrefe.

Stark, R., Schienle, A., Girod, A., Walter, B., Kirsch, P., Blecker, C., Ott, U., Schäfer, A., Sammer, G., Zimmermann, M. & Vaitl, D. (2005). Erotic and disgust-inducing pictures—Differences in the hemodynamic responses of the brain. *Biological Psychology*, 70, 90-29.

Stoléru, S., Grégoire, M.-C., Gérard, D., Decety, J., Lafarge, E., Cinotti, L., Lavenne, F., Le Bars, D., Vernet-Maury, E., Rada, H., Collet, C., Mazoyer, B., Forest, M. G., Magnin, F., Spira, A., & Comar, D. (1999). Neuroanatomical correlates of visually evoked sexual arousal in human males. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 1-21.

Wetzstein, T.A., Steinmetz, L., Reis, C. & Eckert, R. (1994). *Sadomasochismus – Szenen und Rituale*, Reinbeck: Rowohlt.

Wundt, W. (1903). *Grundzüge der Physiologischen Psychologie*. Leipzig: Engelmann.

Neuromodulatorische Einflüsse auf das Wohlbefinden: Dopamin und Oxytocin

Peter Kirsch u. Harald Gruppe

22.1	Einleitung: Wohlbefinden als positiver Affekt	– 284
22.1.1	Positive Affekte aus biologischer Sicht	– 284
22.2	Dopamin und Wohlbefinden	– 285
22.2.1	Neurophysiologische Grundlagen des dopaminergen Systems	– 285
22.2.2	Beeinflussung des Wohlbefindens durch Dopamin	– 287
22.3	Oxytocin und Wohlbefinden	– 289
22.3.1	Physiologische Grundlagen	– 289
22.3.2	Beeinflussung des Wohlbefindens durch Oxytocin	– 290
22.4	Zusammenfassung: Interaktion von Dopamin und Oxytocin bei der Entstehung von Wohlbefinden	– 291
	Literatur	– 292

22.1 Einleitung: Wohlbefinden als positiver Affekt

Nähert man sich dem Phänomen des Wohlbefindens aus neurobiologischer Sicht, so stellt sich das Problem, dass es sich bei Wohlbefinden um einen subjektiven Zustand handelt. Diese subjektive Qualität macht die Erforschung und Beschreibung der neurobiologischen und neurochemischen Grundlagen schwierig. Darüber hinaus ist Wohlbefinden eine Form affektiven Erlebens, die vom Gesamtzustand des Individuums beeinflusst wird. Aufgrund der subjektiven Erlebnisqualität und globalen Determiniertheit des Phänomens kann davon ausgegangen werden, dass die körperlichen und psychologischen Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden, respektive sein Fehlen, äußerst vielfältig sind. Eine Annäherung an die neurobiologischen Grundlagen erfordert daher zunächst eine Reduzierung auf allgemeine Prinzipien, die dem Wohlbefinden als subjektiver Erlebnisqualität zugrunde liegen. Relevante Aspekte müssen dann gegenüber ähnlichen Konstrukten abgegrenzt und operationalisiert, d. h. experimentell manipulierbar und messbar gemacht werden.

Auf einer noch sehr abstrakten Ebene kann Wohlbefinden als positiver Affekt konzeptionalisiert werden (vgl. hierzu auch ► Kap. 21). Eine solche Konzeptualisierung ist zwar unspezifisch, sie beschreibt jedoch die vielfältigen Facetten von Wohlbefinden und macht es einer Operationalisierung unter Einschluss von Tiermodellen zugänglich. Eine spezifische Abgrenzung des Wohlbefindens von anderen positiven Affekten kann allerdings auf neurobiologischer Ebene nicht erwartet werden, da selbst herkömmliche psychologische Taxonomien positiver Affekte Wohlbefinden nicht als eigenständige Emotion kennen (vgl. Ekman, 1994, Izard, 1991, Stemmler, 2002). Darüber hinaus ist generell im Bereich der Neurophysiologie wenig über die Grundlagen positiver Affekte bekannt, weit weniger als über die Grundlagen negativer Affekte wie z. B. Angst (Burgdorf & Panksepp, 2006). Die Frage, inwiefern sich ein spezifisches, anatomisch-funktionell definiertes und eingegrenztes »Wohlbefindens-System« identifizieren ließe, bleibt angesichts der vielfältigen Aspekte offen. Nimmt man an, dass positive Af-

fekte durch die Befriedigung von Bedürfnissen entstehen, so müsste ein solches System, neben anderem, so unterschiedliche Ursachen positiver Affekte wie die Befriedigung körperlicher, homöostatischer Bedürfnisse durch konsumatorische Aktivitäten und Ruhe oder die Befriedigung von Bedürfnissen nach emotional positiv gefärbten Aktivitäten wie Neugierverhalten und Spiel umfassen, wie auch die Entstehung positiver Hintergrundempfindungen beim Wechsel von Be- und Entlastung (vgl. Burgdorf & Panksepp 2006, S. 175). In Ermangelung eines solchen, in sich geschlossenen Systems behandeln wir hier exemplarisch zwei grundlegende Aspekte des Wohlbefindens, für die zunehmend die Identifikation der neurobiologischen Grundlagen gelingt. Dies sind zum einen die Phänomene von Motivation und Belohnung, denen zu allererst das dopaminerge System zugrunde liegt, und zum anderen die Phänomene von Geborgenheit und interpersoneller Nähe, die maßgeblich von dem Neuropeptid Oxytocin beeinflusst werden.

22.1.1 Positive Affekte aus biologischer Sicht

Affektive Empfindungen entstehen durch neuronale Aktivitäten im limbischen Systems (Panksepp, 2005; Heimer & van Hoesen, 2006). Neben den zentralnervösen Prozessen, die zu positivem, affektivem Erleben führen, spielt aber beim Wohlbefinden als ganzheitlicher Erfahrung auch die Wahrnehmung von Vorgängen in der Körperperipherie eine entscheidende Rolle. Solche Wahrnehmungen haben zwar nicht die kausale Bedeutung für affektives Erleben, wie dies von der einflussreichen James-Lange-Theorie der Emotion am Ende des 19. Jahrhunderts postuliert wurde (James, 1884; Lange, 1887), es ist allerdings davon auszugehen, dass ein zentralnervöses Feedback peripher-physiologischer Korrelate von Emotionen oder andere Körperwahrnehmungen das affektive Empfinden modulieren (vgl. Davidson, Jackson & Kalin, 2000). Es konnte nämlich gezeigt werden, dass selbst subtile Veränderungen in der Körperperipherie der bewussten oder vorbewussten interozeptiven Wahrnehmung zugänglich sind (vgl. Vaitl, 1996).

Speziell beim Wohlbefinden als positivem Affekt fällt der Wahrnehmung körperlicher Zustände eine wichtige Rolle zu, da sie im engeren Sinne eine wichtige Determinante des allgemeinen Wohlbefindens darstellt. Dieses Wechselspiel zwischen zentralem Nervensystem und Körperperipherie beim Entstehen oder Vergehen von Wohlbefinden findet eine Entsprechung bei den Trägersubstanzen der zugrunde liegenden biologischen Informationsverarbeitung. Die Entstehung positiver Affekte basiert im Gehirn auf der Informationsvermittlung durch zentralnervöse Neurotransmitter wie Dopamin oder Oxytocin. Über diese Wirkungen hinaus haben diese Substanzen aber vielfach auch peripher-physiologische Wirkungen. Die Signale zur Steuerung der peripher-physiologischen Prozesse werden dabei entweder über das periphere Nervensystem in Form peripherer Transmitter auf die Erfolgsorgane übertragen oder sie nehmen als Hormone den humoralen Weg über die Blutbahn. Obwohl bei der Entstehung und Modulation von Wohlbefinden aus den oben genannten Gründen sowohl zentralnervöse als auch peripher-physiologische Wirkungen von Dopamin und Oxytocin eine Rolle spielen, werden periphere Mechanismen im Folgenden nur gestreift.

22.2 Dopamin und Wohlbefinden

Betrachtet man Wohlbefinden aus evolutionärer Sicht, so könnte man argumentieren, dass das Aufsuchen von Situationen, die mit Wohlbefinden assoziiert sind, eine fundamentale Bedeutung für das Überleben des Organismus und der Spezies hat und damit als Selektionsvorteil anzusehen ist (Nesse, 2004; Buss, 2000). Positive Emotionen im Allgemeinen aber auch Wohlbefinden und Glück im Speziellen sind in erster Linie mit Ereignissen, aber auch mit Ressourcen und Möglichkeiten, verbunden, Ziele zu erreichen (Nesse, 2004, Diener & Fujita, 1995), die der angestrebten Befriedigung physischer und sozialer Bedürfnisse dienen. Das Anstreben von Zielen und ihre Erreichung hängt von der Anreizmotivation ab (Berridge & Robinson, 1998), deren neurobiologische Grundlage auch als »behavioral approach system« beschrieben wurde (Grey, 1995). Diese Anreizmotivation ist

weitgehend dopaminerg vermittelt, sodass Dopamin als zentraler Neurotransmitter des Wohlbefindens angesehen werden kann.

22.2.1 Neurophysiologische Grundlagen des dopaminergen Systems

Das Dopaminsystem gehört zusammen mit dem noradrenergen und dem serotonergen System zu den klassischen monoaminergen Neurotransmittersystemen im Gehirn. Während die im Folgenden beschriebenen grundlegenden Mechanismen im Wesentlichen auf tierexperimentellen Untersuchungen beruhen, wurden mit modernen bildgebenden Verfahren auch im Humanbereich Belege für die Bedeutung eines intakten Dopaminsystems für das Wohlbefinden gefunden (Verhoeff et al., 2003). Dopamin produzierende Neurone liegen im Mesenzephalon, im Hypothalamus und auch in Organen der Körperperipherie, wie der Niere, dem Herzen und den Gefäßen (Reymond & Porter, 1985; Bek et al., 2001). Letztere sind an der Regulierung des Kreislaufes beteiligt und können damit insofern einen indirekten Einfluss auf das Wohlbefinden ausüben, als Kreislauffunktionen bei konkretem Verhalten von Bedeutung sind und die Empfindung des eigenen Körpers während des Verhaltens beeinflussen. Diesen Aspekt werden wir aber im Folgenden nicht weiter erörtern. Auch der Einfluss von Dopamin auf die Prolaktin-Sekretion im Hypothalamus, bei der Dopamin in die Blutbahn hypothalamischer Gefäße ausgeschüttet wird und damit auf hormonelle Weise wirkt, soll hier nur erwähnt werden.

Zentralnervöse Einflüsse auf die Empfindung von Wohlbefinden üben die dopaminproduzierenden Neurone im Mesenzephalon aus, die zusammen mit ihren kortikalen und subkortikalen Projektionsarealen als mesotelencephales Dopaminsystem bezeichnet werden (Roth & Elsworth, 1995). Dopaminerge Neurone haben in ihren Projektionsarealen im weitesten Sinne integrative Funktion und spielen eine entscheidende Rolle bei der Steuerung motorischer Aktivität, bei der sensumotorischen Integration und Reaktionsselektion, bei emotionalen, motivationalen und kognitiven Prozessen oder beim assoziativen Lernen

(Le Moal & Simon, 1991; Berridge & Robinson, 1998). Die dopaminergen Zellengruppen im Mesenzephalon, deren Begrenzungen unscharf sind, werden als A8, A9 und A10 bezeichnet. Die A9 Gruppe liegt im dorsalen Bereich der substantia nigra pars compacta und bildet zusammen mit Zellen aus der Gruppe A8, die laterocaudal und etwas dorsaler zur A9 Gruppe liegt, das sog. nigrostriatale Dopaminsystem mit Projektionen überwiegend zum nucleus caudatus und Putamen sowie zur Amygdala. Beim Parkinson-Syndrom führt Dopaminverlust in diesem System aufgrund einer Degeneration der dopaminergen Neurone zu Fehlfunktionen bei der Steuerung motorischer Aktivität im dorsalen Striatum, die Ursache für die Symptome dieser Krankheit wie Akinesien, Hypokinesien, Rigor und Tremor sind. Die Neuronengruppe A10 liegt ventral zu A9 im Bereich des ventralen Tegmentums und bildet mit ihren Projektionsarealen das mesocorticolimbische Dopaminsystem. Die in diesem Zusammenhang wichtigsten Projektionsareale sind das ventrale Striatum mit dem Nucleus Accumbens (NAcc, mesolimbisches Dopaminsystem) und der präfrontale Kortex (mesocortikales Dopaminsystem). Es wird angenommen, dass Projektionen zum dorsolateralen präfrontalen Kortex eher an kognitiven Prozessen und Projektionen zum orbitofrontalen Kortex eher an affektiven Prozessen beteiligt sind. Störungen dieser Systeme können u. a. zu psychotischen Symptomen führen, die auf ein Überangebot an Dopamin im Striatum zurückgehen. Daher werden die Ursachen von Krankheiten wie Schizophrenie und Manie oder das Entstehen psychotischer Symptome im Rahmen einer Dopamin-Substitutionstherapie bei Parkinson in einer Störung insbesondere des mesolimbischen Dopaminsystems gesehen (Carls-son, 1995; Moore et al., 1999).

Der NAcc hat als Teil des mesolimbischen Dopaminsystems neben diesen integrativen sensumotorischen Funktionen auch zentrale Bedeutung für das Belohnungssystem des Gehirns. Während die sensumotorischen Dopaminfunktionen im Falle einer Störung (Parkinson, Schizophrenie) einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden ausüben, kann man das Belohnungssystem als Quelle positiver affektiver Erfahrung und damit als eine der

neurophysiologischen Grundlagen des Wohlbefindens ansehen.

Erste Konzepte über die zentrale Rolle des Dopamins im Belohnungssystem (Wise, 1980) wurden aufgrund von Studien über die elektrische (Phillips & Fibiger, 1978) oder pharmakologische (vgl. Koob & Goeders, 1989) Selbststimulation des Gehirns entwickelt. Die Vorstellung einfacher »pleasure centers« erwies sich aber bald als zu einfach (vgl. Le Moal & Simon, 1991). Beim Ineinandergreifen unterschiedlicher monoaminerger und peptiderger Neurotransmittersysteme im Rahmen von Reward-Prozessen nimmt aber auch in heutigen Vorstellungen das mesocorticolimbische Dopaminsystem eine zentrale Rolle ein (vgl. McBride et al., 1999). Die Rolle des Dopamins als Überträgersubstanz für belohnungsbezogene Signale wird dabei aber sehr viel differenzierter gesehen.

Ausgehend von der Tatsache, dass das Dopaminsystem von Belohnungen wie Nahrungsaufnahme, sexuellem Verhalten, Drogenkonsum, Selbststimulation bestimmter Hirnzentren, positiv bewerteten Spielen und auch bei an sich neutralen Reizen, die durch Konditionierungsprozesse an derartige Belohnungen gebunden sind, aktiviert wird, unterscheiden Berridge & Robinson (1998) beim Belohnungsprozess zwei Aspekte, die unabhängig voneinander reguliert werden und bewusst oder auch unbewusst ablaufen: Mögen (»liking«) und Wollen (»wanting«). Mögen bezeichnet die hedonische Evaluation eines Reizes, der positive, genussorientierte Empfindungen auslöst. Wollen initiiert das auf ein gemochtes Ziel gerichtete Verhalten, die Zuwendung zu einem Anreiz oder die Konsumation des Zielobjektes. Dopamin scheint nach diesem Konzept die entscheidende Rolle dabei zu spielen, dass ein Reiz mit hedonischem Potenzial (Mögen), der aber zunächst als neutral erlebt wird, tatsächlich für das Individuum attraktiv wird und appetitives Verhalten (Wollen) auslöst. Dieser auf dopaminergen Mechanismen beruhende Vorgang wird als »incentive salience« bezeichnet.

Ein von Schultz (1998) entwickeltes Konzept der Dopaminfunktion beim Belohnungsprozess bezieht sich auf eine kurzzeitige Erhöhung der Aktivität von dopaminergen Zellen im Zeitbereich

von weniger als einer viertel Sekunde, wenn primäre oder sekundäre, d. h. konditionierte, Belohnungsreize wahrgenommen werden. Diese transiente, phasische Aktivitätserhöhung scheint aber nur dann aufzutreten, wenn ein Belohnungsreiz zu einem nicht erwarteten Zeitpunkt auftritt, also »besser« als erwartet ist. Das Ausbleiben dieses Reizes führt dagegen zu einer Verringerung der Aktivität solcher Neurone. Diese dopaminergen Neurone scheinen also über eine kurzzeitige Änderung ihrer Aktivität einen Vorhersagefehler hinsichtlich des Auftretens eines Belohnungsreizes zu signalisieren. Ein solches Fehlersignal (»reward prediction error signal«) unterstützt Lernprozesse, die zu Annäherungsverhalten an Belohnungsreize führen. Redgrave, Prescott und Gurney (1999) sehen allerdings die Funktion der kurzzeitigen Antwort dopaminergener Neurone auf unerwartete Reize eher im Bereich von Reaktionsauswahlprozessen. Bei Wahrnehmung von Reizen, die für das Individuum von Bedeutung sind, löst das kurzzeitige Dopaminsignal die Unterbrechung des momentanen Verhaltens und die Auswahl von Verhaltensmustern aus, die eine adäquate Reaktion auf den unerwarteten Reiz erlauben.

22.2.2 Beeinflussung des Wohlbefindens durch Dopamin

Die stärksten Hinweise auf die zentrale Bedeutung des Dopamins für das Wohlbefinden stammen aus pharmakologischen Untersuchungen und Selbststimulationsstudien. Bereits vor mehr als 50 Jahren berichtete der Psychiater Heath, dass psychiatrische Patienten, denen eine Elektrode in das Tegmentum oder das Septum implantiert worden war, die Stimulation als Auslöser eines Glücksgefühls bezeichneten. (Heath, 1963; 1972). Obwohl diese Untersuchungen zu Recht umstritten sind, zeigen sie doch, dass die Aktivierung dopaminergener Neurone nicht nur beim Tier, wie zuvor von Olds und Millner (1954) gezeigt, sondern auch beim Menschen zu ausgesprochen angenehmen Gefühlen führt. Interessanterweise wurden in jüngster Zeit in Studien mit Tiefenstimulation bei Parkinson-Patienten ähnliche Einflüsse auf die positive Stimmung gefunden (Schneider

et al., 2003), die denen der Gabe des Dopamin-Vorläufers L-DOPA vergleichbar waren. Auch die pharmakologischen Wirkungen von Kokain und Amphetaminen auf die Befindlichkeit können als Steigerung des Wohlbefindens interpretiert werden. Diese Substanzen erhöhen die Ausschüttung von Dopamin im VTA und im NAcc und führen so zu einer Stimulierung des mesolimbischen Dopaminsystems (Drevets et al., 2001, Di Ciano et al., 1995). So konnten Drevets et al. (2001) in einer Studie mit Hilfe der Positron Emissions Tomographie (PET) zeigen, dass das Ausmaß an hedonischer Reaktion auf Amphetamine positiv korreliert war mit der Stärke der Dopaminausschüttung im ventralen Striatum. Allerdings zeigt die neurobiologische Forschung der letzten Jahre, dass nicht allein solche, dem Wohlbefinden langfristig überaus abträglichen Substanzen zu einer Erhöhung des mesolimbischen Dopaminsignals führen. Vielmehr kristallisiert sich heraus, dass der dem Wohlbefinden förderliche Placebo-Effekt offensichtlich auch auf dopaminergen Mechanismen beruht (de la Fuente-Fernández et al., 2002). Die Erwartung einer Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes führt zur Zunahme der Dopaminausschüttung im NAcc. Dieser Effekt erreichte bei Parkinson-Patienten sogar eine Stärke, wie sie bei Gesunden nach der Gabe von Amphetaminen beobachtet werden kann (de la Fuente-Fernández et al., 2002). Hiermit korrespondierende Befunde haben sich auch in anderen Bereichen gezeigt. So zeigen Field, Hernandez-Reif, Diego, Schanberg und Kuhn (2005) in einer Übersichtsarbeit, dass der dem Wohlbefinden zuträgliche und Stress reduzierende Effekt einer Massagebehandlung mit einer Stimulation des dopaminergen Systems einhergeht. Auch durch Meditation (Kjaer et al., 2002), den Genuss von Musik (Menon & Levitin, 2005) oder der Lieblingsmahlzeit (Small et al., 2003) scheint das mesolimbische Dopaminsystem aktiviert zu werden.

Ein indirekter Beleg für die Bedeutung des Dopamins für das Wohlbefinden kann auch in der dysphorischen Wirkung von Dopamin-Antagonisten gesehen werden. So konnten Voruganti und Kollegen (Voruganti et al., 2001) zeigen, dass unmedizierte Patienten mit Schizophrenie nach Gabe eines Dopaminantagonisten eine dysphorische Re-

aktion zeigen, deren Ausmaß mit der Bindung des Antagonisten an den striatalen Dopamin-D2-Rezeptor korreliert war.

Die selektive Zerstörung mesolimbischer Dopaminbahnen führt im Tiermodell zu einer dramatischen Steigerung lokomotorischen Verhaltens, das als Suche nach potenziellen Verstärkern angesehen wird (Smith, 1976). Die Unteraktivierung des mesolimbischen Dopaminsystems lässt sich daher als eine Form des Fehlens von Wohlbefinden interpretieren, die Organismen dazu antreibt, diesen unangenehmen Zustand durch die Suche nach potentiellen Verstärkern zu reduzieren. Für einen solchen Zusammenhang sprechen auch Untersuchungen zum sog. »reward deficiency syndrome« (Blum et al., 2000). Es wurde wiederholt nachgewiesen, dass Personen, die einen spezifischen Polymorphismus des Dopamin-D2-Rezeptorgens (DRD2 TaqIA Polymorphismus) aufweisen, ein erhöhtes Risiko für eine Suchterkrankung besitzen. Der so genannte A1-A1 Genotyp ist mit einer signifikanten Reduktion von D2-Rezeptoren im mesolimbischen Dopaminsystem assoziiert. Träger dieses Genotyps scheinen eine intensivierte Suche nach dopaminergem Stimulation zu unternehmen, um den unangenehmen Zustand zu reduzieren, der mit einem Belohnungssystem verbunden ist, das im Sinne des »reward deficiency syndroms« deviant ist. In diesem Sinne wäre das als »craving« bezeichnete Suchtmittel suchende Verhalten als Äquivalent zur erhöhten lokomotorischen Aktivität der Tiere mit Läsion im mesolimbischen Dopaminsystem zu verstehen. Interessanterweise konnten wir darüber hinaus zeigen, dass die Träger dieses A1-A1 Genotyps unter der Gabe vom Bromocriptin, einem selektiven D2-Rezeptor-Agonisten, eine verstärkte Aktivierung des Belohnungssystems in der Erwartung eines monetären Verstärkers aufweisen (Kirsch et al., 2006). Eine mit mangelndem Wohlbefinden assoziierte, reduzierte Aktivität des mesolimbischen Dopaminsystems führt somit zu einer erhöhten Sensitivität für potenzielle Verstärker in der Umwelt, wenn das System durch eine dopaminerge Stimulation aktiviert wird.

Dass die Fähigkeit, antizipatorische Freude und damit positive Affekte zu erleben, individuell stark variiert, hat auch in der Persönlichkeitspsychologie dazu geführt, die Bedeutung von Neurotransmit-

tern, wie dem Dopamin, für die Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen zu berücksichtigen. So gehen Depue und Collins (1999) in ihrer psychobiologischen Theorie davon aus, dass das Ausmaß an dopaminergem Transmission individuelle Differenzen im Ausprägungsgrad von Extraversion und damit beim Auftreten positiver Emotionen erklärt. Das Auftreten dieser dopaminerg vermittelten, positiven Emotionen erklären sie mit einer durch das Dopamin vermittelten Anreizmotivation. Ihre Persönlichkeitstheorie ist daher eng an die Persönlichkeitstheorie von Grey (s. o.) angelehnt. In jüngster Zeit (Reuter & Hennig, 2005; Reuter et al., 2006) konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass der Genotyp hinsichtlich verschiedener Gene des dopaminergen Systems Persönlichkeitsmerkmale wie Extraversion und Verstärkersensitivität oder das »behavioral approach system« beeinflusst.

Die genannten Befunde sprechen dafür, dass die Ansprechbarkeit des dopaminergen Systems und damit auch die Fähigkeit, positive Affekte und Wohlbefinden zu erleben, deutlich zwischen verschiedenen Personen variieren, eine Erkenntnis, die auch im psychotherapeutischen Kontext von großer Bedeutung ist. Diese Ansprechbarkeit des dopaminergen Systems scheint auch Einfluss auf die Fähigkeit zu haben, Liebe und Nähe zu empfinden und damit in der Lage zu sein, soziale Beziehungen aufzubauen. So fand sich, dass sowohl frisch Verliebte beim Betrachten von Bildern ihrer Partner (Aron et al., 2005) als auch Mütter beim Betrachten von Bildern der eigenen Kinder (Bartels & Zeki, 2004) eine Aktivierung der Strukturen des mesolimbischen Dopaminsystems zeigen. Bei der Aufrechterhaltung derartiger sozialer Bindungen scheint Oxytocin eine entscheidende Rolle zu spielen. Es konnte tierexperimentell gezeigt werden, dass solche Tiere dauerhaft monogam leben, die eine große Dichte an Oxytocin-Rezeptoren im NAcc besitzen (Insel & Shapiro, 1992). Vergleichbare Zusammenhänge finden sich auch beim Sorgeverhalten für den Nachwuchs (Olazabal & Young, 2006). Außerdem lässt sich zeigen, dass die Infusion von Oxytocin in das Ventrals Tegmentale Areal zu einer Erhöhung des Dopaminsignals im NAcc führt (Shahrokh et al., 2010). Das mesolimbische Dopaminsystem und das Oxytocinsystem scheinen also zu interagieren, wenn es um positive

Affekte im Bereich sozialer Interaktionen geht. Im folgenden Abschnitt betrachten wir dieses Oxytocinsystem genauer.

22.3 Oxytocin und Wohlbefinden

22.3.1 Physiologische Grundlagen

Während die Bedeutung des Dopaminsystems für positives affektives Empfinden schon seit längerer Zeit Gegenstand intensiver Forschung ist, sind positive affektive Wirkungen des Oxytocins erst in jüngerer Zeit zunehmend ein Schwerpunkt des Forschungsinteresses geworden. Oxytocin ist ein Nonapeptid, das im Hypothalamus in den Neuronen des nucleus paraventricularis und des nucleus supraopticus gebildet wird. Es wird über die Axone der Zellen zum Hypophysen-Hinterlappen, der Neurohypophyse, transportiert und ist dabei an Neurophysin, ein größeres Peptid, gebunden. In den Nervenendigungen wird Oxytocin in Vesikeln zwischengespeichert. Die Ausschüttung in die Kapillaren der Hypophyse erfolgt, wenn die Oxytocin-Zellen durch Aktionspotenziale erregt werden. Neben dieser hormonellen Funktion wirkt Oxytocin auch als Neurotransmitter im zentralen Nervensystem. Sowohl die hormonellen als auch die Neurotransmitter-Wirkungen des Oxytocin dienen zum großen Teil der Steuerung von Vorgängen, die mit der Fortpflanzung in Zusammenhang stehen (vgl. Gimpl & Fahrenholz, 2001).

Die Plasmaspiegel von Oxytocin sind während des Orgasmus bei Männern und Frauen erhöht (Murphy et al., 1990; Blaicher et al., 1999). Bei Frauen ändert sich der Oxytocinspiegel im Blut während des Menstruationszyklusses (Mitchell et al., 1981; Salonia et al., 2005). Oxytocin ist generell unter Östrogeneinfluss erhöht (Amico, Seif & Robinson, 1981; McCarthy, 1995). Es steuert über Rezeptoren in der Gebärmuttermuskulatur den Geburtsvorgang, indem Muskelkontraktionen ausgelöst werden. Nach der Geburt reguliert Oxytocin die Laktation. Durch den Saugreiz werden Mechanorezeptoren in den Brustwarzen aktiviert, die entsprechende Signale an die Oxytocin produzierenden Zellen im Hypothalamus senden. Dort kommt es zu rhythmischer Aktivität

von Verbänden Oxytocin produzierender Zellen, die schließlich zu pulsativer, bolusartiger Ausschüttung von Oxytocin in die Blutbahn führt. Die Synchronisierung der Aktivität benachbarter Neurone im nucleus paraventricularis und nucleus supraopticus, die zu plötzlichen Entladungen in den entsprechenden Neuronenverbänden führt, erfolgt autoregulatorisch durch die Wiederaufnahme des als Neurotransmitter wirkenden Oxytocins über Autorezeptoren auf den Zellkörpern der oxytocinproduzierenden Zellen (Freund-Mercier & Stoeckel, 1995). Diese pulsatile Oxytocinausschüttung muss bei der Erfassung der Oxytocinkonzentration im Blutplasma berücksichtigt werden. Das aus dem Blut über Rezeptoren an den Milchdrüsen aufgenommene Oxytocin bewirkt Kontraktionen der Brustdrüsen und damit einen Ausstoß der Milch.

Die zentralnervösen und psychologischen Effekte des Oxytocins werden über Oxytocinrezeptoren im Gehirn vermittelt (Buijs et al., 1985; Gimpl & Fahrenholz, 2001). Oxytocin findet sich u. a. in weiteren Kernen des Hypothalamus, im Thalamus, im Hippocampus, in der Amygdala, im Mesencephalon und im Hirnstamm. Schon lange bekannt sind negative Einflüsse von Oxytocin auf Lernprozesse (Kovacs & de Wied, 1994). Oxytocin beeinflusst komplexe soziale Verhaltensweisen, die im Zusammenhang mit der Fortpflanzung stehen. Pedersen und Prange (1979) induzierten mütterliches Verhalten bei Ratten durch Oxytocin-Injektion in die Hirnventrikel. Insel und Shapiro (1992) fanden unterschiedliche Verteilungen der Oxytocinrezeptoren im Gehirn bei monogam oder polygam lebenden Wühlmausarten. Eine Studie von Insel und Hulihan (1995) ergab, dass bei weiblichen, monogam lebenden Wühlmausarten Oxytocin eine entscheidende Rolle bei der Paarbildung hat, während es bei männlichen Tieren einen ähnlichen Einfluss von Vasopressin gab. Aufgrund dieser und weiterer Befunde entwickelte Insel ein Modell der biologischen Basis für soziale Bindungen, in dem Oxytocin und Vasopressin eine zentrale Rolle spielen (Insel, 1997). Oxytocin hat außerdem eine stressreduzierende (z. B. Windle et al. 1997; Neumann, 2002) und angstdämpfende Wirkung (Windle et al., 1997; Uvnäs-Moberg et al., 1994), insbesondere bei gleichzeitiger Gabe von Östrogen (McCarthy

et al., 1996). Uvnäs-Moberg, Arn und Magnusson (2005) generalisierten diese psychologischen Wirkungen des Oxytocins zum Konzept des »calm and connection systems«, das dem Wohlbefinden und der Sozialisation zugrunde liegt und einen Gegenpol zu dem bekannten »fight-flight system« der Stressreaktion darstellt.

22.3.2 Beeinflussung des Wohlbefindens durch Oxytocin

Will man die zentralnervösen Wirkungen des Oxytocins, die sich auf das Wohlbefinden auswirken, zusammenfassen, so scheinen drei Funktionen zentral zu sein, die allerdings nicht unabhängig von einander zu betrachten sind:

1. Reduzierung von Furcht
2. Dämpfung von Stressreaktionen
3. Bildung von engen sozialen Beziehungen

Während die meisten Befunde zur Wirkung des Oxytocins nach wie vor aus Tierstudien stammen, gibt es in jüngerer Zeit Untersuchungen aus dem Humanbereich, die darauf hinweisen, dass solche Ergebnisse auch auf den Menschen übertragen werden können. So wurden im Rahmen naturalistischer Settings stillende Frauen untersucht, bei denen ein erhöhter Oxytocinausstoß zu erwarten ist. Heinrichs et al. (2001) zeigten, dass Frauen nach dem Stillen bei der Bewältigung des Trier-Stress-Tests eine reduzierte Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse im Sinne einer reduzierten Ausschüttung von ACTH (Adrenocorticotropes Hormon) und Cortisol aufwiesen. Auch die intranasale Gabe von Oxytocin führt zu einer Reduzierung der stressbezogenen Cortisolausschüttung und berichteten Stresssymptomen (Heinrichs et al., 2003). Das interessanteste Ergebnis dieser Studie war aber, dass sich der Effekt durch zusätzliche soziale Unterstützung deutlich verstärken lies. Während soziale Unterstützung während der Bewältigung des Stress-Tests und Oxytocin-Gabe vergleichbare Ergebnisse erbrachten, führte die Kombination beider stressreduzierender Faktoren zu der signifikant stärksten Reduktion von physiologischen und subjektiven Stressfaktoren. Dieser Befund ist auch aus psychotherapeutischer Sicht

interessant, da er darauf hinweist, dass Oxytocin möglicherweise zu einer Verstärkung psychotherapeutischer Interventionen, möglicherweise über die Verbesserung der Offenheit für soziale Interaktionen, führen kann. Die Wirksamkeit von Oxytocin als Adjuvans bei einer Reizkonfrontationstherapie wurde bereits vor längerem demonstriert (Pitman, Orr & Lasko, 1993). Die Autoren verabreichten Oxytocin nasal an Vietnam-Veteranen, die unter einer posttraumatischen Belastungsstörung litten. Während einer in-sensu-Konfrontation fanden sie reduzierte physiologische Stressreaktionen unter Oxytocin, verglichen mit Placebo und Vasopressin. Vergleichbare Effekte fanden Heinrichs et al. (2006) bei sozialen Phobikern, die nach Oxytocin-Gabe einer Angstkonfrontation mit dem Trier-Stress-Test ausgesetzt wurden. Auch hier zeigte sich, wie in der älteren Arbeit an Gesunden (Heinrichs et al., 2003), eine zusätzliche positive Wirkung bei sozialer Unterstützung.

Die geschilderten Befunde sind wahrscheinlich auf eine angstdämpfende Wirkung von Oxytocin zurückzuführen, die insbesondere unter sozialen Interaktions-Bedingungen zu beobachten ist. So zeigten Zak, Kurzban und Matzner (2003), dass Personen mit höherem Plasma-Oxytocin-Spiegel in einem Spiel, bei dem man einem Mitspieler Geld anvertrauen kann, ein höheres Vertrauen zu ihren Mitspielern hatten. Während diese Studie nur einen indirekten Hinweis auf die zentrale Wirkung des Oxytocins auf das Vertrauen zeigte, konnten Kosfeld, Heinrichs, Zak, Fischenbacher und Fehr (2005) demonstrieren, dass auch die intranasale Gabe von Oxytocin zu einer Verstärkung des Vertrauens in einem Spiel führt, bei dem man einem Mitspieler Geld anvertrauen muss. Anscheinend beruht die vertrauensbildende Funktion von Oxytocin auf einem Zusammenspiel seiner angstreduzierenden und bindungsverstärkenden Wirkungen.

Neurophysiologisch gesehen spielt bei diesen Funktionen die Amygdala eine zentrale Rolle, von der man weiß, dass sie sowohl an der Entstehung von komplexen sozialen Beziehungen (Adolphs, 2003) als auch an der von Angstreaktionen (LeDoux, 2000) maßgeblich beteiligt ist. In jüngster Zeit ist gezeigt worden, dass sich in der Amygdala Rezeptoren befinden, durch die Oxytocin und Vasopressin deren Aktivität modulieren können (Huber,

Veniant, & Stoop, 2005). Es ist daher anzunehmen, dass Oxytocin seine Wirkung durch eine Modulation der Amygdala erzielt. Wir haben dies erstmalig in einem Humanversuch zeigen können (Kirsch et al., 2005). Dabei haben wir männlichen Probanden per Nasenspray Oxytocin verabreicht und dann mit Hilfe der funktionellen Magnetresonanztomographie die Aktivierung der Amygdala während der Betrachtung angstausslösender Bilder betrachtet. Wir fanden eine im Vergleich zu einer Placebogabe reduzierte Aktivierung der Amygdala unter Oxytocin, insbesondere auch bei der Betrachtung von Gesichtern mit hochängstlichem Gesichtsausdruck. Die dämpfende Wirkung von Oxytocin auf die Amygdala konnte in unterschiedlichen Kontexten repliziert werden, u. a. auch im Rahmen expliziten Vertrauensverhaltens (Baumgartner et al., 2008).

Die Bedeutung des Oxytocins für die soziale Bindung machen auch Befunde deutlich, die belegen, dass eine Störung des Oxytocin-Systems bei bestimmten psychischen Störungen vorzuliegen scheint. Besonders ausführlich wird dies bereits seit längerer Zeit im Zusammenhang mit Autismus diskutiert (z. B. Green et al., 2001). Dies erscheint naheliegend, weil soziale Interaktionsstörungen dem autistischen Krankheitsbild immanent sind. Inzwischen konnte gezeigt werden, dass die Gabe von Oxytocin die sozialen Kognitionen von Patienten mit Autismus positiv beeinflussen kann (Andari et al., 2010). Darüber hinaus wird auch über die Bedeutung des Oxytocins für andere psychische Störungen mit devianter sozialer Interaktion spekuliert, wie z. B. der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bartz & Hollander, 2006). In diesem Zusammenhang wird die Möglichkeit diskutiert, dass eine Störung des Oxytocinsystems, die zu einer Vulnerabilität für die Entstehung von Beziehungsstörungen führen könnte, durch die frühkindliche Deprivation hinsichtlich enger sozialer Bindungen entsteht. So haben Fries, Ziegler, Kurian, Jacoris und Pollak (2005) in einem naturalistischen Setting gezeigt, dass bei Kindern, die sozial und emotional depriviert in einem russischen oder rumänischen Waisenhaus aufgewachsen waren und die später adoptiert wurden, beim körperlichen Kontakt mit der Adoptivmutter weniger Oxytocin im Urin nachweisbar war als bei leiblichen Kindern, die die ersten Lebensjahre in

behüteten Verhältnissen verbracht hatten. Obwohl diese Studie methodische Schwächen aufweist, gibt sie doch einen wichtigen Hinweis darauf, wie frühkindliche Erfahrungen durch eine Veränderung biologischer Systeme die soziale Beziehungsfähigkeit und damit auch das Wohlbefinden im späteren Leben maßgeblich beeinflussen können.

22.4 Zusammenfassung: Interaktion von Dopamin und Oxytocin bei der Entstehung von Wohlbefinden

Fasst man die oben referierten Befunde zusammen, so könnte man zu einem stark vereinfachten neurobiologischen Modell von Wohlbefinden als positivem Affekt kommen, der sich durch die Befriedigung von Bedürfnissen einstellt. Hinsichtlich sozialer Bedürfnisse wäre Wohlbefinden mit einem Zustand von sozialer Nähe, Sicherheit und Geborgenheit assoziiert, in dem Oxytocin und Dopamin eine zentrale Rolle spielen (vgl. hierzu auch Esch & Stefano, 2004; 2005). Dabei würde das Erleben sozialer Nähe und Bindung eine Reduzierung von Stress und Angst über die Einwirkung von Oxytocin auf die Amygdala bewirken. Darüber hinaus führt die gleichzeitige Stimulation von Oxytocinrezeptoren im NAcc zu einer Aktivierung des mesolimbischen Dopaminsignals, die über die Erhöhung antizipatorischer Freude und die Steigerung von Aktivität zu einer Erhöhung des Wohlbefindens führen (Liu & Wang, 2003, Young et al., 2001). Das Dopaminsystem würde dabei über die Erhöhung der Anreizmotivation auch zu einer Steigerung konsumatorischer Aktivitäten, oder allgemein emotional positiv gefärbter Aktivitäten beitragen.

Aus psychotherapeutischer Sicht wichtig ist, dass die Ansprechbarkeit beider Systeme beim Menschen sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Für das Oxytocinsystem ist die Ansprechbarkeit möglicherweise maßgeblich durch frühkindliche Erfahrung determiniert, beim Dopaminsystem insbesondere durch genetische Prädispositionen, wobei zu erwarten ist, dass die Forschung in der nahen Zukunft sowohl weitere genetische und Umweltfaktoren als auch Gen-Umwelt-Interaktionen (Caspi & Moffitt, 2006) identifizieren wird, die die Ansprechbarkeit von Transmittersystemen

maßgeblich beeinflussen. Es ist anzunehmen, dass solche Unterschiede zum einen auch die Ansprechbarkeit auf psychotherapeutische Interventionen, egal ob sie direkt dem Wohlbefinden dienen oder allgemein psychotherapeutischer Natur sind, beeinflussen. Zum anderen zeigt sich aber auch, dass sowohl das Dopamin- als auch das Oxytocin-System durch psychologische Faktoren modulierbar sind und somit eine Veränderung dieser Systeme durch psychotherapeutische Intervention zu einer Steigerung des Wohlbefindens führen kann.

Literatur

- Adolphs, R. (2003). Cognitive neuroscience of human social behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 165-178.
- Amico, J. A., Seif, S. M. & Robinson, A. G. (1981). Oxytocin in human plasma: correlation with neurophysin and stimulation with estrogen. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 52, 988-993.
- Andari, E., Duhamel, J.-R., Zalla, T., Herbrecht, E., Leboyer, M. & Sirigu, A. (2010). Promoting social behavior with oxytocin in high-functioning autism spectrum disorders. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(9), 4389-4394.
- Aron, A., Fisher, H., Mashek, D. J., Strong, G., Li, H. & Brown, L. L. (2005). Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. *Journal of Neurophysiology*, 94, 327-337.
- Bartels, A. & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21, 1155-1166.
- Bartz, J. A. & Hollander, E. (2006). The neuroscience of affiliation: Forging links between basic and clinical research on neuropeptides and social behavior. *Hormones and Behavior*, 50, 518-528.
- Baumgartner, T., Heinrichs, M., Vonlanthen, A., Fischbacher, U. & Fehr, E. (2008). Oxytocin shapes the neural circuitry of trust and trust adaptation in humans. *Neuron*, 58, 639-650.
- Bek, M. J., Eisner, G. M., Felder, R. A. & Jose, P. A. (2001). Dopamine receptors in hypertension. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 68, 362-369.
- Berridge, K. C. & Robinson, T. E. (1998). What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? *Brain Research Reviews*, 28, 309-369.
- Blaicher, W., Gruber, D., Bieglmayer, C., Blaicher, A. M., Knogler, W. & Huber, J. C. (1999). The role of oxytocin in relation to female sexual arousal. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 47, 125-126.
- Blum, K., Braverman, E. R., Holder, J. M., Lubar, J. F., Monastra, V. J., Miller, D. et al. (2000). Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32 Suppl., 1-112.
- Buijs, R. M., de Vries, G. J. & van Leeuwen, F. W. (1985). The distribution and synaptic release of oxytocin in the central nervous system. In J. A. Amico & A. G. Robinson (Eds.), *Oxytocin. Clinical and laboratory studies* (S. 77-86). Amsterdam: Elsevier.
- Burgdorf, J. & Panksepp, J. (2006). The neurobiology of positive emotions. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 173-187.
- Buss, D. M. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*, 55, 15-23.
- Carlsson, A. (1995). The dopamine theory revisited. In S. R. Hirsch & D. R. Weinberger (Eds.), *Schizophrenia* (S. 379-400). Oxford: Blackwell Science.
- Caspi, A. & Moffitt, T. E. (2006). Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 583-590.
- Davidson, R. J., Jackson, D. C. & Kalin, N. H. (2000). Emotion, plasticity, context, and regulation: perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126, 890-909.
- Depue, R. A. & Collins, P. F. (1999). Neurobiology of the structure of personality: dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behavioral and Brain Sciences*, 22, 491-517.
- Di Ciano, P., Coury, A., Depoortere, R. Y., Egilmez, Y., Lane, J. D., Emmett-Oglesby, M. W. et al. (1995). Comparison of changes in extracellular dopamine concentrations in the nucleus accumbens during intravenous self-administration of cocaine or d-amphetamine. *Behavioural Pharmacology*, 6, 311-322.
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.
- Drevets, W. C., Gautier, C., Price, J. C., Kupfer, D. J., Kinahan, P. E., Grace, A. A. et al. (2001). Amphetamine-induced dopamine release in human ventral striatum correlates with euphoria. *Biological Psychiatry*, 49, 81-96.
- Ekman, P. (1994). All emotions are basic. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (S. 15-19). New York, NY: Oxford University Press.
- Esch, T. & Stefano, G. B. (2004). »The neurobiology of pleasure, reward processes, addiction and their health implications«, *Neuroendocrinology Letters*, 25, 235-251.
- Esch, T. & Stefano, G. B. (2005). The Neurobiology of Love. *Neuroendocrinology Letters*, 26, 175-192.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Schanberg, S. & Kuhn, C. (2005). Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. *International Journal of Neuroscience*, 115, 1397-1413.
- Freund-Mercier, M. J. & Stoessel, M. E. (1995). Somatodendritic autoreceptors on oxytocin neurones. In R. Ivell & J. A. Russell (Eds.), *Oxytocin. Cellular and molecular approaches in medicine and research* (S. 185-194). New York: Plenum Press.
- Fries, A. B., Ziegler, T. E., Kurian, J. R., Jacoris, S. & Pollak, S. D. (2005). Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 102, 17237-17240.

- de la Fuente-Fernandez, R., Phillips, A. G., Zamburlini, M., Sossi, V., Calne, D. B., Ruth, T. J. et al. (2002). Dopamine release in human ventral striatum and expectation of reward. *Behavioral Brain Research*, 136, 359-363.
- de la Fuente-Fernandez, R., Schulzer, M. & Stoessl, A. J. (2002). The placebo effect in neurological disorders. *The Lancet Neurology*, 1, 85-91.
- Gimpl, G. & Fahrenholz, F. (2001). The oxytocin receptor system: structure, function, and regulation. *Physiological Reviews*, 81, 629-683.
- Green, L., Fein, D., Modahl, C., Feinstein, C., Waterhouse, L. & Morris, M. (2001). Oxytocin and autistic disorder: alterations in peptide forms. *Biological Psychiatry*, 50, 609-613.
- Grey, J. A. (1995). A model of the limbic system and the basal ganglia: Application to anxiety and schizophrenia. In M. S. Gazzaniga (Ed.), *The Cognitive Neurosciences* (S. 1165-1176). Cambridge: MIT Press.
- Heath, R. G. (1963). Electrical Self-Stimulation of the Brain in Man. *American Journal of Psychiatry*, 120, 571-577.
- Heath, R. G. (1972). Pleasure and brain activity in man. Deep and surface electroencephalograms during orgasm. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 154, 3-18.
- Heimer, L. & Van Hoesen, G. W. (2006). The limbic lobe and its output channels: implications for emotional functions and adaptive behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 126-147.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C. & Ehler, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 54, 1389-1398.
- Heinrichs, M., Meinlschmidt, G., Neumann, I., Wagner, S., Kirschbaum, C., Ehler, U. et al. (2001). Effects of suckling on hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to psychosocial stress in postpartum lactating women. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 86, 4798-4804.
- Heinrichs, M., Soravia, L. M., Neumann, I. D., Stangier, U., de Quervain, D. J.-F. & Ehler, U. (2006). *Effects of oxytocin on social phobia*. Paper presented at the Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology (ACNP), Hollywood, Florida, 3.-7. Dezember.
- Huber, D., Veinante, P. & Stoop, R. (2005). Vasopressin and oxytocin excite distinct neuronal populations in the central amygdala. *Science*, 308, 245-248.
- Insel, T. R. (1997). A neurobiological basis of social attachment. *American Journal of Psychiatry*, 154, 726-735.
- Insel, T. R. & Hulihan, T. J. (1995). A gender-specific mechanism for pair bonding: oxytocin and partner preference formation in monogamous voles. *Behavioral Neuroscience*, 109, 782-789.
- Insel, T. R. & Shapiro, L. E. (1992). Oxytocin receptor distribution reflects social organization in monogamous and polygamous voles. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 89, 5981-5985.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York, NY: Plenum Press.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- Kirsch, P., Esslinger, C., Chen, Q., Mier, D., Lis, S., Siddhanti, S. et al. (2005). Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *Journal of Neuroscience*, 25, 11489-11493.
- Kirsch, P., Reuter, M., Mier, D., Lonsdorf, T., Stark, R., Gallhofer, B. et al. (2006). Imaging gene-substance interactions: the effect of the DRD2 Taq1A polymorphism and the dopamine agonist bromocriptine on the brain activation during the anticipation of reward. *Neuroscience Letters*, 405, 196-201.
- Kjaer, T. W., Bertelsen, C., Piccini, P., Brooks, D., Alving, J. & Lou, H. C. (2002). Increased dopamine tone during meditation-induced change of consciousness. *Cognitive Brain Research*, 13, 255-259.
- Koob, G. F. & Goeders, N. E. (1989). Neuroanatomical substrates of drug self-administration. In J. M. Lieberman & S. J. Cooper (Eds.), *The neuropharmacological basis of reward* (S. 214-263). Oxford: Oxford University Press.
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P. J., Fischbacher, U. & Fehr, E. (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435, 673-676.
- Kovacs, G. L. & De Wied, D. (1994). Peptidergic modulation of learning and memory processes. *Pharmacological Reviews*, 46, 269-291.
- Lange, C. (1887). *Ueber Gemüthsbewegungen*. Leipzig: Thomas.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Reviews of Neuroscience*, 23, 155-184.
- Le Moal, M. & Simon, H. (1991). Mesocorticolimbic dopaminergic network: functional and regulatory roles. *Physiology Reviews*, 71, 155-234.
- Liu, Y. & Wang, Z. X. (2003). Nucleus accumbens oxytocin and dopamine interact to regulate pair bond formation in female prairie voles. *Neuroscience*, 121, 537-544.
- McBride, W. J., Murphy, J. M. & Ikemoto, S. (1999). Localization of brain reinforcement mechanisms: intracranial self-administration and intracranial place-conditioning studies. *Behavioural Brain Research*, 101, 129-152.
- McCarthy, M. M. (1995). Estrogen modulation of oxytocin and its relation to behavior. In R. Ivell & J. A. Russell (Eds.), *Oxytocin. Cellular and molecular approaches in medicine and research* (S. 235-245). New York: Plenum Press.
- McCarthy, M. M., McDonald, C. H., Brooks, P. J. & Goldman, D. (1996). An anxiolytic action of oxytocin is enhanced by estrogen in the mouse. *Physiology and Behavior*, 60, 1209-1215.
- Menon, V. & Levitin, D. J. (2005). The rewards of music listening: response and physiological connectivity of the mesolimbic system. *Neuroimage*, 28, 175-184.
- Mitchell, M. D., Haynes, P. J., Anderson, A. B. M. & Turnbull, A. C. (1981). Plasma oxytocin concentrations during the menstrual cycle. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 12, 195-200.
- Moore, H., West, A. R. & Grace, A. A. (1999). The regulation of forebrain dopamine transmission: relevance to the pathophysiology and psychopathology of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 46, 40-55.
- Murphy, M. R., Checkley, S. A., Seckl, J. R. & Lightman, S. L. (1990). Naloxone inhibits oxytocin release at orgasm in man. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 71, 1056-1058.

- Nesse, R. M. (2004). Natural selection and the elusiveness of happiness. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences*, 359, 1333-1347.
- Neumann, I. D. (2002). Involvement of the brain oxytocin system in stress coping: Interactions with the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. In D. Poulain, S. Oliet & D. Theodosis (Eds.), *Vasopressin and oxytocin. From genes to clinical applications* (S. 147-162). Amsterdam: Elsevier.
- Nishioka, T., Anselmo-Franci, J. A., Li, P., Callahan, M. F. & Morris, M. (1998). Stress increases oxytocin release within the hypothalamic paraventricular nucleus. *Brain Research*, 781, 56-60.
- Olazabal, D. E. & Young, L. J. (2006). Oxytocin receptors in the nucleus accumbens facilitate »spontaneous« maternal behavior in adult female prairie voles. *Neuroscience*, 141, 559-568.
- Olds, J. & Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47, 419-427.
- Panksepp, J. (2005). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press.
- Pedersen, C. A. & Prange, A. J., Jr. (1979). Induction of maternal behavior in virgin rats after intracerebroventricular administration of oxytocin. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 76, 6661-6665.
- Phillips, A. G. & Fibiger, H. C. (1978). The role of dopamine in maintaining intracranial self-stimulation in the ventral tegmentum, nucleus accumbens, and medial prefrontal cortex. *Canadian Journal of Psychology*, 32, 58-66.
- Pitman, R. K., Orr, S. P. & Lasko, N. B. (1993). Effects of intranasal vasopressin and oxytocin on physiologic responding during personal combat imagery in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 48, 107-117.
- Redgrave, P., Prescott, T. J. & Gurney, K. (1999). Is the short-latency dopamine response too short to signal reward error? *Trends in Neurosciences*, 22, 146-151.
- Reuter, M. & Hennig, J. (2005). Association of the functional catechol-O-methyltransferase VAL158MET polymorphism with the personality trait of extraversion. *Neuroreport*, 16, 1135-1138.
- Reuter, M., Schmitz, A., Corr, P. & Hennig, J. (2006). Molecular genetics support Gray's personality theory: the interaction of COMT and DRD2 polymorphisms predicts the behavioural approach system. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 9, 155-166.
- Reymond, M. J. & Porter, J. C. (1985). Involvement of hypothalamic dopamine in the regulation of prolactin secretion. *Hormone Research*, 22, 142-152.
- Roth, R. H. & Elsworth, J. D. (1995). Biochemical pharmacology of midbrain dopamine neurons. In F. E. Bloom & D. J. Kupfer (Eds.), *Psychopharmacology: The fourth generation of progress* (S. 227-243). New York: Raven Press.
- Salonia, A., Nappi, R. E., Pontillo, M., Daverio, R., Smeraldi, A., Briganti, A. et al. (2005). Menstrual cycle-related changes in plasma oxytocin are relevant to normal sexual function in healthy women. *Hormones and Behavior*, 47, 164-169.
- Schneider, F., Habel, U., Volkman, J., Regel, S., Kornischka, J., Sturm, V. et al. (2003). Deep brain stimulation of the subthalamic nucleus enhances emotional processing in Parkinson disease. *Archives of General Psychiatry*, 60, 296-302.
- Schultz, W. (1998). Predictive reward signal of dopamine neurons. *Journal of Neurophysiology*, 80, 1-27.
- Shahrokh, D. K., Zhang, T.-Y., Diorio, J., Gratton, A. & Meaney, M. J. (2010). Oxytocin-dopamine interactions mediate variations in maternal behavior in the rat. *Endocrinology*, 151, 2276-2286.
- Small, D. M., Jones-Gotman, M. & Dagher, A. (2003). Feeding-induced dopamine release in dorsal striatum correlates with meal pleasantness ratings in healthy human volunteers. *Neuroimage*, 19, 1709-1715.
- Smith, G. P. (1976). The arousal function of central catecholamine neurons. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 270, 45-56.
- Stemmler, G. (2002). Persönlichkeit und Emotion: Bausteine einer biobehavioralen Theorie. In M. Myrtek (Hrsg.), *Die Person im biologischen und sozialen Kontext* (S. 115-141). Göttingen: Hogrefe.
- Uvnäs-Moberg, K., Ahlenius, S., Hillegaart, V. & Alster, P. (1994). High doses of oxytocin cause sedation and low doses cause an anxiolytic-like effect in male rats. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 49, 101-106.
- Uvnäs-Moberg, K., Arn, I. & Magnusson, D. (2005). The psychobiology of emotion: the role of the oxytocinergic system. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 59-65.
- Vaitl, D. (1996). Interception. *Biological Psychology*, 42, 1-27.
- Verhoeff, N. P., Christensen, B. K., Hussey, D., Lee, M., Papatheodorou, G., Kopala, L. et al. (2003). Effects of catecholamine depletion on D2 receptor binding, mood, and attentiveness in humans: a replication study. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 74, 425-432.
- Voruganti, L., Slomka, P., Zabel, P., Costa, G., So, A., Mattar, A. et al. (2001). Subjective effects of AMPT-induced dopamine depletion in schizophrenia: correlation between dysphoric responses and striatal D(2) binding ratios on SPECT imaging. *Neuropsychopharmacology*, 25, 642-650.
- Windle, R. J., Shanks, N., Lightman, S. L. & Ingram, C. D. (1997). Central oxytocin administration reduces stress-induced corticosterone release and anxiety behavior in rats. *Endocrinology*, 138, 2829-2834.
- Wise, R. A. (1980). The dopamine synapse and the notion of 'pleasure centers' in the brain. *Trends in Neurosciences*, 3, 91-95.
- Young, L. J., Lim, M. M., Gingrich, B. & Insel, T. R. (2001). Cellular mechanisms of social attachment. *Hormones and Behavior*, 40, 133-138.
- Zak, P. J., Kurzban, R. & Matzner, W. T. (2004). The Neurobiology of Trust. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032, 224-227.

Fragebogen zum aktuellen körperlichen Wohlbefinden (FAW)

Fragebogen zum aktuellen körperlichen Wohlbefinden (FAW)

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zum körperlichen Wohlbefinden. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und geben Sie an, wie gut sie Ihren **momentanen** Zustand beschreibt. Füllen Sie den Bogen bitte auch dann aus, wenn Sie sich im Moment nicht völlig wohlfühlen.

Sie können immer zwischen fünf verschiedenen Antworten wählen. Je nachdem, was **im Moment** auf Sie zutrifft, kreuzen Sie bitte an:

0 = gar nicht zutreffend

1 = wenig zutreffend

2 = in mittlerem Maße zutreffend

3 = überwiegend zutreffend

4 = völlig zutreffend

Bitte lassen Sie keine Aussage unbeantwortet. Wählen Sie in Zweifelsfällen die Antwort, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.

Im Moment trifft auf mich zu ...		gar nicht	wenig	in mittlerem Maße	überwiegend	völlig
1	Ich bin körperlich belastbar.	0	1	2	3	4
2	Ich fühle mich behaglich.	0	1	2	3	4
3	Ich spüre nachwirkende freudige Erregung.	0	1	2	3	4
4	Ich bin angenehm erschöpft.	0	1	2	3	4
5	Ich bin genussfreudig.	0	1	2	3	4
6	Ich bin reaktionsfähig.	0	1	2	3	4
7	Ich fühle mich gepflegt.	0	1	2	3	4
8	Ich fühle mich körperlich gesund.	0	1	2	3	4
9	Ich bin in Mußestimmung.	0	1	2	3	4
10	Ich verspüre Tatendrang.	0	1	2	3	4
11	Ich bin rechtschaffen müde.	0	1	2	3	4
12	Ich höre genussvoll Musik.	0	1	2	3	4
13	Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden.	0	1	2	3	4
14	Ich fühle mich sauber und frisch.	0	1	2	3	4
15	Ich fühle mich körperlich ausgeglichen.	0	1	2	3	4
16	Ich bin von Druck befreit.	0	1	2	3	4
17	Ich bin neugierig-gepannt.	0	1	2	3	4
18	Ich verspüre nachlassende Anspannung.	0	1	2	3	4
19	Ich spüre, dass eine angenehme Berührung nachwirkt.	0	1	2	3	4
20	Ich kann mich gut konzentrieren.	0	1	2	3	4
21	Mein Körper riecht gut.	0	1	2	3	4
22	Ich bin mit meinem gegenwärtigen Körperzustand einverstanden.	0	1	2	3	4
23	Ich habe das Gefühl, Zeit zu haben.	0	1	2	3	4
24	Ich habe das Gefühl, durchstarten zu können.	0	1	2	3	4
25	Ich fühle mich angenehm schläfrig.	0	1	2	3	4
26	Ich habe Lust, meine körperlichen Grenzen auszutesten.	0	1	2	3	4
▼						

Im Moment trifft auf mich zu ...		gar nicht	wenig	in mittlerem Maße	überwiegend	völlig
27	Ich bin zu konzentrierten Bewegungen fähig.	0	1	2	3	4
28	Ich habe ein angenehmes Hautgefühl.	0	1	2	3	4
29	Ich bin durchhaltefähig.	0	1	2	3	4
30	Ich spüre, dass körperliche Erholung einsetzt.	0	1	2	3	4
31	Ich bin innerlich erfüllt.	0	1	2	3	4
32	Ich spüre, wie die Alltagsbelastung nachlässt.	0	1	2	3	4
33	Ich bin leidenschaftlich gestimmt.	0	1	2	3	4
34	Ich habe einen klaren Kopf.	0	1	2	3	4
35	Ich habe einen angenehmen Duft in der Nase.	0	1	2	3	4
36	Mein Kreislauf ist stabil.	0	1	2	3	4
37	Ich habe das Gefühl, frei zu atmen.	0	1	2	3	4
38	Ich strahle Energie aus.	0	1	2	3	4
39	Ich verspüre eine angenehme Schwere in meinen Gliedern.	0	1	2	3	4
40	Ich fühle mich sexuell erlebnisfähig.	0	1	2	3	4
41	Ich bin mit Dingen beschäftigt, die mich interessieren.	0	1	2	3	4
42	Meine Haut ist gut durchblutet.	0	1	2	3	4
43	Ich kann meinen augenblicklichen Körperzustand genießen.	0	1	2	3	4
44	Ich genieße die beschauliche Ruhe um mich herum.	0	1	2	3	4
45	Ich bin heiter gestimmt.	0	1	2	3	4
46	Ich fühle mich wohlig warm.	0	1	2	3	4
47	Ich habe eine Verschnaufpause verdient.	0	1	2	3	4
48	Ich kann meinen Wünschen freien Lauf lassen.	0	1	2	3	4
49	Ich bin wach.	0	1	2	3	4
50	Ich habe ein angenehmes Körpergefühl.	0	1	2	3	4
51	Mein Körperzustand ist mir vertraut.	0	1	2	3	4
52	Die Hauptanstrengungen des heutigen Tages liegen hinter mir.	0	1	2	3	4
53	Meine Haut ist gepflegt.	0	1	2	3	4
54	Ich habe mir Wohlgenüsse verschafft.	0	1	2	3	4
55	Ich habe meine heutigen Anforderungen im Griff.	0	1	2	3	4
56	Meine Frisur ist in Ordnung.	0	1	2	3	4
57	Ich kann mich auf das Wesentliche konzentrieren.	0	1	2	3	4
58	Ich bin von einem schönen Tagesereignis erfüllt.	0	1	2	3	4

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Haben Sie jetzt Freizeit? ☐ Arbeitszeit? ☐
 Was haben Sie **unmittelbar vor dem Ausfüllen** dieses Fragebogens gemacht?

Alter: _____ Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐
 Beeinträchtigt Sie Ihr **momentaner Gesundheitszustand** dabei, Dinge zu tun, die Sie gerne tun würden?
 Ja ☐ nein ☐

Auswertung

Addieren Sie die angekreuzten Punktwerte für die zu der jeweiligen Skala gehörenden Items:

- 1. Zufriedenheit mit dem aktuellen Körperzustand: 1, 8, 15, 22, 29, 36, 43 (7 Items)
- 2. Ruhe/Muße: 2, 9, 16, 23, 30, 37, 44, 46, 51 (9 Items)
- 3. Vitalität/Lebensfreude: 3, 10, 17, 24, 31, 38, 45 (7 Items)
- 4. nachlassende Anspannung: 4, 11, 18, 25, 32, 39, 47, 52 (8 Items)
- 5. Genussfreude/Lustempfinden: 5, 12, 19, 26, 33, 40, 48, 54, 58 (9 Items)
- 6. subjektive Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit: 6, 13, 20, 27, 34, 41, 49, 55, 57 (9 Items)
- 7. Gepflegtheit, Frische, angenehmes Körperempfinden: 7, 14, 21, 28, 35, 42, 50, 53, 56 (9 Items).

Zur Verlaufsbetrachtung empfiehlt sich für jede Skala eine grafische Darstellung der Ergebnisse.

Der FAW ist ein ipsatives Verfahren. Falls dennoch Vergleichswerte erwünscht sind, können die folgenden Angaben von N = 110 Personen (Alter: 19–66 Jahre, mittleres Alter 35 Jahre; Geschlecht: 34% Männer, 64% Frauen, 2% ohne Angaben; Gesundheit: 60% subjektiv gesund; 29% subjektiv beeinträchtigt, 11% ohne Angaben) herangezogen werden:

Skala	Summenwert	Mittelwert	Streuung
1 (ZU)	16,28	2,33	4,71
2 (RM)	18,45	2,05	5,46
3 (VL)	13,56	1,94	5,09
4 (NA)	14,79	1,85	5,31
5 (G)	15,37	1,70	6,10
6 (KR)	23,22	2,57	6,05
7 (GFK)	21,24	2,36	6,10

Ressourcen-Checkliste

Die Ressourcen-Checkliste ist eine Aufstellung der wichtigsten für seelisches Wohlbefinden verantwortlichen sozialen, umweltbezogenen und persönlichkeitsbezogenen Stärken (Ressourcen) einer Person. Kein Mensch besitzt alle diese Ressourcen, aber die meisten Menschen besitzen einige davon in ihrem Leben.

Bitte schreiben Sie in die **linke** Spalte, wie sehr Sie denken, dass Sie die betreffende Ressource mo-

mentan in Ihren Leben besitzen auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 3 (sehr).

Bitte schreiben Sie in die **rechte** Spalte, wie wichtig es Ihnen grundsätzlich ist, diese Ressource in Ihrem Leben zu besitzen oder zu erwerben auf einer Skala von 0 (gar nicht wichtig) bis 3 (sehr wichtig).

Es gibt keine richtigen und falschen Antworten, bitte urteilen Sie ganz nach Ihrem momentanen Gefühl.

Name Datum:

Ich besitze momentan diese Ressource ... 0 – gar nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr ↓	Wie wichtig ist mir diese Ressource? 0 – gar nicht wichtig 1 – ein wenig wichtig 2 – ziemlich wichtig 3 – sehr wichtig ↓
1. ein(e) Partner(in), dem/der ich mich nahe fühle und dem/der gegenüber ich mich vollkommen öffnen kann	
2. ein(e) Partner(in), auf den/die ich mich verlassen kann und dem/der ich vollkommen vertraue	
3. ein(e) Partner(in), mit dem/der zusammen ich positive Gefühle erlebe	
4. ein erfülltes, gelöstes Sexualleben, das mir Vitalität gibt und Freude bereitet	
5. einige nahe Freunde, denen gegenüber ich mich öffnen und denen ich vollkommen vertrauen kann	
6. Familienangehörige (Eltern, Geschwister, Kinder, etc.), denen ich vollkommen vertraue und bei denen ich mich gefühlsmäßig aufgehoben fühle	
7. Familienangehörige, die mich respektieren und bedingungslos lieben	
8. ein Beruf, der mir Freude macht, der meinen Fähigkeiten entspricht und in dem ich mich weiterentwickeln kann	
9. sympathische Arbeitskollegen, mit denen ich mich gut verstehe	
10. berufliche Vorgesetzte, denen ich vertrauen kann und die mich fördern	
11. eine zufriedenstellende finanzielle Situation	
12. ein guter Ausgleich zwischen Arbeits- und Freizeit	
13. Freizeitbeschäftigungen, die mir Freude bereiten und in denen ich meine Talente und Neigungen verwirklichen kann	
14. eine unbezahlte ehrenamtliche Tätigkeit, die ich zu Gunsten anderer ausübe	
15. eine Wohnung, in der ich mich wohl und geborgen fühle	
16. ein Wohnort (Haus, Nachbarschaft, Gemeinde, Land), in dem ich mich wohl fühle und wo ich gerne lebe	
17. gute körperliche Gesundheit	
18. ein Körper, in dem ich mich wohl fühle, und der mir gut gefällt	
19. körperliche Betätigung, die mir gut tut	
20. das Gefühl einer guten seelischen Gesundheit	

21. Zeiten der Erholung und Entspannung, in denen ich Energie tanken kann	
22. Zeiten der Aktivität und der Spannung, in denen ich mich ganz lebendig fühle	
23. die Fähigkeit, mich selber ganz so anzunehmen und zu lieben, wie ich bin	
24. ein starkes Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen in mich und meine Fähigkeiten	
25. ein sicheres Auftreten in sozialen Situationen (nein sagen können, Gefühle äußern können, um einen Gefallen bitten können, etc.)	
26. die Fähigkeit, mühelos auf andere Menschen zuzugehen und mit ihnen in Kontakt zu treten	
27. die Fähigkeit, gute Gespräche mit verschiedenen Arten von Menschen zu führen	
28. die Fähigkeit anderen Menschen gegenüber geduldig und tolerant zu sein und sie so zu akzeptieren, wie sie sind	
29. die Fähigkeit, anderen Menschen gegenüber gewissenhaft, verlässlich und treu zu sein	
30. die Fähigkeit, anderen Menschen echt, offen und unverstellt zu begegnen und mich ihnen so zu zeigen, wie ich bin	
31. die Fähigkeit, anderen Menschen Liebe, Nähe, Geborgenheit und Zärtlichkeit zu schenken	
32. die Fähigkeit, von anderen Menschen Liebe, Nähe, Geborgenheit und Zärtlichkeit anzunehmen	
33. ein friedfertiges und freundliches Herz	
34. die Fähigkeit, Mitleid zu empfinden	
35. die Fähigkeit zu selbstlosem Handeln	
36. die Fähigkeit, mich selber nicht zu ernst zu nehmen und über mich selber lachen zu können	
37. die Fähigkeit, feinfühlig auf andere Menschen und ihre Bedürfnisse eingehen zu können	
38. Mut, mich in gefürchtete und ungewisse Situationen hinein zu begeben	
39. die Fähigkeit, mich selber weiter zu entwickeln und alte Begrenzungen zu überwinden	
40. ein starker Wille, Dinge zu tun, die ich als richtig und wichtig erkenne	
41. Ausdauer, eine wichtige Tätigkeit bis zum Ziel durchzuhalten	
42. eine Beschäftigung, in der ich einem Talent, einer Neigung oder einem Interesse Ausdruck verleihe und die mich mit Sinn erfüllt	
43. Lust an kreativer, schöpferischer Tätigkeit, in der ich alles andere um mich herum vergessen kann	
44. das Gefühl, mein Leben in wichtigen Belangen zu einem großen Teil selber beeinflussen zu können	
45. ein sorgloses und heiteres Gemüt	
46. Vertrauen in die Zukunft und in die Verwirklichung meiner Wünsche	
47. die Fähigkeit, Dinge loszulassen, die ich nicht selber beeinflussen kann	
48. ein starker Glaube an die Sinnhaftigkeit der Welt und meines Lebens	
49. der Glaube an eine allmächtige Kraft (Gott), die mich stets behütet, und an ein ewiges Leben	
50. der Glaube an eine allliebende Kraft (Gott) und das Gefühl, von ihr angenommen und geliebt zu werden, so wie ich bin	

Auswertung und Verwendung der Ressourcen-Checkliste

Die Ressourcen-Checkliste kann ohne weitere Auswertung zunächst so benutzt werden, wie sie ausgefüllt wurde. In der Psychotherapie kann zum Beispiel ein vertiefendes Gespräch über diejenigen Ressourcen stattfinden, die vom Patienten/von der Patientin als wichtig (2 und 3) eingeschätzt wurden (rechte Spalte), indem weiter exploriert wird, wie einige dieser wichtigen Ressourcen, über die der Patient/die Patientin verfügt (2 oder 3 in linker Spalte) *genutzt* und wie diejenigen wichtigen Ressourcen, über die der Patient/die Patientin nicht oder nur ungenügend verfügt (0 oder 1 in linker Spalte) **aufgebaut** oder **weiterentwickelt** werden könnten.

Ferner können die einzelnen Ressourcen zu größeren Einheiten zusammengefasst werden, indem die Werte der linken und die Werte der rechten Spalte separat für die betreffenden Items addiert und anschließend durch die Anzahl der (ausgefüllten) Items pro Gruppe dividiert werden, so dass sich zwei Durchschnittswerte pro Ressourcen-Gruppe ergeben, einer für die momentane Verwirklichung der Ressource (linke Spalte) und einer für die Wichtigkeit der Ressource (rechte Spalte):

- Umweltbezogene und soziale Ressourcen (1-16)
 - Partnerschaft, intime Beziehung (1, 2, 3, 4)
 - Familie, Freunde (5, 6, 7)
 - Beruf, Einkommen, Lebensstandard (8, 9, 10, 11, 12)
 - Freizeit (12, 13, 14)
 - Wohnort, Wohnsituation (15, 16)
- Persönlichkeitsbezogene Ressourcen (17-50)
 - Gefühl der Gesundheit, Lebendigkeit, Ausgeglichenheit (17, 18, 19, 20, 21, 22)
 - Selbstwertgefühl, Selbstakzeptanz (23)
 - Selbstsicherheit, soziale Kompetenz, Extraversion (25, 26, 27)
 - Liebesfähigkeit, Beziehungsfähigkeit (27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37)
 - Mut, Willenskraft (38, 39, 40, 41)
 - Kreativität, Schaffenskraft (42, 43)
 - Kontrollgefühl (44)
 - Gelassenheit, Zuversicht, Heiterkeit (45, 46, 47)
 - Religiöser Glaube, Spiritualität (48, 49, 50)

Anstelle eines Fragebogens, der vom Patienten ausgefüllt wird, kann die Ressourcen-Checkliste auch vom Therapeuten als Gedankenstütze im Gespräch mit dem Patienten verwendet oder sogar vollständig im Hinblick auf den Patienten ausgefüllt werden, um das Urteil des Therapeuten über den Patienten zu erfassen und ev. mit der eigenen Einschätzung des Patienten zu vergleichen. Grundsätzlich kann die Ressourcen-Checkliste von jeder Person für eine andere bekannte Person ausgefüllt und das Urteil anschließend mit dem eigenen Urteil der betreffenden Person, um die es geht, verglichen werden.

Mitteilungen und Fragen zur Verwendung der Ressourcen-Checkliste nimmt der Autor gerne entgegen.



Stichwortverzeichnis

A

Acceptance and Commitment
Therapy 73

Achtsamkeit 69, 70, 192, 202

Achtsamkeitstraining 49

Adaptationsniveautheorie 8

Adipositas 176

Adoleszenz

– Selbsterziehung 251

– Geschlechtsreife 250

Affekt, positiver 10, 284–285

Aktivität 265

Akzeptanz 77

Alkoholabhängigkeit 53, 165

Alkoholmissbrauch 165

Alter 7, 13, 152

Altern 259–269

– Befriedigungsstrategie 264–267

– Bewältigungsstrategie 263–264

– emotionale Befindlichkeit
260–261

– Lebensqualität 260–263

– Lebenszufriedenheit 261

– Lebenszufriedenheits-
kompetenz 261–268

– Modell der selektiven
Optimierung mit Kompensation
262–263

– Religiosität 266–267

Altruismus 4, 13

Amphetamine 287

Amygdala 286, 290–291

Angst 165, 289–291

Annäherungsziel 146

Anreiz-Modell 8

Anspruchsniveautheorie 8

Arbeit 10, 13

Arbeitsfähigkeit 9

Arbeitsmodell, inneres 219

Armutsentwicklung 256

Askese

– genießen 65

– asketisch sein 65

Atem 77

Aufklärung 24

Aufmerksamkeit 62

– Aufmerksamkeitslenkung 70

– gleichschwebende 72

Aufwärtsspirale, positive 86

Authentizität 200

Autismus 291

Autogenes Training 141

Autonomie 6, 13, 120, 243

Autonomieverlust 201

Autopilotenmodus 70

B

Baby 62

Balance-Modell 57–58, 61, 63, 163

Barriere 77

Basis, sichere 217

Bedürfnis 50

– Grundbedürfnis 35–37

Bedürfnisbefriedigung 7

Bedürfnishierarchie 8

Beeinflussbarkeit 60

behavioral approach system 285,
288

Belastungsstörung, posttrauma-
tische 165

Belohnungssystem 274, 277–278,
286–288, 291

– Reward 286

Beratung 24, 48

Besonnenheit 47

Bewältigungsfrage 95

Bewältigungsstrategie 161
 Beziehung 47
 – soziale 265, 288–291
 – therapeutische 219
 Beziehungsarbeit 25
 Beziehungsgestaltung 37–41
 Bildung 13
 bildgebendes Verfahren 274
 Bindung
 – soziale 289–291
 – unsicher-vermeidende 218
 – unsicher-ambivalente 218
 – desorganisierte/desorientierte 218
 – sichere 216
 Bindungsforschung 214
 Bindungsmuster 220
 – Patient 220
 Bindungsverhalten 218
 Bindungsverhaltenssystem 214
 Body-Scan 73
 Borderline-Persönlichkeitsstörung 142, 165
 Bottom-up-Theorie 7
 Broaden-and-Build-Theorie 11–12, 35
 Buddhismus 71
 Burnout 150

C

Charakterstärke 87–89
 Colon irritabile
 – Reizdarm 175
 Compliance 11, 145
 Coping, dyadisches 227
 Copingstrategie 210
 Cortisol 215
 craving 288

D

Daseinsanalyse 49, 60
 Demoralisierung 21

Depression 47, 76, 165
 Dialog, innerer 201
 Differenzbewusstsein 201
 Distanz, emotionale 243
 Disziplinierung 23
 Dopaminsystem, mesolimbisches 286–288, 291
 – Dopamin 285–288
 Dramatherapie 65
 Drogenmissbrauch 165
 Dummheit 60

E

Eheberatung 225
 Eigenwirksamkeit 135
 EPL, Ein Partnerschaftliches Lernprogramm 226
 Einkommen 7, 10, 13
 Einladungsfrage 104
 Einschüchterung 23
 Eltern 250
 Emotion 46, 130
 – Ärger 50
 – Basisemotion 275
 – Emotionstheorie 48
 – Gefühle 50
 – Trauer 50
 – Wut und Hassgefühle 242
 Emotionsmodell 275
 Emotionstheorie 275
 Empathie 49, 239, 243
 Empfindungsfähigkeit, prosoziale 13
 Empowerment 20, 101
 – Empowermentprozess 102
 Endorphin 215
 Entfremdung 109
 Entspannung 77, 151
 Erleben, euthymes Verhalten 63
 Erzählpraxis 97
 Erziehungsnorm, elterliche 197
 Essstörung 142, 145, 165
 Expansivität 6, 13
 Expertenschaft 106
 Explorationssystem 214

Exposition 72
 Externalisierung 105
 Extraversion 9, 13, 47, 152

F

Fallkonzeption 101
 Familie 10, 13
 Familientherapie, systemische 114
 Feindseligkeit 242
 Feinfühligkeit 216
 Feldenkrais-Pädagogik 192
 felt-sense 78
 Finden und Erfinden 136
 Flourishing 6–7, 10
 Flow 5, 10, 46
 Fluktuation 104
 Freiburger Stresspräventions-training für Paare 226
 Fremde-Situation-Test (► FST)
 Freude
 – Ausdrucksgeste 130
 – Selbstgefühl 130
 – kontrollierte 130
 – anstecken mit 138
 Freuden-Biografie
 – Erinnerung 131
 FST (Fremde-Situation-Test) 217
 Fürsorglichkeit 61–62

G

Geborgenheit, Suche nach 214
 Gefühlsarbeit 25
 Gegenwart 72
 Genotyp 288
 Genuss 61
 – akustischer 149
 Genussfähigkeit 9, 13
 Genussfreude 144, 147, 152
 Genussregel 64
 Gerechtigkeit 47
 Geschlecht 7, 13, 152
 Geschlechtsreife 250

Gesellschaftsvergessenheit 107
 Gesprächspsychotherapie 78
 Gesundheit 13
 – Gesundheitsförderung 145, 151
 – Gesundheitskriterien, objektive 143, 153
 – objektiver Gesundheitsindikator 153
 – Schutzfaktor 143
 – seelische 5–7, 9–10, 62–63, 65
 – Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF) 6
 Gestalttherapie 49
 Gesundheitsförderung 56
 Gewinn-Verlust-Bilanz 10
 Glaube 47
 Glück
 – Ersatzglück 45
 – Glückseligkeit 46
 – Scheinglück 45
 – Seligkeit 46
 Glückspotenzial 12
 Gruppenprogramm 156
 Gruppentherapie 49

H

Haltefunktion 22
 Handeln, prosoziales 239
 HEDE-Kontinuum 57
 Hedonic Treadmill-Theorie 11
 Heilung 48
 Heterostase 61
 Heuristik, therapeutische 37–41
 Heuschnipfen 177
 Hier-und-Jetzt 76
 Hirnstruktur 274, 276–278
 Hoffnung 47
 Humorforschung 89–90
 Hypnose 175, 184–185
 – Praxishinweise 184f
 – Selbsthypnose 176
 Hypnosetherapie 100
 – ressourcenorientierte 106

I

Identität 200
 Identitätsarbeit 202
 Identitätserzählung 108
 Identitätskonzept 201
 Imagination 132, 135, 152, 156, 161, 175
 – Entscheidung 179f
 – geheimer Raum 178
 – situationsbezogene 175
 – Vergangenheit 179f
 – Wegwerftechnik 181
 Immunsystem 204
 Individualpsychologie 49
 Individualisierungsprozess 251
 Intervention
 – euthyme 64–65
 – positive 85–87
 Intimität 217
 Itemformat 57

K

Katatypes Bildeerleben 49
 Kernspintomographie;
 funktionelle 274
 Kleine Schule des Genießens 56ff
 Kohärenzgefühl 60–61, 202
 Kohärenzsinn 252
 Kommunikation 106, 225
 Kompetenz 224
 – soziale 48
 Konformität 49, 200
 Konfrontation 23, 49
 Kongruenz 36
 Konkordanz 36
 Konsistenz 35–37
 Konstruktivismus
 – kognitiver 95
 – sozialer 95–97
 Kontrolle
 – Kontrollervartung 47
 Kooperation 115
 Körperbildtherapie 152

Körperdysmorphie Störung 142, 145
 Körperempfindung, angenehme 148
 Körpererinnerung, positive 146
 Körperkoordination 147
 Körperperipherie 284–285
 Körperwahrnehmung 142
 Körperzentrierte Psychotherapie 49
 Krankheitsmodell 156
 Krebserkrankung 177
 Krisenmanagement 27–28
 Kurzzeittherapie 116

L

Lächelinteraktion 131
 Lebensinvestment, persönliches 8
 Lebensqualität 5, 11, 144–145, 152
 – gesundheitsbezogene 5
 – altersbezogene 260–263
 Lebenssinn 6, 13
 Lebensziel 14, 172
 – Begriffsbestimmung 170
 – Metapher 178f
 – pathologischer Faktor 170
 Lebenszufriedenheit 45, 86, 261
 Leiden 71
 Lernen, selbstentdeckendes 205
 Liebe 46
 Liebesfähigkeit 6, 9, 13
 Lösungsorientierung 115
 Lust
 – Lustgewinn 51

M

Machtgefälle 29
 Mäßigung 47
 Meditation 49, 70
 – formell 73
 – informell 73

Mentalisierung 216
 Metaanalyse 76
 Mindfulness 69
 Modell zu Gesundheit
 und Krankheit 56f
 Modelllernen 164
 Motivation 285–288
 – Anreizmotivation 288
 Mut 47
 Mutter-Kind-Beziehung 61

N

Netz, neuronales 122
 Neurotizismus 47, 51
 Neurotransmitter 285
 Neutralität 123
 Nische, hedonistische 63–64
 Normsystem 195–196
 Nucleus Accumbens 278,
 286–288, 291

O

Oberplan 64
 Optimismus 4, 9, 13, 22, 47
 Orgasmus 289
 Oxytocin 215, 285, 289–291

P

Paartherapie 224
 Pänomenologie 48
 Partnerschaft 10, 13, 145
 Partnerschaftspflege 225
 Peerkultur
 – Gruppentreffen 255
 – negative 254
 – Peerbeziehung 253
 – Peergruppe 254
 – positive 254–255
 Peerkulturarbeit, positive 255

Persönlichkeit 288
 Persönlichkeitsstörung 21
 Pessimismus 61
 Phänomenologie 46
 Placeboeffekt 5
 Positive Psychologie 4–5, 50,
 84
 Positronen-Emissions-Tomo-
 graphie 274
 Präsenz 72, 78
 Prävention 59, 145
 – bei Paaren 224
 Priming 34–37
 – Annäherungspriming 36–37
 Problemlösung 225
 Progressive Muskelrelaxation
 151–152
 Psychotherapie
 – achtsamkeitsbasierte
 kognitive 73
 – bindungstheoretisch
 informierte 221
 – dialektisch-behaviorale 73
 – euthyme 62
 – gesprächspsychotherapeu-
 tische 49
 – kognitive 49
 – kognitiv-behaviorale 175–185
 – psychoanalytische 49
 – rational-emotive 49
 – ressourcenorientierte 12
 – sozialkonstruktive 98
 – stärkenorientierte 255
 – störungsspezifische 65

R

Raynaud-Erkrankung 177
 Reaktanz 22
 Reflecting Team 105
 Regulation, emotionale 216
 Regulationsfertigkeit, körper-
 bezogene 143
 Reiz, sexueller 278–280
 Religiosität 266–267
 Resilienz 12

Ressource 5, 47, 59, 116, 131, 134,
 147
 – im Alter 14
 – körperbezogene 146
 – materielle 72
 – natürliche 72
 – Ressourcenliste 11
 Ressourcenanalyse 173
 Ressourcenaktivierung 37–41
 – prozessgestaltende 39
 Reue 240
 – Entschuldigung 240
 reward deficiency syndrome
 288
 Rhinitis, allergische 177
 Rhythmus 63
 Risikofaktor 225
 Rückfallursache 28
 Rückmeldung 105–106

S

Schadenfreude 137
 Scheidung 225
 Scheidungsprädiktor 230
 Schizophrenie 166, 286–288
 Schlafstörung, psychophyso-
 logische 166
 Schlüsselthema 221
 Schmerz 177
 Schmerzstörung, somatoforme
 165
 Schonung 145
 Schulqualität 253
 Selbst 46, 200
 Selbstachtung 242
 Selbstaktualisierung 6, 9, 13
 Selbstakzeptanz 13, 14
 Selbstaufmerksamkeit 192
 Selbstbeobachtung 146
 Selbstbewertung, globale 192
 Selbstbild, idealisiertes 182f
 Selbsteffizienz 203
 Selbsterkenntnis 242
 Selbstfürsorge 65–66
 Selbstheilung 201

Selbstkontrolle 181f
 – Rückgewinnung 175
 Selbstmanagement 203
 Selbstreflexion 201
 Selbstregulation 6, 14, 216
 – körperliches Wohlbefinden 142, 145–151
 Selbstsicherheit 182
 Selbststimulation 287
 Selbstüberschätzung, narzistische 198
 Selbstvergessenheit 6, 13
 Selbstvertrauen 51, 182
 Selbstwert 191
 – bereichsspezifischer 191
 – globaler 191
 – Messung von 191
 – Selbstwertkontingenzt 191
 Selbstwertgefühl 6, 13, 47, 62, 266
 Selbstwertskala (MSWS) 191
 Selbstwirksamkeit 60
 Set-Point 11
 Sexualität 280
 Signaturstärke 87
 Sinnhaftigkeit 60, 208
 SOK-Modell 7, 10
 Somatischer Marker 3
 Sozialarbeit 48
 Sozialer Kontakt
 – prosoziales Handeln 239
 – soziale Zuwendung 150–152
 – unterstützend 151
 – wettbewerbsorientiert 151
 Sozialkonstruktivismus 95
 Spiegelneuron 146
 Spiritualität 208
 – religiöse Aktivität 47
 – religiöse Erfahrung 47
 – spirituelle Orientierung 46
 Sport 145, 151–152
 Sprache 104
 – Sprachfigur 104
 Stabilität, emotionale 72
 Stärke 4, 7, 48
 – Charakterstärke 87–88
 – Definition 7
 – Strength Survey 7
 Störung, psychische 47

story dealer 100, 108
 Stress 59, 75, 151, 231, 287, 289–291
 – Cortisol 290
 – ACTH 290
 Stressbewältigung 228
 – regenerative Form 149
 Stressreaktivität 215
 Stressreduktion, achtsamkeits-
 basierte 73
 Suggestion 176–177
 Supervision 29
 System, limbisches 276–278
 – anteriorer cingulärer Kortex 276
 – Basalganglien 276
 – Hippokampus 276
 – insulärer Kortex 276
 – orbitofrontaler Kortex 276
 – Thalamus 276
 – ventrales tegmentales Areal 276
 – zentrales Höhlengrau 276
 Systemmodell 101
 Systemische Therapie 49

T

Tastsinn 135
 Therapeut 220
 – ängstlich-vermeidender 220
 – Bindungsbedürfnis 220
 Therapiebeziehung 26, 37–41
 – bond 38
 – hope bonding 38
 – motivorientierte 37, 38, 40
 Therapieoptimismus 23
 Therapieplanung 51
 Therapietechnik
 – BABI (brief attachment based
 intervention) 221
 – Focusing 49
 – Katharsis 49
 – Morita-Therapie 49
 – paradoxe Intention 49
 – Rollenspiel 49
 – Sokratischer Dialog 49
 – Traumarbeit 49
 – Übertragungsdeutung 25–27

Therapieziel 52, 170, 175f
 – Analyse 172–174
 – Funktion 172–174
 – körperbezogenes 148
 – Schmerzbewältigung 177
 – Schmerzwahrnehmung 177
 – Wohlbefinden (► Wohlbefinden)
 Tiefenpsychologie 78
 Tinnitus, chronischer 150
 Toleranz 204
 Top-down-Theorie 9
 Transaktionsanalyse 49
 Training sozialer Kompetenz 49
 Transparenz 25, 100
 Trauer, pathologische 165
 Trauma 48
 – unverarbeitetes 221
 Tugend 4, 7, 13
 – Charakterstärke 47
 – tugendhaft 46

U

Umweltfaktor, wohlbefindensför-
 derlicher 9, 13
 Undoing-Hypothese 11
 Unterstützung, soziale 290
 Urvertrauen 61

V

Values in Action Inventory of
 Strengths (VIA-IS) 87
 Veränderung 24
 Vergebung
 – Entschuldigung 239
 – in Partnerschaften 239
 – Prozess des Vergebens 239
 – religiöse Orientierung 241
 – Selbstvergebung 238
 – Willensakt 243
 Vergebungsprozess 242
 Vergleichsniveautheorie 8
 Verhalten, euthymes 63

Verhaltensanalyse 156
 Verhaltensstörung 218
 Verhaltenstherapie 4, 12
 Verhältnisse, gesellschaftliche 13, 108
 Verlust von Positiva 59
 Vermeidung 170f
 Vermeidungsmotivation 171
 Vermeidungsziel 171
 Verstärker
 – positiver 275
 – primärer 275
 – sekundärer 275
 Verstehbarkeit 60
 Verzeihen 238
 Vitalität 144, 147–149, 152
 Vorfreude 137

W

Wahrnehmungsschärfung 207
 Wandel 208
 Well-Being-Therapie 12
 Wende, narrative 99
 Werthierarchie 197
 Wertsystem 196
 Wertvorstellung, internalisierte 194
 WHO-Gesundheitssurvey 252
 Widerstand 171f
 Widerstandskraft 14
 Widerstandsquelle 57
 – generalisierte 58, 60
 Wirkfaktor 164
 – psychischer Heilprozess 48
 Wirklichkeitskonstruktion 117
 Wohlbefinden 5, 45, 63, 70, 118, 250, 256
 – eudaimonisches 5
 – habituelles 47
 – hedonisches 5
 – körperliches (► auch Selbstregulation) 144
 – Fragebogen zur Erfassung des aktuellen körperlichen Wohlbefindens (FAW) 144, 296

– Persönlichkeitsfaktor 47
 – soziales 14
 – subjektives 45, 172
 – Theorie 7–10
 – Zielmerkmal 172
 Wunder- bzw. Zielklärungsfrage 104

Y

Yoga 74

Z

Ziel (► auch Therapieziel)
 – persönliches 264–266
 – Realitätsgehalt 171
 – Zielhierarchie 171
 Zielerreichung 171
 – emotionale Blockade 181
 – Realisierung 181
 – Zwischenziel 181
 Zielvorstellung 170
 – Analyse 174
 – Erfassung 174
 – Imagination 174
 – Klarheit 173
 – Orientierung 173
 Zürcher Stärken Programm (ZSP) 87
 Zuverlässigkeit 62
 Zwei-Prozess-Modell 35–37